


# Az érzelmi élet zavarai – Affektív betegségek

## Az öngyilkosság és megelőzése

---

Prof. Dr. Rihmer Zoltán  
Semmelweis Egyetem, Budapest  
2014

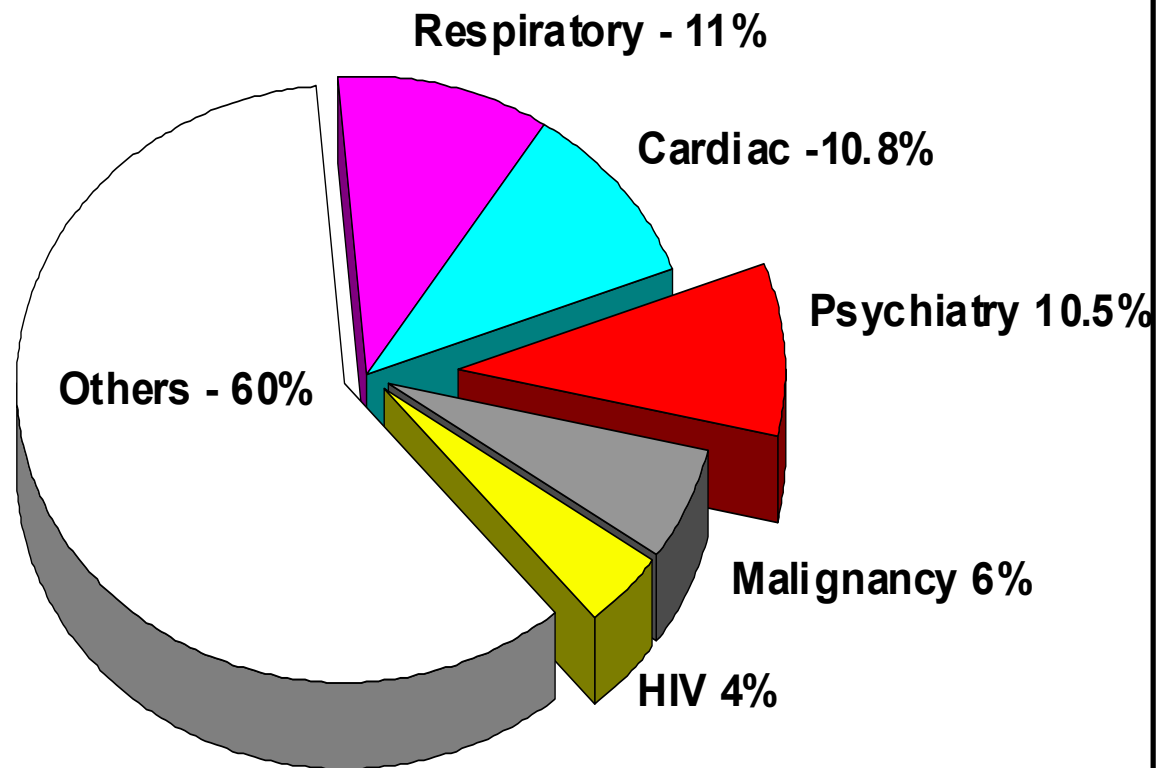
Rosszkedv, szomorúság  
≠  
depresszió



# A depresszió orvosi értelemben vett betegség

- Meghatározott tünetek (min. 5)
  - Meghatározott ideig (min. 2 hét)
  - Meghatározott genetikai, biológiai és pszichoszociális komponensek
  - Meghatározott terápiákra gyógyul
-

# DALY : Disability Adjusted Life Years

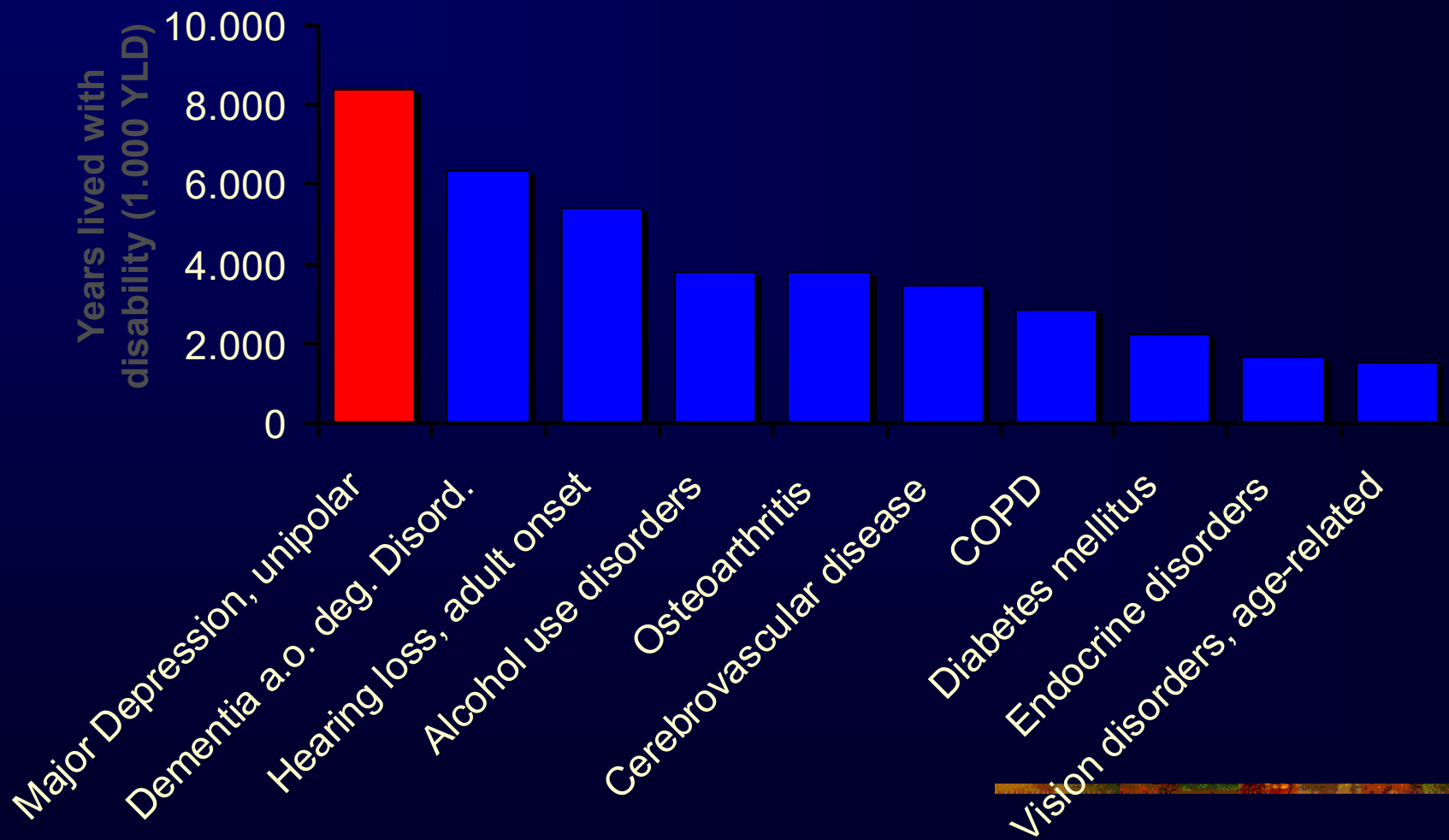


*World Bank, WHO, Harvard : Gbbl Burden of Disease 1996*

# WHO prognózis: Disability Adjusted Life Years

1990			2020		
Rank	Cause	<u>% total</u>	Rank	Cause	<u>% total</u>
1	Lower respiratory infection	8.2	1	Ischaemic heart disease	5.9
2	Diarrhoeal diseases	7.2	2	<u>Unipolar major depression</u>	5.7
3	Perinatal conditions	6.7	3	Road traffic accidents	5.1
4	<u>Unipolar major depression</u>	3.7	4	Cerebrovascular disease	4.4
5	Ischaemic heart disease	3.4	5	Chr. Obs. Pulmonary Dis.	4.2
6	Cerebrovascular disease	2.8	6	Lower Respiratory Inf.	3.1
7	Tuberculosis	2.8	7	Tuberculosis	3.0
8	Measles	2.7	8	War	3.0
9	Road traffic accidents	2.5	9	Diarrhoeal diseases	2.7
10	Congenital abnormalities	2.4	10	HIV	2.6

## Global Burden of Disease Study: Years of Life Lived with Disability (YLD, high-income countries)



# Történeti áttekintés dióhéjban

- Ószövetség: Saul király melankóliája
- Hippokratész: melankólia („fekete epe”)
- Robert Burton (1628): A melankólia anatómiája
- Adolf Meyer (1905): melankólia → depresszió
- Úttörő kutatók a XX. században:  
Freud, Kraepelin, Leonhard, Winokur,  
Angst, Goodwin, Akiskal

# A mindennapi élettel gyakran együtt járó rosszkezd, szomorúság

- Jól körülhatárolt helyzetre vonatkozik
- Pszichológiailag motivált (beleérezhető)
- A probléma megoldódásával elmúlik
- Jól körülírt „panaszok”
- A vegetatívum (alvás, étvágy, szex, emésztés, menses stb.) valamint a pszichés és mozgásos működés nem károsodott



Rosszkedv, szomorúság

gyász

depresszió

---

„A gyászban a világ válik üressé,  
depresszióban maga az én.”

(Freud, 1917)

# A depresszió diagnózisa és differenciál-diagnózisa

Prof. Dr. Rihmer Zoltán

Semmelweis Egyetem,  
Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet,  
Budapest

---

# A major depresszió diagnózisa DSM-IVTR és DSM-5 szerint, I.

A. Az alábbi tünetek közül legalább ötnek jelen kell lenni, minimálisan 2 hétig: X

1. depressziós, szomorú hangulat
2. az érdeklődés és örömkészség jelentős csökkenése (anhedónia)
3. lényeges súly-és étvágy csökkenés/gyarapodás
4. alvászavar (csökkent/fokozott alvás)
5. motoros nyugtalanság/gátoltság
6. fáradtság, erőtlenység, levertség

X Az 1.vagy 2. tünetnek mindenképpen

# A major depresszió diagnózisa DSM-IVTR és DSM-5 szerint, II.

7. értéktelenség érzése, önvádolás, bűntudat
8. csökkent gondolkodási, koncentrálási és döntési képesség
9. a halállal való foglalkozás, halálvágy, öngyilkossági szándék (terv, kísérlet)

B, A tünetek nem merítik ki a kevert epizód kritériumait

C. A tünetek jelentős szenvedést/funkciózavart okoznak

D. A tünetek drogok/gyógyszerek szedésével vagy testi betegséggel (hipothireózis) nem magyarázhatók

E. Nem gyászreakcióról van szó (2 hónap) X

- A tünetek nem magyarázhatók jobban sch-aff, sch, vagy sch-spektrum betegséggel (mint a régi)

- Nem volt soha hipomániás vagy mániás epizód (mint a régi)

X

A DSM-5-ben nem szerepel

# A mániás epizód tünetei (DSM-IV szerint)

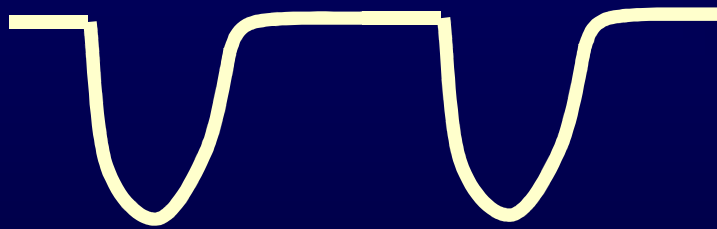
1. kórosan emelkedett vagy ingerlékeny hangulat (legalább 1 hétig)
2. felfokozott önértékelés
3. csökkent alvásigény
4. szokatlan beszédesség, bőbeszédűség
5. gondolatrohanás, gondolattorlódás
6. szétszórtság
7. pszichomotoros nyugtalanság, felfokozott aktivitás (munka, étvágy, szex, sport, stb.)
8. kritikátlan magatartás (ésszerűtlen vásárlások és üzleti ügyek, stb.)

Az esetek kb. 50%-ában pszichotikus tünetek is jelen vannak, többnyire holotím jelleggel (nagyzásos téveszmék)

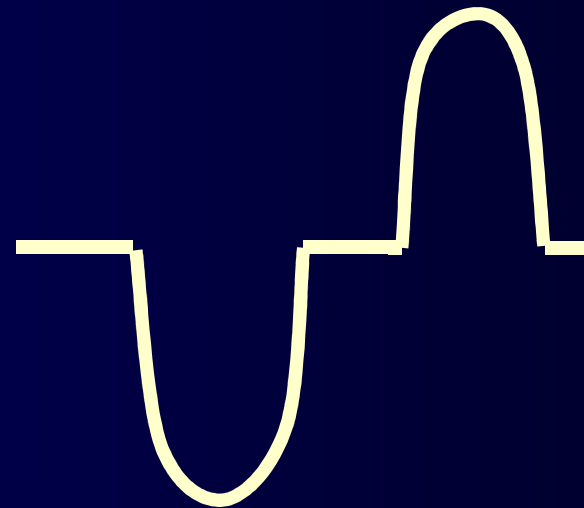
# A depressziók fő klinikai szindrómái

- Major/mínor depressziós epizód
  - Mániás/hipomániás epizód
  - Átfedő eőizódok
    - Kevert affektív epizód (mánia+depresszió)
    - Diszfóriás mánia (mánia+ 3 v.több depr.tün.)
    - Kevert depresszió (major depresszió + 3 v. több hipomániás tünet)
-

# A depressziók két legfontosabb klinikai megjelenése



Major depresszió  
(unipoláris)

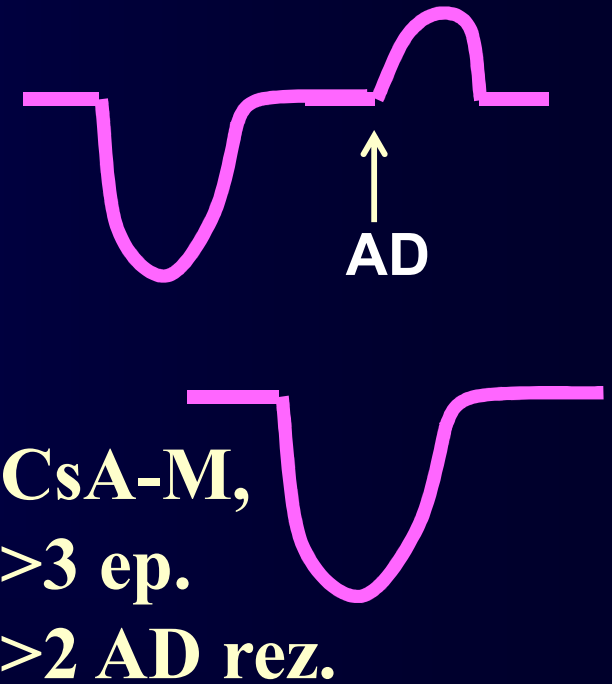
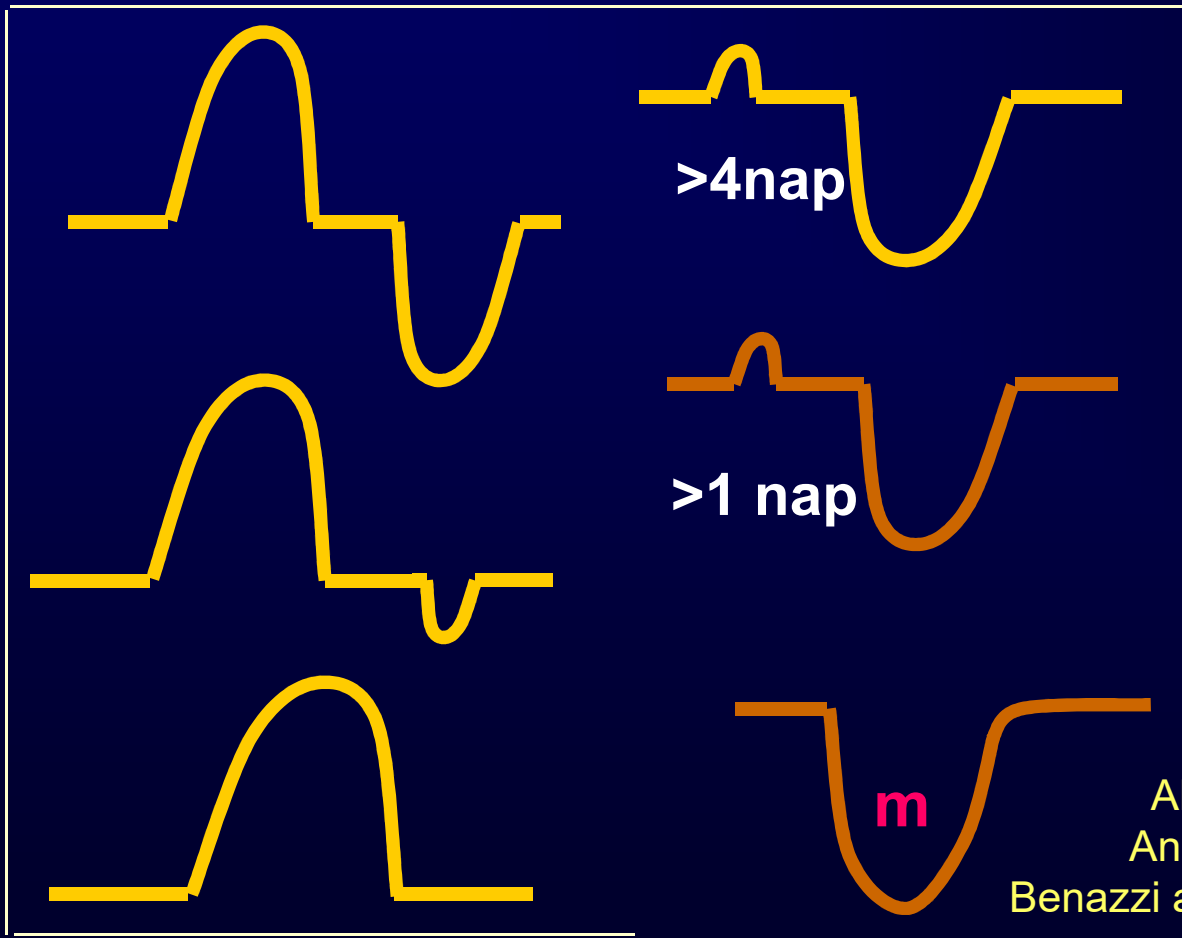


Bipoláris  
(mániás-depressziós)  
betegség  
BP-I és BP-II

# Bipoláris betegség - Szindrómális, szubszindrómális és bipoláris spektrum formák

Bipoláris I

Bipoláris II



Akiskal, (Ed), JAD, 2003; 73:1–205  
Angst et al., JAD, 2003; 73: 133–146  
Benazzi and Akiskal, JAD, 2003; 73: 33-38  
Rihmer és Angst, 2005.




# Unipoláris és bipoláris depresszió

- Unipoláris depresszió
  - Major depresszió
  - Minor depresszió/diszthimia
  - Rövid visszatérő depresszió
- Bipoláris betegség
  - Bipoláris I (depresszió-mánia)
  - Bipoláris II (depresszió-hipománia)
  - Minor bipoláris betegség – ciklotimia

A bipoláris betegség az esetek 55-60 %-ában major depresszióval kezdődik

# DSM-IV (unipolar) MDD and bipolarity



37%

JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS

Journal of Affective Disorders 85 (2005) 245–258

www.elsevier.com/locate/jad

Special research article

Agitated “unipolar” depression re-conceptualized as a depressive mixed state: Implications for the antidepressant-suicide controversy

Hagop S. Akiskal<sup>a</sup>, Franco Benazzi<sup>b,c,\*</sup>, Giulio Perugi<sup>d</sup>, Zoltán Rihmer<sup>e</sup>

36-41% of unipolar MDD patients have clinically significant current/lifetime hypomanic symptoms

ORIGINAL ARTICLE

41%

Heterogeneity of DSM-IV Major Depressive Disorder as a Consequence of Subthreshold Bipolarity

Suic. att. 5.8% vs 7.2%

Petra Zimmermann, PhD; Tanja Brückl, PhD; Agnes Nocon, MSc; Hildegard Pfister, Dipl.-Inf.; Roselind Lieb, PhD; Hans-Ulrich Wittchen, PhD; Florian Hohboer, MD, PhD; Jules Angst, MD

40%

Major Depressive Disorder With Subthreshold Bipolarity in the National Comorbidity Survey Replication

Suic att. 30% vs 41%

Jules Angst, M.D.  
Lihong Cui, M.S.  
Joel Swen

Objective: There is growing clinical and epidemiologic evidence that major mood disorders form a spectrum from major depressive disorder to pure mania. The authors

Results: Nearly 40% of study participants with a history of major depressive disorder had a history of subthreshold hypomania. This subgroup had a younger age

ORIGINAL ARTICLE

36%

Prevalence and Characteristics of Undiagnosed Bipolar Disorders in Patients With a Major Depressive Episode

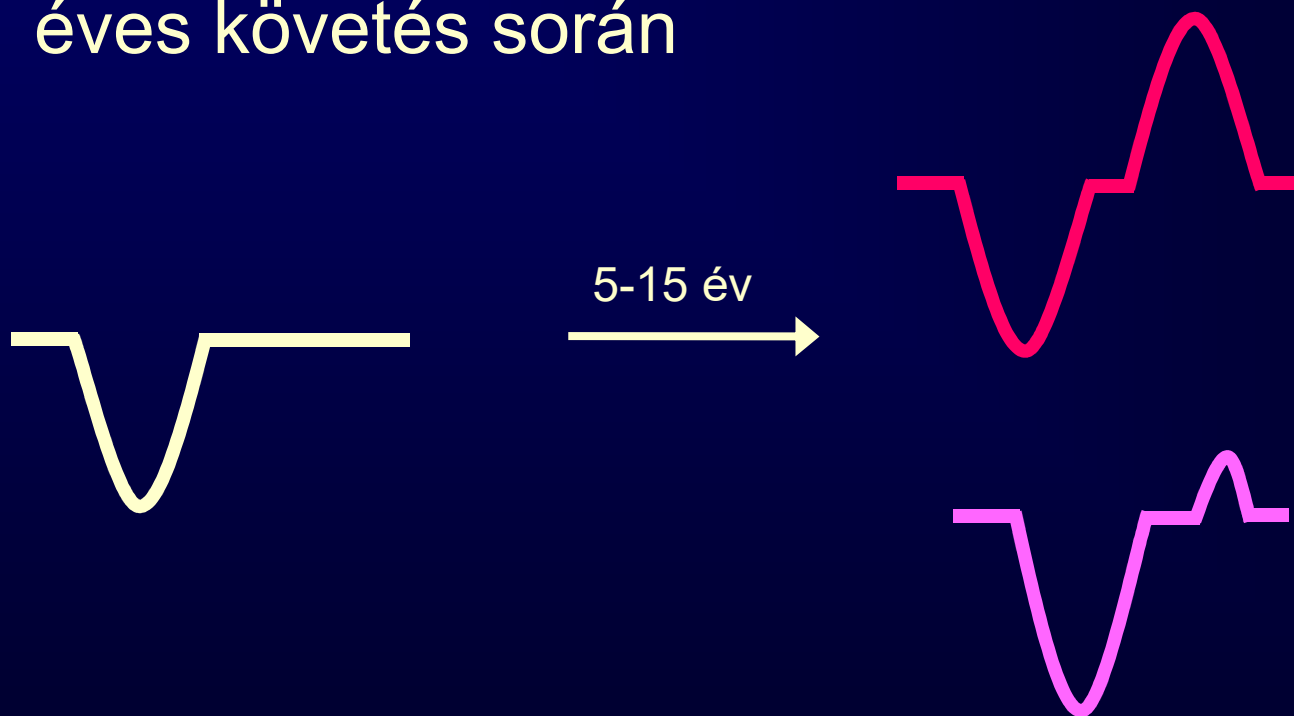
The BRIDGE Study

Jules Angst, MD; Jean-Michel Azorin, MD; Charles L. Bowden, MD; Giulio Perugi, MD; Eduard Vieta, MD, PhD; Alex Gamma, PhD; Allan H. Young, MD, PhD; for the BRIDGE Study Group

Akiskal et al, J Affect Disord, 2005; 85: 245-258.  
Zimmermann et al, Arch Gen Psychiat, 2009; 66: 1341-1352.  
Angst et al, Amer J Psychiat, 2010; 167: 1194-1201.  
Angst et al, Arch Gen Psychiat, 2011; 68: 791-799.

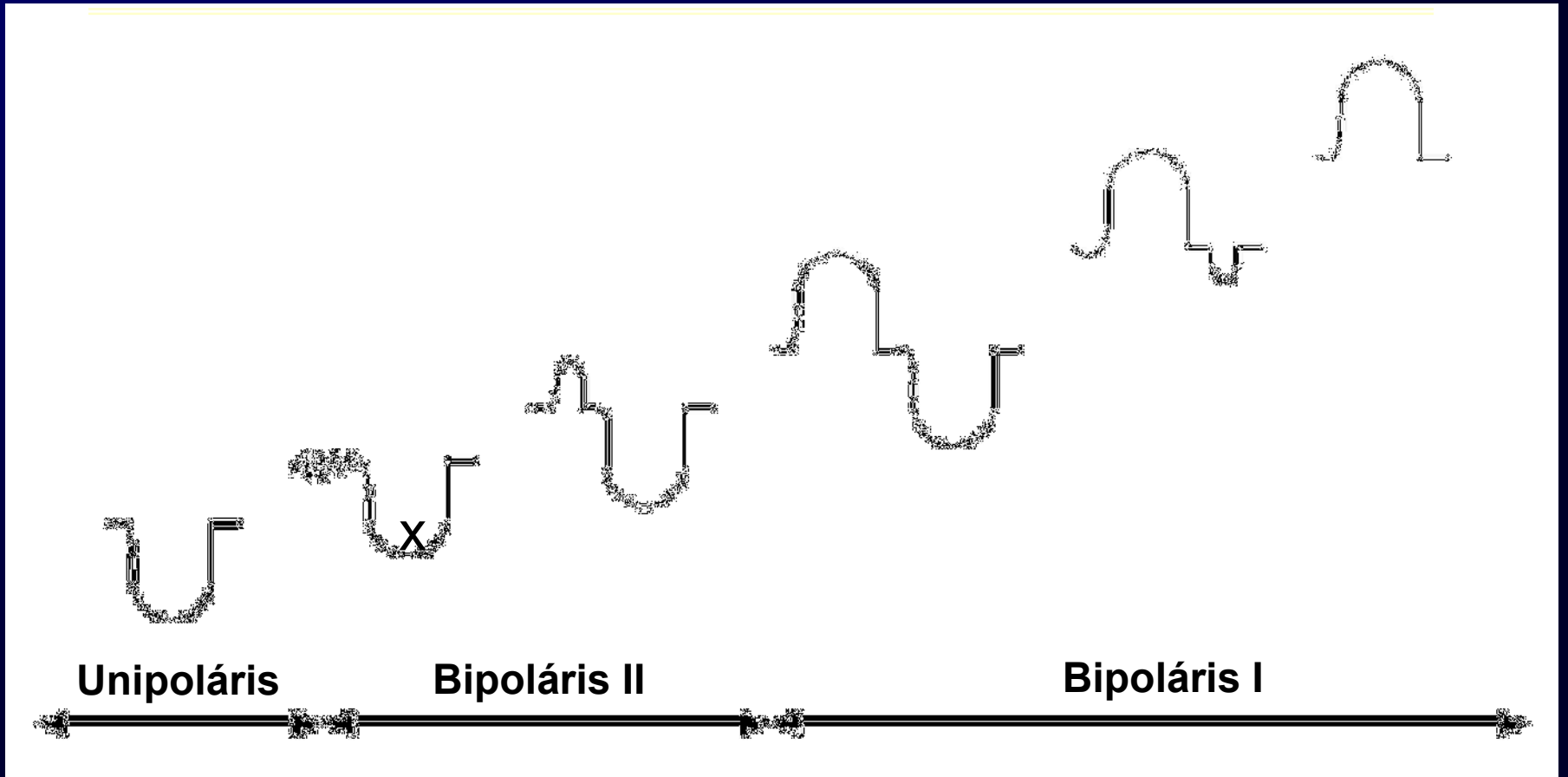
# Unipoláris – Bipoláris konverzió

- Az unipoláris (első epizód) major depressziós betegek **12 - 46 %**-a bipolárisává válik 5-15 éves követés során



Akiskal et al, Arch Gen Psychiat, 1995; 52: 114-123.  
Goldberg et al, Amer J Psychiat, 2001; 158: 1265-1270.  
Angst et al, J Affect Disord, 2005; 84: 149-157.

# Unipoláris-bipoláris kontinuum



# Első Major Depressziós Epizód: Unipoláris vagy Bipoláris ?

- BP-I és BP-II betegeknél az első epizód 55-65 %-ban major depresszió
- **Unipoláris – Bipoláris fázisváltás prediktorai**
  - korai (gyermekkori !) kezdet
  - bipoláris családi anamnézis
  - pszichotikus depresszió, extrém gátolt depresszió
  - depressziós kevert állapot, agitáció
  - 3 vagy több depressziós epizód
  - DSM-IV atípusos depresszió
  - komorbid szor./alk bet, dohányzás
  - több szuicidium a családban
  - szuicid kísérlet az anamnézisben
  - hipertím vagy ciklotím személyiség
  - 2 vagy több hatástalan antidepresszívum

Akiskal et al, Arch Gen Psychiat, 1995; 52: 114-123.

Benazzi és Rihmer, Psych Res, 2000; 93: 257-263.

Ghaemi et al, Can J Psychiat, 2002; 47: 125-134.

Goodwin és Jamison, Manic-Depressive Illness (2007).

Guillamue et al, J Affect Disord, 2010; 122: 53-59.

# Nehezen felismerhető depressziók

- Testi tünetekkel maszkírozott (larvált) depr.
  - Pszichotikus depresszió (depr.+téveszmék)
  - Komorbid depressziók
    - 1, Depresszió + egyéb pszichiátriai bet.
      - szorongásos bet. (pánikbetegség stb.)
      - alkohol/drog- betegség
      - személyiségzavar
    - 2, Depresszió + testi betegségek (pl. ISZB, stroke, hypertónia, daganatos bet. stb.)
-

# Testi tünetekkel maszkírozott (larvált) depresszió

A klasszikus (típusos) depressziók esetén nagyon gyakran észlelhető testi tünetek (fejfájás, mellkasi fájdalmak/szenzációk, diffúz hasi panaszok, székrekedés, amenorrhea, sex zavarok, „low back pain” stb) olyan mértékben a klinikai kép előterébe kerülnek, hogy megtévesztő módon testi betegség látszatát keltik

Walcher, 1965, Kielholz, 1966

---

# Larvált (maszkírozott) depresszió

- Viszonylag enyhe depresszió, dominálónan testi tünetek
- Zárójelentések/vizsgálati leletek halmaza (többnyire negatív vagy semmitmondó leletek)
- Kezelő/konzultáns orvosok nagy száma („Crux medicorum”)
- Hiányzó pszichés, fokozott testi betegségtudat
- A feltételezett vagy komorbid testi bajra alkalmazott kezelésre a pszichés állapot nem javul
- Gyakran pozitív családi vagy egyéni anamnézis (depresszió, mánia, szuicidium)
- A panaszok napszaki és szezonális ingadozása
- Antidepresszívumra adott jó válasz az anamnézisben
- Epizódikus alkohol-abuzus (dependencia)



# Depresszió és komorbiditás

- Major depresszióban ill. bipoláris betegségben nagyon gyakori a komorbid:
  - szorongásos betegség
  - addiktív (alkohol/drog) betegség
  - személyiségzavar
  - testi betegség (kardiovaszkuláris, cerebrovaszkuláris, diabetes, infekció stb)

# Komorbid depresszió: Depresszió + egyéb pszichiátriai betegség

- Depresszió + pánikbetegség (20-25 %-os egybeesés) – a gyakori szív, hasi ill. kp. idegrendszeri panaszok félrevezetőek lehetnek
- Depresszió + alkohol/drog-betegség  
A depressziós (férfi) betegek 20-25 %-a másodlagosan szenvedélybeteg
- Depresszió + személyiségzavar (a depressziós betegek 10-15 %-ánál súlyos személyiségzavar is van)

# Depresszió és komorbiditás: Diagnosztikai buktató

- Major depresszió + egyéb pszichiátriai betegség
- Major depresszió + testi betegség

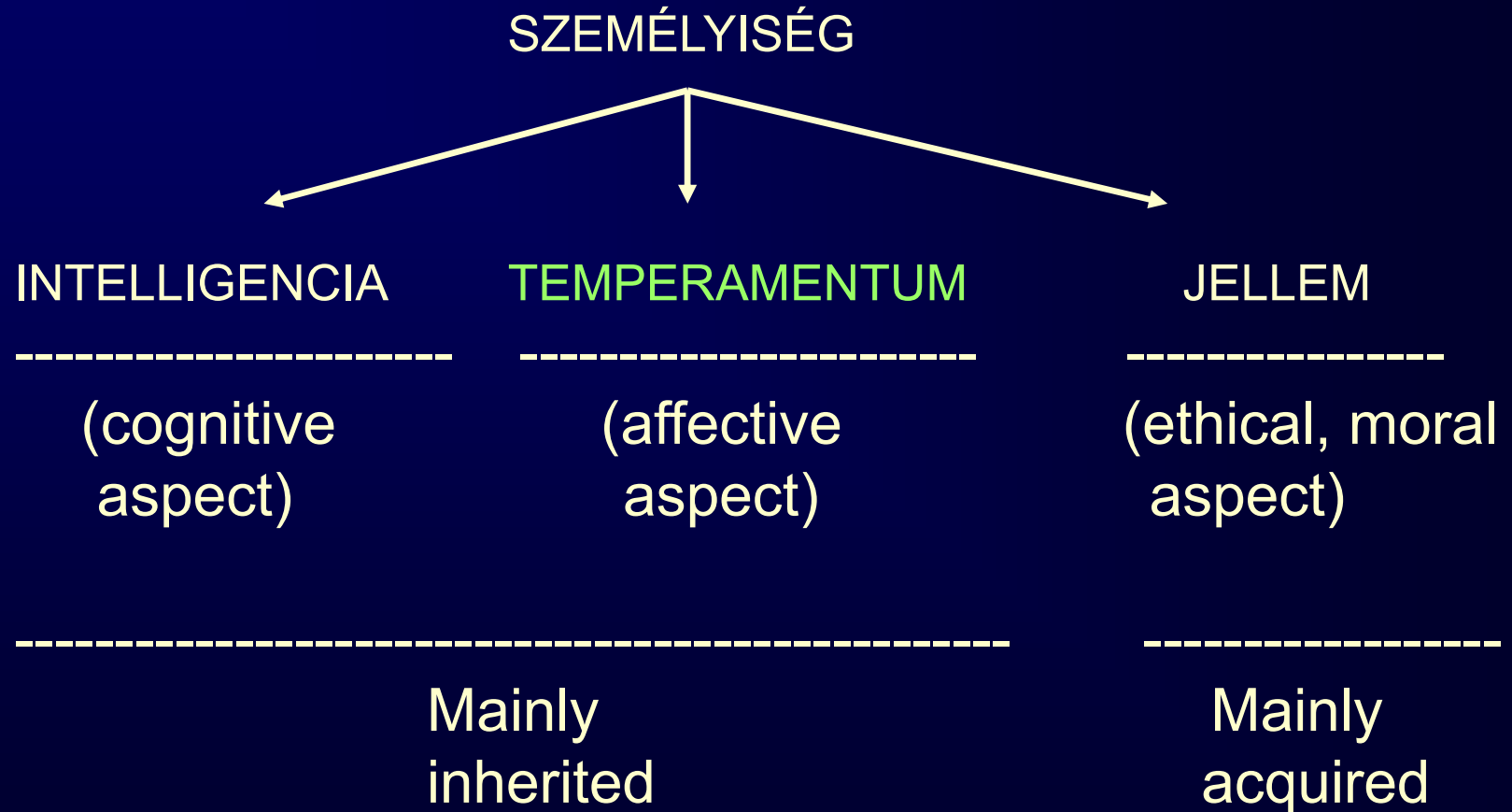
a depresszió diagnózisa és kezelése  
gyakran elmarad

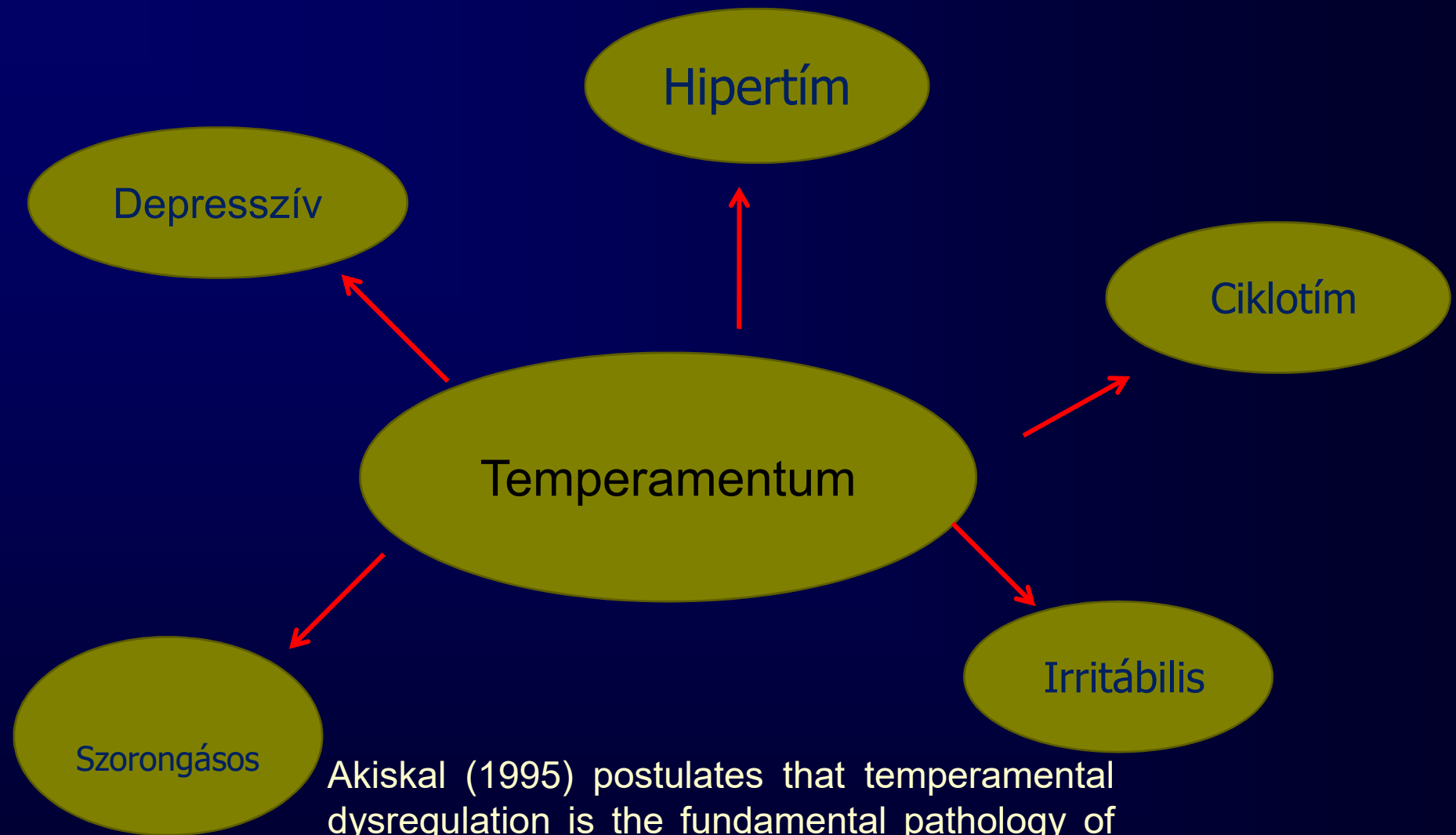
# Súlyos testi betegségben a depresszió diagnózisát megerősítő klinikai tényezők

- Depresszió, (hypo)mánia, szuicidium, szuicid kísérlet a családi vagy egyéni anamnézisben
- Antidepresszívumokra adott jó klinikai válasz az anamnézisben
- Alkohol-betegség, drog abuzus (dependencia), főleg ha epizódikus lefolyás észlelhető
- A depressziós tünetek napszaki és évszaki ingadozása
- Ciklotím vagy hipertím temperamentum
- Önvádítások, pszichotikus tünetek, öngyilkossági tendenciák

# Az affektív temperamentum jelentősége

---





Akiskal (1995) postulates that temperamental dysregulation is the fundamental pathology of mood disorders and its presence in individuals reflects an increased predisposition for developing affective disorders.

Akiskal and Akiskal, 2005

Rihmer et al, Curr Opin Psychiat 2010.

# Current research on affective temperaments

Zoltán Rihmer<sup>a</sup>, Kareen K. Akiskal<sup>b</sup>, Annamária Rihmer<sup>c</sup> and Hagop S. Akiskal<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Department of Clinical and Theoretical Mental Health, Faculty of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary, <sup>b</sup>International Mood Center, University of California at San Diego, La Jolla, San Diego, California, USA and <sup>c</sup>Department of Psychiatry and Psychotherapy, Faculty of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary

Correspondence to Dr Zoltán Rihmer, Department of Clinical and Theoretical Mental Health, Faculty of Medicine, Kútvölgyi Clinical Building, Semmelweis University, Kútvölgyi út 4, 1125 Budapest, Hungary  
Tel: +36 1 325 14 98; fax +36 1 355 84 98;  
e-mail: rihmerz@kut.sote.hu

**Current Opinion in Psychiatry** 2010, 23:12–18

## Purpose of review

The aim of this review is to highlight the relationship between affective temperaments and clinical mood disorders and to summarize the earlier and most recent studies on affective temperaments in both clinical and nonclinical populations.

## Recent findings

Current research findings show that specific affective temperament types (depressive, cyclothymic, hyperthymic, irritable and anxious) are the subsyndromal (trait-related) manifestations and commonly the antecedents of minor and major mood disorders. Up to 20% of the population has some kind of marked affective temperaments; depressive, cyclothymic and anxious temperament is more frequent in women, whereas hyperthymic and irritable temperaments predominate among men. Molecular genetic studies show a strong involvement of the central serotonergic (depressive, cyclothymic, irritable and anxious temperaments) and dopaminergic (hyperthymic temperament) regulation, suggesting that the genetic potential of major mood episodes lies in these temperaments.

## Summary

Premorbid affective temperament types have an important role in the clinical evolution of minor and major mood episodes including the direction of the polarity and the symptom formation of acute mood episodes. They can also significantly affect the long-term course and outcome including suicidality and other forms of self-destructive behaviours such as substance use and eating disorders.

## Keywords

affective temperaments, bipolar I disorder, bipolar II disorder, dopamine, personality, serotonin, unipolar depression

# RELATIONSHIP BETWEEN TEMPERAMENT AND MOOD DISORDERS

Temperamentum can be:

- Precursor  
(CT, HT, IRR temp. → BP dis.)
- Predisposing factor  
(IRR temp. → neg. LE → depr.)
- Modification/patoplastic factor  
(inverse temperament)
- Result/consequence  
(mostly in UPD: decreased self-esteem,  
increased dependence=postaffective temp.)

Akiskal et al. Arch Gen Psychiat, 1983, 40: 801-810.

Akiskal and Benazzi, Clin. Appr. Bipol. Dis. 2003, 2: 41-47.

Rihmer et al, Curr Opin Psychiat, 2010; 23: 12-18.



# Főbb differenciál-diagnosztikai szempontok

- Enyhe depresszió **vs** nem depressziós rossz közérzet, indokolt diszfória, elkeseredettség, szomorúság
- Depresszió **vs** organikus betegség
- Unipoláris (major, mίνor, diszthímia) **vs** bipoláris betegség (I vagy II)
- Larvált depresszió **vs** depresszió + testi betegség vagy csak testi betegség
- Pszichotikus depresszió/mánia **vs** schizofrenia
- Depressziós stupor **vs** katótonia (schizofrenia)

# Epidemiológia



# A hangulati betegségek gyakorisága a felnőtt lakosságban (%)

	<i>Élettartam</i>	<i>1 éves</i>	<i>1 hónapos</i>
<i>Nemzetközi adatok</i>			
■ Major depresszió	4,6-15,7	3,4-5,2	1,5-5,2
■ Bipoláris (mániás-depressziós) bet.	0,5-5,5	0,3-1,7	0,1-0,6
<i>Hazai adatok</i>			
■ Major depresszió	15,1	7,1	2,6
■ Bipoláris (mániás-depressziós) bet.	5,1	1,1	0,5

Szádóczky et al, J Affect Disord 1998, 50: 153-162.  
Rihmer és Angst, Compr Textbook of Psychiatry, 2009.

# A depressziók legfontosabb klinikai jellemzői I.

- Nő:férfi arány
  - major depresszió 2-2,5:1
  - bipol. bet. 1:1
- Elvált/különélő/munkanélküli 2-3× ↑
- Visszatérő epizódok
  - major depresszió 65-75%
  - bipol. bet. 90-95%
- Szezonaritás 25-30%
  - bipoláris > major depr. téli > nyári

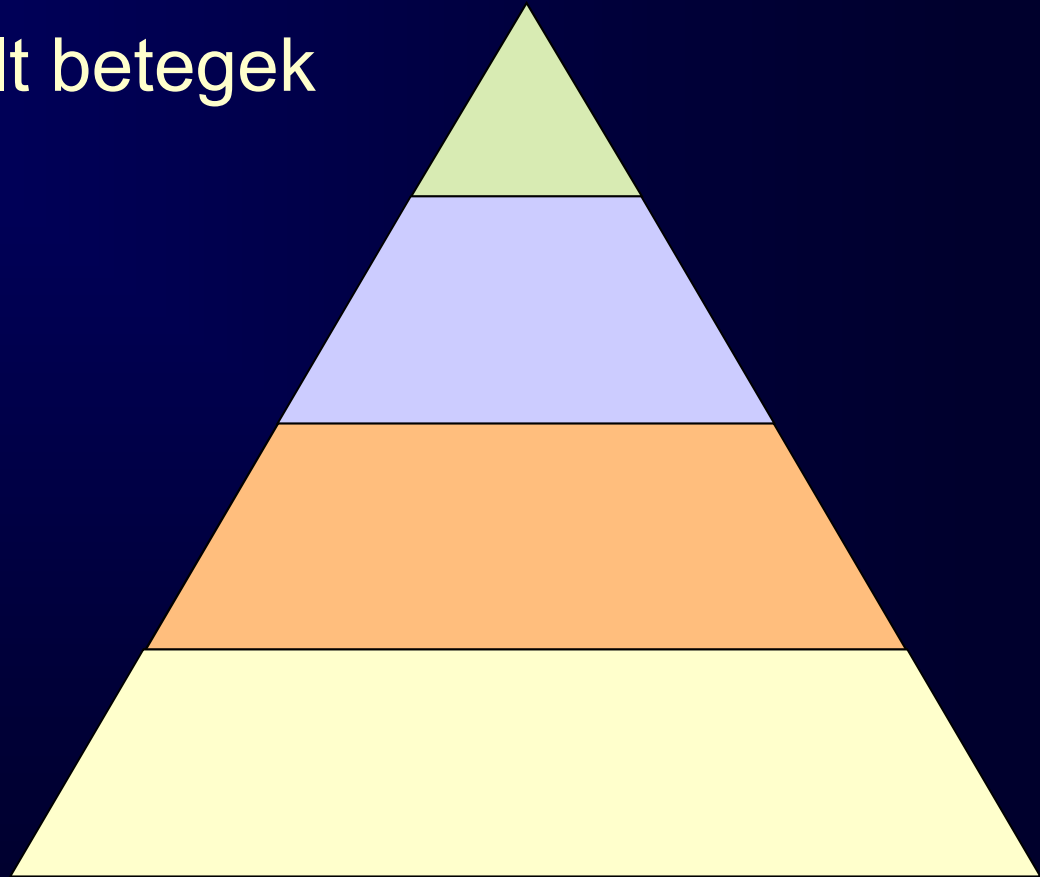
Rihmer és Angst, Compr Textbook of Psychiatry, 2009.

# A depressziók legfontosabb klinikai jellemzői II.

- Észak-déli grádiens főleg téli depr.
- Pszicho-szociális stresszorok és testi bet. gyakran provokálják (kb. 50%-ban)
- Betegségkezdet bipol. < major depr.
- Gyakori társbetegségek szorongásos bet. alkohol, ill. drog bet. testi bet.

# A depresszió ún. „jéghegy-jelensége”

- megfelelően kezelt betegek
- kezelt betegek
- nem ismerik fel
- nem megy/jut el orvoshoz



# A major depresszió gyakorisága az orvosi ellátás különböző szintjein'

- Családorvosok 8-10%
- Belgyógy./kardiológiai ambulanciák 20-28%
- Pszichiátriai ambulanciák 35-45%
- Pszichiátriai osztályok 30-40%

' pont-pevalencia

# A major depresszió gyakorisága, felismerése és kezelése a háziiorvosi gyakorlatban

- A major depresszió pont-prevalenciája 8-10 % (4-18 %, USA, Nyugat-Európa, Skandinávia, Magyarország)
- A felismerés aránya:  
25-50 % (1995 előtt), 62-85 % (1995 után)
- Az adequat antidepr. farmakoterápia aránya:  
20 % alatt (1995 előtt), 33-50 % (1995 után)

Lecrubier, Int. Clin. Psychopharmacol, 1998, 13: (Suppl.5),3-6.

Berardi et al, Psychother. Psychosom, 2005, 74: 225-230.



# Major depresszió a háziiorvosi praxisban- hazai vizsgálatok

- Szádóczy et al, J Affect Disord, 1997; 43: 239-244. 5,0 %
- Vörös et al, Pr Care Comm Psychiat, 2006; 11: 193-196. 5,5 %
- Torzsa et al, J Affect disord, 2009, 117: 202-204 7,3 %

# A depresszió rizikótényezői

- Depresszió (öngyilkosság) a családban (1° és 2°)
  - a depressziók kb. 50%-a familiáris
  - depresszió a családban = 3× esély
  - MZ — DZ konkordancia = 80-90% — 35-45%
- Súlyos korai negatív életesemények
- Szorongásos betegség (pánik, kényszer, stb.)
- Alkoholizmus, drogbetegség
- Súlyos testi betegségek (hypertonia, ISZB, stroke, migrén, stb.)
- Súlyos aktuális pszichoszociális stresszorok

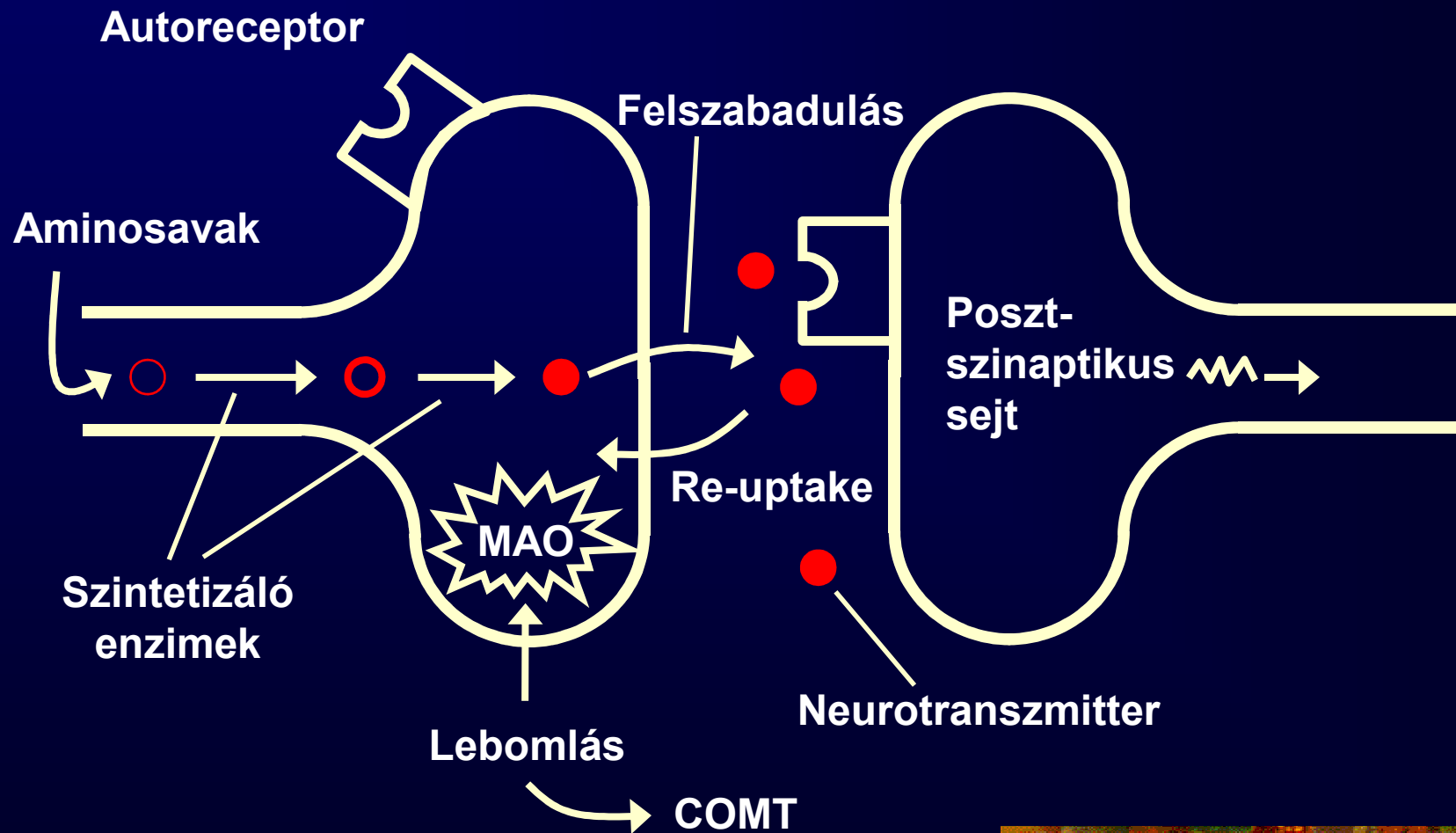
# A depresszió rizikóperiódusai

- Serdülőkor  
bipoláris > major depr.
- Szülés utáni időszak  
bipoláris > major depr.
- Menopauza (klimax)  
major depr. > bipoláris
- Szezonális  
téli, nyári

# Biokémiai háttér



# Ingerület-átvitel a központi idegrendszerben



# Major depresszió során csökkent a központi idegrendszer...

- szerotonin
- noradrenalin
- dopamin

rendszerének aktivitása.

Gyógyulás után ez a csökkent működés többnyire normalizálódik.

---

# Major depresszió során csökkent a központi idegrendszer...

- szerotonin (alvás, étvágy, szex, agresszió, kényszer, szorongás, szuicidalitás)
- noradrenalin (éberség, motiváció, energia, szex, kognitív működések, alvás)
- dopamin (drive, jutalmazás, szex, étvágy, kognitív működések)

rendszerének aktivitása.

Gyógyulás után ez a csökkent működés normalizálódik.

# Biológiai és pszichoszociális tényezők interakciója

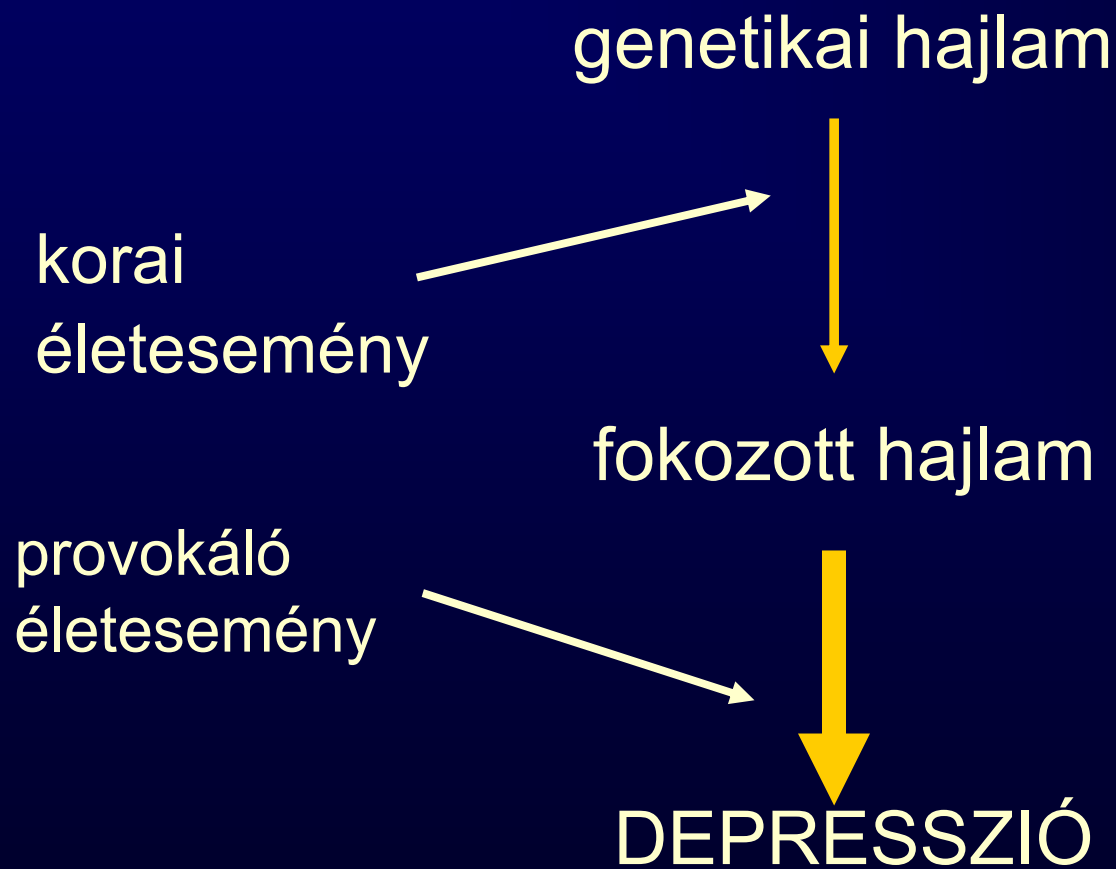




# A depresszió 3 fő oki tényezője

- Genetikai hajlam  
(depresszió az 1° és 2° rokonoknál)
- Korai negatív életesemények  
(szülő elvesztése, izoláció)
- Provokáló negatív életesemények  
(pszichoszociális stresszorok, hormonális krízisek, testi betegségek)

# A genetikai és környezeti tényezők szerepe depresszióban



# Életesemények és depresszió

„Csak jókedvet adj, Uram,  
a többi majd megoldom magam”

(Gari Gábor)

---

# A depresszió szövődményei



# A nem kezelt depresszió szövődményei

- Öngyilkosság 15-19%
  - Öngyilkossági kísérlet 35-50%  
(bipoláris > major depr.)
  - Másodlagos alk./drog bet. 30-55%
  - Munka elvesztése 1,8-2,5×  
tartós bet. áll., stb.
  - Szeparáció, válás 2-3×
  - Fokozott szomatikus mortalitás 2-2,5×  
(szív-érrendszeri, daganatos)
  - Az eü. ellátás fokozott terhelése 2,5×
-

# Depresszió és öngyilkosság

- Az öngyilkosok 65-87%-a (nem kezelt) depresszióban szenved a halál idején
- A nem kezelt depressziós betegek 15-19%-a öngyilkosságban hal meg
- Az öngyilkosok 30-44%-ának már volt megelőző szuicid kísérlete
- Az öngyilkosok 34-66%-a jár orvosnál az utolsó 4 héten belül (egy héten belül 16-40%)
- Az sikeresen kezelt depressziós betegek öngyilkossági rizikója tizedére csökken
- Az orvosi (pszichiátriai) ellátás alapvető az öngyilkosság megelőzésében

Rihmer et al. Curr Opin Psychiat 2002, 15: 83-87.

Rihmer, Curr Opin Psychiat 2007, 20: 17-22.

# Orvosi vizitek az öngyilkosság előtt

	Háziorvos	Pszichiáter
■ 3 hónapon belül	47-73 %	-----
■ 1 hónapon belül	34-66 %	18-21 %
■ 1 héten belül	28-40 %	9-11 %

Pirkis és Burgess, Brit J Psychiat, 1998, 173: 462-474.

Andersen et al, Acta Psychiat Scand, 2000, 102: 126-134.

# Az öngyilkossági rizikófaktorok

- Elsődleges (orvosi, pszichiátriai) rizikófaktorok
  - Depresszió, schizophrenia, alk/drog-betegség
  - Megelőző szuicid kísérlet (poz.családi anamn.)
  - Halálvágy, szuicid szándék kommunikációja
- Másodlagos (pszicho-szociális) rizikófaktorok
  - Negatív élet-események, munkanélküliség stb
- Harmadlagos (demográfiai) rizikófaktorok
  - Férfiak, fiatalok/idősek, tavasz/kora nyár



# The hierarchy of suicide risk factors (1)

## *Risk factor*

### ■ Primary

## *Example*

untreated depression,  
prior suicide attempt...

### ■ Secondary

unemployment,  
acute stressor...

### ■ Tertiary

male gender, old age,  
spring...

Suicide risk:

**LOW !**

---

## The hierarchy of suicide risk factors (2)

### *Risk factor*

#### ■ Primary

### *Example*

untreated depression,  
prior suicide attempt...

#### ■ Secondary

unemployment,  
acute stressor...

#### ■ Tertiary

male gender, old age,  
spring...

Suicide risk:

**HIGHER !**

---

## The hierarchy of suicide risk factors (3)

### *Risk factor*

#### ■ Primary

### *Example*

untreated major depression,  
prior suicide attempt...

#### ■ Secondary

unemployment,  
acute stressor...

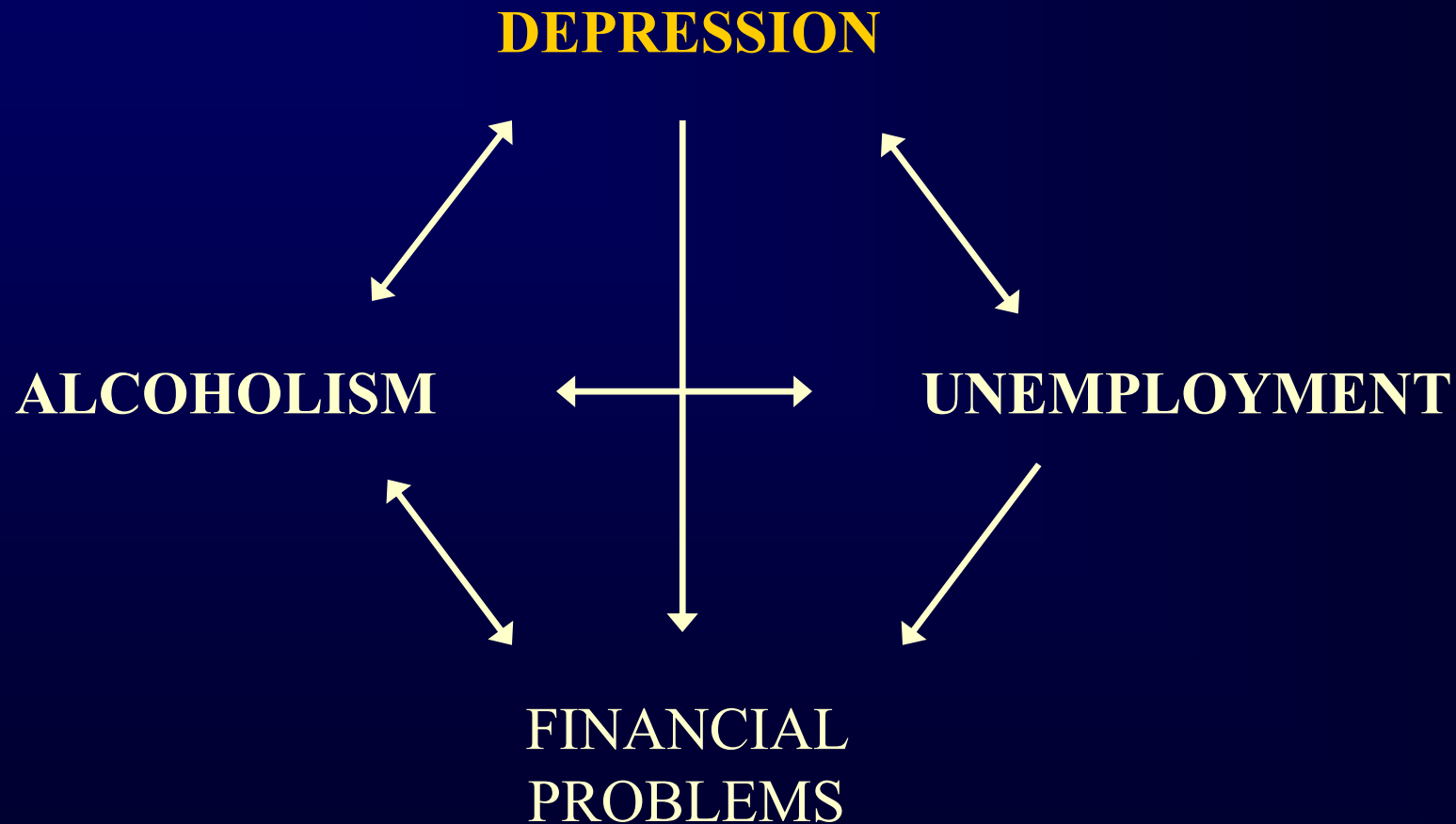
#### ■ Tertiary

male gender, old age,  
spring...

Suicide risk:

**HIGHEST !**

# SUICIDE RISK FACTORS INTERACT WITH EACH OTHER



# Kreativitás és depresszió

A depresszió, és különösen a bipoláris betegség kb. 3-5× gyakoribb kiemelkedő kreatitású emberek között:

- Tudósok	44%
- Zeneszerzők	50%
- Képzőművészek	56%
- Politikusok	59%
- Írók	88%

# Terápia



# A depresszió kezelésének céljai

- A tünetek (szenvedés) megszüntetése
- A munkahelyi, családi, társadalmi aktivitás helyreállítása
- A visszaesés megelőzése
- A szövődmények megelőzése (élettartam megnövelése)
- Anyagi haszon a család és társadalom számára

# A depressziók terápiája

- Pszichoedukáció
- Biológiai terápiák
  - gyógyszeres terápiák
  - alvásmegvonás
  - fényterápia, ECT, TMS
- Pszichoterápiák
  - egyéni támogató (szupportív)
  - egyéni célzott (IPT)
  - csoportterápia
  - családterápia
  - kognitív/magatartásterápia



# A depresszió gyógyszeres kezelése I.

- Major depresszió esetén mindig kell antidepresszív gyógyszer, bipoláris depresszióban mindig szükséges hangulatstabilizátor is
- A depressziós betegek különböző csoportjai különböző antidepresszívumokra reagálnak
- Megfelelő adag megfelelő ideig
- A hatás csak kb. 10-14 nap után mutatkozik
- Mellékhatások jelentkezhetnek, de ezek többnyire átmenetiek

## A depresszió gyógyszeres kezelése II.

- Hatástalanság esetén 3-5 hét múlva módosítás vagy gyógyszerváltás
- Szükség esetén szorongásoldók, altatók (átmenetileg), bipoláris betegségben hangulatstabilizátorok
- Tünetmentesség esetén még 6-12 hónapos kezelés, visszatérő esetekben évekig-évtizedekig is
- A hatékony gyógyszerek helyreállítják a közp. idegrendszer szerotonin, noradrenalin, illetve dopamin forgalmát

# Az antidepresszívumok felosztása

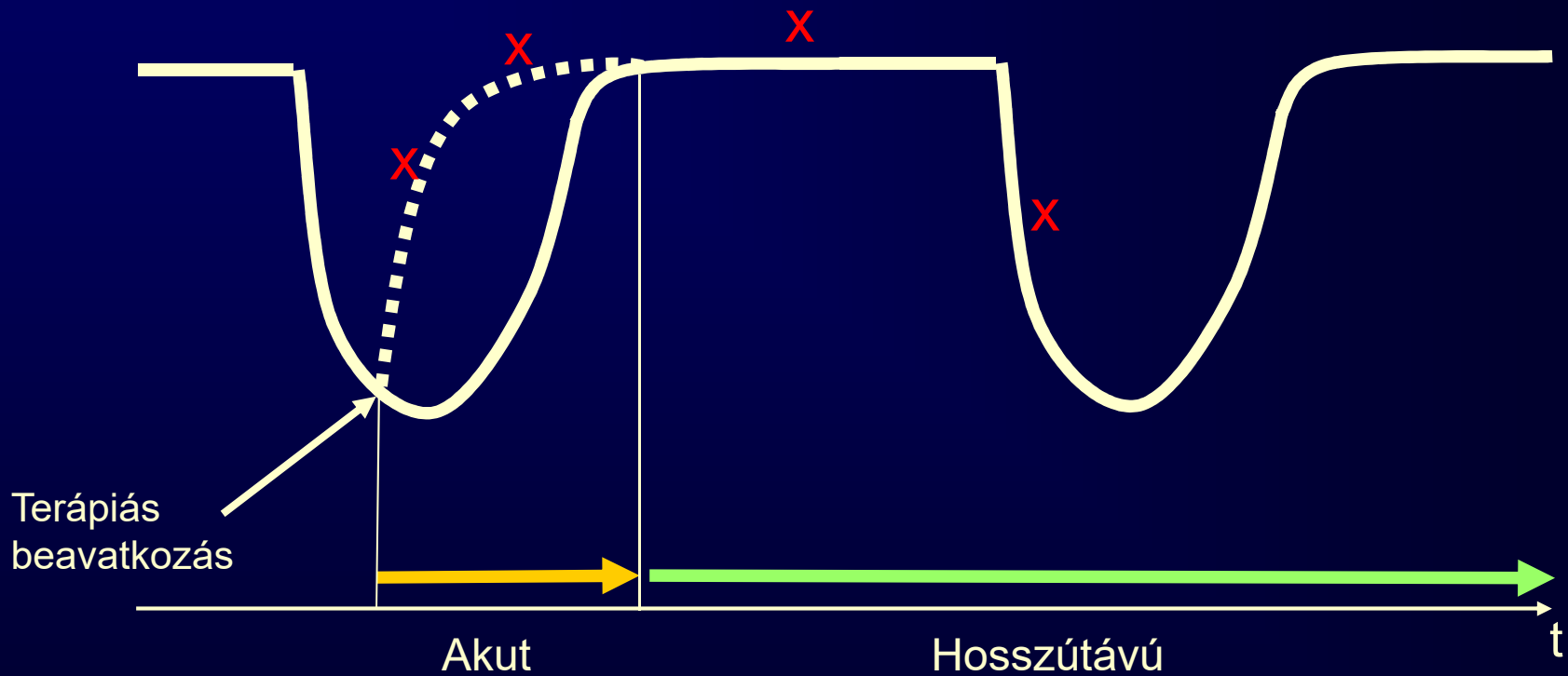
- SSRI (Fevarin, Floxet/Prozac, Paroxat/Rexetin, Seropram/Dalsan, Cipralex, Zoloft/Stimuloton)
- Kettős hatású szerek (Efectin/Velaxin, Cymbalta, Remeron/Mirzaten ill. Wellbutrin x)
- SNRI (Edronax)
- RIMA (Aurorix, Maorex)
- SSRE (Coaxil)
- Agomelatin (Valdoxan)
- Tri-tetraciklusos szerek (Anafranil, Melipramin, Ludiomil/Maprolu, Noveril, Teperin)

x dopamin reuptake-gátló hatás is

# Az antidepresszívum kiválasztása depresszióban

- Megelőző gyógyszerválasz (ha volt gyógyszeresen kezelt epizód)
  - Családi anamnézis adatai
  - Klinikai kép
    - gátolt, anhedóniás: Kettős, ill. NA-erg
    - agitált, komorbid: SSRI (+anxiolitikum, AP? stb)
    - sz. e. augmentálás, kombinálás
-

# A depresszió kezelésének időtartama



Kupfer után (1991) módosítva

# Gyógyulás után meddig folytassuk az antidepresszív farmakoterápiát ?

- 40 év alatti betegnél
  - 1. epizód után 6 – 9 hónapig
  - 2. epizód után 4 – 5 évig
  - 3. epizód után folyamatosan
- 40-50 év közötti betegnél
  - 1. epizód után 4 – 5 évig
  - 2. epizód után folyamatosan
- 50 év feletti betegnél
  - 1. epizód után folyamatosan

Greden, J Clin Psychiat, 1993; 54: (Suppl. 8), 39-45.

# A depresszió kezelésének gazdasági vonatkozásai

- A depresszió kezelésének költségei (kórházi ellátás, gyógyszer, munkabér, stb.) x
- A nem kezelt depressziók okozta társadalmi kár (ön-gyilkosság, rokkantosítás, másodlagos alk./drog bet., stb.) 15-20x

# Gyakori tévhitek a betegek, illetve a lakosság körében

- A depresszió nem betegség, csak „jellemgyengesség”
  - A depresszió (gyógyszerekkel) nem gyógyítható
  - Az antidepresszívumok „mérgezik az agyat”, vagy hozzá szokást esetleg öngyilkosságot okoznak
  - A pszichiáterek mindenkit „bolondnak” minősítenek
  - A depresszió pihenéssel, környezetváltással gyógyítható („szedd össze magad”)
  - A „kiváltó okot” kell megszüntetni
-



# Az öt legfontosabb üzenet

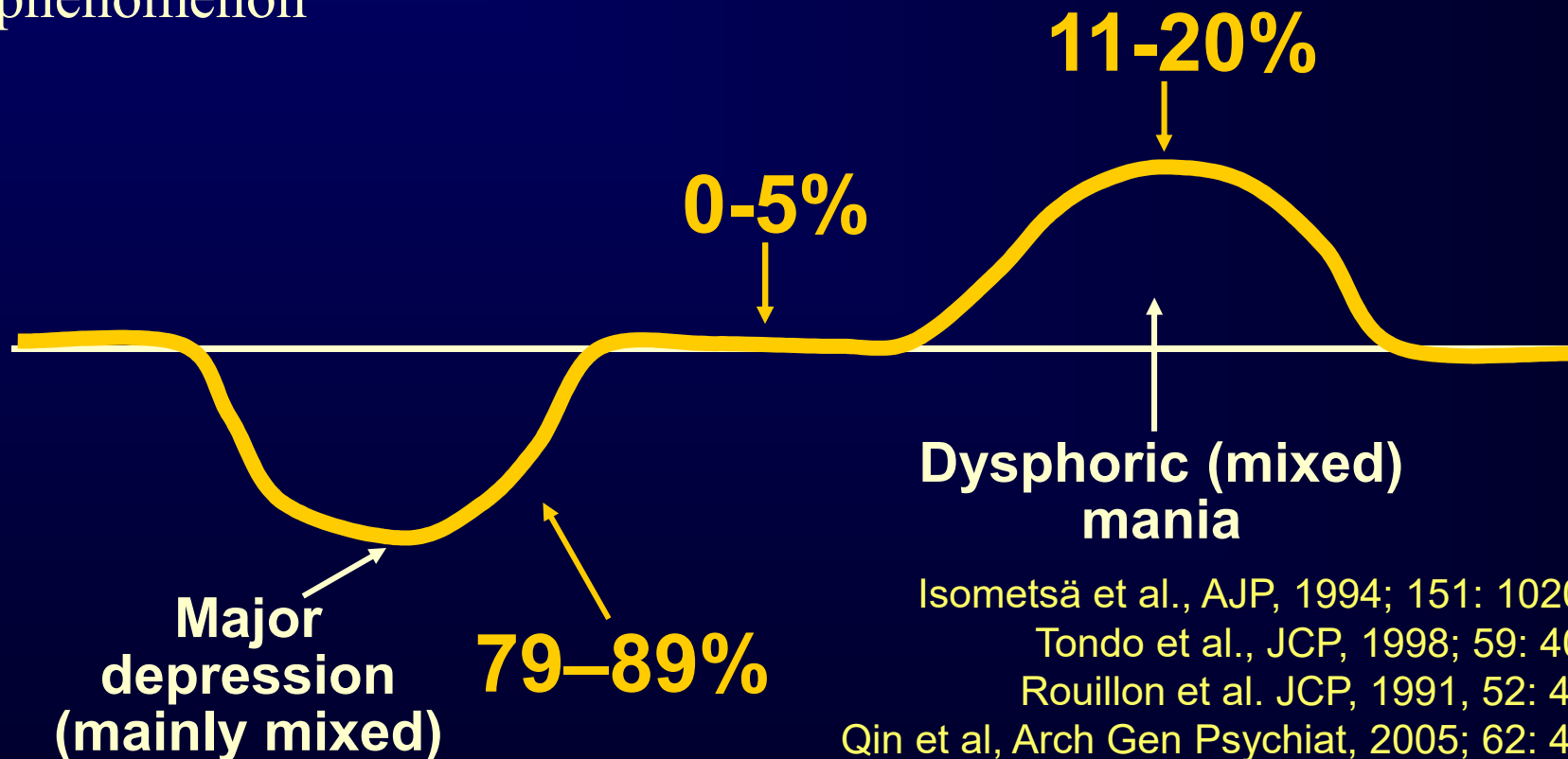
- A depresszió nagyon gyakori, de alulreferált, aluldiagnosztizált és alulkezelt betegség
- A kezeletlen depresszió súlyos egyéni és társadalmi konzekvenciákkal jár
- Az antidepresszív farmakoterápia alapvetően különbözik az unipoláris és bipoláris depresszióban
- Farmakoterápia: megfelelő gyógyszer, megfelelő adag, megfelelő ideig, sze. kombináció
- A depresszió eredményes kezelése lényegesen csökkenti a komplikációkat

# Appendix – az öngyilkosság megelőzése (fakultatív anyag)



# When do major mood disorder patients commit or attempt suicide?

Suicidal behaviour in mood disorders is state-and severity dependent phenomenon



Isometsä et al., AJP, 1994; 151: 1020-1024.

Tondo et al., JCP, 1998; 59: 405-414.

Rouillon et al. JCP, 1991, 52: 423-431.

Qin et al, Arch Gen Psychiat, 2005; 62: 427-432.

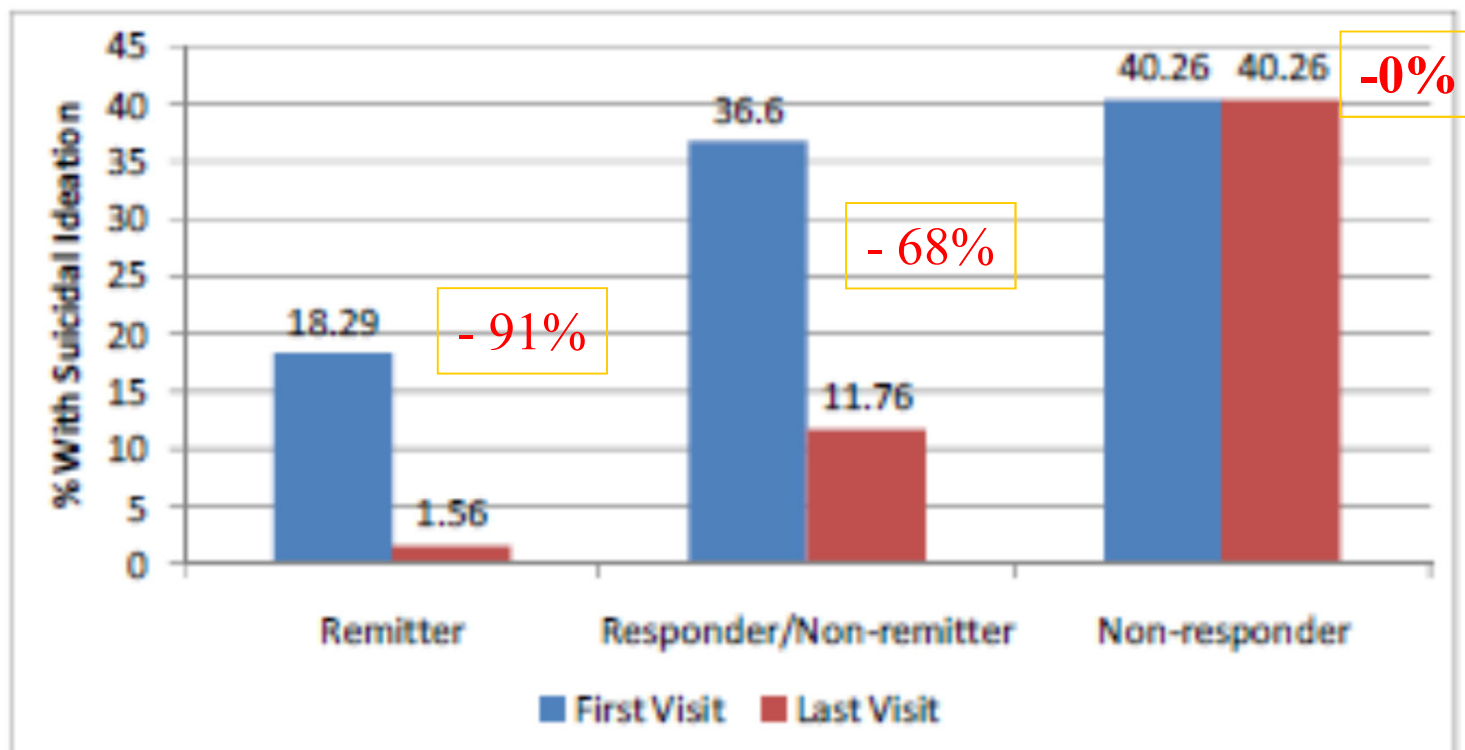
Baldassano, J Clin Psychiat, 2006; 67 (S-11): 8-11.

Valtonen et al, J Clin Psychiat, 2005; 66: 1456-1462.

Valtonen et al, J Affect Disord, 2007, 97: 101-107.

# SSRI treatment and suicidality (STAR\*D study) – Baseline suicidality

Figure 5a: Percentage with Suicidal Ideation at First and Last Visit by Exit Status



# Suicidality: risk factors and the effects of antidepressants. The example of parallel reduction of suicidality and other depressive symptoms during treatment with the SNRI, milnacipran

Courtet

Dovepress

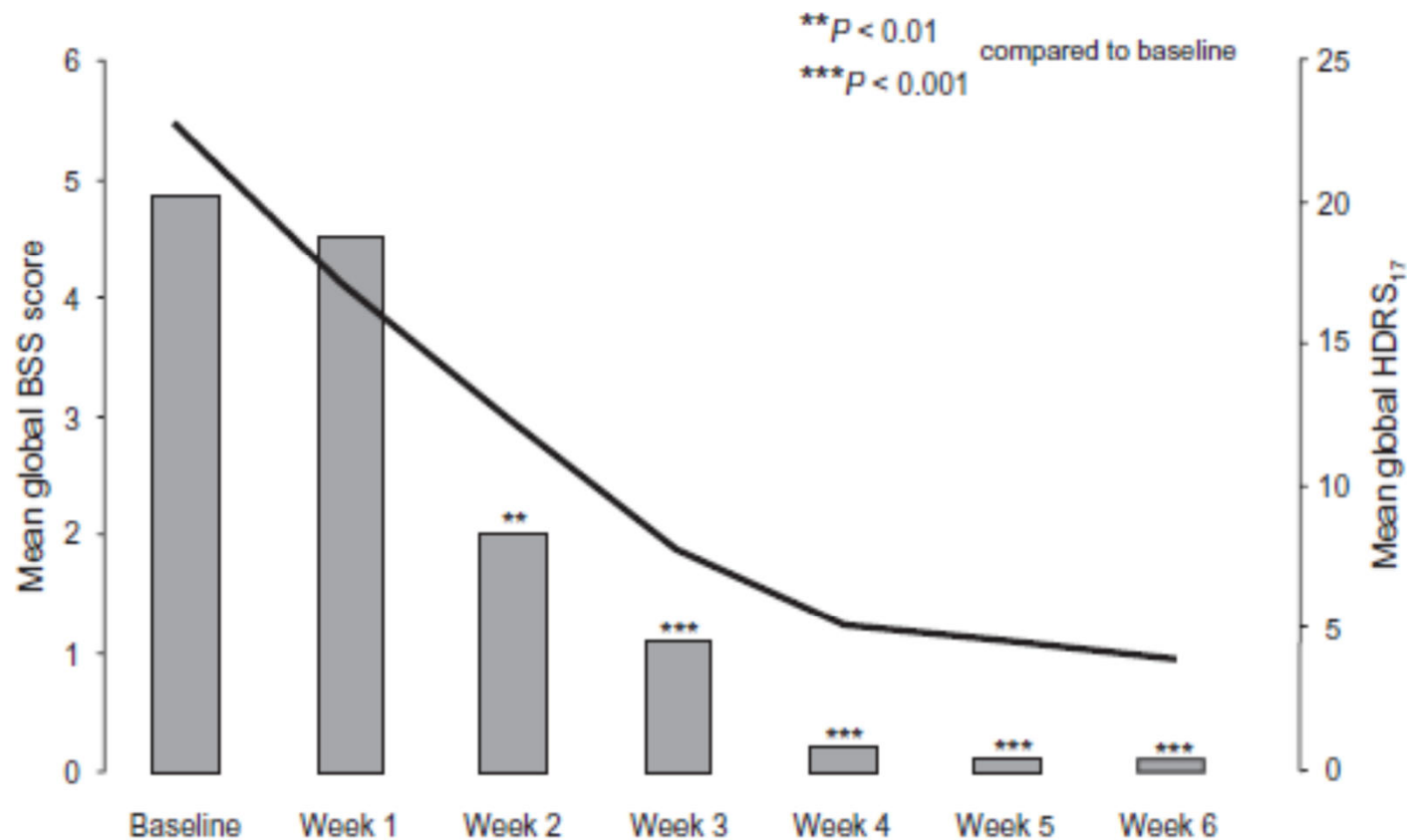


Figure 1 Parallel reduction of depressive symptoms and suicidality during the study.

\*\* $P < 0.01$ ; \*\*\* $P < 0.001$  compared to baseline values.

Note: Solid black line, mean global HDRS<sub>17</sub> scores; Gray column, mean global BSS scores.

N = 30, mild to moderate major depression

# Treatment of depressed suicides

The rate of antidepressant pharmacotherapy among depressed suicide victims/attempters is 10 – 20 %  
(adequate+inadequate dose)

Rihmer et al, J Affect Disord, 1990, 18: 221-225.

Isometsa et al Amer J Psychiat, 1994, 151: 530-536.

Marzuk et al, Amer J Psychiat, 1995, 152: 1520-1522

Oquendo et al, Amer J Psychiat, 1999, 156: 190-194.

Isacsson, Acta Psychiat Scand, 2000, 102: 113-117.

Henriksson et al, Acta Psychiat Scand 2001, 103: 301-306.

Dhossche et al, Arch Intern Med, 2001, 161: 991-994

Balázs et al, J Affect Disord. 2003, 76: 113-119.

Almási et al, Biomed Central Psychiatry, in press

# Treatment of bipolar suicides

Mood stabilizers in bipolar (I+II) suicide victims/attempters:

- Lithium: 4 – 32 %
- CBZ: 4 – 30 %

*Rihmer et al*, J Affect Disord, 1990, 18: 221-225

*Isometsa et al*, Amer J Psychiat, 1994, 151: 1020-1024.

*Balázs et al*, J Affect Disord, 2003, 76: 113-119.

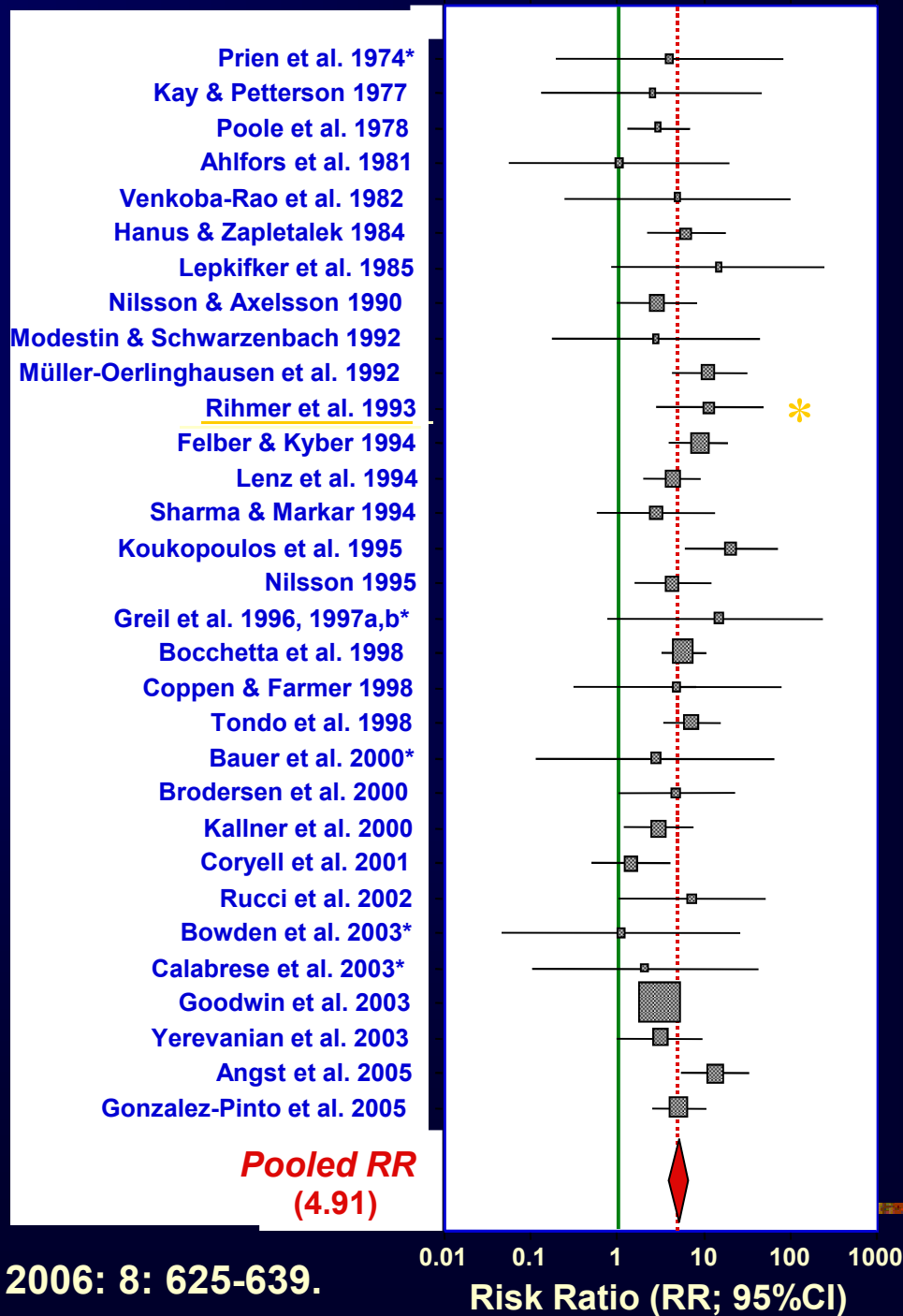
*Almási et al*, Biomed Central Psychiatry, in press

# Meta-Analysis: Lithium vs. Suicides & Attempts in Bipolar Patients

31 studies, 33.340 pts

Risk reduction: 80%

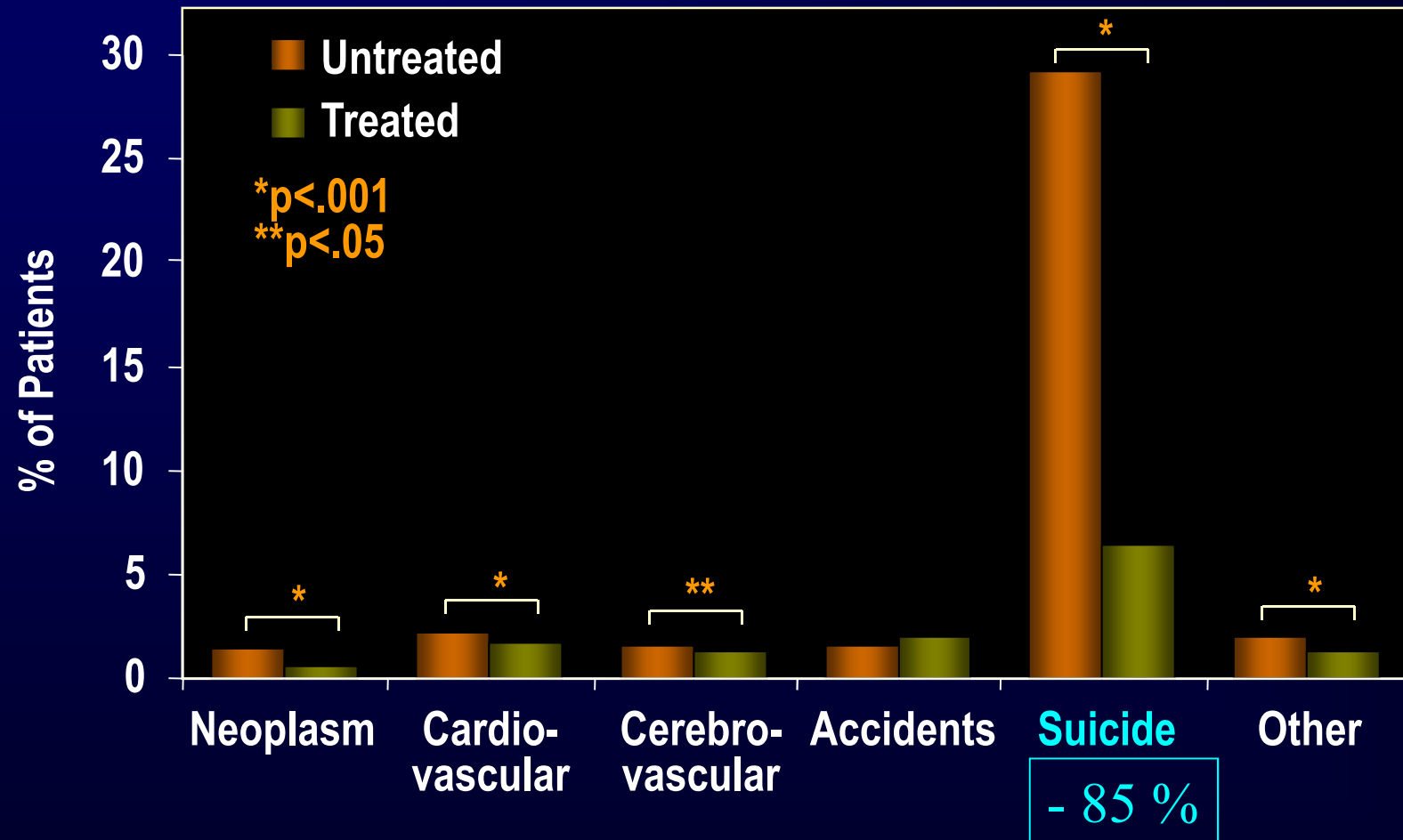
RCTs vs Open studies  
(similar results)



Baldessarini et al. Bipol Disord, 2006: 8: 625-639.



# Bipolar Disorder: Untreated vs Treated Standardised Mortality Ratios



Zurich Cohort, N=158 deaths (1959-1997).  
Angst F, et al. *J Affective Disord.* 2002; 68:167-181

# Continued AD treatment and suicide in unipolar depression. Denmark, 1995-2000

- 31.422 (18-110 yrs) former in or outpatients with unipolar depr.
- 15.8% no AD prescription after discharge
- 310 pats. committed suicide
  - 95 (31%) no AD prescription.
    - 90% of them suicided in the first 13 days after discharge
  - 215 (69%) one or more AD prescription

## Risk Ratio of suicide

- |                   |      |
|-------------------|------|
| ■ 1 prescription  | 1.0  |
| ■ 2 prescriptions | 1.11 |
| ■ 3 „             | 0.86 |
| ■ 4 „             | 0.95 |
| ■ 5-10 „          | 0.36 |
| ■ 11-15 „         | 0.34 |
| ■ 16 or more „    | 0.16 |

- 84 %

# Lithium Treatment: Reduced Suicidal Risk in Recurrent Unipolar Major Depression

Bech et al. 1976

Lepifker et al. 1985

Müller-Oerlinghausen et al. 1992

Greil et al. 1996

Bocchetta et al. 1998

Coppen & Farmer 1998

Bauer et al. 2000

Tondo et al. 2006

Risk reduction:

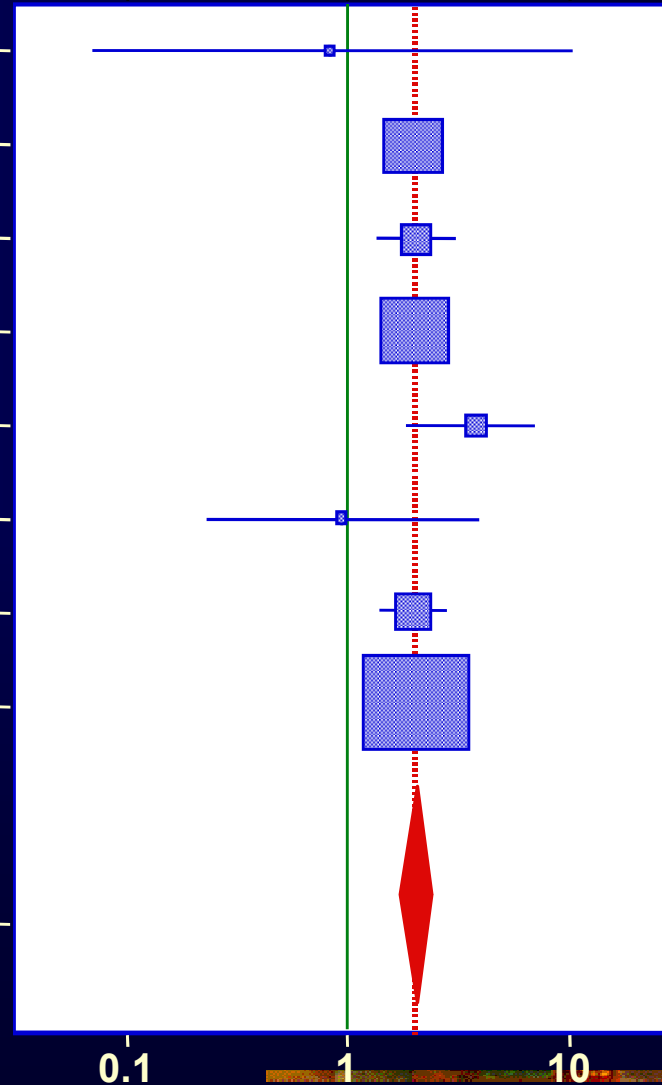
S: 85 %

S+SA: 88.5%

**Pooled RR**  
**2.01 (1.81–2.22)**

8 studies, 329 patients

Guzzetta et al, J Clin Psychiat, 2007; 68: 380-383.



**Risk Ratio (95%CI)**

# Acute and long-term pharmacotherapy of patients with unipolar and bipolar major mood (depressive) disorders (ADs, MSs, APs)

## Risk reduction of:

- Suicide 82 % (60 - 95 %)
- Suicide attempts 80 % (66 - 93 %)

Baldessarini et al, Bipol Disord, 2006; 8: 625-639.

Angst et al, J Affect Disord, 2002; 68: 167-181.

Yerevanian et al, Acta Psychiat Scand, 2004; 110: 452-458.

Kessing et al, Arch Gen Psychiat, 2005; 62: 860-866.

Sondergard et al, Arch Suic Res, 2007; 11: 163-175.

Yerevanian et al, J Affect Disord, 2007; 103: 5, 13, 23.

Sondergard et al, Bipol Disord, 2008; 10: 87-94.

# Treatment of Suicide Risk in Schizophrenia

## Clozapine vs. Suicidal Risk

Meltzer & Okayli 1995

Walker et al. 1997

Reid et al. 1998

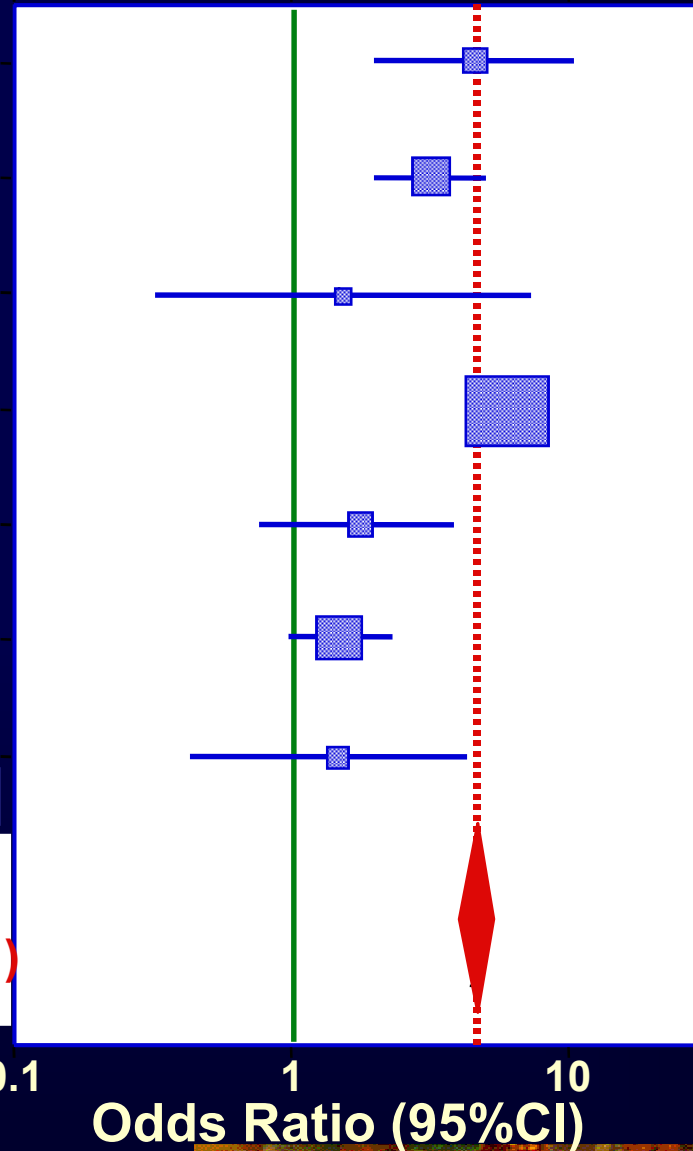
Munro et al. 1999

Sernyak et al. 2001

Meltzer et al. 2003

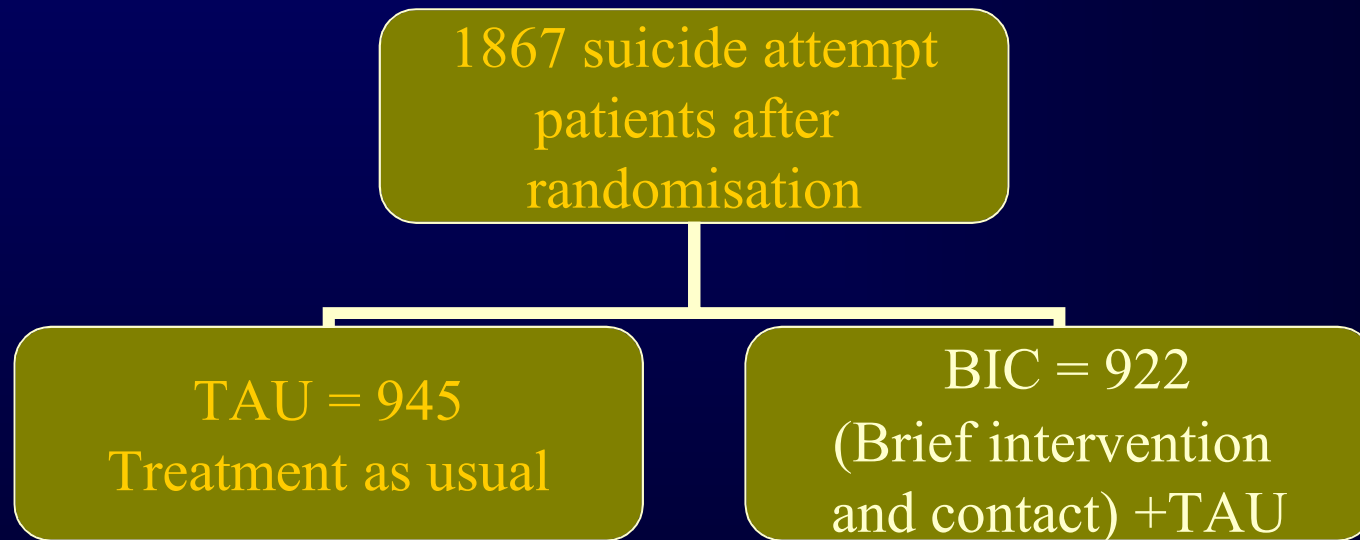
Modestin et al. 2005

**Pooled OR**  
**(4.64; p<0.0001)**



# WHO Brief intervention study Fleischmann et al (2008)

- RCT multi-center based intervention study SUPRE-MISS (2002-2005)



- BIC = An 1 hour consultation in combination with discharge after a suicide attempt and afterwards nine further follow-up contacts – 1,2,4 7,11 weeks, and 4,6,12 och 18 months after a suicide attempt with a doctor, psychologist or nurse

# Results

## Deaths due to Suicide during the 18-month follow-up

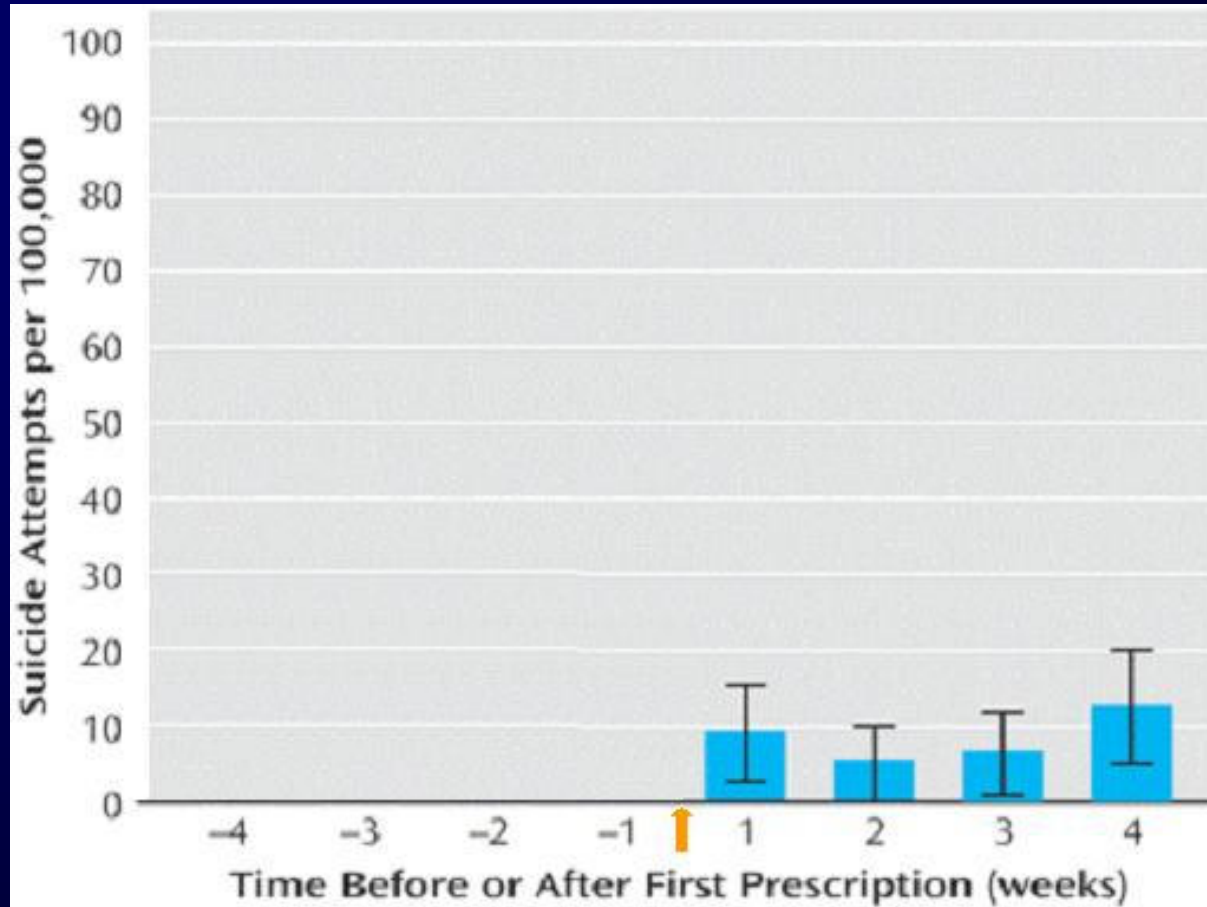
**TAU**  
**n=18 (2.2%)**

**BIC+TAU**  
**n=2 (0.2%)**

**p=<0.001**

**Fleischmann et al (2008) Bulletin of the World Health Organization,  
86; 703-709.**

## Suicide attempts 4 weeks after starting ADs

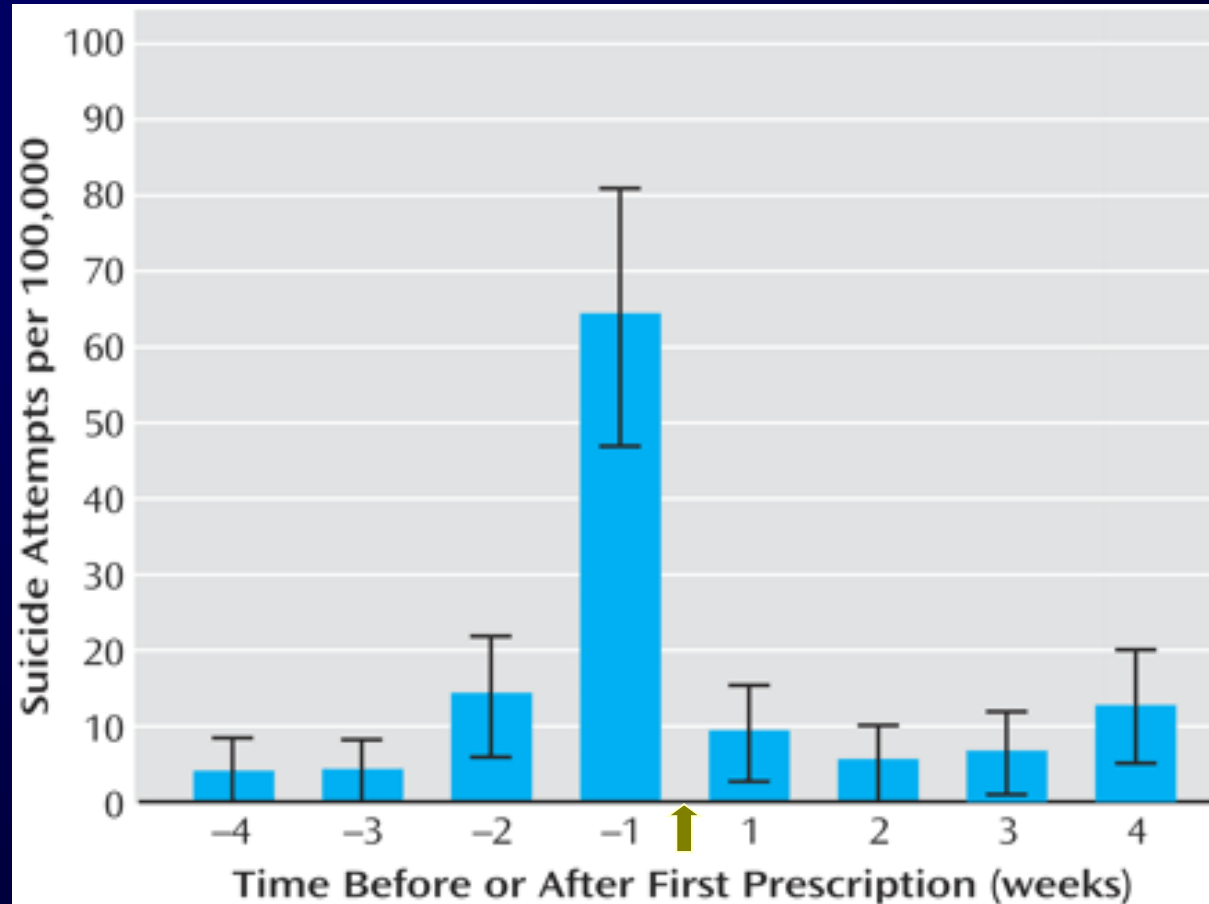


Rates of Suicide Attempts During 4 Weeks After Initial Antidepressant Prescription<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Bars indicate 95% confidence intervals.



## Suicide attempts 4 weeks before and after starting ADs



Rates of Suicide Attempts During the 4 Weeks Before and 4 Weeks After Initial Antidepressant Prescription<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Bars indicate 95% confidence intervals.

Simon et al, Amer J Psychiat, 2006; 163: 41-47.

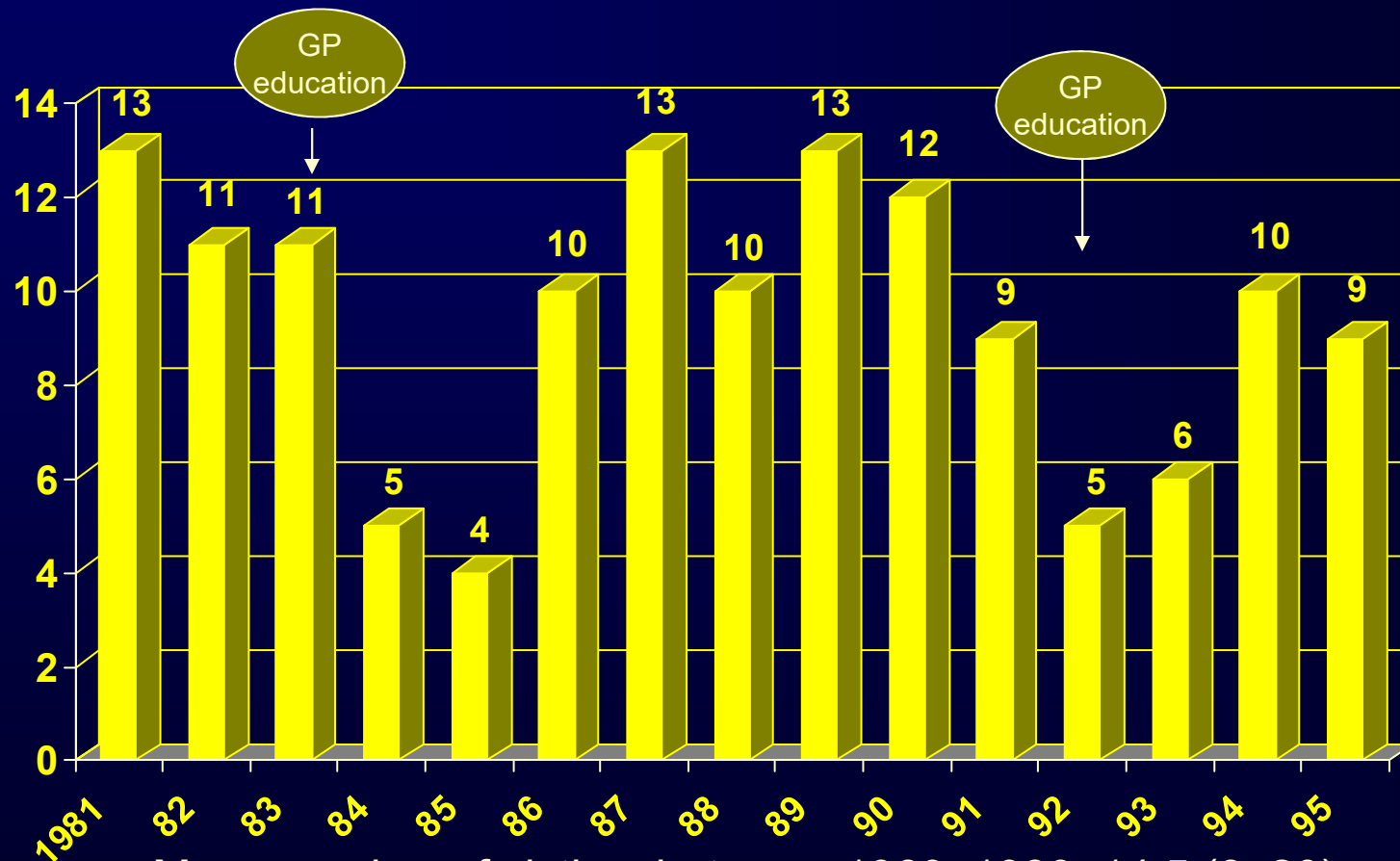
# A Gotland vizsgálat

---

- Gotland – svédországi sziget (lélekszám: 58.000)
  - 18 házi orvos, kötelező területi beosztás
  - Főleg mezőgazdaság, turizmus, alacsony mobilitás
  - Magas szuicid ráta, sok „apátiás” beteg
  - Alacsony antidepresszivum forgalom
  - Rövid, de intenzív posztgraduális térning a házi-orvosok számára a depresszió felismerését és korszerű kezelését ill. a szuicidium megelőzését illetően 1983-ban.
-

# The Gotland Study (1983)

Number of suicide victims on Gotland between 1981-1995



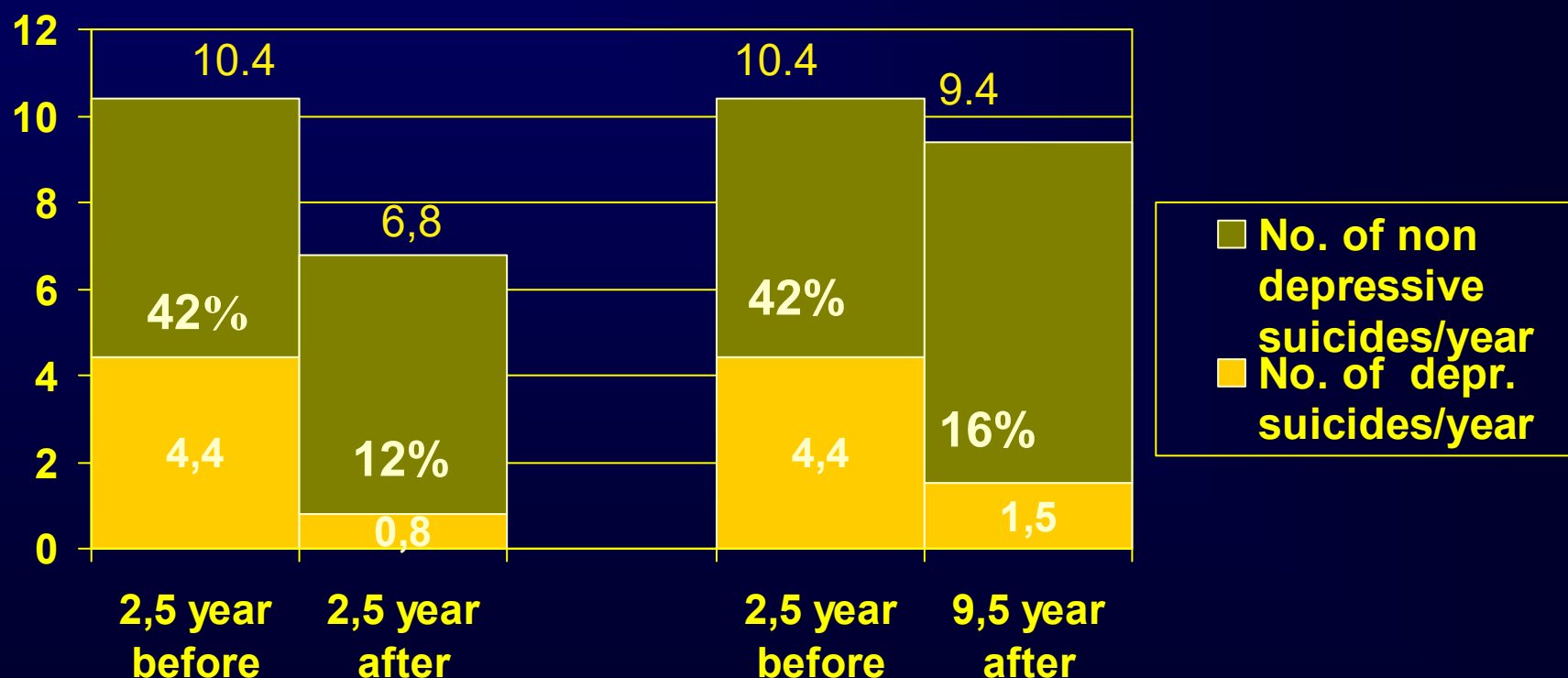
Mean number of victims between 1969–1980: 14.5 (8–20)

ADs: 1981 = 5.8 → 1996 = 28.9 DDD/1000/year (5 x)

# Rate of depressive suicides among all suicides in Gotland, before and after the GP training (1981–1992)

$p < 0.06$

$p < 0.01$



# Lényeges változások a tanfolyam utáni 2-3 évben

---

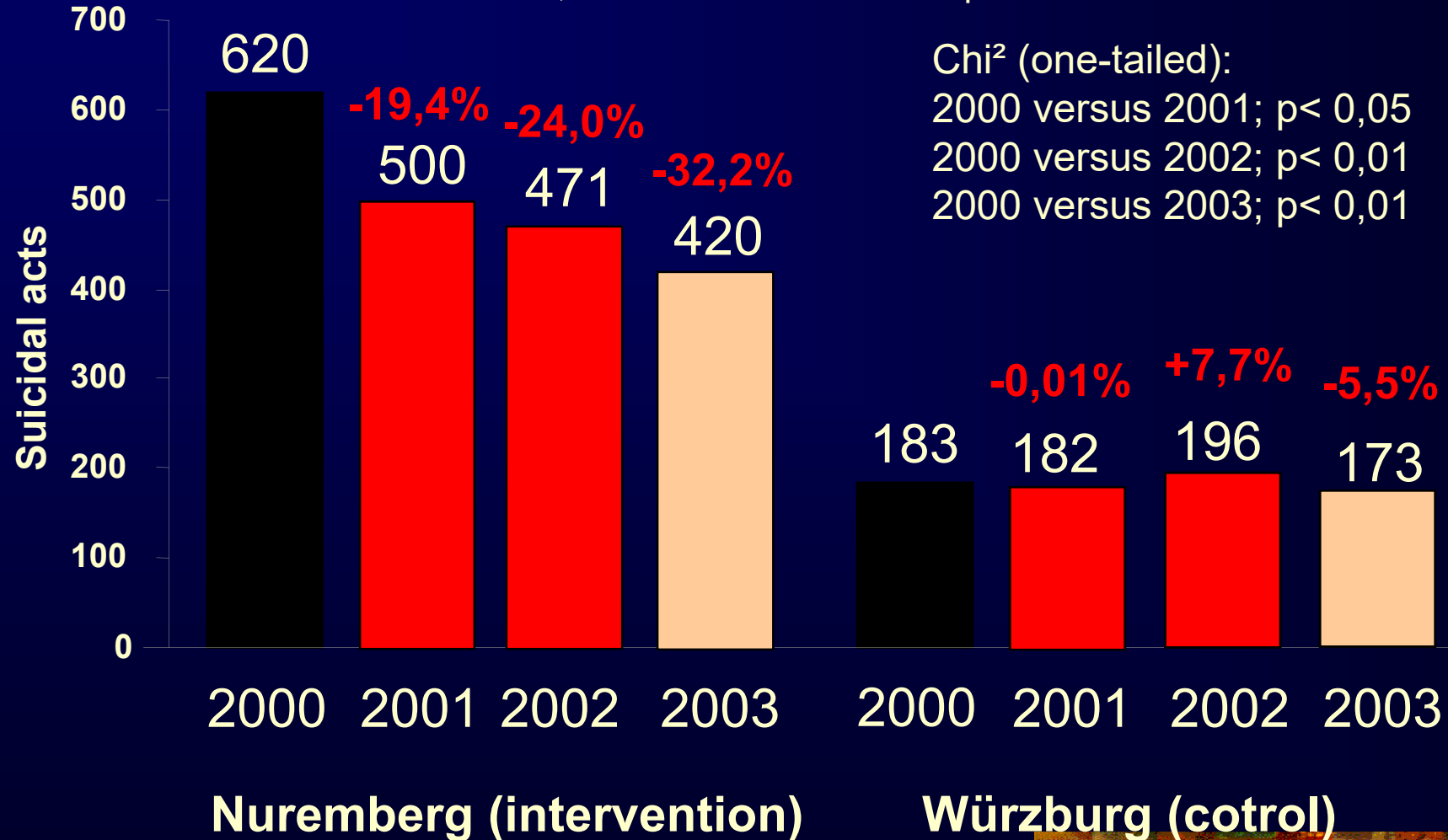
	<b>Gotland</b>	<b>Svédország</b>
■ Szuicid halálozás	60% ↓	↑
■ Depresszió miatti kórházba utalás	75% ↓	↑
■ Depresszió miatti betegállomány	50% ↓	↑
■ Antidepresszívumok	50% ↑	↑
■ Neuroleptikumok, anxiolitikumok	25% ↓	↑

---

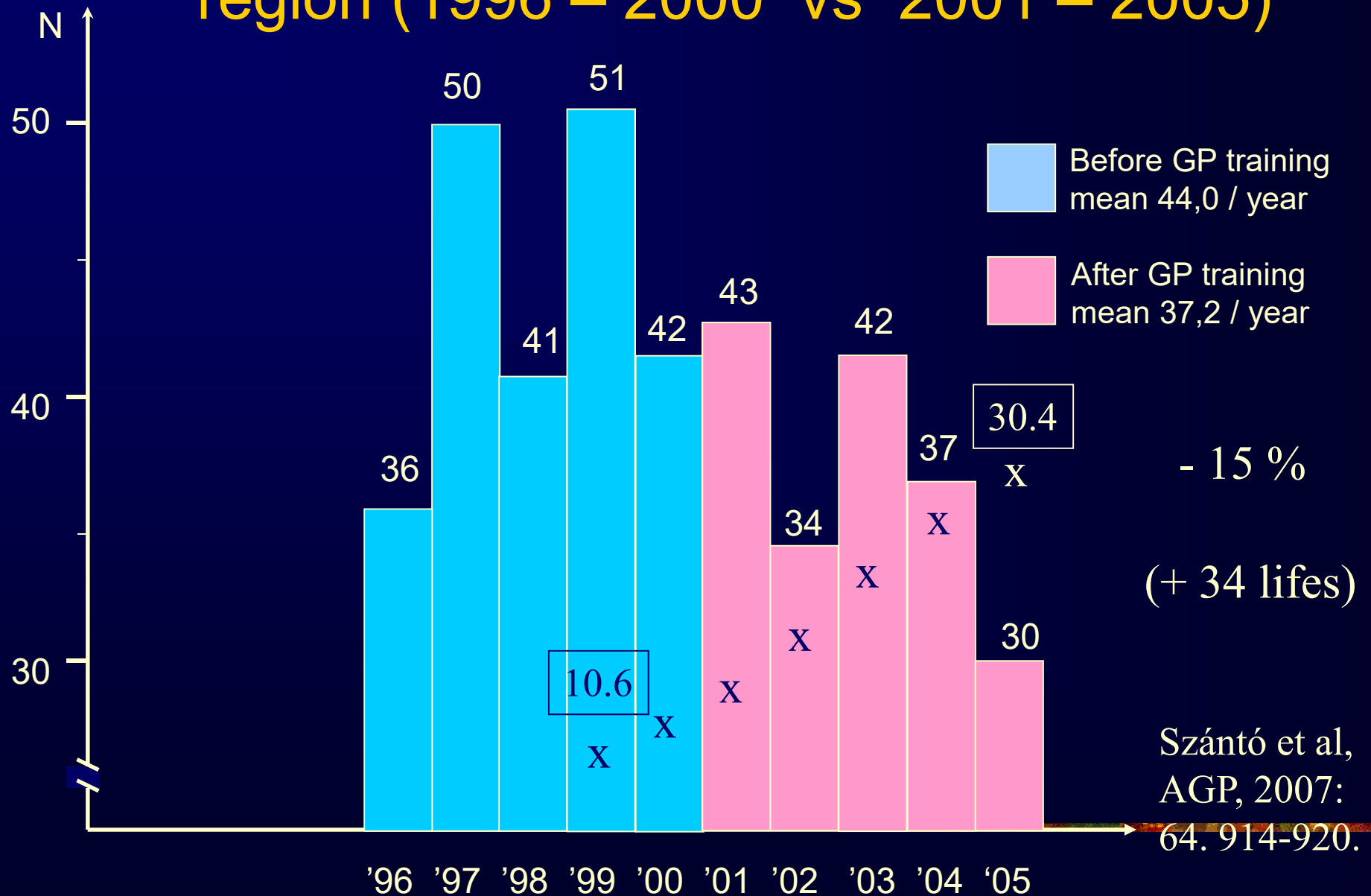
# Nuremberg: Outcome

Suicidal acts, Nuremberg - Wuerzburg

Baseline, intervention and follow up



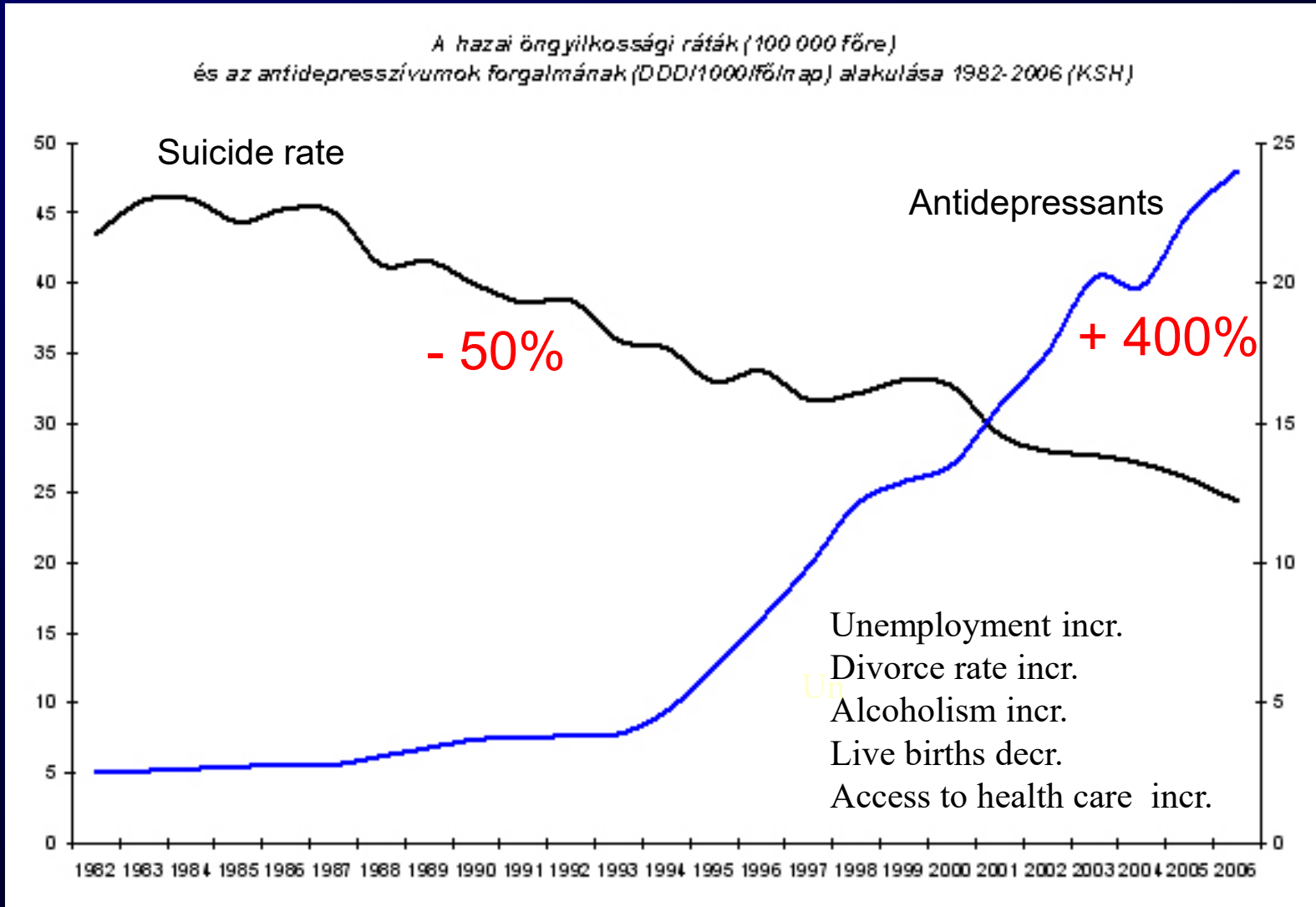
# Number of suicides in Kiskunhalas region (1996 – 2000 vs 2001 – 2005)



# Suicide rates and AD prescriptions in Hungary (1982-2006)

SR

ADs





## **1. Competence/responsibility of health care**

### *1.1. Patient oriented perspective (i.e. targeting high-risk groups)*

#### 1.1.1. Elimination of acute suicide crisis

##### 1.1.1.1. Psychiatric emergency crisis

##### 1.1.1.2. Crisis centers and hotline (SOS) telephone services

#### 1.1.2. Improving the diagnosis and treatment of mental disorders

##### 1.1.2.1. Acute and prophylactic treatment of mental of mental disorders

##### 1.1.2.2. Education of patients, relatives and health care workers

#### 1.1.3. Aftercare of persons with high suicide risk

#### 1.1.4. Focus on special subgroups: adolescents and old people

### *1.2. Public oriented perspective (i.e. targeting general population via media)*

#### 1.2.1. Decreasing negative attitudes regarding mental illness and suicide

#### 1.2.2. Responsible media coverage

#### 1.2.3. Education of the public on the symptoms and dangers of mental disorders, suicide risk factors and show successful cases

## **2. Competence/responsibility of community leaders (public oriented perspective)**

### *2.1. Improve well-being of people in general (incl. decreasing unemployment)*

### *2.2. Increase support for health and social care systems*

### *2.3. More restrictive alcohol and drug policy*

### *2.4. Decrease in the access of lethal suicide methods ( domestic- and car-exhaust gas, guns etc )*

*Rihmer et al,*

# A depresszió kára és ára

KÁR > ÁR



# A pánikbetegség mint orvosi értelmben vett betegség


Prof. Dr. Rihmer Zoltán

(fakultatív)

2013

---

# A szorongásos betegségek („neurózisok”) felosztása a DSM-IV szerint

- Pánikbetegség
  - Generalizált szorongásos betegség
  - Kényszerbetegség
  - Szociális fóbia
  - Agorafóbia
  - Poszttraumás stressz-betegség
  - Akut stressz-betegség
  - Specifikus fóbia
- 

# A pánikbetegség három komponense

- Ismétlődő pánik attackok
- Anticipált szorongás
- Agorafóbia

( Minor ill. major depresszió )



# A pánikroham tünetei (DSM-IV)

- Legalább 4 az alábbiakból:

1, palpitáció/tachikardia

2, izzadás

3, remegés, reszketés

4, fulladás, légszomj

5, gombóc-érzés

6, mellkasi fájdalom

7, hányinger, hasi panaszok

8, szédülés, ájulásérzés

9, derealizáció,

10, megőrüléstől való félelem

11, halálfélelem

12, paresztéziák, zsibbadás

13, hidegrázás, kipirulás stb.

# A pánikbetegség klinikai jellemzői

- Nő : Férfi arány = 2,5 : 1
- Leggyakrabban 18 és 25 év között indul
- Gyakori a gyermekkori szeparációs szorongás
- Agorafóbia az esetek 65-80 százalékában
- Major depresszió 38-90 százalékban (2-20 éves követés)
- Szekunder alkohol/drog bet. gyakori (sziucidalitás)
- Hipertónia, nyombélfekély, mitrális prolapszus, idiopátiás kardiomiopáthia gyakran társul hozzá (koffein fogyasztása gyakran provokál pánikrohamot)

# A pánikbetegség epidemiológiája

- A felnőtt lakóságban

	Nemzetközi	Hazai
Élettartam prev.	1,1-3,5%	4,4%
1 éves prev.	0,9-2,5%	3,1%
1 hónapos prev.	0,5-2,0%	2,0%

- Családorvosi rendeléseken 3-9%
- Kardiológiai osztály/amb. 19-22%
- Neurológiai osztály/amb. 13-15%

Szádóczky et al. Orv. Hetil. 2000, 141: 17-22



# A pánikbetegség kezelése

- Farmakoterápia

Antidepresszívumok (SSRI, kettős hat., RIMA)

Nagy potenciálú benzodiazepinek  
(alprazolám, clonazepam)

- Pszichoedukáció

- Szupportív pszichoterápia

- Célzott pszichoterápia (légzés-kontroll terápia, magatartás-terápia stb)

# Általános szempontok pánikbeteggek farmakoterápiája során

- Megfelelő dózis (fokozatos felépítés), megfelelő ideig (min. 3-4 hét)
- Hatástalanság esetén további dózis emelés, ill. gyógyszer-váltás
- Preferáljuk a kombinált kezelést (antidepresszívum + nagy potenciálú BZD)
- Gyógyulás esetén még legalább 6-8 hónapig folytassuk a kezelést, több éves anamnézis esetén akár évekig is

# Magyarázzuk el a betegeknek

- A gyógyszeres kezelés hatása csak néhány nap vagy hét múlva jelentkezik
- Átmenetileg (ártalmatlan) mellékhatások is felléphetnek (pl. álmoság, szédülés, stb)
- A tartós gyógyszeres kezelés nem jelent függőséget, hozzászokást, stb.
- A gyógyszerek önkényes (hirtelen) elhagyása kellemetlen (megvonási) tüneteket ill. visszaesést okozhat

# Kreativitás és depresszió

A depresszió, és különösen a bipoláris betegség kb. 3-5× gyakoribb kiemelkedő kreatitású emberek között:

- Tudósok	44%
- Zeneszerzők	50%
- Képzőművészek	56%
- Politikusok	59%
- Írók	88%