

A depresszió klinikai képe és differenciáldiagnosztikája időskorban

Szekeres Tamás¹ ■ Perczel-Forintos Dóra dr.¹ ■ Kresznerits Szilvia^{1, 2}

¹Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Klinikai Pszichológia Tanszék, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest

Az időskori depresszió gyakran aluldiagnosztizált, noha az egyik vezető mentális egészségügyi problémát jelenti ebben az életkorban. Felismerése és megfelelő kezelése kiemelt jelentőségű, hiszen az idősek körében a depresszió jelentősen rontja az életminőséget, számos krónikus betegcsoportban növeli a morbiditást és a mortalitást. Emellett elsődleges kockázati tényező a más életkori csoportokhoz képest, akár háromszor gyakrabban fordul elő befejezett öngyilkosságban. Nem szisztematikus (narratív) összefoglaló tanulmányunkban röviden áttekintjük idős betegek körében a depresszió klinikai képét és differenciáldiagnosztikáját, továbbá a szűrés és a kezelés legfőbb szempontjait. A tüneti kép jellegzetességei és a kórkép specifikus lefolyása ebben az életkorban számos módszertani kérdést vet fel, melyek további empirikus vizsgálatok tárgyát képezhetik.

Orv Hetil. 2023; 164(39): 1537–1543.

Kulcsszavak: időskori depresszió, differenciáldiagnózis, kezelési lehetőségek, szuicid rizikó

Clinical picture and differential diagnosis of depression in old age

Depression in old age is often underdiagnosed, although it is the leading mental health problem at this age. The significance of assessment and adequate treatment of depression among elderly patients cannot be overstated, since it significantly impairs the quality of life, increases morbidity and mortality in many of the chronic disease groups. In addition, it is a primary risk factor in completed suicide, which occurs up to three times more often among elderly than in other age groups. In our non-systematic (narrative) summary study, we briefly review the clinical picture and differential diagnosis of depression in elderly patients, as well as the main aspects of screening and treatment. The clinical characteristics and the pathology of the disease at this age raise a number of methodological questions that could be the subject of further empirical studies.

Keywords: depression in old age, differential diagnosis, treatment options, suicide risk

Szekeres T, Perczel-Forintos D, Kresznerits Sz. [Clinical picture and differential diagnosis of depression in old age]. Orv Hetil. 2023; 164(39): 1537–1543.

(Beérkezett: 2023. június 23.; elfogadva: 2023. július 16.)

Rövidítések

APA = (American Psychological Association) Amerikai Pszichológiai Társaság; CI = (confidence interval) konfidenciaintervallum; ECT = (electroconvulsive therapy) elektrokonvulzív terápia; KSH = Központi Statisztikai Hivatal

Magyarországon a 65 éves és ennél idősebb népesség aránya 1990 és 2022 között 13,24%-ról 20,54%-ra növekedett¹, az Egészségügyi Világszervezet adatai alapján az

idősebb korosztályok arányának növekedése pedig folytatódni fog, az előrejelzések szerint 2070-re elérheti a 29%-ot [1]. Egészségi állapotukat tekintve a 65 év feletiek 18%-a rossznak, 10%-a pedig nagyon rossznak ítéli meg azt [2]. Ezek az adatok nem csupán a fizikai állapotot érintik, az életkor előrehaladtával ugyanis a szomatikus megbetegedések mellett a pszichiátriai betegségek – kiváltképp a depresszió – aránya is növekszik. A várható élettartam kitolódása, valamint az, hogy az öregedés a pszichiátriai morbiditás szempontjából kiemelt fontosságú rizikótényezővé vált, magával vonta a gerontopszichiátria, valamint a gerontopszichológia tudományágainak megszületését [3]. Hazánkban továbbra is az a gondol-

¹ KSH – 22.1.1.3. adattábla: Népesség korév és nem szerint; https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0003.html

kodásmód az elsődlegesen uralkodó, hogy az időskor a radikális hanyatlás időszaka, a személy és a társadalom számára egyaránt teher, a depresszív hangulat és a reménytelenség pedig elkerülhetetlen. Ez a nézőpont annak ellenére is elterjedt, hogy számos tanulmány rámutat az ellenkezőjére, vagyis hogy az időskor normatív krízis, mely kiteljesedéssel és a szubjektív életminőség javulásával is járhat. A veszteségközpontú szemlélet és a fenti negatív attitűd számos esetben félrediaosztizáláshoz vezet, és az adekvát preventív lépések vagy kezelések elmaradását okozhatja [4, 5]. A késői felismerés vagy a félrekezelés pedig súlyos következményekkel járhat, a depresszió ugyanis elsődleges kockázati tényező az időskori öngyilkosságban, kiváltképp kognitív hanyatlással társulva, mivel ilyen esetben a hangulatzavart súlyosbítja a hanyatlás megélése, illetve a problémamegoldó képesség beszűkülése [6–8]. Míg 2020-ban az összlakosság körében 100 000 főből 15,9 fő követett el befejezett öngyilkosságot, addig ez az arány a 65 év felettiek körében lényegesen magasabb, 33,8 százaléklék volt. Az utóbbi 20 év során ugyan a magyar lakosság minden életkori csoportjában jelentősen csökkent a befejezett öngyilkosságok aránya, de ez a változás épp a 65 év felettiek körében a legkevésbé kifejezett². A Hungarostudy 2021. évi felmérése alapján pedig az *öregségi nyugdíjas* csoportba tartozó személyek 35,8%-ánál megjelent az előző 1 évben öngyilkossági gondolat [9]. Ez alapján a 65 év feletti korosztályban különösen fontos figyelmet szentelni a depresszió szűrésének és adekvát kezelésének, hiszen ezzel nemcsak az életminőség javulását segíthetnénk elő, hanem a befejezett öngyilkosságok jelentős része is megelőzhető lenne.

Az időskori depresszió prevalenciája és etiológiája

Egy nemzetközi metaanalízis eredményei alapján 60 éves kor felett 31,74% a depresszió előfordulási gyakorisága, a fejlődő országokban pedig a 40%-ot is meghaladhatja [10], vagyis több mint minden harmadik, 60 év feletti személy érintett a depresszióban. A klinikai szintű depresszió tekintetében a 65 év feletti populációban a közép súlyos depresszió előfordulási gyakorisága 4–13%, míg a súlyos depresszió prevalenciája 1–4% [11]. Hazai vizsgálatok alapján a 65 év feletti nők 9%-a, a férfiak 6%-a súlyos depresszív tüneteket mutat, a 80 év feletti lakoságnál ez az arány 24% [2]; a Hungarostudy 2021. évi felmérése alapján az *öregségi nyugdíjasok* 20,5%-ában volt kimutatható klinikai szintű depresszió, míg ez az arány a teljes mintában 15,8% körüli [9].

A depresszió jelentősen rontja az életminőséget, továbbá ismert, hogy számos krónikus betegségcsoportban növeli a morbiditást és a mortalitást [12]. Annak ellené-

re, hogy a depressziós betegek 50–80%-ának legfőbb panasza valamilyen testi tünet formájában jelenik meg [13], a tünetek pszichés eredetére a betegek és gyakran az orvosok is csak végső esetben gondolnak [12]. A diagnosztika egyik fontos szerepe lenne, kiváltképp ebben az életkorban, hogy a depressziót elkülönítsük a gyakran fennálló szomatikus betegségek tüneteitől [6], illetve hogy komorbiditás esetén a depresszió kezelése is kellő figyelmet kaphasson. A hazai gyakorlatban a szűrővizsgálat a leginkább kérdőíves formában történik. Ám a kutatásokban használt mérőeszközök nemzetközi összehasonlításra, valamint a depresszió gyakoriságának tényleges felmérésére csupán korlátozottan alkalmasak [14]. A depresszió idősebb korban történő felismerését az öregedéssel kapcsolatos attitűdök és hiedelmek is nehezítik. A társadalmi szintű hiedelmek az egészségügyben is megjelennek. Sok orvos az időskori depresszív hangulatot csupán a különböző szomatikus betegségek következtében kialakult rosszkedvnek, az apátiát, illetve a befelé fordulást pedig az időskor természetes velejárójának tekinti [15].

A depresszió összetett etiológiája, illetve multifaktoriális jellege miatt egyaránt fontos a szomatikus tünetektől való elkülönítés, hiszen az időskorúak esetében sokszor épp ezek állnak a tüneti kép előterében [6, 16]. A páciensek az orvosi vizsgálatok során gyakran nem a hangulati tényezőkre összpontosítanak, sőt idősebb korban tipikus az ún. „szomorúság nélküli depresszió” [17]. Sok esetben a szomatikus vagy vegetatív tünetek (étvágytalanság, alvászavar, fáradtság vagy az aktivitás zavara, koncentrációs nehézség) állnak a depresszió tüneti képének középpontjában, ami könnyen a félrediaosztizáláshoz vezethet [7, 10]. A szomatikus problémák mellett a kognitív funkciók romlásakor szintén a hangulatzavarok fennállásának megfontolását támasztja alá *Orhan és mtsai* vizsgálata. Az időskori hangulatzavarban (depresszió vagy bipoláris zavar) szenvedő pácienseknél lényegesen jelentősebb funkciózavar volt kimutatható a feldolgozási sebességben, az epizodikus és a munkamemória működésében is az egészséges kontrollokhoz képest [18]. *Liao és mtsai* szintén kiemelik, hogy az aktivitás csökkenése, a társas kapcsolatok beszűkülése vagy izoláció mellett a kognitív funkciók romlása szorosan összefügg a depresszióval, ezek a mechanizmusok ugyanis a ruminatív gondolkodás nehezített gátlását okozhatják [19].

A fenti tényezők – szomatikus és kognitív faktorok – számos esetben nem csupán következményei, hanem kiváltói is az időskori depresszióknak, a kapcsolat sok esetben kétirányú vagy kétértelmű lehet. A zavar kialakulásában a genetikai faktorokon túl olyan etiológiai tényezők játszanak szerepet, mint az immunológiai és gyulladásos reakciók, a cardiovascularis és egyéb, nem neurodegeneratív megbetegedések, neurodegeneratív zavarok, a jutalmazási rendszer diszfunkcionális működése és egyéb pszichoszociális tényezők [7]. Az etiológiai tényezők ismerete és feltárása különösen fontos lehet

² KSH – Fenntartható fejlődés indikátorai, 1.16: Öngyilkosság; <https://www.ksh.hu/ffi/1-16.html>

a kezelés megalapozása szempontjából. A cardio- és cerebrovascularis eltérések vagy a végrehajtó funkciók károsodása mögötti élettani változások ugyanis nagyban befolyásolhatják a farmakoterápiás kezelésre adott reakciókat [20–22].

Míg az életút pozitív életeseményei protektív faktorként játszanak fontos szerepet a mentális betegségek kialakulása szempontjából, addig az élettörténet során ért kudarcok vulnerabilitást jelentenek [3]. A pszichoszociális stresszorok közül a negatív életesemények, az élet során elszenvedett veszteségek, az interperszonális kapcsolatok elvesztése és az öregedéssel járó fizikai korlátozottság számottevő az időskori depresszió kialakulásában [7, 15]. A középső és késői életszakaszok tehát gyakran pszichoszociális és medikális nehézségekkel terheltek, melyek következtében a stresszreakciók krónikussá válhatnak. Az időskori depresszió *Alexopoulos* által kidolgozott modellje [23] a vulnerabilitást jelentő etiológiai faktorok, a predispozíciós tényezők (frontolimbicus változások, abnormalitások) és a stresszválasz-reakciók együttesének következményeként tekint az időskori depresszióra. A stresszreakciók közül kiemeli a gyulladásos reakciókat, a citokinek indolamin-2,3-dioxigenáz-indukációját, mely csökkent szerotonintermeléshez vezet, az apicalis dendrit atrophíát a középső praefrontalis kéregben, végül az idegrendszer funkcionális konnektivitásának megváltozását. Ezen élettani és neuroanatómiai változások egyrészt közvetlenül vezethetnek az időskori depresszióhoz: hozzájárulnak a jutalmazási rendszer és a kognitív kontrollért felelős neuralis hálózatok diszfunkcionális működéséhez, a frontolimbicus zavarokhoz, illetve fokozzák az öregedéssel és a szomatikus állapot romlásával kapcsolatos folyamatokat. Másrészt a fenti folyamatok közvetett módon az egészség-magatartás romlását idézhetik elő, vagyis az egészség elhanyagolása révén szintén depresszióhoz vezethetnek [23].

Az időskori depresszió felismerése és jellegzetességei

Az időskori depresszió fenomenológiailag jelentősen eltér a fiatalabb életkorban megfigyelhető, „tisztább” klinikai képtől [7, 15]. Az életkor előrehaladtával a hangulati tünetek háttérbe kerülnek, és a depresszióra jellegzetes vegetatív tünetek válnak általában elsődlegessé. A megfelelő diagnózis felállítását nehezíti, hogy nem beszélhetünk specifikus, csak a depresszióra jellemző testi tünetekről [7, 15], ráadásul Európában jellemzően kevés idős személy fordul orvoshoz hangulatzavar miatt: az örömtelenséget csak a testi tünetek miatt kialakult rosszkedvnek tekintik [17, 24, 25]. A depresszióval érintettek 37%-a fájdalmat, 12%-a fáradtságot vagy alvászavart panaszol [12, 26], melyek így a vizsgálat középpontjába kerülnek, a hangulati élet pedig a perifériára. E panaszok hátterében egyrészt megjelenhet a depresszióhoz társuló szomatizáció, másrészt a depresszió hatására felerősödhetnek a szomatikus alapbetegség tünetei is. Fontos dif-

ferenciáldiagnosztikai szempont lehet, hogy a depresszióból fakadó szomatikus tünetek gyakran jelentős napszaki ingadozást mutatnak [15].

A kognitív szint, vagyis a depresszív gondolkodás sajátosságai idős személyek esetében is jól azonosíthatók. Az időskori depresszió jellegzetességei közé tartozik a fokozott reménytelenség, a bűntudat érzése és az ehhez kapcsolódó mikromán tematikájú gondolkodás, az önértékelési zavar, továbbá az anhedonia, az érdeklődés beszűkülése és a motiváció csökkenése [4, 5, 15]. Idősebb korban sokkal inkább jellemző a pszichomotoros agitáció, a melankolikus, valamint a pszichotikus jegyek előfordulása és a félrevezető, kognitív zavarra emlékeztető tünetek [7, 15]; az esetek mintegy 15%-ában jelentkezik pseudodementia [4, 7].

Végül, ahogy a prevalenciaadatok is mutatták, ebben az életkorban fokozottan magas az öngyilkossági veszélyeztetettség [7, 8, 15, 27]. Időskorban ritkább az impulzív öngyilkossági kísérlet, ezért a megfelelő szűrés, a depresszió felismerése és kezelése az öngyilkosság megelőzése szempontjából kiemelten fontos. A befejezett öngyilkosságot elkövetett személyek több mint fele a halála előtti 3 hónapban felkereste háziorvosát, illetve a cselekvést sok esetben hosszas előkészület előzte meg. A páciensek számos esetben az öngyilkosság cselekvési fázisában, röviddel az öngyilkossági kísérletet megelőzően is megjelennek a háziorvosnál. Bár az öngyilkossági szándékról ebben az esetben ritkán beszélnek nyíltan, indirekt utalások gyakran megjelennek. Így különösen fontos a háziorvosi gyakorlatban az öngyilkosság rizikófaktorainak ismerete és ezek monitorozása a rizikócsoportokban [8]. Az Emberi Erőforrások Minisztériumának szakmai irányelve a felnőttkori öngyilkos magatartás felismeréséről, ellátásáról és megelőzéséről [28] fokozottan ajánlja a 75 éves kor feletti páciensek depresszióra és öngyilkossági veszélyeztetettségére való szűrését már az alapellátásban. A rizikótényezők felmérését rövid, önkitöltős tesztek segítik, de ezek nem helyettesíthetik a páciens szakszerű kikérdezését. Többek között ilyen eszköz lehet a Rövid Szuicid Kérdőív, mely elsődleges, másodlagos és harmadlagos rizikófaktorokat is figyelembe vesz [29]. Elsődleges (pszichiátriai) kockázati tényezőknek számítanak a következők: 1) a jelenlegi vagy korábbi pszichiátriai betegség, 2) aktuális agitáció, insomnia vagy reménytelenség, 3) korábbi szuicid kísérlet és 4) öngyilkosság a családi előzményben. Másodlagos (pszichoszociális) tényezők: az akut stresszor, impulzivitás vagy agresszivitás. Harmadlagos (demográfiai) tényezők pedig az időskor és a férfinenem [29]. A szelektív beavatkozás (rizikócsoportok szűrése) mellett bizonyos célzott beavatkozások szintén megvalósulhatnak a háziorvosi praxisban. Ilyen a depressziós betegek állapotának és kezelésének követése, a betegutak segítése, szakellátás kérése vagy gondozási feladatok szakellátási irányadást követően [28]. Ezekben a feladatokban a többlépcsős ellátás jegyében alapellátási pszichológusok is tudják segíteni a háziorvost.

Pszichológiai tesztek, diagnosztikai kérdőívek, tünetbecslő skálák időskorú páciens vizsgálata során

A depresszió lehetőségének felmerülésekor – lehangolt-ság, számos szomatikus panasz, depresszió vagy öngyilkosság a családi anamnézisben – átfogó bio-pszichoszociális értékelésre van szükség. Ez magában foglalja az alapos anamnéziszfelvételt, a tünetek részletes explorációját, továbbá a depresszió tüneteinek kikérdezését, akkor is, ha a beteg magától nem említi, az orvosi okok kizárását és az öngyilkossági kockázat felmérését. Az átfogó laboratóriumi kivizsgálások, a farmakoterapiás és addiktológiai anamnézis szintén kiemelten fontos, illetve neurológiai zavar jeleinek felmerülésekor a megfelelő differenciáldiagnosztika a depresszió következtében fennálló pseudodementia kiszűrésére [7, 15, 16, 27].

A depresszió szűrésére számos validált kérdőív létezik, a vizsgálatokban a leggyakrabban a következőket használják: Beck Depresszió Kérdőív [30], Rövidített Beck Depresszió Kérdőív [31], Zung Depresszió Skála [32], Geriátriai Depresszió Skála [33, 34], valamint Kórházi

Szorongás- és Depresszióskála [35, 36]. A felméréssel és a kezeléssel kapcsolatos döntéshozást nehezíti, hogy hazai viszonylatban igen kevés közvetlen vizsgálati eredménnyel rendelkezünk az időskori depresszióval kapcsolatban, a klinikai vizsgálatokban az idős személyek alulreprezentáltak, illetve a legtöbb vizsgálat csupán rövid távú eredményeket közöl [16].

Az 1. táblázatban azok az alapvető pszichológiai, pszichodiagnosztikai vizsgálómódszerek láthatók, amelyek az időskorban megjelenő mentális zavarok diagnosztizálását, differenciáldiagnosztikai szempontjainak mérlegelését, a beteg személyiségének jobb megismerését, a terápiás hatás vagy bármilyen okú állapotváltozás felmérését segíthetik (1. táblázat) [37–49].

Terápia

Az időskori mentális zavarok kapcsán fontos szempont, hogy kezelésüket befolyásolja a pszichés status mellett a belgyógyászati és a neurológiai status, a szociális környezet és a betegség etiológiai háttere is. Az életkor és az ezzel járó farmakokinetikai és farmakodinámiai változá-

1. táblázat | A depresszió, a szorongás, illetve az időskorúakra adaptált, a mentális status becslésére kialakított diagnosztikai módszerek [37–49]

Teszt/Skála	A felvétel módja	Indikáció/felhasználási terület
Rövid Geriátriai Depresszió Skála (GDS) (Sheikh, 1986) [37]	Önbecslő	Speciális időskori. Jól kifejezi a depresszió súlyosságát.
Gyors Geriátriai Depressziószűrő Kérdőív (GDS-4) (Shah, 1996) [38]	Önbecslő	Speciális időskori. Depresszió szűrése.
Brief Assessment Schedule Depression Cards (BASDEC) (Adshead, 1992) [39]	Páciens és vizsgáló együtt	Speciális időskori. Geriátriai felvőbetegeken.
Önbecslő skála időskori depresszió mérésére (SELCARE [D]) (Bird, 1987) [40]	Önbecslő	Speciális időskori. Általános gyakorlatban.
Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CESD-10) (Irwin, 1999) [41]	Önbecslő	Időseken validált, megbízható.
Geriatric Mental State Schedule (GMSS) (Copeland, 1976) [42]	Külső, kiképzett megfigyelő	Idősek pszichopatológiai becslése.
Canberra Interview for the Elderly (CIF) (Mackinnon, 1992) [43]	Kiképzett vizsgáló	Speciális időskori. Depresszió és dementia.
Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination (CAMDEX) (Roth, 1986) [44]	Külső, kiképzett megfigyelő	Speciális időskori. Dementia, depresszió, szorongás.
Depressive Sign Scale (DSSS) (Katona, 1985) [45]	Páciens, majd hozzátartozó, gondozó becslése külső megfigyelővel	Dementiában szenvedő páciensek depressziós tüneteinek becslése súlyos dementia esetén is.
NIMH Dementia Mood Assessment Scale (DMAS) (Sunderland, 1988) [46]	Önbecslés: közvetlen megfigyeléssel és félig strukturált interjúval	Kognitív károsodásban szenvedő pácienseknél.
Cornell Scale for Depression in Dementia (Alexopoulos, 1988) [47]	Klinikus vizsgálatvezető	Dementiában szenvedő pácienseknél a depresszió diagnosztizálása.
Nürnbergi Gerontopszichológiai Tesztsorozat (NAI) (Pék, 1989) [48]	Részben önbecslés, részben külső megfigyelő becslésével, hozzátartozó vagy gondozó bevonásával	Gerontopszichológiai kutatásban, geriátriai osztályokon, idősek szociális és egészségügyi gondozásában. Az időskorúak teljesítménye leglényegesebb területeinek, viselkedésüknek és általános állapotuknak a leírására.
Addenbrooke's Kognitív vizsgálat (AKV) (Mathuranath, 2000) [49]	Kiértékeléséhez neuropszichológiai ismeretek szükségesek	Jól jelzi a különböző típusú dementiákat, jól elkülöníti az Alzheimer típusú és a frontotemporális eredetű dementiákat.

sok mellett figyelembe kell venni, hogy többnyire – az esetleges negatív pszichiátriai anamnézis ellenére – polymorbid páciensekről van szó, akik többféle gyógyszert szednek, és ezzel párhuzamosan érzékenyek mind a gyógyszer-interakciókra, mind a kognitív mellékhatásokra. Így a terápiás kezelések meghatározásakor az irányelvek minden esetben a pácienssel közös döntéshozatalt javasolják [7, 50]. A pszichoszociális tényezők fontosságát bizonyító kutatások ellenére az időskori depresszió kezelése nagyon gyakran a farmakoterápiára támaszkodik [7]. Az APA klinikai gyakorlati útmutatója elsődlegesen a második generációs antidepresszívumokat javasolja idősebb betegek számára [50]. Az útmutató alapján a következő gyógyszerek javasoltak a gerontopszichiátriai gyakorlatban: bupropion, duloxetin, eszitalopram, paroxetin, szertralin, venlafaxin.

Az utóbbi évtizedek szemléletváltozása nyomán egyre hangsúlyosabbá válik az aktív időskor és a sikeres öregedés koncepciója [4], ezáltal egyre nagyobb érdeklődés mutatkozik az időskori depresszióban alkalmazható hatékony pszichoszociális és szomatikus kezelési beavatkozások iránt. Továbbá a páciensek is számos esetben előnyben részesítik a pszichoszociális kezeléseket a gyógyszeres kezelésekkel szemben [7, 50]. A bizonyítékokon alapuló pszichoterápiák – önmagukban vagy farmakoterápiával történő kombinációban – az enyhe vagy közepesen súlyos depresszióban szenvedő idős emberek számára, továbbá olyan egyének számára javasoltak, akik vagy polymorbidok – ezáltal érzékenyek a gyógyszer-interakciókra –, vagy nem reagálnak megfelelően az antidepresszívumok terápiás dóziséra. Számos pszichoterápiás megközelítés hatékonysága bizonyított, melyek az egyéni igények és erőforrások alapján választhatók és testre szabhatók, ilyenek a kognitív viselkedésterápia, a problémamegoldó terápia és az interperszonális terápia. E megközelítések mindegyike alkalmas arra, hogy egyénre szabott időkeretben, szükség esetén rövidebb ülésekben és problémaorientált módon valósuljon meg az időskori depresszió pszichoterápiás kezelése [7]. Az APA klinikai útmutatója alapján az elsődlegesen ajánlott módszer a csoportos kognitív viselkedésterápia, illetve a csoportos interperszonális terápia, farmakoterápiával kiegészítve. Egyéni terápiát abban az esetben javasolnak, ha a fenti módszerek nem érhetők el, vagy nem bizonyultak hatékonynak a páciensnél [50]. Ez fokozottan szükségessé teszi hazánkban is a bizonyítottan hatékony csoportterápiás módszerek adaptálását idősebb depressziós populáció számára is.

Husain-Krautter és Ellison [7] áttekintő tanulmányukban részletezik, hogy a farmakoterápiás és pszichoterápiás beavatkozások mellett mely életmódbeli és szomatikus kezelési megközelítések bizonyulnak hatékonynak az időskori depresszió kezelésében:

1) A megfelelő fizikai aktivitás promotálása mind megelőző, mind terápiás célú az időskori depresszió vonatkozásában. A testmozgás bizonyítottan csökkenti a gyuladást és az oxidatív stresszt, továbbá bizonyított, hogy a

testmozgás, illetve a testmozgás kiegészítése a farmakológiai kezeléssel gyorsabb remisszióhoz vezet időskori depresszió során [51].

2) A panaszos alvás a depresszió jellegzetes kísérő tünete, amely akár előrevetítheti a depressziós epizód során jelentkező hangulati tüneteket. Az álmatlanság kezelése, az alváshigiénia oktatása, valamint az alvási rutin nyomon követése az időskori depresszió ellátásának alapvető összetevői.

3) Egyre több kutatás támasztja alá a megfelelő táplálkozásnak és a mikrobiom-egészségnek, illetve a bélmikrobiom diszfunkciójának a klinikai jelentőségét és lehetséges hozzájárulását a depressziós tünetekhez. Empirikus bizonyítékok utalnak arra, hogy a bélmikrobiom változásai befolyásolják a központi és a perifériás idegrendszer szerotoninszintjét, míg a probiotikumok javítják a depressziós tüneteket, csökkentik a gyulladásos markerek szintjét, és növelik a szerotonin elérhetőségét.

4) Egyéb életmódbeli tényezők: az időskori dohányzás összefüggésbe hozható a depresszió nagyobb arányával. A kockázatos és problémás alkoholfogyasztás növeli a depressziós tünetek kialakulásának lehetőségét. A szerhasználati zavarok (kiemelt jelentőséggel az alkoholfogyasztás) és a depresszió együttes előfordulása növeli a rossz mentális és általános egészségi állapot kialakulásának lehetőségét, továbbá az alkoholfüggőség az időskori depresszió egyik kiemelt kockázati tényezője és a hatékony kezelés akadálya is. A célzott szűrés, amely figyelembe veszi az alkoholfogyasztást és az életkörülményeket, segíthet azonosítani a túlzott vagy problémás alkoholfogyasztás szempontjából nagyobb kockázatú idősebb pácienseket, ami önmagában is probléma, és nagymértékben nehezíti az időskori depresszió kezelését.

5) Neuromoduláció: az elektrokonvulzív terápia (ECT) a hatékonysága ellenére nem széles körben alkalmazott kezelési lehetőség az időskori depresszió esetében. Az ECT különösen a terápiarezisztens egyéneknek javallott, a téveszmékkel, katatóniával és mániával járó időskori depresszió kezelésében indokolt. Bár az időskori depresszió ECT általi kezelése átmeneti memóriazavarral és jelentős visszaesési aránnyal járhat a kezelés után, az ECT bizonyítottan az időskori depresszió egyik leghatékonyabb kezelési lehetősége. A transcranialis mágneses stimuláció egy további neuromoduláló megközelítés, amely biztonságos és jól tolerálható. Minimális kognitív mellékhatásokkal jár, és kis arányú a kezelésből való kiesés [7].

Következtetés

A fentiekben bemutattuk, hogy az időskori depresszió gyakran aluldiagnosztizált, noha a vezető pszichés problémát jelenti ebben az életkorban. Mindez kiemelt jelentőségű, hiszen a depresszió esetében ismert, hogy jelentősen rontja az életminőséget, továbbá számos krónikus betegcsoportban növeli a morbiditást és a mortalitást

[12, 26, 52]. Az időskori depresszió kérdését a módszertani aspektusán túl is érdemes vizsgálni, hiszen számos tényező nehezíti a kórkép felismerését.

Hangsúlyozandó korlátot jelent, hogy az idősok krónikus betegségei vagy aktuális szomatikus tünetek, gyógyszeresedésük akár közvetlenül vagy közvetve hatnak a depresszió kialakulására, mintegy latens változóként. Ilyen például a pajzsmirigy-aluműködés, a szívkoroszorúér-betegség, a szívinfarktus, a diabetes vagy a központi idegrendszer betegségei, amelyek depresszióra hajlamosító tényezőként hatnak (például Parkinson-kór, Alzheimer-kór, sclerosis multiplex, stroke). Továbbá számos, időskorban alkalmazott gyógyszer mellékhatása (például béta-blokkolók, szteroidok, antiepileptikumok, kalciumcsatorna-blokkolók) jelentkezhethet depresszió [15]. Végül nem hagyható figyelmen kívül az sem, hogy a depresszió mellett a modern klasszifikációs rendszerek számos olyan neurokognitív zavart azonosítanak, amelyek tovább árnyalhatják az idősok állapotát. Az etiológia alapján beszélünk primer és szekunder major neurokognitív zavarról, valamint ezek reverzibilis és irreverzibilis formájáról egyaránt. A reverzibilis típusok esetében kiemelten fontos a körültekintő differenciáldiagnosztika, kiváltképp a depresszió teljes körű vizsgálata.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: Sz. T., K. Sz.: Szakirodalomkutatás, a kézirat első változatának kialakítása, megszövegezése és véglegesítése. P.-F. D.: Az intézményes háttér biztosítása, a kézirat véleményezése. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalom

- [1] European Commission. The 2018 ageing report: underlying assumptions and projection methodologies, 2017.
- [2] Monostori J, Gresits G. Ageing. In: Monostori J, Őri P, Spéder Z. (eds.) Demographic portrait 2018. Study on the Hungarian population. [Idősödés. In: Monostori J, Őri P, Spéder Z. (szerk.) Demográfiai portré 2018. Jelentés a magyar népesség helyzetéről.] KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest, 2018; pp. 127–145. [Hungarian]
- [3] Kovács M, Kopp M, Rózsa S. Domestic data. In: Kovács M. (ed.) Depression and anxiety in old age. [Hazai adatok. In: Kovács M. (szerk.) Idősokori depresszió és szorongás.] Springer Tudományos Kiadó, Budapest, 2003; pp. 44–54. [Hungarian]
- [4] Kaszás B. Adaptation processes in old age. PhD thesis. [Idősokori alkalmazkodási folyamatok. PhD-tézisek.] Pécsi Tudományegyetem, Pszichológia Doktori Iskola, Személyiség- és Egészségpszichológiai Program, Pécs, 2021. [Hungarian]
- [5] Füzesi Z, Töröcsik M, Lampek K. The sociology of health in old age: facts and trends. In: Kállai J, Kaszás B, Tiringi I. (eds.) Health psychology in elderly. [Az idősokor egészségpszichológiája: tények és trendek. In: Kállai J, Kaszás B, Tiringi I. (szerk.) Az idősokorúak egészségpszichológiája.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2013; pp. 63–83. [Hungarian]
- [6] Osváth P. The modern treatment of depression and agitation in elderly – the clinical use of trazodone. [Az idősokori depresszió és agitáció korszerű kezelése – a trazodon alkalmazásának lehetőségei.] Neuropsychopharmacol Hung. 2013; 15: 147–155. [Hungarian]
- [7] Husain-Krautter S, Ellison JM. Late life depression: the essentials and the essential distinctions. Focus 2021; 19: 282–293.
- [8] Baraczka K. Suicide risk in old age – risk factors, prevention and care. [Öngyilkossági veszélyeztettség idősokorban – rizikótényezők, prevenció és ellátás.] Lege Artis Med. 2020; 30: 281–288. [Hungarian]
- [9] Tóth MD, Székely A, Purebl G. Trends in depression and suicidal ideation in the adult population. In: Engler Á, Purebl G, Susánszky É, et al. (eds.) Hungarian psychological status 2021. Family-health-community. Hungarostudy 2021. [A depresszió és az öngyilkossági gondolatok alakulása a felnőtt népesség körében. In: Engler Á, Purebl G, Susánszky É, et al. (szerk.) Magyar lelkiállapot 2021. Család-egészség-közösség. Hungarostudy 2021 tanulmányok.] Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért, Budapest, 2022; pp. 213–232.
- [10] Zenebe Y, Akele B, W/Selassie M, et al. Prevalence and determinants of depression among old age: a systematic review and meta-analysis. Ann Gen Psychiatry 2021; 20: 55.
- [11] Alexopoulos GS. Depression in the elderly. Lancet 2005; 365: 1961–1970.
- [12] Torzsa P, Szeifert L, Dunai K, et al. Diagnosis and therapy of depression in primary care. [A depresszió diagnosztikája és kezelése a családorvosi gyakorlatban.] Orv Hetil. 2009; 150: 1684–1693. [Hungarian]
- [13] Füredi J, Rózsa S, Zámboi J, et al. The role of symptoms in the recognition of mental health disorders in primary care. Psychosomatics 2003; 44: 402–406.
- [14] Kósa K, Bíró É. Concepts and tools for population mental health surveys. [A mentális állapot populációs szintű vizsgálatának koncepciói és eszközei.] Mentálhig Pszichoszom. 2018; 19: 103–139. [Hungarian]
- [15] Rihmer Z, Gonda X. Depression in old age. In: Takács É. (ed.) Manual of geriatric care. [Depresszió idősokorban. In: Takács É. (szerk.) Az idősogondozás kézikönyve. A magyarországi idősotthonok és hospice-ok adatbázisával.] Geriátr Service Kiadó, Budapest, 2011; pp. 147–158. [Hungarian]
- [16] Gonda X. Elderly depression in primary care. [Idősokori depresszió az alapellátásban.] Magy Családorv L. 2017; 2017(4): 27–28. [Hungarian]
- [17] Gallo JJ, Rabins PV. Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. Am Fam Physician 1999; 60: 820–826.
- [18] Orhan M, Schouws S, van Oppen P, et al. Cognitive functioning in late life affective disorders: comparing older adults with bipolar disorder, late life depression and healthy controls. J Affect Disord. 2023; 320: 468–473.
- [19] Liao S, Zhou Y, Liu Y, et al. Variety, frequency, and type of Internet use and its association with risk of depression in middle- and older-aged Chinese: a cross-sectional study. J Affect Disord. 2020; 273: 280–290.
- [20] Manning KJ, Alexopoulos GS, Banerjee S, et al. Executive functioning complaints and escitalopram treatment response in late-life depression. Am J Geriatr Psychiatry 2015; 23: 440–445.
- [21] Alexopoulos GS, Bruce ML, Silbersweig D, et al. Vascular depression: a new view of late-onset depression. Dialogues Clin Neurosci. 1999; 1: 68–80.
- [22] Pimontel MA, Rindskopf D, Rutherford BR, et al. A meta-analysis of executive dysfunction and antidepressant treatment response in late-life depression. Am J Geriatr Psychiatry 2016; 24: 31–41.
- [23] Alexopoulos GS. Mechanisms and treatment of late-life depression. Transl Psychiatry 2019; 9: 188.

- [24] Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004; (420): 21–27.
- [25] Tylee A, Jones R. Managing depression in primary care. *BMJ* 2005; 330: 800–801.
- [26] Torzsa P, Hargittay C, Kalabay L. The importance of anxiety and depression in family practice. [A szorongás és a depresszió jelentősége a családorvosi gyakorlatban.] *Neuropsychopharmacol Hung.* 2017; 19: 137–146. [Hungarian]
- [27] Rihmer Z, Döme P, Gonda X, et al. Assessing suicide risk based on a hierarchical classification of risk factors. [Az öngyilkossági veszély felmérése a rizikófaktorok hierarchikus osztályozása alapján.] *Neuropsychopharmacol Hung.* 2017; 19: 131–136. [Hungarian]
- [28] The Ministry of Human Resources' professional guidelines on the identification, care and prevention of suicidal behaviour in adults. [Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a felnőttkori öngyilkos magatartás felismeréséről, ellátásáról és megelőzéséről.] *Eü Közl.* 2017; LXVI(15): 3124–3144. [Hungarian]
- [29] Rihmer Z, Döme P, Gonda X, et al. Suicide risk assessment using the Short Suicide Questionnaire – preliminary results. [Az öngyilkossági veszély felmérése a Rövid Szuicid Kérdőív segítségével – előzetes eredmények.] *Neuropsychopharmacol Hung.* 2018; 20: 14–17. [Hungarian]
- [30] Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561–571.
- [31] Beck AT, Rial WY, Rickels K. Short form of depression inventory: cross-validation. *Psychol Rep.* 1974; 34: 1184–1186.
- [32] Zung WW. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12: 63–70.
- [33] Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1982; 17: 37–49.
- [34] Szekeres T, Hargitai R. Experiences with the usage of the 15-item Geriatric Depression Scale (Short Form) on a Hungarian sample. [A 15 tételes Rövid Geriátriai Depresszió Skála hazai alkalmazásával szerzett tapasztalatok normatív mintán.] *Mentálhig Pszichoszom.* 2021; 22: 281–309. [Hungarian]
- [35] Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983; 67: 361–370.
- [36] Perczel-Forintos D. Questionnaires and rating scales in clinical psychology. [Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában.] *Semmelweis Kiadó, Budapest*, 2018. [Hungarian]
- [37] Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol J Aging Mental Health* 1986; 5(1–2): 165–173.
- [38] Shah A, Phongsathorn V, Bielawska C, et al. Screening for depression among acutely ill geriatric inpatients with a short geriatric depression scale. *Int J Geriatr Psychiatry* 1996; 11: 915–918.
- [39] Adshear F, Cody D, Pitt B. BASDEC: a novel screening instrument for depression in elderly medical inpatients. *BMJ* 1992; 305(6850): 397.
- [40] Bird AS, MacDonald AJ, Mann AH, et al. Preliminary experience with the SELFCARE (D): a self-rating depression questionnaire for use in elderly, non-institutionalized subjects. *Int J Geriatr Psychiatry* 1987; 2(1): 31–38.
- [41] Irwin M, Artin KH, Oxman MN. Screening for depression in the older adult: criterion validity of the 10-item Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). *Arch Intern Med.* 1999; 159: 1701–1704.
- [42] Copeland JR, Kelleher MJ, Kellett JM, et al. A semi-structured clinical interview for the assessment of diagnosis and mental state in the elderly: the Geriatric Mental State Schedule: I. Development and reliability. *Psychol Med.* 1976; 6: 439–449.
- [43] Mackinnon A, Christensen H, Cullen JS, et al. The Canberra Interview for the Elderly: assessment of its validity in the diagnosis of dementia and depression. *Acta Psychiatr Scand.* 1993; 87: 146–151.
- [44] Roth M, Tym E, Mountjoy CQ, et al. CAMDEX. A standardised instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. *Br J Psychiatry* 1986; 149: 698–709.
- [45] Katona CL, Aldridge CR. The dexamethasone suppression test and depressive signs in dementia. *J Affect Disord.* 1985; 8: 83–89.
- [46] Sunderland T, Hill JL, Lawlor BA, et al. NIMH Dementia Mood Assessment Scale (DMAS). *Psychopharmacol Bull.* 1988; 24: 747–753.
- [47] Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, et al. Cornell scale for depression in dementia. *Biol Psychiatry* 1988; 23: 271–284.
- [48] Pék Gy, Fülöp T Jr., Zs-Nagy I. Gerontopsychological studies using NAI (“Nürnberg Alter Inventar”) on patients with organic psychosyndrome (DSM III, Category 1) treated with centrophoxine in a double blind, comparative, randomized clinical trial. *Arch Gerontol Geriatr.* 1989; 9: 17–30.
- [49] Mathuranath PS, Nestor PJ, Berrios GE, et al. A brief cognitive test battery to differentiate Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Neurology* 2000; 55: 1613–1620.
- [50] McQuaid JR, Lin EH, Barber JP, et al. APA Clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts. American Psychological Association, Washington, DC, 2019.
- [51] Mile M, Tatai Cs, Fábán B, et al. Effects of physical activity on cognitive function in older adults. [A fizikai aktivitás hatásai az időskori kognitív működésre.] *Orv Hetil.* 2020; 161: 163–168. [Hungarian]
- [52] Bakó Gy. The situation of geriatric medicine in Hungary today. [A geriátria helyzete ma Magyarországon.] *Orv Hetil.* 2023; 164: 891–893. [Hungarian]

(Szekeres Tamás,
Budapest, Üllői út 25., 1091
e-mail: szekeres.tamas95@gmail.com)