

Az affektív betegségek társadalmi jelentősége, különös tekintettel az auto- és heteroagresszív megnyilvánulásokra

A depresszió orvosi értelemben vett betegség, és sokkal szűkebb kategóriát jelent, mint a társadalmi illetve egyéni problémák által motivált szomorúság vagy rossz közérzet. Az unipoláris major depresszió az egyik leggyakoribb pszichiátriai betegség. Hat európai országra kiterjedő nagy nemzetközi felmérés szerint a major depressziók egy éves prevalenciája átlagosan 5 százalék, és az Európai Unióban az évente major depresszióban szenvedő betegek száma kb. 18,4 millióra tehető (Wittchen és Jacobi, 2005). Hazai felmérések szerint a major depresszió 1 éves és 1 hónapos prevalenciája a felnőtt lakosság körében 7,1% és 2,6%, míg a bipoláris betegségé 2,7% és 1,3%, tehát nálunk ezen betegségek előfordulási gyakorisága az európai átlagnál magasabb. Hazánkban a major depressziós betegek csak mintegy 40-45% áll gyógyszeres kezelés alatt. Az unipoláris major depresszió 2010-ben a világon a harmadik leggyakoribb oka volt a teljes egészségben megélhető életevek elvesztésének (Disability Adjusted Life Years, DALY), és a 2020-ra szóló előrejelzések szerint az iszkémiás szívbetegség mögött a második helyet foglalja majd el. Ugyanakkor előrejelzések alapján 2030-ra az unipoláris depresszió és a következményes öngyilkosság lesz a DALY leggyakoribb oka (Möller és mtsai, 2012).

A kezeletlen major depressziók illetve affektív betegségek gyakori komplikációi a tartós munkakép-telenség/korai rokkantosság/munkanélküliség, a másodlagos alkohol/drog abúzus és dependencia, a dohányzás, a fokozott szomatikus (kardiovaszkuláris és cerebrovaszkuláris) morbiditás és mortalitás, valamint a kifejezetten emelkedett öngyilkossági rizikó. A befejezett öngyilkosságot elkövetők kb. kéthar-mada aktuálisan (többnyire nem kezelt) depresszióban szenved. A nem kezelt súlyos major depressziós betegek 10-15 százaléka öngyilkosság következtében hal meg, és közel felük kísérel meg legalább egy alkalommal szuicidiumot élete során (Möller és mtsai., 2012). Ugyanakkor az antidepresszív gyógyszeres kezelésben részesülő depressziós betegek szuicid rizikója több mint 80 százalékkal csökken (Rihmer és Gonda, 2013). A depressziók felismerésében és kezelésében az utóbbi két évtizedben lényeges javulás volt tapasztalható, és a rendelkezésre álló korszerű antidepresszívumok és pszichoterápiás eljárások segítségével ma már a major depressziók döntő többsége ambulánsan is sikeresen kezelhető. Sajnos ennek ellenére a depresszió a világon még ma is mindenütt aluldiagnosztizált és alulkezelt betegség. A fejlett egészségügyi ellátással rendelkező országokban végzett vizsgálatok szerint a fokozatosan javuló tendencia ellenére a major depresszióban szenvedő betegeknek még mindig csak 30-60 százaléka áll kezelés alatt (Möller és mtsai., 2012).

Közgazdasági vizsgálatok szerint a depresszióval összefüggő társadalmi-anyagi teher nagyobb, mint a hipertónia, asztma, rheumatoid arthritisz és az oszteoporózis miatti kiadások és a depresszió okozta társadalmi kár (a beteg és sokszor hozzátartozóinak munkából való kiesése, korai halálozás, stb.) sokkal nagyobb, mint a depresszió kezelésének költségei, amelyben egyébként a gyógyszerek részesedése csak 6-29 százalék között van (Berto és mtsai, 2010). Mivel ismert, hogy a nem kezelt major depressziók közel háromszorosára fokozzák a kardiovaszkuláris morbiditás és mortalitás esélyét (Litschman és mtsai, 2014) nagyon valószínű, hogy a depressziók idejekorán megkezdett és eredményes akut és hosszútávú kezelése a szuicid halálozás csökkentésén túl a kardiovaszkuláris mortalitás csökkentésének is egyik tényezője lehet.

Bár az öngyilkosság rendkívül összetett probléma számos orvosi-pszichiátriai, pszicho-szociális és kulturális összetevővel, a befejezett öngyilkosságot elkövetők 90 százaléka aktuálisan (többnyire nem kezelt) pszichiátriai betegségben, leggyakrabban major depressziós epizódban szenved halála idején. Nem meglepő tehát, hogy az antidepresszívumok forgalmának markáns emelkedése jelentősen járult hozzá az Európai Unió országaiban az utóbbi 30 évben bekövetkezett jelentős öngyilkosság-csökkenéshez. Hazánkban az utóbbi 30 évben bekövetkezett 59 százalékos, világviszonylatban is a legnagyobbak közé tartozó öngyilkosság-csökkenés mögött is elsősorban (de nem kizárólag) a depressziók kiterjedtebb, korábbi és eredményesebb kezelése áll. Sajnos e nagy csökkenés ellenére a hazai öngyilkossági halálozás még mindig igen magas, az Európai Unióban e tekintetben Litvánia mögött a második helyet foglaljuk

el, bár Európában már csak a hatodik helyen állunk és világviszonylatban nem vagyunk az első 15 között (WHO, 2014). Miután a pszichiátriai betegek (és így a depressziós páciensek) csak relatíve kis hányada lesz öngyilkosság áldozata, a pszichiátriai gyakorlatban a klinikailag feltárható (pszichiátriai, pszicho-szociális és demográfiai) rizikófaktorok segítségével a veszély nagy valószínűséggel előrejelezhető. A háziorvosi praxisban alkalmazható, a depresszió és szuicid veszély felmérésére szolgáló módszer is rendelkezésre áll (Rihmer és Torzsa, 2016).

Régóta tudjuk azt is, hogy bizonyos pszichiátriai betegeknél a heteroagresszív megnyilvánulások rizikója is megnő (Rihmer et al, 2010). A témával foglalkozó irodalomból itt is kirajzolódnak azok a klinikailag feltárható rizikófaktorok, amelyek segítségével a másokra irányuló veszélyeztető magatartás jó eséllyel előrejelezhető. Bár a pszichiátriai betegek döntő többségénél a heteroagresszív cselekmények esélye nem fokozott, vagy inkább csökkent, a kezeletlen szkizofrénia és alkohol- illetve drogbetegség növeli az esélyt. Bipoláris betegség depressziós epizódja alatt ritka a heteroagresszió, viszont mániás epizód során ezen megnyilvánulások rizikója fokozódik, gondoljunk csak a bútorait összetörő vagy családtagjait megverő mániás betegeinkre. A csecsemőgyilkosságok, főleg, ha a cselekmény nehezen érthető (rendezett anyagi és családi körülmények, várt gyermek, stb.) gyakran posztpartum depresszió következményei (Blazsek és Wernigg, 2015). Hasonlóan ahhoz, ahogyan a megfelelő kezelés markánsan csökkenti a szuicidium esélyét affektív zavarokban, az említett magas rizikójú pszichiátriai betegeknél az antipszichotikumok és hangulatstabilizálók szignifikánsan csökkentik a heteroagresszió és így a violens bűncselekmények gyakoriságát (Fazel és mtsai, 2014).

Az Egészségügyi Világszervezet deklarációja szerint „Nincsen egészség mentális egészség nélkül”, és az ezzel kapcsolatos teendők között az Európai Unió a depresszió és öngyilkosság megelőzését az első helyen említi. A nemzetközi és hazai tapasztalatok alapján ma már kidolgozottnak tekinthetők azok a többszintű közösségi programok, amelyek segítségével a depressziós betegek korai felismerése és megfelelő (gyógyszeres és pszichoterápiás) kezelése révén az öngyilkossági halálozás is tovább csökkenthető (WHO, 2014). 2016 novemberében készült el az első hazai felnőttkori szuicidiummal kapcsolatos irányelv, amelyet remélhetőleg követ majd egy, az öngyilkosság megelőzését szolgáló átfogó nemzeti akcióprogram is. Az auto- és heteroagresszió előrejelzése ezen cselekmények megelőzését illetően elengedhetetlen és a közvetlen orvosi vonatkozásain túl jogi relevanciája is van. A pszichiátriai betegeknél jelentkező auto- és heteroagresszió rizikófaktorai a hazai szakirodalomban is számtalanszor ismertetésre kerültek (Blazsek és Wernigg, 2015) és segítségükkel a veszély nagy valószínűséggel előrejelezhető. Ugyanakkor fontos annak hangsúlyozása, hogy ha az észlelő orvos, illetve személyzet (megfelelően dokumentálva) mindent megtett, hogy az esetleges kockázatot felmérje és lehetőségei határain belül megelőzze, de a cselekmény mégis bekövetkezik, jogi felelősség nem terheli.

RIHMER ZOLTÁN ÉS BLAZSEK PÉTER

IRODALOM

1. Berto P, Hario DD, Ruffo P. és mtsai. 2000. Depression: Cost-of-illness studies in the international literature, a review. *J Mental Health Policy Econ*, 3: 3-10.
2. Blazsek P, Wernigg R 2015. Kockázatbecslés és kockázatkezelés a pszichiátriában. Oriold és Társai Kiadó, Budapest.
3. Fazel S, Zetterqvist J, Larsson H. és mtsai. 2014. Antipsychotics, mood stabilizers and risk of violent crime. *Lancet*, 384: 1206-1214.
4. Möller HJ, Bitter I, Bobes J, és mtsai. 2012. Position statement of the European Psychiatric Association (EPA) on the value of antidepressants in the treatment of unipolar depression. *Eur Psychiatry*, 27: 114-28.
5. Rihmer Z., Gonda X., Rihmer A., és mtsai. 2010. Suicide and violence in mood disorders. A review for the clinician. *Int J Psychiat Clin Pract*, 14: 88-94.
6. Rihmer Z, Gonda X. 2013. Pharmacological prevention of suicide in patients with major mood disorders. *Neurosci Biobehav Rev*. 37: 2398-2403.
7. Rihmer Z, Torzsa P. 2016. A depresszió és öngyilkossági rizikó szűrésének rövid módszere a háziorvosi gyakorlatban. *Háziorvos Továbbképző Szemle*. 21: 584-589.
8. WHO, 2014. Preventing suicide: A global imperative. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
9. Wittchen H-U és Jacobi F. 2005. Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol*, 15: 357-376.