

Prof. Dr. Rihmer Zoltán, Prof. Dr. Wolfgang Rutz

Depresszió és öngyilkosság férfiaknál

Bevezetés és háttér

Nemzetközi és hazai vizsgálatok szerint a felnőtt lakosság több mint 15%-a legalább egy súlyos major (vagy ahogy régebben neveztük, endogén) depresszióan átesik élete során és minden adott hónapban a populáció 3–5%-a major depresszióban szenved.

Ugyanakkor az 1980-as évek közepétől jelentős fejlődés következett be a depressziók klinikai osztályozása, a biológiai és pszichoszociális háttértényezők feltárása és a mind hatékonyabb terápiák kifejlesztése terén. Ma már számos hatékony, előnyös mellékhatásprofilal rendelkező antidepresszívum áll rendelkezésre és jól kidolgozottak a depressziók egyéb (nem gyógyszeres) biológiai kezelési módjai is (például a fényterápia, az alvásmegvonás). Ezzel párhuzamosan komoly fejlődés következett be a depresszió nem biológiai (vagyis pszichoterápiás) kezelési módszereiben is, és ma már bizonyítottan tekinthető, hogy a depressziók bizonyos formáinak kognitív terápiája ugyanolyan hatékony, mint a gyógyszeres kezelés, valamint az, hogy a gyógyszeres és pszichoterápiás kezeléseket kombinált alkalmazása sokkal eredményesebb, mint bármelyik önmagában.

Az öngyilkosság az emberi élet talán legtragikusabb eseménye. Minden korban és kultúrában előfordul, bár eltérő gyakorisággal. A férfiak öngyilkossági halálózása mindig és mindenütt a világon kétháromszorosa a nőkének.

Ugyanakkor, szemben a befejezett suicidiumokkal, az öngyilkossági kísérlet a nők körében jóval gyakoribb, ami viszont nem jelenti a szándék komolytalanságát, mivel a befejezett suicidiumot elkövetők

16–32%-ának már volt legalább egy öngyilkossági kísérlete.

A depresszió nagy teher a társadalom számára is. Túl azon a rengeteg szenvedésen, amelyet a maga számos komplikációjával együtt (suicidium, másodlagos alkoholizmus, a munkahely elvesztése, a családok széthullása stb.) a betegek és családtagok számára okoz, a depresszió társadalmi vonatkozásában is komoly anyagi problémát jelent. Ugyanakkor több vizsgálat egyértelműen kimutatta, hogy a nem kezelt depressziók okozta társadalmi kár (öngyilkosság, másodlagos alkoholizmus, a produktivitás csökkenése stb.) lényegesen nagyobb, mint a depresszió kezelésének költsége.

A munkanélküliség, az egzisztenciális problémák, az identitáskrizisek és az ezekből eredő reménytelenség érzése elsősorban férfiaknál észlelhető.

A család felbomlása, az ebből eredő magányosság érzése, a szociális hanyatlás, valamint a munka területén ellátott funkciók elvesztése a férfiaknak kifejezetten érzékeny pontjai.

A végső, döntő faktor gyakran a reménytelenség és kétségbeesés, amely jelezheti a klinikai depresszió kezdetét és kényszerítő erejű öngyilkossági készítéseket.

Ebben a folyamatban a krónikus stressz és a „burn-out” érzés a férfiakat az alkohol és más szerek általános használatára, mint az öngyógyítás egy fajtájára készíti. Az alkohol rövid távon csökkenti a stresszhormonként ismert kortizol szintjét, ezáltal csökkenti a stresszt; de hosszú távon növeli a kortizolszintet, ami szerotoninszint-csökkenést, következésképpen depressziót eredményez – ez pedig örögi kör.

Mind ez jelentős probléma az egész nyugati világ számára, de a kelet-európai országokban még drámaibb a helyzet. Ezekben a markáns változásokon keresztülment társadalmakban elsősorban a férfiak számára nehéz megfelelni a saját maguk és mások által támasz-

tott elvárásoknak, így a hagyományos, családfenntartó férfi szerepének, amely egy korábbi, más módon strukturált társadalomból származik.

Öngyilkossági rizikófaktorok és protektív tényezők

Bár az öngyilkosság rendkívül komplex, multikauzális jelenség, mégis körvonalazható több olyan tényező, amelyek fennállása esetén a suicidium esélye jelentősen megnő. Az öngyilkossági rizikófaktorok klinikai előrejelző értéke rendkívül különböző mértékű. A suicidium pszichiátriai, pszichoszociális és demográfiai rizikófaktorait a következőképpen csoportosíthatjuk:

Elsődleges rizikófaktorok

1. Pszichiátriai betegségek: depresszió, schizofrenia, alkoholizmus/drogabúzus

2. Megelőző öngyilkossági kísérlet(ek)

3. Suicidium a családban

4. Az öngyilkossági szándék/halálvágy kommunikációja

5. Csökkent központi idegrendszeri szerotoninaktivitás, illetve alacsony szérumbancholeszterin-szint

Másodlagos rizikófaktorok

1. Kora gyermekkori veszteségek (szülő halála, válás)

2. Izoláció, magányosság

3. Munkanélküliség, komoly anyagi problémák

4. Súlyos, negatív életesemények

5. Dohányzás

Harmadlagos rizikófaktorok

1. Férfi nem

2. Adoleszens/serdülőkor férfiaknál, idős kor nőknél

3. Vulnérabilis periódusok (tavasz, premenstruum)

A másodlagos és harmadlagos rizikófaktorok előrejelző értéke önmagában igen csekély, de ha egyidejűleg egy vagy több elsődleges rizikófaktor is fennáll, az öngyilkossági kockázat komolynak mondható.

A számos rizikófaktor mellett csupán kevés úgynevezett protektív tényezőt ismerünk, ame-

Prof. Dr. Rihmer Zoltán,
Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet
1021 Budapest, Hűvösvölgyi út 116.
Prof. Dr. Wolfgang Rutz
Visby Hospital, Department of Psychiatry,
Visby, Gotland, Svédország

lyek védelmet nyújtanak az öngyilkossággal szemben. A jó családi, szociális háttérrel kivül a terhesség, a szülést követő első év, a nagyobb gyermekszám, illetve a gyakorló (nem formális) vallásosság bizonyultak olyan tényezőknél, amelyek fennállása esetén a suicidium esélye csökken.

Depresszió és öngyilkosság

Az öngyilkosság kérdése szorosan kapcsolódik a depresszió problematikájához. Vizsgálatok bizonyítják azt, hogy a befejezett öngyilkosságok 50–70%-át kezeletlen vagy nem megfelelően kezelt major depresszió állapotában követik el – és ezen esetek legalább felében az öngyilkosságot elkövető személynek semmilyen kapcsolata nincs orvossal. Azonban az orvoshoz fordul depressziós betegeknek is csupán 30–50%-ánál ismerik fel a depressziót, és ezeknek is csupán 12–16%-ánál történik megfelelő antidepresszív gyógyszeres terápia.

Az Egyesült Államokban és sok európai országban kezdtek kampányokat a lakosság depresszióval kapcsolatos informálása céljából, ismertetve a tüneteket, az elérhető terápiás lehetőségeket, ezzel is bátorítva a depresszióban szenvedőket, hogy forduljanak szakemberhez problémájukkal. Emellett az orvosok továbbképzése jobb diagnosztikus és terápiás munkát eredményezett a depresszió területén, vagyis kimutathatóan növekedett a depresszió felismerésének aránya és a gyógyuló betegek száma.

Néhány országban ennek tulajdonítják azt, hogy az öngyilkosságok száma csökkent, annak ellenére, hogy a depresszió gyakorisága növekszik. Ugyanakkor több országban – főleg a kelet-európai országokban – oly mértékű növekedés észlelhető az öngyilkossági halálozásban, hogy néhány korosztály esetében – főleg a férfiak között – az öngyilkosság a leggyakoribb halálok.

A problémát a kilencvenes évek elején a WHO ismerte fel, s a szervezet egy 1995-ös tel-avivi öngyilkossággal foglalkozó nemzetközi konferencián figyelmeztetett az öngyilkosságok számának növekedé-

sére, elsősorban a fiatal férfiak körében.

A helyzetet a kelet-európai országok többségében aggasztónak mondható, bár a nyugat-európai szituáció sem megnyugtató, elsősorban a vidéki körzetekben, ahol az öngyilkosság a leggyakoribb halálokok egyike.

Azért válnak a férfiak jelentősen veszélyeztetett csoporttá, mert az öngyilkosságukat gyakran nem előzi meg semmilyen figyelmeztető jel vagy segítségkérés. A férfiak gyakran igen drasztikus és erőszakos (violens) módját választják az öngyilkosságnak (önakasztás, lőfegyver, magasból való leugrás stb.), amely nem sok esélyt hagy a túlélésre. Az esetek többségében a férfiak az öngyilkosságot megelőzően nem beszélnek erről senkinek, félelmeiket és kétségeiket nem osztják meg másokkal, nem keresnek segítséget.

A férfiak döntő többségének az öngyilkosságot megelőzően nincs semmiféle kapcsolata az egészségügyi ellátással, vagy ha mégis, gyakran szomatikus panaszokkal fordulnak orvoshoz, így nem kerül felismerésre a depresszió és elmarad a terápia.

A Gotland-vizsgálat

A helyzetet legjobban a Gotland-tanulmány mutatja be, amelynek során a nyolcvanas évek elején a háziorvosokat intenzív továbbképzésben részesítették a depresszió diagnosztikájának és terápiájának területén. Ez a depresszió felismerésében és követésében markáns javulást eredményezett, és az antipszichotikumok, illetve a szedatívumok használatának jelentős csökkenéséhez vezetett. Ezzel szemben nőtt a hozzászokást nem eredményező antidepresszív gyógyszerek fogyasztása, amelyeket korábban sokkal ritkábban használtak, és lényegesen csökkent a depresszió miatti kórházi beutalások, illetve a depresszió miatt betegállományban töltött napok száma.

Az öngyilkosság gyakorisága érzékelhetően csökkent – bár a csökkenés elsősorban a női populációt érintette. Utánvizsgálatok kimutatták, hogy az öngyilkosságok mar-

káns csökkenését szinte kizárólag a női depressziós öngyilkosok számának csökkenése okozta. A férfiak között az öngyilkosság aránya látszólag változatlan maradt. Mivel a tréning hatása néhány év múlva csökkent (a képzésben részt vevő családorvosok közül többen elköltöztek Gotlandról!), ezért a továbbképzést időről időre megismételték, ezáltal az orvosok diagnosztikai és terápiás képességét a kilencvenes években is szinten tartották. Ennek következtében ezen földrajzi régióban az öngyilkosság a női populációban ma szinte ismeretlen.

A férfiak öngyilkosságának arányában azonban csak elhanyagolható csökkenés volt észlelhető. Ennek magyarázata abban áll, hogy a férfi öngyilkosok ismeretlenek voltak az egészségügyi ellátást nyújtók számára, ennek következtében a háziorvosok diagnosztikai és terápiás készségeinek javulása nem lehetett hatással rájuk.

Ha a férfiaknak volt is kapcsolata a háziorvosokkal, az szomatikus – gyakran banális – panaszok következménye volt. Sokan közülük oly mértékben voltak gyógyszerfüggők, hogy a diagnosztizálást lehetetlenné tette a viselkedészavar, a belátás- és motivációhiány, az agresszivitás vagy a kétségbeesett elkerülő magatartás. Azokban az esetekben, amelyekben a férfiak depressziójának diagnózisa felállítható volt, a terápia megkezdését követően a betegek nem jelentek meg kontrollvizsgálaton, és általában nem működtek együtt a kezelésben. Ezen férfiak igen nagy része nem állt kapcsolatban semmilyen szociális ellátást végző szolgálattal, amely segítséget nyújthatott volna számukra. Azon esetekben, amelyekben volt kapcsolat, ott is ez gyakran a rendőrség, az alkoholfüggők járóbeteg-ellátását végzők vagy az adóhatóságon keresztül valósult meg. Sokszor azonban még ilyen kontaktus sem volt.

Ezen férfiak vizsgálata és szoros követése során kiderült, hogy depressziójuk tüneti képe rendkívül változatos lehet. Jellemző tünet volt az impulzivitás (dühkitörések), az önmagukkal és másokkal szembeni agresszió, a határozatlanság, va-

lamint annak hiánya, hogy felismerjük és belássák reménytelenség-érzésüket, kétségbeesésüket, depressziójukat, hogy szükségük van arra, hogy segítséget keressenek.

Ezen férfiak többsége öngyógyításként az alkoholba menekült vagy az ezzel egyenértékű függőséget jelentő túlzott mértékű sporttevékenységbe, „munkaalkoholizmusba”, amely elnyomja a szorongást és depressziót.

Depresszió férfiaknál – teoretikus megfontolások

Az etológia és antropológia mai ismeretei alapján a férfiak és nők különbözőképpen reagálnak a rendkívül reménytelennek tűnő helyzetekben. A nők nyitottabbak a segítségkérésben és keresésben, és védik magukat azáltal, hogy nyugodt, visszafogott és visszahúzódó magatartásmintákat vesznek fel a szélsőségesen kilátástalan helyzetekben. Teszik mindezt azért is, hogy biztosítsák a család fennmaradását.

A férfiak gyakran máshogy reagálnak. Ha sarokba szorítva érzik magukat, akkor ingerlékenyek, viselkedésük sztereotípiákra épül, és vad kitörésre, kirobbanásra hajlamosak. Harcos ösztöneik kerülnek előtérbe, nyugtalanok és agresszívek lesznek, elvesztik toleranciájukat és reális belátásukat arra nézve, hogy segítségre lenne szükségük.

Elképzeltető, hogy mély etológiai gyökerei vannak a férfiak és nők reménytelen helyzetben tanúsított viselkedésbeli különbségei mögött.

A depresszió diagnosztikájának tudományos alapjait önmagukat depressziósnak minősítő és segítségért forduló emberek által lejegyzett tünetek jelentették. Ezek többsége nő volt. Ennek következtében ez a tüneti kép nem tükrözi pontosan a férfiak depressziójának és öngyilkosságának jellegzetességeit.

Manapság a férfiak depressziójának tüneti képét elkülönítjük a klasszikus depressziós tünetegyüttestől – amely elsősorban nőknél észlelhető –, felhasználva ehhez a depressziós férfiak körében szerzett klinikai tapasztalatokat és a

centrális szerotoninrendszer működéséről megszerzett tudásunkat.

Ez remélhetőleg minőségi javulást fog eredményezni a férfiak depressziójának felismerésében mind az orvosok, mind a hozzátartozók között, és lehetővé teszi a férfiak számára a tünetek észlelését önmagukon.

A nők körében gyakoribbak a betegségek, mégis tovább élnek – miért?

Ma már tudjuk, hogy a depresszió felismerése és gyógyítása csökkenti az öngyilkosság kockázatát, mivel az öngyilkosság szorosan összefügg a depresszióval. Az egyre gyarapodó tapasztalatok azonban azt mutatják, hogy férfiakon ritkábban ismerik fel a depressziót, és még ritkábban kezelik őket. Ez lehet a megoldása a mind ez idáig nehezen megmagyarázható és paradox ténynek, hogy a férfiak – bár statisztikailag feleannyi közöttük a depresszió gyakorisága – sokkal inkább hajlamosak arra, hogy önkéntesüljenek véget életüknek. A férfiak „túlzott hajlama” az öngyilkosságra utalhat depressziójuk ritkább felismerésére és kezelésére.

Ez a jelenség azt is mutatja, hogy a statisztikailag általában alacsonyabb betegség-előfordulás a férfiak között – beleértve a szomatikus betegségeket is – inkább következik a ritka segítségkeresésből, mint a jobb egészségi állapotból.

Ez lehet a magyarázata annak a paradox ténynek, hogy bár a legtöbb európai országban (így Magyarországon is) a nők körében nagyobb a betegségek gyakorisága, mégis szignifikánsan alacsonyabb a férfiak várható élettartama.

A férfiak depressziójának tüneti képe

Szemben a típusos depresszióval – amelyben a segítségért fordulás – a gátoltság, bűnösségérzés, pesszimizmus és apátia dominál –, a férfiakra jellemző depressziós képet a külvilág felé eltúlzott cselekedetek, az agresszivitás, a tolerancia hiánya és az öngyógyszerezés jellemzi. Az alább felsorolt

szimptomák speciális részei lehetnek a férfi depresszió tüneti képének:

- alacsonyabb toleranciaszint,
- a külvilág felé irányuló, agresszív viselkedés, csökkent impulzuskontroll,
- antiszociális viselkedés,
- időszakos dühkitörések,
- regresszió, csökkent önértékelés, elégedetlenség,
- abúzusokra való hajlam.

A tüneti kép gyakran hasonló lehet az egyes személyiségzavarokban, illetve az általános stressz esetén észleltekhez. Az agresszivitás a türelmetlenség és az alacsony impulzuskontroll gyakori jellegzetességek. A kutatások azt mutatják, hogy a központi idegrendszer szerotoninaktivitásában mutató ingadozásnak jelentősége van e tünetek esetében, és a szerotoninregulációra ható szerek (elsősorban a szelektív szerotoninreuptake-inhibitorok) meghatározó befolyással és terápiás hatással bírnak.

Másik jelentős tényező a férfi öngyilkosság és depresszió diagnosztikájában az időfaktor. Azon férfiak egy részével nehéz bánni, akiknek a viselkedése jelentős változást mutat az idő függvényében, ezen férfiak viselkedése „psichopátiás” jellegű. Normális körülmények között ők szociálisan jól funkcionáló, jó képességű emberek, akiknek a viselkedése a depressziós periódus idején nehezen elfogadható, és ezen időszakot leszámítva saját maguk számára sem elfogadható. Gyors személyiség- és viselkedésváltozás férfiakban figyelmeztet a depresszió lehetséges fennállására.

Ezen hipotézisünket jelentős mértékben alátámasztja az a tény, hogy az Amerikai Egyesült Államokban és Kanadában élő Amish populációkban – amelyekben az alkoholizmus, a drogabúzus és a kriminalitás gyakorlatilag nem fordul elő – a major depresszió prevalenciája kétszer akkora, mint az Egyesült Államok más területein, ugyanazon módszerrel történt vizsgálatokban, és a major depresszió ezekben a közösségekben egyforma gyakorisággal fordul elő a nők és a férfiak között. Ezek az eredmények jól megfelelnek azon

régi tapasztalatnak, hogy a krónikus alkoholizmus mögött gyakran depresszió húzódik meg, és hogy a depresszióhoz társuló másodlagos alkoholizmus és kriminalitás sokkal gyakoribb a férfiak körében.

A férfiak depressziójának diagnosztikus nehézségei

Ahogy fentebb említettük, a férfiak nehezebben adják jelét pszichológiai értelemben vett gyengeségüknek. Ezért inkább szomatizálnak. Gyakran előfordul az, hogy utolsó kétségbeesett kísérletként a férfiak felkeresik háziorvosukat, de nem tudják elmondani problémájukat, hanem jelentéktelen szomatikus bajokról panaszkodnak. Gyakran a képet valamilyen abúzus takarja, például a „munkaalkoholizmus”, az extrém sporttevékenység, a szerencsejáték, a kockázatkereső magatartás, a döntésképtelenség, a gyermeki viselkedéshez való regresszió, az önsajnálát, az egyre növekvő lehangoltság. Ebbe – érthető módon – egy idő után a közeli hozzátartozók és a szakemberek egyaránt belefáradnak, ami pedig nem javítja a segítséghez jutás esélyét. Ahogy a Gotland-vizsgálat is mutatja, még a depresszió és az öngyilkosság szimptomáinak széles körben való elterjesztése mellett is gyakran a nők kerestek és kértek segítséget férjeik számára.

Terápiás lehetőségek

A szimptomák ismeretének terjedése a férfiak körében még több férfit ösztönöz arra, hogy segítséget kérjen az orvosától vagy a körülményektől függően a kórháztól, pszichiátertől vagy pszichológustól.

A terápia fontos része lehet a pszichoterápia. Leginkább azok a pszichoterápiák a hatékonyak, amelyek fókuszában a férfi irreális önképe áll, illetve amelyek javítják azon képességét, hogy felismerje a segítségkérés szükségességét. Emellett rávilágítanak a terápia folyamatosságának fontosságára anélkül, hogy valami, szégyenteljes vagy lealacsonyító dolognak látnátna azt. Emellett folyamatos gyógyszeres terápiára is szükség

van a szerotonin szint normalizálására, amely jelenlegi tudásunk szerint összefüggésben áll a depresszióval, az agresszivitással, a krónikus stresszel és az abúzussal – ezen tünetek mindegyike része lehet a férfi depresszió tüneti képének. A terápiának következetesnek kell lenni, elegendő ideig kell tartania, illetve biztosítania kell a beteg együttműködését. Az öngyilkosság kockázata akkor is fennállhat, ha a terápia elkezdődött és eredményes. Ez azt jelenti, hogy az öngyilkosság kockázatát újra és újra kell becsülnünk, amíg a beteg el nem éri a teljes és tartós stabilitás fázisát.

A depresszióra való hajlamot komolyan kell venni, csakúgy mint minden más betegség iránti hajlamot – és a betegnek meg kell tanulnia felvállalni a betegségével járó felelősség egy részét, és ismernie kell gyengeségeit.

Azokban az időszakokban, amikor az alkoholfogyasztás jelentősen megnő és ennek hatása terápiás problémaként jelenik meg, a depressziós férfiaknak alkoholmegvonó terápiára is szükségük van. Manapság vannak olyan gyógyszereink, amelyekhez nem alakul ki hozzászokás. Az új típusú gyógyszerek megakadályozzák az alkoholfogyasztást követő megvonási tüneteket és a szorongást, ezáltal csökkentik az esélyét az alkoholabúzus folytatásának. E gyógyszerek tehát a szorongás, a stressz és a depresszió ellen hatnak.

Célszerű kombinálni a gyógyszeres és a pszichoterápiát. A tapasztalat azt is mutatja, hogy az említett férfiak esetében a pszichoterápia gyakran kevésbé hatékony (főleg a mélylélektani, hosszú időtartamú terápiák). E férfiak jobban fogadják azon pszichoterápiás megközelítéseket, amelyek problémamegoldás centrikusak, életmódváltoztatást céloznak meg vagy egy reális-én megtalálását, a mentális energia gazdaságos felhasználását tűzik ki célul. Ez a férfiak számára gyakran nehezen megy. Tapasztalatok szerint a problémacentrikus, kognitív orientációjú pszichoterápiát jobban elfogadják, és az gyakrabban vezet azon képességek kialakulásához, amelyek révén segítséget tud kérni problémás helyze-

tekben, illetve jobb önismeretre tesz szert. Ezen terápiák a tapasztalat szerint segítik a beteget, hogy könnyebben tudjon segítséget kérni, jobban megismerje saját gyengeségeit, így javul az együttműködése és csökken a szégyenérzete.

Az öngyilkosság megelőzése az egészségügy keretei között

Mivel az öngyilkosok jelentős hányada (35–55%) jelentkezik élete utolsó heteiben, hónapjaiban az egészségügyi ellátás különböző szintjein, az orvosoknak és a velük együtt dolgozó egészségügyi személyzetnek rendkívül nagy szerepe van az öngyilkossági veszély felmérésében, s így a suicidium megelőzésében. Számos vizsgálat igazolta, hogy a férfiak ritkábban fordulnak orvoshoz, illetve ritkábban kérnek segítséget, mint a nők. Ha mégis felkeresik a családorvost, az egyéb szakmák képviselőit vagy a pszichiátert/pszichológust, azok a gyakran társuló alkohol- vagy drogproblémák miatt ritkábban ismerik fel a depressziót. Fontos tehát, hogy az egészségügyben dolgozók az eddiginél is fokozottabban fogékonyak legyenek a suicidium problematikája iránt és adott esetben ne csak nők esetén gondoljanak az öngyilkosság lehetőségére. Az egészségügyi ellátás öngyilkosság-megelőző stratégiái az alábbiakban foglalhatók össze:

1. Az akut suicid veszély elhárítása.
 2. A pszichiátriai betegségek korai felismerése és hatékony akut és hosszú távú kezelése és gondozása.
 3. Az öngyilkossági kísérletlen átesettek utógondozása (szükség esetén a családtagok bevonásával).
 4. Egészségügyi felvilágosítás.
- Természetesen nemcsak az egészségügyi dolgozók felelősek az öngyilkosságok megelőzéséért. Az életnívó, illetve az egészségügyi és a szociális ellátás színvonalának emelése, az alkohol- és drogprobléma elleni küzdelem hatékonyságának fokozása, a lőfegyverhez való hozzájutás lehetőségének fokozottabb kontrollálása már túlmutat az egészségügyi ellátás kerete-

in és a társadalmi vezetők kompetenciájába tartozik.

Depresszió és öngyilkosság Magyarországon, különös tekintettel a nemi különbségekre

A depresszió és az öngyilkosság kérdése különösen fontos probléma Magyarországon. Az utolsó 5 év kivételével századunkban gyakorlatilag minden évben hazánk suicid mortalitása volt a legmagasabb a világon, míg a 2–8. helyeket váltakozó sorrenddel többnyire Dánia, Ausztria, Svájc, Svédország, Finnország, Belgium és Nyugat-Németország foglalták el. Ugyanakkor az utóbbi másfél évtizedben (és különösen az utolsó 7–8 évben) a magyarországi suicidráta tartós és folyamatos csökkenése észlelhető: míg 1984-ben közel 4600 ember ölte meg magát, ez a szám 1998-ban már „csak” 3200 körül volt. Ez a több mint 30%-os csökkenés a világon a legnagyobb, és minden bizonnyal nem egy, hanem számos okra vezethető vissza. Bár a rendszerváltozás pozitív hatása nyilvánvaló (a demokratizálódási folyamat megindulása, a vallásszabadság kiterjedése stb.), az is kétségtelen, hogy az utóbbi 10 évben Magyarországon nagymértékben megnőtt a munkanélküliség és jelentősen megnövekedett a létminimum alatt vagy annak határán élők száma, illetve folyamatosan csökkent a születésszám. Mindezek társadalmi kihatása pedig inkább a suicidium gyakoriságának növekedése irányába mutat. Az is tény, hogy az összes volt szocialista ország közül csak Magyarországon csökkent a suicid halálozás, a többi rendszerváltó országban nem változott (például Csehország, Szlovákia), vagy kismértékben (Lengyelország) vagy jelentősen (balti országok, Oroszország) növekedett.

A suicid ráták illetően ártrendeződése révén az utóbbi néhány évben Magyarország elvesztette „világelső” pozícióját és jelenleg az ötödik helyen áll. Ezzel persze még nem lehetünk elégedettek, hiszen a 100 000 lakosra jutó éves öngyilkossági halálozás még így is több mint

másfélszerese Ausztriáénak, és közel háromszorosa Angliáénak és az Egyesült Államokénak.

Másrészt viszont az is igaz, hogy az utóbbi 10–15 évben több nyugat-európai és skandináv országban csökkent 10–20%-kal a suicid halálozás, pedig ezen országokban nem ment végbe sem politikai, sem gazdasági rendszerváltás.

A hazai vezető pszichiáterek döntő többsége egyetért abban, hogy a magyarországi öngyilkosságok eme jelentős csökkenésének egyik (de nem kizárólagos!) meghatározó tényezője a pszichiátriai ellátás fejlődése, ezen belül is a depressziók korábbi és jobb felismerése és hatékonyabb kezelése. Ez az utóbbi 15 évben az antidepresszívumok forgalmazásának ötszörösre, illetve a sürgősségi (S.O.S) krízistelefon-szolgálatok számának hatszorosra növekedésében is megnyilvánul.

Láthattuk, hogy a gotlandi depressziótovábbképző-tanfolyam után elsősorban a nők (depressziós) öngyilkosságok száma csökkent, a férfiaké gyakorlatilag változatlan maradt, és így az öngyilkosok között a férfiak százalékos aránya megnőtt. Érdekes, hogy az utóbbi két évtizedben ugyanez a tendencia észlelhető Magyarországon is: a férfiak százalékos aránya az öngyilkosságban meghaltak között 1981-ben 67,5 volt, ez 1996-ra fokozatosan 75,7-re emelkedett. A hazai suicidmortalitás csökkenése tehát kevésbé kifejezett a férfiaknál, és ez az eddig tárgyaltakkal együtt kellően indokolja, hogy a depressziók problémáinak speciális aspektusait ne csak a nők (post partum depresszió, menopauzális depresszió stb.), hanem időnként a férfiak szempontjai szerint tárgyaljuk.

Összefoglalás és kilátások

A depresszió és az öngyilkosság komoly népegészségügyi probléma mindenütt a világon. A tapasztalat azt mutatja, hogy jelentős változást hoz ebben a kérdésben az egyre hatékonyabb új antidepresszívumok elérhetősége és használata, megfelelő betegkövetéssel. Ugyanakkor tény, hogy nem minden országban elérhető az adekvát diagnosztika, terápia és betegkövetés. A férfiakra fokozottan igaz ez, csak ritkán

ismerik fel, és még ritkábban kezelik a körükben gyakran előforduló depressziót, reménytelenséget, és az öngyilkossági késztetéseket.

Sajnos, nem minden öngyilkosság előzhető meg. Ugyanakkor a suicidiumok többségét klinikai depresszió állapotában követik el, amely bizonyosan gyógyítható. A legtöbbször azonban szerepet játszanak egyidejűleg fennálló pszichoszociális és egzisztenciális tényezők, amelyeket nehéz befolyásolni. Igen lényeges összetevője a depresszió manifesztálódásának az egyén biológiai vulnerabilitása, amely a hajlamot jelenti csupán, de tartós vagy ismételt negatív életeseemények hatására ezen hajlam talaján alakul ki a betegség.

A depresszió mögött álló szenvedés összetett, és gyakran pszichoszociális és egzisztenciális problémákon alapszik. Nagyon gyakran az egészségügyi rendszer nem tudja megoldani az olyan problémákat, mint a magányosság, a munkanélküliség, az identitásválság, a perspektívtalanság.

Önmagában a depresszió a kialakulását, illetve a diagnosztizálást követően gyógyítható, a mögöttes húzóerő problémák egy részével pedig már meg tud birkózni a személy – ha kell, akkor terápiás segítséggel –, amikor a depresszió tünetei enyhülnek és az öngyilkosság kockázata lecsökken.

A jövőben az egészségügyi ellátás egyik kardinális pontja kell, hogy legyen a depresszió és az öngyilkosság közötti relatíve szoros kapcsolat befolyásolása a hatékonyabb terápia segítségével, valamint a férfi depresszió – és egyéb stresszel összefüggő zavarok – felismerésének javítása által. Az egészségügynek, és azon kívül eső ágazatoknak is feladat ez, mivel a depressziós és öngyilkosság elkövetésére hajlamos férfiak nem annyira az egészségüggyel kerülnek kapcsolatba, hanem sokkal inkább a rendőrséggel, az alkoholelvonóval és az adóhatósággal. Ezen szociális szervezeteket kell a tréningeknek célba venni, valamint a munkahelyeket, a vallási közösségeket és egyéb hálózatokat. Ugyanennyire fontos a civil szervezetek, a család, a barátok – és mindenki, aki érintett, vagyis mindannyiunk – oktatása.

Ma a depresszió, illetve a depresszióval kapcsolatos öngyilkosság és az ehhez kapcsolódó problémák gyógyíthatók és megelőzhetőek. Hatékony terápiás stratégiák léteznek – mind a gyógyszeres, mind a pszichoterápia területén – a depressziós férfiak kezelésére, bár az abúzus, az agresszív reakciók, az önértékelési problémák gyakran reménytelenséget sugallnak számukra és környezetük számára egyaránt. Reméljük, hogy ez a kiadvány segítséget jelent a depressziós és öngyilkosságra hajlamos férfiak problémájának megismerésében, lehetővé téve számukra a segítségkeresést és az adekvát segítség elérését.

Irodalomjegyzék:

1. Angst J, Sellaro R, Angst F. Long-term outcome and mortality of treated versus untreated versus untreated bipolar and depressed patients: A preliminary report. Int J Psych Clin Pract 2 L 1998;115-9.
2. Arató M, Demeter E, Rihmer Z et al. Retrospective psychiatric assessment of 200 suicides in Budapest. Acta Psychiat Scand 1988;77:454-6.
3. Egeland JA, Hostetter AM. Amish Study I. Affective disorders among the Amish, 1976-1980. Am J Psychiat 1983;140:56-61.
4. Pirkis J, Burgess P. Suicide and recency of health-care contacts. Brit J Psychiat 1998;173:462-74.
5. Rihmer Z, Rutz W, Pihlgren H.

Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. J Affect Disord 1995;35:147-52.

6. Rihmer Z. Strategies of suicide prevention: Focus on health care. J Affect Disord 1996;39:83-91.
7. Rutz W, von Knorring L, Pihlgren H, et al. An educational project on depression and its consequences: Is the frequency of major depression among Swedish men underrated, resulting in high suicidality? Prim Care Psychiatry 1995;1:59-63.
8. Rutz W, Walinder J, von Knorring L, et al. Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Gotland study. Int J of Psych Clin Practice 1997;1:39-46.

Dr. Kovács Gábor

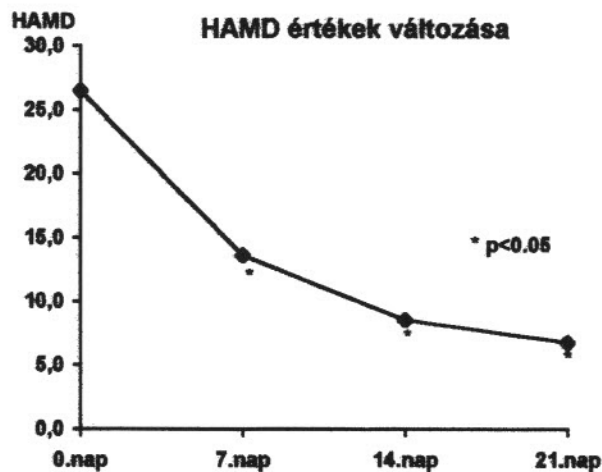
A súlyos depresszió infúziós antidepresszáns kezelése

Depresszió célterápiájaként alkalmazott antidepresszáns kezeléssel szemben is hármas követelmény támasztható, legyen gyors, hatékony és biztonságos. Ha a klasszikus (tri- és tetraciklikus) valamint az új típusú (szelektív szerotonin visszavétel gátló – SSRI) szereket összehasonlítjuk, akkor elmondható, hogy hatékonyságuk hasonló, viszont a SSRI szerek jóval előnyösebb mellékhatás-profillal rendelkeznek, azaz biztonságosabban adhatóak. Ha megvizsgáljuk azt, hogy mikor kezdenek hatni, azt találjuk, hogy mindkét csoportba tartozó szerek esetén 2-3 hétnél el kell telni, mire a gyógyszer hatásának jelei mutatkoznak¹. Ebből a szempontból az úgynevezett kettőshatású (a szerotonin és noradrenerg rendszerre szelektíven ható) szerek sem mutatnak lényeges előnyt. Ez alatt az idő alatt azonban a depressziós beteg tulajdonképpen tovább szenved, amit csak adjuvánsként beállított anxiolitikummal tudunk csökkenteni.

Kíváncsi vagyok tehát, hogy az antidepresszáns hatás minél előbb jelentkezzen.

Elméletileg ennek egyik lehetősége a gyógyszer intravénás-infúziós bejuttatása. Ennek farmakológiai racionalitása: 1. A felszívódás esetleges individuális különbségeivel, illetve zavarával nem kell számolnunk 2. A gyógyszermetabolizmusban is szerepet játszó „first pass effect” nagyrészt kikerülhető 3. A vér-agy gáton a készítmény könnyebben átjut. Mindezek hatására jobb lesz a biológiai hozzáférhetőség a szerhez. A farmakológiai racionalitáson túlmenően a pszichiátriai betegeknek gyakran kétséges compliance ilyen esetben biztosított. Az infúziós kezelés során jelentkező nem specifikus pszichológiai hatások pedig csak még előnyösebbé tehetik a kezelést.

Az antidepresszánsok szinte minden csoportjában találunk olyan szereket, amelyek infúziós ki-



1. ábra

szerelésben is rendelkezésünkre állnak. Így a klasszikus szerek közül a Noveril és Ludiomil, az átmenetet képező Anafranil és a modern szelektív hatású Seropram. Mindezek ellenére igen kevés vizsgálat illetve tanulmány született az infúziós készítményekkel kapcsolatban^{2,3,4,5}. A gyakorlatban pedig a pszichiáterek mintha idegenkednének adásuktól, aminek egyik oka az lehet, hogy az egyéni vélekedések és gyógyszerleiratok beszűkítik indikációs területüket. Az 1999 nyarán tartott, az antidepresszánsokkal is foglalkozó konszenzuskonferencia kissé engedékenyebben úgy

Dr. Kovács Gábor
Magyar Honvédség Központi Honvédkórház
Pszichiátriai Osztály
1134 Budapest, Róbert Károly krt. 44.