

A depresszió és öngyilkossági rizikó szűrésének jelentősége

RIHMER ZOLTÁN^{1,2} ÉS PERCEL FORINTOS DÓRA³

¹ *Semmelweis Egyetem, Kútvölgyi Klinikai Tömb, Klinikai és Kutatási Mentálhigiénés osztály, Budapest*

² *Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Budapest*

³ *Semmelweis Egyetem, Klinikai Pszichológia Tanszék és Ambulancia, Budapest*

Nemzetközi vizsgálatokhoz hasonlóan hazánk felnőtt lakosságában az orvosi értelemben vett és kezelést igénylő major depressziós epizód egy hónapos prevalenciája 4-5%, míg egy éves prevalenciája 7-8% (Szadoczky et al., 1998). A kezeletlen súlyos major depressziós betegek 10-15 százaléka öngyilkosságban hal meg, és a befejezett öngyilkosok 65-75 százaléka aktuálisan (többnyire kezeletlen) major depresszióban szenved. A depresszió, és különösen a kezeletlen depresszió, gyakori és súlyos szövődményei (szuicid magatartás, szekunder alkohol- és drog-abúzus, fokozott szomatikus morbiditás és mortalitás, tartós betegállomány, rokkantosság stb.) jelentősen behatárolják a beteg és családtagjai jóllétét, és emellett jelentős anyagi terhet rónak a társadalomra is (Rihmer, 2007; Paykel et al., 2005). Az öngyilkosság mindenütt a világon komoly népegészségügyi problémát jelent, különösen hazánkban, ahol az utóbbi 25 évben a közel 50 százalékos csökkenés ellenére évente még mindig közel 2500 ember hal meg öngyilkosság következtében, többen, mint közlekedési balesetben. Ugyanakkor a depressziók megfelelő kezelése kb. 80 százalékkal csökkenti a szuicid halálozást (Rihmer et al., 2008). A major depresszió pontprevalenciája a hazai háziorvosi gyakorlatban (hasonlóan nemzetközi adatokhoz) 6-10% (Szadoczky et al., 1997; Rihmer et al., 2011). Mivel az öngyilkosok több mint 50 százaléka élete utolsó 3 hónapjában felkeresi háziorvosát, a háziorvosi szolgálat kiemelkedő jelentőséggel bír az öngyilkosság megelőzését illetően. Megfigyelték azt is, ha a depresszió mellett testi betegség is fennáll, gyakran csak az utóbbit ismerik fel és kezelik. A családorvosi praxishoz tartozó, depresszióban szenvedő betegeknek kevesebb, mint a fele fordul orvoshoz és többségük a családorvosától kér segítséget. A diagnózis és a terápia terén az utóbbi évtizedekben végbement jelentős fejlődés ellenére a családorvosok számára továbbra is adódnak nehézségek a depresszió felismerésével és kezelésével kapcsolatban (Rihmer et al., 2011; Rihmer és Rutz, 2009). A családorvosoknak a depresszió felismerésében, kezelésében és a depresszióval kapcsolatos öngyilkosságok megelőzésében betöltött fontos szerepére először az úttörő jelentőségű Gotland vizsgálat hívta fel a figyelmet. A Svédországhoz tartozó Gotland sziget (58000 lakos) 18 családorvosának 1983 nyarán tartott két napos intenzív, a depresszió felismeréséről és kezeléséről szóló tanfolyam után nemcsak az öngyilkossági halálozás csökkent szignifikánsan, hanem lényegesen csökkent a depresszió miatti kórházba utalások és a depresszió miatti betegállományban töltött napok száma is. A szigeten eközben markánsan megnőtt az antidepresszív gyógyszerek forgalma, míg ezen változások a kontrollrégióban nem voltak észlelhetők. Az adatok elemzése azt is igazolta, hogy a tanfolyam után lényegesen lecsökkent öngyilkossági halálozás, mely a depresszióval kapcsolatos szuicídiumok markáns csökkenése miatt következett be (Rihmer et al., 2011; Rihmer és Rutz, 2009). Azt, hogy a háziorvosok depresszió-továbbképző programjai – megfelelő közösségi beágyazottságban – az ellátási terület öngyilkossági halálozásának lényeges csökkenéséhez vezetnek, nemzetközi adatokhoz hasonlóan két nagy hazai vizsgálat is igazolta (Szanto et al., 2007; Szekely et al., 2013).

A számos, elsősorban a háziorvosi gyakorlat számára kidolgozott depresszió-szűrő mérőeszköz közül a rövidített (9 tételes) Beck depresszió kérdőív mind a pszichiátriai, mind a háziorvosi gyakorlatban a gondosan meghatározott határérték felett (19 pont) igen nagy szenzitivitással és specificitással detektálja a major depressziós állapotot (Rihmer et al., 2011; Rozsa és Szadoczky, 2001). A rövid Beck Depresszió Kérdőívvel végzett szűrővizsgálatot évente egy alkalommal célszerű elvégezni, de a depresszió klinikai gyanúja esetén a háziorvosok bármikor élhetnek ezzel az egyszerű módszerrel a depresszióra gyanús páciensek kiszűrése, és szükség esetén a pszichiátriai ellátás felé irányítása

vége. A major depresszióra kifejezetten veszélyeztetettek közel ötven százalékos szenzitivitással azonosíthatók a háziorvosi gyakorlatban a családi anamnézis adatai alapján is: azoknál, akiknél az első- vagy másodfokú rokonok között befejezett öngyilkosság fordult elő, a páciensnek 50 százaléka major depresszióban szenved (Torzsa et al., 2009).

Aaron Beck depressziós páciensekkel folytatott kutatásai során felismerte, hogy egy depressziós beteg akkor kísérel meg öngyilkosságot, amikor számára a jövő-perspektíva lezárul, melynek következtében *reménytelennek* látja helyzetét. A reménytelenség kialakulása egyben szuicid veszélyeztetettséget is jelent, melynek korai felmérése a prevenció legelső és igen fontos lépéseként jelölhető meg (Perczel Forintos et al., 2001). Egy prospektív vizsgálatban ugyanaz a kutatócsoport kb. 2000 ambuláns beteget vizsgált, különböző diagnózissal. A Beck által kidolgozott Reménytelenség Skála (RS) itt is predikciós értékűnek bizonyult. Kilencnél magasabb pontszám 17 páciens közül 16 esetben (94.2%) beazonosította azokat a személyeket, akik öngyilkosságot követtek el. Úgy tűnik, hogy kilenc vagy annál magasabb pontszám tizenegyszer nagyobb öngyilkossági valószínűséget jelez (Perczel Forintos, 2012; Perczel Forintos et al., 2007).

A hatékony megelőzés másik fontos feltétele tehát egy olyan rövid szűrővizsgálat, amely kifejezetten a – legtöbbször major depresszióban megjelenő – öngyilkossági gondolat, szándék és veszélyeztetettség felmérésére készült, könnyen és gyorsan kitölthető, és rövid idő alatt kiértékelhető. A Reménytelenség Skála ma már a szakirodalomban széles körben vizsgált és elfogadott mérőeszköz (Ajtay et al., 2008; Beck et al., 1974; Bouvard et al., 1992). Beck és munkatársai 207, öngyilkossági szándék miatt kórházba került pácienset vizsgáltak. 14 végzetes öngyilkosságot követett el, 91% tíznél magasabb pontot ért el az RS-en, ahol a „befejezők” átlagértéke 13.27 pont volt a „nem-befejezők” 8.94 pontszámához képest. Nem a depresszió súlyossága, hanem a reménytelenség mértéke volt kórjelző. A kutatók kiemelik, hogy az öngyilkossági szándék és a depresszió között kimutatható statisztikai kapcsolat csupán műtermék, mely egy, a háttérben meghúzódó harmadik változó, a reménytelenség jelenlétéből és hatásából fakad. Számos vizsgálatból ismert az a jelenség, hogy az öngyilkosság szempontjából veszélyeztetett személyek a tettük elkövetését megelőző egy-két héten felkeresik háziorvosukat különféle panaszokkal, „ürügyekkel” (Rihmer et al., 2011; Rihmer és Rutz, 2009; Ajtay et al., 2008). Ez egyben lehetőséget teremt arra, hogy még a szakszerű exploráció előtt – többnyire a váróteremben történő várakozás során – a beteg rövid, néhány egyszerű kérdésből álló kérdőívet töltsön ki, amelyet a nővér vagy asszisztens értékel, és az így kiszűrt, depresszióra gyanús beteg vizsgálata a háziorvos által feltett célzott kérdésekkel folytatódjon.

A depresszióra fókuszáló szűrővizsgálatok jelentőségét a szuicid prevención és az egyéb szövődmények megelőzésén túlmenően aláhúzza az a tény is, hogy a major depresszió kezelésének költségei nagyságrenddel elmaradnak a kezeletlen depresszió által okozott társadalmi/anyagi kár mögött (Ferrari et al., 2013; Paykel et al., 2005). Mivel a szuicid késztetéssel járó depressziók esetén az önpusztító szándék nagyon gyakran csak a depresszió későbbi, súlyosabb stádiumában, vagy csak egy esetleges újabb depressziós epizód során jelentkezik (Paykel et al., 2005; Rihmer et al., 2011; Rihmer és Rutz, 2009), az aktuálisan öngyilkossági veszéllyel nem járó depressziós betegségek korai felismerése és eredményes kezelése az öngyilkosság-megelőzés rejtett, de kétségtelenül eredményes formájának tekinthető. Valószínűleg ezen összefüggések mentén értelmezhető az a tény is, hogy a legtöbb, egészségügyileg fejlett ellátással rendelkező országban az antidepresszívumok forgalmának markáns emelkedése, illetve tágabb értelemben a pszichiátriai betegek szélesebb körű és hatékonyabb ellátása szignifikáns (bár korántsem kizárólagos) tényezőnek bizonyult az adott országok lényegesen csökkenő öngyilkossági halálozásában (Ludwig és Marcotte, 2005).

Az előzőekben említett egyszerű (papír-ceruza) szűrővizsgálatok (rövidített Beck depresszió kérdőív és reménytelenség skála) költsége elhanyagolható. A súlyos következményekkel járó népbetegségek (ilyen a major depresszió is) korai felismerése és kezelése a fejlett egészségügyi ellátással rendelkező országokban mindenütt prioritást élvez. Példaként említjük, hogy a hazánkban évente 400 halálessel járó méhnyakrák szűrése, illetve a megelőző védőoltás alkalmazása már bevett gyakorlat. Remélhetőleg az évente még mindig 2300-2400 öngyilkossági haláleset jelentős része megelőzhető lesz, ha a depresszió mint orvosi értelemben vett betegség alapellátásban való szűrése is polgárjogot nyer az egészségügyben.

IRODALOM

1. Ajtay, G., Petruska, É., Hegyi, N., Perczel Forintos, D. (2008) A háziorvosi szolgálatban megforduló személyek reménytelenségének vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 23:34-42.
2. Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., Trexler, L. (1974) The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol*, 42:861-5.
3. Bouvard, M., Charles, S., Guerin, J., Aimard, G. (1992) Study of the Hopelessness Scale: validation and factorial analysis. *Encephale*, 18:237-240.
4. Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J., Vos, T., Whiteford, H. A. (2013) Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med*, 10:e1001547.
5. Ludwig, J., Marcotte, D. E. (2005) Anti-depressants, suicide, and drug regulation. *J Policy Anal Manage*, 24:249-72.
6. Paykel, E. S., Brugha, T., Fryers, T. (2005) Size and burden of depressive disorders in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol*, 15:411-23.
7. Perczel Forintos, D. A klinikai pszichológus szerepe az öngyilkossági veszélyeztetettség felismerésében és ellátásában. In: Kalmár, S., Németh, A., Rihmer, Z. (Eds.), *Az öngyilkosság orvosi szemmel Kockázatfelmérés, kezelés, prevenció*. Medicina, Budapest; 2012, pp.319-333.
8. Perczel Forintos, D., Rózsa, S., Kopp, M. (2007) A Beck-féle Reménytelenség Skála rövidített változatának vizsgálata Magyarországon egy országos reprezentatív felmérés tükrében. *Psychiatria Hungarica*, 22:379-389.
9. Perczel Forintos, D., Sallai, J., Rózsa, S. (2001) A Beck-féle Reménytelenség Skála Pszichometriai vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*:632-634.
10. Rihmer, Z. (2007) Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 20:17-22.
11. Rihmer, Z., Gonda, X., Eöry, A., Kalabay, L., Torzsa, P. (2011) A depresszió szűrése az alapellátásban Magyarországon és ennek jelentősége az öngyilkosság megelőzésében. *Népegészségügy*, 89:355-362.
12. Rihmer, Z., Gonda, X., Faludi, G., Fountoulakis, K. N. (2008) Positive antidepressant pharmacotherapy in reducing suicide morbidity and mortality in unipolar depression. *Eur Psychiatry Rev*, 2:59-62.
13. Rihmer, Z., Rutz, W. Treatment of attempted suicide and suicidal patients in primary care. In: Wasserman, D., Wasserman, C. (Eds.), *Oxford Textbook of Suicide and Suicide Prevention*. Oxford University Press, New York; 2009, pp.463-470.
14. Rózsa, S., Szadoczky, E. (2001) A Beck depresszió kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*, 16:379-397.
15. Szadoczky, E., Papp, Z., Vitrai, J., Rihmer, Z., Furedi, J. (1998) The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary. Results from a national epidemiologic survey. *J Affect Disord*, 50:153-62.
16. Szadoczky, E., Rihmer, Z., Papp, Z., Furedi, J. (1997) The prevalence of affective and anxiety disorders in primary care practice in Hungary. *J Affect Disord*, 43:239-44.
17. Szanto, K., Kalmar, S., Hendin, H., Rihmer, Z., Mann, J. J. (2007) A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate. *Arch Gen Psychiatry*, 64:914-20.
18. Szekely, A., Konkoly Thege, B., Mergl, R., Birkas, E., Rózsa, S., Purebl, G., Hegerl, U. (2013) How to decrease suicide rates in both genders? An effectiveness study of a community-based intervention (EAAD). *PLoS One*, 8:e75081.
19. Torzsa, P., Rihmer, Z., Gonda, X., Szokontor, N., Sebestyen, B., Faludi, G., Kalabay, L. (2009) Family history of suicide: a clinical marker for major depression in primary care practice? *J Affect Disord*, 117:202-4.