

# A depresszió diagnosztikája és kezelése a családorvosi gyakorlatban

TORZSA PÉTER DR.<sup>1</sup> ■ SZEIFERT LILLA DR.<sup>2,3</sup> ■ DUNAI KLAUDIA DR.<sup>1</sup>  
KALABAY LÁSZLÓ DR.<sup>1</sup> ■ NOVÁK MÁRTA DR.<sup>2,3,4</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Családorvosi Tanszék, Budapest

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Budapest

<sup>3</sup>Department of Psychiatry, University Health Network, University of Toronto, Toronto, Kanada

<sup>4</sup>Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, I. Belgyógyászati Klinika, Budapest

A depresszió a külföldi és hazai felmérések szerint is a leggyakoribb pszichiátriai tünetegyüttes. Nyugat-Európában a major depresszió élettartam-prevalenciája 13%, egyéves prevalenciája 4% körül alakul. Magyarországon is hasonló a súlyos depresszió előfordulási aránya; a családorvosnál megjelenő betegek mintegy 5–8%-ánál diagnosztizálható valamilyen depresszív zavar. A megbetegedés nők körében és az életkor előrehaladtával gyakrabban fordul elő. Az Egészségügyi Világszervezet szerint a depresszió jelenleg a harmadik leggyakoribb munkaképesség-csökkenésért felelős betegség. A kórkép jelentőségét növeli, hogy nagymértékben rontja az életminőséget, gyakran társul szorongással, alvászavarokkal, alkohol- és drogfüggőséggel, valamint egyes szomatikus kórképekkel. A depresszió az öngyilkosság legfőbb rizikófaktora. A depresszió szűrésében, diagnosztizálásában nagy szerep jut a családorvosnak. Nemcsak a levert hangulatról, szomorúságról, öngyilkossági gondolatokról panaszkodó beteg esetén kell depresszióra gondolni, hanem szervi betegséggel nem magyarázható egyéb tünetek, fejfájás, fáradékonyság, hasi fájdalom, gastrointestinalis panaszok, testsúlyváltozás esetén is. A családorvosnak megfelelő ismeretekkel kell rendelkeznie a különböző terápiás lehetőségekről – pszichoterápiás módszerekről, antidepresszív gyógyszerekről, egyéb terápiás lehetőségekről –, hogy betegét hatékonyan tudja kezelni, szükség esetén a pszichológussal, pszichiáter szakorvossal együttműködve. Jelen közleményünkben bemutatjuk a depresszió jelentőségét és előfordulási gyakoriságát vizsgáló irodalmi adatokat, valamint összefoglaljuk a depresszió diagnosztikus és terápiás lehetőségeit a családorvosi gyakorlatban.

**Kulcsszavak:** depresszió, családorvosi gyakorlat, életminőség, antidepresszívumok, pszichoterápia

## Diagnosis and therapy of depression in primary care

Depression is one of the most prevalent mental disorders, according to Hungarian and international data. In Western- Europe, lifetime prevalence of major depression is 13%, while one-year prevalence is 4%. The prevalence of severe depressive symptoms is similar in Hungary: approximately 5 to 8% of all patients seen by primary care physicians suffer from some kind of depressive disorders. Depression is more prevalent in women and in the elderly. According to the World Health Organization, depression is the third most common disabling disorder. Patients with depression experience impaired quality of life, anxiety, sleep disturbances, alcohol and drug abuse, and different somatic disorders. Furthermore, depression is the most important risk factor for suicide. Primary care physicians have a crucial role in the screening and diagnosing of depressive disorders. Depressive disorders can exist not only in patients complaining about depressed mood, but also in patients with „medically unexplained symptoms” (headache, fatigue, abdominal pain, gastrointestinal symptoms, weight change). Primary care physicians should have appropriate knowledge about the different therapeutic options (including various psychotherapies, antidepressant medications and other treatment options) to be able to treat their patients properly. We review the literature about the significance and epidemiology of depression and summarize the diagnostic and therapeutic options of depressive disorders in primary care practice.

**Keywords:** depression; primary care; quality of life; antidepressants; psychotherapy

(Beérkezett: 2009. május 25.; elfogadva: 2009. július 4.)

### Rövidítések

BDI = (Beck depression inventory) Beck-depresszió-kérdőív; BNO-10 = betegségek nemzetközi osztályozása; CES-D = (Center for Epidemiologic Studies-Depression) Epidemiológiai Kutatási Központ-depresszióskála; CIDI = (composite international diagnostic interview) összetett nemzetközi diagnosztikus interjú; DBS = (deep brain stimulation) mélyagyi stimuláció; DSM-IV = (Diagnostic and statistical

manual – fourth edition) Diagnosztikai és statisztikai útmutató – IV. verzió; ECT = (electroconvulsive therapy) elektrokonvulzív terápia; ESEMeD/MHEDEA 2000 = (The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders/Mental Health Disability: European Assessment in the year 2000) Mentális betegségek/mentális rokkantság epidemiológiájának európai vizsgálata: Európai felmérés 2000-ben; HADS = (hospital anxiety and depression scale) kórházi szorongás- és

depresszióskála; IPT = interperszonális pszichoterápia; KVT = kognitív viselkedésterápia; PRIME-MD = (Primary care evaluation of mental disorders) Mentális zavarok szűrése az alapellátásban kérdőív; STAR\*D = (Sequenced treatment alternatives to relieve depression) Kezelési lehetőségek a depresszió enyhítésére vizsgálat; WHO = (World Health Organization) Egészségügyi Világszervezet

A családorvosnál megjelenő betegek mintegy 5–8%-a szenved major depresszióban, és még ennél is magasabb azoknak a betegeknek az aránya, akiknek enyhébb, ám klinikailag szignifikáns hangulatzavara van [1].

A hangulatzavarok negatív hatásai nem csupán szubjektív szinten jelentősek, a depresszió igen komoly társadalmi teher is, hiszen nagymértékben csökkenti a munkaképességet, és jelentősen növeli az egészségügyi költségeket [2]. Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) szerint a depresszió jelenleg a harmadik leggyakoribb munkaképesség-csökkenésért felelős betegség [3]. A depresszió jelentősen rontja az életminőséget, továbbá ismert, hogy számos krónikus betegségcsoportban növeli a morbiditást és a mortalitást [4, 5, 6, 7, 8]. Egy amerikai vizsgálatban diabéteszes betegeknél a depresszív tünetek mértéke jól korrelált a betegek compliance-ét tükröző HbA<sub>1c</sub>-szinttel [9]. Nagy betegszámú, hazai reprezentatív mintán végzett kutatásunk alapján azt találtuk, hogy diabéteszes betegeknél a komorbid depresszió jelenléte növelte az egészségügyi szolgáltatások igénybevételét és a betegszabadságon töltött napok számát [10]. A depresszió az öngyilkosság legfőbb rizikófaktora, a depresszív zavarban megbetegedettek egyötöde kísérel meg öngyilkosságot [11].

Az orvoshoz fordulások jelentős részében a betegek olyan testi tüneteket panasznak, amelyek háttérben szervi, szöveti elváltozás nem igazolható. Az orvosilag megmagyarázhatatlan tünetek (medically unexplained symptoms) – főként valamilyen testi fájdalom vagy szomatikus diszfunkció – a családorvosi praxisban leggyakrabban előforduló tünetek közé tartoznak [12].

A depressziós betegek 50–80%-ának legfőbb panasa valamilyen testi tünet: fejfájás, fáradtság, hasi fájdalom, székrekedés, hasmenés vagy diffúz fájdalom [13]. A patológiás elváltozás nélküli testi tünetek száma a depresszív és szorongásos zavarok megbízható mutatójának bizonyult [12]. A depressziós beteg ugyanakkor gyakran vizsgálatok hosszú során esik át, és a tünetek pszichés eredetére a beteg és gyakran az orvos is csak végső esetben gondol, amikor már minden „egyéb lehetőséget” kizártak. *Füredi és mtsai* leírták, hogy a pszichés jellegű panaszok előtérbe helyezése esetén a családorvos a depressziót 81%-ban ismeri fel, míg főleg szomatikus panaszok említésekor ez az arány mindössze 10% [13].

Jóllehet számos vizsgálat igazolta, hogy a depressziós betegek a családorvosi ellátás keretein belül költség-hatékonyan kezelhetők [14], a depresszió továbbra is aluldiagnosztizált és alulkezelt kórkép [15]. Keresztmetszeti vizsgálatok alapján elmondható, hogy – a depresszió

definíciójától függően – az esetek 50–70%-át az alapellátásban nem ismerik fel.

A depresszió hatékony ellátása ugyanakkor számos előnnyel jár: csökken a betegek szubjektív betegség-terhe, hatékonyabbá válik mindennapi működésük, visszanyerik munkaképességüket, számos betegség testi tüneteinek száma is csökken, csökken az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele, ezáltal az egészségügyi költségek, és végül, de nem utolsósorban javul a beteg-elégedettség és az életminőség, amely mind a beteget, mind a családját érinti [16].

Összefoglaló közleményünk a depresszió hatékonyabb felismeréséhez és kezeléséhez szeretne segítséget adni a családorvosoknak.

## A depresszió epidemiológiája

A depresszió két fő tünete a levert/nyomott hangulat és az érdeklődés, öröme való képesség elvesztése, amelyekhez egyéb szomatikus tünetek (például fáradtság, alvás- és étvágyzavarok) és kognitív zavarok (például a koncentráció és az emlékezet zavara, döntésképtelenség, önvádolás, halállal kapcsolatos gondolatok) társulnak. A depresszív zavarok kontinuumot alkotnak, amelynek egyik végpontja az enyhe pszichés distressz, a másik a major depresszió. A hangulatzavarok az alapellátásban és a medicina egyéb területein is a leggyakoribb pszichés problémák közé tartoznak.

A WHO keresztmetszeti vizsgálatában (amit hatvan országban, a világ különböző területein végeztek) a depresszió egyéves prevalenciája 3,2% (95%-os konfidenciaintervallum: 3,0–3,5%) volt [17]. A súlyos szomatikus betegségben szenvedők körében a depresszió előfordulása meghaladja az átlagpopulációs értékeket [18], a családorvosi ellátásban 5–10%, fekvőbeteg-intézményekben 10–14% között alakul [19].

Az eddigi legnagyobb európai vizsgálat, a The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders/Mental Health Disability: a European Assessment in the year 2000 (ESEMED/MHEDEA 2000) felmérés volt, amely hat európai országban (Belgium, Franciaország, Németország, Olaszország, Hollandia és Spanyolország) zajlott [20]. Ennek eredményei alapján Nyugat-Európában a major depresszió élettartam-prevalenciája 12,8%-nak (8,9% férfiak, 16,5% nők körében), egyéves prevalenciája 3,9%-nak (2,6% férfiaknál, 5,0% nőknél) bizonyult.

Magyarországon az 1980-as években a depresszióval (BNO-10 kritériumok alapján) diagnosztizált betegek aránya a felnőttpopulációban 5–35/100 000 beteg között alakult [21]. 1988-ban *Kopp Mária és mtsai* az országos, reprezentatív Hungarostudy vizsgálatban a felnőtt (16 év feletti) lakosság 24%-ánál találtak depresszív tüneteket (a rövidített Beck-depresszió-kérdőívvel mérve), a súlyos depresszió gyakorisága 3% volt [22]. Hét évvel később, a Hungarostudy 1995-ben már a lakosság 31%-a panaszolt depresszióra utaló tüneteket, a súlyos

depresszió aránya pedig 7% volt [23]. A „Hungarostudy 2002”-ben a 44 évnél fiatalabbak 18%-ának, a 45–64 évesek 31%-ának és a 65 év feletti 41%-ának voltak depresszióra utaló tünetei. A súlyos depresszió aránya a három korcsoportban 3%, 9%, valamint 15% volt [24].

Szádóczy Erika és mtsai 1995–96-ban strukturált klinikai interjúval mérték fel a hangulatzavarok prevalenciáját a családorvosi rendelőben megforduló 18–64 év közötti betegek körében [25]. A major depresszió élettartam-prevalenciája, hasonlóan a nyugati országokhoz, 15% volt. Az irodalomból ismert nemek közötti különbségek a hazai mintán is megtalálhatók voltak: a major depresszió gyakrabban fordult elő nők körében (20% nőknél vs. 9% férfiaknál). A vizsgálat időpontjáig a major depressziós betegek 70%-ának több mint egy visszatérő major depressziós epizódja volt már. A vizsgálat előtti egy évben a betegek 7%-ának (a nők 9%-ának, a férfiak 5%-ának) voltak depresszív tünetei, míg a vizsgálatot megelőző egy hónapban a betegek 3%-a (nők 3%-a, férfiak 2%-a) tapasztalt major depressziós epizódnak megfelelő tüneteket. Az egy hónapos, valamint az egyéves előfordulási gyakoriság mindkét nemből a 45–54 éves korosztályban volt a legmagasabb (3% a férfiaknál, illetve 9% a nőknél) [23].

## A depresszió diagnosztikája

### A depresszió tünetei

A depressziót emocionális, szomatikus és magatartásbeli tünetek alkotják, ugyanakkor nem minden betegnél fordul elő minden tünet. Az egyes tünetek mértéke különböző pácienseknél, de adott betegeknél is időről időre változhat. A megélt szubjektív szenvedés és a mindennapi funkciók károsodásának mértéke összefüggésben áll a tünetek súlyosságával.

A depresszió diagnózisát különböző osztályozási rendszerek, a betegségek nemzetközi osztályozása (BNO) vagy a Diagnostic and statistical manual-IV (DSM-IV) kritériumai alapján állítjuk fel. A két hétnél rövidebb ideig fennálló depresszió általában átmeneti. Fontos azonban megjegyezni, hogy a depresszív tünetek klinikailag akkor is jelentősek lehetnek és intervenciót igényelhetnek, ha nem érik el a major depresszió szintjét [26]. Ismert, hogy az úgynevezett szubszindrómális vagy minor depresszió is jelentős diszfunkciót eredményezhet [27].

A három leggyakoribb hangulatzavart – major depresszió, dysthymia, bipoláris depresszió – a családorvosnak is fontos elkülönítenie. A major depressziós epizód tüneteit az 1. táblázatban foglaltuk össze. Ha a levert hangulat krónikusan, több mint két éve fennáll, de az egyéb tünetek nem elégítik ki a major depresszió kritériumait, dysthymiaról beszélünk. Hangulatzavar esetén mindig meg kell vizsgálni, hogy a fennálló depressziós epizódokat tarkítják-e mániás epizódok. A mánia diagnosztikához a 2. táblázatban bemutatott tünetekből kettő

vagy több fennállása szükséges (ha egyéb magyarázó betegség, alkohol- vagy drogabúzus nem áll fenn). Ha a betegnél legalább egyszer, felváltva depressziós és mániás epizódok is előfordulnak, bipoláris hangulatzavarról beszélünk.

### Szűrésre használt kérdőívek a családorvosi gyakorlatban

A depresszió szűrésére számos validált kérdőív létezik. A családorvosnál megforduló betegek körében végzett vizsgálatokban gyakran használt skálák: a Beck-depresszió-kérdőív (Beck depression inventory, BDI) [28], a Rövidített Beck-depresszió-kérdőív (Short form of Beck depression inventory) [29], a Zung-depresszió-kérdőív (Zung depression scale) [30], a Geriátriai depresszió-kérdőív (Geriatric depression scale) [31], az Epidemiológiai Kutatási Központ-depresszióskála (Center for epidemiologic studies-depression, CES-D) [32], valamint a Kórházi szorongás- és depresszióskála (Hospital anxiety and depression scale, HADS) [33]. Egy, a közelmúltban kifejlesztett mérőeszköz a Mentális zavarok szűrése az alapellátásban kérdőív (Primary care evaluation of mental disorders, PRIME-MD) [34] (3. táblázat).

Egy brit munkacsoport az eredeti PRIME-MD kérdőív két kérdését, „Az elmúlt hónapban gyakran előfordult, hogy levertnek, depressziósan érezte magát?” és „Az elmúlt hónap során gyakran előfordult, hogy elvesztette érdeklődését, örömeire való képességét?” használta a depresszió szűrésére [35]. Vizsgálatuk alapján a két szóbeli kérdés jó szenzitivitással (96%) és specificitással (57%) rendelkezik a depresszió szűrésére a családorvosi gyakorlatban [35]. Később a két kérdést kiegészítették egy harmadikkal: „Szeretne ezen problémák megoldásához szakszerű segítséget kérni?” [36]. A három kérdésből álló szűrőeszközt egy pszichiátriai interjúval (composite international diagnostic interview, CIDI) [37] szemben is validálták. A szerzők javaslata szerint a gyakorlatban a bármelyik kérdésre „igen”-nel válaszoló betegeknél érdemes feltenni három-négy egyéb, a depresszió tüneteire vonatkozó kérdést.

A depresszió felismerését az alapellátáson belül javíthatja, ha a családorvos egyes fokozottan veszélyeztetett betegcsoportokra jobban odafigyel. Idetartoznak azok a betegek, akiknél és/vagy akik családtagjainál korábban már előfordult depresszió, a súlyos, krónikus testi betegségben szenvedők, a krónikus stresszben élők, az egyedül élők, az alacsony szociális támogatottsággal rendelkezők, a szenvedélybetegek, valamint a nők és az idősek.

A depressziós betegek csupán az esetek 50%-ában panasznak levert hangulatra [38]. Ennek hiányában is gondolnunk kell azonban depresszióra, ha 1. a beteg nehezen meghatározható tünetekről számol be („Nem érzem jól magam”, „Állandóan fáradt vagyok”); 2. összetett szomatikus tüneteket panaszol, változatos ana-

tómiai lokalizációkban; 3. nagyobb diszfunkcióról számol be, mint ami ismert betegségei alapján várható lenne; 4. a beteg tünetei (különösen a fájdalom) a megfelelő kezelésre a várható időn belül nem javulnak; 5. a beteg szorongásos tüneteket panaszol („Rosszak az idegeim”, „Feszült vagyok”), illetve 6. a beteg külső megjelenése, pszichomotoros viselkedése alapján depressziósnak tűnik (például szomorú arckifejezés, a szemkontaktus kerülése stb.) [1].

## A depresszió szűrésének jelentősége a családorvosi gyakorlatban

A depressziós betegek korai szűrésében a családorvosnak nagyon fontos szerepe van, hiszen az alapellátásban történik a legtöbb orvos-beteg találkozás. A szűrés jelentőségét számos tényező alátámasztja. A depresszió pszichoszomatikus betegségek kialakulásának rizikófaktora lehet, továbbá lassítja a fennálló szomatikus betegségek gyógyulását. Az ismétlődő vagy krónikus depresszió alkohol- vagy gyógyszerfüggőséghez vezethet. A nem kezelt depresszió növeli az öngyilkosság kockázatát [39]. Ismert, hogy az öngyilkosságot elkövetők halálukat megelőzően gyakran keresik fel családorvosukat („cry for help”). A depressziós betegek többsége jól reagál a különféle gyógyszeres kezelésekre, pszichoterápiákra, késői felismerés esetén azonban a betegek súlyosabb állapotban kerülnek kezelésre, közben pedig fokozatosan romlik saját és környezetük életminősége [40].

## Miről ismerhető fel a rendelésen megjelenő depressziós beteg?

A depresszió felismerését a családorvosi praxisban nehezíti, hogy a családorvosnak kisebb gyakorlata van ebben, mint egy pszichiáternek és a rendelésen megjelenő beteg sem biztos, hogy tudatában van pszichés betegségének, illetve tünetei pszichés eredetűek. A tünetek sokfélék lehetnek, gyakran testi betegség gyanúját is felkeltik, illetve bizonyos testi betegségek kizárására is szükség van a helyes diagnózis kialakításához.

A depressziós beteg bőre gyakran sápadt, arca beesett, homlokán a ráncok gyűröttebbek, gyakran megjelenik a jellegzetes depressziós ómega (a homlok állandó gondterhelt ráncolása a két musculus corrigator superciliaris fokozott tónusa következtében), szemhéjain gyakran kettős redőt látunk (Veraguth-féle redők). A beteg gesztikulációja szegényessé válik, koránál idősebbnek néz ki, mozgása nehézkes, fáradt. Más esetekben pszichomotoros nyugtalanság, agitáltság lehet jellemző, szorongásos tünetekkel.

A testi betegségek kizárása után fontos rákérdezni a depresszió gyakoribb tüneteire (*1. táblázat*). Igen gyakoriak az alvászavarok: insomnia, töredezett alvás, rossz alvásminőség, korai ébredés, nem frissítő alvás. Fontos információt nyújtanak az étkezéssel kapcsolatos változások, az étvágytalanság, testsúlyváltozás, a szénhidrát-tartalmú ételek (csokoládé, sütemények, édességek) fokozott megkívánása. A depresszió fontos és gyakori tünete a szexuális élet zavarai, ezért erre is rá kell kérdezni a konzultáció során.

1. táblázat | A major depresszió DSM-IV<sup>1</sup> kritériumai [81]

- 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 (1) érdeklődés vagy öröm elvesztése szükséges a diagnózishoz. Nem számítjuk azonban 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 mindennap levert hangulat, amelyet az egyéni beszámoló (például szomorúság vagy üresség érzése) vagy mások megfigyelései (például könnyezni látják) jelez. 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 mindennap (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 mindennap (gyermekekben a súlygyarapodás elmaradása).
  4. Insomnia vagy hypersomnia csaknem mindennap.
  5. Motoros agitáció vagy gátoltság csaknem mindennap (mások megfigyelése, nem elegendő csupán a nyugtalanság vagy meglassultság szubjektív érzete).
  6. Fáradtság vagy anergia csaknem mindennap.
  7. Értéktelenség érzése vagy kifejezett, illetve inadekvát önvádolás/bűntudat, akár téveszmés fokban is, szinte mindennap (nem pusztán a beteglét miatti lelkiismeret-furdalás vagy bűntudat).
  8. Csökkent gondolkodási, összpontosítási vagy döntési képesség, szinte mindennap (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 elégtik 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 (például visszaélésre alkalmas szer, gyógyszer) vagy általános egészségi állapot (például hypothyreoidizmus) közvetlen élettani hatásának tulajdoníthatók.
- E) A tünetek nem magyarázhatók jobban gyászreakcióval (azaz egy szeretett személy halálát követő két hónapot meghaladóan is fennállnak) vagy észrevehető funkcionális károsodást jeleznek (beteges értéktelenségtudat, öngyilkossági gondolatok, pszichotikus tünetek vagy pszichomotoros retardáció).

<sup>1</sup>DSM-IV = (Diagnostic and statistical manual – Fourth edition) Diagnosztikai és statisztikai útmutató – IV. verzió

Az ember memóriája az életkorral általában romlik, a depresszió azonban az életkortól függetlenül is közvetlen oka lehet az emlékezőfunkciók romlásának, koncentrációs nehézségeknek, a figyelem csökkenésének, és a klinikai kép sokszor demenciát utánoz. A depressziós beteg csendesebb, visszahúzódozóbb, szófukarabb lehet, fokozottan érzékeny, sérülékeny. A beteg gyakran fáradékony, kevesebbet teljesít, emiatt munkahelyén is konfliktusokba keveredhet.

## A depresszió felismerését és kezelését nehezítő tényezők a családorvosi gyakorlatban

Egy európai vizsgálat azt mutatta, hogy csupán kevés ember fordul orvoshoz hangulatzavar miatt [20]. A betegek hiányos tudása a depresszióról, a hatékony kezelési módokról, valamint a gyógyszerfüggéstől való félelem csökkenti a motivációt. Ezek a tényezők, valamint a betegek védekező magatartása és a pszichés zavarokhoz kapcsolódó stigmatizáció a depresszív zavarok felismerésének és kezelésének fő gátjai [41].

A szomatikus tünetekkel jelentkező betegeknél általában ritkábban ismerik fel az egyidejűleg fennálló depressziót [41]. Mivel a depressziós betegek közel háromnegyede elsősorban szomatikus tüneteket [fájdalmat (37%), fáradtságot és alvászavart (12%)] panaszol [42], ezek a tünetek a depresszió diagnosztizálásának fő akadályává válhatnak, amennyiben a vizsgálatok középpontjába kerülnek [43]. Irodalmi adatok azt mutatják, hogy a szomatikus betegségben is szenvedő egyének major depressziója általában ötször ritkábban kerül felismerésre [44].

Egyes klinikai vizsgálatok arra utalnak, hogy amennyiben a beteg a major depresszió tüneteit az első négy felsorolt tünet között említette, a fennálló depresszió tízszer gyakrabban került felismerésre [45]. Hasonló összefüggést találtak a depresszió súlyossága és a felismerés aránya között [46]: irodalmi adatok alapján az enyhébb depresszív tüneteket az orvos gyakrabban hagyja figyelmen kívül.

A depresszió mellett egyéb pszichés problémától, például szorongásos zavartól is szenvedő betegeknél szintén kisebb arányban derül fény a fennálló depresszióra. A gyakori droghasználat, alkoholproblémák tovább nehezítik a depresszió felismerését [41]. A betegek a nikotint hangulatjavító, szorongásoldó hatása miatt gyakran használják depressziós tüneteik enyhítésére [47]. Számos tanulmány bizonyítja, hogy az alkoholt a betegek igen gyakran konfliktusmegoldásra használják, ezért a családorvosnak az alkohol- és drogproblémák hátterében álló okként depresszióra is érdemes gondolnia [48, 49].

Brit családorvosok szerint a depresszió fel nem ismerésének egyik fő oka az *orvosok részéről* a „szomatikus betegségekbe való belefeledkezés” [50]. Az orvos-beteg találkozások rövidege szintén jelentős tényező, irodalmi adatok alapján 2–3 perccel hosszabb találkozás a beteg-

## 2. táblázat | A mániás epizód tünetei a DSM-IV<sup>1</sup> alapján [81]

Abnormáisan vagy túlzottan emelkedett hangulat.  
Szokatlan irritabilitás.  
Csökkent alvásigény.  
Grandiózus elképzelések.  
Fokozott beszédkésztetés.  
Gondolatrohanás.  
Jelentősen megnövekedett energiaszint.  
Megnövekedett szexuális étvágy.  
Gyenge ítélőképesség.  
Nem megfelelő szociális viselkedés.

<sup>1</sup>DSM-IV = (Diagnostic and statistical manual – Fourth edition) Diagnosztikai és statisztikai útmutató – IV. verzió

gel jelentősen javítja a pszichoszociális problémák feltárásának arányát [51]. Sajnos, a szociális, nyelvi és kulturális különbségekből fakadó kommunikációs nehézségek, valamint a depresszió tüneteinek hiányos ismerete továbbra is meglévő akadály [52]. Végül az orvosok is, akárcsak pácienseik – esetenként még gyakrabban is – hajlamosak lehetnek a depresszióra [53]. A kiégés (burn-out) jelentősen ronthatja a változatos formában megjelenő betegségek, köztük a depresszió felismerését és megfelelő kezelését. Tovább nehezíti a depresszív körképek felismerését az alapellátás keretein belül is könnyen használható, hatékony szűrőműszerek, valamint a terápiás útmutatók hiánya. A konzultációs-kapcsolati (consultation-liaison) pszichiátria szélesebb körben való alkalmazása, a családorvos pszichiáter szakorvossal való rendszeres konzultációs lehetőségének biztosítása szintén hozzájárulhat a depresszió nagyobb arányú felismeréséhez.

## A depresszió terápiája a családorvosi gyakorlatban

Minden megbetegedés kezelése során jelentős (gyakran a legjelentősebb) tényező az orvos-beteg kapcsolat – pszichés problémák esetén ez még hangsúlyozottabbá válik. Az empátiás, megértő, elfogadó viselkedés a depressziós betegek kezelésében kifejezett terápiás szerephez jut. A depresszió kezelésének útmutatói kiemelik az orvos-beteg kapcsolat jelentőségét mind a hatékony, átfogó kezelési terv kialakításakor, mind pedig a terápia folyamán. A jó családorvos-beteg kapcsolat megfelelő háttérteret teremthet a terápiához, a gyógyulási folyamat részeként jelentős támaszt adhat a beteg számára. Amennyiben a hozzátartozókat is sikerül bevonni a terápiás folyamatba, fontos, hogy a betegség jellemzőinek ismertetésén kívül elérjük, hogy a család a beteggel szembeni elvárásokat, terheléseket csökkentse, ugyanakkor a beteggel való foglalkozást, a beteghez való odafordulást a beteg elvárásainak megfelelően alakítsa (szükség esetén növelje vagy csökkentse).

A kezelési terv felállításánál és a megfelelő kezelési módszer kiválasztásánál számos tényezőt érdemes fi-

gyelemben venni. Ezek közé tartoznak a beteg preferenciái, a fennálló egyéb pszichiátriai és szomatikus betegségek, a jelenleg szedett gyógyszerek, a beteg korábbi tapasztalatai a különböző kezelési módokkal kapcsolatosan, a depresszív zavarok súlyossága, az öngyilkosság kockázata, valamint az egyes kezelési módok elérhetősége [54]. A depresszió sikeres ellátása nagymértékben függ attól, hogy a beteg mennyire aktív résztvevője a terápiának. A családorvos különböző ismertetőikkel láthatja el betegeit. Emellett érdemes emlékeztetni a betegeket arra, hogy a depresszió, akár csak az asztma vagy a diabétesz, krónikus betegség, amelynek megfelelő ellátásához nélkülözhetetlen a beteg részvétele a terápiás döntésekben. Enyhe-mérsékelt, nem pszichotikus depresszió esetén mind a pszichoterápia, mind a gyógyszeres kezelés, illetve a kettő kombinációja választható. A döntést általában a beteg preferenciái, a pszichoterápia elérhetősége, valamint a költségek befolyásolják.

### *Nem gyógyszeres terápiás lehetőségek*

A stresszhez társuló szorongás és krónikus depresszió leghatékonyabb módszerei a stresszkezelő tréningprogramok, relaxációs módszerek és a különböző egyéb pszichoterápiás módszerek.

### *Stresszkezelő tréningek*

A stresszkezelő tréningek olyan rövid (10–16 óras), kis csoportos (általában maximum 20 fő) tréningprogramok, amelyek elsajátításával a stresszel való megbirkózás készségei fejleszthetők. A tréning rövidege általában szigorú struktúrát követel, de a korlátozott csoportlétszám biztosítja, hogy minden résztvevővel személyesen is lehessen foglalkozni. A módszer könnyen megtanulható és alkalmazható. Magyarországon a Selye János Társaság széles körben terjesztett stresszkezelő programja a „Williams-életkészségek” tréning (www.selyesociety.hu), de az interneten keresztül számos egyéb jól kidolgozott módszer forgatókönyve is elérhető (autogén tréningek, relaxációs módszerek).

### *Pszichoterápiás módszerek*

A rövid, jól strukturált pszichoterápiák a családorvosi gyakorlat szűkös időkereteibe is jól beilleszthetők és többségük csoportos formában is alkalmazható. Számos hatékony pszichoterápiás módszer ismert a depresszió és szorongás különböző formáinak terápiájára, ezek közül a két legtöbbet tanulmányozott a kognitív viselkedésterápia (KVT) [55, 56] és az interperszonális pszichoterápia [57, 58].

A KVT az Aaron Beck-féle kognitív depresszióteórián alapul, a depresszió és szorongás elsődleges vagy kiegészítő terápiás módszere lehet [59]. Irodalmi adatok

3. táblázat | A depresszió szűrésére a családorvosi praxisban leggyakrabban használt kérdőívek

#### **Beck-depresszió-kérdőív, rövidített Beck-depresszió-kérdőív (Beck depression inventory, BDI) [28, 29]**

A kérdőív a depressziós tünetegyüttes súlyosságát vizsgálja. A mérőeszköz magyar nyelvű, rövidített változatát Kopp Mária és mtsai fejlesztették ki [82]. A rövidített skála diagnosztikai megbízhatósága kiváló, a mérőeszköz szenzitivitási és specifikitási mutatói 90% feletti. A kérdőív kitöltése körülbelül 5 percet vesz igénybe, a mindennapi gyakorlatban jól használható, lakossági szűrésre a rövidített változat a legalkalmasabb.

#### **Zung-depresszió-kérdőív (Zung-scale) [30]**

Elsősorban a depresszió súlyossági fokának megállapítására használjuk. Húsz tételből álló skála, az egyes tételeket négyfokú skálán kell értékelni.

#### **Geriátriai depresszió-kérdőív (Geriatric depression scale) [31]**

Idős betegeknél alkalmas a depresszió szűrésére, 30 eldöntendő kérdésből áll.

#### **Epidemiológiai Kutatási Központ-depresszióskála (Center for epidemiologic studies-depression, CES-D) [32]**

A depresszió szűrésére széles körben használt kérdőív. Húsz kérdésből áll, amelyek az elmúlt héten tapasztaltakra kérdeznak rá.

#### **Kórházi szorongás- és depresszióskála (Hospital anxiety and depression scale, HADS) [33]**

A skála szomatikus betegségekben szenvedő páciensek depressziójának, szorongásának szűrésére készült [33].

#### **Betegek egészségi állapota kérdőív (Patient health questionnaire-9, PHQ-9) [83]**

Számos krónikus betegcsoportban (diabétesz, COPD, cardiovascularis betegségek) használták már a depresszió szűrésére. A depresszív zavarok súlyosságának megítélésére, valamint terápiakövetésre egyaránt jól használható.

#### **„Mentális zavarok szűrése az alapellátásban” kérdőív (Primary care evaluation of mental disorders, PRIME-MD) [34]**

A mentális betegségek családorvosi praxisban történő szűrésére fejlesztették ki.

alapján a KVT hatékonysága rövid távon a gyógyszeres terápiáival megegyező [60], hosszú távon pedig felülmúlja azt [61]. A KVT során a betegek elsajátítják a szorongásos gondolatok és az ezekhez társuló elkerülő viselkedések feletti kontrollt, direkt szorongáscsökkentő módszereket tanulnak meg (például relaxáció, figyelemelterelés), ezáltal fokozatosan képessé válnak a szorongást okozó helyzetekkel való megküzdésre.

Az IPT a páciens jelenlegi interperszonális kapcsolataira, illetve a kapcsolatok és a hangulat egymásra hatására összpontosít. A 12–16 hetes terápia célja a páciens interperszonális készségeinek fejlesztése. *DeMello és mtsai* szisztematikus összefoglalójában az IPT hatékonysága az antidepresszív gyógyszeres terápia hatékonyságához hasonló volt, a placebónál pedig hatékonyabbnak bizonyult [62].

Más pszichoterápiás módszerek, például a problémamegoldó terápia [63], valamint a rövid pszichodi-

namikus terápia [64] szintén hatékonyak lehetnek, bár ezekre vonatkozóan nem állnak rendelkezésünkre olyan szintű bizonyítékok, mint a KVT és az IPT esetében, amelyeket kezdő és fenntartó terápiaként, valamint prevenció módzserként is széles körben vizsgáltak, gyógyszeres kezeléssel kombinálva vagy a nélkül.

A pszichoterápiás módszerek elsajátításához nem kell pszichológusnak vagy pszichiáternek lenni, a különböző pszichoterápiás képzéseken egyre több családorvos vesz részt világszerte és hazánkban is.

### *Gyógyszeres terápia*

Az antidepresszív gyógyszer szedéséről a kezelőorvos és a páciens közösen döntenek. A gyógyszerválasztást befolyásolják a beteg preferenciái, a lehetséges gyógyszerkölcsönhatások és a -mellékhatások [65]. Ha antidepresszívumot írunk fel, különösen nagy hangsúlyt kell fektetnünk arra, hogy a beteget tájékoztassuk a várható mellékhatásokról, valamint arról, hogy ezek a szerek általában több hét után fejtik csak ki hatásukat, míg a mellékhatások általában azonnal jelentkeznek. A terápia kezdetén előnyös, ha a beteg a felmerülő kérdésekre azonnal választ kaphat, és fontos a beteget egy-két hét után kontrollra visszarendelni. A megfelelő információnyújtás, szoros utánkövetés elmaradása gyakran a gyógyszereszedés idő előtti abbahagyását eredményezi. A kezdeti időszakban észlelt klinikai válasz alapján szükség lehet a felírt dózis módosítására.

A folyamatos, hosszan tartó terápia célja rövid távon a relapsusok, hosszabb távon pedig az új epizódok kialakulásának megelőzése, a teljes remisszió. Miután elérjük, hogy a beteg remisszióban van, további fenntartó kezelés szükséges: az első depressziós epizód után legalább hat hónapig, ismétlődő epizódok esetén még ennél is hosszabb ideig kell a gyógyszert szedni, így elengedhetetlen, hogy a beteg jól tolerálja az adott szert és végig tudja csinálni a kezelést. Egyes adatok szerint az antidepresszív gyógyszert szedő betegek közel fele az első hónap során abbahagyja a gyógyszereszedést [66]. A betegek megfelelő edukációja tehát kulcsfontosságú az együttműködés kiépítéséhez. A rendszeres konzultációk javíthatják a betegek együttműködését. A lépcsőzetes dóziszemelés segíthet a kedvezőtlen hatások kivédésében; idős betegeknél, valamint vese- és májelégtelenségben szenvedőknél érdemes a kezdő dózist csökkenteni.

A betegek egy részénél az első választott szer nem hatékony. A Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR\*D) vizsgálat rámutatott, hogy a remisszió eléréséhez gyakran több, egymásra épülő terápiás lépcsőre van szükség [67]. Az elsőként alkalmazott kezelésre nem megfelelően reagáló betegek könnyen kiszűrhetők, ha gyógyszeres kezelés esetén négy-hat, pszichoterápia esetén nyolc-tizenkét hét után újraértékeljük a terápiát [65]. Ha a beteg a megfelelő dózisban, elegendő ideig alkalmazott gyógyszeres kezelés mellett nem

javul lényegesen, és/vagy mellékhatások lépnek fel, célszerű gyógyszert váltani vagy pszichiáter szakorvostól konzíliumot kérni.

### *Egyéb terápiás módszerek*

Egyre több irodalmi adat áll rendelkezésünkre a tesztmozgásnak a fizikai és mentális jóllét kialakításában, a betegségek kialakulásának és progressziójának megelőzésében, valamint egyes kórképek terápiájában betöltött szerepéről [68, 69].

A fényterápia hatása jól ismert a téli depresszió kezelésében, és irodalmi adatok alapján a nem szezonális depresszió adjuváns terápiájára is kiválóan lehetne használni antidepresszív gyógyszerek alkalmazása mellett [70]. A placeboval szemben mutatott hatékonysága alapján a fényterápiát ajánlott lenne széleskörűen alkalmazni a depresszív zavarok kezelésére [71]. További vizsgálatokra van szükség azon depressziós alcsoportok azonosításához, akiknél a fényterápia önálló kezelési módként is hatékonyan alkalmazható lenne a nem szezonális depresszió terápiájára [72].

Ismert, hogy a depressziós betegek egy nagy részénél a normális cirkadián ritmus felborul, így a cirkadián rendszer működését „reszinkronizáló” intervenciók módszereknek – alvásmegvonás, fényterápia, a biológiai óra működésére ható gyógyszerek – bizonyítottan antidepresszív hatása is van [73]. Úgy tűnik, hogy a cirkadián rendszer működésében részt vevő molekuláris és genetikai mechanizmusok tanulmányozása a későbbiekben a hangulatzavarok etiopatogenezisének megértését, valamint újabb, hatékonyabb terápiás módszerek felfedezését is elősegítheti [73].

Az elektrokonvulzív terápia (electroconvulsive therapy, ECT) a súlyos depresszió terápiájának biztonságos és hatékony módszere, és a terápiarezisztens depresszió kezelésében is hatékonynak bizonyult [74].

Néhány további, nem gyógyszeres kezelési módszer is kifejlesztés alatt áll, ezek közé tartoznak például a repetitív transcranialis mágneses stimuláció, valamint a vagusstimuláció [75].

A neuropszichiátriai kutatási eredmények, a funkcionális képpalkotó eljárások és a pszichofarmakológiai kezelések folyamatos fejlődése vezetett a mélyagyi stimuláció (deep brain stimulation – DBS) kifejlesztéséhez. Bár a DBS a major depresszió terápiarezisztens formáinak kezelésére egyedülálló és ígéretes módszernek tűnik, egyelőre nem áll rendelkezésünkre elegendő irodalmi adat a terápiára alkalmas betegek kiválasztási módjáról, valamint a kezelési standardokról [76].

Egyes randomizált klinikai vizsgálatok azt mutatják, hogy a depressziós betegek hangulata zeneterápia hatására javulást mutat, bár az eddig ismert vizsgálatok többségénél kicsi volt az elemszám [77].

A pszichiátriai betegségek kezelésében is egyre nagyobb szerepet kapnak az alternatív gyógymódok. Az akupunktúra az irodalmi adatok alapján biztonsá-

gos és hatékony módszernek tűnik a depressziós tünetek csökkentésére, bár ennek igazolására egyelőre kevés bizonyíték áll rendelkezésünkre [78].

## Mikor irányítsa a családorvos a depressziós beteget pszichiátriai szakrendelésre?

Világszerte terjedő gyakorlat, hogy az enyhe és közepes súlyos depressziós eseteket családorvosok kezeljék: hiszen egy nem pszichotikus, suicid veszéllyel nem járó depresszió vagy szorongásos zavar felismerése és kezelése nem feltétlenül komplikáltabb, mint a családorvosi praxisban megjelenő gyakori szomatikus betegségek (akut myocardialis történések, heveny hasi folyamat stb.) ellátása. Nagyban javítaná a betegellátást, ha a családorvosok felismernék, diagnosztizálnák és ellátnák az újonnan jelentkező depressziós betegeket, és csak az elsőnek választott antidepresszívumra nem reagáló betegeket küldenék tovább pszichiáter szakorvoshoz. Ideális lenne, ha minden csoportpraxishoz tartozna egy pszichiáter, aki közvetlenül tud segíteni a családorvos kollégáknak a pszichés problémák megfelelő ellátásában, erre szolgál a konzultációs-liaison pszichiátria [79].

Az első napokban, hetekben, amikor az antidepresszívum vagy a pszichoterápia még nem hat, a suicid intenciókkal küzdő beteg fokozott figyelmet igényel, közvetlen suicid veszély esetén (például öngyilkossági szándék hangoztatása, búcsúlevél stb.) pedig pszichiátriai szakkezelés, esetleg hospitalizáció is szükséges lehet. Ugyancsak osztályos kezelés lehet szükséges pszichotikus depresszió vagy mániás fázisba való átcsapás esetén. Ezenkívül egyértelműen indokolt a pszichiáter segítségének igénybevétele konzultáció céljából, ha a családorvosnak nem sikerül megfelelő együttműködést elérni, vagy nem tudja biztosítani a beteg pszichés vezetését [80].

## Következtetések

A depresszív zavarokat emocionális, magatartásbeli és szomatikus tünetek jellemzik; szűrésükre számos validált kérdőív létezik, amelyek a családorvos munkája során is jól használhatók. Több vizsgálat igazolta, hogy a depressziós betegek a családorvosi ellátás keretein belül költséghatékonyan kezelhetők, ennek ellenére a depresszió továbbra is aluldiagnosztizált és alulkezelt kórkép. A diagnózisalkotást nehezíti, hogy a tünetek sokfélék lehetnek és gyakran testi panaszok formájában, szomatizációként jelentkeznek. A családorvosi gyakorlatban a szomatikus betegségek előtérbe helyezése, az orvos-beteg találkozások rövid időtartama, illetve a hangulatzavarokkal kapcsolatos ismeretek hiánya mind a beteg, mind az orvos részéről rontják a depresszió felismerésének hatékonyságát.

A kezeletlen depresszió rosszabb életminőség kialakulásához vezet, számos krónikus betegségcsoportban növeli a mortalitást és a morbiditást, pszichoszomatikus

betegségek rizikófaktora lehet és növeli a szenvedélybetegségek, valamint az öngyilkosság kockázatát.

Ezért különösen fontos, hogy az alapellátásban, ahol a legtöbb orvos-beteg találkozás történik, kiemelten odafigyeljünk ezekre a kórképekre, és a kiszűrt betegek minél korábban megfelelő kezelésben részesüljenek.

## Irodalom

- [1] Brody, D. S., Thompson, T. L., Larson, D. B. és mtsai: Recognizing and managing depression in primary care. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 1995, 17, 93–107.
- [2] Valladares, A., Dilla, T. és Sacristan, J.: Depression: a social mortgage. Latest advances in knowledge of the cost of the disease. *Actas Esp. Psiquiatr.*, 2008.
- [3] Lopez, A. D., Mathers, C. D.: Measuring the global burden of disease and epidemiological transitions: 2002–2030. *Ann Trop. Med. Parasitol.*, 2006, 100, 481–499.
- [4] Whooley, M. A.: Depressive symptoms, health behaviors, and risk of cardiovascular events in patients with coronary heart disease. *Jama*, 2008, 300, 2379–2388.
- [5] de Voogd, J. N., Wempe, J. B., Koeter, G. H. és mtsai: Depressive symptoms as predictors of mortality in patients with COPD. *Chest*, 2009, 135, 619–625. (2008. elfogadás)
- [6] Takahashi, P. Y., Cha, S. S. és Kiemele, L. J.: Six-month mortality risks in long-term care residents with chronic ulcers. *Int. Wound J.*, 2008, 5, 625–631.
- [7] Dobbels, F., Skeans, M. A., Snyder, J. J. és mtsai: Depressive disorder in renal transplantation: an analysis of Medicare claims. *Am. J. Kidney Dis.*, 2008, 51, 819–828.
- [8] Diefenthaler, E. C., Wagner, M. B., Poli-de-Figueiredo, C. E. és mtsai: Is depression a risk factor for mortality in chronic hemodialysis patients? *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 2008, 30, 99–103.
- [9] Fisher, L., Skaff, M. M., Mullan, J. T. és mtsai: A longitudinal study of affective and anxiety disorders, depressive affect and diabetes distress in adults with type 2 diabetes. *Diabet. Med.*, 2008, 25, 1096–1101.
- [10] Vámos, E., Mucsi, I., Keszeci, A. és mtsai: Comorbid depression is associated with increased healthcare utilization and lost productivity in persons with diabetes: A large nationally representative Hungarian population survey. *Psychosomatic Medicine*, 2009, 71, 501–507. (in press)
- [11] Sartorius, N.: The economic and social burden of depression. *J. Clin. Psychiatry*, 2001, 62, 8–11.
- [12] Henningsen, P., Zimmermann, T. és Sattel, H.: Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosom. Med.*, 2003, 65, 528–533.
- [13] Füredi, J., Rózsa, S., Zámbo, J. és mtsai: The role of symptoms in the recognition of mental health disorders in primary care. *Psychosomatics*, 2003, 44, 402–406.
- [14] McGlynn, E. A., Asch, S. M., Adams, J. és mtsai: The quality of health care delivered to adults in the United States. *N. Engl. J. Med.*, 2003, 348, 2635–2645.
- [15] Davidson, J. R. és Meltzer-Brody, S. E.: The underrecognition and undertreatment of depression: what is the breadth and depth of the problem? *J. Clin. Psychiatry*, 1999, 60, 4–9; discussion 10–11.
- [16] Seelig, M. D., Katon, W.: Gaps in depression care: why primary care physicians should hone their depression screening, diagnosis, and management skills. *J. Occup. Environ. Med.*, 2008, 50, 451–458.
- [17] Ustun, T. B., Ayuso-Mateus, J. L., Mathers, C. és mtsai: Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br. J. Psychiatry*, 2004, 184, 386–392.



- [18] *Mousavi, S., Chatterji, S., Verdes, E. és mtsai:* Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, 2007, 370, 851–858.
- [19] *Katon, W. J.:* Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biol. Psychiatry*, 2003, 54, 216–226.
- [20] *Alonso, J., Angermayer, M. C., Bernert, S. és mtsai:* Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr. Scand Suppl.*, 2004, 420, 21–27.
- [21] *Rihmer, Z., Barsi, J., Arató, M. és mtsai:* Suicide in subtypes of primary major depression. *J. Affect Disord.*, 1990, 18, 221–225.
- [22] *Kopp M., Skrabski Á.:* Magyar lelkiállapot (Hungarian state of mind), Végeken Kiadó, Budapest, 1992.
- [23] *Kopp, M. S., Skrabski, Á. és Szedmák, S.:* Socioeconomic factors, severity of depressive symptomatology, and sickness absence rate in the Hungarian population. *J. Psychosom. Res.*, 1995, 39, 1019–1029.
- [24] *Purebl Gy., Balog P.:* A depressziós tünetegyüttes jelentősége az esélyteremtés szempontjából. Magyar Lelkiállapot, 2008: Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban. (Szerk.: Kopp M.) Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008.
- [25] *Szádóczky E., Fazekas I., Füredi J. és mtsai:* Kedélybetegségek és szorongásos zavarok előfordulása a családorvosi gyakorlatban. *Psychiat. Hung.*, 1996, 11, 495–503.
- [26] *Gelenberg, A. J., Hopkins, H. S.:* Assessing and treating depression in primary care medicine. *Am. J. Med.*, 2007, 120, 105–108.
- [27] *Judd, L. L., Paulus, M. P., Wells, K. B. és mtsai:* Socioeconomic burden of subsyndromal depressive symptoms and major depression in a sample of the general population. *Am. J. Psychiatry*, 1996, 153, 1411–1417.
- [28] *Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M. és mtsai:* An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1961, 4, 561–571.
- [29] *Beck, A. T., Rial, W. Y., Rickels, K.:* Short form of depression inventory: cross-validation. *Psychol. Rep.*, 1974, 34, 1184–1186.
- [30] *Zung, W. W.:* A self-rating depression scale. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1965, 12, 63–70.
- [31] *Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L. és mtsai:* Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J. Psychiatr. Res.*, 1982, 17, 37–49.
- [32] *Radloff, L. S.:* The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 197, 1, 385–401.
- [33] *Zigmond, A. S., Snaith, R. P.:* The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1983, 67, 361–370.
- [34] *Spitzer, R. L., Williams, J. B., Kroenke, K. és mtsai:* Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *Jama*, 1994, 272, 1749–1756.
- [35] *Arroll, B., Kbin, N., Kerse, N.:* Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *Br. Med. J.*, 2003, 327, 1144–1146.
- [36] *Arroll, B., Goodyear-Smith, F., Kerse, N. és mtsai:* Effect of the addition of a „help” question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. *Br. Med. J.*, 2005, 331, 884.
- [37] *Andrews, G., Peters, L.:* The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 1998, 33, 80–88.
- [38] *Mitchell-Heggs, N.:* Aspects of the natural history and clinical presentation of depression. *Proc. R. Soc. Med.*, 1971, 64, 1171–1174.
- [39] *Sartorius, N.:* The economic and social burden of depression. *J. Clin. Psychiatry*, 2001, 62, 8–11.
- [40] *Pető Z.:* A depresszió komplex kezelése időskorban. Háziorvos Továbbképző Szemle, 2003, 8, 401–411.
- [41] *Tylee, A.:* Identifying and managing depression in primary care in the United Kingdom. *J. Clin. Psychiatry*, 2006, 67, 41–45.
- [42] *Üstün, T. B., Von Korff, M.:* Primary mental health services: access and provision of care. *Mental Illness in General Health care: An International Stud.*, Chichester, England: Wiley, 1995, 347–360.
- [43] *Simon, G. E., VonKorff, M., Piccinelli, M. és mtsai:* An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N. Engl. J. Med.*, 1999, 341, 1329–1335.
- [44] *Tylee, A. T., Freeling, P., Kerry, S.:* Why do general practitioners recognize major depression in one woman patient yet miss it in another? *Br. J. Gen. Pract.*, 1993, 43, 327–330.
- [45] *Tylee, A., Freeling, P., Kerry, S. és mtsai:* How does the content of consultations affect the recognition by general practitioners of major depression in women? *Br. J. Gen. Pract.*, 1995, 45, 575–578.
- [46] *Thompson, C., Ostler, K., Peveler, R.C. és mtsai:* Dimensional perspective on the recognition of depressive symptoms in primary care: The Hampshire Depression Project 3. *Br. J. Psychiatry*, 2001, 179, 317–323.
- [47] *Lugoboni, F., Quaglio, G., Pajusco, B. és mtsai:* Association between depressive mood and cigarette smoking in a large Italian sample of smokers intending to quit: implications for treatment. *Intern. Emerg. Med.*, 2007, 2, 196–201.
- [48] *Weiss, R. D., Kolodziej, M. E., Najavits, L. M. és mtsai:* Utilization of psychosocial treatments by patients diagnosed with bipolar disorder and substance dependence. *Am. J. Addict.*, 2000, 9, 314–320.
- [49] *Pickard, M., Bates, L., Dorian, M. és mtsai:* Alcohol and drug use in second-year medical students at the University of Leeds. *Med. Educ.*, 2000, 34, 148–150.
- [50] *Freeling, P., Rao, B. M., Paykel, E. S. és mtsai:* Unrecognised depression in general practice. *Br. Med. J. (Clin. Res. Ed)*, 1985, 290, 1880–1883.
- [51] *Howie, J. G., Porter, A. M., Heaney, D. J. és mtsai:* Long to short consultation ratio: a proxy measure of quality of care for general practice. *Br. J. Gen. Pract.*, 1991, 41, 48–54.
- [52] *Marks, J. N., Goldberg, D. P., Hillier, V. F.:* Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. *Psychol. Med.*, 1979, 9, 337–353.
- [53] *Caplan, R. P.:* Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *Br. Med. J.*, 1994, 309, 1261–1263.
- [54] *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision).* American Psychiatric Association. *Am. J. Psychiatry*, 2000, 157, 1–45.
- [55] *Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W. és mtsai:* A meta-(re) analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *J. Affect. Disord.*, 2002, 68, 159–165.
- [56] *Teasdale, J. D., Segal, Z., Williams, J. M.:* How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behav. Res. Ther.*, 1995, 33, 25–39.
- [57] *Joyce, P. R., McKenzie, J. M., Carter, J. D. és mtsai:* Temperament, character and personality disorders as predictors of response to interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. *Br. J. Psychiatry*, 2007, 190, 503–508.
- [58] *Luty, S. E., Carter, J. D., McKenzie, J. M. és mtsai:* Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. *Br. J. Psychiatry*, 2007, 190, 496–502.
- [59] *Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M. és mtsai:* A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J. Affect Disord.*, 1998, 49, 59–72.
- [60] *Perlis, R. H., Nierenberg, A. A., Alpert, J. E. és mtsai:* Effects of adding cognitive therapy to fluoxetine dose increase on risk of relapse and residual depressive symptoms in continuation treat-

- ment of major depressive disorder. *J. Clin. Psychopharmacol.*, 2002, 22, 474–480.
- [61] *Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C. és mtsai:* Cognitive behavior approach to loss of clinical effect during long-term antidepressant treatment: a pilot study. *Am. J. Psychiatry*, 2002, 159, 2094–2095.
- [62] *de Mello, M. F., de Jesus Mari, J., Bacaltchuk, J. és mtsai:* A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, 2005, 255, 75–82.
- [63] *Mymors-Wallis, L., Davies, I., Gray, A. és mtsai:* A randomised controlled trial and cost analysis of problem-solving treatment for emotional disorders given by community nurses in primary care. *Br. J. Psychiatry*, 1997, 170, 113–119.
- [64] *Leichsenring, F.:* Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clin. Psychol. Rev.*, 2001, 21, 401–419.
- [65] *Dejesus, R. S., Vickers, K. S., Melin, G. J. és mtsai:* A system-based approach to depression management in primary care using the Patient Health Questionnaire-9. *Mayo Clin. Proc.*, 2007, 82, 1395–1402.
- [66] *Whooley, M. A., Simon, G. E.:* Managing depression in medical outpatients. *N. Engl. J. Med.*, 2000, 343, 1942–1950.
- [67] *Rush, A. J., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R. és mtsai:* Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR\*D report. *Am. J. Psychiatry*, 2006, 163, 1905–1917.
- [68] *Mead, G. E., Morley, W., Campbell, P. és mtsai:* Exercise for depression. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2008, (4), CD004366.
- [69] *Partonen, T., Leppamaki, S., Hurme, J. és mtsai:* Randomized trial of physical exercise alone or combined with bright light on mood and health-related quality of life. *Psychol. Med.*, 1998, 28, 1359–1364.
- [70] *Martiny, K., Lunde, M., Uden, M. és mtsai:* Adjunctive bright light in non-seasonal major depression: results from patient-reported symptom and well-being scales. *Acta Psychiatr. Scand.*, 2005, 111, 453–459.
- [71] *Terman, M.:* Evolving applications of light therapy. *Sleep Med. Rev.*, 2007, 11, 497–507.
- [72] *Tuunainen, A., Kripke, D. F., Endo, T.:* Light therapy for non-seasonal depression. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2004, (2), CD004050.
- [73] *Monteleone, P., Maj, M.:* The circadian basis of mood disorders: recent developments and treatment implications. *Eur. Neuropsychopharmacol.*, 2008, 18, 701–711.
- [74] *Gazdag, G., Sebestyén, G., Zsargó, E. és mtsai:* Survey of referrals to electroconvulsive therapy in Hungary. *World J. Biol. Psychiatry*, 2008, 1–5.
- [75] *Baghai, T. C., Moller, H. J. és Rupprecht, R.:* Recent progress in pharmacological and non-pharmacological treatment options of major depression. *Curr. Pharm. Des.*, 2006, 12, 503–515.
- [76] *Juckel, G., Uhl, I., Padberg, F. és mtsai:* Psychosurgery and deep brain stimulation as ultima ratio treatment for refractory depression. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, 2009, 259, 1–7.
- [77] *Maratos, A. S., Gold, C., Wang, X. és mtsai:* Music therapy for depression. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2008, (1), CD004517.
- [78] *Wang, H., Qi, H., Wang, B. S. és mtsai:* Is acupuncture beneficial in depression: a meta-analysis of 8 randomized controlled trials? *J. Affect. Disord.*, 2008, 111, 125–134.
- [79] *Novák, M., Gazdag, G. és Tury, F.:* Psychosomatic medicine and consultation-liaison psychiatry in Hungary. *J. Psychosom. Res.*, 2009, 66, 187–188.
- [80] *Kiss H. G., Ribmer Z.:* A depresszió és a szorongásos zavarok, a családorvos lehetőségei. *Családorvosi Fórum*, 2000. október 11–17.
- [81] *BNO-10 zsebkönyv – DSM-IV-TR meghatározásokkal.* Animula Kiadó, Budapest, 2004.
- [82] *Kopp M., Skrabski Á., Czakó L.:* Összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatokhoz ajánlott módszertan. *Végeken Kiadó, Budapest*, 1990, 1, 4–24.)
- [83] *Kroenke, K., Spitzer, R. L. Williams, J. B.:* The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J. Gen. Intern. Med.*, 2001, 16, 606–613.

(Torzsa Péter dr.,  
Budapest, Kútvölgyi út 4., 1125  
e-mail: torzsapeter@yahoo.co.uk)

**Óbudai jól prosperáló mikrovállalkozás**  
vezető munkatársat keres egészségügyi termékeinek fejlesztéséhez.

Angolul beszélő és vezetési tapasztalattal rendelkező gyógyszerész, orvos, biológus előnyt élvez.  
dolhay@dolhay.hu