

Dr. Pető Zoltán

Az időskori depressziók előfordulása, tünetei és felismerése

Bevezető

Az elmúlt évtizedek során jelentősen változott a lakosság kor szerinti összetétele. Közép-Európában – de a fejlett országok valamennyiében – a legfiatalabb korosztály számszerű csökkenése tapasztalható. Az idősek számának emelkedése korjelenséggé vált. A 60–65 évnél idősebb emberek száma az elmúlt 100 évben megsokszorozódott, és ma már a fejlett országok lakosságának mintegy 15%-át teszi ki.

Hazánkban az elmúlt 20 évben ugyanezen tendencia felerősödött. Az 1. táblázat mutatja, hogy 1980 és 2000 között miképpen alakult az idősek aránya a magyar lakosságban. Azt lehet mondanunk, hogy ez a ten-

dencia nagy kihívás az egészségügy számára, mert az időskori depresszió:

- növekvő közegészségügyi probléma,
- növekvő gazdasági teher,
- életminőség romlás az egyén számára, ami
- fokozott kiszolgáltatottságot és
- alapellátási kockázati faktort jelent (C.Katona, 2000.)¹

Nem csak hazánkban okoz e kérdés nagy gondot, hiszen a WHO adatai szerint 50 év felett Európában a várható korösszetétele a 2. táblázatban látható.

Következtetések:

1. Európa és hazánk lakossága „előregedő”.
2. A társadalom előregedésének mutatói fokozott figyelmet érdemelnék az idősügyi szociális és egészségügyi, mentális *és társadalompolitikai területeken.
3. Idős korban növekszik a de-

pressziós megbetegedések aránya, azok ellátása fokozott egészségügyi és gazdasági terhelést ró a társadalomra.

4. Az idős lakosságban magas az öngyilkosságok száma.

5. A kezelésben a polimorbiditásra nagy súlyt kell helyezni, a társbetegségek gyógykezelésével kell összehangolni a depressziókezelést.

Az időskorúak depressziójának kezelésében a fentieket állandóan szem előtt kell tartani, és azoknak megfelelő gyógyszer választani.

A világirodalom egységes abban a kérdésben, hogy az időskori depressziók nagyobb figyelmet és odafigyelést érdemelnének, mert a felismerésük, a gyógykezelésük bonyolultabb, mint a korábban jelentkező affektív betegségeké. Nem túl régen vált ismeretessé az a konszenzus, mely Alexopoulos, Katz és munkacsoportjuk által végzett munka alapján jött létre, és amelynek segítségével bizonyosan határozottabb kezelési irányelvek szabhatók meg.²

Dr. Pető Zoltán
Szegedi Tudományegyetem
Pszichiátriai Klinika
Neuropszichiátriai Rehabilitációs Osztály
6724 Szeged, Pulz u. 1.

1. táblázat

Magyarországon észlelhető előregedés: *						
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-90	>90
1980	547372	416237	274669	20072	5878	13498
2000	481347	418298	322334	322334	11467	27348
Miközben az ország lakossága 666239 fővel csökkent.						
Polimorbiditás						
192 depresszió dg.-ra idős korban (>65 év) 307 társbetegség jutott. (Pető, 2002.) /10/						
Öngyilkosság:*						
	1980	2000				
	4809	3269				
ebből >60		1126				
A társadalom idősödésének mutatói:*						
	Öregedési index		Idős népesség eltartottsági rátája			
1980	61,9		20,9			
2000	85,5		21,4			

*A magyarországi adatok a KSH. 2000. könyvből származnak 1978-1980, Szolg. használatra jelzésű kiadványból)

2. táblázat

Várható korösszetétel Európában:		
	1990	2020
> 50	31%	42%
> 60	20%	27%
> 65	15%	20%
> 75	7%	9%
> 85	1%	2%

Tény, hogy az idős korban a depressziós állapotokat a valóságosnál kevesebbszer ismerik fel^{14,5} és e betegségek kevesebbszer kerülnek gyógykezelésre, mint ahogyan az szükséges volna.

Van a társadalmi közgondolkodásban egy olyan jelenség, hogy az idős korban a sokféle szomatikus és pszichés tünetnek „bagatellizáló” jellegű tulajdonít. Testi és lelki állapotváltozások közül többet a „természetes öregség”-nek vélnek, ezért külön figyelemre, kezelésre méltónak sem tartanak. Legtöbbször a fáradékony-ságot, a koncentrációs készség hanyatlását, az erőfeszítések eredményességének a csökkenését elintézik azzal, hogy „ez természetes, ne is foglalkozzunk vele”. Így aztán sok időskori depresszió rejtett és kezeletlen marad, rontván az életminőséget, növelvén az öngyilkosságok számát és szaporítván az idősödő korosztály gondjait, panaszait.

Írásunk azokhoz szól, kik többet szeretnének tudni erről a lappangóan sokasodó betegségről azért, hogy segíthessenek. A segítő szándékkal indulókat is – amennyiben orvosok – motiválni szeretnénk arra, hogy felismerés esetén írják fel a megfelelő antidepresszánsokat. A megkülönböztető figyelmet az is indokolja, hogy a depressziós betegek körében a nem megfelelő együttműködés háromszor gyakoribb, így a felismerés lehetősége is csökkenhet. DiMatteo, M.R. at al., (2000).⁶ C.Katona³ utal arra, hogy 109 felismert depresszió esetén csak 9,7%-ban írtak fel az orvosok megfelelő gyógyszert. Pedig erre nagyon komoly szükség volna, hiszen az öngyilkosságot elkövető idős, depressziós betegek 40%-a cselekménye elkövetése előtti héten felkeresi kezelőorvosát. Conwell (1997).⁷ Szükséges tehát határozottabb figyelmet fordítani erre a területre, és megfelelő

helyén átgondolni újra a kezelés és felismerés legfontosabb szempontjait.

„Hintsük be magunkat kevés reménnyel, sok-sok kinnal, búbanat-tal, kis örömmel, – mihez ragaszkodunk foggal – körömmel?” (Szilágyi Domonkos)

Az időskori depresszió megközelítése

A nem kezelt depresszió számtalan kockázattal jár. Bármely korban növeli a szuicidiumok kockázatát, rizikófaktorot jelent a pszichoszomatikus betegségekben, gátja a szociális funkcióknak és az érzelmi élet zavarainak háttere. A depressziós tünetek kétségbe ejtik a környezetet is, megbénítják sok személy segítő cselekvőképességét. Gyakorta éppen ellentétes instrukciókat mondatnak ki, mint pl.: „a sajnálattól földbe gyökeredzik a lábunk,” „a megdöbbenéstől mozdulni sem tudunk,” vagy a „vegyél erőt magadon, nem is látszik rajtad,” hogy valami bajod volna. Ezek szinte típusmondatok, de arra sajnos jók, hogy tovább rontsák a páciens állapotát, még inkább kétségbe taszítják őket.

Idősebb kori depresszióban a veszélyek hatványozódnak, mert a depressziós állapotok:

- rontják a testi betegségek gyógyulásának esélyeit,
- fokozzák a testi és a lelki szorongás tüneteit,
- károsan befolyásolják a keringési faktorokat,
- csökkentik a motoros tevékenységeket – vagy éppen túlhatják azokat az agitáltság által,
- megnövelik a kórházi kezelések időtartamát,
- nem segítik a beteg (és esetenként családja) együttműködését. Mindezek külön-külön is, de együttesen főleg azzal a veszéllyel járnak, hogy:

– elhanyagoltabb állapotban kerülnek a betegek a kezelésre, növelik a „gyógyíthatatlanság” látszatát, rontják a betegek és családjuk életminőségét.

Az időskori depressziók kialakulásában biológiai, lélektani-szociálpszichológiai és szociális tényezők játszanak jelentős szerepet.

Biológiai tényezők néhány jellemzője

A biológiai tényezők közül a genetikai faktorok feltehetően kisebb szereppel bírnak, de egyáltalán nem hagyhatók figyelmen kívül. Angst (1987).⁸ és munkatársai szerint a morbiditás kockázata ciklotimias betegek testvére között 9,1–22%; szüleik sorában 7,35–25,5%, gyermekeik részéről 10–24%. Az is kiderült, hogy az unipoláris és bipoláris depressziós betegségek genetikailag heterogének. Perris (1966).⁹ A morbiditási rizikó a nők nagyobb predispozíciójára utal. Saját időskori depressziós betegvizsgálatunkban jelentős női túlsúlyt találtunk Pető (2002).¹⁰ de mi nem végeztünk elkülönítést uni- és bipoláris betegség szerint. Pöldinger (1972).¹¹ vizsgálatai arra is utalnak, hogy az unipoláris depressziók első fázisai a 45 év után vagy még később manifesztálódtak. Simkó, (1992).¹² megfigyelései szerint a későn kezdődő depressziókban a fázisok megnyúlnak és elmélyülnek. Ennek az terápiás konzekvenciája, hogy tartós antidepresszáns kezelést kell alkalmazni több hónapon, akár éven keresztül is.

Idős korban lényegesen nagyobb súllyal mérlegelendők a depressziót kísérő és/vagy megelőző testi betegségek. Ahogyan korábban a hastífuszt szinte mindig delírium kísérte, napjainkban a vírusfertőzések lábadozási időszakában szinte mindig a depressziók jelennek meg. A korábban Medow (1922).¹³ által „invulúciós-nak” nevezett depresszió nál ma már bebizonyosodott, hogy az karakterogen, organikus és „endothym” tényezőkből állt össze, kiegészítve szociogen komponensekkel is.

Hirschmann (1948).¹⁴ már többdimenziós megközelítést alkalmazott, amikor az alábbi kategóriákat vette figyelembe:

- 1) az organikus elváltozások,
- 2) konstitúcióból eredő faktorok,
- 3) karaktertulajdonságok
- 4) reaktív tényezők.

Ez volt az a pont, amikor az idős-

kori depressziók felismerési kritériumai tisztábbak lettek, egyben fel is „hígultak”. Hiszen több faktor változhat olyanná, hogy „az a korral jár, és nem kell vele külön foglalkozni”. Avagy: meg kell gyógyítani a szomatikus bajt, és a többi is rendbe jön! – szemléletet engedheti meg az a gondolkodásmód, hogy vannak testi és lelki tünetek, amelyek a természetes öregség jelei.

Talán ma már nem annyira a „noológiai harc” az, hanem az a szemlélet fontos hogy elsődleges a betegség felismerésének szükségessége, és a terápia mielőbbi megkezdése.

Ezt a szemléletet próbáljuk meg érvényesíteni. A mindennapos orvosi gyakorlat, valamint a terápia sikeressége ezen alapul. Ha átgondoljuk, hogy a különböző szemléletek tünettlenül ugyanazt a segítő gondolkodást igénylik, egyáltalán nem tartjuk véletlennek, hogy a legújabb diagnosztikus rendszerek (BNO-10; DSM-IV.R.), jóval egyszerűbben fogalmaznak.

Legújabb közleményekben a súlyosság szerinti felosztás használatos, és a praktikus, gyakorlati szempontok az alábbiakat követelik meg:

A depressziós kezelés fő szempontjai

1. a depresszió tüneteinek felismerése az idős kor betegségeiben,
2. az alapbetegség és a depresszió összefüggésének lehetőség szerinti tisztázása,
3. a kezelés legfontosabb szempontjainak a mihamarabbi meghatározása,
4. kezelési terv megteremtése a kombinált kezelés megvalósítására.

Terápiás útvonalként elfogadhatjuk a következő gondolkodási vezérfonalat:

3. táblázat

szociális izoláció	56%
kizakadás a tágabb környezetből	43%
anyagi hanyatlás	46%
családi szerep változása	52%
súlyos depresszió	37%

Gyakorlati irányelvek az időskori depressziókezeléshez

1. a testi és az agyi organikus betegség természetének megállapítása,
2. a depressziós állapot súlyossági fokának meghatározása,
3. a pszichofiziológiai paraméterek állapotának felmérése,
4. a szocio-ökonomiai biztonság állapotának feltérképezése,
5. a személyiség ismerete,
6. a tevékenységi lista és a funkcionális önállósági képesség foka,
7. az esetleges bio-pszicho-szociális korlátozottságok,
8. a szociális izoláció mértékének milyensége,
9. az aktuális személyiség integritási foka és
10. a személyiség jellemző reakcióképesége.

Minden mutató olyan, melynek ismerete azonnali, de rövidebb és hosszabb távra is meghatározza a tennivalókat. Segít a gyógyszeres kezelési terv kidolgozásában, alakítja a pszichoterápiás és szociális intervenciókat, megadja a kommunikációs és együttműködési technikák vezérfonalát.

Néhány példa a testi betegségek szerepére

Nélkülözhetetlen azon betegségek említése, mely az időskori depressziók biológia keletkezésében a leggyakoribb ok, vagy kiváltó, provokáló tényező. Nem tagadhatjuk, hogy hazánkban első helyen a keringési rendszer betegségei állnak! Legtöbb kórházi felvétel és a leggyakoribb halál okozói. Ennek két lényeges vetülete van: az egyén (fennálló, testi) betegsége, saját maga és a környezete pszichoszociális reakciója. Nem vonatkoztathatunk ugyanis el attól, hogyan reagál az egyén a betegségére, de attól sem, hogy betegség hatására hogyan változik meg az addigi (gyakran kényes!) személyi-környezeti egyensúlyi helyzet. Megváltoznak a tennivalók, megváltoznak szerepek, és átalakulnak kötelességek, felelősségek. Minden mutató olyan, melynek ismerete azonnali, de rövidebb és hosszabb távra is meghatározza a tennivalókat. Segít a gyógyszeres kezelési terv kidolgozásában, alakítja a pszichoterápiás és szociális intervenciókat, megadja a kommunikációs és együttműködési technikák

vezérfonalát. Ráadásul a nehéz helyzetet még az is súlyosbítja, hogy a közgondolkodás szerint: az időseknek feltétlenül rosszabbul kell magukat érezniük, mert:

- nehezebben tudnak erőre kapni,
- kevésbé mozgékonyak,
- kevesebb a tartalékkapacitásuk,
- már túl sokat elhasználtak önmagukból,
- kimerült az alkalmazkodásuk.

Talán ez az általános szemlélet oka annak, hogy az idősek depressziójában oly gyakran előforduló hasonló panaszokat más szemmel nézik, és kevesebb gondot fordítanak rá.

Kiemelten jelentős betegcsoport a daganatos betegségek. Sokaknak (még a gyógyítók közül is!) a gondolkodásában található meg: „az érthető, hogy ennyire szomorú” reakálás.

Figyelmeztetni kell arra, hogy a pszichoneuro-immunológia legújabb eredményei erősíteni és cáfolni is tudják ezt a gondolkodást. Erősíteni akkor, ha az egyén (vagy a környezete!) lemond a létről. Ekkor a kóros immun-folyamatok erősödnek fel, a szervezet ellenállása gyengül, és az önteljesítő jósolat, (az állapotromlás!) valóra válik. Ha azonban a serkentő, pozitív erők jutnak felszínre, az immunfolyamatok javulnak, a szervezet védekezése jobbá válik – a szervezet gyógyító, öngyógyító tevékenysége jelentősen növekszik. A kezelés sikeressége is növekedhet! Ezért fontos a megfelelő pszichoszomatikus kombinált terápiák alkalmazása, hiszen úgy a modern farmakoterápiáknak, mind a pszicho-, szocioterápiáknak megvan a maga gyógyító inventáriumuk (Krueger (1987).¹⁵ Lázár I. (1991).¹⁶)

Feltétlenül szólnunk kell a krónikus fájdalom-betegségekről. Már csak azért is mert a fájdalom:

a) heveny esetben a gyors, sürgősségi megoldást igényli, mert a fájdalom a szervezet alarmreakcióját alaposan igénybe veszi és rengeteg energiát használ fel,

b) krónikus esetben: a hosszantartó betegség általi kimerülés-szindrómát okozza, és ezen keresztül a szervezet (és környezete!) regresszív-depresszív megnyilatkozásait is felszínre hozza.

Valamennyi krónikus fájdalombetegséggel foglalkozó írás Philip L. Gildenberg-R.A.Vaul (1989.)¹⁷ R. Melzack (1977.)¹⁸ egyetért abban, hogy a krónikus fájdalom-betegség bármely, de idős korban különösen alkalmas arra, hogy depressziós tüne-

teket produkáljon. Többször nem csak a provokatív, de a betegséget alakító szerepét is figyelembe kell venni, ehhez alakítani a kezelési folyamatát.

A depresszió – bármely korban jelentkezik is – jelentősen rontja a kognitív funkciókat.

Felületesebb vizsgálatnál előfordulhat, hogy a feledékenység, a memóriazavar, vagy a páciens által oly sokszor panaszkodott: „nem vagyok képes olyan szellemi tevékenységre, mint korábban” – teljesítménypanasz sugallhatja a korábbi, vagy késői leépülés (demencia) kórjelzést. Pedig: a depressziós (affektív!) pseudodemencia megfelelő kezelés hatására teljesen megszűnik. Helyes felismerés és kellő időben alkalmazott kezelés a panaszokat szünteti, vagy jelentősen enyhíti. Rajna, Tariska (2000.).¹⁹

A következő kórforma, mellyel gyakran hozzák szoros összefüggésbe az időskori depressziókat: az agyi vérkeringési eredetű kórképek. E csoportban megjelenő változásokkal Leel-Össy Lóránt (1992.)²⁰ igen részletesen foglalkozik. A jellemző pontokra felhívjuk a figyelmet; azaz mindazt hangsúlyossá tesszük, amit az időskori depressziós állapotok kialakulásában a morfológus-neurológus leginkább döntő tényezőnek tart.

- 1) Vannak az öregedéssel együtt járó idegrendszeri morfológiai elváltozások, melyek a funkcióváltozások egy részét is létrehozzák.
- 2) Kialakulnak az agyi erek falának változásai, melyek az oxigénellátási faktorokat változtatják meg.
- 3) Az egész szervezet keringési feltételeinek létrejönnek olyan változásai, melyek a homeosztázis változását eredményezik.
- 4) Egyéb szervrendszereknek is előfordulnak működészavarai, amelyek kombinált ok-ként szerepelnek és sokféle károsodást okoznak.

A felsoroltak alapján Leel-Össy azt javasolja, hogy elsődleges feladatként határozzuk meg: hogy valóban agyi érbetegségről van-e szó, vagy más betegség az, ami az idegrendszeri zavar hátterében áll. Bár a feladat nem mindig egyszerű, ha gondolkodásunk szisztematikus, akkor gyorsan kialakulhat az a differenciáldiagnosztikus szemlélet, mely lehetővé teszi a tényleges betegség felismerését.

Legfontosabb differenciáldiagnosztikus betegségek

- I. Praesenilis és senilis dementiák (Alzheimer-kór és a Pick-féle betegség),
- II. Agyi érbetegségek,
- III. Agydaganatok,
- IV. Alkoholizmus és egyéb intoxikációk,
- V. Infekciós betegségek,
- VI. Traumás és poszttraumás kórképek,
- VII. Anyagcsere zavarai,
- VIII. Endokrin betegségek,
- IX. Az ion- és vízháztartás rendellenességei,
- X. Szív- és tüdőkeringés eredetű betegségek,
- XI. Normális nyomású agykamratágulat.

Huber (1981.)²¹ a fenti csoportokat lényegében közös oki tényezőként fogta fel, és alkotta meg a „szimptomás depresszió” fogalmát. Ebből mai gondolkodásunk szerint leginkább az használható, hogy olyan betegségcsoport, melyből bizonyos jellemzők hiányoznak (pl.: endogén jelleg, bifázisság, szezonáltság, cirkadián ritmus), de hasonló lefolyásúak, és az organikus betegség hangulati reakciójaként értékelhetők.

A finomabb, modern vizsgálatok kimutatták, hogy pszichiátriai betegségekben megtalálható az agy metabolikus működészavara. Ezek a vizsgálatok megjelölik, hogy hol van a kóros működés helye, de ezek nem etiológiai jelentőségűek, és ennek alapján nem lehet pszichiátriai kórjelzést felállítani. SPECT és PET vizsgálatokkal ma már felderíthető volt, hogy az agyban depresszióbetegségben hol található csökkent metabolizmus, vagy áramláscsökkenés. Degrell (2001.)²²

A depressziós időskori betegségek és testi betegség közötti összefüggések megállapítása nem könnyű, mert más társbetegség tünetei elfedhetik a depresszió jeleit. Szomoruságként, kudarcként, krónikus fájdalomként jeleníthetnek meg valódi depressziós tünetekkel: mint pl.: lehangoltság, személytelenség, örömképtelenség, stb. Bemutatjuk példaként, hogy milyen nehéz a testi betegség és depresszió összefüggésének felismerése: a keringési rendszer betegsége és agyi érgörcsöt követő depresszió segítségével.

Az USA-ban a depresszió élettart-

tam prevalenciája 17%, még a belgyógyászati betegségekben szenvedőké 20–40% Kessler (1994.)²³

A major depressziók prevalenciája olyan páciensek között, akik már átestek szívinfarktuson, 20% körül van, még ugyanezen körben mintegy 60%-ban találtak depressziós tüneteket. Carney (1994.)²⁴; Brenda (2001.)²⁵; Carney.²⁶ A disztimiás és depressziós tünetek gyakorisága 2 x nagyobb volt a kórházban stroke betegséggel kezelték között, mint a lakosságban (19% versus 10%) és a visszatérése a betegségnek lényegesen gyakoribb volt, Meyers 1996.²⁷ Ezt idős (60 év feletti) betegek között észlelték.

Rihmer és mtsai²⁸ utalnak arra, hogy a nem megfelelően kezelt depressziós betegek közötti szívinfarktusból eredő halálozás magasabb. Ugyancsak ők idézik, hogy Sharma és Makar több száz bipoláris beteget követett 17 éven át, és a vártnál háromszor magasabb kardiovaszkuláris halálozást talált. Magyar szerzők közül Kopp M. (1998.)²⁹ erősítette meg, hogy a depresszió a szív-koszorúér betegség egyik rizikófaktorának is tekinthető.

Van azonban más aspektusa is: a szív és keringési eredetű betegségek rizikófaktorainak egy része éppen a (sikeres!) depressziókezelést követően vagy, az első depressziós epizód kezelése után/során derül ki. A sikeres depressziókezelés nem csak az öngyilkossági rátát csökkenti, de az egyéb mortalitást is (cukorbetegség, keringési eredetű betegségek, stb.).

Az agyi ér-katasztrófák rendkívül gyakori, de kezelhető következménye a depresszió Varga D. (2002.)³⁰. Előfordulását 16–72% közöttire becsülik, és az organikus eredetét senki sem kérdőjelezi meg. Azt azonban, hogy súlyossága a parézis súlyosságával korrelál, már „pszichogén”-nek tartják. Még a mai napig is vita van arról, hogy van-e szoros összefüggés az agyi lokalizáció és a depressziós tünetek kialakulása között. Jól körülhatárolhatóak a depresszió tünetei, amelyek azonban függenek a stroke-ot követő pszichoszociális problémáktól és azok gyakoriságától.

Ezeket a 3. táblázat mutatja be (Varga D. után).

Megfelelően, a kezelés során figyelembe kell venni az agyi organikus károsodásokat (érfal károsodás és érfal átjárhatósági zavar stb.) és a fenti pszichoszociális szempontokat.

Amíg gyógyszeresen a relatíve veszélytelenebb modern antidepresszánsok közül választunk, ne feledjük a pszicho- és szocioterápiák fontosságát se.

Pszicho-szociális faktorok (szerepe a depressziókban)

A biológiai tényezők vázlatos és példában bemutatott áttekintése után az időskori depressziók pszicho-szociális vetületével foglalkozunk. Haladottabb korban leggyakrabban megtalálható specifikus pszicho-szociális faktorok a következők:

Fontos faktorok az időződő korban

- teljesítmény (intellektuális, munka, család)
- alkalmazkodás (kis és nagyközösségekhez)
- interperszonális kapcsolat (barát, család, intim)
- veszteségélmények (személyes tárgyesztések)
- pozicionális változások (motoros és egzisztenciális)
- affektivitás - változások (modalitás, rigiditás, iniciatíva)
- élethelyzet változások, (függetlenség-függőség)

Eléggyakorlati jelenség, hogy a depresszió az idős ember számára megbélyegzettséget jelent, C.Katona (2000.)¹, ezért szégyenlenek orvoshoz fordulni. Sok esetben testi panasszal (étvágy, alvás, fáradtság) keresik fel orvosukat. A jól átgondolt vizsgálat, a panaszleltár jellege, a heteroanamnézis, vagy a környezet jelzéseinek mérlegelése megkönnyítheti a betegség felismerését. A túlzottan általános panaszok hátterében gyakran vannak kapcsolati zavarok, sebesült kommunikációs helyzetek. Táblázatunkban felsorolt tényezők többsége minden idős embernél előfordulhat, ezt javasoljuk, hogy a kezelőorvos fogadja meg Donázy M. (1992.)³¹ intelmeit a gerontopszichiátriai gyakorlat interjúiról: „az interjú a kérdés művészete, az új diagnosztikus eljárások ismeretében sem veszített jelentőségéből”, nélküle- „a tünet eltarthatja a betegséget”. Az interjú kapcsán kialakított orvos-beteg kapcsolat a későbbiekben a pszichoterápiás célzatú beszélgetésekben folytatódhat - hatékonyabbá teheti a gyógyítást. Az interjúkészítés során alkalmazzák a következő rendező elvet.

Interjúkészítési szempontok

- sorrendiség és összerendezettség: testi állapotról családon, fejlődésen, iskolán, munkahelyen, konfliktusokon és eredményeken át a helyzet-megoldási stratégiáig.
- semmi sem „banális és elfogadható”, ami a betegséggel kapcsolatban felmerül, minden történet fontos, ami ok- vagy kiváltóként szóba jöhet,
- fontosak az életmód, éltrend, munka- és pihenési szokások,
- az interjú általunk irányított, de róla szól!
- az életúton a sikerek és kudarcok egyaránt fontosak,
- hogyan reagált élete során a pszicho-szociális változásokra,
- környezete megítélése mennyire egyezik a páciens ítéleteivel,
- milyenek az attitűdjei az élet és a halál kérdéseiben?

Csak látszólagosan túlzóan nagy a lista, melyet összeállítottunk. Sokszor már a megszólalás előtt, első rátekintésre kapunk közülük néhányra választ. A legfontosabb azonban páciens mondataiból derül ki. A betegségre, megoldásmódokra való irányított koncentrálsunk segítségünkre van, melynek alapja a szaktudástól átitatott empátia.

A felsorolt pszicho-szociális tényezők gyakran többféleképpen is megjelennek a depressziókezelés során. A jövő szempontjából valóságos relevanciája annak van, hogy a felismert depressziót kezelni kell. A kezelő személyzetnek kell azt meghatározni, hogy a gyógyszeres kezelés mellett a komplex terápiában milyen pszicho- és szociális intervenciót hív elő! Jelentős összefüggés található a depresszió és a szociális támogatás között. A támogatottság védhet a depresszió hatásaival szemben, és a prognózis is jobb, mintha a támogatottság hiányzik. A tünetek remissziója is gyorsabban jön létre a támogatottsággal bíró személyeknél, Frasure-Smith N. - Lesperance, F. (2000.)³²

„Az emberi anyag, mely az emberek lelkében él: az tapinthatatlan és mégis valóságos” (Márai Sándor)

Az időskori depressziók felosztása

A Magyar Pszichiátria Kézikönyve szerint: „a depresszió súlyosságá-

nak megítélésében fontos útmutató lehet a munkahelyi teljesítmény és a szociális aktivitás változásának mértéke”. Ezt a csoportosítást mutatjuk először be (annak a tudomásulvételével, hogy időskorban nem a munkahelyi-, hanem a napi tevékenység- és munkaaktivitás a főbb szempont).

Enyhe depresszió - tünetek szenvedést okoznak a betegnek, a szociális aktivitás fenntartásában nehézségei vannak, de tevékenységeit teljesen nem adja fel.

Mérsékelt depresszió - a beteg számára jelentős nehézséget jelent szociális aktivitásainak fenntartása.

Súlyos depresszió pszichotikus tünet nélkül - kifejezett pszichomotoros gátoltság-vagy agitáció figyelhető meg, a beteg képtelen vagy csak erősen csökkentett mértékben képes szokásos tevékenységeit folytatni.

Súlyos depresszió pszichotikus tünetekkel - a típusos depressziós tünetek súlyos formában jelentkeznek, emellett hallucinációk (becsmérő vagy vádló hanghallások, visszatartó szagok érzése), a hangulattal kongruens (holotim) téveszmék (bűnösségi, elszegényedési, hipokondriás, perszekutoros, nihilisztikus), vagy közeli katasztrófa érzése (amelyért a beteg önmagát tartja felelősnek) figyelhető meg. A pszichomotoros gátoltság stuporba mehet át.

Alexopoulos és munkatársai által összeállított konszenzus-munkacsoport kissé másként határozta meg az időskori depressziókat, szerintük léteznek:

- mérsékelt major depressziós epizód,
- súlyos major depressziós epizód,
- enyhe depressziós zavar,
- disztímiás zavar,
- stresszkeltő tényezőkkel kapcsolatos depressziók.

Közös a csoportosításokban az, hogy mindkettő alapja a DSM-IV. rendszer, mindkettő a súlyosságot veszi alapul és főleg az unipoláris depressziókat sorolja fel, még eltér a konszenzus az előbbtől abban, hogy a disztímiát és a stresszkeltő tényezőkhez kapcsolt depressziókat külön csoportba sorolja. Ez utóbbinak létjogosultságát leginkább a terápiás tennivalók indokolhatják.

A besorolást tennivalók szempontjából másként is megtárgyaljuk, mert kezelési szempontból fontos kérdéseket kell eldönteni:

– mi az, amit a helyszínen lehet megoldani?

– mi az, amihez konzílium kell?

– mikor kell intézetbe küldeni?

Ha így osztályozunk, irányelvek az alábbiak lehetnek:

– helyszínen lehet kezelni: az enyhe depressziókat, melyekben a tünetek alig jelentkeznek, csak csekély mértékben nehezítik a szociális aktivitásokat, és az emberi kapcsolatok minőségeit sem rontják, nem található akut veszélyhelyzet,

– szakorvosi tanácsot kell kérni: ha a tünetek legalább közepes fokban jelentkeznek, több mint 2 hétig fennállnak, gátolják és befolyásolják a mindennapos tevékenységeket, rontják a kapcsolati funkciókat. Akkor is szakorvosi tanácsra van szükség, a krónikus tünetek hosszasan fennállnak, relatíve gyakran visszatérnek, vagy nagyobb hullámzást mutatnak.

– intézetbe kell küldeni, ha:

– öngyilkossági gondolat, halálvágy, önpusztítás kényszerű érzése jelenik meg,

– pszichózissal kombinált jelek vannak,

– bifázisos formáról van szó,

– az előzményben súlyos depresszióról tudunk,

– abúzással kombinált.

Az időskori depresszió tünetei

Ahhoz, hogy egy betegséget aránylag korán felismerjünk:

– gondolni kell rá,

– ismerni kell tüneteit,

– tudni kell a diagnosztikus módszereket,

– megfelelő kérdezői és konzultatív háttérrel kell rendelkezni.

Az időskori depressziók kezelésében jártas szakemberek legfőbb hangsúlyt az alábbi tünetekre helyezik:

A depresszió elsődleges tünetei

– kedélytelenség, hangulati nyomottság tartós fennállása,

– nyomott alaphangulat,

– öngyilkossági és halálvágy gondolatai,

– üresség érzése, közönyösség,

– reménytelenség,

– érdektelenség, döntésképtelenség,

– bűntudat,

– szociális kapcsolatok leszűkülése,

– az új iránti fogékonyság elvesztése,

– új tervek és feladatok kerülése,

– a gondolkodás meglassulása.

Vannak ún. „másodlagos” tünetek, melyeknek a jelentősége esetenként kevésbé hangsúlyos, bár az időskorú betegek gyakran nagyon kínzóan (negatív érzésekkel) élik meg azokat is, ezek közé tartoznak:

A depresszió másodlagos tünetei

– az étvágy változása

– a testsúly változása

– az alvás és ébrenlét ritmus eltolódása

– fáradékonyság és erőtlenség érzése,

– memóriazavarok jelenléte,

– szexualitás megváltozása,

– fokozott betegségtudat és hipokondriázis,

– túlzott aggodalmaskodás,

– bizalmatlanság és vonatkoztatások.

Bármely tünetcsoportba tartoznak is az észlelt jelenségek, kell hogy komolyan értékeljük jelenlétüket. Valamennyi depressziós tünet gyötörni és kínozni képes a betegeket, de a környezetet is. Ugyanis az állandó, súlyos panaszhalmoz, a mindig hangzottatott elégedetlenség, önértékelés zavara, a reménytelenség, az öngyilkossági szándék hangzottatása vagy félelme elfárasztja a beteg körül lévőket. Nem csak elfárasztja, de egy idő után megbéníthatja cselekvőképességüket, segítő szándékukat.

Vannak még jelek, melyek erősíthetik a depresszió gyanúját. Jó, ha felismerjük és elhelyezzük őket a tünetcsoportban, mert könnyítik az időben történő kezelés megkezdését.

Figyelemfelkeltő jelek depressziós betegségre

– affektív betegségek családi előfordulása

– cirkadian ritmus, jellegzetes reggeli rossz állapotokkal,

– túlzott jelentőség tulajdonítás a betegségről, megingathatatlan betegségtudat,

– menekülés a teljesítményt igénylő feladatok elől,

– indokolatlan érzelmi kitörések, sírások,

– a megsemmisítő rossz állandó érzése,

– indokolatlannak látszó félelmek minden (kis) történéstől,

– jelentős súlycsökkenés, vagy a „bánatszír”,

– koncentráció zavarok állandó hangzottatása,

– szexuális zavarok megjelenése és/vagy állandósulása.

Amennyiben az elsődleges tünetekből 2–4 tünetnél több van, azt kíséri néhány másodlagos tünet, szinte bizonyos a depresszió kórjelzése. Ha még a gyanújelekből is társul a többihez néhány jel: biztosak leletünk a betegségben, még akkor is, ha a beteg önmaga nem ismeri el (szégyenből?) a depressziót, és meg van győződve a testi betegségről.

Vannak esetek, amikor legerősebben a testi tünetek jelentkeznek, mint pl.: étvágy és alvászavar, gyengeség és állandó rossz közérzés. Van, amikor szexuális zavar, vagy súlycsökkenés jelzi a depressziót testszerte jelenlévő fájdalmakkal, szervérzésekkel. Ezekhez mintegy kísérőként társul néhány másodlagos tünet vagy gyanújel. Ezeket az állapotokat régebben „szomatikus depresszióknak” hívták. Ma larvált depresszióról szólunk, és ugyanúgy jogosultak az antidepresszáns kezelésre, mint a major depressziók.

Kísérőjelenségek

A tünetek részletes áttekintése, a depresszió diagnózisának felállítását követően javasoljuk, hogy tekintsék át azokat a tényezőket, melyek eléggé gyakran kísérői lehetnek a betegségnek. Egyik leggyakoribb faktor, hogy számba kell venni a polymorbiditás miatti társbetegség gyógyszerelését! Beszedi-e a beteg a gyógyszereit, van-e közöttük olyan, ami esetleg ronthat a depressziós tüneteken?

Kísérőjelenségek lehetnek depresszióban

– lelki bántalmazások a gondozók vagy hozzátartozók részéről,

– extrém fizikális terhelések jelenléte,

– testi bántalmazás a környezetből,

– hibás/vagy rossz táplálkozás,

– alkoholfogyasztás,

– drog/vagy kábítószer használat

– gyógyszereszedési szokások, compliance zavarai.

Összefoglalva

Gondolnunk kell a depresszióra, ha a betegnek:

- gyakran „sírhatnékja van”, lehangolt és tartósan szomorú,
- az öngyilkosság és halál gyakran vissza-visszatérő gondolata,
- csökkentebb az „örömszerző” aktivitások iránti érdeklődése,
- értéktelennek érzi magát,
- kiüresült és „üres” az élete,
- telve van gondolkodása büntudattal,
- kerüli a szociális kapcsolatokat és a társas életi tevékenységeket,
- szerencsétlennek érzi magát,
- döntésszavarban van, szenved a döntésképtelenség érzésétől, vagy „csak rosszul tud dönteni”,
- az új feladatok megszervezése hatalmas gondot okozónak látszik, ezért hozzá sem fog, de
- szenved a tehetetlenség és semmittevés érzésétől,
- túlzottan gátoltnak vagy nyugtalannak érzi magát.

Felsorolásunkból nem mindig és nem minden betegnél van jelen az összes tünet. Ha közülük 4–5 állandósul, néhány pedig rövid időközökben visszatér, valószínűsíthető a depressziós állapot.

Végére hagytuk a kísérőjelenségek közül az öngyilkossági veszélyt, gondolatokat, kísérleteket. Mivel az ezzel kínlódo személyek több mint fele cselekménye vagy kísérlete előtt felkeresi az orvost (vagy egészségügyet!): igyekezni kell minél hamarabb felismerni a veszélyt. Ennek könnyítésére közöljük a Ringel-i prae-szuicidalis jeleket: *Kézdi* (1986.)³³

1) A gondolkodás és magatartás beszűkülése

- rigid gondolkodása,
- rögzült magatartás sémák,
- érzelmi beszűkülés,
- fokozott agressziógátlás,
- az emberi kapcsolatok beszűkülése,
- az egyéni értékrend devalválódása.

2) Gátolt, saját maga ellen fordított agresszió:

- a harag saját személye ellen irányuló,
- az agresszió kifelé fordítása (kisülése) elégtelen.
- az esetleg kifelé fordítható agresszió tárgya hiányzik,

3) Öngyilkossági fantáziák:

- a módszer körvonalazódása, ill. kiválasztása,
- a cselekmény végrehajtásának terve,
- a rokonok és hozzátartozók viselkedésének elképzelése a cselekmény után.

Tudjuk, hogy nem minden depressziós beteg lesz – szerencsére – öngyilkos, hiszen mindenkinek teljesen egyéni motivációja és belső világa van. Azt azonban a segítőkől várja el a hozzáforduló oktatásba, vagy (néha már utólag!) a környezet, hogy felismerjék a veszélyt, és igyekezzenek azt megelőzni. Egyetértünk *Ozsváth Károllyal*, aki már 1989-ben hangsúlyozta a prevenciót és szükségnek látta azt a témát „beemelni” az egyetemi–főiskolai oktatásba, sőt a megelőző programot a magyar népegészségügy részének tekintette. *Ozsváth K.* (1989.)³⁴

Ugyancsak *Ozsváth K.* (1987.)³⁵ hangsúlyozta, hogy az öngyilkosokkal való foglalkozásban az előítéletmentes elfogadás, az együttérzés nyilvánítása nehéz. A kezdeti időszakot néha nem könnyű negatív viselkedésminták nélkül átvezetni akkor, ha a páciens lekicsinylően fogadja a segítő szándékot.

A depresszió felismerését megkönnyíti a környezet meghallgatása

Főleg azok, kik már régen ismerik a szóban forgó személyt, képesek az apróbb, vagy a nem azonnal észrevehető, esetleg csak később feltűnőbb változások észrevételére. Tudják és észlelik, hogy a személynek megváltoztak bizonyos viselkedésmintái szokásai pl.: az eladói korán kelő (starter!) típusú személy tovább marad ágyban, nehezen (és gyakran mogorván!) kel fel. Észlelik, hogy a külvilág felé érdeklődése alábbhagyott, esetenként már akár bujkál embertársai elől. Feltűnhet, hogy a mérhetetlenül precíz és aprólékos tevékenység rejtőzködést takar, az állandóan végzett tevékenység befejezetlen, vagy eredménytelen marad. A család és környezet veszi leghamarabb észre, hogy a személy érzelmileg túl könnyen igénybe vehető, a legapróbb érzelmi terhelés nagy és elűzött reakciót vált ki (amit a személy többnyire még rejtget is). Más esetben ellenséges, túlzóan merev magatartás módját vesz fel, vagy mindenből túlzottan nagy „ügyet” csinál.

Az egyén változásának megfigyelése

A legenyhébb „én nem ilyen voltam” (vagyok!) észrevételeket is komolyan kell venni. Főleg olyankor, ha az idős egyéntől hangzik el, és a környezet vagy vizsgáló számára megdöbbenő, kétségbeejtő hangvétellel jár együtt. Nem a depresszió elleni tiltakozásukat és az egyéniségük változatlanóságának bizonyítását kell erősíteni, hanem gondosan vezetgetve kell odaig jutni: tudja elmondani, miben érez változást. Nem lehet megelégedni a „tényleg nem vagy már fiatal” semmitmondó válasszal. Meg kell tudni (ha lehet) mi az elégedetlenség, a kételkedés háttere. Apró, de a gondolkodásban szinte állandóan visszatérő jelenség lehet a depresszió legelső jele, olyankor, amikor még valóságban nem látható, érezhető, tapasztalható másféle jel, ő már érzi a belső változást.

Az első (vagy váratlanul és intenzív erővel előtörő) depresszióknál gyakorta le kell küzdeni a meg nem értett (meg nem oldott) tehetetlenséget, az élmény újdonságának az aktuálisan fel nem dolgozható elfogadását. Az „én nem ilyen voltam” belső érzése társul a „mennnyire megváltoztam” érzéssel, majd az „ilyennek már nem érdemes lenni sem” gondolatokkal. Ezért fontos, hogy ezt a belső érzést, ha közvetíti felénk a páciens, fedezzük fel. Bármennyire is távolinak tűnik: az etológiából ismert „megadó” magatartás a depressziós betegek egy részén az egészen jól észrevehető. Van, amikor szinte csupán ránézéssel, azonnal felismerhető a „feladta viselkedés”, van, amikor alaposabb megfigyelést, kikérdezést, tünetelemzést érdemel.

Ranjit N. Ratnaike, (2002.)³⁶ a felismerés könnyítő tényezőnek tartja, ha gondolunk a nem szokványos, ritkább megjelenési formákra is:

- maszkírozott depresszió,
- agított depresszió,
- szomatikus tünetcsoport,
- pszeudodemencia,
- magatartásváltozás,
- testi betegséggel fedettség.

Valamennyinek jellemző sajátossága: maga az idős személy sem gondol depresszióra, annak ellenére sem, hogy panaszait annyira kínzóan éli meg, hogy még az öngyilkossági fantáziák és készletések is felszínre kerülnek.

Klinikai tesztvizsgálatok

Az elmúlt évtizedek során számtalan teszt-vizsgálati módszert dolgoztak már ki azért, hogy a depressziós betegségeket felismerjék. Közülük kettőt: a B.D.I-t /Beck Depression Inventory) valamint a H.D.R.S.-t (Hamilton Depression Rating Score) mellékletben közöljük, de szólnunk néhány fontos szót a használatukról. Közös bennük, hogy a depresszió klinikai tüneteit alkalmassá teszik arra, hogy felismerjük, értelmezzük és nyomon követhessük.

A depressziót vizsgáló kérdőívek közös jellemzői

- a legismertebb tünet-listázó kérdőívek:
 - az affektív,
 - a szociális,
 - a szomatikus tengelyekre bonthatóak,
- fokozatskálák, melyekből a depresszió súlyosságát illető következtetések is levonhatók.
- a depresszió tüneteinek változására, nyomon követésre (is) jól felhasználhatóak,
- statisztikai elemző munkára alkalmasok,
- hatalmas nemzetközi irodalmuk van,
- többféle (rövidebb-hosszabb) változatuk van már forgalomban.

Fontos hangsúlyoznunk, hogy a jól felvételzett és értékelte tesztek segítségével még a legrejtettebb és leginkább maszkírozott depressziós állapotok is felderíthetők. A testi-lelki-szociális működések zavarainak jelentős része, a zavarokból fakadó klinikai tünetek változása segítségével jól nyomon követhető. Ezen túlmenően alkalmasak a gyógyítás eszközeinek hatékonyságmérésére is, pl.: hogyan reagál valaki a gyógyszerre, mennyi idő kell a változashoz, válaszol-e szervezet a gyógymódra, stb.

A teszt-vizsgálatokkal kapcsolatban jegyezzük meg: tágabb és nem a már betegekre kiterjesztett alkalmazásuk mai értelmezésük szerint volna nagyon időszerű. Már említhetjük, hogy Osváth K.³⁷ (Juhász Pálhoz hasonlóan!) évtizedekkel korábban sürgette a pszichometriai szűréseket, amelynek segítségével a lakosság egészségi állapotát kívánták

preventív szempontokból megismerni. Szentirmai-Papp-Pető (1982.)³⁸ korábbi vizsgálatuk során, melyben a hangulati élet zavarának jeleit és a korai felismerés lehetőségeit vizsgálták, azt találták, hogy az üzemi munkásoknak csak 2-6%-a fordult lelki betegséggérzése miatt kezelőorvosához, leggyakrabban hangulat-zavara miatt.

Irodalomjegyzék:

1. Katona, C.: A depresszió és szorongás kezelése időskorban. Eu. Neuropsychopharmacol. 2000. Suppl. 4., 427-432. p.
2. Alexopolus, G. S., MD és mtsai.: Az időskori depressziók gyógyszeres kezelése. Orvostovábbképző Szemle. 2002. május. Különszám.
3. Katona, C. et al.: Comorbidity with depression in elder people: The Islington Study. Aging Mental Health. 1997. 1., 57-61. p.
4. Altamura, A. C.: Anxious-depressive syndromes in the elderly. (in: Racagni G. Smerald, eds.: Anxious Depression. Assessment and Treatment). Raven Press New York 1987.
5. Szádóczky E. és mtsai.: Kedélybetegségek és szorongásos zavarok előfordulása a családorvosi gyakorlatban. Psych. Hung. 11. sz., 495. p. 1996.
6. Di Matteo, MR et al.: Depression is a risk-factor for non-compliance with medical treatment (Metaanalysis...). Archives of Internal Medicine. 2000. 160. (14.), 2101-2107. p
7. Conwell, Y.: Management of suicidal behavior in the elderly. Psychiatr. Clin North Am. 1997. 20., 667-683. p.
8. Angst J.: Verlauf der Affektiven Psychosen (ed.: Kisler et al.: Affektive Psychose), 1987.
9. Perris, C.: A study of bipolar and unipolar recurrent depressive psychoses. Acta Psychiatr. Scand. 1966. (Suppl.) 194.
10. Pető Z.: Tianeptin hatékonysága időskori depressziókban. Neuropsychopharmacol. Hung. 2002. IV. 2., 71-83. p.
11. Pöldinger, W.: Suizidalitát. Depression und Angst. (in: Depressiv Zustnde. ed.: Kielholz). Bern Stuttgart Wien; 1972. Huber.
12. Simkó A.: Az időskori depressziók szemléletéről, osztályozásáról és pszichopatológiájáról. (in: Válogatott fejezetek a gerontopszichiátriából. szerk.: Simkó A.). MPT.kiadás Budapest 1992.
13. Medow, W.: Cyt. Simkó A. (idézett mű).
14. Hirschmann, J.: Cyt. Simkó A. (idézett mű).
15. Krueger, J. M. et al.: Ann. N. Y. Akad. Sci. 1987., 496-510. p.
16. Lázár Imre: Pszichoneuroimmunológia. Mens Sana Hung. 1991.
17. Gildenberg, Philip L. De Vul, R. A.: A krónikus fájdalomban szenvedő beteg. Budapest 1989. Medicina.
18. Melzack, Ronald: A fájdalom rejtélye. Budapest 1977. Gondolat.
19. Rajna P. Tariska P.: Az időskor neuropszichiátriája. Budapest 2000. B+V. Lap- és Könyvkiadó.
20. Leel-Össy Lóránt: Cerebrovaszkuláris kórképek differenciáldiagnosztikája (in: Válogatott fejezetek a gerontopszichiátriából. szerk.: Simkó A.). Budapest 1992. MPT.
21. Huber G.: Cyt. Simkó A. (idézett mű).
22. Degrell I.: Agyi képalakító eljárások (in: A pszichiátria magyar kézikönyve. szerk.: Füredi Németh Tariska) Budapest 2001. Medicina
23. Kessler, R. C. et al.: Lifetime as 12month prevalence of DSM-III. psychiatric disorders in the United States. Arch. Gen. Psychiatr. 1994. 51., 8. p.
24. Carney, R. M. et al.: Major depressive disorder predicts cardiac event in patients with coronary artery disease. Psychosom. Med. 1988. 50., 627. p.
25. Brenda, W. J. et al.: Depresszió és szívedetű halálozás. Jama Psychiatry (magyar). 2001. 1/4. sz., 265-271. p
26. Carney, R. M. et al.: Heart rate variability and depression in patients with a recent acute myocardial infarction. Psychosom. Med. 2001. 63., 102. p.
27. Meyers, B. S. et al.: Anxiety and depression as predictors of recurrence in geriatric depression. Am. J. Geriatr. Psychiatr. 1996. 4., 252-257. p.
28. Rihmer Z. és mtsai.: A kardiovaszkuláris betegségek kapcsolata a depressziós és szorongásos kórképekkel (in: A pszichiátria magyar kézikönyve. szerk.: Füredi Németh Tariska) Budapest 2001. Medicina
29. Kopp M. és mtsai.: Depressiv symptomatology and vital exhaustion are differentially related to behavioral risk factors for coronary artery disease. Psychosom. Med. 1998. 60., 752. p.
30. Varga D.: A stroke neuropszichiátriái következményei. Idegyógy. Szle. 2002. 55. sz., 3-4. p., 128-136. p.
31. Donász M.: Az öregkor transzkulturális szemléletének változásai. (in: Válogatott fejezetek a gerontopszichiátriából. szerk.: Simkó A.). Budapest 1992. MPT.
32. Frasure Smith et al.: Depression and 1-year prognosis in unstable angina. Archives of Internal Medicine. 2000. 160. (9.), 1354-1360. p.
33. Kézdi B.: Pszichológiai és pszichopatológiai szabályozások az öngyilkossági folyamatban. (in: Budai Füredi: Az öngyilkosság a szociálpszichiátria szempontjából). Budapest 1986., MPT.
34. Osváth K.: Az öngyilkos magatartás. (Magyar I.: Pszichiátria). Budapest 1989. SOTE
35. Osváth K.: Az öngyilkosság mítosza. Egy pszichátertőprengése. (in: Budai Füredi: Az öngyilkosság pszichés háttere). Budapest 1987. Medicina.
36. Ranjit N. Ratnaire: Practical guide to Geriatric Medicine. Sydney New York ... Taipei Toronto 2002. McGraw-Hill Companies inc., 101-114. p.
37. Osváth K.: TBZ kutatás: Az öngyilkossági alirány összefoglaló kutatói jelentése. = Piliisszentkereszt 1984. nov. 19-21., 207-217. p.
38. Szentirmai L. Papp I. Pető Z.: Nagyzemmi munkások Szegeden. Szeged 1982. Megyei Városi Tanács VB, 325-393. p.