

Könyvismertetés

Depresszió, bipoláris betegség és öngyilkosság-prevenció

Szerkesztette Rihmer Zoltán

Oriold és Társai, Budapest, 2014

A pszichiátria és a népegészségügy hatalmas kosarából a szerző és munkatársai (Döme Péter, Gonda Xénia, Szekeres György) kiemelték három rendkívül súlyos és megoldatlan, az ország és a népesség szempontjából elengedhetetlenül megoldandó pszichiátriai, népegészségügyi, társadalmi problémát, és megkíséreltek – a témákkal kapcsolatos legújabb tudományos eredményeket felhasználva – választ adni a legfontosabb kérdésekre.

A címben szereplő fogalmak meghatározásnak pontatlansága, sokszínűsége és sokrétűsége következtében a szerzők véglegességre és tökéletességre törekvése tiszteletreméltó, de a fogalmak pontatlansága sejteti velünk, hogy az új és hasznos leírt eredmények ellenére még nem sikerült elérni a teljességet a felvett problémák megoldásában. Mindezek semmit sem csökkentenek a könyv értékéből.

A nehézségek jól ismertek a szerzők előtt, és bár nem foglalkoznak – és a könyv terjedelme miatt nem is foglalkozhatnak – a hangulatzavarok történetével, amely az emberiség történetével egyidős, mégis számos utalás történik több évtizedes visszatekintésekre a jobb megértés és magyarázat érdekében.

Ugyancsak fontos felismerése a szerzőknek, hogy a leghatékonyabb beavatkozások is csak akkor érnek valamit, ha eljutnak a betegekhez. Ebben valóban szerepe van a médianak és a civil szervezeteknek, de sokkal nagyobb a társadalom vezetőinek, az oktatási és egészségügyi rendszer szerepe és felelőssége különösen a megelőzésben. A megfelelő ismeretek és szakemberek hiánya mellett a legkitűnőbb elméletek is kudarcra vannak ítélve.

A nehézségek tükröződnek a könyvben, de a szerzők az újabb és újabb ismeretek birtokában egyre közelebb visznek bennünket a megoldáshoz.

A legfontosabb nehézségek, amelyek megnehezítik a szerzők munkáját, és kiolvashatóak a szövegből, a következők:

- A fogalmak tisztázatlansága mind a tünetek pontos meghatározásánál, mind a diagnosztikában.
- Az egyes tünetek pontos, konkrét neurobiológiai és biokémiai háttere még ismeretlen.
- Nincsenek teljes körű, megbízható epidemiológiai vizsgálatokra épülő statisztikai adatok.
- A hozzáférhető statisztikai adatok egyébként is hiányosak, pontatlanok, a becslések pedig félrevezetőek. Egyedül biztosnak tűnő adatok a befejezett öngyilkosságokra vonatkoznak – bár itt is vannak kétségeim.
- Az etiológiai ismeretek hiányosak. Az etiológiai okok részben objektívek, részben szubjektívek, amelyek a mindennapi gyakorlatban sajnálatos módon összekeverednek, és így jelentős mértékben növelik a népességen belüli pszichiátria-ellenességet.
- Az elért genetikai eredmények ellenére az ismereteink még nem tudnak kellő magyarázatot adni számos kérdésre
- A diagnosztikában a konszenzusra törekvés ellenére nagy a szakadék a két legnagyobb diagnosztikai rendszer, a DSM és a BNO között. A több száz kutató több éves erőfeszítései ellenére is alig van különbség a DSM-5 és a BNO-10 között. A többi diagnosztikai rendszer ismertetésére, amelyek segíthetnének a felmerülő problémák megoldásában, a könyv terjedelme nem adott lehetőséget, de ezek nélkül a továbblépés neheztett (pl. CODE rendszer).
- Nincsenek feltárva a különböző tünetek, folyamatok, diagnosztikai fogalmak mögött található idegrendszeri, biokémiai elváltozások, ebben sokat segíthetne a részletesebb diagnosztikai rendszerek alapján történő kutatások végzése (pl. CODE rendszerben foglalt diagnózis-egységek és etiológiájuk valamint egyes antidepresszív gyógyszerek alkalmazásakor tapasztalt hatékonyság vizsgálata). A konszenzusra épített diagnózisok és az egyes antidepresszív gyógyszerek közötti összefüggés természettudományos módszerekkel nem vizsgálhatóak, objektív tények és szubjektív magyarázatok összehasonlítása csak szubjektív lehet.
- A kulturális, szociális, egzisztenciális tényezők szerepe csak általánosságban ismert, ennek következtében rendkívül ellentmondásos, a gyakorlatban használhatatlan.
- Mind a hangulatzavarok, mind a személyiségfejlődés, mind az öngyilkos és egyéb önpusztító magatartás spirituális háttere szinte teljes mértékben ismeretlen, bár a szerzők felhívják a figyelmet a spiritualitás védő szerepére.
- A tudomány mai állása szerint sem a tünetek, sem a diagnosztika pontos biokémiai, neuroló-

giai, neuropszicho-pharmakológiai háttere még nem ismert.

- Nagyon sok az ellentmondás a különböző tudományos megfigyelések és közlemények között, amelyeket a könyv terjedelmi korlátai miatt csak kis mértékben tudott feloldani.

A könyv előnyére szolgál az újabb, még nem teljesen bizonyított nemzetközi eredmények ismertetése, amely a neurológusok, pszichiáterek és egyéb érdeklődő szakorvosok tudását segíti, de azt a veszélyt hordozza magában, hogy a laikusokat megzavarhatja, mert az itt olvasott ellentmondásokat a jelenlegi egészségnevelés és házi-orvosi szolgálat egészségnevelő tevékenysége nem képes feloldani. Ez különösen igaz a terápiás fejezetekre, a gyógyszerek kiválasztására, a gyógyszerek mellékhatásaira és a különböző gyógyszerek közötti összeférhetlenségekre, valamint a megelőzésre is.

A könyv 198 oldalon öt fejezetben röviden ismerteti a depressziós és a bipoláris betegségek klinikumát és kezelését, valamint ezek összefüggéseit az öngyilkossággal, és javaslatokat tesz az öngyilkosság megelőzésére. A függelékben röviden ismerteti a DSM-5 kritériumait.

Az 1. fejezet A depressziós betegségek klinikuma cím alatt megkísérel az epidemiológiai, genetikai, biológiai ismeretek összefoglalását, de a környezeti, kulturális, szociális tényezőkre önálló fejezetben már nem tér ki, azokra a genetikai fejezetben utal. A diagnózis felállítás fejezetben hasznos lett volna Perczel Forintos Dóra és munkatársai által összeállított magyar nyelvű értékelő-skálákat tartalmazó könyvre felhívni a figyelmet, amely a mindennapi gyakorlatban kitűnően hasznosítható az alapellátásban és a megelőzésben is. A komorbiditás fejezetben érdemes lett volna kiemelten felhívni a figyelmet a szerző által korábban már többször ismertetett, a depresszió és a szív-érrendszeri megbetegedések közötti összefüggésekre. Az osztályozás fejezetben néhány diagnózissal kapcsolatban BNO és DSM kritériumokat ismertet.

Különösen jelentős a biológiai eltérésekről szóló fejezet, mert segíthet a depresszió megértésében a nem pszichiáter szakorvosoknak. A biológiai eltérések fejezetben utal a biológiai markerekre, amelyeknek a kutatása az utóbbi években fokozódott. A depresszió tünettana fejezetben a gyakorló (házi-) orvosok számára áttekinthetőbb lett volna a tünetek csoportosítása (pl. testi, laboratóriumi, pszichés, pszichiátriai, kulturális, szociális, spirituális tünetek).

A 2. fejezet a depressziós betegségek kezelését tartalmazza. Célszerűbb lett volna a depressziós betegek

kezelése címet választani, és a terápiák csoportosítását tovább részletezni. (i.) szomatikus terápiák, (táplálkozás, életmód, gyógyszeres, egyéb) ii.) pszichoterápiák, iii.) viselkedés és szocioterápiák, iv.) spirituális beavatkozások. Ebben a felosztásban a különböző szakemberek kompetenciáját is meg lehetett volna határozni, amely a mindennapokban teljesen kaotikus. Az antidepresszív gyógyszerek fejezet kitűnő összefoglalást ad, amely minden orvos számára hasznos. Az antipszichotikumok közt ajánlott aripiprazol, kvetiapin, olanzapin a jelenlegi szabályozás alapján csak bipoláris zavar esetében írható fel, major depresszió esetén nem. Az Egyéb biológiai terápiák fejezetben célszerű lett volna vagy az első fejezetben, vagy a Megelőzés fejezetben tárgyalni a fizikai aktivitás fontosságát, mert ez sokkal nagyobb számú beteg számára elérhető, mint a többi említett módszer, amelyek ugyan érdekesebbek és fontosak, de a mindennapi gyakorlatban a betegek többsége számára elérhetetlenek. Az étkezés és a táplálkozás szerepére utalás fontos, de részletesebb ismertetést is megért volna, különösen a mediterrán diéta és az öngyilkosság közötti kapcsolat vizsgálata.

A kezelésben alkalmazott kombinált kezelések, az antidepresszívumok és más gyógyszerek közötti interakciók ismertetése közötti ellentmondások feloldásának lehetett volna több oldalt szentelni, mert ez félrevezető lehet a laikus olvasók számára. Például számos szívbeteg szed béta-blokkolót és antidepresszáns gyógyszert és a könyvet olvasva könnyen elhagyhatja vagy az antidepresszív gyógyszert, vagy a béta-blokkolót. A pszichoedukációt érdemes lett volna a Megelőzés fejezetbe tenni, mert ezzel még jobban felhívhatták volna a figyelmet az egészségtan, és ezen belül a mentális egészségtan tanítás hiányára, ugyanis pszichoedukációt – mentálisan tudatlan embereknek – egészségügyi nevelés és oktatás nélkül nem lehet biztosítani. Kitűnő a pszichoterápiás fejezet, de fontos lett volna hangsúlyozni, hogy ez a depressziós betegek többsége számára ma még, különösen vidéken, elérhetetlen.

A 3. fejezet az első fejezethez hasonlóan épül fel. Az az állítás, hogy a bipoláris betegség az egyik leggyakoribb pszichiátriai kórkép, akár igaz is lehet, de erre nincs bizonyíték. Az egész országra kiterjedő epidemiológiai vizsgálat ez ideig még nem történt, Szádóczky Erika kitűnő vizsgálata sajnos nem terjedt ki sem a teljes lakosságra (csak a 18-65 éves népességet vizsgálta), sem az ország öngyilkosság szempontjából legveszélyeztetettebb megyéire. Az általa vizsgált megyék többségében az öngyilkosságok száma az országon belül Csongrád megye kivételével (SR:

48,8) viszonylag alacsony volt. (1996: Győr-Moson-Sopron (SR: 20,4) Nógrád megye (23,9) Veszprém megye (20,9). Nem vizsgált területek: Bács-Kiskun megye, (SR: 44,3) Békés megye, (SR: 55,5) Jász-Nagykun-Szolnok megye (43,8) Hajdú-Bihar megye (43,7) Szabolcs-Szatmár megye (SR: 37,4) Pest megye (34,0) Tolna megye (35,0) Borsod-Abaúj-Zemplén megye (34,5). Érdekes és hasznos lehetne az epidemiológiai vizsgálatok egybevetése az egyes megyék öngyilkosságával.

A bipoláris betegségek idegrendszeri elváltozásainak részletezése jelentősen segíthet az orvosok szemléletének a változásában. A kiegészítő laboratóriumi vizsgálatok a bipoláris betegségek biológiai markereire hívják fel a figyelmet, amely a jövő kutatásai során hasznosak lehetnek. A bipoláris betegségek epidemiológiai vizsgálatait szintén nehezíti a diagnosztika elégtelensége. A különböző diagnosztikai rendszerek között már van olyan, amely csak a hipertímiás zavarok közt megkülönböztet 236 féle zavart, szemben a BNO és a DSM egyszerűsítésre törekvő változataival (CODE rendszer, T. A. Ban, Gaszner Péter. A depressziós zavarok esetén ez a szám 198.) Az irodalmi közleményekből általában nem lehet megállapítani, hogy melyik diagnosztikai rendszer alapján történt az epidemiológiai vizsgálat, de az bizonyos, hogy a konszenzusra törekvő diagnosztikai rendszerek az objektív értékelést megnehezítik, és szinte teljesen figyelmen kívül hagyják a „küszöb alatti” diagnózisokat. A személyiségfejlődés során a gyermekkorban kialakuló elváltozásokra utalás kitűnő, de a téma fontossága miatt külön könyv megírását igényelné. A Bipoláris betegség lefolyása fejezetben leírt összefüggés, amely azt írja, hogy az alkoholfüggő, illetve drogbetegek kb. 25%-ában az elsődleges betegség a bipoláris zavar, nálunk nem valószínű, ugyanis a magyarországi alkoholbetegek száma alapján az alkoholbetegek 25%-át figyelembe véve, lényegesen nagyobb számú bipoláris betegnek kellene lenni. 2000-ben Magyarországon 829 000 alkoholbeteget tartottak nyilván, ennek a 25%-a 207 250. Ez a szám a 2005-ben módosított „alkohol-beteg számítás” alapján 2012-re 434 000-re csökkent, de még ennek is a 25%-a 108 500. Nem valószínű, hogy ennyi bipoláris beteg lenne Magyarországon. A KSH adatai szerint a Pszichiátriai gondozókban hangulatzavarral kezelt betegek száma 45 601 volt (13 814 férfi és 31 787 nő). Arról nincsen hivatalos adat, hogy ebből mennyi volt a bipoláris affektív zavar.

A 4. fejezet a bipoláris betegségek komplex kezelését tartalmazza, amely jelentős segítség nem csak a gyakorló pszichiáterek, de a szakorvosjelöltek és

minden orvos, különösen a házi orvosok számára. Az életvezetéssel kapcsolatos tanácsok praktikusak, de azokat mindig a hatályos törvényi szabályozás alapján szükséges megadni (pl. gépjárművezetés engedélyezése).

Az 5. fejezet nagy ívű címe ellenére a terjedelmi korlátok miatt csupán fontosabb mozzanatokra tudja felhívni a figyelmet. A megelőzés stratégiai fejezet tartalmaz ugyan a megelőzéssel kapcsolatban hasznos tanácsokat, de stratégiát nem. Hasznosabb lehetett volna a Megelőzés struktúrájának megfelelően nem csak programokat ismertetni, hanem egy kész stratégiát is felvázolni, amely végre elindíthatná Magyarországon a hatékony öngyilkosság megelőzési küzdelmet. Ezekben a kérdésekben gazdag nemzetközi és hazai irodalom áll rendelkezésre, és a témában a fejezet szerzőinek is számos kitűnő közleménye van, amelyek csak a szerénységük miatt maradhattak ki a fejezetből.

A megelőzési programok és javaslatok közt szereplő, az öngyilkossági módszerek elérhetőségének a korlátozása korábban és másutt eredményesnek bizonyult, de nálunk, sajnos, ennek a jelentősége csekély, mert az öngyilkossági módszert választásban 2013-ban az önakasztás 61,6%, a mérgezés 16,1%, a mozgó jármű elé ugrás 5,6% volt, ez az összes cselekmény 83,3%-a volt.

Hiányoltam az egyik leghatékonyabb megelőzési módszer, a gotlandi példa említését, amely alapján Rihmer Zoltán vezetésével Kiskunhalason sikeres, nemzetközileg is elismert programot hajtottunk végre, amelyet a készítő stratégiaiba feltétlenül érdemes lenne belefoglalni. Ez bizonyára hasznosabb lett volna a DSM-5 kritériumainak ismertetése helyett, amely már a korábbi oldalakon szerepelt.

Ellentmondásosnak tűnik az a megállapítás, hogy az öngyilkosság csökkenésben szerepet játszik a pszichiátriai ellátás színvonalának változása. A pszichiátriai gondozók száma 2005-2010 között 7,5%-kal csökkent. A gondozók betegforgalma 24,3%-kal, a nyilvántartott gondozottak száma 25,9%-kal, a gondozó orvosok látogatásai 31,8%-kal, a gondozónők látogatásai 60,8%-kal csökkent. A gyermekpszichiátriai gondozók száma 2000-2013 között 38,5%-kal, a forgalmuk 29,6%-kal, az orvos-látogatás 82,3%-kal a szakdolgozói látogatás 47,4%-kal csökkent, ezzel együtt a gyermeköngyilkosságok száma is jelentősen csökkent. 1990-ben a 14> öngyilkosságok száma 25, a 15-19 éves öngyilkosságok száma 77 volt. Ezek a számok 2000-ben 11 illetve 46 voltak. 2013-ban a 14> öngyilkosság szám 1 (egy) volt, a 15-19 éves öngyilkosságok száma 22 volt.

A szuicid ráta 1990-2000 között 19,6%-kal, 2000-2010 között 22,2%-kal, 2000-2013 között 33,8%-kal, 2010-2013 között 14,9%-kal csökkent. 2013-ban a szuicid ráta: 21,2 volt, férfiak: 33,7, nők: 9,7.

Bölcs és hasznos megállapítás, hogy az öngyilkosság és az önpusztító magatartások elleni küzdelem nem lehet sikeres a lelki egészségvédelem nélkül,

amelyben még sok mind a pszichiátria, mind a társadalom vezetőinek a tennivalója, de ehhez először meg kellene őket ismertetni a részletekkel, tájékoztatni kell az illetékeseket, akik többsége ma még nincs tisztában ennek a súlyos népegészségügyi és társadalmi problémának a jelentőségével. A tájékoztatás az „írástudók” feladata. Ez a könyv ebben is segíthet.

KALMÁR SÁNDOR