

4. WHO-MPT (1994): BNO-10.
A mentális- és viselkedészavarok osztályozása.
(Szerk.: Mogyórossy Zsolt). Rhone-Poulenc-Rorer. Budapest.
5. APA (1994): *Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders*. 4. ed. Washington.
6. Beck AT. (1967): *Depression: Causes and treatment*. Univ. Pennsylv. Press. Philadelphia.
7. Beck AT. (1985): *Cognitive therapy, behavior therapy, psychoanalysis, and pharmacotherapy: a cognitive continuum*. In: Mahoney MJ; Freeman A. (eds.): *Cognition and psychotherapy*. Plenum Press, New York.
8. Sheline YI; Sanghavi M; Mintun MA; Gado MH (1999): *Depression duration but not age predicts hippocampal volume loss in medically healthy women with recurrent major depression*. J. Neurosci. 19: 5034-5043.
9. Parker G et al. (1984): *Dysfunctional attitudes: measurement, significant constructs and links with depression*. Acta Psychiat. Scand. 70: 90-95.
10. Tringer L. (1989): A „neurotikus” depresszió. Ideggyógy. Szle. 42: 193-207.
11. Ortiz T; Perez-Serrano JM; Coullaut J Jr; Fudio S; Coullaut J; Criado J; (1998): *Cortical processing of visual and auditory stimuli in depressive patients. A study with event-related potentials*. Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr. Cienc. Afines. 26: 215-221.
12. Hale WW (1998): *Judgement of facial expressions and depression persistence*. Psychiatry Res. 21: 265-274.
13. Akiskal HS; et al. (1980): *Characterological depressions*. Arch. Gen. Psychiat. 37: 777-783.
14. Oei Tp; Yeoh Ae. (1999): *Pre-existing antidepressant medication and the outcome of group cognitive-behavioral therapy*. Aust. N-Z-J. Psychiatry. 33: 70-76.
15. De Oliveira IR. (1998): *The treatment of unipolar major depression: pharmacotherapy, cognitive behaviour therapy or both?* J. Clin. Pharm. Ther. 23: 467-475.
16. Regier DA et al. (1988): *One-month prevalence of mental disorders in the United States*. Arch. Gen. Psychiat. 45: 981-987.
17. Kopp M; Skrabski Á. (1992): *Magyar lelkiállapot*. Végeken Alapítvány, Budapest.
18. Szádóczy E; Fazekas I; Füredi J; Papp Z. (1996): *Kedélybetegségek és szorongásos zavarok előfordulása a családorvosi gyakorlatban*. Psychiat. Hung. 11: 495-503.

Dr. Szádóczy Erika

Súlyos depresszió

A napjainkban széles körben használt klasszifikációs rendszerekben a diagnózis kialakításakor a súlyosság kiemelt figyelmet kapott. A súlyosság mértéke ugyanis jelentős szerepet játszik a terápia megválasztásában, az egészségügyi szolgálat igénybevételének szintjében és az életminőségre gyakorolt rövid és hosszú távú hatásában. A kérdést azonban, hogy mit tekintünk súlyos depressziónak, nem könnyű megválaszolni. A DSM-IV és a BNO-10 a depresszió súlyosságának megítélésében azt veszi alapul, hogy a depressziós tünetek milyen mértékű károsodást okoznak a munkaképességben, a szociális funkciókban és a társas kapcsolatokban. Figyelembe kell azonban venni, hogy ebben a vonatkozásban meglehetősen nagyok lehetnek az egyéni és kulturális különbségek.

Súlyos depresszióknak tekinthető a DSM-IV. és BNO-10 szerint, ha a depressziós tünetek jelentős mértékben csökkentik a munkaképességet, akadályozzák a szociális aktivitást és a társas kapcsolatokat. Mindkét klasszifikációs

rendszer a súlyos depresszióknál két alcsoportot különít el annak alapján, hogy észlelhetők-e pszichotikus tünetek vagy sem. Pszichotikus tünetek nélküli súlyos depresszióban kifejezett pszichomotoros változás - agitáció vagy gátoltság - észlelhető. Az érintett személy képtelen folytatni szokásos tevékenységét, vagy ha igen, akkor csak erősen limitált formában és kifejezett erőfeszítés árán. Pszichotikus tünetekkel járó súlyos depresszióban a típusos depressziós tünetek mellett téveszmék és/vagy hallucinációk is jelen vannak.

Mit jelent a fenti meghatározás a gyakorlatban? Milyen szempontok alapján döntünk úgy, hogy az észlelt tünetek súlyosan befolyásolják az egyén mindennapi életét, tevékenységét? Egy objektív mutató a DSM-IV ötödik tengelyén a globális funkcióképességet mérő (GAF) skála 50 pont alatti értéke lehet kritérium a súlyos depresszióra. Célszerű a súlyossági mutatókat két csoportra osztani, egyrészt keresztmetszeti, másrészt hosszmetzeti mutatókra. A keresztmetszeti mutató az adott depressziós epizód súlyosságára ad információt, hogy vannak-e pszichotikus, melankóliás és szorongásos tünetek. A betegséglefo-

lyást, a prognózist, vagyis a hosszú távú súlyosságot az epizód gyakorisága, a bipolaritás és a szorongásos zavar diagnózis, a komorbiditás jelenléte alapján határozhatjuk meg. Angst és munkatársai (1995) a súlyos depresszió meghatározására a következő kritériumokat javasolja:

1. Hospitalizáció szükségessége
2. Pszichotikus tünetek jelenléte
3. Endogén depresszió (Newcastle Scale), Melankólia (DSM-IV, BNO-10)
4. Magas pontszám a depresszió súlyosságát pontozó skálákon (CGI, HAM-D, MADRS)

Természetesen a kórházi kezelés szükségessége megállapításában ez önmagában nem elegendő, miután a klinikai tüneteken kívül egyéb szempontok is szerepet játszhatnak abban, hogy mikor és miért kerül sor kórházi felvételre. Enyhébb depressziós tünetek esetén is intézeti felvétel mellett döntünk, ha a beteg szociális helyzete, környezetének légköre nem segíti, hanem inkább gátolja a gyógyulást.

Pszichotikus tünetek Dubovsky és Thomas (1992) összefoglaló tanulmánya szerint a depressziós betegek 16-54 százalékánál megfigyelhetők. Téveszme hallucináció nélkül a pszichotikus depresszió-

Dr. Szádóczy Erika
Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet
I. Pszichiátriai Osztály
1021 Budapest, Hűvösvölgyi út 116.

sok 50-75 százalékánál, hallucináció téveszme nélkül 3-25 százalékánál fordul elő. A pszichotikus depresszióban szenvedő betegek 50 százalékánál észlelhető egynél több téveszme, 20 százalékánál a hangulattal inkongruens téveszme. A hangulattal kongruens téveszmék általában értéktelenséggel, bűnösséggel, elszegényedéssel és az egészségi állapottal kapcsolatosak, vagy közelgő katasztrofális érzete, amelyért a beteg a felelős. Bűnösségérzés apró vétségek miatt is kínzóan jelentkezik, súlyos szorongáshoz vezet a megérdemelt büntetés, a megalázás előérzete, pl. mert pirosban ment át az úton. Gyakori az a meggyőződés, hogy gyógyíthatatlan betegségben szenved, pl. rákban, AIDS-ben (hipochondriás), hogy elvesztette minden pénzét, vagyonát (elszegényedési), vagy hogy az emberek lekicsinylően, elítélően beszélnek róla, bosszút állnak rajta (perzekútoros), ezt azonban jogosnak, megérdemelt büntetésnek tartja. Ezek a téveszmék rendszerint együtt járnak önvád-lásokkal. 1882-ben Cotard francia pszichiáter írt le „*délire de négation*” néven egy különös nihilisztikus téveszme fajtát. A róla elnevezett szindrómában szenvedő betegek arról panaszkodnak, hogy beleik tönkrementek, széketet többé nem továbbítanak, vagy hogy nincs egy fillérjük sem és nem is lesz többé, vagy meg vannak győződve arról, hogy egész családjuk megszűnt létezni. Ez a szindróma más pszichotikus zavarban is előfordulhat, de leggyakrabban idősebb, pszichotikus depresszióban szenvedő betegeknél észlelhető. Hallucinációk gyakrabban figyelhetők meg fiatal bipoláris depressziós betegeknél és szülés után fellépő depressziós epizód alatt. Pszichotikus depresszióban jelentkező hallucinációk rendszerint auditorosak, értéktelenségükkel kapcsolatos szavak, mondatok, pl. ördög vagy meg kell halnod, gúnyos, becsmérlő megjegyzések, vagy készítés, hogy veszen véget életének. Vizuális hallucinációk ritkábbak, általában hallással, destrukcióval kapcsolatosak.

Néha olfaktoros hallucinációk is előfordulhatnak, ilyenkor rendszerint rothadó szenny, bomló hús szagát érzik a betegek.

Átmeneti, hangulattal inkongruens pszichotikus tünetek jelenléte nem feltétlenül jelent szkizofréniát. A pszichotikus tünetek az ismétlődő depressziós epizódokban rendszerint rendkívül hasonlóak. Gyakran észlelhető kifejezett pszichomotoros érintettség, idősebb korban általában agított állapot. Néha a gátoltság stuporig fokozódhat, mely alatt a beteg mozdulatlan, nem beszél, nem étkezik, időnként katatón motoros zavar is megfigyelhető.

Melankóliás tünetegyüttes a DSM-IV-ben is elkülönített alcsoport a depresszió belül. Történetileg az endogén, endogenomorf, vitális vagy autonóm depresszió szinonimájaként is használták. Egy időben az volt a nézet, hogy a melankólia minőségileg különbözik a reaktív és neurotikus depressziótól. Az utóbbi évek vizsgálatai azonban arra utalnak, hogy a különbség a nem-melankóliás depressziótól inkább mennyiségi, mint minőségi (Loas és Boyer 1996).

A melankóliás depressziót a következőképpen jellemezhetjük – pervazív, nonreaktív anhedonia – az öröm átélésének és anticipálásának képessége súlyosan károsodik, a külvilág ingerei nem váltanak ki reakciót, a beteg főként az egyébként örömet okozó eseményekre nem tud reagálni. Emellett kifejezett pszichomotoros változás, bűntudat és vegetatív tünetek (anorexia, fogyás, kora reggeli ébredés), valamint a tünetek reggeli rosszabbodása észlelhető. A német pszichiáterek a reaktív-endogén elkülönítést eredetileg ugyan csak a súlyosság meghatározására használták, csak később kapott etiológiai értelmet. A reaktív depresszió enyhébb tüneteket jelölt, amikor a beteg még képes a külvilág eseményeire reagálni, míg az endogén vagy vitális depresszióban a tünetek súlyosak, bűntudat, érdeklődésvesztés, típusos vegetatív tünetek, koncentrációs zavar, a tünetek diurnális változása észlelhető. A külvilág eseményei nem

váltak ki reakciót. E szemlélet szerint tehát a „reaktív” a reagáló képesség megtartását jelezte.

Idősebb korban, kórházi kezelést igénylő és pszichotikus depressziósok között gyakoribb a melankóliás depresszió. A kórházban kezelt depressziós betegek 50-70 százaléka, az ambuláns depressziós betegek 25-30 százaléka sorolható a melankóliás csoportba.

A szorongásos tünetek jelenléte ugyancsak a depressziós epizód súlyosságának jelzője lehet (Fawcett 1997). Rendszerint kifejezettebb a pszichomotoros érintettség, rosszabb a prognózis, nagyobb a valószínűsége az öngyilkosságnak. Szorongásos tünetek, aggodalmaskodás, pszichés és szomatikus tünetek mérsékelt formában depressziós betegek 42-72 százalékánál észlelhetők az epizód alatt, pánik attack a betegek 29 százalékánál.

Joffe és munkatársai (1993) MD epizód alatt a betegek 31 százalékánál a szorongás súlyosságát mérő skálán 16 pont feletti értéket észleltek. A magasabb pontérték szoros kapcsolatot mutatott a funkciókárosodás mértékével és a terápia sikertelenségével.

Hosszú távú súlyossági mutatók

A depressziós betegek mindennapi életére, munkaképességére, családi és szociális szerepeinek ellátására, „életérzésére” jelentős hatással van az epizódok ismétlődése, a bipolaritás, a kronicitás és a komorbiditás. A gyakrabban ismétlődő depressziós epizódok, főként ha felváltva jelentkeznek, mániás vagy hipomániás epizódokkal elsősorban az interperszonális kapcsolatokat, a családi életet zilálják szét, és növelik az öngyilkossági kísérlet valószínűségét. Coryell és munkatársai (1989) 5 éves követéses vizsgálata szerint az affektív epizód ismétlődésének valószínűsége bipoláris zavarban majdnem kétszerese az unipoláris depresszióban észleltnek, az öngyilkossági kísérlet másfélszer gyakrabban fordul elő. A bipoláris zavarban szenvedők 30-50 százalékánál 5 éven belül komoly munkahelyi problémákkal is számolni kell. Ez az elhúzódó, krónikus lefolyás egy másik, az életvitelt

alapvetően befolyásoló tényező. A 70-es évek végén indított „NIMH Collaborative Program on the Psychobiology of Depression” a depressziós betegek hosszú távú követését tűzte ki célul. 1 év után a betegek 33 százaléka maradt változatlanul depressziós, 5 év után 12 százaléka (Hirschfeld 1998). A depressziós tünetek a betegek több mint 10 százalékánál 2 éven túl is fennállnak csaknem változatlan intenzitással, további 20 százalékánál a remisszió nem teljes, maradványtünetek észlelhetők. Miller és munkatársai (1998) önkitöltő kérdőívvel vizsgálták a pszichoszociális funkciókat. Minden területen, vagyis a szociális, a szűkebb és tágabb családi, a házastársi, valamint a szülői szerepekben egyaránt a krónikus depressziós betegek lényegesen rosszabbul működtek a populációs mintához viszonyítva. A depressziós epizód inkomplet gyógyulása után fennmaradhat egy tartós alacsonyabb hangulati fekvés, alvászavar, szorongás, fáradékonyság és kognitív funkciózavar, mely rigiditás, negatív kognitív séma, koncentrációs zavar és csökkent verbális készség formájában nyilvánul meg.

A szorongásos tünetek jelenléte, valamely szorongásos zavar diagnózisa a depresszió tünetei mellett nemcsak az adott depressziós epizód súlyosságát befolyásolja, hanem jelentős hatással van a hosszú távú betegséglefolyásra is (Angst 1997, Nutt 1999). Az NCS szerint életük során MDD diagnózist kapott betegek 50 százaléka kap valamilyen szorongásos zavar diagnózist is élete során: 21 százalék szociális fóbia, 17 százalék GAD, 10 százalék pánik zavar, és 10 százalék specifikus fóbia diagnózist. Ezeknél a betegeknél a szerepkárosodás súlyosabb, az öngyilkossági kísérletek és az öngyilkosság következtében bekövetkező halál gyakoribb. Coryell és munkatársai (1988) összehasonlították a pánik zavar és MD-ben szenvedő betegek prognózisát a csak MD-ben szenvedőkével. Pánik zavarban is szenvedő betegeknél a gyógyulás valószínűsége kisebb, a pszichoszociális károsodás nagyobb volt. Ormel és munkatársai (1994) a szorongásos zavar diagnózist is kapott betegek munkaképesség-csökkenését kifejezettebbnek találták, mint a csak depresszió diagnózist kapott betegeket.

A keresztmetszeti és hosszmetzeti súlyossági tényezők szoros kapcsolatban vannak egymással. A pszichotikus és melankóliás depresszió nagyobb valószínűséggel ismétlődik, és gyakrabban alakul ki a későbbiek folyamán bipoláris minta. Szorongásos tünetek megléte viszont a krónicitás valószínűségét növeli.

Irodalomjegyzék:

1. Angst J. (1997) Depression and Anxiety: Implications for Nosology, Course, and Treatment. *J Clin Psychiatry* 58:(suppl 8) 3-5
2. Angst J., Amrein R., Stahl M. (1995) Moclobemide and Tricyclic Antidepressants in Severe Depression: Meta-Analysis and Prospective Studies. *J Clin Pharmacology* 15:4(suppl 2) 16-23
3. Hirschfeld R.M.A. (1998) Long-term nature of depression. *Depression and Anxiety* suppl1:1-4
4. Loas G., Boyer P. (1996) Anhedonia in endogenous depression. *Psychiatry Research* 60:57-65
5. Miller et al (1998) The Treatment of Chronic depression, Part 3. *J Clin Psychiatry* 59:608-619
6. Nutt D.J (1999) Care of Depressed Patients With Anxiety Syndromes. *J Clin Psychiatry* 60:(suppl 17) 23-27

A SZENT LÁSZLÓ KÓRHÁZ MÁJBETEGEKÉRT ALAPÍTVÁNYA MEGHÍVJA ÖNT ÉS MUNKATÁRSAIT V. MÁJNAP CÍMŰ KONFERENCIÁJÁRA.

Helyszín: SOTE Nagyvárad téri Elméleti Tömb Díszterem		11⁰⁰	A chronicus C hepatitis kezelésének jelenlegi állása és jövője Prof. Dr. Pár Alajos, POTE I. Belklinika
Időpont: 2000. május 26.			
Program:			
9³⁰	Epeúti tumorok diagnosztikája és terápiája Dr. Keleti György, Szent László Kórház Sebészeti Osztály	13⁰⁰	A hepaticus neuropathiák klinikuma, diagnosztikája és terápiája Dr. Kempler Péter, SOTE I. Belklinika
10⁰⁰	A histamin jelentősége a májműködés szabályozásában Prof. Dr. Falus András, SOTE Genetikai, Sejt- és Immunbiológiai Intézet	13⁴⁰	A máj és a szívbetegségek összefüggései Dr. Zámolyi Károly, Bajcsy-Zsilinszky Kórház IV. Belosztály
10⁴⁰	Új lehetőségek a chronicus B hepatitis kezelésében Dr. Telegdy László, Szt. László Kórház III. Belosztály	14³⁰	A szív és májbetegségek összefüggései Dr. Nádházi Zoltán, SOTE II. sz. Belklinika
		15⁰⁰	Tesztvizsga (5 kreditpont)
Moderátor: Dr. Telegdy László			