

Dr. Purebl György

Szorongás és depresszió a háziiorvosi gyakorlatban

Összefoglaló

A szorongásos és depresszív állapotok és zavarok nagyon gyakoriak, önmagukban és következményeikkel együtt óriási népegészségügyi jelentőségűek. A szorongással és depresszív tünetekkel küzdő betegek nagy része a háziiorvosi praxisban jelentkezik először, ráadásul számos más belgyógyászati és pszichiátriai betegség járulékos tünete lehet a szorongás vagy a hangulatzavar. Mindezek kezelése nagy terhet ró a házi-orvosra, sok esetben azonban egyszerű és költséghatékony beavatkozásokkal a súlyosabb állapotok megelőzhetőek. A cikkben áttekintjük a szorongás és depressziós tünetek főbb megjelenési formáit, a főbb szorongásos zavarokat és a depressziót, valamint azokat a megelőzési/kezelési lehetőségeket, melyek a házi-orvosi praxisban is alkalmazhatóak.

A házi-orvos a legváltozatosabb pszichés problémákkal találkozhat praxisában. Ezek sokszor nem sorolhatók jól körvonalazott pszichiátriai zavarok közé, de mivel a beteg számára szenvedést jelentenek, a beteg együttműködését és (részben emiatt, de részben ettől függetlenül) az egyéb betegségek lefolyását negatívan befolyásolják, felismerésük és kezelésük igen fontos. Ezek sokszor a különböző pszichiátriai zavarok diagnosztikus kritériumait nem (vagy csak részben) teljesítő, pre-klínikus/szubklínikus pszichiátriai zavaroknak megfelelő állapotok. A házi-orvosnál jelentkező páciensek 35-40%-a pedig a diagnosztikus kritériumokat is kimerítő pszichiátriai betegséggel is rendelkezik.

A szorongásos és depresszív zavarok mind gyakoriságukat, mind következményeiket tekintve nagy népegészségügyi jelentőségű megbetegedések. A WHO 1950 óta összesen 47 országban követett morbiditási adatai alapján („Global Burden of Di-

sease” vizsgálat) készített előrejelzése szerint a depresszió 2020-ra a második leggyakoribb (a szív-érrendszeri betegségek után) munkaképesség-csökkenést okozó megbetegedés lesz. Ha pedig nemcsak a diagnosztikus kritériumokat kimerítő eseteket, hanem az enyhe tüneteket mutató, szubklínikus betegek számát is figyelembe vesszük (melyek legtöbbször a házi-orvosi praxisban jelentkeznek) óriási népegészségügyi kihívással találjuk magunkat szemben. Az is feltételezhető, hogy e rendkívül nagy számú beteg óriási terhelést jelent a házi-orvosi praxisok számára. Az alapellátást terhelő pszichiátriai zavarok az esetek 75%-ában szorongásos vagy depressziós állapotok. A helyzetet tovább bonyolítja, hogy a pszichiátriai betegségek egymással való komorbiditása is meglehetősen magas, az összes pszichiátriai betegek 27%-a egy, 23%-a több társult pszichiátriai zavarral is rendelkezik. A betegek leggyakrabban (és legszívesebben) az alapellátást keresik fel problémájukkal, sőt a betegek egy része nem is szívesen fordul pszichiáterhez.

Az alábbiakban megpróbáljuk áttekinteni a leggyakoribb szorongásos és depresszív állapotokat, és azokat a terápiás lehetőségeket, melyek a házi-orvosnak is rendelkezésére állnak.

Szorongás

A szorongás megjelenhet az orvosi gyakorlatban stressztünetként, betegségstünetként (pl. más pszichiátriai betegségben, depresszióban, szkizofréniában, pszichoaktív szerabúzusban megjelenő járulékos tünet), és önálló szorongásos zavarként.

A szorongás, mint stressztünet

A hétköznapokban a szorongás nagyon gyakran valamilyen stresszállapot tüneteként jelenik meg (munkahelyi, párkapcsolati stb. stressz), és a betegek elsősorban a stressz fiziológiai tünete miatt keresik fel a házi-orvost, vagy pedig azért, hogy valamilyen nyugtatót írassanak vele. A fiziológiai tünetek főleg a tartós szimpatikus aktiváció tünete (pl. szívdobogás, veritékezés, hideg-meleg hullámok stb.), vagy valamilyen tartós

izomfeszülésből adódó tünetek (pl. tarkótáji fejfájás). A fizikai panaszok mellett a szorongás élménye, mint érzelmi tünet nagyon könnyen feltárható. Bár a betegek általában nagyon könnyen neveznek meg különböző élethelyzeti okokat a szorongásos tünetek magyarázatára, mégis fontos kizárni szorongásos zavar, vagy valamilyen más pszichiátriai betegség jelenlétét. Az, hogy a betegnek jól meghatározható élethelyzeti nehézsége van, még nem jelenti azt, hogy pusztán stressz-szorongása van, hiszen a legtöbb pszichiátriai zavar jelentkezése vagy kiújulása kapcsolatba hozható a stresszel, vagy élethelyzeti nehézségekkel. Mindig fontos tehát egyéb zavarok tüneteit is keresni, hiszen ezekben az esetekben az alapbetegséget kell elsősorban kezelni. Fontos továbbá, hogy depressziós tünetek is megjelenhetnek stressz hatására, és a stressz fontos kiváltó oka lehet a már klinikai diagnosztikus kritériumokat is kimerítő depresszív zavaroknak. Éppen ezért fontos, mindenképpen valamilyen beavatkozást igénylő jelnek kell tekintenünk azt, ha stresszállapotban depressziós tünetek jelennek meg, és tartósabban (tovább, mint két hét) fennállnak, még akkor is, ha ezek enyhék és a klinikai diagnózishoz szükséges szintet nem érik el.

Terápiás lehetőségek

Gyógyszeres kezelés: A gyógyszeres, illetve ezen belül elsősorban a kis potenciálú benzodiazepin kezelés – ellentétben a sokszor tapasztalható gyakorlattal – *nem lehet a stresszhez társuló szorongások kezelésének alapja*. Gyógyszert *csak indokolt esetben* – amennyiben a stressz olyan fokú, hogy kifejezett pszichopatológiai tünetekhez és/vagy a szociális és/vagy egyéb funkciók romlásához vezet, vagyis kimeríti az alkalmazkodási zavar diagnosztikus kritériumait –, *más, nem gyógyszeres módszerek alkalmazása mellett* rendelhetünk. Amennyiben úgy ítéljük meg, hogy a stresszhelyzet viszonylag rövidtávon áll fenn (1-3 hónap), és a szorongás relatíve erős, dönthetünk benzodiazepin kezelés mellett, melynek 4 alapelve: 1./nagy potenciálú benzodiazepin, 2./megfelelő dózisban, 3./

Dr. Purebl György
Semmelweis Egyetem,
Általános Orvostudományi Kar
Magatartástudományi Intézet
1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.

lehető legrövidebb ideig (hetek, 1-2 hónap), 4./ fokozatos gyógyszerleépítéssel. Ha tartós, befolyásolhatatlan stressz áll fenn, és a beteg nem gyógyszeres módszerekre csak lassan reagál, SSRI típusú antidepresszáns, vagy szerotonerg szorongáscsökkentő szer adható kiegészítő terápiaként.

Nem gyógyszeres kezelés: A stresszhez társuló szorongás leghatékonyabb módszerei a stresszkezelő tréningprogramok és a rövid pszichoterápiás kezelések.

Stresszkezelő tréningek

A stresszkezelő tréningek olyan rövid (10-16 órás), kiscsoportos (maximum 20 fő) tréningprogramok, melyek a stresszel való megbirkózás készségeit oktatják és fejlesztik pszichoedukációs és rövid pszichoterápiás módszerek ötvözésével. A stresszkezelő tréningek elemei: Asszertivitás (hatékony érdekérvényesítés), hatékony kommunikáció, konfliktuskezelés, a helyzetek több szempontú értékelésére való képesség kialakítása, hatékony időgazdálkodás, a szorongás testi jeleinek felismerése és kontrollja, valamilyen gyors relaxációs módszer, rekreációs stratégiák és a fizikai fitness kiépítésének alapelvei. A tréning rövidege szigorú struktúrát követel, de a korlátozott csoportlétszám biztosítja azt, hogy minden résztvevővel személyesen is lehessen foglalkozni. A módszer könnyen megtanulható és alkalmazható, ráadásul számos rendkívül jól kidolgozott tréning forgatókönyv –protokoll elérhető az Interneten keresztül is.

A stresszkezelő tréningek rövidegük, költség-hatékonyaságuk miatt rendkívül nagy karriert futottak be, részben, mint stresszkezelő, részben, mint prevenció eszközök. Egészségpénztárak, illetve nagyobb prevenció és betegellátó központok, de sokszor vállalatok is előszeretettel indítanak stresszkezelő tréningeket. A módszer Magyarországon is terjedőben van.

Rövid pszichoterápiás módszerek

Olyan, elsősorban kognitív viselkedésterápiás módszerek tartoznak ide, melyek rövidek, jól strukturáltak és programozhatóak, és a háziorvosi gyakorlat szűkös időkereteihez is jól illeszthetőek. Szintén alkalmazhatók csoportos formában is. A kognitív viselkedésterápia során a betegek el-

sajátítják a szorongásos gondolatok és az ezekhez társuló elkerülő viselkedések feletti kontrollt, direkt szorongáscsökkentő módszereket tanulnak meg (relaxáció, figyelemelterelés) és fokozatosan képessé válnak a szorongást okozó helyzetekkel kapcsolatos megküzdésre (ezekre a terápia során legtöbbször sor is kerül). A módszerek megtanulásához nem kell pszichológusnak vagy pszichiáternek lenni, a különböző pszichoterápiás képzéseken mind több és több háziorvos vesz részt.

Testi betegségekhez társuló szorongásos tünetek

A fenti kategóriáról azért kell külön beszélni, mert nagyon gyakori az általános orvosi praxisban, hiszen a legtöbb súlyosabb, vagy krónikus betegséggel (pl. szív-érrendszeri betegségek, diabétesz, asztma bronchiale) küzdő beteg számára a betegség egy csomó szorongás forrása. A szorongások sokféle módon befolyással vannak az alapjukul szolgáló betegség lefolyására, gátolhatják a kommunikációt az orvos-beteg kapcsolatban (szorongáskor a megjegyző képesség jelentősen romolhat, így a betegek gyakran alig vagy semmire sem emlékeznek abból, amit az orvos mondott). A szorongás jelentősen ronthatja az életminőséget is, mert túlzott elkerülő viselkedésekhez vezethet (pl. egy asztmás beteg semmilyen testmozgást sem mer kivitelezni, még megfelelő medikáció és felügyelet mellett sem, a rohamtól való félelme miatt). És végül, de nem utolsósorban a szorongás megnehezítheti a terápiát és nem megfelelő együttműködéshez vezethet (pl. a mellékhatásoktól való inadekvát félelmek miatt a beteg nem szedi be a gyógyszert, vagy egyes tünetek túlértékelése miatt éppen túladagolja.)

Hogyan kezeljük a testi betegségekben alapuló szorongásos tüneteket?

A testi betegségekhez társuló szorongásos tünetek kezelésének alapja – amennyiben szorongásos zavar, illetve egyéb pszichiátriai betegség nem áll fenn – legtöbbször a hatékony orvos-beteg kommunikáció. A legfontosabb az, hogy a betegségről és az ezzel kapcsolatos szorongásokról folyamatosan, alkalomról-alkalomra beszéljünk, erre vissza-visszatérjünk, mert a betegben a saját betegségéről alkotott kép (és ezzel a félelmei is) legalábbis eleinte folyama-

tosan változnak. A gondozásba vétel elején az alábbi algoritmus szerint érdemes a beteggel az információkat megosztani (a „megosztás” azt is jelenti, hogy a beteg is megosztja velünk az adott betegségről való – sokszor téves információkon, tévhitéken alapuló – hiedelmeit, amit így az orvos célzottan képes módosítani).

1. Információnyújtás a betegségről: A beteget – saját színvonalának megfelelő nyelvezettel – részletesen informáljuk a betegségről. Az átadott információt a különböző találkozások során vissza-visszakérdezzük, hogy meggyőződünk arról, helyesen rögzítette-e a beteg az információkat. A beteget gondosan kikérdezzük a betegséggel kapcsolatos ismeretei, gondolatai, félelmei felől, és ezután célzottan módosítjuk az esetleges téves hiedelmeket.

2. A betegség hatékony kézben tartásának megtanítása jelentősen javítja az életminőséget és csökkenti a szorongásokat. A gyógyszeres és nem gyógyszeres terápia hatásmechanizmusát mindig érdemes elmagyarázni. A szükséges életmód-változtatásokban nagyon konkrét gyakorlati segítségre van a betegeknek szüksége (*hogyan* változtassa meg a táplálkozási, életmódbeli stb. szokásait). Legtöbb esetben (ha van rá idő) leghatékonyabb a kis lépésekben való életmód változtatás (sok esetben a betegek heroikusan, drasztikusan „új életet kezdenek”, majd pár hét/hónap után fokozatosan visszatérnek a régi életmódjukhoz – ennél hatékonyabb, ha a betegek kis lépésekben, fokozatosan, de tartósan változtatják meg életmódjukat). Fontos a tiltások mellett *alternatívák* adása.

A tünetek értékelésére és kezelésére „akciótervet” érdemes készíteni. Első lépése a tünetek azonosítása és megnevezése. Mindig érdemes tisztázni, mit ért a beteg a különböző panaszok alatt (pl. egyes betegek fulladás alatt értik az orrdugulást is, mások pedig csak a nagyon súlyos, szó szoros értelmében való fulladást, míg az orvosok általában a diszpnoe szinonimájaként használják, melynek súlyossága tág határok között mozoghat). Második lépés tisztázni, hogy a különböző és különböző súlyosságú tünetek (érdemes a tünetek súlyosságát egytől tízig tartó skálán számszerűsítve is megbecsülni) mit jelentenek az aktuális állapot szempontjából.

Harmadik lépés a teendők tisztá-

zása. Mi a teendő a különböző (és különböző súlyosságú) tünetek esetén, milyen gyógyszerből pontosan mennyit és hogyan használjunk stb.? Nagyon fontos annak a pontos tisztázása, mi az, amit a beteg még egyedül is meg tud oldani, mikor kell orvoshoz fordulnia, és mikor kell sürgősségi ellátást igénybe vennie.

Fontos hangsúlyozni, hogy komorbid mentális zavarok (elsősorban depresszió, melynek a szorongás szintén tünete lehet) gyakrabban jelentkeznek krónikus testi betegségek mellett is, ezért ezek tüneteit rendszeresen keresni érdemes, és fennállásuk esetén szükséges ezek lege artis ellátása.

Szorongásos zavarok

A szorongásos, stresszhez társuló zavarok egy éves prevalenciája 17,7% (a zavarok többsége nők közt gyakoribb, 30,5%), vagyis meglehetősen gyakori klinikai szindrómák.

Pánikbetegség és fóbiák: A pánikbetegség eleinte spontán, később esetleg specifikus ingerekhez is kötött szorongásos rohamokból (melyekben a szorongás fizikai tünetei dominálnak) valamint az ezekhez társuló anticipációs szorongásokból (az újabb roham bekövetkeztétől való félelem) állnak. Nagyon gyakori szövődménye az agorafóbia (általában olyan helyektől és helyzetektől való félelem, melyből nem lehetséges az azonnali kilépés), mely a betegek életterét jelentősen leszűkítheti. Mivel a roham során a szorongás fizikai tünetei dominálnak, a betegek típusosan nem a pszichiátriai ellátásban jelentkeznek, hanem háziorvosnál, belgyógyásznál, neurológusnál, sokszor csak hosszas kivizsgálások után, kizárásos alapon születik meg a pánikbetegség diagnózis, pedig a típusos tünetek (ismétlődő, fizikai következmény nélküli rohamok, melyeket gondosan kikérdezve felismerhetjük a szorongásos roham tüneteit, anticipációs szorongás, illetve gyakran agorafóbia) alapján a pánikbetegség felismerhető. **Fóbiák** esetén a félelem tárgya jól körülhatárolható (pl. klausztofóbia, galambfóbia stb.) Pánikbetegségben a rövid kognitív viselkedésterápiás kezelés és a gyógyszeres kezelés (SSRI vagy triciklikus antidepresszáns kezelés, melyet rövid, átmeneti (!) időre, az antidepresszánsok klinikai hatásának megjelenéséig ki lehet egészíteni nagy potenciálú benzodiazepine

pinekkel) egyaránt hatékonyak, a kognitív viselkedésterápia azonban hatékonyabban előzi meg a későbbi visszaeséseket. A fóbiák klasszikus és jól bevált kezelési módja az expozíciós viselkedésterápia. Külön klinikai entitás a szociális helyzetektől való szorongás, a szociális fóbia, melynek kezelésére jól kidolgozott kognitív viselkedésterápiás protokoll áll rendelkezésre, mely az azt ismerő szakember kezében a leghatékonyabb eszköz a szociális fóbia kezelésében. E mellett egyes vizsgálatok a MAO gátlókat és egyes SSRI-eket is hatékonyak találták.

Generalizált szorongás zavar: Olyan krónikus szorongásos állapot, melyben a szorongások nem korláto-

zódnak egy helyzetre vagy tárgyra, hanem az élet legtöbb területén jellemzőek, és nehezen kontrollálhatóak. A szorongás fiziológiás tünetei ilyenkor változó intenzitással, de gyakorlatilag az idő legnagyobb részében fennállnak, és klinikailag jelentős szenvedést okoznak. Kezelése nem egyszerű feladat, pszichoterápiás módszerek és szerotonerg anxiolitikumok kombinációjától várható siker.

Kényszerbetegség: A betegség két fő tünetét a kényszer gondolatok és a rituálészerű kényszer cselekvések adják. Fontos tudni, hogy szinte minden ember életében előfordul(hat)nak kényszeres tünetek, ez azonban még nem jelent kényszerbetegséget.

Major depresszív epizód fogalma a DSM IV. alapján

A) A következő tünetekből öt (vagy több) áll fenn egy kéthetes periódus alatt, és ezek a korábbi tevékenység megváltozásaként jelennek meg. Az első két tünetből legalább egy, vagy az (1) depresszív hangulat, vagy a (2) érdeklődés vagy öröm elvesztése szükséges a diagnózishoz. Figyelem! Nem számítjuk a tünetek közé azokat, amelyek egyértelműen az általános egészségi állapot következményei, illetve a hangulathoz nem illő hallucinációkat és téveszméket.

1. A nap legnagyobb részében és csaknem minden nap levert hangulat, amelyet az egyéni beszámoló (pl. szomorúság, vagy üresség érzése), vagy mások megfigyelései (pl. könnyezni látják) jelez. Figyelem! Gyerekeknél vagy serdülőknél elég az ingerült hangulat jelzése.
2. Az érdeklődés és öröm jelentős csökkenése minden, vagy majdnem minden tevékenységben a nap túlnyomó részében, és majdnem minden nap (akár szubjektív beszámoló, akár mások megfigyelése).
3. Jelentős súlycsökkenés vagy -gyarapodás (havonta a testsúly 5%-át elérő változás) diétázás nélkül, vagy az étvágy jelentős csökkenése/növekedése csaknem minden nap (gyerekekben a súlygyarapodás elmaradása).
4. Insomnia vagy hypersomnia csaknem minden nap.
5. Motoros agitáció vagy gátoltság csaknem minden nap (mások megfigyelése, nem elegendő csupán a nyugtalanság vagy meglassultság szubjektív érzete).
6. Fáradtság vagy anergia csaknem minden nap.
7. Értéktelenség érzete vagy kifejezett, illetve inadekvát önvádolás/bűntudat, akár téveszmés fokban is, szinte minden nap (nem pusztán a beteg-lét miatti lelkiismeret-furdalás vagy bűntudat).
8. Csökkent gondolkodási, összpontosítási vagy döntési képesség, szinte minden nap (akár szubjektív élmény, akár mások megfigyelése).
9. A halál gondolatával való gyakori foglalkozás (nem csak halálfélelem), visszatérő öngyilkossági gondolatok konkrét terv nélkül, vagy öngyilkossági kísérlet vagy konkrét öngyilkossági terv.

B) A tünetek nem elégítik ki a bipoláris kevert epizód ismérveit.

C) A tünetek klinikailag jelentős szenvedést, vagy a szociális, foglalkozási vagy egyéb fontos működések romlását okozzák.

D) A tünetek nem kémiai anyag (pl. visszaélésre alkalmas szer, gyógyszer), vagy általános egészségi állapot (pl. hypothyreoidizmus) közvetlen élet-tani hatásának tulajdoníthatóak.

E) *A tünetek nem magyarázhatók jobban gyászreakcióval (azaz egy szeretett személy halálát követő két hónapot meghaladóan is fennállnak), vagy észrevehető funkcionális károsodást jeleznek (beteges értéktelenség-tudat, öngyilkossági gondolatok, pszichotikus tünetek vagy pszichomotoros retardáció).*

Kényszerbetegségről akkor beszélünk, ha a kényszerek legalább napi 1 órát kitöltenek 2 héten keresztül, jelentősen akadályozva a személy életét, jelentős szenvedést okozva. A kényszerbetegség gyakori betegség (2,8% élettartam-prevalencia), a betegek azonban ritkán fordulnak orvoshoz, mert tüneteiket sokszor nagyon szégyenletesnek élik meg. Súlyossága az enyhe esetektől a normál életvitelt teljesen lehetetlenné tevő állapotok között változhat.

Akut stresszreakció és poszttraumás stressz zavar: Súlyos lelki és/vagy fizikai stresszre (baleset, fizikai bántalmazás, megerőszakolás stb.) bekövetkező reakciók. Szorongás, depresszió, bűntudat, gátoltság vagy ingerlékenység keverednek az eseményre való kínzó, kényszerű visszamemlékezésekkel és álmokkal. Az akut stressz zavarban a rendkívül intenzív tünetek néhány napon vagy héten belül megszűnnek. A poszttraumás stressz zavarban a tünetek az esemény után néhány héttel, hónappal jelentkeznek, fluktuálva sokáig fennállnak, és további szövődésményei lehetnek (depresszió, pszichoaktív szer abúzus).

A háziorvosi gyakorlatban a kényszerbetegség és az akut illetve poszttraumás stressz zavar felismerése fontos, a betegek gyakran fordulnak orvoshoz, de gyakran egészen más panaszokkal, hiszen tüneteiket szégyenletesnek élik meg. Kezelésük komplex és tapasztalt szakembert igényel, ezért érdemes őket a szakellátásba irányítani.

Depresszió

A major depresszív epizód egy éves prevalenciája 10,3% (nőkben kb. másfélszer annyi). Magas prevalenciája és következményei miatt az egyik legnagyobb népegészségügyi jelentőségű pszichiátriai probléma. A depressziós epizód tünetei az 1. sz. keretes írásban:

A depresszió lefolyása lehet epizodikus, vagyis amikor az epizódok között tünetmentes időszakok vannak, de különösen kezeletlen esetek-

ben krónikus formával is találkozhatunk. Fontos, hogy az első depressziós epizód nem feltétlenül ismétlődik, az ismétlődés valószínűsége 50%. A depressziós epizód elindítója sok (de nem minden) esetben valamilyen pszichoszociális vagy egyéb (pl. betegség) stressz. A depressziósok sok esetben semmiféle segítséget nem keresnek, mert úgy érzik, hogy állapotukon nem lehet változtatni (a reménytelenség a depresszió egy igen fontos, minősítő tünete lehet), vagy, mert az esetleges negatív életesemény természetes velejárójának tartják állapotukat. Fontos azonban egy negatív életeseményre adott természetes reakciót és a depressziót, mely komplex fizikai, gondolkodási és érzelmi tünetekkel bír (lásd keretes kritériumok) elkülöníteni. A depresszió egészségügyi következményei igen súlyosak lehetnek. Legsúlyosabb szövődésménye az öngyilkosság. Depressziósnak imponáló beteg esetében az öngyilkossági gondolatokra mindig rá kell kérdeznünk (nem igaz az a tévhit, hogy ilyenkor „tippeket adunk neki”), és az öngyilkossági veszélyt a lehető legpontosabban fel kell mérnünk. Az öngyilkossági gondolatok azonnali terápiát indikálnak, a konkrét, kidolgozott öngyilkossági terv pedig sürgősségi ellátást, a legtöbb esetben hospitalizációt. A depresszió másik súlyos következménye (elsősorban férfiak között) a pszichoaktív szer abúzus. Számos jól dokumentált nemzetközi vizsgálat támasztja alá továbbá, hogy a depresszió a szív-érrendszeri betegségek egyik legfontosabb független rizikófaktora. Mivel két igen gyakori betegségről van szó a kettő együttes népegészségügyi jelentősége óriási.

Itt érdemel említést a kevert szorongásos és depresszív zavar, melyben a depresszió tünetei mellett jelentős szorongásos tünetek is észlelhetők.

Megelőzés és terápia: A megelőzésben nagyon fontos a stresszkezelés és a különböző szorongásos állapotok és szorongásos zavarok keze-

lése (lásd fenn), valamint a korai kezelésbe vétel. Mivel a WHO előrejelzése szerint prevalenciája emelkedik, a megelőzés jelentőségét nem lehet eléggé hangsúlyozni. A depresszió gyógyítható betegség, mind gyógyszeres, mind pszichoterápiás módszerekkel. A kognitív viselkedésterápia, mely az egyik leghatékonyabb módszer a depresszió kezelésében, Magyarországon is széles körben hozzáférhető (és elsajátítható), és az antidepresszív farmakoterápia lehetőségei is széles körben rendelkezésre állnak. A depresszió kezelésének gerince sok nyugat-európai egészségügyi rendszerben a háziorvosi ellátás, pszichiáterhez csak a komplex, illetve nem javuló esetek kerülnek.

Irodalomjegyzék:

1. A.T. Beck: *A Depresszió Kognitív Viselkedésterápiája*. Animula 2001.
2. A.T. Beck, G., Emery: *A szorongásos zavarok és fobiák kognitív szemlélete*. Animula 1999.
3. Bitter István: *Pszichiátria*. Háziorvos Könyvek, Springer Hungaria 1994. Bp.
4. *BNO 10 Zsebkönyv a DSM IV. meghatározásokkal*. Animula 1996.
5. Fehéregyházi István: *Szorogó és pánikbeteggek kezelése és gondozása az általános orvosi gyakorlatban* *Psychiatria Hungarica* 1995/6
6. Kopp Mária, Fóris Nóra: *A szorongás kognitív viselkedésterápiája*, Végeken 1996.
7. Kopp Mária, Skrabski Árpád: *Magyar lelkiállapot*, Végeken 1992.
8. *Magatartástudományok*: (Szerk. Buda Béla, Kopp Mária, Nagy Emese), Medicina 2001.
9. Németh Attila, Kresz Éva, Papp Zsuzsanna: *A pánikbetegség gyakorisága és öngyilkossági kockázata a háziorvosi gyakorlatban*, *Psychiatria Hungarica*, 1997/5.
10. *A Pszichiátria Magyar Kézikönyve* (Szerk. Füredi János, Németh Attila, Tariska Péter) 3. Kiadás, Medicina 2002.
11. Rihmer Zoltán: *A Major depresszió szetrálin kezelése a családorvosi gyakorlatban* *Psychiatria Hungarica* 1996/5
12. Szádóczky Erika, Fazekas Ilona, Füredi János, Papp Zsuzsanna: *Kedélybetegségek és szorongásos zavarok előfordulása a családorvosi gyakorlatban* *Psychiatria Hungarica* 1996/5

HUNGAROSTUDY 2002

A HUNGAROSTUDY 2002 felmérés az Oktatási Minisztérium Nemzeti Kutatás-Fejlesztési Program 1/002/2001-es számú A középkorú magyar népesség idő előtti halálzásának és egészségromlásának bio-pszicho-szociális meghatározói, a megelőzés lehetőségei c. projektjének keretében került megszervezésre.

Az országos reprezentatív egészségfelmérés keretében 2002. január-június között 12630 lakost kerestek fel otthonában a Védőnői Szolgálat munkatársai.

A felmérés eredményei megtekinthetők a www.behsci.sote.hu/hungarostudy2002 honlapon.