

## **Depresszió és gyász-reakció**

**A tüneti kép összehasonlítása, különös tekintettel a szuicid viselkedésre**

**Kiss Kitty**

**2003**

**Témavezetők: Prof. Dr. Füredi János**

**Dr. Szádóczky Erika**

**Semmelweis Egyetem Doktori Iskola,**

**Egészségtudományok Doktori Iskolája**

**Szigorlati bizottság:**

**Prof. Dr. Kopp Mária, Dr. Túry Ferenc, Dr. Gerevich József**

**Hivatalos bírálók: Dr. Túry Ferenc**

**Dr. Fekete Sándor**

## Tartalomjegyzék

Bevezetés	3
Célkitûzések	36
Módszerek	37
Eredmények	51
Megbeszélés	59
Következtetések	65
Köszönetnyilvánítás	70
Irodalomjegyzék	71
Saját közlemények jegyzéke	
- Az értekezés témájával összefüggõ közlemények	83
- Egyéb közlemények	84
Összefoglaló – magyar	86
Összefoglaló – angol	87

## **BEVEZETÉS**

A gyász életünk egyik legfájdalmasabb tapasztalata. Következményei akár hosszú távon is hatással lehetnek az életvitelre. A veszteség lehet egy életre szóló negatív tapasztalat, míg más esetben a gyász feldolgozásával olyan tapasztalatokkal gazdagszik a gyászoló, amelyek elősegíthetik további kapcsolatait és értékítéletének pozitív irányú megváltozását.

A gyász tehát sokféleképpen jelentkező reakció, mely általában egy fontosnak tartott személy halálát követi, de más fajta veszteségekhez is kötődhet. A gyász milyenségét nagyban meghatározzák a normák, a szokások, a kultúra. Az utóbbi évtizedekben a halálhoz és a gyászhoz kötődő elképzelések nagymértékben átalakultak. Az átélés egyéni és társadalmi szinten is csökkent a halállal kapcsolatban, a halálos betegségek megközelítése inkább orvosi szempontú, és a gyász folyamata lerövidült. A haldoklók és a gyászolók közötti kommunikációs zavar sokszor problémát okoz a családi kapcsolatokban is (1).

A gyász rendkívül komplex jelenség, amelynek pszichés, spirituális, és szociális vonatkozásait számos folyamat befolyásolhatja.

## A gyász kulturális vonatkozásai

A Bibliában is olvashatunk gyászoló emberekről, mint például:

*„És megszaggatá Jákób ruháit és zsákba öltözék és gyászoló az ő fiát sokáig.”*  
(1Móz. 37,34)

*„Jeremiás is siratá Jósiást, és siralmas énekkel siratják vala őt az éneklő férfiak és asszonyok mindnyájan mind e mai napig, a melyek szokásossá lettek Izráelben.”* (2Krón 35,25).

*„Dávid pedig felméne az olajfáknak hegyén, mentében sírva, fejét beborítva, saru nélkül ment, és az egész nép, mely vele volt, kiki beborította fejét, és mentökben sírának.”*  
(2Sám., 15,30.)

*„Akkor megragadá Dávid a maga ruháit és megszaggatá, úgyszintén a többi emberek is, kik ő vele valának. És nagy zokogással sírának és böjtölének mind estvéig.”*  
(2Sám 1,11-12)

(Károli Gáspár fordításai)

A Bibliában olvasható leírások szerint gyász külső jegyei: a sírás - siratás, a ruha megszaggatása, zsákruha viselése, a haj lenyírása, mezítláb járás, por (hamu) szórása a fejre, böjtölés, a földön ülés hét napon át.

A gyász megjelenési formái elsősorban a kulturális környezettől, a hagyományoktól függenek. A gyásznak egyik formája sem tekinthető „normálisnak” vagy „kórosnak” a környezet figyelembevétele nélkül.

A gyász minden kultúrában megváltozott állapotot takar, melyben bizonyos szabályok betartását várják el a hozzátartozóktól és a tágabb környezettől. Ennek részeként - az elfogadás jegyében - megkülönböztetik a gyászolót a többiektől a magatartás, az öltözködés és a társaságban való részvétel szempontjából is, és éreztetik a közösség megtartó erejét, támogatását. A hagyományok egy része azt is lehetővé teszi, hogy a szeretett személy elvesztésének traumatikus élményét a gyászoló újraélje és megfogalmazza (siratás, virrasztás, stb.). Ennek kapcsán a gyászoló újraélheti, felidézheti a

számára fontos eseményeket, mely emlékek segíthetik később is szeretete kifejezésében, esetleges bűntudatának csökkentésében, és a veszteségek tudatosításában. A hosszú idő óta fennmaradó szokások a gyászolás mikéntjében is mintát nyújtanak, mely a személy biztonságérzetét növeli. A gyász lezárulása gyakran egyértelműen kifejeződik a külvilág számára (ruházat, társaságban való részvétel, stb.), melyet éppen úgy el is várnak illetve a gyász részének tartanak a közösség tagjai, mint magát a gyászfolyamatot.

E korábbi hagyományok jelenléte azonban gyengült napjainkra, és mivel nem váltotta fel hasonló támogató szokásrendszer, ezért a normál illetve komplikált gyász fogalmának értelmezési kerete is meghaladja a korábbi viszonyítási alapokat. A XX. század elején még a közösség is elvárta a gyászra vonatkozó összetett szokás- és hagyományrendszer megtartását, mára azonban a leginkább a gyász külső kifejezésének a hiányát, a fájdalmas érzéseken való mihamarabbi túllépést és a korábbi élet változatlan folytatását tartják követendőnek. Az korábban jellemző közösségi támogatás, a rítusok, hagyományok helyett így jelenleg inkább a magányosság, a hallgatás, az elfojtás jellemzi a gyászt.

## A gyász folyamatának értelmezése

A tanatológia (az ókori görög mitológiában a halált megszemélyesítő Thanatosz nevéből ered), mint új interdiszciplináris megközelítés éppen az említett folyamatok hatására jelent meg a hatvanas évek végén. Célja a haldoklás, a halál és a gyász különböző aspektusainak vizsgálata, és eredményeinek alkalmazása.

Freud volt az első, aki megkülönböztette a normál és a patológiás gyászt a „Gyász és melankólia” című munkájában (2).

Lindemann fogalmazta meg először részletesen a gyász folyamatának jellemzőit „Az akut gyász tünettana és kezelése” című tanulmányában, ahol elsőként írta le a „gyászmunka” megnevezést (3).

További előrelépést jelentenek a gyászmunka megismerésében Bowlby és Caplan kutatásai és elméletei, melyek a gyermekkori gyász analízisére illetve a kríziselmélet kidolgozására épülnek (4, 5).

A gyász egy olyan érzelmi, kognitív, viselkedésbeli és kapcsolati változásokban illetve testi tünetekben megnyilvánuló reakció, melyet egy fontos tárgy vagy személy elvesztése vált ki. Egy szeretett személy elvesztését követően az elhunytal való kapcsolat, a halál típusa, a személyek életkora, a gyászoló személyiség jellemzői, korábbi tapasztalatai és veszteségei, megelőző betegségei és aktuálisan fennálló pszichés állapota, vallásossága illetve társas kapcsolatai nagymértékben meghatározzák a gyászmunka intenzitását, lefolyásának időtartamát (6). Így az egyéni jellegzetességek figyelembevétele alapvető a gyászfolyamat megismerésében, hiszen a normális gyász fogalma csupán egy olyan segítő célzattal megfogalmazott leírás, mely az eligazodásban segít ugyan, de az egyéni helyzet leírására nem elegendő.

### A gyász és a krízis

A krízis vagy válsághelyzet, melynek lényege a pszichológiai egyensúlyi állapot felborulása, mely külső hatás(ok) következtében jön létre. Az érzelmi krízis olyan

feszült, fájdalmas állapot jelent, amely a pozitív (kreatív krízis) és negatív irányba fordulás lehetőségét is magában hordja (7; 8). Ennek megfelelően a krízis egyaránt okozhat dekompenzációt, egy alacsonyabb egyensúlyi állapotba kerülést, esetlegesen – főként pszichiátriai - betegségek kialakulását, de következtében fejlődés, új egyensúlyi állapot és új problémamegoldó eszközök is kialakulhatnak, illetve a személyiség fejlődése is bekövetkezhet.

A krízisprovokáló tényezők közül a gyász talán a legjelentősebb, főként akkor, ha a veszteséget tágabb értelemben értelmezzük (válás, szakítás). A krízist közvetlenül követő akut gyászreakció során különböző pszichés és szomatikus tünetek jelentkeznek (3), atípusos formájában azonban megjelenésük késleltetett vagy elmarad. A gyász terápiája sokszor komplex, farmako-, szocio-, pszichoterápiát (pár- és családterápiát) is tartalmaz, egyéni terápiára általában csak a krízis lezajlása után kerülhet sor.

## A normál és a komplikált gyász folyamata

Ahogy azt már korábban leírtuk, Freud (2) volt az első, aki a normál és a patológiás gyászt elkülönítette „Gyász és melankólia” c. munkájában.

Freud a melankólia fő tüneteiből indult ki, melyek a normális gyász tünete: fájdalmasan nyomott hangulat, a külvilág iránti érdeklődés csökkenése, a szeretőképeség elvesztése, mindenfajta aktivitás gátlása. Normális gyászmunka esetén az elvesztett személyre általában szomorúsággal, kétségbeeséssel, ugyanakkor vágyakozással telve emlékezik a gyászoló. A jelentős veszteségre adott normál és a patológiás gyász szembeállítását Freud (2) a következőképpen fogalmazza meg:

„A melankóliás valami mást is mutat még, ami a gyásznál hiányzik – az önbecsülés szélsőséges csökkenését, az ego óriási mértékű gyengülését. A gyászban a világ szegényedik el és válik üressé; a melankóliában maga az én. Az egyén úgy jeleníti meg előttünk énjét, mint ami értéktelen, bármilyen teljesítményre képtelen és morálisan megvetendő; szemrehányást tesz önmagának, önmagát gyalázza, és várja kiűzetését és büntetését. Mindenki előtt megalázkodik, és sajnálja a hozzátartozóit, hogy ilyen értéktelen valakivel vannak kapcsolatban, mint ő. Nem érzi, hogy változás ment volna végbe benne, hanem bírálatát kiterjeszti a múltra, és azt állítja, hogy ő soha nem volt jobb. A (főleg morális) alacsonyabbrendűségi téveszme képe álmatlansággal és a táplálkozás elutasításával egészül ki, és – ami pszichológiailag igen figyelemreméltó – azoknak az ösztönöknek a legyőzésével, amelyek minden élőre arra készítetnek, hogy ragaszkodjon az élethez.” (246. o.)

„Amikor (a melankóliás) súlyos önkritikájában úgy jellemzi magát, mint jelentéktelen, egoista, becsstelen személyt, akinek hiányzik a függetlensége, akinek egyetlen célja, hogy elrejtse saját jellemének gyengeségét, meglehet – amennyire ezt tudjuk -, hogy nagyon közel került önmaga megértéséhez; csak arra vagyunk kíváncsiak, miért betegszik meg egy ember, mielőtt az ilyenfajta igazsághoz eljutna. Nem lehet kétséges, hogy ha valaki ezt tartja magáról, és ezt a tapasztalatát ki is nyilvánítja mások előtt, az beteg, akár igazat mond, akár többé vagy kevésbé igazságtalan önmagához.” (246-247. o.)



Freud szerint tehát egy jelentős tárgy elvesztése normál gyász-reakciót és patológiás melankóliát egyaránt előidézhethet. A két állapot közös tulajdonságai: a levertség, az érdeklődés csökkenése illetve beszűkülése valamint az aktivitás csökkenése. Különbséget jelent ugyanakkor, hogy melankólia esetében sokkal súlyosabb az önleértékelés mértéke. Az önvádak az értéktelenség-, tehetetlenségérzésen alapulnak, és a személy úgy véli morálisan elítélendő. Freud meg is fogalmazza, hogy a gyászoló számára a világ szegényedett el, a melankóliásnak ezzel szemben az énje lett szegényebb. Freud szerint a melankóliára való fogékonyság a lelkiismeretesség mértékével egyenesen arányos, azonban a melankóliások önvádjában következetlenség is megfigyelhető:

„...távol állnak attól, hogy kimutatható lenne náluk az alázatosság és önálvetés attitűdje, ami az ilyen értéktelen emberekhez egyedüli módon illene. Ellenkezőleg, ők vannak leginkább önmaguk terhére, és mindig úgy tűnik, mintha meg lennének sértve, és a legnagyobb igazságtalansággal bánnának velük.” (248. o.)

Freud arra vonatkozóan, hogy egy jelentős kapcsolat elvesztése miért okozza az önbecsülés elvesztését, a következőket fogalmazza meg:

„...Ha az ember türelmesen meghallgatja egy melankóliás számos különféle önvádját, végül elkerülhetetlenül az a benyomása támad, hogy gyakran a leghevesebb önvádak alig vonatkoznak a betegre magára, viszont holmi jelentéktelen módosítással igen jól ráillenek valaki másra, valakire, akit a páciens szeret vagy szeretnie kell vagy szeretni akar ... azt vesszük észre, hogy az önvádak a szeretett tárgy elleni vádak, aki eltávolodott tőle, és a beteg saját énjébe került. A panaszok valódi panaszok a szó eredeti értelmében. Nem szégyellik magukat, és nem rejtőzködnek, mivel minden, amit lekicsinylőleg mondanak magukról, azt alapjában véve másvalakire mondják.” (248. o.)

Freud szerint tehát amennyiben megszakad egy jelentős kapcsolat – mint haláleset miatt -, az ego egy konfliktusmegoldó folyamaton megy át: a vágyteljesítés azt sugallja, hogy tagadja a veszteséget, de a valóságkövetelmény ezzel szemben kényszeríti, hogy ismerje el a veszteség megtörténtét. A normál gyász esetében a veszteség tagadásának vágya és a veszteség elismerésének reális szükséglete között folyik a küzdelem.

Normális esetben az elveszített tárgyhoz kötődő emlékekkel és elvárásokkal összekapcsolódott energia fokozatosan felszabadul, és póttárgyakra tevődik át. Ezt a folyamatot megkönnyíti, hogy ezek az asszociációk hozzáférhetőbbek a tudat számára.

Melankólia esetén azonban ezt az energiát a személy nem másik tárgyra helyezi át, hanem az ego azonosul az elvesztett tárggyal introjekció által. Ennek során az ego és a külső tárgy közötti eredetileg meglévő interperszonális konfliktusok és ambivalenciák intrapszichés konfliktussá alakulnak át. Ebben a belső konfliktusban a lelkiismeret és az éniideál mellett az ambivalensen szemlélt elvesztett tárgyjal identifikálódott módosult ego kap helyet és küzd egymással.

Melanie Klein (9) szerint a normális gyász folyamatban a gyászoló nemcsak az aktuálisan elvesztett személyt, hanem a saját, jó belső tárgyként átélt szüleit is újra introjektálja, és ennek a belső világnak az újraépítése jellemzi a sikeres gyázmunkát.

Az analitikus irodalomban komplikált gyász akkor feltételezhető, amikor hosszasan, túlzott önvádások jelentkeznek és fixálódnak. Freud szerint ekkor azok a vádak, amelyeket a beteg önmagára vonatkoztat, tulajdonképpen egy másik személynek (illetve az én-je egy másik részének, a felettes én-nek) szólnak. Elmélete szerint amennyiben ezek a mechanizmusok a gyázmunka során megjelennek, kóros gyászról beszélünk.

Melanie Klein (9) írásai a gyászolókkal foglalkozó pszichoterapeutáknak útmutatást jelentenek, segítségével a gyász fogalma tágabb értelemben is használható lett, emellett kibővült és hatékonyabbá vált a terápiás tevékenységek tárháza.

A kóros mértékben gyászoló számára a szükséges ideig tartó pszichés gondozás és a verbális kommunikáció fokozatosan átsegítheti az önvádásokon és a depresszión. A külső tárgyban való bizalom, és a külvilággal való kapcsolat helyreállításával a gyászoló képessé válik arra, hogy ismét megerősödjön az elvesztett szeretett személybe vetett bizalma.

Melanie Klein azonban azokról is ír, akik nem képesek a gyász átélésére, akik képtelennek érezték magukat arra, hogy megtartsák magukban a szeretett, de elvesztett tárgyat. Érzelmileg elfordultak az elvesztett személytől, tagadták a szeretet-kapcsolatot, vagy akár gyűlöletérzés jelentkezett az elvesztett személy iránt.

Melanie Klein tapasztalatai alapján, hogy a gyász átélésére képtelen emberek úgy menekültek, hogy teljes érzelmi életüket nagyon beszűkítették. Ez a folyamat – megfelelő terápiás beavatkozás nélkül – az egész személyiség elszegényedéséhez vezetett.

Parkes és Sills (10), valamint Jeremy Holmes (11) a gyász pszichopatológiájának elemzésekor John Bowlby kötődési elméletét és a Mary Ainsworth által leírt kötődési típusok összevetését tartják kiemelendőnek. Parkes és Sills azokat a tapasztalatokat ismertetik, amelyek az első két életév kötődési viselkedésének jellemzői és a patológiás gyász kialakulása közötti kapcsolat mellett szólnak.

John Bowlby (4) a korai kötődéssel foglalkozó elméletében a csecsemő olyan bioszociális ösztönnel születik, amely arra készíti, hogy az őt gondozó személlyel, az anyával szoros kapcsolatot alakítson ki. A korai életszakaszban –optimálisan esetben – az anyával ismétlődően átélt biztonságos, védelmező érzelmi kapcsolat a belső mentális modell alapja. Ez a modell a későbbiekben – tudattalanul – befolyásolja az egyén érzéseit, és érzelmi kapcsolatait, tehát állandóan hat jelenére és jövőjére. A gyermek érzelmi kötődése lehet biztonságos és bizonytalan. Parkes és Silles (10) elméletében a gyász folyamata felidézi és aktivizálja a korai kötődési helyzeteket, mintákat, és a komplikált gyász kialakulásához főleg az irreverzibilis szeparációs helyzetre adott kóros érzelmi reakciók (elkerülés, depresszió, stb.) járulhatnak hozzá.

Lindemann (3) alapműnek tekinthető „Az akut gyász tünettana és kezelése” című tanulmányában elsőként fejtette ki a teljesség igényével a normál gyász jellemzőit, elkülönítette a kóros gyászreakciók különböző formáit, és felismerte a veszteséget megelőző ún. „anticipátoros gyász” szerepét, mely a hozzátartozó hosszas haldoklása esetén megelőzi a gyászfolyamatot.

A gyász folyamatának hazai tanításában nagy előrelépést jelentettek Pilling magyar nyelven megjelent összefoglalói, melyek a gyász pszichológiai, kulturális, és elméleti vonatkozásait egyaránt érintik. (12-15; 18)

## A normál gyász

A gyász az életciklus természetes része, amely önmagában nem igényel professzionális segítségnyújtást, a veszteség által kiváltott reakciók, magatartási formák együttese. Gyászreakciót válthatnak ki bárkinél a kisebb-nagyobb veszteségek, tárgyvesztések (párkapcsolat megszakadása, elköltözés, munkahely elvesztése, nyugdíjba vonulás, egészségi állapotból következő szerep-kiesések, stb.). A legnagyobb intenzitású érzéseket kiváltó veszteség azonban általában szeretteink, számunkra fontos személyek halálakor jelentkezik.

Mint azt korábban is említettük, a veszteségre adott reakciót egyéb tényezők is meg határozzák, mint például az elhunytal való kapcsolat jellege, a halál módja, a gyászoló személyiség-jellemzői, a korábbi veszteségei és betegségei (különösen a depresszió), aktuális lelki állapota és környezete, stb. (6)

A gyász –fentiekből adódó - egyénileg eltérő lefolyása miatt a lelki folyamat különböző leírásai a szakirodalomban változatosak, és többféle beosztás is ismertté vált a gyász szakaszainak meghatározására. A kezdeti modellek a gyásznak többnyire három szakaszát különböztették meg: 1 - érzelmi sokk, 2 - a veszteség tudatosulása 3 - felépülés (16). A gyász-folyamatban a megfogalmazott első és harmadik szakasz leírásával a későbbi modellek is egyetértenek, de a második szakaszban a tudatosulás fázisán belül további szakaszokat különítenek el – így alakultak ki a négy vagy öt fázist megkülönböztető modellek. A főbb modelleket az 1. táblázat foglalja össze.

## 1. Táblázat

A normál gyász szakaszai

Engel, 1962 (92)	Averill, 1968 (16)	Spiegel, 1981 (21)	Parkes, 1994 (10)	Kast, 2000 (93)	Kübler-Ross 1988 (94)	Martocchio, 1985 (95)	Horowitz 1993 (26)
Lesújtottság és hitetlenség	Sokk	Sokk	Dermedtség és tompultság	Elzárkózás a tudomásulvétel előtt	Elutasítás	Lesújtottság és hitetlenség	Sokk
		Kontrollált szakasz			Düh	Tiltakozás és elvagyódás	Elutasítás
Tudatosulás	A tárgyvesztés tudatosítása	Regresszió	Sóvárgás és vágyakozás	Az érzelmek feltörése	Alkudozás	Gyötrődés, összeomlás és kétségbeesés	Elárasztás
			Szétesettség és kétségbeesés	A keresés, a megtalálás és az elválás stádiuma	Depresszió	A gyásszal való azonosulás	Átdolgozás
Újra-szerveződés és helyreállítás	Felépülés	Adaptáció	Újraszerveződés és visszatérés	Új viszony saját magunkkal és a világgal	Belenyugvás	Újra-szerveződés és helytállás	Lezárás

A gyász összetett folyamatából következik, hogy nehezen osztható élesen elkülönülő szakaszokra, és ezért a magyarázó modellek is eltérőek lehetnek. A háromszakasos modellek előnye, hogy didaktikusak, azt a három szakaszt különítik el, melyek valóban a legkiemelkedőbbek, ám a gyászfolyamat leghosszabb, középső szakaszának lényeges változásait nem érzékeltetik. A négy- vagy ötszakasos modellek a gyász folyamatjellegét jobban érzékeltetik, de a 2-4. szakaszok elnevezése nem mindig fedi teljes mértékben az adott időszakot, inkább csak az előtérben álló jegyeket hangsúlyozzák.

Averill (16) nagyhatású, ám spekulatív elemzésében a gyászról és a gyászolásról mint érzelmi válaszmintákról – evolúciós nézőpontból közelít. Elmélete szerint a gyász biogenetikailag meghatározott, sztereotip pszichológiai és fiziológiai válaszminta egy jelentősnek számító tárgy elvesztésére. A gyászoló viselkedés kulturálisan meghatározott. Patológiás gyászreakció esetén az egyéni szituációs vagy személyiségtényezőknek, illetve a fiziológiailag közvetített rendellenességeknek köszönhetően klinikai depresszió is kialakulhat.

Averill (16) több hipotézist is kifejtett a gyászreakciók lehetséges funkcionális, illetve evolúciós adaptív értékére vonatkozóan. Elképzelése szerint a gyászreakciók csak olyan fajoknál jelennek meg, amelyeknél a létezés társas formái elengedhetetlenek a túléléshez, a szociális kötelékek egyéni ismeretségen és érintkezésen alapulnak, és ahol általános a fajon belüli agresszió. Ezeknél a fajoknál feltételezhetően genetikailag meghatározott, hogy a csoportösszetartás eszközeként elkerüljék, hogy a jelentős tárgytól elkülönüljenek, és a veszteség elkerülésére tett sikertelen próbálkozás eredményez gyászreakciót.

A gyászreakció genetikai megközelítését erősíti, hogy a gyászreakció faji és kulturális jellegzetes mintázatokat mutat, melynek etiológiája a jelentősnek számító tárgy elvesztése, vagy elvesztésének fenyegetése illetve fantáziában való megjelenése. A gyászreakciók lezajlásában Averill szerint sztereotípiák figyelhetők meg: a sokk-, a reményvesztés-, és a felújulás-szakaszok követik egymást. Ebben az elméletben a gyász nem feltétlenül adaptív reakció, sőt, a fizikai és pszichológiai stressz iránti fokozott érzékenység és a csökkent társas interakció a gyász időtartama alatt csökkentheti a faj terjedésének valószínűségét. A természetes szelekció azonban nem az egyén, hanem elsődlegesen a faj fennmaradását támogatja. A szeparációs szorongás és a gyász szerepe az, hogy erősítse a csoport biztonságát, gondozását, és a reprodukciót biztosító társas kötődést. (16)

Az eltérő és egyben ellentmondásokat is tartalmazó modellek integrációját jelenti a Brown és Stoudemire (17) által kidolgozott összefoglaló táblázat, melynek háromfázisos modelljében az egyes jellemzők intenzitásváltozásának jelölése érzékelteti a gyász folyamatjellegét, az érzések, a gondolkodás és a magatartás állandó alakulását. (2. táblázat)

## 2. Táblázat

A normál gyász jellemzői, Brown és Stoudemire (17)

	1. fázis: Sokk	2. fázis: Elmélyülés az elhunyttal kapcsolatos érzésekben és gondolatokban	3. fázis: Újraszerveződés
Érzelmi jegyek	Dermedtség	Düh	
	Torokszorítás érzése	Lehangoltság	
	Sírás	Álmatlanság	
Testi jegyek	Sóhajtozás	Testsúlycsökkenés	
	Hasi üresség érzete	Erőtlenség	
	A valótlan érzete	Kimerültség	
Gondolkodásbeli jellegzetességek	Tagadás	Bűntudat	A múltból már a szép emlékekre is tud gondolni
		(Az elhunyttal kapcsolatos álmok	
	Hitelenség, Valótlan tartalmú fantáziák	Az elhunyttal kapcsolatos gondolatok	
Motivációs állapot		Az örömeire való képtelenség	A tevékenységekkel kapcsolatos érdeklődés visszanyerése
		Introverzió	Új kapcsolatok kialakítása



Pilling (18) a gyász pszichés folyamatát bemutató leírásában egyidejűleg jelöli az elkülönülő szakaszokat, azok átmeneteit és a folyamatos változásokat. Ebben az ötszakaszos modellben a következő stádiumok szerepelnek: anticipációs gyász – sokk – kontrollált szakasz – tudatosulás – átdolgozás – adaptáció, kiegészítve az anticipációs gyász fogalmával. Az egyes szakaszok főbb jegyei a következők:

#### Anticipációs (megelőlegező) gyász

Az anticipátoros gyász azt a folyamatot jelöli, amikor a hozzátartozók a halál bekövetkeztének lehetőségét már jóval annak beállta előtt megfogalmazzák magukban, így fel tudnak készülni annak rájuk gyakorolt hatására.(3) Ez különösen gyakran fordul elő a hosszan tartó halálos betegségek esetén vagy más, életveszélyes helyzetben (pl. háborúban) levő hozzátartozókkal kapcsolatban. A feltehetően bekövetkező veszteséget a beteg, a hozzátartozók, továbbá a szakemberek — tudattalanul, vagy tudatosan – már előre gyászolják. (19). Ez a „felkészülési időszak” a halál bekövetkezésével kapcsolatos érzelmi traumát enyhítheti, de bizonyos esetekben éppen annak ellenkezőjét is eredményezheti, amennyiben a beteg és a hozzátartozó között kialakuló kapcsolat olyan mértékben elmélyül, mely a gyászt rendkívül megnehezíti. (20)

Az anticipált gyászban átélt veszteség különösen erősen megmutatkozik a kontroll (beavatkozások-, érzelmek -, az élet fölött), az identitás (én-tudat), valamint a kapcsolatok elvesztésének (szeparációs szorongás aktiválódása, gondolkodás a haldoklásról, a halálról, mások halálára fokozott szenzitivitás) területein.

Spiegel a gyász lelki folyamatában 4 szakaszt különített el: sokk, kontrollált fázis, regresszió és adaptáció (21).

#### Sokk

Abban az esetben, ha a hozzátartozó a halál hírének megtudásakor tagadással reagál („Ez nem lehet igaz”), érzelmileg bénultság, kiüresedtség érzése jelentkezik, vagy

éppen ellenkezőleg, kontrollálhatatlan érzelemkitörések jelentkeznek, sokkról beszélünk. Ilyen esetben a koncentráció, a gondolkodás és a kommunikációs igénybevehetőség nagymértékben csökken, néha válaszdásra is képtelenek. E problémák miatt a hozzátartozók eltérő állapotából fakadó félreértések is keletkezhetnek, mert a másik passzivitását, kommunikációra való képtelenségét közömbösségnek, hidegségnek is értelmezhetik.

A veszteség váratlanságától függően a sokk időszaka általában néhány perctől 1-2 napig tarthat (22-24)

### Kontrollált szakasz

A sokk időszakában a gondolkodásra, a temetéssel kapcsolatban felmerülő tennivalók intézésére a hozzátartozó nem képes. E feladatainak tudatosulásával a sokk időszaka lezárul, és nagy erőfeszítések árán a racionalitás kerül előtérbe. Az ügyintézés feladata nem engedi meg a tehetetlenség-érzés elhatalmasodását, mely alapvetően jelen van a halálhírt követő első időszakban. Ilyenkor csökken az önbizalom, derealizáció és deperszonalizáció jelentkezhet, melyek passzivitással vagy túlzott aktivitással párosulhatnak annak érdekében, hogy a személy figyelmét képes legyen a fájdalmas érzéseiről és gondolatairól másra terelni.

A haláleset miatt érzett düh, vádaskodás, ingerlékenység, vagy bizalmatlanság felerősödhet ebben az időszakban, melyek elhalványulnak a temetésig, mely rendszerint e szakasz végét is jelentik. A temetés kiemelten fontos fordulópont a gyász munka folyamán, hiszen a szertartás során az elhunytól fizikailag is végleg meg kell válnia a hozzátartozónak, a veszteséggel kapcsolatos érzelmek kifejeződhetnek, és ezáltal az elválás élménye, illetve a rokonok segítő támogatása jobban tudatosul a gyászolóban. Amennyiben a temetés időpontja jóval a haláleset utánra tevődik, már a temetést megelőzően is megjelenhetnek a tudatosulás jelei. (22; 25)

### Tudatosulás

Ez az időszak a gyász legnehezebb szakasza. A teendők elvégzésével hirtelen új keletkezik a gyászoló időrendjében, nincs lehetősége a feladatokba temetkezve elterelni

figyelmét a veszteségről, a korábban háttérbe szorult gondolatokról, emlékekről, érzésekről. Emellett a környezet támogatása is csökken a temetést követően, melyet többek között az a tévhit alapoz meg, hogy a gyász elviselhetőbb a temetés után.

A gyász ezen szakaszában kiemelendő jellemző az érzelmek hullámzása, melyben a szomorúság, a magány, a tehetetlenség és a kiüresedtség éppúgy megjelenik, mint a megkönnyebbülés, a félelem és a harag. Dominánssá válhat a bűntudat és az önvád érzése, melyek a meg nem tett, vagy megbánt eseményekre vonatkozhatnak. Többek között az elhunytal kapcsolatos emlékek felerősödéséből fakadnak a gondolkodásban ilyenkor bekövetkező változások, melyek regresszív irányba tolódnak el: mágikus, omnipotens, és/vagy szimplifikációs gondolatok jelenhetnek meg.

További regresszív jegy az érzékelésben tapasztalható illúziók, vagy hallucinációk megjelenése, melyek a kontroll-vesztettség érzetét kelthetik a gyászolóban. A magatartásban ellentmondások keletkezhetnek, az elhunytal kapcsolatos cselekedetek és emlékezés váltakozhat ezen tevékenységek merev elkerülésével és távoltartásával. Kast (24) a kereső magatartást a következőképpen írja le: vágyakozás az elhunytal való együttlétre, pl. a halottal való belső párbeszéd, az álomban megjelenő halott valóságosnak érzékelése, az elhunytal jellemző magatartásformák és életstílus részleges átvétele; az elkerülő magatartás: az elhunytalól illetve annak emlékétől való félelem, pl.: az elhunytal kapcsolatos helyek illetve a temető látogatásának kerülése).

Mindezek mellett az érzelmek hullámzása illetve azoknak a hozzátartozókra való kivetülése a kapcsolatok leépítését, másoktól való visszahúzódást idézhet elő. A társaság igénylésének hullámzó változásait a környezet nem mindig képes rugalmasan követni, mely a rájuk vetülő indulatokat csak fokozza, és megnehezíti a feldolgozás folyamatát.

A testi tünetek hirtelen megjelenése negatív érzésekkel – szomorúsággal, feszültséggel - társul. Az általában az elhunytal kapcsolatos emlékek felidézésekor jelentkező tünetek (torokszorítás, fulladásérzet, légszomj, gyakori sóhajtozás, a gyomor

összeszûkültségének érzése, gyengeségérzet) alkotják az ún. szomatikus distressz állapotát, mely általában rövid ideig tart (néhány perctől egy-két óráig), és a gyász korai szakaszában jellemző. Később a testi tünetek jelenléte és erőssége csökken, azonban néhány közülük krónikussá válhat, mint pl. az étvágytalanság, álmatlanság, mellkasi szorítás, szájszárazság, gyengeség, energiátlanság, szédülés, a libidó csökkenése, teltségérzet, hasmenés vagy székrekedés, pseudoparkinsonos tünetek: a mozgások lelassulása, a mimika csökkenése, stb. (3; 6; 20; 22-25)

### Átdolgozás

Miután csökkennek a szeretett személy halálával való szembesülés hatásai, a gyászoló pozitív emlékek tudatos felidézésével halad előre a veszteség feldolgozásának irányába. Ezek a kellemes emlékek a megerősítők az elfogadás szempontjából, szemben az egyre ritkábban előforduló fájdalmas emlékekkel.

Ez a hosszú feldolgozási folyamat –mely akár hónapokig is eltarthat-, általában rendkívül összetett, keveredhetnek benne a tudatosulás, az átdolgozás és az adaptáció elemei. Emellett a kiemelkedő ünnepek, évfordulók időszakában a már ritkábban és enyhébb formában jelentkező tünetek ismét megjelenhetnek, megszakítva ezzel – ha csak átmenetileg is – a javulás folyamatát. (26; 27)

### Adaptáció

A gyász feldolgozásának legfőbb feladata, hogy a gyászoló - az elhunyt emlékének megőrzése mellett - újra képessé válik a megfelelő életvitelre, életének folytatására. Ebbe beletartozik a szemléletben és magatartásban újra megjelenő jövő-orientáltság, a célok megvalósítására való késztetés, és a kifelé fordulás.

A folyamat sikerességét jelzi, ha a személy az elhunyttról erősen megjelenő negatív érzelmek (reménytelenség, magány) nélkül is képes beszélni, és úgy rágondolni, mint (fontos, kellemes) emlékre. Fontos, hogy az elhunyttal szemben ekkor már abban az esetben sem jelenik meg bûntudat, ha a gyászoló újra örülni tud, és korábbi kapcsolatait megerősíti, vagy újakat alakít ki. A feldolgozottságot jelzi a testi tünetek

eltűnése, illetve az, ha a személy a rá háruló új feladataihoz és szerepeihez adaptívan alkalmazkodni tud. A gyászoló ember alapvető szerepkategóriái mellett – melyek: a szomatikus (étvágytalanság, fáradtság, alvászavar, stb.), a pszichés (bénultság, szomorúság, indulatosság, keresés, bűntudat, csökkent önértékelés), a szociális (özvegy, árva), illetve a transzcendens szerepek (az élet értelmének keresése, értékek újrendezése, stb.) -, újabbak (családfői, gyereknevelői, gondoskodó, stb.) is megjelennek, melyek az beilleszkedést segítik.

A kialakult egyensúlyi állapotban esetenként hatékonyabb megküzdési mechanizmusokkal jellemezhető a gyászoló, mint korábban, amit – az igaz fájdalmas – tapasztalatokkal való megküzdésben az én-erő növekedése alakít ki. (24; 27)

Ezek a lelki folyamatok természetesen hosszú hónapokig eltarthatnak, de a gyász akut időszaka – az intenzív tüneteket enyhülését figyelembe véve -, rendszerint 1-3 hónapos időtartamon belül lezajlik. Amennyiben nem csak a súlyos tüneteket vesszük figyelembe, a gyász folyamata legalább egy évet igénybe vesz, melyben többek között az is szerepet játszik, hogy ebben az időszakban különösen igénybevevő a gyászoló számára az ünnepek, évfordulók alkalmával az elhunyt hiányának megélése, és annak kapcsán új szokások kialakítása.

Ezeknek az adaptív folyamatoknak köszönhetően egy év után a tünetek jelentős része nagymértékben enyhül, eltekintve azoktól az esetektől, ahol az elhunyt életkora (gyermek, fiatal halála), vagy a halál körülményei (öngyilkosság, gyilkosság) megnehezítik a feldolgozást. Amennyiben azonban a gyászoló képes adaptív életvitelre az elhunyt emlékének megőrzése mellett, a gyász feldolgozottnak tekinthető.

Noha a normál gyász folyamatának fenti modellje bemutatja a legáltalánosabb jelenségeket, azok a körülményektől függően kiegészülhetnek, vagy módosulhatnak, és a normál gyász sajátos jegyekkel bíró formáit hozhatják létre. A gyásznak a gyászoló neméből, életkorából és a veszteség jellegéből adódó specifikumai a következők lehetnek:

- Nemi különbségek: a gyász átélése és kifejezése több szempontból is eltérő lehet a nőknél és a férfiaknál. A nők erősebben élik át a szomorúságot (28) és a bűntudatot (29), viszont gyakrabban keresik az emberi kapcsolatokat, könnyebben beszélnek az érzéseikről, a férfiaknál ezzel szemben erőteljesebb a düh, a szorongás és a kontroll elvesztésétől való félelem (28), és inkább magányosan gyászolnak (30). Ezeket a jelenségeket leginkább a nemi szerepek magyarázzák. A „női gyász” és a „férfi gyász” fogalmának bevezetésével egyértelműbbé válna, hogy a férfiak kognitív, magányos, kontrollra és cselekvésre törekvő intellektualizó gyásza is természetes reakció, akárcsak a nők érzelmi és szociális gyászfeldolgozása. (30; 31)
- Gyász gyermekeknél: A csecsemők kb. féléves korukban élik meg először a ragaszkodás és az elvesztés érzéseit, - amikor azonban a haláltudat még nem alakul ki – ezért a szülő (gondozó) távollétét, gondoskodásának hiányát élik meg (pl. hosszabb kórházi tartózkodás esetén). Bowlby (4) szerint a csecsemő reakcióinak három fázisa: a tiltakozás, a kétségbeesés és harag, valamint az elfogadás. Később a gyermekekben fokozatosan kialakul az elválás és a halál közötti különbségtévesztésre való képesség. Halál megélése kapcsán a kezdetben kevésbé kifejezett reakciókat később különböző magatartásbeli változások váltják fel, kisgyermekkorban a regresszió (enuresis, átmeneti dadogás, stb.), iskoláskorban a szorongás, szomorúság, teljesítményromlás, szociális visszahúzódás, a kortárs kapcsolatok romlása, esetleg vegetatív tünetek, hipochondria, fóbiás tünetek is jellemzik a gyászt. Serdülőknél a felnőttek gyászreakcióihoz hasonlóak jelennek meg, de ebben az életkorban veszélyt jelent fiúk esetében az esetenként megjelenő csavargás, bűnözői magatartás, és lányoknál a promiszkuitás megjelenése. Kortól függetlenül megjelenhet gyász kapcsán kisebb fokú magatartászavar, agresszivitás, hypermotilitás, evési és alvási zavar.
- Gyermek halála, perinatális gyász: perinatális (a terhesség 24. hetétől a születést követő egy hétig terjedő) időszakban, vagy később, de még gyermekkorban bekövetkezett haláleset különösen fokozott megterhelés az anyának, de a család egészére nézve is. A haláleset kapcsán kialakuló konfliktusok, a jelentős mértékű

bűntudat és önvádlások néha akár váláshoz is vezethetnek, ellenkező esetben azonban még erősítheti is az összetartozás élményét.

- Öngyilkosság: szintén olyan kategória, melyben nehezített a feldolgozás, és azt sok esetben nem csupán a halálnem (öngyilkosság), hanem az elkövetés módja (pl. violens módozatok: magasból leugrás, mozgó tárgy elé ugrás, stb.), valamint a hozzá kötődő stigma is súlyosbít. Silverman és munkatársai (32) öt halálnemmel (baleset, öngyilkosság, gyilkosság, természetes - előre jelzett, valamint természetes - nem előre jelzett halál) kapcsolatos gyászt hasonlítottak össze. Eredményeik szerint a legintenzívebbek a gyászreakciók valamennyi csoportban az öngyilkosság miatt meghaltak hozzátartozóinak körében voltak. Speciális jellegzetességnek számít öngyilkos gyászolása esetén, hogy a gyászolóban megjelenhet, vagy felerősödhet az az érzés, hogy az elhunyt visszautasította, illetve elárulta.

Növeli a gyász intenzitását az elkerülhetőség - megelőzhetőség érzése, és a felelősség kérdése is, mely szinte minden esetben megjelenik az úgynevezett előjelek, vagy figyelmeztető jelek felidézésekor. A hozzátartozók gyakran elzárkóznak attól, hogy a halál körülményeiről beszámoljanak, akár titkolózás, illetve a halál valódi okának tagadása is előfordulhat, melynek oka sokszor az, hogy náluk a legerőteljesebb a szégyen és a kiközösítettség érzése. A feldolgozás során okot, értelmet próbálnak adni a halálesetnek, de ennek sikerességétől függetlenül jellemzően erős bűntudatot éreznek. A hozzátartozók gyakran felelősnek érzik magukat az öngyilkosság előidézése, vagy az elkerülés megakadályozásának elmulasztása miatt. A gyászolóknak ebben a csoportjában a legnagyobb az öndesztuktív magatartásra való készletettség, gyakoribb a szándékos önsértés, vagy az akaratlan öndesztuktív magatartás, melyben a modellkövetés is szerepet játszik. Az öngyilkosság miatt gyászolók ezért az öngyilkosság szempontjából kiemelten veszélyeztetettek. (32)

- Gyilkossággal kapcsolatos gyász: lévén a gyilkosság is erőszakos halálforma, ezért fokozott érzelmi terhet jelent a hozzátartozók részére. A gyilkosság képei fantázia vagy rémálmok szintjén szinte minden esetben megjelennek, és különösen fájdalmas és hosszantartó gyászt okozhat, ha az elkövetőt nem találják meg, hiszen ez tovább

fokozza azt, hogy a gyilkosság egyébként is alapjaiban megrendíti a világ biztonságosságába vetett hitet. Erőteljes szorongás, félelem is kialakulhat önmaguk vagy mások meggyilkolásával kapcsolatban, melyek általában 12-18 hónap alatt veszítenek intenzitásukból, ám ritkán egy életen át megmaradhatnak, illetve családon belüli gyilkosság esetén a család teljes széthullása következhet be. (33)



## A komplikált gyász

A normál és a komplikált gyász megkülönböztetése leginkább azon a definíción nyugszik, mely alapján komplikációt a fent említett normál gyászfolyamat szakaszainak nem „megfelelő” sorrendben, intenzitásban és időtartam alatt való bekövetkezése jelenti (34; 35), figyelembe véve természetesen annak tényét, hogy a normál gyásztól való eltérés nem automatikusan jelöl patológiás folyamatot.

A komplikált gyászt korábban más jelzőkkel illették, mint pl.: patológiás”, „kóros”, „morbid”, „abnormális”, „diszfunkcionális” stb. A egyre általánosabbá váló „komplikált” elnevezést Allen Wolfelt (36) azért javasolta, mert nem stigmatizáló a gyászolóra nézve, és jobban érzékelteti az állapot – potenciálisan - átmeneti jellegét. A gyással foglalkozó szakirodalomban nincs kidolgozott egységes kritériumrendszer a komplikált gyász meghatározására. Zisook (20) adatai alapján a komplikált gyász gyakorisága különböző csoportokban 10-25% közötti.

A komplikált gyászra hajlamosító tényezők több szerző leírásában is (18; 20; 23; 88) összecsengenek. Ezek alapján kiemelendő a váratlan veszteség, a halmozott illetve feldolgozatlan korábbi veszteségek, a gyással egyidejűleg fellépő egyéb stresszhelyzetek, a hiányos szociális kapcsolatok, rossz testi vagy lelki egészség, túlságosan erős kötődés a halotthoz, vagy ambivalens érzések az elhunyttal kapcsolatban, illetve ha a gyászoló anamnézisében depresszió szerepel. Ahogy azt már korábban is említettük, a komplikált gyász rizikófaktorai közé tartozik a gyermek illetve fiatal halála, az, ha a halál erőszakos úton következett be (pl. öngyilkosság vagy gyilkosság következtében), továbbá, ha a túlélő olyan baleset következtében veszít el valakit, amelynek okozója volt.

Megemlítendő még, hogy lényeges a komplikált gyász elkerülése érdekében, hogy terminális beteg esetében az agónia alatt is megfelelő mértékben csillapítsák a haldokló tüneteit, fájdalmát, mert – a gyászolónak a későbbiekben maradandó problémát jelenthet a beteg szenvedésének átélése és saját tehetetlenségének megtapasztalása. Tanulmányok

(89; 90) igazolják, hogy a hozzátartozók szubjektív elképzelése és véleménye a haldokló testi és lelki állapotáról, valamint a halálra való felkészültségéről szignifikáns hatással van a gyászolók későbbi depresszív és szorongásos tüneteinek, valamint a komplikált gyászreakcióknak a gyakoriságára.

### A komplikált gyász típusai

A komplikált gyász típusainak besorolása a különböző elméletek és szerzők összegzése alapján három dimenzió mentén történhet:

- időtartam
- intenzitás
- megnyilvánulási forma

szerint. Az időtartam szempontját kiemelve beszélhetünk krónikus illetve késleltetett, az intenzitás alapján bagatellizáló és hipertrofikus, a forma alapján pedig torzult típusokról.

A krónikus gyász háttérében általában nagyon szoros, dependens kapcsolat áll, mely következtében a veszteség után az elhunyt idealizálása mellett hosszú ideig fennálló szorongás és dysthimia, valamint a szociális kapcsolatok beszűkülése jellemző. Megfigyelések szerint a szokásosnál jellemzőbben fordul elő ebben a csoportban segítő foglalkozás vagy viselkedés, melynek következtében azonban a valós problémák elfedése miatt a gyász torzulhat, azaz megnövekedhet a morbiditás és a mortalitás, valamint gyakoribb az öngyilkosság. A krónikus gyász egyik legerőteljesebb formája az úgynevezett mumifikáció, mely az elhunyt szobájának lehetőleg tökéletes megőrzését takarja, azaz a gyászoló azt nem rendezi át, és a napi tevékenységek során úgy tehet, mintha az elvesztett személy nem halt volna meg („közös” étkezések, párbeszéd, stb.). (20; 22; 25; 37)

Késleltetett gyász háttérében rendszerint ambivalens kapcsolat áll, mely a gyászolót megakadályozza abban, hogy az akut gyászra jellemző tünetegyüttest átélje. A késleltetett megjelenés egy további oka lehet, hogy a veszteség kapcsán a személy a

hangsúlyt saját gyásza helyett mások támogatására illetve segítésére helyezi. Mindkettő esetben gátoltak a gyászban jellemző tipikus reakciók, melynek háttérében a tagadás áll, haraggal, vagy büntudattal társulva, de pszichoszomatikus megbetegedés gyakran előfordul. A normál gyászfolyamat – ha hosszabb idő alatt is -, de általában az ilyen személyek esetében is lezajlik, amennyiben az ambivalens érzelmek esetében egy újabb veszteség-élmény kapcsán kiváltódik, vagy ha a kezdeti időszak a mások segítésének feleslegessé válása miatt lezárul. (3; 20)

Bagatellizáció esetén a gyászoló első reakciója a veszteség kapcsán akár a megkönnyebbülés is lehet, és esetenként nem jelenik meg szomorúság, szorongás sem. Ennek oka szintén lehet az elhunythoz kapcsolódó ambivalens viszony, mint a késleltetett gyász háttérében, de bagatellizáció esetén a gyászoló kerüli a veszteséggel kapcsolatos beszédtemákat, illetve az annak kapcsán átélteket, hátrítja annak negatív velejáróit, és életvitelében megpróbál úgy tenni, mintha nem történt volna lényeges változás, sőt inkább az aktivitás fokozódása jellemző. Pszichoszomatikus tünetek (és gyakran alkoholizmus is) ebben a csoportban is megjelenhetnek, de itt – az általában harag és büntudat miatt kialakuló – tagadás következtében később sem zajlik le a normál gyászfolyamathoz hasonló időszak. (20; 24; 37)

Hipertrofikus, azaz túlzott mélységű gyász, jellemzően hirtelen halál esetén jelenik meg, amikor a hozzátartozó nem tud felkészülni annak bekövetkezésére. Ennek egyik csoportja, ha erőszakos halállal hal meg a szeretett személy (öngyilkosság, gyilkosság, baleset), vagy ha életkora (gyermek) miatt szokatlan és sokkoló a veszteség. Ilyen esetekben, kezdetben a gyász tünetei a szokásosnál intenzívebben jelennek meg, melyeket később erős szorongás és zárkózottság vált fel a felszínen, melynek célja az erős érzelmek elnyomása, és hosszan elhúzódó gyászfolyamatot alapoznak meg. (20)

A torzult gyász, mint a gyász speciális megnyilvánulási formája, a gyászt helyettesítő testi és pszichés betegségek csoportját takarja. A gyász az addig háttérben lévő kórképet reaktiválhatja, vagy addig nem jelentkező tünetegyüttest vált ki. A testi betegségek közül kiemelendő a szív és érrendszeri valamint pszichoszomatikus betegségek kialakulása, vagy kiújulása, illetve a fertőző betegségekre való fogékonyság

növekedése, a pszichiátriai kórképek közül pedig az addikciók (szer-abúzus, promiszkuitás), major depresszió, disszociatív állapotok, hipochondria, fóbia, pánik- vagy kényszerbetegség megjelenése. (20; 37)

A torzult gyász jelenségénél, azaz ahol a normál gyász helyett jelenik meg testi vagy pszichiátriai betegség, gyakrabban fordul elő, hogy kísérő betegségként vannak jelen az említett kórképek. A komplikált gyász minden típusa rizikófaktornak számít a daganatos megbetegedések, magas vérnyomás, szívbetegségek és öngyilkossági gondolatok szempontjából. (38)

A halálozási arány növekedése külön kiemelendő a fenti morbiditási jellemzők következményeként. A gyászoló életkora, neme, a haláleset óta eltelt idő a mortalitást nagyban meghatározza, de ezek figyelembevételével is növekedés figyelhető meg a legtöbb vizsgálat eredménye szerint. A természetes halálozás az első héten több mint kétszeresére (58), az első hat hónapban négyszeresére (39), a második félévben átlagosan duplájára nő és még két év elteltével is különbséget okoz a kontrollcsoporthoz képest. (40) A mortalitás növekedése alapvetően testi betegségek (ischemiás szívbetegségek, tüdőrák), alkohol abúzus és balesetek, illetve öngyilkosság következménye (41), melyek közül az utóbbi esetében azonban csak a férfiakra (főként az idős özvegy férfiakra) jellemző a rizikó emelkedése. (42) Az öngyilkosság gyakoribb előfordulása mellett egyéb mortalitási adatok szempontjából is veszélyeztetettebbek a férfiak a feltételezeten rosszabb hatékonyságú megküzdési stratégiáik és társas támogatásuk hiányosságai miatt, de nemtől függetlenül magasabb a halálozás a gyász első időszakában és az alacsonyabb társadalmi rétegekbe tartozók körében. (41)

A komplikált gyász fenti formáinak leírása alapján tehát jellemző tünet az érzelmek tagadása, vagy kifejezési képtelensége, a veszteség tagadása, alvászavarok, izoláció, valóságérzékelési zavarok, depresszió, öngyilkosság, egyéb pszichiátriai, pszichoszomatikus és testi betegségek (daganatos megbetegedések, magas vérnyomás, szívbetegségek, stb.), szer-abúzus, ellenségesség, a reális értékítélet elvesztése, túlzott aktivitás, stb. (23; 25; 91)

A felsorolt általános jegyek azonban nem elegendők a komplikált gyász egységes diagnosztikai kritériumaik megfogalmazásához. Horowitz (26) megkísérelte összegyűjteni az egységes jellemzőket (lásd 3. Táblázat).

### 3. Táblázat

A komplikált gyász diagnosztikai kritériumai, Horowitz, (26)

A komplikált gyász diagnózisa abban az esetben állítható fel, ha az egyén megfelel az „A” kritériumnak és jellemző rá a B-D kritériumok legalább egyikének valamennyi feltétele. A diagnózis akkor is felállítható, ha a B-D kategóriákban felsorolt tünetek közül csak egy áll fenn, de az rendkívül kóros intenzitású.

Kritérium	Leírás
A. Stresszor	Az egyén életében jelentős személy elvesztése
B. Intrúzió (egy gondolatok, érzések tolakodó jelenléte, ezek kontrollálhatat- lansága)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A distressz jegyeinek megléte, intruzív képek, gondolatok, emlékek visszatérő álmok vagy éjszakai felriadások; a veszteséggel kapcsolatos érzések uralják a gondolkodást, s intenzitásuk nem csökken.</li> <li>2. Illúziók vagy pszehallucinációk. Az elhunyt jelenlétének érzése uralja a gondolkodást, s ennek intenzitása nem csökken.</li> </ol>
C. Tagadás	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A veszteséggel kapcsolatos gondolatoktól, a veszteségről történő beszélgetéstől illetve a veszteségre emlékeztető tevékenységektől való túlzott tartózkodás, vagy teljes elzárkózás</li> <li>2. Az elhunyttal való kapcsolatban maradásra irányuló törekvés 6 hónaponál hosszabb időn keresztül: az elhunythoz tartozó valamennyi tárgyat megőrzi, és a helyén tartja</li> </ol>
D. Az adaptáció zavara	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Képtelenség a munkához illetve a felelőséggel járó feladatokhoz való visszatérésre a veszteséget követő 1 hónapon túl</li> <li>2. Az új kapcsolatok kialakítása gátolt 13 hónapon túl</li> <li>3. A veszteséggel összefüggő kimerültség, excesszív (rendkívül nagyfokú) fáradtság tapasztalható 1 hónapon túl</li> </ol>

## A gyász-reakció megjelenési formáival összefüggő kutatások

Az Egyesült Államokban évente több mint 800.000 férfi és nő veszíti el házastársát (43). A kapcsolati gyász a felnőtt kor egyik legmegterhelőbb eseménye. A házastárs elvesztését követő depressziós tünetek leírását találjuk Clayton összefoglalásában (44). Ennek alapján a gyász normális megjelenési formájaként tartják számon a depressziós tüneteket. Azonban ezeknek a depressziós tüneteknek mennyisége és minősége jelentősen eltérhet egyénenként (43-46). A DSM-III-R szerint akkor sem tekintjük mentális zavarnak a gyászt, ha annak során a major depressziós epizód teljes tünetcsoportja megjelenik. Továbbá, nem teljes mértékben egyöntetű álláspontok léteznek arra vonatkozóan sem, hogy mi különbözteti meg a patológiás gyászt a normál gyász-reakciótól (44).

A korábbi, gyással foglalkozó irodalomban módszertani problémák adódtak a súlyos tünetek kevésbé súlyosaktól való megkülönböztetése, az akutan gyászolóknál ezen reakciók prevalenciájának bejósolása, valamint a gyászreakció kialakulására vonatkozó rizikófaktorok meghatározásában. Ezen tanulmányok némelyike az akutan gyászolóknak reprezentatív mintáiban végzett felmérésekre alapul. (45-47) A vizsgálatok retrospektív jellegéből adódóan a gyász időszakát megelőző mentális egészségi állapot nem mérhető, és lehetetlen felmérni, hogy mely korábbi pszichiátriai előzmény növelte a depresszió kialakulásának valószínűségét. Továbbá a depressziós tünetek mérése is eltérő különböző vizsgálatokban, ami a pszichés státusz standardizált módszerekkel történő felmérésére ösztönöz.

A házastárs elvesztéséhez kapcsolódó gyász leggyakrabban az időskort megélt emberek között fordul elő. Hatvanöt éves kor felett átlagosan a férfiak 14,2 %-a, még a nőknek közel fele megözvegyül. A 85 év feletti életkort megélők között ez az arány 40,5 (férfiak) vs 81,3 % (nők) változik (48). Az özvegység nem az egyetlen kiemelkedő életesemény idős korban sem (49), abban viszont általános az egyetértés, hogy a gyászt

következetesen az egyik legsúlyosabb stresszfaktorként tartják számon (49; 50). Idős korban a gyászhoz kapcsolódó stresszhatás kapcsolódik az egyéb, életkorral járó veszteségekhez (szerepek), ezért nem meglepő, hogy a gyász nagymértékben megnöveli az esélyt depressziós tünetek kialakulására vagy akár depressziós epizód megjelenésére (51; 52). A szorongás esetében leírtakhoz hasonlóan (53; 54), az özvegyiség is kimutathatóan oki tényező lehet az immunrendszer gyengülésében (például az NK sejtek aktivitás csökkenése) (55), valamint a gyakoribb orvosi ellenőrzés szükségessége (56), a rosszabb általános egészségi állapot (57), az öngyilkosság (58; 59) és a halálozás szempontjából (60).

Ennek ellenére azonban a gyászhoz kapcsolódó emocionális distressz morbiditás és mortalitás jellemzőit mégsem kutatták nagy számban, és a gyász tüneteivel összefüggő hosszú távú komplikációkat is Prigerson és munkatársai (61) kivételével csak kevesen tanulmányozták. A gyász tüneteivel kapcsolatos következmények kutatásának hiányában meglehetősen nehéz elkülöníteni a gyász normál illetve patológiás formáit. A gyász meghatározó tüneteivel összefüggő rizikófaktorok, a prevalencia és a következmények vizsgálatának legfőbb gátja korábban a komplikált gyász tüneteit mérő skála hiánya volt. Ezen speciális tünetek a klinikai és kísérleti tapasztalatokra épülő hosszú távú következményeket fedik le. E hiány pótlására szolgált a Prigerson és munkatársai által kifejlesztett mérőskála (Inventory of Complicated Grief - ICG) (62). „Komplikált gyász”-nak nevezték el azt a tünetcsoportot, mely egyértelműen elkülöníthető a gyászhoz kapcsolódó depressziótól és szorongástól, és hosszú távú funkcionális károsodásokat valószínűsíthet.

Noha a DSM III-R (63) utal rá, hogy az elhúzódó és jelentős funkcionális károsodással járó állapot szükségessé teszi a depresszióval „komplikált gyász” fogalmának bevezetését, mégis az alapvető egyéni és kulturális különbségek miatt nehéz definiálni, hogy egy adott reakció mikor számít valóban komplikáltnak. A DSM-IV kritériumai (64) alapján major depresszió diagnózisa a gyász korai szakaszában, legkorábban 2 hónappal a szeretett személy elvesztése után adható. Problémát jelent azonban, hogy a legújabban megfogalmazott DSM kritériumok is, még mindig főként

depressziós tünetekre épülnek (pl. értéktelenség érzés, öngyilkossági gondolatok), nem pedig gyászhoz kapcsolódó tünetekre (elhunytal kapcsolatos gondolatok).

Noha a szeretett személy halálára adott reakciókban jelentős egyéni eltérések lehetnek, a „komplikált gyász” tünetei és a hozzájuk kapcsolódó következmények meghatározásának számos előnye lehet. A „komplikált gyász” kritériumainak meghatározása serkentőleg hathat a prevalencia, a rizikófaktorok és a következmények további kutatásaira. Emellett a pontos meghatározás segít abban, hogy a „komplikált gyász” tüneteit megkülönböztessük egyéb, a gyászhoz kapcsolódó emocionális zavaroktól. Ez különösen azért fontos, mert a gyász és a depresszió eltérő terápiás megközelítést igényelhet. Több kutatás alapján beigazolódni látszik, hogy antidepresszívummal történő gyógyszeres kezelés hatékonyan csökkenti a depressziós tüneteket, de nem javítja lényegesen a gyász intenzitását, és pszichés tüneteit (65; 66).

Jelenleg már a gyász egyes speciális területeinek és megjelenési formáinak - mint az öngyilkosság, gyilkosság vagy perinatális halál miatti gyász, a holokauszt hatása stb. - kutatása került előtérbe. A gyással kapcsolatban hazai szerzők egész sorától olvashatunk tanulmányokat, megfogalmazva a gyászolók egyéni terápiájával összefüggő hasznos tapasztalatokat és irányzatokat is. (22; 25; 35; 67-72).



## A gyász és a depresszió elkülönítése

Különböző vizsgálatok (38; 73) eredményei bizonyítják, hogy a major depresszió a gyász időszakában nagy gyakorisággal megjelenik özvegyeknél (az említett tanulmányok szerint 28%-ban). Ez az arány a haláleset után eltelt idő arányában csökkenő tendenciát mutat: 1 hónapon belül az özvegyek 1/3-a, 7 hónapon belül 1/4-e, egy évvel a haláleset után 15%-a diagnosztizálható depressziósnak. (20)

A gyász és a major depresszió differenciálásakor a legnagyobb nehézséget az jelenti, hogy azok átfedéseket mutatnak több tünet tekintetében is, illetve, hogy a gyász provokálhat major depressziós epizódot, illetve szövődhet azzal.

Amennyiben normál (egyszerű) gyász esete áll fenn, a DSM-IV alapján általánosan jellemző, hogy:

- „a gyászoló egyén depresszív hangulatát „normálisnak” tekinti,
- a tünetek a haláleset követően maximálisan két hónapig állnak fenn”
- és az alábbiakban leírt, komplikált gyászra jellemző tünetek nem jelennek meg.

A DSM-IV szerinti kritériumok a gyász időszakában jelentkező major depresszió elkülönítésére a normál gyásztól:

- „arra vonatkozó bűntudat, hogy a személy mit tehetett volna meg az elhunytért és mit nem tett meg;
- a halállal kapcsolatos gondolatok másként jelentkeznek, mint a túlélőknél általában, például neki, vagy neki is meg kellett volna halnia;
- értéktelenség-érzés;
- kifejezett pszichomotoros gátoltság;
- hosszas, jelentős funkciózavarok;

- inkább hallucinátoros élmények, szemben azzal a gondolattal, hogy hallja az elhunyt hangját, vagy futólag látni véli az elhunyt képmását.”

Problémát jelent azonban az a tényező, hogy a gyász folyamata – mint azt a fentiekben kifejtettük -, általában hosszabb időt vesz igénybe („gyászév”), ezért a két hónapos időtartam nem mutatja minden esetben a normálist a komplikálttól megkülönböztető határt. A tapasztalatokkal az a két kritérium sem vág egybe, mely szerint normál gyászban nem jelentkezik „arra vonatkozó bűntudat, hogy a személy mit tehetett volna meg az elhunytért és mit nem tett meg”, illetve, hogy „neki, vagy neki is meg kellett volna halnia”, mert ezek gyakran leírt átmeneti jelenségek nem komplikált gyász esetén is.

A differenciálásban tehát nehézséget okozhat a kritériumok teljesülésének inadekvát megítélése a normál gyász sokféle megjelenési formája figyelembevételének hiányában.

Kaplan és Viedermann (74; 75) (4. Táblázat) az alábbi szempontokat emelik ki a gyász és a depresszió klinikai elkülönítésére:

- az örömeire való képesség normál gyász esetén nem feltétlenül tűnik el, míg depresszióban az anhedónia jellemző
- az önértékelés csökken depresszióban, gyászban nem általános érvényűen
- az önvádolás gyászban csak az elhunyttal kapcsolatos és inkább meg nem tett dolgokra irányul, depresszióban a korábbi tettekre vonatkozik és általános értéktelenség tudattal jár együtt
- az öngyilkossági gondolatok passzívak a gyászolóknak esetében, és erősek a gyászolóknak az öngyilkossági viselkedéssel szembeni érzelmi és kognitív gátak
- az állapot javulása gyászolóknak esetében gyakrabban megjelenik a valóságban és a szubjektív megítélésben, mint depresszióban
- a gyászreakciók együttérzést váltanak ki a környezetből, a depressziós beteg esetében azonban negatív reakciók is előfordulhatnak a tünetek tartóssága és a depresszió kevésbé érthető megjelenése miatt.

#### 4. Táblázat

A gyász és a depresszió elkülönítése (74)

<b>Gyász</b>	<b>Depresszió</b>
Normál mértékű identifikáció és enyhe fokú ambivalencia az elhunytal kapcsolatban	Kóros túlazonosulás, fokozott ambivalencia és tudattalan düh az elhunytal kapcsolatban
Sírás, testsúlyvesztés, csökkent libidó, szociális visszahúzóds, insomnia, a koncentrálóképeség és a figyelem csökkenése	Hasonló tünetek
Az öngyilkossági gondolatok ritkák	Az öngyilkossági gondolatok gyakoriak
Az önvád az elhunytal való bánásmódra irányul, nincs általános értéktelenség érzés	Az önvádlás széleskörű, az egyén azt gondolja, hogy ő egészében rossz vagy értéktelen
A környezet empátiát, szimpátiát tanúsít	Gyakran ingerültséget, bosszúságot kelt az interperszonális kapcsolatokban
Az idő előrehaladtával a tünetek csökkennek. A gyászoló érzi, hogy a tünetek idővel enyhülni fognak. A javulás általában hat hónapon belül beavatkozás nélkül is megtörténik.	A tünetek nem csökkennek, hanem egyre súlyosabbá válnak, s még évek múltán is jelen lehetnek. A depresszióban szenvedő ember úgy érzi, hogy tünetei sohasem fognak enyhülni.
Fokozott fogékonyság testi betegségekre	Fokozott fogékonyság testi betegségekre
Megnyugtatóra, biztatásra reagál, szociális kapcsolatokba bevonható	Megnyugtatóra, biztatásra nem reagál, a szociális kapcsolatoktól elzárkózik
Antidepresszáns gyógyszerek nem segítenek	Antidepresszáns gyógyszerek segítenek

## CÉLKITŰZÉSEK

A vizsgálat azt célozta, hogy megfigyeljük a gyász-reakció során előforduló jellegzetes tüneteket, meghatározzuk azok specifikumait a major depresszióban előforduló tünetekhez képest.

Hipotézisünk az volt, hogy a gyászban – függetlenül megjelenésének idejétől -, olyan speciális depressziós tünetegyüttest találunk, mely segít a differenciáldiagnosztikában is.

Ezeknek a tüneteknek a meghatározása azért is szükséges, hogy amennyiben egy paciensenél krónikus gyászreakció áll fenn – azaz a tünetek 2 hónappal a haláleset után is még tartósan megmaradnak -, meg lehessen határozni azoknak a szimptomáknak a körét, melyek meghaladják a gyász-reakció kritériumait, és major depresszió kezelését igénylik.

Célunk volt annak megfigyelése is, hogy a gyász-reakció megjelenésének valószínűsége nagyobb-e abban az esetben, ha az interjú megelőzően előfordult major depressziós epizód.

Kérdésként fogalmaztuk meg azt is, hogy a vizsgált populációban a gyász előfordulása megnöveli-e az esélyét a későbbi major depressziós epizódok kialakulásának.

Feltételeztük továbbá, hogy a gyász-reakció esetében ritkábban fordul elő, valamely, a major depresszió esetében gyakran észlelhető komorbid állapot, elsősorban szorongásos betegség (76).

A szuicid viselkedés tekintetében az ellentmondó irodalmi adatok azt sugallták, hogy érdemes megvizsgálni az öngyilkossági rizikó nagyságát gyász esetében is.

## MÓDSZER

A nyolcvanas években a Magyarországon jellemző magas öngyilkossági ráták depresszióval való összefüggésének vizsgálata volt a kiindulópontja annak a nagyszabású kutatási tervnek, mely az Orvostovábbképző (Semmelweis) Egyetem Pszichiátriai Tanszékének keretein belül Dr. Szádóczy Erika nevéhez fűződik.

A Diagnostic Interview Schedule (78) a depresszió előfordulásának mérésére is alkalmas eszköz, és ez is erősítette azt a meggyőződést, hogy egy ilyen strukturált kérdőívvel Magyarországon is mérni kell, hogy a depressziós zavarok felismerésének hiánya mennyiben felelős a magas öngyilkossági halálozásért.

A röviddel e felismerés után már megtervezett kutatás elsődleges célja az volt, hogy felmérje a magyar felnőtt lakosság körében előforduló hangulat- és szorongásos zavarok előfordulási gyakoriságát egy olyan nemzetközileg elfogadott strukturált kérdőívvel, melyet a reprezentatív vizsgálatot megelőzően magyar nyelven standardizáltak. További cél volt a kapott adatok külföldi – hasonló eszközzel végzett - epidemiológiai vizsgálatainak eredményeivel való összehasonlítása.

### Az első minta

Az 1995-1996-ban végzett első vizsgálat célja tehát az volt, hogy adatokat nyerjünk az affektív és szorongásos zavarok prevalenciájára a magyar felnőtt populációra vonatkozóan. (76; 77)

A vizsgálati populáció meghatározásakor fontos szempont volt, hogy a megkérdezett személyek ne csak az egészségügyi ellátásban részesülők közül kerüljenek ki. Az első adatgyűjtés két évet vett igénybe: 1995. január 1-től 1996. december végéig tartó időszakban. A vizsgálatba bevonandó családorvosi centrumok esetében a cél elsődlegesen az volt, hogy az ország egészére nézve reprezentatív és heterogén mintát fedjenek le, azonos arányban képviselve a meghatározott területeket. A családorvosok

átlagosan 1500-2000 lakos ellátását végezték. A 15 kijelölt centrumban zajló vizsgálat Magyarországon 5 jelentős földrajzi területe köré csoportosult:

- Balassagyarmat, Romhány, Szügy;
- Budapest (III., V., XIX. Kerületek);
- Sopron, Ágfalva, Nagylózs;
- Szeged, Sándorfalva, Zsombó;
- Veszprém, Bakonyszûcs, Márkó;

A megnevezett helységekben random módon kiválasztott családorvosokkal (körzetenként egy-egy) való kapcsolatfelvételt követően a körzetbe tartozókat tartalmazó beteglistáról véletlenszerűen összesen 3500 személy került kiválasztásra. A betegek utolsó családorvosnál való megjelenése óta eltelt idő nem játszott szerepet a szelekcióban. Kizárási kritériumnak számított azonban a 18 év alatti, vagy a 65 év feletti életkor.

A 3500 vizsgálati alanyt otthonukban kerestek fel az interjúvolók. A megkérdezett személyek közül azokkal, akik aláírták a beleegyező nyilatkozatot, a kérdezőbiztosok felvették a strukturált interjút.

A második minta

Az itt bemutatásra kerülő tanulmányban két vizsgálat adatait összesítve elemeztük. Az előbbieken bemutatott első adathalmazt kombináltuk a teljesen azonos módszertannal végzett második mintavétel adataival. A második vizsgálatban szintén családorvosi körzetek kiválasztásával határoztuk meg a résztvevők potenciális körét.

E vizsgálat 1998-1999-ben zajlott, azzal a céllal, hogy a hangulat- és szorongásos zavarok előfordulási gyakoriságát mérje 12 budapesti körzeti orvosi rendelőben megforduló körében. A rendelőben megjelenők közül random módon kiválasztott 2000, 18 és 64 év közötti beteget a kérdezőbiztosok a körzeti rendelőben interjúvolták meg egy arra alkalmas külön helyiségben.

## Vizsgálati eszköz, vizsgálók, a vizsgálat menete

A Robins és munkatársai által kidolgozott (78) Diagnostic Interview Schedule (röviden DIS) harmadik, DSM-III-R klasszifikációs rendszerre adaptált strukturált kérdőívének magyar változatát használtuk a vizsgálatban. (77; 79)

A teljes DIS kérdőívből azonban csak a szorongásos zavarokra és a hangulatzavarokra vonatkozó részeket tartalmazza a magyar vizsgálatban használt verzió, ezen belül: pánikzavar (9 tétel), GAD (4 tétel), agorafóbia (10 tétel), szociális fóbia (8 tétel), specifikus fóbia (8 tétel), depresszió (44 tétel), mánia (22 tétel), OCD (17 tétel).

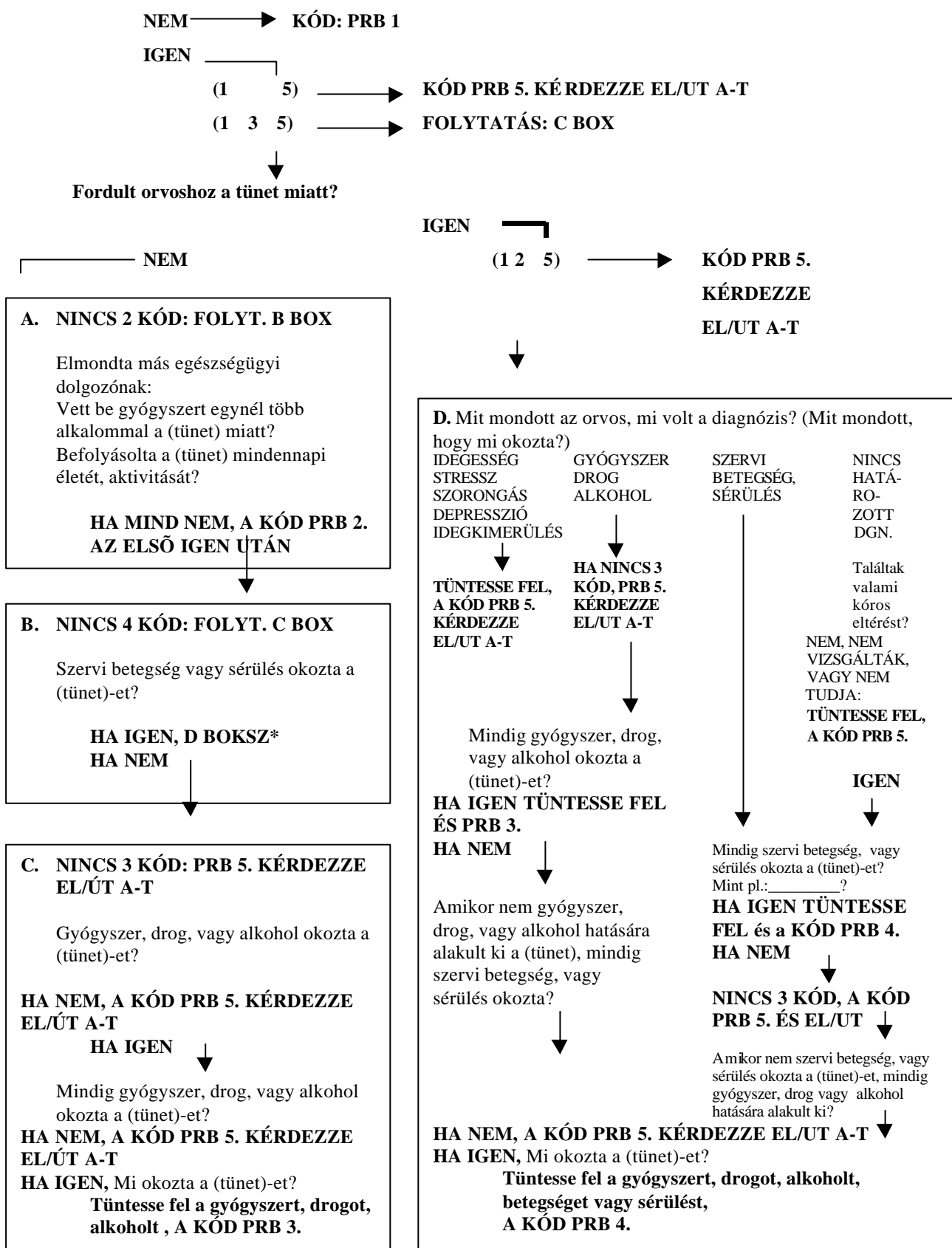
E kérdőív kialakításakor úgy dolgozták ki a válaszok jelölésére (számokkal történő kódolására) szolgáló részt, hogy az alkalmas legyen a számítógéppel történő feldolgozásra, azon belül is az ECA program számára. A szoftver a DSM-III kritériumrendszerhez igazodó diagnózisokat alakított ki (63).

A leíró jellegű diagnózisokon belül a fennálló tünetek súlyossága, fennállásának időtartama és gyakorisága is regisztrálásra került. Az 1. Ábra bemutatja, hogy a kérdezőbiztosok milyen kódolási rendszerrel dolgoztak. A kód bejelölése előtt minden esetben meg kellett határozni a tünet kialakulásának eredetét. A jelöléssel meghatározhatók voltak azok a tünetek, melyek testi betegség, vagy gyógyszerek szedése következtében alakultak ki.

# 1. Ábra

## PRB KÓDOK

### KÉRDÉS





A kérdezőbiztosok egyetemisták (főként pszichológushallgatók) közül kerültek ki. A résztvevő hallgatók egy hetes kiképző programban sajátították el a DIS használatát, mely során értékelésük megbízhatóságát és egyöntetűségét a nyilvános vizsgálati helyzet megfigyelése során adott értékelések összehasonlításával ellenőrizték. Mindezek alapján biztosított volt, hogy a résztvevő személyeknek azonos kérdéseket, standardizált módon tesznek fel, és jelölnek a vizsgálók.

Az interjúban való részvétel önkéntes és anonim volt, de a kérdőív elején rögzítésre került az alany neme, kora, családi állapota, iskolázottságának szintje, munkaviszonyának jellege, stb.

(2. Ábra)

## 2. Ábra

A DIS strukturált kérdőív demográfiai adatokra vonatkozó kérdései

- NEME
- HÁNY ÉVES?
- MIKOR SZÜLETETT?
- CSALÁDI ÁLLAPOTA?
- JELENLEG EGYÜTTÉL FÉRJÉVEL / FELESÉGÉVEL?
- HÁNYSZOR HÁZASODOTT?
- VAN GYERMEKE?
- HÁNY HÓNAPOT DOLGOZOTT AZ UTÓBBI EGY ÉVBEN?
- JELENLEG VAN MUNKÁJA?
  - TELJES MUNKAIIDŐBEN, VAGY RÉSZIDŐBEN DOLGOZIK?
- MILYEN ISKOLÁT VÉGZETT? (AZ ISKOLÁBAN TÖLTÖTT ÉVEK SZÁMA)

A strukturált interjú felvételekor a kérdések minden tünetcsoport esetében elsőként arra vonatkoztak, hogy az adott specifikus tünet (a DSM-III-R kritériumoknak megfelelően) előfordult-e a vizsgálati személy életében valamikor. (3. Ábra)

(A következő oldalakon a depressziós tüneteket érintő kérdéseket (tünetcsoportonként) tartalmazó kérdőív-részlet látható.)

### 3. Ábra

A DIS strukturált kérdőív depressziós tünetekre vonatkozó kérdései

---

1. Előfordult eddigi életében valamikor, hogy legalább két hétig csaknem folyamatosan szomorú, lehangolt, depressziós volt?

EL: Mikor fordult elő először? KOR: \_\_\_\_\_

UT: Mikor fordult elő utoljára? KOR: \_\_\_\_\_

---

2. Volt legalább két évig tartó olyan időszak az életében, amikor többnyire depressziósnak érezte magát, rosszkedvű volt, még ha közben jobb időszakok is voltak? (KÓDOLÁS ELŐTT: A.)

A. Tartott ez az időszak két évig anélkül, hogy két hónapos jó időszak megszakította volna?

EL: Mikor fordult elő először? KOR: \_\_\_\_\_

UT: Mikor fordult elő utoljára? KOR: \_\_\_\_\_

---

3. ELMONDTA ORVOSNAK 2/ A.-BAN?

HA 1. ÉS 2. „NEM”, FOLYTATÁS 6.-NÁL. EGYÉBKÉNT 4.

---

4. A depressziós időszakban rosszabbul látta el a feladatait munkahelyén, vagy otthon?

EL: Mikor fordult elő először, hogy  
nem tudta a munkáját ellátni a depresszió miatt? KOR: \_\_\_\_\_

UT: Mikor fordult elő utoljára? KOR: \_\_\_\_\_

---

5. Depressziós időszaka alatt előfordult, hogy mogorva, ingerült volt?

EL: Mikor fordult elő először? KOR: \_\_\_\_\_

UT: Mikor fordult elő utoljára? KOR: \_\_\_\_\_

---

### **ÉTVÁGY**

6. Előfordult valaha életében, hogy legalább 2 hétig nem volt étvágya?

(A TÁPLÁLÉKFELVÉTEL LEHET NORMÁLIS.)

ORVOS DG.: \_\_\_\_\_ MÁS VÉLEMÉNY: \_\_\_\_\_

7. Előfordult, hogy néhány hétig legalább heti 1 kg-t (vagy összesen 4,5 kg-ot) fogyott, anélkül, hogy szándékában állt volna?

ORVOS DG.: \_\_\_\_\_ MÁS VÉLEMÉNY: \_\_\_\_\_

8. Előfordult, hogy legalább 2 hétig túl jó volt az étvágya?

ORVOS DG.: \_\_\_\_\_ MÁS VÉLEMÉNY: \_\_\_\_\_

9. Előfordult, hogy néhány hétig legalább heti 1 kg-t (vagy összesen 4,5 kg-ot) hízott?

(HA ÉHEZÉS UTÁN FORDULT ELŐ, KÓD: „NEM”)

ORVOS DG.: \_\_\_\_\_ MÁS VÉLEMÉNY: \_\_\_\_\_

---

## ALVÁS

---

10. Előfordult, hogy legalább 2 hétig nehezen tudott elaludni, vagy gyakran felébredt, vagy korábban ébredt a szokásosnál?

ORVOS DG.: \_\_\_\_\_ MÁS VÉLEMÉNY: \_\_\_\_\_

11. Előfordult, hogy legalább 2 hétig csaknem minden reggel legalább 2 órával korábban ébredt, mint amikor fel kellett kelnie?

ORVOS DG.: \_\_\_\_\_ MÁS VÉLEMÉNY: \_\_\_\_\_

12. Előfordult, hogy legalább 2 hétig csaknem minden nap túl sokat aludt?

ORVOS DG.: \_\_\_\_\_ MÁS VÉLEMÉNY: \_\_\_\_\_

---

## FÁRADTSÁG

---

13. Volt olyan legalább 2 hétig tartó időszak az életében, amikor úgy érezte, hogy nincs energiája, állandóan fáradt volt, akkor is, ha nem csinált semmit?

ORVOS DG.: \_\_\_\_\_ MÁS VÉLEMÉNY: \_\_\_\_\_

14. Volt olyan legalább 2 hétig tartó időszak az életében, amikor reggel felkeléskor nagyon rosszul érezte magát, de később, a nap folyamán jobban lett?

ORVOS DG.: \_\_\_\_\_ MÁS VÉLEMÉNY: \_\_\_\_\_

---

## MEGLASSULÁS / NYUGTALANSÁG

---

15. Előfordult, hogy legalább 2 hétig csaknem folyamatosan lassabban beszélt vagy mozgott a szokásosnál?

ORVOS DG.: \_\_\_\_\_ MÁS VÉLEMÉNY: \_\_\_\_\_

16. Előfordult, hogy legalább 2 hétig szinte állandóan csinálnia kellett valamit, nem tudott nyugodtan ülni, fel-alá járkált?

ORVOS DG.: \_\_\_\_\_ MÁS VÉLEMÉNY: \_\_\_\_\_

17. Volt olyan hetekig tartó időszak az életében, amikor gyakrabban volt ideges, nyugtalan?

ORVOS DG.: \_\_\_\_\_ MÁS VÉLEMÉNY: \_\_\_\_\_

---

## ÉRDEKLŐDÉSVESZTÉS

---

18. Volt olyan néhány hétig tartó időszak az életében, amikor a szex sokkal kevésbé érdekelte, mint általában?

(HA SOHA NEM ÉRDEKELTE, A KÓD „NEM ÉRTELMEZHETŐ”)

ORVOS DG.: \_\_\_\_\_ MÁS VÉLEMÉNY: \_\_\_\_\_

19. Volt legalább 2 hétig tartó olyan időszak az életében, amikor azok a dolgok, amiket általában szívesen szokott csinálni, egyáltalán nem érdekelték?

ORVOS DG.: \_\_\_\_\_ MÁS VÉLEMÉNY: \_\_\_\_\_

20. Előfordult, hogy legalább 1 hétig bezárkózott, nem akart találkozni senkivel?

---

## ÉRTÉKTELENSÉGÉRZÉS

---

21. Előfordult, hogy legalább 2 hétig szinte állandóan értéktelen embernek, bűnösnek érezte magát?
22. Előfordult, hogy legalább 2 hétig szinte állandóan úgy érezte, hogy rosszabb, mint mások, hogy alsóbbrendű?
23. Előfordult, hogy legalább 1 hétig olyan kevés volt az önbizalma, hogy még véleményét sem merte elmondani?
24. Volt legalább 2 hétig tartó olyan időszak az életében, amikor képtelen volt élvezni az Önnel történt kellemes eseményeket, például, ha megdicsérték, vagy megjutalmazták?

---

## GONDOLKODÁS

---

25. Előfordult, hogy legalább 2 hétig csaknem folyamatosan nehezebben koncentrált a szokásosnál?

ORVOS DG.: \_\_\_\_\_ MÁS VÉLEMÉNY: \_\_\_\_\_

26. Előfordult, hogy legalább 2 hétig szinte állandóan úgy érezte, hogy gondolkodása sokkal lassúbb a szokásosnál, vagy, hogy gondolatai zavarosak?

ORVOS DG.: \_\_\_\_\_ MÁS VÉLEMÉNY: \_\_\_\_\_

27. Előfordult, hogy legalább 2 hétig képtelen volt elhatározásra jutni olyan dolgokkal kapcsolatban, amelyeket máskor rendszerint probléma nélkül el tudott dönteni?

ORVOS DG.: \_\_\_\_\_ MÁS VÉLEMÉNY: \_\_\_\_\_

---

## **GONDOLATOK A HALÁLRRÓL**

---

28. Volt az életében legalább 2 hétig tartó olyan időszak, amikor sokat gondolkodott a halálról, (saját vagy valaki más haláláról, vagy általában a halálról)?

29. Volt az életében legalább 2 hétig tartó olyan időszak, amikor úgy érezte, hogy meg akar halni?

30. Volt valaha olyan mélyponton, hogy öngyilkosságra gondolt?

31. Kísérelt meg valaha öngyilkosságot?

---

---

32. A 6. KÉRDÉSTŐL VAN LEGALÁBB HÁROM „IGEN” VÁLASZ?

HA NEM: FOLYTATÁS A „MÁNIA” 1. KÉRDÉSNÉL

HA IGEN: FOLYTATÁS: 33.

---

33. AZ 1. VAGY A 19. KÉRDÉSRE „IGEN” A VÁLASZ?

HA NEM: FOLYTATÁS A 35. KÉRDÉSNÉL

HA IGEN: FOLYTATÁS: 34.

---

34. Korábban említette, hogy volt olyan időszak az életében, amikor lehangolt, depressziós volt és azt is, hogy voltak egyéb tünetei is mint például: (SOROLJA FEL A 6.-31. KÉRDÉSEKBŐL AZOKAT, MELYEKRE A VÁLASZ „IGEN” VOLT!).

Előfordult, olyan időszak, amikor a lehangoltság, depresszió és ezek a tünetek egy időben jelentkeztek, mondjuk ugyanabban a hónapban?

HA NEM: „A.” KÉRDÉS

A. Tehát soha nem fordult elő, hogy ezek a panaszok a depressziós időszakokkal egy időben lettek volna?

EL: Mikor fordult elő életében először, hogy legalább 2 hétig lehangolt, depressziós volt és ez alatt az időszak alatt az előbb felsorolt panaszai is megvoltak? KOR: \_\_\_\_\_

UT: Mikor fordult elő utoljára? KOR: \_\_\_\_\_

FOLYTATÁS: 36. KÉRDÉSNÉL

---

35. Korábban említette, hogy volt olyan időszak, amikor (SOROLJA FEL A 6.-31. KÉRDÉSEKBŐL AZOKAT, MELYEKRE A VÁLASZ „IGEN” VOLT!).

Előfordult, hogy ezek közül a panaszok közül néhány egy időben, mondjuk egy hónapon belül jelentkezett?

HA NEM: FOLYTATÁS A „MÁNIA” 1. KÉRDÉSNÉL

HA IGEN: FOLYTATÁS: „A”.

A. Amikor ilyen panaszai voltak, egyébként teljesen jól volt, nem volt depressziós?

HA IGEN: FOLYTATÁS A „MÁNIA” 1. KÉRDÉSNÉL

HA NEM: FOLYTATÁS: EL /UT.

EL: Mikor fordult elő először életében, hogy lehangolt, depressziós volt és ugyanakkor az előbb említett panaszai is megvoltak? KOR: \_\_\_\_\_

UT: Mikor fordult elő utoljára? KOR: \_\_\_\_\_

---

36. Meddig tartott a leghosszabb depressziós időszaka, amikor a lehangoltsággal egy időben több panasza is volt az előbb említettek közül?

HÉT: \_\_\_\_\_

HA 2 VAGY TÖBB ÉV, KÉRDEZZE EL /ÚT!



EL: Mikor fordult elő először életében, hogy legalább 2 évig depressziós volt és ugyanakkor az előbb említett panaszai is megvoltak?

KOR: \_\_\_\_\_

UT: Mikor fordult elő utoljára? KOR: \_\_\_\_\_

---

37. Hány depressziós időszak volt eddig életében, amely legalább 2 hétig tartott és amely alatt (SOROLJA FEL A 1.-31. KÉRDÉSEKBŐL AZOKAT, MELYEKRE A VÁLASZ „IGEN” VOLT!) panaszai is voltak? : \_\_\_\_\_

---

38. Elmondta orvosnak, hogy vannak depressziós időszakai?

- A. Elmondta más egészségügyi dolgozónak?
- B. Vett be gyógyszert panaszai miatt egynél több alkalommal?
- C. Megváltozott a mindennapi élete, aktivitása a depressziós időszak alatt?
- D. Előfordult, hogy a depressziós időszaka alatt nem tudta ellátni munkáját, vagy nem kívánt találkozni barátaival, rokonaival?

---

39. Volt valaha kórházban depresszió miatt?

---

40. Ezek a depressziós időszakok általában Önhöz közelálló személy halálát követően jelentkeztek?

HA NEM: FOLYTATÁS A 41. KÉRDÉSNÉL

HA IGEN: „A” (HA TÖBB, MINT 2 HÓNAPPAL A HALÁLESET UTÁN JELENTKEZETT A DEPR., A KÓD: „NEM” ÉS FOLYTATÁS: 41. KÉRDÉS)

A. Volt olyan depressziós időszaka, amely nem közvetlen haláleset után jelentkezett?

HA NEM: FOLYTATÁS A 41. KÉRDÉSNÉL

HA IGEN: „B”

B. (HA VOLT DEPRESSZIÓS IDŐSZAK 1 ÉVEN BELÜL): Az utolsó depressziós időszak Önhöz közel álló személy halálát követte?

---

A korábbi nemzetközi tapasztalatok alapján (78) a DIS alkalmazásával a lakossági mintában is szűrni lehet a pszichiátriai betegségeket. E vizsgálatok eredményei szerint, a lakossági felmérések alapján a pszichiáter által adott diagnózisok és a laikus kérdezők DIS alapján kialakított diagnózisa magas egyezést mutatnak (79-96%). (80)

Emellett a kérdező személyét illetően is fontos eredménynek számít, hogy a laikus kérdezők és a pszichiáterek a DIS felvétele alapján nagymértékben egyező diagnózisokat alakítottak ki. A magyar változatot használó korábbi összehasonlító vizsgálatban klinikai mintán a DIS diagnózis pszichiátriai diagnózissal való egyezése közel azonos volt a pszichiáterek diagnózisainak egymás közötti egyezésével (57 versus 60%). (79)

Az általunk használt DIS, DSM-III-R változat DSM-III-R élettartam-, valamint 1-éves és 1-hónapos prevalenciákat határozott meg. A magyar változat reliabilitását mutatja, hogy 45, jól dokumentált múltbéli DSM-III-R major depressziós epizóddal kezelt beteg közül 43 (96%) a kapott a DIS – kiképzett egyetemisták által történt - felvétele alapján DSM-III-R major depresszió élettartam-diagnózist. (79)

Az egyes DSM-III-R kategóriák élettartam - prevalencia értékeit az emlékezeti torzítások és az egyéni értékelés eltéréseiből fakadó különbségek természetesen nagyban befolyásolhatták.

## **EREDMÉNYEK**

Az első vizsgálatban a 3500 megkérdezett személy közül összesen 2978-an írták alá a beleegyező nyilatkozatot, mely 85%-os részvételi arányt jelent. 25 darab olyan interjú volt, mely nem volt teljes, ezért a feldolgozásba nem került be. A végleges minta tehát összesen 2953 vizsgálati személy adatait tartalmazta. (76; 77). A nemek szerinti megoszlást tekintve némileg magasabb volt a résztvevő nők aránya: 1308 (44%) férfi és 1645 nő (56%).

A második vizsgálatban a random módon kiválasztott 18 és 64 év közötti 2000 beteg közül 1798 adott a vizsgálatban való részvételhez szükséges írásos beleegyező nyilatkozatot, mely 90%-os részvételi arányt jelent. A felvett interjúk közül 4 nem volt teljes, így az adatelemzésben a második vizsgálatból összesen 1794 kérdőív adatait vettük számításba.

Ebben a tanulmányban így az első és a második vizsgálat adatait kombinálva elemeztük, és csak az élettartam diagnózisokat vettük számításba.

Az DSM-III-R hangulati és szorongásos zavarok magyar felnőtt populációra vonatkozó élettartam, 1-éves és 1-hónapos prevalenciái (77; 81), valamint a hangulati és szorongásos zavarok élettartam komorbiditására vonatkozó adatok (76) már korábban publikálásra kerültek. Jelen elemzésben a két vizsgálat összesített adatainak csak gyász és depresszió tüneteire vonatkozó eredményeit vetettük össze.

A 4747 figyelembe vett válaszoló adatai alapján 717 személy (15.1%) felelt meg a DSM-III-R major depressziós epizód élettartam diagnosztikai kritériumainak, és 102-en (2.1%) a gyász kritériumainak (5. Táblázat). Az epizódok pontos természetének meghatározása végett a depresszió modulba tartozó kérdéseket használtuk az

összehasonlításra, és az epizód kezdete alapján eldönthető volt, hogy egy bizonyos depressziós epizód gyásznak köszönhetően következett-e be (amennyiben a halálesetet követő 2 hónapon belül jelentkeztek a tünetek).

## 5. Táblázat

A gyász és a DSM-III-R major depressziós epizód élettartam - prevalenciája

	<u>Totál</u>		<u>Férfiak</u>		<u>Nők</u>		<u>Férfiak/Nők</u> OR (95% CI)
	N	% (95% CI)	N	% (95% CI)	N	% (95% CI)	
<b>Gyász-reakció</b>	102	2,1	25	1,4	77	3,4	2,45 (1,55-3,86)
<b>MD epizód</b>	717	15,1	186	9,7	531	19,5	2,27 (1,90-2,71)

A fenti táblázatnál az OR-eket a diagnózist nem kapott személyekhez hasonlítottuk!

Az 5. Táblázat mutatja a gyász és a DSM-III-R major depressziós epizód élettartam – prevalenciáit a teljes mintában, nemek szerinti bontásban. A nemek közötti különbség gyász esetében magasabbnak mutatkozott, mint a depressziós csoportban (nő/férfi OR: 2.27 [1.90-2.71] versus 2.45 [1.55-3.86]), egyenként).

Azokat a személyeket, akik egyidejűleg major depresszió és gyász diagnózist is kaptak, a major depressziós csoportba soroltuk, hiszen noha a gyász-reakció provokálhat major depressziót, ennek ellentéte nem reális. Más szóval, azokat az eseteket, ahol a szeretett személy (első és másodfokú rokonok, házastárs, partner és közeli barátok vagy mások, akiket a válaszoló közelinek nevez meg) elvesztése major depressziós epizód ideje alatt következett be, – még abban az esetben is, ha a gyász súlyosbította a tüneteket -, major depresszióként osztályoztuk.

A memória torzulásából eredő problémák (pl. a tünetek összecserélésének) elkerülése végett, abban a kis számú esetben, ahol mind a major depresszió, mind a gyász-reakció élettartam diagnózisát megkapta a válaszoló (amennyiben legalább két tünetmentes hónap telt el a két állapot között azok időbeli sorrendjétől függetlenül), a „GyR + MDE” (gyász + major depressziós epizód) csoportba soroltuk (n=3) (6. Táblázat), és kizártuk a végső elemzésből.

## 6. Táblázat

A gyász-reakció és a major depressziós epizód élettartam diagnózisa a teljes mintában  
(N = 4747)

Élettartam	Nők		Férfiak		Totál	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Sem GyR, sem MDE	2185	(46.0)	1740	(36.7)	3925	(82.7)
GyR, gyász által kiváltott MDE-vel, vagy anélkül	77	(1.6)	25	(0.5)	102	(2.1)
Csak MDE	531	(11.2)	186	(3.9)	717	(15.1)
GYR és MDE	2	(0.05)	1	(0.02)	3	(0.1)
TOTÁL	2795	(58.9)	1952	(41.1)	4747	(100)

GyR = Gyász-reakció

MDE = Major Depressziós Epizód

A feldolgozásban figyelembe vett 4747 válaszoló adatai alapján a 18 és 65 év közötti résztvevők átlagéletkora 37.8 év volt (SD: 13.4), férfiaknál 36.7 év, nők esetében 38.6 év.

## 7. Táblázat

*Nemi megoszlás a gyász-reakció illetve depresszió csoportban*

	Gyász-reakció (n, %)	Depressziós epizód (n, %)	OR (CI 95%)
<b>Nem:</b>			
Férfi	25 24,5%	186 25,9%	1
Nő	77 75,5%	531 74,1%	0,92 (0,57-1,50)
Összesen	102 100%	717 100%	

Minden alcsoportot 100%-nak véve a nők felülreprezentáltak voltak mind a major depresszió, mind a gyász csoportokban (74.1% és 75.5%, megfelelően). (7. Táblázat)

A depressziós epizód esetében tendenciaszerűen magasabb arányt találtunk a 25-34 éves korcsoportban a gyászhoz képest (23.6% illetve 8.8% megfelelően; OR [CI 95%] = 1.70 (0.71-4.05)). (8. Táblázat)

Ezzel szemben az 55-65 éves korcsoportban éppen ennek fordítottját lehet megfigyelni: a gyász itt szignifikánsan gyakoribb (12.3%, illetve 32.4%, megfelelően; OR ([CI 95%] = 0.24 (0.12-0.47)). (8. Táblázat)

## 8. Táblázat

*Korcsoportok szerinti megoszlás a gyász-reakció illetve depresszió csoportban*

	Gyász-reakció (n, %)	Depressziós epizód (n, %)	OR (CI 95%)
<b>Kor:</b>			
18-24	14 13,7%	154 21,5%	1
25-34	9 8,8%	169 23,6%	1,70 (0,71-4,05)
35-44	18 17,6%	118 16,5%	0,60 (0,32-1,13)
45-54	28 27,5%	187 26,1%	0,61 (0,31-1,20)
55-65	33 32,4%	88 12,3%	0,24 (0,12-0,48)
Összesen	102 100%	717 100%	

A gyász-reakció élettartam-prevalenciája 2.1% volt a teljes mintában, és a leggyakoribb az 55-65 évesek körében. Gyász-reakció 35 éves kor előtt jóval ritkább, mint depressziós epizód előfordulása, de egyértelműen megemelkedik a száma 35 éves kor felett. (8. Táblázat)

A 65 éves kor feletti korcsoportjára vonatkozóan e felmérés alapján nincsenek adataink.

A magasabb iskolai végzettséggel rendelkező személyek aránya szignifikánsan magasabb a depressziós csoportban a gyász csoporthoz képest (33.6% versus 23.5%; OR [CI 95%] = 3.04 (1.69-5.46)). (9. Táblázat)

## 9. Táblázat

*Iskolai végzettség a gyász-reakció illetve depresszió csoportban*

	Gyász-reakció (n, %)	Depressziós epizód (n, %)	OR (CI 95%)
<b>Végzettség:</b>			
Általános iskola	30 29,4%	99 13,8%	1
Középiskola	48 47,1%	377 52,6%	2,38 (1,43-3,95)
Felsőfokú végzettség	24 23,5%	241 33,6%	3,04 (1,69-5,46)

A két csoport a családi állapot tekintetében is különbözött egymástól: a gyászolók között a korábban házas résztvevők aránya magasabb volt (43.1%), mint a depressziós betegek körében (26.2%) (OR [CI 95%] = 0.54 (0.34-0.86)).

Ezzel szemben több olyan depressziós volt, aki soha nem volt házas (18.6% versus 31.0%); OR [CI 95%] = 1.48 (0.83-2.63)). (10. Táblázat)

## 10. Táblázat

*Családi állapot a gyász-reakció illetve depresszió csoportban*

	Gyász-reakció (n, %)	Depressziós epizód (n, %)	OR (CI 95%)
<b>Családi áll.:</b>			
Házass	39 38,2%	307 42,8%	1
Elvált/különélő/özvegy	44 43,1%	188 26,2%	0,54 (0,34-0,86)
Nőtlen / hajadon	19 18,6%	222 31,0%	1,48 (0,83-2,63)

A gyermekek számának szempontjából is található statisztikailag szignifikáns különbség a két csoport között. Három vagy több gyermek a családban a gyász csoport 17,6 % - ában fordult elő, szemben a depressziós csoportban talált 10,5%-kal. A depressziós csoportban magasabb volt a gyermektelenek száma (38,1% versus 28,4%).

(11. Táblázat)

## 11. Táblázat

*A gyermekek száma a gyász-reakció illetve depresszió csoportban*

	Gyász-reakció (n, %)	Depressziós epizód (n, %)	OR (CI 95%)
<b>Gyermekek száma:</b>			
Nincs gyermeke	29 28,4%	273 38,1%	1
1 gyermek	18 17,6%	155 21,6%	0,91 (0,49-1,70)
2 gyermek	37 36,3%	214 29,8%	0,61 (0,36-1,03)
3 vagy több gyermek	18 17,6%	75 10,5%	0,44 (0,23-0,84)



A depressziós tünetek relatív incidenciája tekintetében sok hasonlóságot mutatott a gyász és a depressziós epizód tüneti képe. Ennek ellenére azt találtuk, hogy a számos tünet esetében szignifikáns különbség mutatkozik (12. Táblázat)

## 12. Táblázat

Major depressziós epizódban és gyász-reakcióban fellépő depressziós tünetek gyakoriságában (n, %) mutatkozó különbségek

	<b>Depressziós epizód</b> n = 717	<b>Gyász-reakció</b> n = 102	<b>OR (95% CI)</b>
<b>Alvászavarok (hypersomnia)</b>	<b>243</b> <b>33,9%</b>	<b>15</b> <b>14,7%</b>	2,92 (1,64-5,17)
<b>Bűnösség-érzés</b>	<b>405</b> <b>56,6%</b>	<b>34</b> <b>33,3%</b>	2,60 1,68-4,03
<b>Értéktelenség-érzés</b>	<b>379</b> <b>52,9%</b>	<b>22</b> <b>21,6%</b>	4,07 (2,48-6,68)
<b>Alacsony önbecsülés</b>	<b>361</b> <b>50,3%</b>	<b>24</b> <b>23,5%</b>	3,29 (2,03-5,32)
<b>Gondolatok a halálról</b>	<b>460</b> <b>64,2%</b>	<b>86</b> <b>84,3%</b>	0,33 (0,19-0,58)
<b>Öngyilkossági gondolat</b>	<b>339</b> <b>47,3%</b>	<b>21</b> <b>20,6%</b>	3,45 (2,09-5,71)
<b>Öngyilkossági kísérlet</b>	<b>100</b> <b>13,9%</b>	<b>6</b> <b>5,9%</b>	2,59 (1,10-6,07)

A „Gondolatok a halálról” szignifikánsan gyakoribb volt gyászban (84.3% versus 64.2%), míg a hypersomnia (33.9% versus 14.7%), bűnösség- és értéktelenség-érzés (56.6% versus 33.3% és 52.9% versus 21.6%), és az alacsony önbecsülés (50.3% vs 23.5%) major depresszióban voltak gyakoribbak, akár csak az öngyilkossági gondolatok (47.3% versus 20.6%), és az öngyilkossági kísérlet (13.9% versus 5.9%) előfordulása. (12. Táblázat).

A többi depressziós tünet tekintetében nem találtunk szignifikáns különbséget a két csoport között.

További eltérést jelentett azonban, hogy a komorbid pánik zavar élettartam diagnózisa szignifikánsan gyakoribbnak mutatkozott major depresszió esetében a gyász-csoporthoz képest (8.4% versus 3.9%; OR: 1.14 [0.43-3.00]). (13. Táblázat)

### 13. Táblázat

	Komorbid szorongás	Komorbid pánik zavar	Totál
Gyász-reakció	33 32,4%	4 3,9%	102 100%
Depressziós epizód	380 53,0%	60 8,4%	717 100%

## MEGBESZÉLÉS

A nemek szerinti megoszlást tekintve a nők tüneteinek magasabb száma és egyes kórképekben mutatott felülreprezentáltsága megegyezik számos más pszichiátriai kórképben találtakkal (82).

A korábbi epidemiológiai adatoknak megfelel, hogy a nőknél a depresszió minden korcsoportban gyakoribb (82; 83), de a nemi különbség a gyász esetében még erősebbnek mutatkozott.

Szintén egyezést mutat más tanulmányokban találtakkal, hogy a gyász élettartam prevalenciája, mely 2.1% volt a teljes mintában, mindkét nem esetében a leggyakoribbnak a 35-54 éves korosztályban mutatkozott (84; 85).

Noha a szocio - demográfiai jellemzők területén több szempontból is szignifikáns különbségeket találtunk a gyász és a depresszió csoportok között, ezen eltérések nem tekinthetők magyarázó értékűnek.

A korábban házas személyek magasabb aránya a gyász csoportban a speciális érintettség következménye is lehet: a szeretett személy elvesztése nagy részben ugyanis a házastárs személyét jelentette. Ez a tény szintén magyarázhatja azt is, hogy a gyász viszonylag ritkán fordult elő a fiatalabb korcsoportokban.

Mint arra a bevezetőben is kitértem, a veszteségre adott reakciók sokfélék lehetnek, azonban a legerősebben jelentkező veszteség-élmények a legközelebbi rokonaink, szeretteink elvesztésekor jelentkeznek. A fiatalabb korcsoportokban – az életkori meghatározottság miatt is – a személyek még kevesebbszer szembesültek a számukra fontos személyek elvesztésének terhével, és ha vannak is elhunyt családtagok, a kapcsolat rendszerint még távolabbi (pl. nagyszülők), nem olyan erős, mint például párkapcsolat esetében. Ez utóbbi kapcsán – a megrázó erejű veszteség-élmény következtében – a gyászoló több depressziós tünetet mutat, mint távolabbi kapcsolat esetén. Ezért a depressziós tünetekkel alátámasztott gyász-reakció a kapcsolat erősségétől függően jelentkezett a DIS kérdőív kitöltésekor, azaz szorosabb érzelmi

kapcsolat esetén nagyobb eséllyel okozott a kritériumoknak megfelelő számú depressziós tünetet. Lévén, hogy a házastársi kapcsolat a kiemelten fontos érzelmi kötődések csoportjába tartozik, a házastárs elvesztéséhez kapcsolódó, és depressziós tüneteket okozó gyász a társ elvesztése kapcsán jellemzően megjelenő reakció. Ezért, a (még) nem házas személyek csoportjában ennek a kiemelten fontos kötődésnek a hiányában, a házastárs elvesztésével kapcsolatos gyász nem jelentkezik, vagy csak enyhébb formában (aktuális partnerhez kötődően például). A magasabb életkor szintén sok különbséget magyaráz. Egyfelől 30 éves kor alatt lényegesen kevesebb személy él házastársi viszonyban, mint az idősebb korosztályokban, másfelől a betegségek kialakulásának- és ezáltal a házastárs elvesztésének- a rizikója is egyre magasabb az életkor előrehaladtával.

Ezek a különbségek magyarázhatják, hogy gyakrabban találkoztunk korábban házas, és idősebb korcsoportba tartozó gyászolóval, mint fiatal független gyászban lévő vizsgálati személlyel.

Ezzel összefüggésben, mivel a gyász az idősebb korcsoportokban volt gyakoribb, és mivel a magasabb iskolai végzettség ritkább a statisztikai adatok alapján az idősebbek körében, a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők aránya szignifikánsan magasabb volt a depressziós csoportban, ahol az átlag-életkor alacsonyabb volt, mint a gyász-csoportban.

Az említett alcsoportokba (családi állapot szerinti alcsoportok, korcsoportok, iskolai végzettség szerinti alcsoportok, stb.) tartozók alacsony elemszáma miatt nem volt lehetséges többszörös logisztikus regresszió elvégzése.

Célkitűzéseink közé tartozott annak megfigyelése is, hogy a gyász-reakció megjelenésének valószínűsége nagyobb-e abban az esetben, ha az interjút megelőzően már előfordult major depressziós epizód. Emellett fontos volt az az eredmény is, hogy a vizsgált mintában a gyász előfordulása megnöveli-e az esélyét a későbbi major depressziós epizódok kialakulásának.

Az eredmények, a nők magasabb reprezentáltsága, és a „Gyász Reakció + Major Depressziós Epizód” csoportba sorolhatók alacsony száma hasonló a Bruce és munkatársai által talált adatokhoz (51), ahol a gyász csoportba tartozó résztvevők idősebbek és nagyobb arányban nők voltak, és a gyászolók közül senki nem számolt be korábbi depressziós epizódról.

A saját vizsgálatban találtak azonban túlmennek az említett tanulmányban (51) megfogalmazottakon, hiszen nem csupán azt állíthatjuk, hogy a gyászolók csoportjában szinte egyáltalán nem fordult elő megelőzően depresszió, hanem azt is, hogy a major depresszió diagnosztikai kritériumainak megfelelő számú depressziós tünet kizárólag gyászhoz kapcsolódóan jelent meg esetükben, de attól függetlenül nem.

Ez utóbbi eredmény kifejezheti az azzal kapcsolatos emlékezeti torzulásokat is, melyek a „megmagyarázhatóság”-hoz kötődnek. Az olyan depressziós időszakokat, melyek kezdete egyértelműen megfogható és valamely eseményhez köthető, a személyek könnyebben kiemelhetik a múltbéli élményeik közül. Az ennek a jelenségnek alapját jelentő esemény (haláleset) nem csupán az emlékezést könnyítő szereppel bír, hanem megóvja a személyt a különböző, környezetben a depressziós személyre vonatkozó potenciálisan megjelenő stigmáktól („...semmi oka nincs rá, mégis depressziós...”, „...nem értem, miért hagyja el magát...”). A gyász ebben az esetben tehát megkönnyíti az egyén helyzetét, hiszen a környezet elfogadóbb ilyen időszakban a gyászolóval, megérti és tolerálja annak depressziós tüneteit. Természetesen ennek is van egy íratlan határa („gyászév”), ami után már türelmetlenséget vált ki a tünetek folyamatos fennállása. Más szóval, a gyász kapcsán átélt depresszió könnyebben vállalhatóvá tűnik, mert objektív dologgal magyarázható és nem pedig megfoghatatlan, ismeretlen eredetű betegséggel. (Ez a jelenség némileg hasonlít arra megfigyelésre, hogy a testi, objektívan kimutatható betegségek meglétét kisebb ellenállással fogadják az emberek, mint a pszichés rendellenességet megfogalmazó diagnózisokat.)

A gyászban és depresszióban jelentkező depressziós tünetek átfedéseinek ellenére mindkét állapotot a tünetek egy jellegzetes mintázata jellemzi, mely segít különbséget tenni a komplikált gyász és a depressziós epizód között.

A kognitív tünetek szignifikánsan különböztek a két csoportban, mely arra utal, hogy – legalábbis a keresztmetszeti képet illetően - a depresszív kognitív folyamatok tünetei különböztetik meg leginkább a depressziót és a gyászt, és nem a többi jellegzetes depressziós tünet, melyek előfordulása - a hypersonia kivételével - nem különbözött szignifikánsan a két csoportban.

Hasonlóképp, Breckenridge és munkatársai (46) kimutatták, hogy noha a gyászolók jelentős része számos depressziós sajátságáról számol be, az önhibáztató gondolatok valószínűsége esetükben nem volt magasabb, mint a kontroll csoportban.

Ettől a megközelítéstől azonban eltérnek azok a megfigyelések, melyekre már a bevezetőben utaltam. Az öngyilkosság esetén a halálnem, valamint az elkövetés módja (violens/nem violens) és az öngyilkossághoz kapcsolódó stigma miatt nehezített a feldolgozás. Silverman és munkatársai (32) említett vizsgálatukban azt találták, hogy a gyászreakciók intenzitása nagymértékben megnő az öngyilkosság miatt meghalt hozzátartozóinak körében. A bűntudat jellegzetesen megjelenő érzés, öngyilkos gyászolása esetén, hiszen a gyászolóban a visszautasítottság, elárultság érzése jelenhet meg, melyre okokat keres. Megjelenhet a felelősség kérdése is, hiszen a halál elkerülhető lehetett volna a gyászoló szemével nézve. A mulasztás – és így a bűntudat - érzését növeli a megelőzés elmulasztásának ténye vagy az elkerülés megakadályozásának elmulasztása.

Silverman-ék (32) eredményeivel teljes mértékben összecseng egy jelenleg folyó nemzetközi kutatás (Manchester-Budapest: A szuicidiumok okai Budapesten és Pest megyében) egyik alapvetően fontos tapasztalata, mely az öngyilkosságban elhunytak hozzátartozóival felvett interjúkon alapul. A hozzátartozó gyászolók az öngyilkosság okainak keresésekor szinte kivétel nélkül az elsők között fogalmazzák meg azt a kínzó gondolatot, hogy talán ők maguk is közrejátszhattak az öngyilkosság előidézésében. Ennek egyik formája, hogy valamely tettüknek tulajdonítanak jelentőséget („mert leszidtam aznap...”; „biztosan azért borult ki, mert szakítani akartam vele...”, stb.). Ettől eltérő gondolatokat szül, ha – a már említett – megelőzés hiányát helyezi előtérbe a gyászoló. Ilyenkor természetesen csak akkor fokozódik a bűntudat, ha saját mulasztását hangsúlyozza a személy. Gyakori azonban – a gyászt segítő – projekció, amikor valamely más személyt jelöl meg a gyászoló (leginkább az elhunyt orvosát).

Ebben az esetben a felelősség áttolása illetve megszemélyesítése az első időszakban megkönnyíti a gyászmunkát.

Kiemelten figyelmet követel az a tény, hogy az öngyilkost gyászolók csoportjában a legnagyobb az öndestruktív magatartásra való készíttettség, gyakoribb a szándékos önsértés, vagy az akaratlan öndestruktív magatartás, melyben a modellkövetés is szerepet játszik. Az öngyilkosság miatt gyászolók ezért az öngyilkosság szempontjából kiemelten veszélyeztetettek. (32)

A DIS kérdőív egyik hiányossága, hogy gyász esetén nem kérdez rá, hogy miben halt meg a szeretett személy. Emiatt nem rendelkezünk adatokkal arra vonatkozóan sem, hogy vajon a gyászolók közül volt-e olyan, és ha igen, akkor hányan, akik öngyilkosság miatt veszítették el hozzátartozójukat. Ez az adat azért lenne különösen jelentős, mert az öngyilkosságban elhunyt személyt gyászolók depressziós tüneteit a többi gyászoló tüneteivel összevetve képet kaphatnánk arról, hogy valóban súlyosabb következményekkel jár-e az öngyilkossághoz köthető gyász, mint egyéb esetekben.

Mivel az öngyilkosságban meghaltak 60-70 százaléka major depresszióban szenved a szuicídium elkövetésekor (86; 87), az öngyilkosok gyászoló rokonai között a major depresszió kialakulásának esélye jóval nagyobb, hiszen ismert, hogy major affektív betegségek elsőfokú rokonai között a hasonló betegség kialakulásának rizikója két-háromszoros (87).

A gyász illetve depresszió kapcsán előforduló öngyilkossági gondolatok (20.6% vs 47.3%) és az öngyilkossági kísérlet (5.9% vs 13.9%) arányában mutatkozó eltérések arra utalnak, hogy a depressziós betegek körében a szuicid viselkedés nagyobb eséllyel jelenik meg – ahogy ezt korábban már Bornstein és munkatársai is kimutatták (53).

Ennek egyik oka lehet, hogy a gyászolók gyakran gondolnak a halálra, de ez a gondolati tartalom nem önmagukra vonatkoztatva jelenik meg, hanem az elvesztett szeretett személyhez, illetve annak halálához kötődik. Gyász esetén tehát a halálról szóló gondolatok a közeli hozzátartozó/barát halálához kapcsolódnak, vagy a halálhoz

általában, és nem utalnak egyidejű öngyilkossági gondolatok jelenlétére is, és nem számítanak minden esetben rizikófaktornak az öngyilkossági kísérlet bekövetkezése szempontjából, mely inkább major depresszióhoz kapcsolódik.

Az az eredmény, mely szerint a komorbid pánik zavar élettartam diagnózisa szignifikánsan gyakrabban fordult elő major depresszióban, mint gyászban, annak a ténynek lehet egyik következménye, hogy pánik zavar előfordulásának aránya jelentősen magasabb major depressziós betegek körében, mint azoknál, ahol nem található hangulatzavar élettartam diagnózis. (76)

Más szóval, a pánik zavar és a major depresszió – akár unipoláris, akár bipoláris típus (76) - gyakori komorbiditása miatt, a pánik zavar szintén jó jelzője illetve előrejelzője lehet a major depresszióknak a gyász-reakcióval szemben.

A major depresszió és a normál gyász-reakció közötti jellemző tüneti különbségek segítséget jelentenek a klinikusok számára, a gyász által provokált major depressziós betegek korai felismerésében és kezelésében.



## **KÖVETKEZTETÉSEK**

A gyász a veszteség (pl. szeretett személy halála) bekövetkezésére adott általánosan elfogadott pszichológiai reakció, mely számos depressziós tünetet is magába foglal.

Eredményeink azt mutatják, hogy a depresszió és a gyász tüneteinek átfedései ellenére néhány tünet segíthet a két állapot megkülönböztetésében.

A várakozásainkkal ellentétben mindössze két esetben fordult elő, hogy egy személy esetében komplikált gyász-reakció és depressziós epizód is előfordult, mely arra utal, hogy mintánkban a megelőző depresszió nem növeli a komplikált gyász-reakció kialakulását, illetve, hogy a komplikált gyász-reakciót követően nem nő a depressziós epizód kialakulásának esélye.

Továbbá, ezek a tünetek (gondolatok a halálról, hypersomnia, bűnösség- és értéktelenség-érzés, alacsony önbecsülés, öngyilkossági gondolatok), valamint a pánik zavar és az öngyilkossági kísérlet előfordulása az anamnézisben a „komplikált gyász”-tól eltérő szindrómára utalnak (61; 62), és jó előrejelzői lehetnek a későbbi major depresszió kialakulásának a gyász-reakcióval jelentkező betegek körében.

A gyászolók köztudottan célpontjai az öngyilkosság megelőző programoknak (59; 86). Ahogyan látható az eredményekből, a halálról való gondolatok gyakorisága gyász-reakció kapcsán különösen jellemző, azonban azok inkább passzívák és az elhunyttra vonatkoznak. A depresszió esetében azonban ezek a gondolat-tartalmak a személy saját halálával függnek össze, és „aktívak”, amennyiben valószínűbben követi őket öngyilkossági kísérlet.

Eredményeink abban segíthetnek, hogy könnyebb legyen a major depresszióra különösen veszélyeztetettek azonosítása a gyászolóknál, de különösen az öngyilkosság (vagy egyéb erőszakos halál) áldozatai hozzátartozóinak körében, mely esetben a veszteség a szokásosnál is nagyobb terhet jelent.

Kutatásunk strukturált jellegéből fakadóan nem illeszthetett be olyan kérdéseket, melyek a legújabb megközelítéseknek megfelelően a gyász és a PTSD kapcsolatát vizsgálták volna. Érdekes azonban kitérni Prigerson és munkatársai (96) által leírt elméletre. Ebben kiemelik, hogy noha egy közeli hozzátartozó halála elismerten az egyik legnehezebb életeseeménynek számít (43; 49; 50; 55; 97), a gyászt csak napjainkban kezdik potenciálisan „traumatikus”-ként elfogadni. Azok a legújabb kutatások, melyek elfogadják, hogy a gyász a poszttraumás stressz zavar alapkritériumának eleget tesz, azt találták, hogy különösen abban az esetben, ha a halál bekövetkezése hirtelen és váratlan volt, a frissen gyászoló személyek tüneteinek alapján a PTSD diagnosztikai kritériumai teljesülnek (98; 99).

Ezek az eredmények azt sugallják, hogy a gyász, különösen bizonyos súlyosbító tényezők fennállta esetén, traumatikus lehet, és ezért a hozzá kapcsolódó tünetek alapján a személy akár a poszttraumás stressz zavar diagnózist is kaphatna. Prigerson és munkatársai a komplikált gyász esetében a pszichológiai trauma tüneteinek is magába foglaló szélsőséges, vagy elhúzódó tüneteket következetesen „traumatikus gyász”-nak nevezik, és tanulmányukban a traumatikus gyász és a PTSD átfedéseit vizsgálják.

A tanulmány szerint amennyiben áttekintjük a poszttraumás stressz zavar szükséges és elégséges kritériumait, látható, hogy a traumatikus gyász tüneteitől szenvedő személy a PTSD diagnózisához szükséges kritériumoknak is eleget tesz.

A definíció szerint ugyanis, akik valaki közelálló személy halálát látják, vagy „tapasztalják”, bírnak az első számú („A”) kritériummal, mely a stresszor jelenlétét feltételezi. E traumatikus életeseemény szükségszerű következménye, hogy a gyászoló személy intenzív félelemmel, tehetetlenséggel és rémülettel reagál. Természetesen e tünetekkel kapcsolatban alapos kikérdezés szükséges, mielőtt a diagnosztizálás során felhasználnánk.

A PTSD „B” kritériuma alapján a traumát a személy ismételtén újraéli, ami a gyász esetében az elhunytal kapcsolatos ismételtén visszatérő és tovakodó fájdalmas gondolatok alapján egyértelműen jelenlévő tünetnek számít. Ennek ellenére a fájdalmas gondolatok természetét illetően jelentős különbségek találhatók a poszttraumás stressz

tüneteinel felsoroltakhoz képest. Traumatikus gyász esetében ugyanis a trauma fájdalmas újraélése az elhunytal kapcsolatos, nem pedig egy eseményhez kötődik, és eltérően a PTSD-ben jellemző katasztrófa eseményektől, az újraélés megnyugtató vagy vigasztaló is ugyanúgy lehet, mint felkavaró. További fontos különbség, hogy a szeparációs distressz fájdalmas gondolatokat idéz fel traumatikus gyász esetén, de nincs jelen PTSD-ben.

A traumatikus gyász legjellemzőbb tünetei az elhunyt utáni vágyódás, epekedés, keresés, vagy az elhunyt hiánya miatt erősödő üresség-érzés vagy magányosság, annak érzése, hogy az elhunytal a gyászoló egy része is meghalt. Ezek a jelenségek állnak a gyászoló személy zavaró érzelmeinek középpontjában. Ebből következően a traumatikus gyász kezelésében az elsődleges terápiás célok egyike, hogy elősegítsük az átmenetet az elhunytal kapcsolatos intenzív és folytonos gondolatokról az új kapcsolatok és a veszteség utáni környezet elfogadásának irányába.

A traumatikus gyász kritériumait teljesítő személyekre nagy valószínűséggel jellemző a PTSD „C” kritériuma alatt, a traumával összefüggő ingerek tartós kerülését és az általános válaszkészség megbénulását leíró tüneteket tartalmazó felsorolásból legalább három. A közöny és a céltalanság a traumatikus gyász legjellemzőbb tüneteinek számítanak, az emberek és más dolgok iránt mutatott csökkent érdeklődés mellett.

Noha Prigerson és munkatársai (96), valamint Horowitz és munkatársai (100) kutatásai foglalkoznak azzal a kérdéssel, hogy vajon az elkerülő magatartás általános viselkedésnek számít-e a gyászolók körében, és hogy az vajon jó előrejelzője-e a patológiás gyász-reakciónak, a klinikai tapasztalatok mást mutatnak (96). Valóban fontos jelenség az elkerülés, ám traumatikus gyász esetében nem a traumás esemény által kiváltott félelemhez kötődik, hanem a veszteség miatt fokozott egyedüllét és kétségbeesés érzéséhez. Természetesen amennyiben elkerülő viselkedés jellemzi a gyászolót, a kezelés fontos részét képezi, hogy a közönyt csökkentsük feltáró terápia segítségével.

A poszttraumás stressz zavar „D” kritériuma, mely a fokozott készenlét tartós fennállását írja le öt tünetben, szintén jelen van traumatikus gyászban azoknál a

személyeknél, akik irritabilitásról és koncentrációs nehézségről számolnak be. Ennek ellenére, a PTSD kapcsán leírt EEG eltéréseket nem találtak traumás gyász alanyainál, és Horowitz és munkatársai (100) is csak csekély bizonyítékot találtak a hipervigilancia megerősítésére. Raphael és Martinek (101) megjegyzik, hogy a hipervigilianciának megfelelő jelenség traumás gyászban az elhunythoz kapcsolódó emlékekhez kötődik, nem pedig egy ijesztő esemény megismétlődésétől való félelemhez. Ez arra utal, hogy míg technikailag megadható a hiperarousal kritérium, félrevezető lenne azt a következtetést levonni, hogy a traumatikus gyászt átélő személyek emelkedett arousaltól szenvednének.

A két további PTSD diagnosztikus kritérium, az „E” és az „F”, melyek a zavar időtartamára és a jelentős szenvedésre, illetve fontos funkciók romlására vonatkoznak, könnyen belátható módon traumatikus gyász esetében is megadhatók.

Összességében tehát elmondható, hogy a PTSD összes DSM-IV kritériuma teljesül azoknál a személyeknél, ahol traumatikus vagy más néven komplikált gyász tünetegyüttes diagnosztizálható. Mindazonáltal, mint ahogy az az előzőekben látható volt, a fájdalmas veszteséghez kapcsolódó tünettani kép több fontos szempontból is különbözik az objektív értelemben is traumatikusnak számító eseményekre adott tünetektől.

A traumatikus gyász inkább a stresszre adott válasz következtében kialakuló tünetegyüttest fedti, de ez a közeli hozzátartozó halálára adott distressz nagyban eltér a PTSD alatt tárgyalt ijesztő eseményekre adott választól. Amennyiben a PTSD DSM-IV kritériumainak megfelelően határozzuk meg a trauma lényegét, a veszteség következtében kialakuló érzelmi distressz nagy része nem értelmezhető, mint PTSD tünet.

E problémakör egy másik oldala, hogy azok a személyek, akik egy közeli hozzátartozót egy objektív értelemben véve traumatikus esemény következtében veszítenek el, mind a PTSD, mind a traumatikus gyász diagnózisát megkaphatják.

A tanulmányban csupán a természetes halál során elhunytak hozzátartozóit vizsgálták, ezért a következtetések is a relatíve normál körülmények között kialakuló PTSD-t

vizsgálták. Ennek ellenére számos olyan eset van, hogy a szeretett személy halála intenzív félelmet kiváltó esemény kapcsán következik be (mint például: természeti katasztrófák, erőszak, stb.), és ilyenkor egy fontos személy elvesztése esetén mindkét kórkép fennálltának rizikója megnő. (102; 103)

Finlay-Jones és Brown (104) azt találták, hogy a komoly veszéllyel járó események különböző szorongásos állapotok előidézésében fontos szerepet játszhatnak, míg a jelentős veszteséget magába foglaló történések depressziós zavart idézhetnek elő. A traumatikus gyász természetesen az utóbbi csoportba sorolható, mely jelen tanulmány fókuszát nagyban meghatározta.

Könnyen belátható azonban, hogy a gyászoló személyisége legalább annyira meghatározó a komplikált gyász kialakulása szempontjából, mint a haláleset körülményei.

Mégis, jelen tanulmány bevezetőjében kifejtett nagyobb megrázkódtatással járó halálnemek, mint például öngyilkosság, gyilkosság, stb. esetén a trauma mértéke nagyban meghaladja a természetes halállal kapcsolatban átélteket, s ezért különösen fontos ezen hozzátartozó számára szűrőprogramokkal a prevenciók lehetőségeket kibővíteni.

A további kutatások célja, hogy – többek között - a komplikált gyász „traumatikus” oldalát vizsgálják, amivel talán egyszer valóra válhat egy úgynevezett traumatikus spektrumba tartozó zavarok kategóriájának kidolgozása a diagnosztikai nehézségek csökkentése érdekében.

## **KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS**

Szeretnék köszönetet mondani témavezetőimnek, Dr. Füredi János Professor Úrnak és Dr. Szádóczky Erika docensnőnek, akik lehetőséget biztosítottak számomra a Ph.D. doktori kutatómunkám elvégzéséhez, és irányadó, értékes szakmai és baráti tanácsaikkal döntően hozzájárultak közösen megvalósított tudományos eredményeinkhez és azok tudományos fórumokon való bemutatásához.

Hálás köszönetemet szeretném kifejezni Dr. Rihmer Zoltánnak, aki által a depresszió és öngyilkosság kutatásával megismerkedhettem, aki a munkámat kezdettől fogva megkülönböztetett figyelemmel kísérte, s akinek munkatársai és hallgatói iránti kiemelkedő szakmai támogatásából én is részesülhettem.

Köszönöm Rózsa Sándornak, hogy mindvégig maximális segítőkészségét tapasztalhattam a vizsgálat statisztikai elemzésében, és az eredmények értelmezésében, valamint, hogy mindezt a segítséget baráti beszélgetések keretében kaphattam.

Köszönettel tartozom Dr. Belső Nóra adjunktusnőnek a közös kutatásokban tapasztalt eredmények értelmezésének megvitatásáért, valamint az értékes szakmai és baráti diszkusszióért.

Végül köszönöm férjemnek, dr. Almási Jánosnak mindazt a támogatást és biztatást, mely alapvetően lehetővé tette munkámat.

## IRODALOMJEGYZÉK

1. Buda B, A halál és a haldoklás szociálpszichológiai jelenségei. In: Buda B: Fejezetek az orvosi szociológia és társas lélektan tárgyköréből. Támasz Alapítvány, Budapest, 1994.
2. Freud S, Mourning and melancholia. 1917. In: Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Vol. 14. Hogart Press, London, 1957.
3. Lindemann E, Symptomatology and management of acute grief. *Am. J. Psychiatry* 1944, 101: 141.
4. Bowlby J, Grief and mourning in infancy and early childhood. *Psychoanalytic study of the child* 1960, 15: 9.
5. Caplan G, Principles of preventive psychiatry. New York Basic Book, 1964.
6. Parkes CM, Bereavement: Studies of grief in adult life. International Universities Press, New York, 1972.
7. Sifneos, PE: Short-term dynamic psychotherapy: its history, its impact and its future. *Psychother-Psychosom.* 35(4): 224-229, 1981
8. Bakó Tihamér: Verem mélyén. Könyv a krízisről. Cserépfalvi, Budapest, 1996
9. Klein, M.: A gyász és kapcsolata a mániás depressziós állapotokkal. (Ford.: Pető K.) In: Berényi G. (szerk.): A szó előtti tartomány. Akadémiai Kiadó, Budapest, 99-134, 1999

10. Parkes, C. M., Sills, Ch.: Psychotherapy with the dying and the bereaved. In: Clarkson, P., Pokorny, M (eds.): The handbook of psychotherapy. Routledge, London and New York, 494-514, 1994
11. Holmes, J.: John Bowlby and the Attachment theory. Routledge, London, New York, 89-102, 1993
12. Pilling J.: A gyász lélektana. In: Szádóczky Erika, Rihmer Zoltán (szerk.): Hangulatzavarok. Medicina, Budapest, 112-149, 2001
13. Pilling J.: A halál és a haldoklás kultúrantropológiája. SOTE, Budapest, 1999
14. Pilling J.: A haldoklás és a gyász pszichológiája. SOTE, Budapest, 1999
15. Pilling J.: Segítség a gyászban. Magyar Hospice-Palliatív Egyesület, Budapest, 2001.
16. Averill, JR.: Grief: its nature and significance. Psychol. Bull. Dec; 70 (6): 721-48, 1968
17. Brown JT., Stoudemire GA. Normal and pathological grief. JAMA. 250 (3): 378-382, 1983
18. Pilling János: Tanatológia – támasznyújtás a haldoklás és a gyász során. In: Füredi J., Németh A., Tariska P. (Szerk.): A pszichiátria magyar kézikönyve. 2., bővített kiadás, Medicina Könyvkiadó, Budapest, 825-832, 2001
19. Sourkes, B. M.: Armfuls of time. The psychological experience of the child with a life-threatening illness. Routledge, London and New York, 1995



20. Zisook, S.: Death, Dying and Bereavement. In: Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sixth Edition. Editors: Kaplan, H.I. - Sadock, B.J. Williams and Wilkins, Baltimore, 1995
21. Spiegel Y, Der prozess des trauerns, analyse und beratung. 4. auf Kaiser-Grünewald, München, 1981.
22. Hézsér Gábor: A gyászoló ember. In: Hézsér Gábor: A pásztori pszichológia gyakorlati kézikönyve. Református Zsinati Iroda Sajtóosztály, Budapest, 233-253, 1991
23. Knight, C. – Barthel, H.: Quality hospice care. A hospice staff training manual. EMBI Inc., Texas, 1993
24. Kast, Verena: A gyász. Egy lelki folyamat stádiumai és esélyei. (Ford.: Mérei Vera) T-Twins Kiadó, Budapest, 1995
25. Ribár János: Gyászolók lelkigondozása. In: Jelenits I. – Tomcsányi T. (szerk.): Egymás között egymásért. Híd Családsegítő Központ, Szeged, 194-229, 1990
26. Horowitz, M.: Pathological grief: diagnosis and explanation. Psychosomatic Medicine, 55: 260-273, 1993
27. Worthington, R.: Models of linear and cyclical grief. Clinical Pediatrics, May, 297-300, 1994
28. DeFrain, J.. Learning about grief from normal families: SIDS, stillbirth, and miscarriage. Journal of Marital and Family Therapy, 17, 215-232, 1991
29. Peppers, LG; Knapp, RJ: Maternal reactions to involuntary fetal/infant death. Psychiatry. 1980 May; 43(2): 155-159, 1980

30. Cook, J. A.. Dad's double binds: Rethinking fathers; bereavement from a men's studies perspective. *Journal of Contemporary Ethnography*, 17, 285-308, 1988
  
31. Gilbert, K., Smart L.: *Coping With Infant or Fetal Loss: The Couple's Healing Process*. Brunner-Routledge, 1992
  
32. Silverman, E, Range, L, Overholser, J.: Bereavement from suicide as compared to other forms of bereavement. *Omega* 30 (1): 41-51, 1994-95
  
33. Rynerason, Edward K.: Bereavement After Homicide: A Descriptive Study. *Am. J. Psychiatry*, 14 (11): 1452-1454, 1984
  
34. Rynerason, Edward K.: Psychotherapy of pathologic grief. *Psychiatr. Clin. of North America*, 10: 487-499, 1987
  
35. Polcz Alaine: Gyászban lenni. In: Polcz Alaine: *A halál iskolája*. Magvető Kiadó, Budapest: 270-322, 1989
  
36. Wolfelt, A.: Toward an Understanding of Complicated Grief: A Comprehensive Overview. *The American Journal of Hospice and Palliative Care*. March/April, 28-30, 1991
  
37. Devan, G.S.: Management of grief. *Singapore Med. J.*, 34 (5): 445-448, 1993
  
38. Prigerson HG. Bierhals AJ. Kasl SV. et al.: Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry*. 154(5):616-623, 1997
  
39. Mendes de Leon CF. Kasl SV. Jacobs S.: Widowhood and mortality risk in a community sample of the elderly: a prospective study. *Journal of Clinical Epidemiology*. 46 (6): 519-527, 1993

40. Schaefer C. Quesenberry CP Jr. Wi S.: Mortality following conjugal bereavement and the effects of a shared environment. *American Journal of Epidemiology*. 141(12):1142-1152, 1995
41. Martikainen P. Valkonen T.: Mortality after the death of a spouse: rates and causes of death in a large Finnish cohort. *American Journal of Public Health*. 86 (8 Pt 1): 1087-1093, 1996
42. Li G.: The interaction effect of bereavement and sex on the risk of suicide in the elderly: an historical cohort study. *Social Science & Medicine*. 40(6):825-828, 1995
43. Osterweis M, Solomon F, Green M (eds): *Bereavement: Reactions, Consequences, and Care*. Washington, DC, National Academy Press, 1984.
44. Clayton PJ: The sequelae and nonsequelae of conjugal bereavement. *Am J Psychiatry* 1979; 136:1530-1534.
45. Clayton PJ: Bereavement, in: *Handbook of Affective Disorders*. Edited by Paykel ES. New York, Guilford Press, 1982.
46. Breckenridge JN, Gallagher DE, Thomson LW, et al. Characteristic depressive symptoms of bereaved elders. *J. Gerontol*. 1986, 41: 163-168.
47. Gallagher DE, Thomson LW, Peterson JA, Psychosocial factors affecting adaptation to bereavement in the elderly. *Int. J. Aging Hum. Dev*. 1981-1982, 14: 79-95.
48. U.S. Bureau of the Census Current Population Reports. Special Studies. Sixty-five plus in America. Superintendent of Documents, U.S. Government Printing Office, Washington, DC.

49. Stroebe MS and Stroebe W, The mortality of bereavement. In. Stroebe MS, Stroebe W and Hansson RO (Eds) Handbook of bereavement: Theory, research and intervention. Cambridge University Press, New York, pp. 175-195.
50. Holmes TH and Rahe RH, The Social Readjustment Rating Scale. *J. Psychosom. Res.* 1967, 11: 213-218.
51. Bruce ML, Kim K, Leaf JP, Jacobs S, Depressive episodes and dysphoria resulting from conjugal bereavement in a prospective community sample. *Am. J. Psychiatry* 1990, 147: 608-611.
52. Clayton PJ, Bereavement and depression. *J. Clin. Psychiatry* 1990, 51: 34-38.
53. Bornstein PE, Clayton PJ, Halikas JA, Maurice W, Robins E, The depression of widowhood after 13 months. *Br. J. Psychiatry* 1973, 122: 561-566.
54. Jacobs S, Hansen F, Kasl S, Ostfeld A, Berkman L, Kim K, Anxiety disorders during acute bereavement: Risk and risk factors. *J. Clin. Psychiatry* 1990, 51: 269-274.
55. Irwin M, Daniels M, Weiner H, Immune and neuroendocrine changes during bereavement. *Psychiatr. Clin. North Am.* 1987, 10: 449-465.
56. Mor V, McHorney C, Sherwood S, Secondary morbidity among the recently bereaved. *Am. J. Psychiatry* 1986, 143: 158-163.
57. Helsing KJ and Szklo M, Mortality after bereavement. *Am. J. Epidemiol.* 1981, 114: 41-52.
58. Kaprio J, Koskenvuo M, Rita H, Mortality after bereavement: A prospective study of 95647 widowed persons. *Am. J. Public Health* 1987, 77: 283-287.

59. Kiss K, Rihmer Z, Suicide in major affective disorders: Risk factors with particular regards to grief reactions. *Neuropsychopharmacologia Hungarica* 2002, IV/4:184-192.
60. Jones DR, Heart disease mortality following widowhood: Some results of the OPCS longitudinal study. *J. Psychosom. Res.* 1987, 31: 325-333.
61. Prigerson HG, Frank E, Kasl SW, Reynolds CF, Anderson B, Zubenko GS, Houck PR, George CJ, Kupfer DJ, Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *Am. J. Psychiatry* 1995, 152: 22-30.
62. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds III CF, Bierhals AJ, Newsom JT, Fasiczka A, Frank E, Doman J, Miller M, Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res.* 1995, 59: 65-79.
63. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3<sup>rd</sup> ed, Revised. APA, Washington, DC, 1987.
64. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>th</sup> ed., APA, Washington, DC, 1994.
65. Pasternak RE, Reynolds CF III, Schlernitzauer M, Hoch CC, Buysse DJ, Houck PR, Perel JM, Acute open-trial nortriptyline therapy of bereavement-related depression in late life. *J. Clin. Psychiatry* 1991, 52: 307-310.
66. Jacobs SC, Nelson JC, Zisook S, Treating depressions of bereavement with antidepressants: A pilot-study. *Psychiatr. Clin. North Am.* 1987, 10: 501-510.

67. Bagdy E.: Határmezsgyén. A halál és a gyász. In: Jelenits István, Tomcsányi Teodóra (szerk.): *Lelki jelenségek és zavarok*. Római Katolikus Kiadó, Budapest, 202-22, 1989
68. Bakó Tihamér: Gyászbán fogva. *Thalassa*, 6 (1-2), 179-203, 1995
69. Bakó Tihamér: Verem mélyén. Könyv a krízisről. Cserépfalvi, Budapest, 1996
70. Balogh Éva: „A bánat bálnája”. *Párterápia gyászbán*. Kharón, 3 (3): 50-32, 1999
71. Boga Bálint: Kadmosz szindróma. *Kharón*, 4 (1-2): 6-22, 2000
72. Kovácsné Török Zsuzsa: Hol van a Kisherceg: a csillagokban vagy a szívünkben? Perinatális halált követő késleltetett, gátolt gyász pszichoterápiás feldolgozása. *Pszichoterápia*, november, 393-397, 1996
73. Zisook S, Shuchter SR, Lyons LE: Adjustment to widowhood. In: Zisook S. (ed.): *Biopsychosocial Aspects of Bereavement*. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1987
74. Kaplan, HI: Bereavement and Death. In: *Pocket Handbook of Clinical Psychiatry*, Lippincott, Williams & Wilkins; 220-222, 1990
75. Viedermann, M.: Grief: normal and pathological variants. *Am. J. Psychiatry*, 152 (1): 1-4, 1995
76. Rihmer, Z., Szádóczy, E., Füredi, J., Kiss, K., Papp, Zs.: Anxiety disorders comorbidity in bipolar I, bipolar II and unipolar major depression: results from a population-based study in Hungary. *Journal of Affective Disorders*, 67: 175-179., 2001

77. Szádóczy, E., Papp, Zs., Vitrai, J., Rihmer, Z., Füredi, J.: The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary. Results from a national epidemiologic survey. *Journal of Affective Disorders*, 50 (2-3): 153-162., 1998
78. Robins, L.N., Helzer, J.E., Croughan, J., Ratcliff, K.S., 1981. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics and validity. *Arch Gen Psychiatry* 38: 381-389.
79. Szádóczy, E., Fazekas, I., Füredi, J., Papp, Zs.: A DIS (Diagnostic Interview Schedule) magyar változatával szerzett tapasztalatok pszichiátriai betegeken. *Pszich. Hung.* 10:501-508., 1995
80. Helzer, J.E., Robins, L.N., McEvoy, L.T., Spitznagel, E.L., Stolzman, R.K., Farmer, A., Brockington, I.F.: A comparison of clinical and diagnostic interview schedule diagnoses. Physician Reexamination of lay-interviewed cases in the general population. *Arch. Gen. Psychiatry*, 42:657-666., 1985
81. Szádóczy, E., Papp Zs, Vitrai J, Füredi J. A hangulat- és szorongásos zavarok előfordulása a felnőtt magyar lakosság körében. (The prevalence of mood- and anxiety disorders in the adult population of Hungary) *Orvosi Hetilap*, 141: 17-22., 2000
82. Belső N, Kiss K.: A nemi különbségek jelentősége a pszichiátriában. In: Füredi J., Németh A., Tariska P. (Szerk.): A pszichiátria rövidített kézikönyve. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 675-705., 2003
83. Péli-solo, A., Lépine, Y-P., 1997. Epidemiology of depression and anxiety disorders. In: Montgomery, S.A., den Boer, J.A., (Eds.), *SSRIs in depression and anxiety*. John Wiley and Sons., Chichester, pp. 1-21.
84. Parkes, C.M.: Bereavement and mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, 38: 1-6., 1965

85. Wretmark, G.A.: A study in grief reactions. Acta Psychiat. Neurol. Scand., (Suppl. 136): 292-299., 1959
86. Rihmer, Z., Belső, N., Kiss, K., 2002. Strategies for suicide prevention. Current opinion in psychiatry, 15:83-87.
87. Goodwin FK, Jamison KR., 1990. Manic-depressive illness. Oxford University Press, New York, NY
88. Nunn, K.: Counselling the bereaved. Journal of Social Issues, 44 (3):191-206, 1988
89. Barry, LC., Kasl, SV., Prigerson, HG.: Psychiatric disorders among bereaved persons: the role of perceived circumstances of death and preparedness for death. American Journal of Geriatric Psychiatry. 10(4):447-57, 2002
90. Valdimarsdottir U. Helgason AR. Furst CJ. Adolfsson J. Steineck G.: The unrecognised cost of cancer patients' unrelieved symptoms:a nationwide follow-up of their surviving partners. British Journal of Cancer. 86(10):1540-1545, 2002
91. Cassem, Ned H – Hyman, Steven E.: A bánat és a súlyos betegek pszichológiai kezelése. In: Orvostudomány. A Scientific American Medicine magyar kiadása. Tudomány Kiadó, Budapest, 1997
92. Engel, GL: Psychological Development in health and disease. Oxford, England: W.B. Saunders, 1962
93. Kast, V.: Kötés és oldás (ford.: Liska Endre). Európa Könyvkiadó, Budapest, 2000
94. Kübler-Ross, E.: A halál és a hozzá vezető út. (ford.: Blasszauer Béla), Gondolat, Budapest, 1988



95. Martocchio, BC: Grief and bereavement. Healing through hurt. *Nurs. Clin. North Am.* 20(2): 327-341, 1985
96. Prigerson HG, Shear MK, Jacobs SC, Kasl SV, Maciejewski PK, Silverman GK, Narayan M, Bremner JD: Grief and its relation to post-traumatic stress disorder. In: Nutt D, Davidson JRT, Zohar J (Eds.): *Post-traumatic stress disorder*, Martin Dunitz Ltd, London, 163-186., 2000
97. Shuchter SR, Zisook S: A multidimensional model of spousal bereavement. In: Zisook S, ed., *Biopsychosocial Aspects of Bereavement* (American Psychiatric Press: Washington, DC) 35-48., 1987
98. Schut HAW, Keijser JD, Van Den Bout J, Dijkhuis JH: Post-traumatic stress symptoms in the first year of conjugal bereavement, *Anxiety Research* 4:225-234., 1991
99. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, et al.: Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma, *Arch Gen Psychiatry* 55:626-632., 1998
100. Horowitz, MJ, Siegel B, Holen A et al.: Criteria for complicated grief. *Am J Psychiatry*, 154: 905-910, 1997
101. Raphael B, Martinek N: Assessing traumatic bereavement and posttraumatic stress disorder. In: Wilson JP, Keane TM, eds, *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (Guilford Press: New York, 373-395, 1997
102. Bremner JD, Southwick SM, Charney DS: Etiologic factors in the development of posttraumatic stress disorder. In: Mazure CM, ed, *Stress and Psychiatric Disorders*. American Psychiatric Press, Washington, DC, 149-186., 1994

103. Ursano RJ, Fullerton C, Kao TC: Posttraumatic stress disorder and identification in disaster workers. *Am J Psychiatry*, 156:353-359., 1999
104. Finlay-Jones R, Brown GW: Types of stressful life event and the onset of anxiety and depressive disorders. *Psychol Med*, 11:803-815., 1981

**SAJÁT KÖZLEMÉNYEK JEGYZÉKE**

**- az értekezés témájával összefüggő közlemények**

Kiss K., Szádóczky E., Rózsa S., Rihmer Z., Belső N., Füredi J.

Mourning and melancholy: symptomatological differences and overlaps between depression and grief-reaction. *Psych Res* 2003,(in press)

Kiss K., Rihmer Z.

Suicide in major affective disorders: risk factors with particular regards to grief reaction. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 2002, 4:184-192.

Rihmer Z., Belső N., Kiss K.

Strategies for suicide prevention. *Current opinion in psychiatry* 2002, 15:83-87.

Balázs J., Kiss K., Szádóczky E., Bolyós Cs., Laczkó K., Szabó J., Bitter I.

A M.I.N.I. Plussz és a DIS kérdőív validitás vizsgálata *Psychiat Hung* 2001, 16, 5-11

Rihmer, Z., Szádóczky, E., Füredi, J., Kiss, K., Papp, Zs.

Anxiety disorders comorbidity in bipolar I, bipolar II and unipolar major depression: results from a population-based study in Hungary. *Journal of Affective Disorders*, 2001, 67: 175-179.,

## SAJÁT KÖZLEMÉNYEK JEGYZÉKE

### - egyéb közlemények

Kecskés I., Rihmer Z., Kiss K., Szili I. A nem és az évszak lehetséges hatásai az unipoláris major depresszióban szenvedő betegek kórházi kezelésének tartamára. *Pszichiátria*, 2000, 2: 97-99.

Kecskés I., Rihmer Z., Kiss K., Sárai T., Szabó A., Kiss H. G.  
Gender differences in panic disorder symptoms and illicit drug-use among youngpeople in Hungary. *Eur Psych* 2002, 17:29-32.

Rihmer Z., Kiss Huba G., Kiss K.  
Dysthymic disorder: diagnostic and treatment implications. *Nervenarzt*, 2003  
(nyomdában)

Zoltán Rihmer, Nóra Belső, Kitty Kiss, Nándor Tűzkő, Ferenc Paulin  
Major Depressive Disorder and Response to Citalopram Treatment in Women  
Attending Menopause Clinic. *Women's Mental Health, Animula Kiadó,*  
*Budapest, 2002, 32-37.*

Nóra Belső, Kitty Kiss, Zoltán Rihmer, Nándor Tűzkő, János Tóth, Ferenc Paulin  
Major Depressive Disorder and Response to Citalopram Treatment in Women  
Attending Menopause Clinic. *Int. J. Psychiat. Clin. Pract.*, 2003, (közlés  
*alatt*)

Rihmer Z., Kiss K.  
Bipolar disorders and suicide risk. *Clinical Approaches in Bipolar Disorders*  
*2002, 1:15-21.*

Rihmer Z., Kiss K.  
Bipolar Disorders and suicidal behaviour. *Bipolar Disorders* 2002, 4(Suppl.  
2):1-5.

Kecskés I., Rihmer Z., *Kiss K.*, Vargha A., Szili I., Rihmer A.

Possible effect of gender and season on the length of hospitalization in unipolar major depressives– *J Aff Dis* 2003, 73:279-282.

Fojtyik I., *Kiss K.*, Rózsa S.

Fiatal nők szexuális életének egyes dimenziói: fogamzásgátlás, gyermekvállalás, terhességmegszakítás. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*. 1999/3-4.

### **Könyvfejezet**

Belső N, *Kiss K.*

A nemi különbségek jelentősége a pszichiátriában. In: Füredi J., Németh A., Tariska P. (Szerk.): *A pszichiátria rövidített kézikönyve*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2003, 675-705.

## Összefoglaló

Egy komplex vizsgálat bemutatására kerülő szűkebb területnek célja az volt, hogy összehasonlítsuk a depressziós tüneteket major depressziós epizód, illetve gyászreakció során a magyar felnőtt lakosság körében.

A DIS magyar változatával 4747 18 és 64 év közötti személyt interjúváltunk meg, mely alapján DSM-III-R diagnózist kaptunk.

Mindössze két esetben fordult elő, hogy egy személy esetében komplikált gyászreakció és depressziós epizód is előfordult, mely arra utal, hogy mintánkban a megelőző depresszió nem növeli a komplikált gyászreakció kialakulását, illetve, hogy a komplikált gyászreakciót követően nem nő a depressziós epizód kialakulásának esélye.

Gondolatok a halálról szignifikánsan gyakoribbak voltak gyászreakcióban, míg a hipersomnia, bűnösség és értéktelenség érzés, alacsony önértékelés, öngyilkossági gondolatok és megelőző öngyilkossági kísérlet, akárcsak az anamnézisben szereplő komorbid pánikzavar, major depresszióban voltak szignifikánsan gyakoribbak.

A tünettalanban mutatkozó átfedések ellenére a major depresszió és a gyász elkülönítésében segítségünkre lehet néhány tünet, illetve a pánikzavar, valamint az öngyilkossági kísérlet előfordulása az anamnézisben.

Ezen, szignifikánsan eltérő tüneti konstelláció a klinikusok segítségére lehet a tekintetben, hogy még a korai gyász időszakában elkülönítsék azon pácienseket, akiknél a későbbiekben (a gyász által provokált) major depresszióba torkollik az állapot.

## SUMMARY

The aim of our study was to compare the frequency of patients with major depressive episode and bereavement in the Hungarian adult population.

4747 randomly selected subjects - aged between 18 and 64 years - were interviewed according to the Hungarian version of the Diagnostic Interview Schedule (DIS), which generated DSM-III-R diagnoses.

There were only 2 persons having both lifetime grief-reaction and major depressive episode, which means that neither the risk of depression in patients who previously suffered from complicated grief nor the risk of complicated grief in patients who previously suffered from depression were higher in our sample than the general population.

Thoughts of death were significantly more frequent in bereavement, while hypersomnia, feeling of guilt and worthlessness, low self-esteem, suicidal thoughts and prior attempted suicide, as well as history of comorbid panic disorder were significantly more common in major depression.

In spite of the overlap in the symptomatology between bereavement and major depression, some symptoms and prior history of panic disorder and attempted suicide can help in differentiating the two conditions.

Recognition of this significantly different symptomatical state can help clinicians to differentiate those patients in the early period of bereavement who are at high risk for showing (bereavement provoked) depression later.