

PSZICHIÁTRIAI TÜNETEK ÁLTALÁNOS KÓRHÁZI OSZTÁLYOKON – A KONZULTÁCIÓS-KAPCSOLATI PSZICHIÁTRIA IGÉNYÉNEK HAZAI VIZSGÁLATA

Vincze Gábor, Túry Ferenc*, Murányi István**, Kovács József***

Pándy Kálmán Megyei Kórház Pszichiátriai Osztálya, Gyula

*Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete Budapest

**Debreceni Egyetem Szociológiai Tanszéke

ÖSSZEFOGLALÁS

Bevezetés. A pszichiátriai tünetek és zavarok az egészségügyi ellátás jelentős kapacitását igénybe vevő problémakört jelentenek. Nemzetközi összehasonlításban kiterjedt kutatások folytak arról, hogy az általános kórházi osztályokon milyen arányban fordulnak elő ilyen zavarok, hazai adatok azonban még nem álltak rendelkezésre.

Vizsgálatunkban hazai kórházakban mértünk fel általános pszichiátriai tüneteket, elsősorban a hangulatzavarokat.

Módszer. Általános kórházak szomatikus osztályain kezelt 2444 beteg önbeszámoló kérdőíves vizsgálatát végeztük el. A depresszió gyakoriságát a Beck Depresszió Kérdőív segítségével mértük. Feltérképeztük az antidepresszívumok használatát is.

Eredmények. A kérdőíves felmérés alapján a betegek 46,6%-a ért el depressziót tükröző pontszámot. A depresszió megjelenése elsősorban a krónikus betegeket ellátó osztályokon volt észlelhető. Az antidepresszívumok alkalmazása a gyakori depressziós állapotok ellenére igen alacsony arányban derült ki. Nagy viszont az anxiolitikumok alkalmazásának aránya depresszióban.

Konklúzió. A hangulatzavarok nagy aránya a szomatikus medicinában nem meglepő, de elsősorban a krónikus betegek körében észlelhető. Ellátásuk, adekvát farmakoterápiájuk azonban hiányos. Ez elsősorban a konzultációs-kapcsolati pszichiátria fejlesztését teszi szükségessé.

KULCSSZAVAK: pszichiátriai morbiditás, általános kórházi osztályok, konzultációs-kapcsolati pszichiátria

PSYCHIATRIC SYMPTOMS IN GENERAL MEDICAL DEPARTMENTS – ASSESSMENT OF THE NEED FOR CONSULTATION-LIAISON PSYCHIATRY IN HUNGARY

Aim. Psychiatric symptoms and disorders are a serious problem area, absorbing high health service provision capacities. Extensive research work is done internationally relating to the morbidity of psychiatric disorders in general medical departments, but no Hungarian data have been available so far. In the present study, general psychiatric symptoms were detected in Hungarian general hospitals, with special regard to mood disorders.

Methods. A self-assessment-based questionnaire survey was performed, covering 2,444 patients treated in general medical departments. The prevalence of depressive symptoms was measured by the Beck Depression Inventory. The use of antidepressants was also checked.

Results. On the basis of the questionnaire screening, 46.6% of patients showed a pathological score. Depressive symptoms were found primarily in the departments of chronic diseases. The use of antidepressants showed a very low frequency, in spite of the high prevalence of depressive symptoms. The use of anxiolytics was relatively high in depressive states.

Conclusion. The high frequency of mood disorders is not surprising in somatic medicine, but it is mainly found among chronic patients. However, their adequate pharmacotherapy is insufficient. On the basis of these data, the improvement of the consultation-liaison psychiatry is needed.

KEYWORDS: psychiatric morbidity, general medical departments, consultation-liaison psychiatry

A pszichiátria és orvostudomány határterületén folytatott klinikai kutatás széles skálájú. Ennek különösen fontos területe a pszichiátriai zavarok

komorbiditásának vizsgálata a különböző szomatikus kórházi osztályokra felvett betegeknél. Ez a konzultációs-kapcsolati pszichiátria (kkp) gyakor-

lati jelentőségét húzza alá. Jól ismert, hogy a pszichiátriai kutatás azért nehéz, mert az eredményt szubjektívebb módon lehet mérni, mint más orvosi szakterületek esetében, és a KKP-kutatás még nehezebb, mint az általános pszichiátriai kutatások többsége, mivel a kutatóknak figyelembe kell venniük az orvosi értelemben vett egészségi állapotnak a vizsgált változókra gyakorolt hatását. A pszichiátriai zavarok felmérése a szomatikus betegeket kezelő kórházi osztályokon fontos kérdésekben jelent segítséget: a betegellátás javításától a komorbid zavarok prevenciójáig, a KKP szervezési kérdéseitől a pszichiátriai rezidensek oktatásáig több fontos terület van (20).

A problémakör nemzetközi irodalmát áttekintve érdemes néhány közlést kiemelni. Katon és Schulberg (5) a közösségben a súlyos depresszió arányát 2-4% közöttinek találták. Az elsődleges ellátás betegek között ezt az értéket 5-10% közöttinek becsülték. A kórházban kezelt szomatikus betegek esetében már 10-14% közötti volt a prevalencia.

Barrett és mtsai (1) az elsődleges ellátásban vizsgálták a pszichiátriai zavarok gyakoriságát. Több mint 1000 beteggel kérdőíves szűrést, s a fokozott kockázatúakkal interjú végeztek. Kiderült, hogy a pszichiátriai zavarok összesített gyakorisága 26,5% volt, javarészt a depresszív és a szorongásos zavaroknak köszönhetően. Silverstone (14) testi betegség miatt kórházi kezelésre berendelt betegek között végzett vizsgálatot, s a betegek 27%-a eleget tett a DSM-IV szerinti diagnózisok kritériumainak. Az alkalmazkodási zavar (14%), a szorongásos zavar (6%), az alkoholfüggőség (5%), és a súlyos depressziós zavar (5%) volt a leggyakoribb pszichiátriai zavar. Meg kell említeni, hogy a depresszió már a kórházba kerülés előtt jelen volt a betegek többségében.

A szomatikus zavarok mellett jelentkező szekunder depresszió különbözik az elsődleges major depresszió képétől. Winokur és mtsai (18) szerint a különbség leginkább abban nyilvánul meg, hogy a másodlagos depresszió leginkább későbbi életkorban alakul ki. Kevésbé társul a családban előforduló alkoholizmussal vagy depresszióval, és alacsonyabb az öngyilkossági kockázat (19).

Számos epidemiológiai felmérés készült depresszióra vonatkozóan a speciális testi betegségekben szenvedő betegeknél (kardiális zavarok, daganatos megbetegedések, Parkinson-kór, Cushing-kór stb). E vizsgálatok a depresszió prevalenciáját 16-76%-ban adták meg, a leggyakrabban a Cushing-kórhoz társult hangulatzavar (20). A Cushing-betegségben szenvedők depressziója idősebb korban, nőknél és magasabb kortizolszin-

tek mellett fordul elő (15). A testi betegségek időskorú populációk esetében a leggyakoribbak, továbbá testi és pszichiátriai társbetegségek is előfordulnak náluk. Az idős betegek között többféle pszichiátriai zavar gyakori, közöttük a hangulatzavarok (elsősorban depresszió), a szorongási zavarok, a különféle anyagok használata és a szomatiform zavarok (11, 7).

A vonatkozó hazai adatok között Bartkó és Linka (2) a depresszió és derékfájás társulását tekintik át. Linka és mtsai (8) 65 év fölötti belgyógyászati fekvőbetegek között mérték fel a demencia és a depresszió előfordulását. A betegek 46%-ának enyhe, 27%-ának pedig súlyos depressziós tünetei voltak. Kellermann és mtsai (4) a post-stroke depressziót, Gábor (4) a belgyógyászati gyakorlatban előforduló depresszióféleségeket, Vecsey és mtsai (17) a szívtranszplantáltak pszichiátriai zavarait, Muszbek (12) a daganatos betegségekben előforduló depresszió és szorongás jelentőségét tekintette át. Rihmer (13) a depressziók larvált megjelenési formáit összefoglalva kiemeli a testi tünetek és a depresszió szoros kapcsolatát. Hangsúlyozni kell még Szádóczky és mtsai (16) nagyszabású felmérését, melynek során a családorvosi gyakorlatban értékelték a hangulat- és szorongásos zavarokat a Diagnostic Interview Schedule segítségével. A szorongás és/vagy hangulatzavarok élettartam prevalenciáját 25,6%-nak, egyéves prevalenciáját 16,8%-nak, egyhónapos prevalenciáját 12,1%-osnak találták.

Vizsgálatunkat annak érdekében terveztük, hogy világos képet kaphassunk a szomatikus medicina területein előforduló pszichiátriai tünetekről. A következőkben a kutatásnak főleg a hangulatzavarokra vonatkozó eredményeit foglaljuk össze.

BETEGEK ÉS MÓDSZEREK

A vizsgálat során általános kórházi osztályokon mértük fel a pszichiátriai tünetek és egyes háttérnyezők gyakoriságát-egymást követően felvett betegek között. Nagyobb hazai kórházak osztályain multicentrikus felmérés készült. A kutatás célja volta a KKP szolgáltatásainak igénybe vételét célzó igények felmérése is. A 2003. április-június között lezajlott kérdőíves szűrővizsgálatban kilenc kórház beteget s. zerepeltek (1. táblázat). Az egyes kórházakban egyhónapos időszakot értékeltünk, s az ennek során felvett, együttműködésre képes betegek kérdőívet kaptak, amelyet az osztály főnövére gyűjtött össze. A vizsgálati minta nemi és osztályonkénti megoszlását a 2. táblázat tartalmazza. A

válaszhiány okai megegyeztek a hasonló felmérésekben tapasztalt tényezőkkel: korai elbocsátás a kérdőív megkapása előtt, halál, súlyos testi állapot, amely megakadályozta a kérdőív kitöltését, vizsautasítás és egyéb okok (10).

1. táblázat
A vizsgálati populációk kórházak szerint

| | Kiosztott kérdőívek | Kitöltött kérdőívek | Válaszarány (%) |
|--------------|---------------------|---------------------|-----------------|
| Békéscsaba | 420 | 258 | 61,4 |
| Budapest | 100 | 20 | 20,0 |
| Győr | 200 | 56 | 28,0 |
| Gyula | 1170 | 582 | 49,7 |
| Kakasszék | 100 | 69 | 69,0 |
| Kaposvár | 500 | 115 | 23,0 |
| Kecskemét | 1865 | 1169 | 62,7 |
| Miskolc | 200 | 88 | 44,0 |
| Zalaegerszeg | 100 | 66 | 66,0 |
| Összesen | 4655 | 2423 | 52,1 |

2. táblázat. A vizsgálati minta megoszlása kórházi osztályok és nemek alapján

| Kórházi osztály | Nem | |
|-------------------------|-------|------|
| | Férfi | Nő |
| Belgyógyászat | 315 | 418 |
| Szülészeti-nőgyógyászat | 0 | 196 |
| Sebészet | 117 | 205 |
| Rehabilitáció | 19 | 54 |
| Fül-orr-gége | 45 | 89 |
| Szemészet | 64 | 106 |
| Urológia | 76 | 39 |
| Neurológia | 6 | 38 |
| Reumatológia | 32 | 94 |
| Traumatológia | 132 | 80 |
| Ortopédia | 67 | 86 |
| Pulmonológia | 31 | 35 |
| Egyéb | 39 | 70 |
| Összesen | 933 | 1511 |
| Összes beteg | 2444 | |

A nemre vonatkozó válaszhiány miatt az összes betegek száma és a férfi-nő adatok összege minimálisan eltér (2444 helyett 2423 fő adott választ e tételre)

A 110 tételes kérdőív az általános, demográfiai adatok mellett a depresszió, a szorongás, az alkoholizálás értékelését vizsgálta. A Beck Depresszió Kérdőív (BDI) 21 tételes változatát alkalmaztuk a depresszió mértékének megítélésére (3). Az egyes tételekre adott négy válasz 0–3 pontot ér. A de-

presszió súlyosságának mértékét az összpontszámok összege adja meg:

- 0–9: nincs depresszió
- 10–18: enyhe
- 19–25: közepesen súlyos
- 25 felett: súlyos

Az adatok statisztikai elemzése az SPSS statisztikai programcsomag segítségével történt. A következőkben az országosan összesített adatokat mutatjuk be, az elemszámbeli különbségek miatt az egyes kórházak közötti eltéréseket nem.

A vizsgálat etikai engedélyének száma: 04-06-2003, Regionális Tudományos és Kutatásetikai Bizottság, Miskolc.

EREDMÉNYEK

A teljes minta életkori átlaga 43,32–58,43 év között volt. A BDI-ben a férfiak pontátlaga 11,923, a nők 13,599 pont; ez a különbség szignifikáns (ANOVA: $F: 14,044$, $df: 1$, $p < 0,001$). A teljes minta átlaga csaknem 13 pont. A BDI átlagpontszámait osztályok szerint a 3. táblázatban láthatók. A legmagasabb átlagpontszámok a reumatológiai, neurológiai, rehabilitációs osztályokon voltak tapasztalhatók. Az „egyéb” kategóriában az alacsony elemszámú mintákat foglaltuk össze, általában onkológiai osztályokról van szó. Így tehát az derült ki, hogy a krónikus betegeket kezelő osztályokon gyakori elsősorban a depresszió. A depresszióval kevésbé terhelt osztályok között a műtétes szakterületek vezetnek (sebészet, szemészet, fül-orr-gégszét, ortopédia, szülészeti és traumatológia), s

3. táblázat. A Beck kérdőív átlagpontszámait osztályok szerint

| Osztályok | Beck kérdőív átlagpontszámait |
|-------------------------|-------------------------------|
| Reumatológia | 19,9829 |
| Neurológia | 18,8889 |
| Rehabilitáció | 16,5926 |
| Egyéb | 15,3196 |
| Pulmonológia | 14,5274 |
| Belgyógyászat | 14,0963 |
| Sebészet | 12,7407 |
| Szemészet | 12,2677 |
| Fül-orr-gégszét | 11,5556 |
| Ortopédia | 11,0968 |
| Szülészeti-nőgyógyászat | 10,7984 |
| Traumatológia | 9,9225 |
| Urológia | 5,7005 |
| Teljes minta | 12,9861 |

ANOVA: $F: 15,790$, $df: 12$, $p < 0,001$

meglepő az urológiai osztályok átlagpontoszáma, mely a normális tartományban van.

A depressziós tünetek súlyossági megoszlása a teljes vizsgálati mintában azt fedti fel, hogy a BDI alapján a normális tartományba sorolható a betegek 53,4%-a, enyhe depresszióval írható le a betegek 28,5%-a, míg 10,5% középsúlyos, 7,6% pedig súlyos depresszióval jellemezhető.

A BDI-ben patológiás tartományba kerülők arányát, valamint az antidepresszívumok szedésének arányát a 4. táblázat mutatja be. Az egyes osztályok között jelentős különbség mutatkozik: a neurológiai osztályokon a BDI alapján normális tartományba kerülők között a betegek 28,6%-a kap antidepresszívumot – ebben szerepet játszhat az is, hogy több neurológiai kórképben javallt antidepresszívum adása manifeszt depresszió nélkül, továbbá az is, hogy a pszichiátriai osztályok mellett

ezen az osztályon várható el leginkább az antidepresszívumok alkalmazásának ismerete.

A BDI alapján kóros tartományban lévő betegek között igen kevesen kapnak antidepresszívumot: a rehabilitációs osztályokon a betegek 14%-a részesül antidepresszív farmakoterápiában, majd az urológiai, neurológiai és reumatológiai osztályok következnek (7-8%). A többi osztályon 5% körüli eredmények láthatók. Lényeges, hogy az alacsony elemszám miatt a százalékszámítás némely osztályokon erősen tájékoztató jellegű, nem tekinthető megbízható aránynak.

Érdekes az anxiolitikumok alkalmazása a BDI alapján depressziósnak minősíthető csoportban (5. táblázat). Az egyes osztályokon a depressziós csoportban 20,0-43,9% közötti az anxiolitikumok alkalmazásának aránya. Feltűnő tehát, hogy a depresszió kezelésében a szomatikus medicina köré-

4. táblázat. A Beck Kérdőívben (BDI) a patológiás tartományt meghaladók száma, valamint az antidepresszívumok (AD) szedésének aránya

| | BDI: 0–9 pont AD-t kap: n és (%) | | BDI>9 pont AD-t kap: n és (%) | |
|-------------------------|----------------------------------|----------|-------------------------------|----------|
| belgyógyászat | 351 | 2 (0.6) | 383 | 12 (3.1) |
| szülészeti-nőgyógyászat | 122 | 1 (0.8) | 77 | 3 (3.9) |
| sebészet | 178 | 1 (0.6) | 152 | 8 (5.3) |
| rehabilitáció | 32 | 1 (3.1) | 43 | 6 (14.0) |
| fül-orr-gége | 80 | 1 (1.3) | 55 | 2 (3.6) |
| szemészet | 97 | 2 (2.1) | 74 | 1 (1.4) |
| urológia | 92 | 1 (1.1) | 23 | 2 (8.7) |
| neurológia | 7 | 2 (28.6) | 37 | 3 (8.1) |
| reumatológia | 48 | 3 (6.3) | 82 | 6 (7.3) |
| traumatológia | 148 | 3 (2.0) | 67 | 3 (4.5) |
| ortopédia | 100 | 0 (0.0) | 55 | 2 (3.6) |
| pulmonológia | 27 | 0 (0.0) | 40 | 0 (0.0) |
| egyéb | 45 | 3 (6.7) | 68 | 3 (4.4) |

5. táblázat. A Beck Kérdőívben (BDI) a patológiás tartományt meghaladók száma, valamint az anxiolitikumok (AL) szedésének aránya

| | BDI 0–9 pont AL-t kap: n és (%) | | BDI > 9 pont AL-t nem kap: n és (%) | |
|-------------------------|---------------------------------|-----------|-------------------------------------|------------|
| belgyógyászat | 351 | 40 (11.4) | 383 | 114 (29.8) |
| szülészeti-nőgyógyászat | 122 | 16 (13.1) | 77 | 26 (33.8) |
| sebészet | 178 | 15 (8.4) | 152 | 48 (31.6) |
| rehabilitáció | 32 | 10 (31.3) | 43 | 16 (37.2) |
| fül-orr-gége | 80 | 14 (17.5) | 55 | 17 (30.9) |
| szemészet | 97 | 13 (13.4) | 74 | 25 (33.8) |
| urológia | 92 | 2 (2.2) | 23 | 8 (34.8) |
| neurológia | 7 | 1 (14.3) | 37 | 14 (37.8) |
| reumatológia | 48 | 12 (25.0) | 82 | 36 (43.9) |
| traumatológia | 148 | 18 (12.2) | 67 | 14 (29.0) |
| ortopédia | 100 | 16 (16.0) | 55 | 20 (36.4) |
| pulmonológia | 27 | 1 (3.7) | 40 | 8 (20.0) |
| egyéb | 45 | 8 (17.8) | 68 | 22 (32.4) |

6. táblázat. A testi és pszichiátriai társbetegségek kapcsolatát magyarázó modellek (Yates, 2002 után)

| | | | | Példák |
|-----------|---------------------------------|------------------------------|------------------------|---|
| 1. modell | Testi betegség | növeli a rizikót | Pszichiátriai betegség | Poststroke depresszió Pajzsmirigy-túlműködés miatti szorongás |
| 2. modell | Pszichiátriai betegség | növeli a rizikót | Testi betegség | Égési sérülések alkoholizmus esetén Csontritkulás anorexia nervosa esetén |
| 3. modell | Testi betegség kezelése | létrehozza | Pszichiátriai betegség | Interferon miatti depresszió Antikolinerg szerek miatti delírium |
| 4. modell | Pszichiátriai betegség kezelése | létrehozza | Testi betegség | Tardív diszkinézia szkizofrénia esetén Vesekárosodás lítiummérgezés esetén |
| 5. modell | Pszichiátriai betegség | | Testi betegség | Koszorúér-betegség nikotinfüggő szkizofrénia esetén |
| | társul | dohányzás és nikotinfüggőség | növelia rizikót | |

ben az anxiolitikumok dominálnak. Meg kell jegyezni, hogy a nem depressziós csoportban is meglehetősen nagy a gyógyszercsoport szedésének aránya, általában 10–20% közötti.

MEGBESZÉLÉS

A szomatikus betegeknel megjelenő pszichiátriai betegség súlyosabb lehet, mint a véletlenszerűen jelentkező pszichiátriai betegség. A kapcsolódó betegség súlyos foka a két betegség típus közötti többféle kapcsolati modellel magyarázható (20)(1. 6. táblázat).

A testi betegségek többféle pszichiátriai zavar megjelenésével járhatnak együtt, beleértve a kedélyállapot romlását, a szorongás fokozódását, a pszichotikus, a kognitív, az alvási és a szexuális zavarokat (1. modell). Jó példa a kapcsolódó betegség kialakulására a stroke után fellépő depresszió. Meggyőző bizonyíték van a stroke és a depresszió közötti patofiziológiai kapcsolatra, különösen akkor, amikor a stroke azokat az agyi struktúrákat érinti, amelyek a hangulatszabályozásban szerepet játszanak. Másik jó példa az 1. modellre a Huntington-kórhoz társuló depresszió.

Egy másik modell, amely a társuló betegség növekvő kockázatának mértékét magyarázza, a pszichiátriai betegségeket, mint bizonyos testi betegségek kifejlődésének rizikóját növelő tényezőket jelöli meg (2. modell). Jó példa erre a májcirrhosishoz vezető alkoholfüggőség. A májcirrhosis kifejlődéséhez természetesen alkoholfogyasztásra van szükség; a betegek többsége magán viseli az alkoholfüggőség ismérveit. Hasonló példa az öngyilkossági szándékhoz társuló testi megbetegedés. A mániás-depressziós zavar, a személyiségzavar és más pszichiátriai betegségek növelik az ön-

gyilkossági szándék és az öngyilkosság kockázatát, és az intenzív egészségügyi gondozási egységekbe történő jelentős számú felvétel a szándékos túladagolás és az önkézüleg okozott sérülés kezelése céljából történik.

A testi betegségek kezelése jelentős pszichiátriai zavarokat eredményezhet (3. modell). Ebben a példában a kapcsolódó pszichiátriai betegség úgy jelenik meg, mint a testi betegség kezelésének káros hatása. Példa lehet erre a mechanizmusra a depresszió kifejlődése a hepatitis-C interferonnal való kezelésének következményeként, továbbá a delírium kialakulása a geriátriai betegeknel, akik szedálás céljából antikolinerg kezelést kapnak. Gyakran nem lehet előre megmondani, hogy a testi betegség gyógyítására alkalmazott gyógyszeres kezelés ki fog-e váltani káros pszichiátriai hatásokat. Bizonyos gyógyszerek és gyógyszercsoportok nagyobb ilyen kockázattal alkalmazhatók. Amikor tehát a testi és a pszichiátriai betegség egyidejűleg jelenik meg, nem szabad figyelmen kívül hagyni a gyógyszerek okozta pszichiátriai szindróma megjelenését.

A társuló betegség egy másik mechanizmusa a pszichiátriai betegségek kezeléséhez kapcsolódó testi betegségek kifejlődése (4. modell). Habár a pszichotrop gyógyszerek használata általában biztonságos, a komoly testi betegség kialakulásának kockázata a káros mellékhatások és a toxicitás miatt jelen van. Jó példa erre a mechanizmusra a tardív diszkinézia, mely a szkizofrénia hosszantartó antipszichotikus kezeléséhez társul. Ebben a példában a pszichiátriai betegség olyan kezelésére van szükség, amely növeli a testi zavar rizikóját.

Végül van még egy mechanizmus, amely magyarázhatja a testi és pszichiátriai betegségek társulásának növekvő kockázatát, s ez a pszichiátriai

betegségek és egyes viselkedésformák vagy szokások közötti kapcsolat, amely növeli a testi betegség kockázatát (5. modell). Az egyik ilyen viselkedési probléma, amely pszichiátriai zavarok esetén fokozódik, a dohányzás és a nikotinfüggőség. A dohányzáshoz társuló testi komplikációk jól dokumentáltak.

A fentiekben bemutatott saját adatok arra utalnak, hogy az egyes betegségformák között, leginkább az időbeli lefolyás tekintetében, különböző mértékű depresszió-teher jelenik meg. Az akut (például traumatológiai) betegségek nem viselik meg annyira a hangulatot, mint a krónikus betegségek. Ez plauzibilisnek tűnik, ennek ellenére fontos megbízható adatokat gyűjteni arról, mekkora terhet jelent ez a szomatikus orvoslás osztályainak, továbbá: milyen mértékben szükséges kiépíteni a KKP szolgáltatásainak hálózatát. Külön hangsúlyt érdemel a depresszió gyakran rejtett volta, a jól ismert „jéghegy-jelenség”. Sok beteg ugyanis nem kerül orvoshoz. A családorvosok a depressziós betegek 60-80%-ában nem ismerik fel a hangulatzavart (Katon és Schulberg, 1992). E szempontból vizsgálni kell, hogy milyen mértékben állapítják meg a társosztályok orvosai a hangulatzavarok diagnózisát, milyen mértékben veszik igénybe a

KKP szolgáltatásait. Az, hogy a depressziósnak bizonyult betegek nagy aránya nem részesül adekvát pszichofarmakológiai ellátásban, igen elgondolkodtató tény. Nem tartható adekvátnak az anxiolitikumok egyedüli alkalmazása a hangulatzavarok kezelésére, ami pedig igen elterjedt a hazai általános kórházi gyakorlatban. Az sem tűnik valószínűnek – bár nem tér ki a vizsgálat rá – hogy pszichoterápia helyettesítené a gyógyszereket ezeken az osztályokon. Adataink értékét növeli, hogy nem találtunk hasonló felmérésre utaló közlést Kelet-Közép-Európa térségéből.

A KKP gyakorlati alkalmazása a fenti szempontok alapján igen fontosnak, stratégiai kérdésnek ítéhető. Sok teendő lenne: a konzultatív rendszer kiépítése, pszichológusok alkalmazása főleg a krónikus betegségeket kezelő osztályokon. Nagy az elméleti haszon is: a komorbiditás mechanizmusainak felismerése, amely a testi és pszichiátriai betegségek közötti határok jobb megértését, s a betegek adekvátabb ellátását eredményezheti.

Levelező szerző:

Túry Ferenc dr.

1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.

tel.: 30-9638140

IRODALOM

- Barrett JE, Barrett JA, Oxman TE. The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:1100-1106.
- Bartók Gy, Linka E. Depresszió és krónikus derékfájás. *Psychiatria Hungarica* 1997; 12:27-33.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-571.
- Gábor SP. Depresszió a belgyógyászati gyakorlatban. *Psychiatria Hungarica* 1994; 9:15-21.
- Katon W, Schulberg H. Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1992; 14:237-247.
- Kellermann M, Gesztelyi R, Kovács A, Bereczki D. Post-stroke depresszió – irodalmi áttekintés. *Psychiatria Hungarica* 2001; 16:412-422.
- Koenig HG, Kuchibhatla M. Use of health service by hospitalized medically ill depressed elderly patients. *Am J Psychiatry* 1998; 155:871-877.
- Linka E, Bartók Gy, Agárdi T, Kemény K. Demencia és depresszió időszerű belgyógyászati fekvő betegeknel. *Psychiatria Hungarica* 1999; 14:39-45.
- Massie MJ, Holland JC. Depression and the cancer patient. *J Clin Psychiatry* 1990; 51 (suppl 7)12-17.
- Martucci M, Balestrieri M, Bisoffi G. Evaluating psychiatric morbidity in a general hospital: a two-phases epidemiological survey. *Psychol Med* 1999; 29:823-832.
- Mulsant BH, Ganguli M, Seaberg MC. The relationship between self-rated health and depressive symptoms in an epidemiological sample of community-dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45:954-958.
- Muszbek K. Depresszió előfordulása és jellegzetességei a daganatos betegségekben. *Psychiatria Hungarica* 1994; 9:49-54.
- Rihmer Z. A depressziók larvált megjelenési formái. *Psychiatria Hungarica* 1994; 9:37-48.
- Silverstone PH. Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184:43-51.
- Sonino N, Fava GA, Raffi AR. Clinical correlates of depression in Cushing's disease. *Psychopathology* 1998; 31:302-306.
- Szádóczky E, Rózsa S, Zámboi J, Füredi J. Szorongás- és hangulatzavarok a házi orvosi gyakorlatban. *Psychiatria Hungarica* 2001; 16:609-620.
- Vecsey T, Harmati L, Kelemen A, Szabó Z, Szegedi M, Rihmer Z. A szívtranszplantáció pszichiátriai vonatkozásai. *Psychiatria Hungarica* 1993; 8:293-300.
- Winokur G, Black DW, Nasrallah A. Depression secondary to other psychiatric disorders and medical illnesses. *Am J Psychiatry* 1988; 145:233-237.
- Winokur G. The concept of a secondary depression and its relationship to comorbidity. *Psychiatr Clin North Am* 1990; 123:567-583.
- Yates WR. Epidemiology of psychiatric disorders in medically ill patients. In: Wise, M.G, Rundell, J.R. (szerk.) *Textbook of consultation-liaison psychiatry*. Psychiatry in the medically ill. 2nd ed. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington, D.C, 2002, 237-256. old.