

Depresszió

A depresszió a hangulati élet tartós megváltozásával járó betegség. Klinikai képét a pszichológiai, vegetatív és testi tünetek olykor igen változatos kombinációja alkotja. A depresszió orvosi értelemben vett betegség, és nem azonos a külső környezeti tényezők által okozott rossz egyéni és társadalmi közérzettel, szomorúsággal.

A major depresszió tünettana

A depresszió orvosi értelemben vett betegség, s meghatározott tüneteknek meghatározott ideig kell fennállniuk ahhoz, hogy a diagnózist megállapíthassuk. A depressziós beteg elveszti érdeklődését a külvilág iránt, nem érdeklődik munkája, családja, hobbija. Állandóan fáradtnak, gyengének érzi magát, napi aktivitása lényegesen csökken. Étvágytalan lesz, lefogy (néha azonban fokozott étvágy észlelhető), többnyire keveset és rosszul, ritkábban túl sokat alszik, reggelre nem pihenni ki magát. Fizikai és szellemi teljesítőképessége romlik, fáradékony, dekoncentrált, feledékeny lesz. Szexuális érdeklődése és teljesítőképessége is csökken, életét értelmetlennek érzi, önvádások jelentkezhetnek, és sokszor az öngyilkosság gondolatáig, öngyilkossági kísérletig is eljuthat a beteg.

Ahhoz, hogy a major depresszió diagnózisát felállíthassuk, a keretes betétben felsorolt kilenc tünet közül legalább ötnek (ezen belül az első kettőből legalább egynek) kell minimálisan 2 hétig fennállnia.

Ez a klasszikus, ún. major depressziós tünetcsoport elsősorban a nőkre jellemző, és újabb vizsgálatok szerint a major depressziós férfiaknál az említett tünetek mellett a következő tünetek is előfordulhatnak: (1) alacsony stressztűrési küszöb, (2) fokozott hajlam agresszív viselkedésre, (3) dühkitörések, (4) másodlagos alkohol-, illetve gyógyszerabúzus, (5) összeütközés a hatóságokkal.

A depresszió formái és lefolyása

Megbízható felmérések szerint a felnőtt lakosság közel 15%-a életében legalább egy súlyos (major) depresszió átesik, és minden adott évben a népesség 6–8%-a, illetve minden adott hónapban a népesség 2–4%-a szenved major depresszióban. A felmérések azt is kimutatták, hogy a depressziós betegek jelentős hányada nem fordul orvoshoz vagy pszichológushoz panaszaiával, mivel a betegek és a hozzátartozók nem is gondolják, hogy gyógyítható állapotról (betegségről) van szó, és a panaszokat egyértelműen csak kifáradásnak, fásultságnak, az amúgy is gyakran jelenlévő külső, negatív életeseményeknek tulajdonítják.

A depresszió bármely életkorban indulhat, de leggyakrabban fiatal felnőtt korban kezdődik, nőknél kétszer olyan gyakori – fokozott depressziókockázatot jelent a szülés utáni időszak és a változókor. A major depresszió az esetek kb. kétharmadában kezelés nélkül 4–8 hónapig is eltart, majd spontán megszűnik, de az esetek egyharmadában krónikus lefolyást mutat. Az ismétlődő depressziók sokszor szezonális jelleggel újulnak ki, ennek tipikus példája a téli depresszió.

A csak depressziós időszakokkal jellemzett betegséget unipoláris major depresszióknak hívjuk, az időszakosan felhangolt, nyugtalan, túlfűtött periódókkal is járó depressziókat pedig bipoláris betegségeknek („mániás depresszió”) – ez utóbbi előfordulási gyakorisága ha-



A férfiak depressziója levertség mellett rossz stressztűrésben vagy dühkitörésekben is megnyilvánulhat

zánkban a teljes élettartamra, 1 évre és 1 hónapra 5%, 1%, illetve 0,5%. Mind az unipoláris major depresszió, mind a bipoláris betegség gyakran társul szorongásos kórképekkel és/vagy másodlagos alkoholbetegséggel.

A major depresszió szövődményei

A kezeletlen depresszió veszélyes állapot, mivel ilyenkor jelentősen megnő az öngyilkosság kockázata, amellet nagyon gyakori a másodlagos alkoholbetegség, illetve drogabúzus (drogfüggőség), a tartós munkaképtelenség (betegállomány), nem ritka a szív-érrendszeri betegség, a rokkantnyugdíjazás, a munkahely elvesztése. A kezeletlen depresszió (főleg, ha másodlagos alkohol- vagy drogprobléma is fennáll) gyakran vezet családi konfliktusokhoz, a család széthullásához, váláshoz. Ez utóbbi események a beteg és a családtagjai számára is komoly pszichés megterhelést jelentenek, újabb depressziós epizódokat provokálhatnak.

A befejezett öngyilkosságok 60–65%-át major depresszió alatt köve-

tik el, ugyanakkor klinikai vizsgálatok igazolják, hogy a sikeresen kezelt és hosszú távon rendszeresen gondozott major depressziós betegek öngyilkossági kockázata – az egyéb szövődmények veszélyével együtt – rendkívül nagy mértékben csökken. Közgazdasági elemzések igazolták, hogy a nem kezelt depresszió okozta társadalmi kár (öngyilkosság, munkából való kiesés stb.) jóval nagyobb a depresszió korszerű kezelésének költségeinél.

A major depresszió pszichológiai és biológiai háttere

A depresszió csak igen ritkán alakul ki autonóm módon (külső behatások nélkül). Az esetek döntő többségében negatív életesemények (veszteségek, konfliktusok, tartós munkahelyi vagy családi stresszhelyzet) provokálják a depressziót, elsősorban az arra pszichológiailag és/vagy biológiailag hajlamos egyéneknél. A betegség az esetek több mint 50%-ában családi halmozódást mutat: a depressziós betegek vérrokonai között a betegség kb. háromszor-négyszer olyan gyakori, mint a teljes népességben. A depresszióra való biológiai hajlam tényét igazolják azok a vizsgálatok is, amelyek szerint egypetűjű ikerpárok mindkét tagja háromszor-négyszer olyan gyakran betegszik meg depresszióban, mint a kétpetűjű ikerpárok vagy a nem iker testvérpárok mindkét tagja.

A depresszió kialakulásában a központi idegrendszer három ingerületátvivő anyagának (szerotonin, noradrenalin és dopamin) van kiemelkedően fontos szerepe. Major depresszióban az említett kémiai anyagok termelődése a központi idegrendszerben csökken, a depresszió ellen ható gyógyszerek ezt az anyagcserezavart korrigálják. Fontos annak ismerete, hogy a depressziót csökkentő gyógyszerek hatása csak a kezelés második hetének eltelté-

A major depresszió jelei

(a diagnózishoz a kilencből legalább ötnek, köztük az első kettő valamelyikének legalább 2 hétig kell fennállnia)

1. Depressziós, szomorú hangulat
2. Az érdeklődés és örömkészség jelentős csökkenése (anhedónia)
3. Jelentős testsúlycsökkenés vagy -gyarapodás
4. Alvászavar (csökkent vagy fokozott alvás)
5. Nyugtalanág vagy gátoltság
6. Fáradtság, erőtlenség
7. Értéktelenség érzése, önvádások, bűntudat, esetleg depressziós téveszmék
8. Csökkent gondolkodási, koncentrációs és döntési képességek
9. Életuntagság, öngyilkossági gondolatok vagy kísérlet

vel, gyakran csak a harmadik héten jelentkeznek, így az első 1-2 hétben lényeges javulás még nem észlelhető.

A major depresszió kezelése

Ma már számos igen hatásos, komolyabb mellékhatások veszélye nélkül szedhető készítmény van forgalomban. Közülük a leggyakrabban a szerotoninforgalmat befolyásoló antidepresszívumok használatosak, de az újabb generációs antidepresszívumok változó arányban és más módon a dopamin, a noradrenalin és a melatonin anyagcserejére is hatnak.

Ha unipoláris major depresszióban a megfelelő adagban szedett antidepresszívum hatására javulás/gyógyulás következik be, utána a korai visszaesés elkerülése végett még hosszú hónapokig kell szedni ezeket a szereket. Mellékhatások főleg kezdetben jelentkezhetnek, ezek többnyire el is múlnak. A korszerű antidepresszívumok mellékhatásprofilja sokkal előnyösebb, mint

a régebbi (bár szintén hatásos) készítményeké, ezért a betegek együttműködése jobb, és hosszú távon is jól segítik a betegek tartós gyógyszeres kezelését.

A közhiedelemmel ellentétben az antidepresszívumokhoz nem lehet hozzá szokni. A depressziót gyakran kísérő szorongás és alvászavar miatt sokszor szorongásoldóval, altatóval kell kiegészíteni a terápiát, elsősorban az első néhány héten, amikor az antidepresszívum még nem hat. Az antidepresszívumokon kívül (néha azok mellett) szükség lehet egyéb terápiás eljárásokra (pl. fényterápia, alvásmegvonás) is. Bipoláris betegségben a gyógyszeres kezelés tengelyét a hangulatstabilizáló gyógyszerek képezik, szükség esetén antidepresszívumokkal, illetve egyéb gyógyszerekkel kiegészítve.

A számos hatásos gyógyszeres kezelés mellett néhány pszichoterápiáról, pszichoszociális intervencióról ismételten bebizonyosodott, hogy igen jó hatásúak a depresszió kezelésében, és elsősorban akkor, ha a gyógyszeres kezelést kiegészítésére használjuk azokat. A beteget és a hozzátartozóit részletesen fel kell világosítani a betegség természetéről, kezelési lehetőségeiről, kezelés nélküli lefolyásáról. Egyéni támogató pszichoterápiára minden esetben szükség van; célzott, módszerspecifikus pszichoterápiára azonban csak megfelelő javallat esetén. A rendelkezésre álló gyógyszeres, biológiai és pszichoterápiás eljárásokkal a major depressziósok és a bipoláris betegek döntő többsége sikeresen kezelhető, és a tünetmentes állapot elérésével a betegek korábbi életminősége is helyreáll.

Dr. Rihmer Zoltán

Ez a tájékoztató nem helyettesíti az orvosi kezelést. A betegek számára készített másolatoktól eltekintve felhasználása csak a kiadó írásos hozzájárulása nyomán engedélyezett.