

Pszichés zavarok felismerése az alapellátásban

Füredi János, Rózsa Sándor, Szádóczky Erika, Zámboi János

BEVEZETÉS – Számos vizsgálat bizonyítja, hogy a szorongásos és hangulatzavarban szenvedő betegek nagy része az alapellátásban keres segítséget panaszaira. Ismert, hogy ezeknek a zavaroknak a felismerése világszerte nehézséget jelent a családorvos számára. 1998-ban indított vizsgálatunk célja a családorvosi praxisban megjelenő személyek pszichés zavarainak feltérképezése. Ebben a közleményben azt a kérdést vizsgáljuk, hogy milyen tényezőknek van különös jelentősége abban, hogy a betegek pszichés zavarait nehezen ismerik fel.

MÓDSZER – A 12 családorvosi praxisban megjelenő 1815 beteg szorongásos és/vagy hangulatzavarait térképeztük fel a Diagnostic Interview Schedule (DIS) magyar változatával végzett interjúk során. A kapott diagnózisokat összevetettük a betegek panaszaival, tüneteivel és a családorvos által felállított diagnózisokkal.

EREDMÉNYEK – A családorvosok és a felmérések alapján nyert (DIS-) diagnózisok egyezése kismérvűnek bizonyult. A különbség legfontosabb tényezője a belgyógyászati betegségek jelenléte volt. Szociodemográfiai tényezők nem játszottak számottevő szerepet a kórisémek együttljárásában. Az orvosi és DIS-diagnózisok akkor mutatták a legnagyobb egybeesést, amikor a betegek sem krónikus, sem akut betegségre utaló diagnózist nem kaptak. Ezekben az esetekben a családorvos olyankor is adott affektív zavarra utaló diagnózist, amikor azt a DIS nem igazolta.

pszichiátria, háziorvosi alapellátás, diagnózis, tünet, szorongásos zavar, hangulatzavar, DIS-kérdőív

RECOGNITION OF MENTAL DISORDERS IN PRIMARY CARE

BACKGROUND – Several studies have shown that a substantial part of patients with mood and anxiety disorders seeks help at their primary care physician. It is well known that recognition of these disorders cause difficulties for general practitioners. In our study starting in 1998, we attempted to map the psychiatric disorders present in primary care patients. This paper investigates the factors that may contribute to the difficulties in recognition and diagnosis of mental disorders.

METHOD – 1815 primary care patients in 12 general practice offices has been evaluated for mood and/or anxiety disorders with DIS interview. The DIS diagnosis was compared with complaints and symptoms of patients and diagnosis given by their GPs.

RESULTS – Diagnosis given by GPs and DIS evaluation showed low concordance. The main factor in this proved to be the presence of somatic disorders, whereas socio-demographic factors played little role. The highest concordance of diagnosis was found when acute or chronic somatic disorders were not present.

psychiatry, primary care, diagnosis, symptom, anxiety disorder, mood disorder, DIS interview

dr. Füredi János (levelező szerző/correspondence), dr. Szádóczky Erika, dr. Zámboi János:
Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet/National Institute of Psychiatry and Neurology,
H-1021 Budapest, Nyéki út 10–12. dr. Rózsa Sándor: Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet,
Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszék/Eötvös Loránd University of Sciences, Faculty of Psychology, Budapest

Érkezett: 2001. november 19. Elfogadva: 2002. március 20.

Ma már alig kérdőjelezi meg bárki, hogy a pszichiátriai megbetegedések előfordulása gyakoriságánál fogva elsődleges népegészségügyi problémának tekinthető. A WHO jelzései szerint a rokkant állapotban töltött napok számában az első tíz helyezett között öt mentális zavar szerepel és az egész sort a depresszió vezeti (1). A világ legnagyobb részén a betegek problémáikkal elsődlegesen az alapellátás orvosát (a családorvost és az üzemorvost) keresik fel. A betegség prognózisának javítása, az idültté válás, valamint az esetleg végzetessé válás elkerülése (például öngyilkosság) miatt kiemelkedő fontosságú, hogy a családorvos időben felismerje, kezelje vagy szakorvoshoz küldje a beteget.

A szakirodalom régóta foglalkozik az orvoshoz fordulást és betegség felismerését befolyásoló tényezőkkel. Általános az a vélemény, hogy a depressziós betegek megközelítőleg fele nem keres segítséget, az orvoshoz fordulók közel 50%-ánál nem pontos a kórismézés, és a felismert betegek fele kap megfelelő gyógykezelést (2–4). Vita folyik arról, hogy mely tényezők befolyásolják a felismerést, a szakorvossal való konzultációt, illetve a sikeres ellátás mely szolgáltatón keresztül valósulhat meg a legoptimálisabban (5, 6).

Vizsgálatsorozatunk célja a családorvosi praxisban megjelenő személyek pszichés zavarainak feltérképezése és felismerése (7). Ebben a közleményben azt a kérdést vizsgáljuk, hogy milyen tényezőknek van különös jelentősége abban, hogy a betegek pszichés zavarainak felismerése nehézségeket okoz. Nevezetesen, hogy a tünetek milyen szerepet játszanak ebben a folyamatban.

Módszer

1998–1999 között 12 budapesti családorvos közreműködésével 1815 (1164 nő és 651 férfi), egészségügyi alapellátásban megjelenő beteg körében vizsgáltuk a szorongás és hangulatzavarok előfordulási gyakoriságát. A felméréshez a Diagnostic Interview Schedule (DIS) (8) szorongásra és hangulatzavarokra vonatkozó részek magyar változatát (9), a rövidített Beck Depresszió Kérdőívet (10–12), valamint az Életminőség Depresszióban Skálát – Quality of Life in Depression Scale, QLDS – használtuk (13). A DIS kitöltéséhez szükséges, teljesen strukturált interjúkat az e célra kiképzett egyetemi hallgatók készítették. Kiegészítésként a családorvosi betegkartonok alapján olyan információkat gyűjtöttünk be, amelyek a vizsgálatot megelőző év megbetegedéseire, a tünetekre, a felírt gyógyszerekre, az elvégzett vizsgálatokra és a kórházi kezelések tartamára vonatkoztak. A véletlenszerű módon kiválasztott betegek kevesebb, mint 10%-a utasította vissza a vizsgálatban való részvételt. A válaszadók átlagéletkora 40,5 év volt (18–65 év, szórás: 13,2 év).

A DSM-III-R (Diagnostic and Statistic Manual III. kiadás) diagnózisokat a DIS tünetlistája alapján számítógépes algoritmus segítségével képeztük. A korábbi validitásvizsgálataink eredményei alapján a DIS és a pszichiáter által felállított diagnózisok 70–93%-os egyezést mutattak (8).

Eredmények

Az elmúlt hónap tüneteit, problémáit figyelembe véve a DIS/DSM-III-R számítógépes algoritmus segítségével 226 olyan személyt találtunk, aki valamilyen szorongásos és/vagy hangulatzavar diagnózist kapott. Az aktuális diagnózisok alapján a legnagyobb gyakorisággal az agorafóbia, a major depresszió és a speciális fóbia fordult elő. A vizsgálati minta részletes szociodemográfiai és klinikai jellemzőit az 1. és 2. táblázat szemlélteti.

Az orvoshoz fordulás okát az esetek túlnyomó részében (66,9%) valamilyen aktuális panasz jelentette. A betegek 20,4%-a kontrollvizsgálat, gyógyszerfelírás vagy orvosi igazolás kérése miatt kereste fel a családorvost. Az orvoshoz fordult személyek 12,7%-a nem valamilyen panasz miatt, hanem alkalmassági vizsgálat (például löfegyverviselés, sportalkalmasság) céljából jelent meg a rendelésben.

Az alapellátásban megjelenő betegek tüneteinek és diagnózisainak előfordulási gyakorisága

A családorvosi segítségnyújtásra szoruló betegek által említett több mint 100 tünet alapján a kezelőorvosok kétszáznál is több diagnózist adtak. A statisztikai

1. táblázat. A vizsgálati minta szociodemográfiai jellemzői

| Szociodemográfiai jellemzők | Százalék (n=1815) |
|--|-------------------|
| <i>Nem</i> | |
| Nő | 35,9 |
| Férfi | 64,1 |
| <i>Kor (év)</i> | |
| 18–29 | 30,6 |
| 30–49 | 37,0 |
| 50–65 | 32,4 |
| <i>Családi állapot</i> | |
| Házass | 48,0 |
| Özvegy | 4,3 |
| Különél/ elvált | 16,0 |
| Hajadon/nőtlen | 31,7 |
| <i>Iskolai végzettség (osztály)</i> | |
| 0–8 | 12,0 |
| 9–12 | 51,0 |
| 13 vagy több | 37,0 |
| <i>Gyermekek száma</i> | |
| Nincs | 39,8 |
| 1 | 23,2 |
| 2 | 28,8 |
| 3 vagy több | 8,2 |
| <i>Foglalkozás</i> | |
| Foglalkoztatott | 69,0 |
| Munkanélküli | 4,2 |
| Gazdaságilag inaktív (gyes, nyugdíj, tanuló, htb.) | 26,8 |

2. táblázat. A DIS/DSM-III-R aktuális diagnózisai

| Klinikai jellemzők a DIS alapján (pontprevalenciák) | Százalék (n=1815) |
|---|-------------------|
| <i>Szorongásos zavarok</i> | |
| GAD | 1,7 |
| Pánik | 2,6 |
| Agorafóbia | 2,6 |
| Szociális fóbia | 1,2 |
| Speciális fóbia | 3,7 |
| Kényszerbetegség | 1,2 |
| <i>Hangulatzavarok</i> | |
| Major depresszió | 3,7 |
| Bipoláris depresszió | 0,2 |
| Dysthymia | 1,0 |
| <i>Bármely szorongásos zavar</i> | 9,6 |
| <i>Bármely hangulatzavar</i> | 4,3 |
| <i>Bármely szorongásos vagy hangulatzavar</i> | 12,5 |

GAD: generalizált szorongás

elemzések érdekében a tüneteket és az orvosi diagnózisokat csoportosítottuk.

Az orvoshoz fordulás okát képező tünetcsoportokat a 3. táblázat szemlélteti. Az 1209, aktuális panasszal megjelenő beteg leggyakoribb tünetei olyan általános testi panaszokból adódtak, mint például láz, fáradtság, fejfájás, rossz közérzet. Az orvost felkeresők 33,3%-a számolt be ilyen típusú tünetekről. Gyakorinak mutatkoztak még a fül-orr-gégészeti panaszok (24,6%) és a mellkasi fájdalmak (20,8%) is.

A 4. táblázat az orvoshoz forduló betegek aktuális diagnóziscsoportjait szemlélteti. Az elemzésekbe nem vontuk be azokat a személyeket (336 fő), akik alkalmassági vizsgálat céljából keresték fel az orvost.

A szorongást és depressziót kísérő tünetek

A következőkben azt vizsgáltuk, hogy az aktuálisan DIS/DSM-III-R szorongásos és/vagy hangulatzavar diagnózist kapott személyeknek van-e valamilyen jel-

legzetes panaszuk, és ha igen, az milyen típusú. Az elemzésbe ugyancsak azt az 1209 személyt vontuk be, akik valamilyen aktuális panasszal keresték fel orvosukat. Kihagytuk az elemzésből az alkalmassági vizsgálat, gyógyszeríratás vagy kontrollvizsgálat miatt orvoshoz fordulókat.

A DIS-diagnózist nem kapott személyek csoportjával összehasonlítva, a pszichés tüneteknek 4,3-szer, az általános panaszoknak és a mellkasi fájdalomnak több mint másfélszer nagyobb az esélye a DIS alapján szorongásban és/vagy depresszióban szenvedő betegek körében (5. táblázat). A DIS-diagnózist kapott személyek között szemészeti, urogenitalis és bőrgyógyászati panasz nem fordult elő. Pszichoszociális problémákat olyan ritkán jeleztek, hogy statisztikai szempontból nem volt értékelhető.

A tünetminták az orvos és a DIS által nyert szorongásos és/vagy hangulatzavarokban

Az 1209, aktuális panasszal jelentkező beteg közül 77% (933 fő) sem az orvos, sem a DIS alapján nem kapott szorongásos és/vagy hangulatzavar diagnózist. A betegek 3,8%-a (46 fő) kapott mind a kezelőorvosától, mind a DIS alapján szorongásos és/vagy hangulatzavar diagnózist. 112 személyt csak a körzeti orvos diagnosztizált szorongónak és/vagy depressziósnak, 118 személy viszont csak a DIS alapján kapott depresszió és/vagy szorongásos zavar diagnózist. Az 6. táblázat a DIS és az orvosi diagnózis összevetéseként előálló négy csoport tüneti jellemzőinek százalékos megoszlását és az ezek közötti különbség (χ^2 -próba) szignifikanciaszintjét szemlélteti. Vizsgálatunk szempontjából azok a csoportok tűntek a legérdekesebbnek, amikor az orvosi és a DIS-diagnózisok különböztek. A DIS-től diagnózist kapott csoportban szignifikánsan gyakrabban fordult elő az általános tünet, a fül-orr-gégészeti panasz, a mellkasi és a hasi fájdalom. A csak az orvostól szorongásos és/vagy hangulatzavar diagnózist kapottak között viszont a pszichés panaszok bizonyultak gyakoribbnak.

3. táblázat. Az orvoshoz fordulás okát képező panaszok gyakorisága

| Tünetcsoportok | N (%) |
|---|------------|
| Általános tünetek (gyengeség, fáradtság, láz, rossz közérzet, remegés, fejfájás, szédülés, zsibbadás, hőhullám) | 402 (33,3) |
| Fül-orr-gégészeti panaszok (torokfájás, orrvérzés, fülzúgás, fül dugulás, rekedtség) | 297 (24,6) |
| Mellkasi fájdalmak (szívtáji nyomás és szúrás, heves szívdobogás, fulladás, nehézlégzés) | 252 (20,8) |
| Mozgásszervi megbetegedésre utaló panaszok (derék-, nyak-, hát- és ízületi fájdalmak, lábszárfájdalom, izomgörcs) | 182 (15,1) |
| Hasi panaszok (fogyás, emésztési zavar, hasmenés, hasi puffadás, gyomorpanasz, hányinger) | 149 (12,3) |
| Pszichés panaszok (lehangoltság, síráskényszer, félelem, szorongás, aluszékonyság, feledékenység, ingerlékenység) | 81 (6,7) |
| Szemészeti panaszok (szemviszketés, szembevérzés, könnyezés, szemváladékozás) | 22 (1,8) |
| Urogenitalis panaszok (vizeletcsípés, gyakori vizelet, vizeletincontinentia) | 16 (1,3) |
| Bőrgyógyászati panaszok (viszketés, bőrkürités, bőrgomba, bőrpír) | 13 (1,1) |
| Pszichoszociális problémák (konfliktushelyzet) | 2 (0,2) |

4. táblázat. A családorvosi diagnózisok gyakorisága

| Diagnóziscsoportok | N (%) |
|---|------------|
| <i>Acut fertőző betegségek</i> | |
| Légúti | 371 (23,5) |
| Gastrointestinalis | 56 (3,5) |
| Urogenitalis | 29 (1,8) |
| Bőrgyógyászati | 4 (0,3) |
| <i>Krónikus szomatikus betegségek</i> | |
| Mozgásszervi betegségek | 146 (9,2) |
| Szív-keringési rendszer betegségei | 419 (26,5) |
| Allergiás betegségek | 53 (3,4) |
| Légzőszervi betegségek | 17 (1,1) |
| Emésztőszervi betegségek | 67 (4,2) |
| Vesebetegségek | 12 (0,8) |
| Diabetes mellitus | 62 (3,9) |
| Endokrin betegségek | 22 (1,4) |
| Autoimmun betegségek | 4 (0,3) |
| Daganatos betegségek | 26 (1,6) |
| Érzékszervi betegségek (szemészeti, fülészeti) | 7 (0,4) |
| Bőrbetegségek | 6 (0,4) |
| <i>Pszichiátriai zavarok</i> | |
| Szorongásos zavarok | 57 (3,6) |
| Hangulatzavarok | 26 (1,6) |
| Neurózis | 40 (2,5) |
| Alkohol- és drogdependencia | 16 (1,0) |
| Személyiségzavar | 1 (0,1) |
| Hipocondria | 2 (0,1) |
| Szomatizáció | 1 (0,1) |
| Dementia | 1 (0,1) |
| Alvászavar | 3 (0,2) |
| Gyászreakció | 3 (0,2) |
| <i>Trauma</i> | 47 (3,0) |
| <i>Egyéb</i> | |
| Fejfájás | 1 (0,1) |
| Obesitas | 40 (2,2) |

Az egyes tünetek előfordulási gyakorisága

Az egyes tünetek előfordulási gyakoriságában ugyan-csak bizonyos különbségek figyelhetők meg a csak a DIS kitöltésével nyert és a csak családorvosi diagnózist kapott betegcsoportok között (7. táblázat). Láz, to-

rokfájás és köhögés fennállásakor a családorvos ritkáb-ban ad pszichiátriai diagnózist, mint a DIS kitöltése alapján. Amennyiben viszont feszültség, szorongás vagy fulladás a panasz, a családorvos pszichiátriai diag-nózisa gyakoribb. Így például ötször kisebb (0,21) az esélye annak, hogy a családorvos egy lázas tünettel je-lentkező betegnek szorongás és/vagy hangulatzavar di-agnózist adjon, mint a DIS esetén, míg fulladásos pa-nasz említésekor csaknem ötször nagyobb az esély er-re (4, 10). Némely panasz esetén – étvágyzavar, fejfá-jás, nátha, remegés, szédülés, szívűtáji nyomás, verejté-kezés és zsibbadás – nincs különbség a DIS kitöltése-
kor kapott és a családorvos által adott szorongás és/vagy hangulatzavar diagnózis gyakorisága között.

Ha a családorvost felkereső beteg valamilyen akut testi betegségre utaló tünetről számol be, akkor na-gyon kicsi az esélye, hogy a családorvos szorongás és/vagy hangulatzavar diagnózist is felállítson. A 8. táblázatban az akut és krónikus szervi betegség diag-nózisa mellett adott szorongás és/vagy hangulatzavar diagnózisokat tüntettük fel. A 399, akut kórképben szenvedő beteg közül csak a DIS kitöltése alapján 45 fő (11,3%), csak a családorvostól hét fő (1,8%), mindkét esetben egy fő kapott szorongás és/vagy hangulatzavar diagnózist is. Az orvosi és a DIS kitöltése révén nyert diagnózisok eltéréseinek aránya a krónikus betegség-ben szenvedők körében valamivel alacsonyabb (3,6% vs. 8,6%), s ez az arány tovább csökkent abban az eset-ben, ha krónikus és akut betegség egyaránt előfordult (6,7% vs. 13,3%). Az orvosi és a DIS révén kapott di-agnózisok akkor mutatták a legnagyobb egybeesést, amikor sem krónikus, sem akut megbetegedésre utaló diagnózist nem kaptak a betegek. Ezekben az esetek-ben azonban a családorvos magas százalékban adott szorongás és/vagy hangulatzavar körmegállapítást olyan esetekben is, amelyekben a DIS nem.

Megbeszélés

Korábbi közleményünk szerint az alapellátási praxisok-ban a családorvosok által adott szorongás és/vagy han-gulatzavar diagnózisok csak kismértékben fedték a

5. táblázat. Az egyes tünetcsoportok előfordulásának kapcsolata a DIS alapján nyert diagnózisokkal

| Előforduló tünetcsoportok | Szorongás és/vagy depresszió (%) | | Esélyhányados (95% CI) |
|--|----------------------------------|------|------------------------|
| | nincs | van | |
| <i>Általános tünetek</i> | 31,8 | 42,7 | 1,59 (1,14–2,23) |
| Fül-orr-gégészeti tünetek | 25,3 | 20,1 | 0,74 (0,49–1,11) |
| <i>Mellkasi fájdalmak</i> | 19,7 | 28,0 | 1,58 (1,09–2,30) |
| Mozgásszervi betegségre utaló panaszok | 15,8 | 10,4 | 0,61 (0,36–1,0) |
| Hasi fájdalmak | 11,7 | 16,5 | 1,49 (0,94–2,34) |
| <i>Pszichés panaszok</i> | 4,9 | 18,3 | 4,36 (2,68–7,10) |
| Szemészeti panaszok | 2,1 | 0,0 | 0,98 (0,97–0,99) |
| Urogenitalis panaszok | 1,5 | 0,0 | 0,98 (0,97–0,99) |
| Bőrgyógyászati panaszok | 1,2 | 0,0 | 0,98 (0,98–0,99) |
| Pszichoszociális problémák | 0,1 | 0,6 | 6,40 (0,39–102,90)* |

* A kis esetszám miatt nem értékelhető

6. táblázat. Az orvosi és a DIS alapján nyert diagnózisok összevetéseként előálló csoportok tüneti jellemzőinek eloszlása

| Tünetcsoportok | Csak a család- orvos adott diagnózist (n=112) (%) | Csak a DIS alapján van diagnózis (n= 118) (%) | Sem az orvos, sem a DIS nem adott diagnózist (n=933) (%) | Az orvosi és a DIS-diagnózis egybeesik (n=46) (%) | χ^2 -próba szignifikancia- szintje |
|----------------------------|--|--|---|--|---|
| Általános tünetek | 22,3 | 44,1 | 32,9 | 39,1 | 0,00 |
| Fül-orr-gégészeti panaszok | 4,5 | 28,0 | 27,8 | 0,0 | 0,00 |
| Mellkasi fájdalmak | 21,4 | 30,5 | 19,5 | 21,7 | 0,05 |
| Mozgásszervi panaszok | 17,0 | 11,0 | 15,6 | 8,7 | 0,31 |
| Hasi fájdalmak | 8,9 | 15,3 | 12,0 | 19,6 | 0,21 |
| Pszichés panaszok | 25,9 | 3,4 | 2,4 | 56,5 | 0,00 |
| Szemészeti panaszok | 0,0 | 0,0 | 2,4 | 0,0 | 0,08 |
| Urogenitalis tünetek | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,7 | 0,18 |
| Bőrgyógyászati panaszok | 0,0 | 0,0 | 1,3 | 0,0 | 0,27 |
| Pszichoszociális problémák | 0,9 | 0,0 | 0,0 | 2,2 | 0,00 |

7. táblázat. A csak DIS és csak családorvosi szorongás és/vagy hangulatzavar diagnózist kapott csoportok panaszai

| Tünetek | Csak DIS- diagnó- zis van (%) | Csak család- orvosi diagnó- zis van (%) | Esélyhányados (95%-os CI) |
|-----------------|---|--|------------------------------|
| Étvágyzavar | 1,6 | 4,5 | 2,88 (0,47–17,69) |
| Fejfájás | 3,3 | 7,6 | 2,43 (0,63–9,41) |
| Feszültség | 0,8 | 19,7 | 29,92 (3,81–234,63) |
| Fulladás | 3,3 | 12,1 | 4,10 (1,18–14,18) |
| Köbögés | 21,1 | 1,5 | 0,05 (0,00–0,43) |
| Láz | 22,8 | 6,1 | 0,21 (0,07–0,65) |
| Nátha | 8,1 | 3,0 | 0,35 (0,07–1,66) |
| Remegés | 3,3 | 7,6 | 2,43 (0,63–9,41) |
| Szédülés | 3,3 | 6,1 | 1,91 (0,46–7,93) |
| Szívtáji nyomás | 2,4 | 4,5 | 1,90 (0,37–9,71) |
| Szívdobogás | 2,4 | 9,1 | 4,00 (1,01–16,55) |
| Szorongás | 1,6 | 16,7 | 12,10 (2,59–56,44) |
| Torokfájás | 22,0 | 1,5 | 0,05 (0,00–0,41) |
| Verejtékezés | 1,6 | 4,5 | 2,88 (0,46–17,69) |
| Zsibbadás | 4,1 | 10,6 | 2,80 (0,85–9,19) |

strukturált interjú alapján kialakított pszichiátriai diagnózisokat (7). A laikusok által felvett kérdőívek adatai sokszor jeleztek pszichiátriai zavart olyan esetekben is, amikor a családorvosok nem. Adataink nem különböznek lényegesen a korábbi vizsgálatoktól.

Korkoff és munkatársai ugyancsak a DIS alkalmazásával tett megfigyelései szerint a szorongásos zavarok és a depresszió előfordulási gyakorisága az alapellátásban megjelenő betegek körében 8,5%, az összes pszichiátriai zavaré pedig 25% (14). Barrett és munkatársai két családorvosi praxis vizsgálata során megállapították, hogy a rendelőkben megjelenő betegek 10%-a kifejezetten depressziós és 5,3%-uknál valamilyen szorongásos zavar áll fenn (15). A betegek 1,2%-ánál depresszív és szorongásos tüneteket egyaránt megfigyeltek, de ezeket egyik diagnosztikus betegségkategóriába sem tudták besorolni.

Saját – az orvoshoz fordulás okaként megjelölt panaszokra vonatkozó – felmérésünk első feltűnő eredménye, hogy az alapellátás orvosaihoz fordulók mennyire bizonytalanok panaszuk megfogalmazásában, legnagyobb részük (33,3%) nem is tudja pontosan körülírni baját. Valószínűsíthető, hogy ebből a heterogén cso-

8. táblázat. A DIS alapján nyert és az orvosi – szorongás- és/vagy hangulatzavar – diagnózisok kapcsolata a krónikus, valamint akut szomatikus betegség diagnózisával

| | Nincsen szomatikus betegség | Akut és krónikus szomatikus betegség is fennáll | Csak krónikus szomatikus betegség áll fenn | Csak akut szomatikus betegség áll fenn | Összesen |
|---|-----------------------------------|---|--|--|----------------|
| Sem az orvostól, sem a DIS alapján nincsen diagnózis | 188 (55,3%) | 24 (80,0%) | 375 (85,2%) | 346 (86,7%) | 933 (77,2%) |
| Az orvos és a DIS is adott diagnózist | 34 (10%) | 0 (0,0%) | 11 (2,5%) | 1 (0,3%) | 46 (3,8%) |
| Csak az orvos adott diagnózist | 87 (25,6%) | 2 (6,7%) | 16 (3,6%) | 7 (1,8%) | 112 (9,3%) |
| Csak a DIS adott diagnózist | 31 (9,1%) | 4 (13,3%) | 38 (8,6%) | 45 (11,3%) | 118 (9,8%) |

portból tevődnek ki azok, akiknél a pszichés zavar diagnosztizálható. Egyértelmű pszichés panasszal, problémával mindössze 6,7%-uk kereste fel családorvosát. Külön vizsgálva a családorvosok diagnosztikai munkáját, úgy tűnik, hogy a családorvosok lényegében elfogadták a betegek által felkínált tünetet. Erre utal az a megfigyelés, hogy a beteg által elmondott pszichés panaszokhoz viszonyítva kismértékben (6,7%-ról 9,7%-ra) növekedett a családorvos által felismert pszichés zavarok aránya.

Amikor a tünetcsoportokat aszerint vizsgáljuk, hogy melyek esetén mutat a DIS gyakrabban pszichés rendellenességet, akkor azt látjuk, hogy a hagyományosan kevésbé pontosítható panaszok állnak előtérben. (Régóta ismert, hogy a pszichés zavarok gyakori manifesztációja a mellkasi, illetve hasi fájdalom és diszkomfort, valamint általános testi tünetek.) Ugyanakkor egy fordított jelenség is észlelhető: amikor a beteg pszichés panasszal jelentkezik és a DIS alapján mégsem adható pszichiátriai diagnózis. A feszültség, a fulladás, a szívdobogás és a szorongás panaszolása nagyobb valószínűséggel készteti a családorvost szorongás és/vagy hangulatzavar diagnosztizálására, míg akut szomatikus tünetek jelenléte (köhögés, láz, torokfájás stb.) gátolja az esetleg párhuzamosan fennálló pszichiátriai zavar felismerését. A feszültségről, szorongásról panaszoló személy nem feltétlenül szenved pszichiátriai betegségben. Egy aktuális szorongás, esetleg rossz hangulat kapcsolatban állhat a mindennapok eseményeivel, önmagában nem jelent betegséget. A DIS a tünetek mellett az időkritériumokat és az életvitelre gyakorolt hatást is figyelembe veszi a diagnózisalkotásban.

Az alapellátás orvosaihoz fordulók bizonytalanok panaszaik megfogalmazásában.

Eredményeink megerősítették azt a korábbi megfigyelést, miszerint az alapellátásban alacsony a pszichés zavarok felismerési aránya. A felismerést segítő és nehezítő tényezőkkel kapcsolatban az irodalom nem egységes. Egyes vélemények szerint a súlyosabb esetek felismerése könnyebb (16). A magasabb képzettség segíti a mentális zavar elfogadását. Bizonyos esetekben a pszichés zavart helyesen azonosítják ugyan, de a beteg érdekében azt a hivatalos iratokban nem rögzítik (17). Callahan és munkatársai azt vizsgálták, hogyan korrelál az önkítöltős Beck-skála és a beteg általános egészségi állapota (18). Az eredmények arra utaltak, hogy az orvos könnyebben jut el a depresszió diagnózisához, amikor a betegek maguk is észlelik fizikális állapotuk romlását.

A nehezítő tényezők között első helyen a biomedikális szemlélet áll. Az orvosképzésben elválik a testi, a lelki, valamint a társadalmi tényezők oktatása, teljes dominanciával az első javára. A mentális problémákat kísérelő stigmatizáció az orvost és a beteget egy-

aránt arra indítja, hogy ezek megbeszélésétől lehetőleg távol tartsák magukat. Következésképpen, hogy panaszai megjelenítésére a beteg szomatikus tünetet választ vagy azt helyezi előtérbe, és ezt az orvos könnyedén elfogadja, miután biztonságosabb talajt jelent az ő és betege számára egyaránt. Amikor a leletek nem mutatnak „pozitivitást”, akkor is könnyebb aktuális életsemenyekkel vagy valamilyen áldiagnózissal („-páthia”) továbblépni a problémán. Nem kétséges, hogy a háziorvosok időzavara is egyike azoknak a tényezőknél, amelyek szerepet játszanak a pszichiátriai betegségek felismerésének elmaradásában, mivel ezek explorációja legalább három-négy „normál” beteg idejét kötné le. A felismeréssel együtt járó érzelmi teher, a „Pandora szelencéjének” felnyitása okozta felelősség és veszély ugyancsak nem elhanyagolható gátló tényező. Ilyen esetekben ma még a „szomatizáció” a leginkább elfogadott szociális megoldás.

Úgy tűnik, hogy a családorvosok lényegében elfogadták a betegek által felkínált tünetet.

Jellegzetes példa erre Kína, ahol a világ lakosságának 22%-a él s a depresszió élettartam-prevalenciája 0,08%, a neuraszténia egyedülállóan magas arányával szemben. Az orvosi rendelőt felkeresők fele és a pszichiátrian megjelenők 80%-a kap neuraszténia diagnózist. Ezt a betegséget Kínában „neurológiai gyengeségnek”, a vitális energia, a „qi” hiányának tartják. Az álmatlanság, a szédülés, a fejfájás, a koncentrációs zavar ebben a rendszerben organikus eredetű, ezzel elkerülhető más stigmatizáló diagnózis (19). A testi betegséget a medicina egésze könnyebben fogadja el valós problémának, és a munkaképesség megállapításánál még ma is nyomósabb ok, mint az érzelmi élet bármiféle zavarra. Ennek a szemléletnek a világnak ezen a részén sokéves tradíciói vannak, és ebben szerepet játszhatott – sok más egyéb közt – az a politikai nézet is, amely a „lelkizést” nem tartotta komoly materialista szemléletnek. Zhang például leírja, hogy Kínában a mentális zavarokat a maoisták a hibás politikai gondolkodás egy formájának tartották (20). Természetesen ezt is a stigmatizáció egyik formájának kell tartanunk, de ezen kívül számtalan hasonló faktor játszik szerepet abban, hogy az alapellátás orvosa – a szakismeret hiánya miatt vagy az önvédelmen kívül – betegének vélt védelme érdekében eltekint a pszichiátriai diagnózistól.

A megbélyegzés fenntartásának ma már csupán társadalmi gyökerei vannak, mivel a pszichiátria az orvostudomány integráns része, és gyógyító arzenáljában legalább annyi eredményt tud felmutatni, mint számos más szakág. A korábbi előítéletek, viszolygás okozhatja, hogy a mai családorvosok többsége elmaradt ezen a területen a megfelelő tudás megszerzésében, illetve kevesebb az indítéka, hogy a folyamatos továbbképzésben új ismereteket szerezzen, a rendelkezésre álló lehetőségek ellenére.

A családorvosokkal való együttműködés egyik, a gyakorlatban jól bevált formája a Bálint-csoport lenne (21, 22), de itt az időfaktor, a saját érzések megosztásának félelme a legtöbb kollégát visszatartja a részvételtől.

A Bálint-csoport 8–18 szakemberből (például családorvos) heti-kétheti rendszerességgel összeülő esetmegbeszélő csoport. Az üléseken a referens 10 perc alatt beszámol egy esetéről (annak problémás aspektusairól), majd 10 percig csoporttársai kiegészítő kérdéseire válaszol. Ezután a referens tulajdonképpen visszavonul és figyel, ahogy társai megbeszélik érzéseiket, fantáziáikat az ő esetéről. Egy óra elteltével újra a referens kap szót és reflektál a hallottakra. A csoportmegbeszélést közös értékelés zárja. Ez a módszer alkalmas arra, hogy a gyakorló orvosok konkrét eseteik gyakorlati problémáinak megbeszélésén keresztül jutnak el betegeik mélyebb megértéséhez. A hangsúly tehát egyfajta kapcsolati diagnosztikán és terápián van.

A nehezítő tényezők között első helyen a biomedikális szemlélet áll.

A különböző klinikák és tanszékek, valamint a Magyar Pszichiátriai Társaság tanfolyamok és rendezvé-

nyek sorával nyújt segítséget a diagnosztikai és terápiás ismeretek elsajátításához. Egyre több helyütt igyekeznek kialakítani olyan diagnosztikus skálát, amely rövid és könnyen érthető kérdéseket tartalmaz, megkönnyíti a családorvosoknak a megbízható diagnózis kialakítását (23). Elkészült a BNO családorvosi változata, amely csupán 24 kategóriában foglalja össze a választási lehetőséget, és nagyban megkönnyíti az alapelátásban a pszichiátriai kórismézést. Új gyógyszerek széles választéka áll rendelkezésre, és a pszichiáterek egyre inkább hozzáférhetővé válnak. (Közös erőfeszítés eredménye, hogy az OEP által támogatott antidepresszívumokat pszichiátriai javaslatra a háziorvosok is felírhatják hat hónapra.) A pszichoterápia ráépített szakvizsgaként való megszerzése már régebben fennálló lehetőség, amellyel egyre többen élnek.

Meggyőződésünk, hogy az e közleményben feltárt hiányosságok tartalmas együttműködéssel áthidalhatóak. Közös érdekünk – betegeknek, családorvosoknak és pszichiátereknek egyaránt –, hogy a mentális zavarok egyre nagyobb arányú felismerésével betegeink minél előbb megfelelő és eredményes kezeléshez jussanak.

Köszönetnyilvánítás

A szerzők köszönetüket fejezik ki a Servier Oktatási Alapnak a tanulmányhoz nyújtott támogatásukért.

IRODALOM

- Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press; 1998.
- Kanton W, Schulberg H. Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1992;14:237-47.
- Eisenberg L. Treating depression and anxiety in primary care. Closing the gap between knowledge and practice. *N Eng J Med* 1992;326(16):1080-4.
- Katzelnick DJ, Griest JH. Social anxiety disorder: An unrecognized problem in primary care. *J Clin Psychiatry* 2001;62(S1):11-5.
- Volk RJ, Nease DE, Cass AR. Recognition of mental health problems in primary care practice. *Family Medicine* 1997;29:182-3.
- Tajima O. Mental health care in Japan: Recognition and treatment of depression and anxiety disorders. *J Clin Psychiatry* 2001;62(S13):39-44.
- Szádóczky E, Rózsa S, Zámbari J, Füredi J. Szorongás és hangulat-zavarok a családorvosi gyakorlatban. *Psychiat Hung* 2001;16(6):609-20.
- Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics, and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:381-9.
- Szádóczky E, Fazekas I, Füredi J, Papp Zs. A DIS (Diagnostic Interview Schedule) magyar változatával szerzett tapasztalatok pszichiátriai betegeken. *Psychiatria Hungarica* 1995;10:501-8.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
- Kopp M, Skrabski A. Magyar Lelkiállapot. Budapest: Végeken Kiadó; 1995.
- Rózsa S, Szádóczky E, Füredi J. A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiat Hung* 2001;16(4):384-402.
- McKenna SP, Doward LC, Kohlmann T, Mercier C, Niero M, Paes M, et al. International development of the Quality of Life in Depression Scale (QLDS). *J Affect Disord* 2001;63:189-99.
- Von Korkoff M, Shapiro S, Burke JD, et al. Anxiety and depression in a primary care clinic: Comparison of Diagnostic Interview Schedule, General Health Questionnaire and practitioner assessments. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:152-6.
- Barrett JE, Barrett JA, Oxman TE, Gerber PD. The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1100-6.
- Coyne S, Schwenk TL, Fechner-Bates S. Nondetection of depression by primary care physician recognized. *Gen Hosp Psych* 1995;17:3-12.
- Rost K, Smith R, Matthews DB, Guise B. The deliberate misdiagnosis of major depression in primary care. *Arch Fam Med* 1994;3(4):333-7.
- Callahan EJ, Bertakis KD, Azari R, et al. Depression in primary care: patient factors that influence recognition. *Fam Med* 1997;29(3):172-6.
- Parker G, Gladstone G, Chee KT. Depression in the planet's largest ethnic group: the Chinese. *Am J Psychiatry* 2001;158:857-63.
- Zhang D. Depression and culture – a Chinese perspective. *Canadian J Counseling* 1995;29:227-33.
- Luban-Plozza B, Dickhaut HH (szerk.). Bálint-csoportok elméleti és gyakorlati kérdései. Budapest: Animula; 1998.
- Harmathy É, Lajtai L. A Bálint-csoport. In: Füredi J, Németh A, Tariska P (szerk.). A Pszichiátria Magyar Kézikönyve. 2. kiadás Budapest: Medicina; 2001. p. 819-22.
- Parkerson GR, Broadhead WE. Screening for anxiety and depression in primary care with a Duke Anxiety-Depression Scale. *Fam Med* 1997;29(3):177-81.