

A szorongás és a depresszió jelentősége a családorvosi gyakorlatban

TORZSA PÉTER, HARGITTAY CSENGE ÉS KALABAY LÁSZLÓ

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Családorvosi Tanszék, Budapest

A szorongásos kórképek egyéves prevalenciája reprezentatív felmérések alapján a felnőtt lakosságban 12,6-17,2% közötti, a hazai vizsgálat szerint 17,7%. Az orvosi értelemben vett, és kezelést igénylő major depresszió prevalenciája a háziorvosi gyakorlatban mind nemzetközi, mind hazai vizsgálatok szerint is 6-10%. A depresszió korai felismerése és hatékony kezelése a megelőzés szempontjából rendkívül fontos, mivel a nem kezelt depresszió jelenti az öngyilkosság legfontosabb rizikófaktorát. Nemzetközi és hazai vizsgálatok szerint a major depresszióknak az alapellátásban történő felismerése lényegesen hozzájárul az öngyilkossági halálozás csökkenéséhez. Közleményünkben áttekintjük a szorongásos zavarok és depresszió szűrését, a betegek kezelését, gondozását. Ismertetésre kerül az akut, illetve rövid távon megjelenő szuicid veszély felismerését célzó két rövid kérdőív, illetve ezeknek a háziorvosi/általános orvosi gyakorlatban való alkalmazása.

(Neuropsychopharmacol Hung 2017; 19(3): 137–146)

Kulcsszavak: szorongás, depresszió, öngyilkosság, szűrés, háziorvos

BEVEZETÉS

A családorvosnak fontos szerepe van az egészségmegőrzésben, a páciensek gondozásában és rehabilitációjában. Az alapellátásban a betegek tünetek és panaszok széles skálájával keresik fel családorvosukat. Csak kis részük jelentkezik eleve pszichés problémával, többségük szomatikus panaszokat említ. A családorvosnak átlagosan hat perce jut egy betegre a rendelésen, ez idő alatt kellene felismernie a valódi szervi, illetve pszichiátriai betegségeket, valamint kiszűrni a szervi tünetekkel álcázott, valójában pszichiátriai hátterű megbetegedéseket. Gyakori, hogy a pszichoszomatikus betegségeken szenvedőknél csak hosszú idő után ismerik fel a szorongást, mivel a beteg a testi panaszokat helyezi előtérbe^{1,2,3,4}. A családorvos gyakran a testi tünetekre koncentrál, és rejtve marad a panaszokat okozó pszichiátriai megbetegedés. Az ilyen betegek gyakran megfordulnak az egészségügyi ellátó rendszer különböző szintjein, költséges vizsgálatok negatív eredményei után is tele vannak panasszal, betegnek érzik magukat. Gyakran vonakodva vagy egyáltalán nem fogadják el a pszichiátriai kezelés szükségességét, mert a pszichiátriai betegséget stigmának tekintik és szégyellik.

Nyugat-Európában a családorvosok biztosítják a páciensek elsődleges pszichiátriai ellátását. A szűrésen

kívül elkezdik a páciensek gyógyszeres és pszichoterápiás kezelését, igénybe vehetik a multidiszciplináris egészségvédő team szolgáltatásait. Ez a csoport pszichológusokból, szociális munkásokból, beteglátogatókból áll. Rendszeresen konzultálhatnak a pszichiáter szakorvosokkal, akik a családorvos rendelőjében vizsgálják meg a páciens. Magyarországon a családorvosok egy része még nem érzi felkészültnek magát a pszichiátriai betegek ellátására, gondozására, amelyhez további szakmai segítséget, terápiás algoritmust igényelnének.

A CSALÁDORVOS TEENDŐI SZORONGÁSOS ÉS DEPRESSZIÓS BETEGSÉGEK ESETÉN

A szorongásos betegségek élettartam- és 1 éves prevalenciája mind a felnőtt lakosságban, mind a háziorvosi gyakorlatban 15-16 és 7-8% között van⁵. A nem kezelt szorongásos betegségek gyakori komplikációi a később gyakran kialakuló major depresszió, a tartós munkaképtelenség/korai rokkantositás, a másodlagos alkohol/drog betegség, valamint az emelkedett öngyilkossági rizikó. Ugyanakkor ma már azt is tudjuk, hogy a nem kezelt szorongásos betegség vagy depresszió a fokozott kardiovaszkuláris morbiditás és mortalitás rizikófaktor, amely azonos nagyságren-

dű a dohányzással, a hipertóniával és a diabétesszel⁶. A nem kezelt szorongásos, illetve depressziós állapot rontja a komorbid kardiovaszkuláris betegség prognózisát, megnyújtja a gyógyulásig eltelt időt, növeli a kronicizálódás esélyét és fokozza a kardiovaszkuláris betegség mortalitást^{6,7}.

Elsősorban az enyhe – még más pszichiátriai kórképekkel nem szövődött és szuicid veszéllyel nem járó – szorongásos és depressziós betegek kezelése vár a családorvosokra. Ezek a betegségek – a GAD (generalizált szorongás szindróma), a MAD (kevert szorongás-depresszió), a pánikbetegség, az enyhe és közép súlyos major depresszió, a larvált depresszió, a poszttraumás stressz zavar, a gyászreakció – igen nagy számban fordulnak elő a népességben, és a családorvosi rendeléseken ezen betegségek pontprevalenciája megközelíti a 20%-ot^{1,2,8,9}.

SZORONGÁS, SZORONGÁSOS ZAVAROK

Reprezentatív felmérések alapján a felnőtt lakosságban a szorongásos kórképek egyéves prevalenciája 12,6–17,2% közötti⁸, a hazai vizsgálat 17,7%-ot mutatott ki³. Az európai uniós országokat érintő felmérés szerint a szorongás volt a leggyakoribb mentális megbetegedés, egyéves prevalenciája 14% volt. A szorongásos zavarok prevalenciája a következőképpen oszlott meg: specifikus fóbiák 6,4%, generalizált szorongás 1,7–3,4%, szociális fóbia 2,3%, agorafóbia 2%, pánikbetegség 1,8%, poszttraumás stressz zavar 1,1–2,9%, kényszerbetegség 0,7%⁸.

A családorvosoknak egyre nagyobb szerepet kell vállalniuk a szorongásos betegségek felismerésében és kezelésében. A szorongásos betegségek csökkennek a munkateljesítményt, fokozzák az egészségügyi ellátás igénybevételét, növelik a betegállományban töltött időt és akár teljes és tartós keresőképtelenséget is előidézhetnek. A korai betegségkezdés, a szövődmények és az életminőségre gyakorolt hatásuk miatt népegészségügyi jelentőségük igen nagy.

A részletes anamnéziszfelvétel, a szűrőkérdőívek alkalmazása, a pszichiátriai történő rendszeres konzultáció segítheti a családorvost a szorongásos zavarok időben történő felismerésében, hiszen a szorongásos zavarok a leggyakrabban előforduló pszichiátriai kórképek a családorvosi ellátást igénylő betegek körében^{2,10,11}. A családorvosi rendelőben megjelenő betegek 10%-ánál tárható fel a vizsgálat időpontjában valamely szorongásos zavar kritériumait kielégítő tünetegyüttes, főként a pánikzavar és a generalizált szorongás gyakori. A szorongásos zavarok jellemzően a korai életévekben kezdődnek. A fóbiák tíz éves

kor alatt, vagy a korai tízes években, a pánikzavar a húszas évek elején, a generalizált szorongás a 30-as években manifesztálódik. Legkorábban a specifikus fóbia kezdődik, a tünetek általában már a 6. és 10. életév között megjelennek. Fóbiák és pánikzavar ritkán jelentkeznek első ízben 40 éves kor felett, a generalizált szorongás azonban 50 éves kor felett is kezdődhet. A betegség a nőket átlagosan 2–3-szor gyakrabban érinti, mint a férfiakat. A betegség tünetei súlyosan érintik a betegek életminőségét. A korai betegségkezdés, valamint az életvitelre gyakorolt negatív hatás jelentős mértékben befolyásolhatja az iskolázottság szintjét, a munkaképességet, a szociális kapcsolat minőségét, és hozzájárulnak szövődmények kialakulásához^{10,11,12}.

A szorongásos kórképeknek azonban csak a töredékét ismerik fel az alapellátásban. A szorongó betegek gyakran veszik igénybe a sürgősségi ellátást (elsősorban a pánikbetegek), nagyobb a szerfüggőség kialakulásának kockázata, az ellátásuk pedig a mentális betegségek összköltségének egyharmadát teszi ki. A szorongás szinte minden pszichiátriai betegségben megjelenhet, számos testi betegségnek kísérője lehet. A meglévő betegség kimenetele kedvezőtlenebb, a rehabilitáció esélyei csökkennek a betegség fennállása esetén^{11,12}. A szorongó egyénél alapvető változás a pozitív érzelmi megnyilvánulások csökkenése, a negatív érzelmek előtérbe kerülése. Szorongás esetén depresszió is könnyebben alakul ki. A szorongó egyén feszültséget kelt környezetében, érzékeny, sértődékeny, nem veszi észre, mikor bánt meg másokat^{11,13}.

Sajnos a betegek több mint fele nem kér segítséget, a betegség tünetek miatt nem fordul orvoshoz. Szorongásos zavarban szenvedő betegek az egészségügy minden szintjén (alapellátás, szakrendelők, kórházi osztályok) és minden szakágzatában megtalálhatók. Gyakran veszik igénybe a különböző komplementer medicina által nyújtott lehetőségeket is². A családorvosnak fontos szerepe van a szorongásos zavarok felismerésében, kezelésében, mivel a betegek az esetek többségében családorvosukat keresik fel tüneteikkel.

Szorongásos zavarban szenvedő betegeknél a populációhoz viszonyítva bizonyos szomatikus betegségek (kardiovaszkuláris, cerebrovaszkuláris) gyakrabban figyelhetők meg és rosszabb prognózist mutatnak^{2,10}. A napjainkban rendelkezésre álló terápia az esetek 70–80%-ában teljes sikerrel jár. A kezelés megkezdésekor elengedhetetlen a beteg társadalmi, munkahelyi körülményeinek, közösségi és családi integrációjának tisztázása. A szociális támasz mint védőfaktor nemcsak a pszichiátriai betegségek kialakulásában, hanem lefolyásában is fontos szerepet játszik³.

1. táblázat Szomatikus kórképekhez társuló szorongás

• Kardiális kórképek (pl. aritmia, hipertóniás krízis, mitrális prolapszus)
• Endokrin zavarok (hipoglikémia, hipertireózis, feokromocitóma)
• Anaemia perniciosa
• Légzőszervi betegségek
• Porfiria
• Központi idegrendszeri megbetegedés, migrén
• Pszichiátriai betegségekhez társuló szorongás
• Szomatoform szindrómák és neuraszténia (hipochondria, pszichogén fájdalomszindróma, pszichoszomatikus kórképek)
• Pszichoaktív szerek (koffein, nikotin, szalicilátok, kokain, antidepresszívumok, pszichostimulánsok)
• Affektív kórképek (disztímia, major depresszió, premenstruális diszfóriás zavar, larvált depresszió)
• Személyiségzavarok
• Alvászavarok

A SZORONGÁSOS BETEG FELISMERÉSE A HÁZIORVOSI GYAKORLATBAN

Az anamnézis felvétele során rögzíteni kell a megelőző pszichiátriai panaszokat/kezeléseket, az esetleges szuicid magatartást, a pszichoszociális stresszorok jelenlétét, a beteg családban betöltött szerepét (munkanélküliség, rendezetlen családi körülmények, haláleset a családban stb.), a komorbiditásra utaló jeleket, a páciens temperamentumát, alkalmazkodó képességét. Fontos információ, hogy korábban hányszor kellett ilyen panaszok miatt orvoshoz fordulnia, szed-e olyan gyógyszert, amely ilyen tüneteket okozhat, továbbá előfordult-e a családban szorongásos megbetegedés, hangulatzavar, öngyilkosság.

Szomatikus kórképekhez is társulhat szorongás (1. táblázat) és ilyenkor a két betegség párhuzamosan kezelendő. Az alapbetegség megszüntetése, sikeres kezelése után ismét mérjük fel a páciens szorongását.

A depresszió mellett a szorongásnak is jelentős szerepe van a kardiovaszkuláris kórképek kialakulásában és nagymértékben rontja a betegség prognózisát. Az elhízás, a hiperlipidémia, a hipertónia, a dohányzás és a diabétesz mellett a depressziót és a szorongást is a rizikófaktorok között kell megemlíteni. Szorongásos zavarokban a stressz-tengely (hipotalamusz-hipofízis-mellékvesekéreg tengely) és a noradrenerg rendszer tartósan túlzott aktiválódása miatt emelkedik a vérnyomás és a pulzus, gyakran ritmuszavar alakul ki, fokozódhat a trombóziskészség is. Húszéves követéses vizsgálatok kimutatták, hogy a szorongásos zavarok a koronáriabetegség relatív kockázatát 2,4-szeresére, a hirtelen kardiovaszkuláris halál rizikóját 4,5-szeresére emelték. A fatális kimenetelű miokardiális

infarktus kockázata a pánikbetegek között kétszeres, a generalizált szorongásban szenvedők körében pedig háromszoros a kontrollcsoportéhoz képest¹⁴.

Komorbid szorongásos betegség legtöbbször major depresszióval vagy addiktív, illetve testi betegséggel együtt fordul elő. A szorongásos betegség – függetlenül az egyéb pszichiátriai diagnózistól – önmagában is szignifikánsan növeli az öngyilkossági kísérletek esélyét^{8,15,16}.

Gyakran előfordul, hogy a beteg a vizsgálati eredményekkel nem elégedett, az esetleges negatív leletek nem nyugtatják meg. Újabb és újabb panaszokat említ, újabb szervrendszerekre terjesztve ki panaszait.

A szorongás felismerését segítő mérőeszközök egy része szorongásos tüneteket pontoz, míg az egyes szorongásos zavarokra kifejlesztett skálák specifikusan valamely betegség súlyosságát értékeli.

A *Hamilton Szorongás skála* (HARS vagy HAM-A) tizennégy tételes, és a szorongás súlyosságának becslésére szolgál. A tételek a szorongó hangulatra, nyugtalanságra, félelmekre, alvási nehézségekre, intellektuális teljesítőképességre, depressziós hangulatra, az interjú alatt megfigyelhető magatartásra, testi panaszokra, kardiovaszkuláris, légzőszervi, gasztrointesztinális, urogenitális tünetekre, autonóm idegrendszeri és testi (izom) tünetekre vonatkoznak.

A *Kórházi Szorongás és Depresszió Skála* (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) nemzetközileg az egyik leggyakrabban használt kérdőív szomatikus betegek komorbid pszichés zavarainak szűrésére. 7 tétel a depressziót (örömtelenséget), 7 tétel a szorongást (aggodalmat) méri. A szorongás skálán elért 8 pont vagy e feletti érték esetén indokolt a páciens további vizsgálata, a depresszió skálán a határérték 9 pont.

A *Spielberger-féle Állapot- és Vonásszorongás Leltár* (STAI) a szorongás mértékének mérésére gyakran alkalmazott önkitöltéses kérdőív. Egyrészt a szorongást mint aktuális állapotjelzőt, másrészt a szorongásosságot mint konstans személyiségvonást méri. Az előbbire az „Éppen most hogyan érzi magát?” (STAI-S), az utóbbira az „Általában hogyan érzi magát?” (STAI-T) jellegű kérdések megválaszolásával ad feleletet a páciens. A kérdőív 40 tételből áll, ezeket a páciens 1–4-ig pontozhatja annak megfelelően, hogy mennyire jellemzi őt az adott állítás (egyáltalán nem/valamennyire/eléggé/nagyon)¹¹.

A SZORONGÁSOS ZAVAROK ELLÁTÁSA A HÁZIORVOSI PRAXISBAN

A hatékony és elfogadható kezelési lehetőségek ellenére a felismerés és a kezelés messze elmarad a kívánalmaktól. A szorongásos zavarok kronicizálódásra, relapszusra és ismétlődésre hajlamos kórképek. Kezelésük hónapokig, esetenként évekig tart, melyhez adott esetben életmód-változtatás (rendszeres testmozgás, új napirend, aktív pihenés), farmako- és pszichoterápiás módszerek széles választéka áll rendelkezésre^{3,17}. A szorongásos kórképek típusosan az ambuláns ellátás körébe tartoznak. Az adekvát terápia alkalmazása az esetek nagy részében gyors és teljes tünetredukcióhoz vezet. A háziorvosnak lehetősége nyílik pszichiátriai szakkonzíliumot is igénybe venni, és ezt követően a szakorvosi ajánlást követni. Szakorvosi konzílium igénybevétele különösen abban az esetben indokolt, ha differenciáldiagnosztikai probléma vetődik fel.

A beteg számára a megfelelő felvilágosítás, a pszichoedukáció (a beteg és hozzátartozóinak felvilágosítása a betegség természetéről, kezelés nélküli lefolyásáról, a terápiás lehetőségekről és az esetleges nem kívánatos hatásokról) már nagyon sokat jelenthet.

A szupportív, támogató pszichoterápiás intervenciót, az alacsony intenzitású pszichológiai intervenciót minden, megfelelő empátiás készséggel rendelkező háziorvos biztosíthatja a betegek részére. A speciális pszichoterápiás módszerek – pl. relaxációs terápia (autogén tréning, hipnózis), a kognitív viselkedésterápia (CBT), családterápia, interperszonális terápia, pszichodinamikus terápiák – alkalmazása már képzett szakemberek (pszichiáterek, pszichológusok, pszichoterapeuták) feladata.

Egyre gyakoribb a tüneti prevenció és terápiás online rendszerek használata családorvosi praxisokban². A tüneti prevenció és terápiás programok hatásosnak bizonyulhatnak felnőttek körében, és a gyermekek és serdülők részére kifejlesztett programok eredményei

is ígéretesek voltak. A felnőtteknél az ilyen kezelés hatékonysága olyan mértékű lehet, mint a gyógyszerrel és az orvos-beteg találkozás során végzett terápiáké, a hatás akár 6–12 hónapig is kitart a követés során. Egy teljes kivizsgálást és pszichoedukációt követően a háziorvos mérlegelheti a páciens online prevenció vagy terápiás programba utalását. Ez különösen hasznos lehet akkor, ha a beteg nem fér hozzá más intervencióhoz: lakhelye távol esik az ellátó helytől, a helyi ellátó kapacitás szűkös, vagy mert az állami vagy magánszolgáltatók igénybevétele idő vagy pénz hiányában nem engedheti meg magának. A program segítségével a páciens kevésbé van kitéve stigmatizációnak – a család, munkatársak, lakóközösség előítéleteinek. A programba beteget közvetítő orvos saját maga választhatja meg részvételi szintjét, amely megfelel készségeinek, képzettségének, érdeklődésének és a páciens klinikai állapotának. Az a családorvos, aki aktív közreműködésre vágyik, a program típusától függően követheti páciensei állapotát nyomtatható anyagok vagy automata értesítések, figyelmeztető üzenetek segítségével. Jelenleg akut veszélyeztető állapotban lévő (szuicid) és/vagy pszichotikus betegek számára nem ajánlhatók ezek a megoldások, és némely program további kizárási kritériumokat is érvényesít¹¹.

Farmakoterápia indításakor elsőként választandó szer a nagypotenciálú benzodiazepin és/vagy az SSRI-család bármelyik tagja. Alkalmazhatók még 5HT-1A-agonisták, triciklusos antidepresszívumok és szerotonin-noradrenalin reuptake gátlók.

A szorongásos állapotok illetve betegségek gyógyszeres kezelése ma már a több évtizede forgalomban lévő, a központi idegrendszer gamma-amino-vajsav (GABA) rendszerére ható, nagy potenciálú benzodiazepinekkel (alprazolam, clonazepam, lorazepam) történik. Ezek a klasszikus benzodiazepinekkel (pl. diazepam) szemben sokkal jobban tolerálhatók, szedatív hatásuk jóval kisebb, nem okoznak izomrelaxációt és memóriaproblémákat. Az antidepresszívumokkal szemben a hatáskezdet már az első adag bevétele után hamarosan jelentkezik, így a háziorvosi praxisban akut esetekben alkalmazva őket még a rendelőben látványos javulás érhető el. Adekvát dózisban, ha lehet, rövidtávon alkalmazva nagyon hatékonyak az akut szorongás, illetve a szorongásos betegségek kezelésére. Elhagyásuk fokozatos dózisleépítéssel történjen. Megfelelő indikáció és adagolás esetén addikció nagyon ritkán alakul ki, főleg az abúzusra amúgy is hajlamos személyeknél (pl. erős dohányos, alkoholisták), ezért a benzodiazepin-kezelés során erre a lehetőségre mindig fel kell hívni a figyelmet és

kontrollálni a felírt gyógyszer mennyiséget¹⁸. Bizonyos szorongásos kórképekben (pl. pánikbetegség, generalizált szorongásos betegség) hosszú távú adagolásukra lehet szükség, sokszor antidepresszívumokkal kombinálva.

Az antidepresszívumok hatása kb. 2-3 hét múlva jelentkezik, és erről a beteget, illetve családját feltétlenül tájékoztatni kell, ellenkező esetben néhány nap múlva sokan elhagyják a gyógyszert. Hatástalanság esetén 3-4 hét után gyógyszer-váltás, vagy pszichiátriai konzílium szükséges. Ha a beteg jól reagált, a kezelést még kb. 6-8 hónapig (krónikus esetekben akár évekig is) folytatni kell. Az új generációs antidepresszívumok alkalmazásakor lényegesen kevesebb (antikolinerg, adrenolitikus, kardiotoxikus/arrhythmogén, hepatotoxikus stb.) mellékhatás várható, ezért a betegek rövid és hosszú távú együttműködése a terápiával jobb. Első választandó antidepresszívumok a szelektív szerotonin visszavétel-gátlók (SSRI) legyenek. A gyógyszerbeállítást kis dózissal kezdjük, majd fokozatosan titráljuk a terápiás dózissig, mivel a pánikbetegek fokozottabban érzékenyek lehetnek a szerotonerg mellékhatásokra („start low, go slow”).

A szorongást gyakran kísérő inszomnia esetén az anxiolitikum esti magasabb adagja gyakran elég, de ha nem, átmenetileg korszerű altatók (zolpidem, zopiclon) adása is szóba jön¹⁸.

DEPRESSZIÓS ZAVAROK ÉS ÖNGYILKOS MAGATARTÁS

A major depressziós epizód (unipoláris major depresszió és a bipoláris betegség depressziós epizódja) a leggyakoribb pszichiátriai betegségek közé tartozik az alapellátásban és az egészségügyi ellátás sok egyéb területén is^{4,9,19}.

A depresszió, és különösen a kezeletlen depresszió, gyakori és súlyos szövődményei (szuicid magatartás, szekunder alkohol- és drog-abúzus, fokozott szomatikus morbiditás és mortalitás, tartós betegállomány, rokkantosság stb.) jelentősen behatárolják a beteg és családtagjai jóllétét, és emellett jelentős anyagi terhet rónak a társadalomra is. Cukorbetegséghez társuló major depresszió esetén alacsonyabb volt a páciensek havi pénzügyi bevétele az USA-ban. Ennek az is lehet a magyarázata, hogy mind a felismert, mind a nem felismert depresszió esetén lényegesen magasabb volt a cukorbetegség egészségügyi kiadása²⁰.

A depresszióval járó életminőség-csökkenés mértéke eléri vagy meghaladja azt a szintet, ami számos krónikus belgyógyászati betegségben (hipertónia, diabétesz vagy koszorúér-betegség) tapasztalható.

A családorvosi praxishoz tartozó, depresszióban szenvedő betegeknek kevesebb, mint a fele fordul orvoshoz és többségük a családorvosától kér segítséget^{1,4}. A diagnózis és a terápia terén az utóbbi évtizedekben végbement jelentős fejlődés ellenére a családorvosok számára továbbra is adódnak nehézségek a depresszió felismerésével és kezelésével kapcsolatban, bár a helyes kórisme és az adekvát kezelés gyakorisága az utóbbi években növekszik^{1,10}. A súlyos szomatikus betegségben szenvedők körében a major depresszió előfordulása meghaladja az átlagpopulációs értékeket, a családorvosi ellátásban 5-10%, a fekvőbeteg-intézményekben 10-14% között alakul^{1,19}. Megfigyelték azt is, ha a depresszió mellett testi betegség is fennáll, gyakran csak az utóbbit ismerik fel és kezelik⁴. Saját vizsgálatunk eredményei szerint a depresszív kórképek PRIME-MD/DSM-IV alapján meghatározott aktuális prevalenciája (MDE [major depressziós epizód]; MDE parciális remisszióban; disztímia; minor depresszió) hazánkban az alapellátás szintjén 18,5%-os, ami a korábbi magyar eredményekkel azonos tartományt (12–37%) jelent⁹, és megegyezik a más országokban, például az Egyesült Államokban vagy Belgiumban közöltekkel is. Ha csak az MDE-t tekintjük, akkor ennek a jelen vizsgálatban kimutatott 7,3%-os aktuális prevalenciája összhangban áll a korábbi közölt eredményekkel (átlag: 8%, tartomány 4–14%).

A depressziós betegek korai szűrésében a családorvosnak nagyon fontos szerepe van, hiszen az alapellátásban történik a legtöbb orvos-beteg találkozás. A családorvosoknak a depresszió felismerésében, kezelésében és a depresszióval kapcsolatos öngyilkosságok megelőzésében betöltött fontos szerepére először a Gotland-vizsgálat hívta fel a figyelmet²¹. A Gotland-vizsgálat eredményeit, vagyis a depresszió jobb felismerésének és hatékonyabb kezelésének öngyilkosság-megelőző hatását a svédországi jamtlandi, a németországi nürnbergi, illetve a hazai – a Rihmer Zoltán által vezetett kiskunhalasi, illetve a Kopp Mária által vezetett szolnoki – vizsgálatok is megerősítették^{4,22,23}.

A DEPRESSZIÓS ZAVAROK FELISMERÉSE A HÁZIORVOSI ELLÁTÁSBAN

A szűrés jelentőségét számos tényező alátámasztja. A depresszió pszichoszomatikus betegségek kialakulásának rizikófaktora lehet, továbbá lassítja a fennálló szomatikus betegségek gyógyulását. A nem kezelt depresszió markánsan növeli az öngyilkosság kockázatát, hiszen a befejezett öngyilkosságot elkövetők kb.

kétharmada aktuálisan (többnyire nem kezelt) major depresszióban szenved halála idején. Ismert, hogy az öngyilkosságot elkövetők 66%-a halálukat megelőző 4 hétben felkeresi családorvosát („cry for help”). A páciensek csak ritkán jelzik spontán az öngyilkossági szándékot^{4,15}, a családorvosok a szuicidiumra utaló közvetett jelzések és az öngyilkossághoz vezető pszichiátriai betegségek – elsősorban a depresszió – felismerése révén fontos szerepet játszanak a szuicid veszély felismerésében és elhárításában, illetve megelőzésében.

Valószínű, hogy e látogatáskor a betegek jelentős része egyértelműen depressziós, legtöbbjük egy vagy több komorbid pszichiátriai és/vagy testi betegségben szenved. Az öngyilkosságra hajlamos depresszió legjellegzetesebb jegyei: agitáltság, súlyos szorongás, reménytelenség, inszomnia, étvágy- és testsúlyvesztés, komorbid szerabúszavar és bipoláris depresszió (azaz depresszió, a múltban hipomániával vagy mániával¹⁵). A depressziós betegek többsége jól reagál a különféle gyógyszeres kezelésekre, pszichoterápiákra. Késői felismerés esetén azonban a betegek elhanyagoltabb állapotban kerülnek kezelésre, közben pedig fokozatosan romlik saját és környezetük életminősége.

A depresszió felismerését az alapellátáson belül javíthatja, ha a családorvos egyes fokozottan veszélyeztetett betegcsoportokra jobban odafigyel. Ide tartoznak a súlyos, krónikus testi betegségben szenvedők, a krónikus stresszben élők, az alacsony szociális támogatottsággal rendelkezők, a szenvedélybetegek, valamint a nők és az idősek²⁴. Az öngyilkosság szempontjából pozitív családi anamnézisű pácienseket mindenképpen szűrjük depresszióra. Saját vizsgálatunkban az öngyilkosság szempontjából pozitív családi anamnézisű betegeknél (n=24) az aktuálisan fennálló (tüneteket okozó vagy részleges remisszióban lévő) MDE aránya 50%-os volt, míg a negatív családi anamnézisű pácienseknél (n=231) csak 14,3%²⁴.

Depresszióban igen gyakori az alvászavar: álmatlanság, töredezett alvás, rossz alvásminőség, korai ébredés. Fontos információt nyújtanak az étkezéssel kapcsolatos változások, az étvágytalanság, testsúlyváltozás, a sok szénhidrátot tartalmazó ételek (csokoládé, sütemények, édességek) megkívánása. A depresszió fontos és gyakori tünete a szexuális élet zavara, ezért erre is rá kell kérdezni a konzultáció során.

Depressziós tünetek, illetve major depresszió számos betegséggel társulhat. A depresszió maga is hajlamossíthat testi betegségek kialakulására és fordítva, sokféle valódi testi betegség kapcsán kialakulhat depresszió, amelynek kezelése jótékonyan hat az alap-

betegség tüneteire is. Depresszióra hajlamosítanak a daganatos betegségek, a kardio- és cerebrovaszkuláris betegségek, egyes neurológiai kórképek, a krónikus fájdalommal járó betegségek, a diabetes mellitus, a gyomor-bélrendszeri betegségek, a szorongásos betegségek és a káros szenvedélyek, továbbá a táplálkozási zavarok^{8,25}.

A depresszió az obstruktív alvási apnoe szindrómában (OSAS) szenvedő betegek körében is igen gyakori. Prevalenciája a depresszió diagnosztikai kritériumaitól függően 24% és 45% között változik. Az OSAS-ban szenvedő nőket jóval gyakrabban kezelik először depresszióval és csak később ismerik fel náluk az OSAS-t: a női nem prediktív a depresszió szempontjából az OSAS-betegek körében (esélyhányados: 2,24)^{26,27}.

Az ember memóriája az életkorral általában romlik. A depresszió azonban az életkortól függetlenül is közvetlen oka lehet az emlékező funkciók romlásának, koncentrációs nehézségeknek, a figyelem fáradékony-ságának, és a klinikai kép sokszor demenciát utánoz. A depressziós beteg csendesebb, visszahúzódozóbb, szófukarabb lehet, fokozott érzékenysége, sérülékenysége betegségének következménye. A beteg gyakran fáradékony, kevesebbet teljesít, emiatt munkahelyén is konfliktusba keveredhet.

A DEPRESSZIÓ FELISMERÉSÉT ÉS KEZELÉSÉT NEHEZÍTŐ TÉNYEZŐK A CSALÁDORVOSI GYAKORLATBAN

A páciens oldaláról

A szomatikus tünetekkel jelentkező betegeknél általában ritkábban ismerik fel az egyidejűleg fennálló depressziót. Mivel a depressziós betegek közel háromnegyede elsősorban szomatikus tüneteket – fájdalmat (37%), fáradtságot és alvászavart (12%) – panaszol, ezek a tünetek a depresszió diagnosztizálásának fő akadályává válhatnak, amennyiben a vizsgálatok középpontjába kerülnek. Irodalmi adatok azt mutatják, hogy a szomatikus betegségben is szenvedő egyéneknél általában ötször ritkábban ismerik fel a major depressziót^{1,4}.

Klinikai vizsgálatok alapján, ha a beteg a major depresszió tüneteit az első négy felsorolt tünet között említette, a fennálló depressziót tízszer gyakrabban ismerték fel. Hasonlóképpen, összefüggést találtak a depresszió súlyossága és a felismerés aránya között, 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

kisebb arányban derül fény a fennálló depresszióra. A gyakori droghasználat, alkoholproblémák, inszomnia és fáradtság tovább nehezítik a depresszió felismerését.

Egy európai vizsgálat azt mutatta, hogy depresszió miatt csupán kevés ember fordul orvoshoz. A betegek hiányos tudása a depresszióról, a hatékony kezelési módokról, valamint a gyógyszerfüggéstől való félelem szintén csökkenti a motivációt. Ezek a tényezők, valamint a betegek védekező magatartása és a pszichés zavarokhoz kapcsolódó stigmatizáció a depresszív zavarok felismerésének és kezelésének fő gátjai⁸.

Az orvos oldaláról

Brit családorvosok szerint a depresszió rejtve maradásának egyik fő oka az orvosok részéről a „szomatikus betegségekbe való belefeledkezés”. Az orvos-beteg találkozások rövidege szintén jelentős tényező, irodalmi adatok alapján a 2-3 perccel hosszabb találkozás jelentősen javítja a pszichoszociális problémák feltárásának arányát. Sajnos, a nyelvi és kulturális különbségekből fakadó kommunikációs nehézségek, valamint a depresszió tüneteinek hiányos ismerete továbbra is meglévő akadály. Végül az orvosok is, akárcsak pácienseik – esetenként még gyakrabban – hajlamosak lehetnek a depresszióra. A kiégés (burnout) jelentősen ronthatja az igen változatos formában megjelenő betegségek, például a depresszió felismerését és megfelelő kezelését. A családorvosok kiégettségét 675 magyar családorvos körében vizsgáltuk Maslach Burnout Inventory (MBI, Kiégettségi kérdőív) segítségével. Azt találtuk, hogy körükben a középsúlyos és súlyos depressziós tünetek nagyobb arányban fordultak elő, mint a felsőfokú, de nem egészségügyi végzettségűeknél (9,5% vs. 6%). A napi munkaidő korrelált a depressziós tünetekkel, emocionális kimerüléssel és teljesítménycsökkenéssel. Minél magasabb volt a Beck-féle depresszió pontszám, annál gyakoribb volt az emocionális kimerülés és a deperszonalizáció a családorvosok körében.

Tovább nehezíti a depresszív kórképek felismerését az alapellátás keretein belül is könnyen használható, hatékony szűrőmódszerek ismeretének, valamint a terápiás útmutatók hiánya. A konzultációs-kapcsolati (liaison) pszichiátria szélesebb körben való alkalmazása, a családorvos pszichiáter szakorvossal való rendszeres konzultációs lehetőségének biztosítása szintén hozzájárulhat a depresszió nagyobb arányú felismeréséhez. Ideális lenne, ha minden csoportpraxishoz tartozna egy pszichiáter, aki közvetlenül tud segíteni a családorvos kollégáknak a pszichés prob-

lémák felismerésében és megfelelő ellátásában. Ez a konzultációs-kapcsolati pszichiátria lényege, mely alapítványi támogatással sikeresen működött pár évvel ezelőtt több családorvosi praxisban.

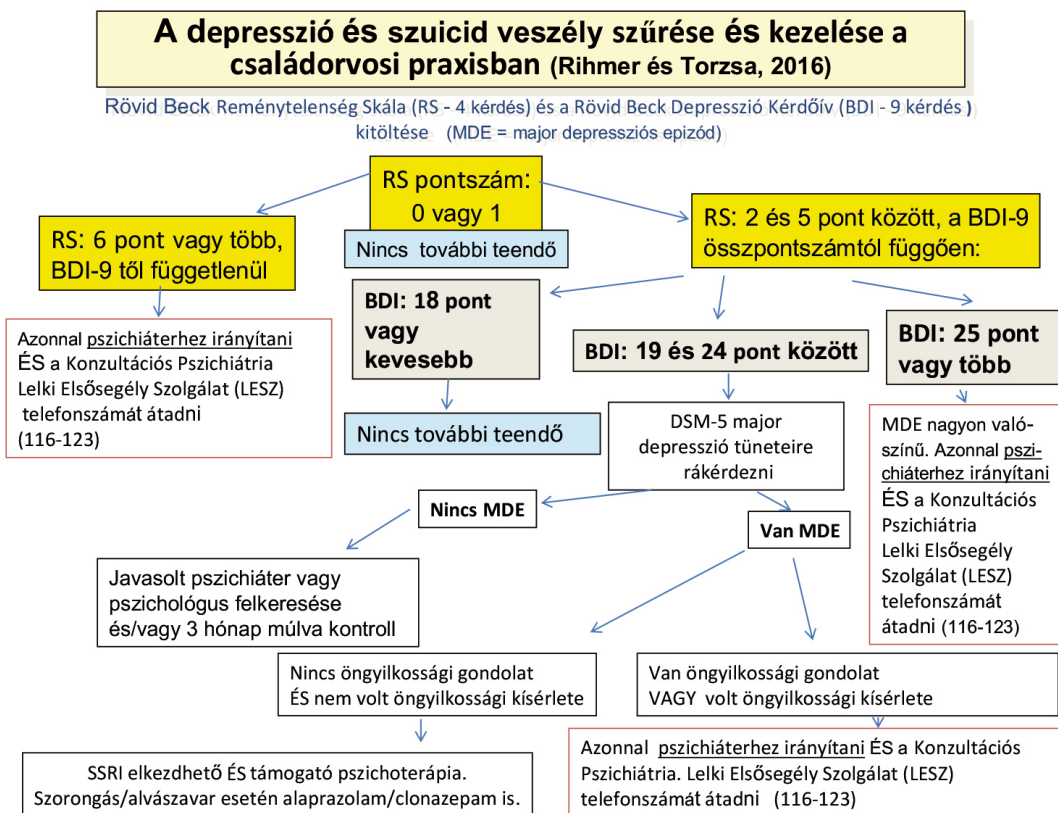
A HÁZIORVOS SZEREPE AZ ÖNGYILKOSSÁGI VESZÉLY SZŰRÉSÉBEN

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), a *Rövidített Beck Depresszió Kérdőív* (short form of Beck Depression Inventory), a *Zung Önértékelő Depresszió Skála* (Zung Self-Rating Depression Scale), a *Geriátriai Depresszió Kérdőív* (Geriatric Depression Scale), az *Epidemiológiai Kutatási Központ Depresszió-skála* (Center for Epidemiologic Studies- Depression, CES-D).

Az öngyilkossági veszély szűrésének egy másik fontos rövid kérdőíve a négy kérdést tartalmazó rövidített *Reménytelenség Skála*. Számos vizsgálatból ismert, hogy az öngyilkosság szempontjából veszélyeztetett személyek a tettük elkövetését megelőző hetekben, hónapokban felkeresik háziorvosukat különféle – nem feltétlenül pszichés jellegű – panaszokkal. Az így kiszűrt, depresszióra vagy szuicidalitásra gyanús beteg vizsgálata a háziorvos által feltett célzott kérdésekkel folytatódhat. A rövid Reménytelenség Skálát a rövidített Beck Depresszió Kérdőívvel együtt célszerű alkalmazni. A két – összesen 13 kérdést tartalmazó – kérdőív kitöltése csak néhány percet vesz igénybe. Saját vizsgálatunk azt igazolta, hogy a rövidített Beck Depresszió Kérdőív és a PRIME-MD hasznosnak bizonyul a depresszív kórképek alapellátásbeli szűrése, illetve kórismézése terén. Az eszközök alkalmazása könnyű, elérhető a háziorvosok számára és rutinszerű alkalmazásuk szűrő, illetve diagnosztikai eszközként megvalósítható a rendelőben valamilyen okból megjelenő betegek körében⁹.

A szűrés folyamatát az 1. ábrán bemutatott algoritmus foglalja össze. Először a 4 tételes Reménytelenség Skálát célszerű kitölteni, és ha az összpontszám 0 vagy 1, további teendő nincsen, de ha az 6 vagy nagyobb, akkor akut szuicid veszély áll fenn és a beteget feltétlenül pszichiáterhez kell irányítani. Amennyiben az érték 2 és 5 közötti, akkor ki kell töltenie a 9 tételes rövid Beck-kérdőívet, és a továbbiakban az 1. ábra által jelzett módon eljárni. Ha a Beck összpontszám 18 pont vagy kevesebb, további teendő nincsen. Amennyiben a Beck összpontszám 19 és 24 közötti, célszerű a major depresszió DSM-5-ben

1. ábra Az öngyilkossági veszély megállapításának folyamata a háziorvosi gyakorlatban



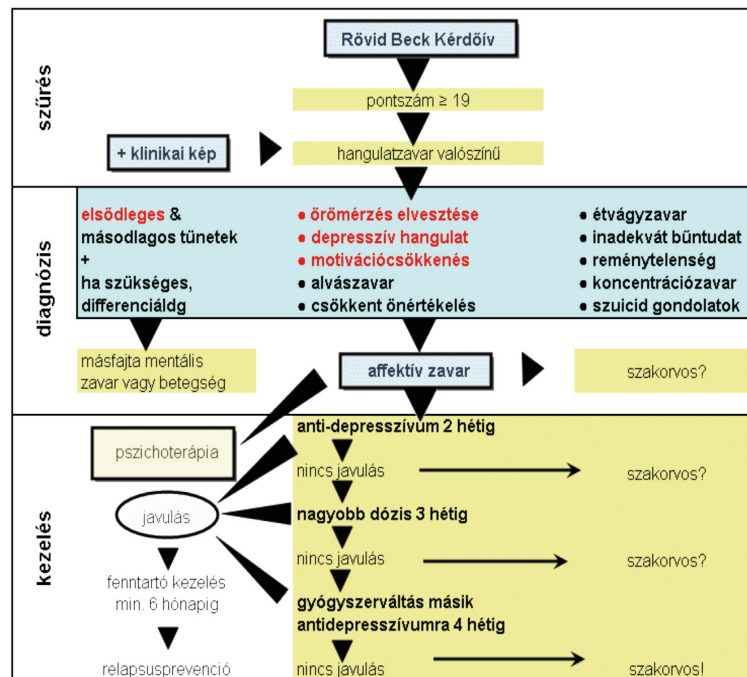
meghatározott 9 tünetét végigkérdezni. Amennyiben az első vagy második tünet mellett még négy másik is fennáll, a major depresszió kórisméje felállítható. Ugyanakkor, ha a Reménytelenség Skálán elért összpontszám 2 és 5 között, és a Beck depresszió összpontszám 19 és 24 között van, de nem áll fenn major depresszió, mérlegelendő pszichiáterhez vagy pszichológushoz küldeni a páciens (vagy szorosabb ellenőrzés mellett 3 hónap múlva újra megismételni a vizsgálatot). Ha a Beck depresszió összpontszám 19 és 24 közötti és a páciens kimeríti a major depresszió DSM-5-beli kritériumait, de nincsen szuicid veszély (vagyis nincsen öngyilkossági gondolata és nem volt korábban szuicid kísérlete), akkor ennek a „nem szuicidális major depresszió”-nak a kezelése az ismert elvek alapján a háziorvosi gyakorlatban is elkezdhető, ideális esetben pszichológus bevonásával és szükség esetén pszichiáter szakorvossal konzultálva esetleg a beteget végleg hozzá irányítva. Amennyiben a Beck depresszió összpontszám 19 és 24 között van, a beteg kimeríti a major depresszió kritériumait, volt szuicid kísérlete vagy jelenleg öngyilkossági gondolata van, akkor szintén pszichiátriai kezelés szükséges.

A DEPRESSZIÓS BETEGEK ELLÁTÁSA A CSALÁDORVOSI PRAXISBAN

Az akut öngyilkossági veszélyt mutató beteg azonnali pszichiátriai hospitalizációt igényel, míg a szuicid gondolatokkal/szándékkal küszködők feltétlenül pszichiátriai (ambuláns vagy osztályos) kezelésbe irányítandók.

Világszerte terjedő gyakorlat, hogy enyhe és közepes súlyos depresszió esetén a betegeket családorvosok kezeljék: hiszen egy nem pszichotikus, szuicid veszéllyel nem járó depresszió vagy szorongásos zavar felismerése és kezelése nem nehezebb, mint a családorvosi praxisban megjelenő gyakori szomatikus betegségek felismerése és ellátása. Nagy terhet venne le a pszichiáterek válláról és javítaná a betegellátást, ha a családorvosok felismernék, diagnosztizálnák és ellátnák az újonnan jelentkező depressziós betegeket. Vizsgálatok igazolták a rendszeres testmozgás pozitív hatását fiatal depressziós pácienseknél²⁹. Abban az esetben, ha az elsőnek választott antidepresszívum mellett 2-3 hét múlva nincs javulás a beteg állapotában, a családorvos dózist emelhetne és tovább követné a páciens. Nem javuló betegnél 3-5 hét múlva még az

2. ábra A depresszió kezelése az alapellátásban



antidepresszívum váltását is megpróbálhatná, és csak az erre a kezelésre nem reagáló betegeket kellene pszichiáter szakorvoshoz küldenie (2. ábra). Az első napokban, hetekben, amikor az antidepresszívum vagy a pszichoterápia még nem hat, a szuicid intenciókkal küzdő beteg fokozott figyelmet igényel, közvetlen szuicid veszély esetén (pl. 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 esetén⁴.

Amennyiben a depresszió összpontszám 25 vagy több, a major depresszió nagyon valószínű és a beteget mindenképpen pszichiáterhez kell irányítani, függetlenül az esetlegesen jelen lévő szuicidalitástól.

A major pszichiátriai kórképek felismerése után a kezelés a szakellátás feladata. Fontos, hogy a családorvos átadja a helyzetéből adódó többlet információt a szakorvosnak, akivel együttműködve követi a továbbiakban a beteg állapotát. Az enyhébb szorongásos, depressziós betegségeket – amelyek még nem igényelnek pszichiátriai szakellátást, de kezelés nélkül súlyosbodnának – célszerű a családorvosnak kezelni. A kezelés eredménytelensége esetén újabb terápiás próbálkozás helyett javasolt szakorvosi segítséget igénybe venni. Akkor is egyértelműen indokolt a pszichiáter segítségének igénybevétele konzultáció céljából, ha a családorvosnak nem sikerül megfelelő együttműködést elérni,

vagy nem tudja biztosítani a beteg pszichés vezetését. A súlyosabb esetek, a komorbid kórképek kezelését a szakellátásra érdemes bízni, de néha a súlyosabb eseteket is fel kell vállalnia a családorvosnak, például amikor a beteg teljesen elzárkózik a pszichiátriai kezeléstől.

Ideális lenne, ha a jövőben megalakuló praxisközösséghez tartozna egy pszichiáter és egy pszichológus, akik közvetlenül tudnának segíteni a családorvos kollégáknak a pszichés problémák felismerésében és megfelelő ellátásában. A pszichiátriai kivizsgálás és kezelés megkezdésével egyidőben célszerű egy kis kártyán a Lelki Elsősegély Telefonszolgálat (LESZ) telefonszámát is átadni (116-123, előhívószám nem szükséges). Ez a szolgálat nem helyettesíti a pszichiátriai konzíliumot, de lehetővé teszi egy esetleges hirtelen állapotrosszabbodás vagy akut krízis esetén az azonnali segítségkérést.

LEVELEZŐ SZERZŐ: Torzsa Péter
Simmelweis Egyetem ÁOK Családorvosi Tanszék
1125 Budapest, Kútvölgyi út 4.
E-mail: ptorzsa@gmail.com

IRODALOM

1. Berardi D, Menchetti M, Cevenini N, és mtsai (2005). Increased recognition of depression in primary care. Compari-

- son between primary-care physician and ICD-10 diagnosis of depression. *Psychother Psychosom.*, 74:225-230.
2. Kyrios M, Mouding R, Nedeljkovic M. (2011). Anxiety disorders - Assessment and management in general practice. *Aust Fam Phys.*, 6:370-374.
 3. Szádóczy E. (2004). Szorongásoldás a háziorvosi gyakorlatban. *Hippocrates*, 6:63-66, 2004.
 4. Rihmer Z, Rutz W. (2009). Treatment of attempted suicide and suicidal patients in primary care. In: *Oxford Textbook of Suicide and Suicide Prevention*, (Eds.: Wasserman D, Wasserman C.), Oxford University Press, New York, 463-470.
 5. Szádóczy E, Rózsa S, Zámboi J, és mtsai (2004). Anxiety and mood disorders in primary care practice. *Int J Psychiat Clin Pract.*, 8: 77-84.
 6. Rihmer Z. (2005). A depresszió mint a kardiovaszkuláris betegségek rizikófaktor. *Háziorvos Továbbképző Szemle*, 10:15-18.
 7. Hare DL, Toukhsati SR, Johansson P, és mtsai (2014). Depression and cardiovascular disease: A clinical review. *Eur Hearh Journal*, 35:1365-1372.
 8. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, és mtsai (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur. Neuropsychopharmacol.*, 9:655-79.
 9. Rihmer Z, Gonda X, Eöry A, és mtsai (2012). A depresszió szűrése az alapellátásban Magyarországon és ennek jelentősége az öngyilkosság megelőzésében. *Psychiatria Hungarica*, 27: 224-232.
 10. Mitchell AJ, Rao S, Vaze A. (2011). Can general practitioners identify people with distress and mild depression? A meta-analysis of clinical accuracy. *J Affect Disord*, 130:26-36.
 11. Torzsa P, Becze Á, Eöry A, és mtsai (2012). A pszichiátriai szorongásos zavarok felismerése a háziorvosi gyakorlatban. *Háziorvos Továbbképző Szemle* 9:531-532.
 12. Tringer L. (2003). A szorongás és a szorongásos zavarok. *Medicus Anonymus. Családorvosok Kézikönyve*, 335-337.
 13. Radics J. (2008). Szorongásoskérdések-gyakorlati megközelítés háziorvosok számára. *Hippocrates*, 2:68-70.
 14. Kubzansky LD, Kawachi I. (2000). Going to the heart of the matter: do negative emotions cause coronary heart disease? *J Psychosom Res.*, 48:323-37.
 15. Rihmer Z. (2007). Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 20:17-22.
 16. Thibodeau MA, Welch PG, Sareen J, és mtsai (2013). Anxiety disorders are independently associated with suicide ideation and attempts: Propensity score matching in two epidemiological samples. *Depression and Anxiety*, 30:947-954.
 17. Németh A. (2008). A szorongás gyógyszeres kezelése a háziorvosi gyakorlatban. *Háziorvos továbbképző szemle* 13:269-271.
 18. Ágoston G. (2015). Szorongásoldók. In: *A Pszichiátria Magyar Kézikönyve*, 5. átdolgozott bővített kiadás (Szerk.: Füredi J. és Németh A), Medicina Könyvkiadó, Budapest, 464-472.
 19. Al-Windi A. (2005). Depression in general practice. *Nord J Psychiatry.*, 59:272-7.
 20. Egede LE, Walker RJ, Bishu K, D, és mtsai (2016). Trends in Costs of Depression in Adults with Diabetes in the United States: Medical Expenditure Panel Survey, 2004-2011. *J Gen Intern Med.*, 6:615-22.
 21. Rutz W, Rihmer Z. (1997). A Gotland vizsgálat tanulságai: Eredmények, hiányosságok, tennivalók. *Psychiatria Hungarica*, 12:35-43.
 22. Szántó K, Kalmár S, Hendin H, és mtsai (2007). A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate. *Arch Gen Psychiat*, 64: 914-920.
 23. Torzsa P, Székely A, Bagi M, és mtsai (2009). „Európai Szövetség a Depresszió Ellen” magyarországi programjának bemutatása. *Magyar Családorvosok Lapja*, 12-17.
 24. Torzsa P, Rihmer Z, Gonda X, és mtsai (2009). Family History of suicide: A clinical marker for major depression in primary care practice? *J Affect Disord.*, 117:202-204.
 25. Torzsa P, Eöry A., Kalabay L, és mtsai (2015). A szorongásos és a depressziós betegségek az alapellátásban. *Pszichiátria Magyar Kézikönyve* 5. kiadás 886-896.
 26. Smith R, Ronald J, Delaive K, és mtsai (2002). What are obstructive sleep apnea patients being treated for prior to this diagnosis? *Chest*, 121:164-172.
 27. Shoib S, Malik JA, Masoodi S. (2017). Depression as a Manifestation of Obstructive Sleep Apnea. *J Neurosci Rural Pract.*, 8:346-351. doi: 10.4103/jnrp.jnrp_462_16.
 28. Rihmer Z. (2015) Antidepresszívumok. In: *A Pszichiátria Magyar Kézikönyve*, 5. átdolgozott, bővített kiadás (Szerk.: Füredi J. és Németh A), Medicina Könyvkiadó, Budapest, 38-59.
 29. Bailey AP, Hetrick SE, Rosenbaum S, és mtsai (2017). Treating depression with physical activity in adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychol Med.*, 10:1-20. doi: 10.1017/S0033291717002653.

The importance of anxiety and depression in family practice

Representative studies indicate that prevalence of anxiety disorders among adults is between 12.6-17.2%, while in Hungary it is 17.7%. According to both international and national studies the point prevalence of diagnosed major depression requiring treatment is 6-10 % in general practice. As untreated depression is the most important risk factor for suicide, early detection and effective management of depression are critical in prevention. According to international and national studies the recognition of major depression in primary care significantly contributes to the decline of suicide mortality. In our article we review screening of anxiety and depressive disorders and treatment and management of these patients in primary care. We present two short questionnaires used for recognizing depression and acute suicide risk and describe their use in family/ general practice.

Keywords: anxiety, depression, suicide, screening, general practitioner