

# GERONTOPSZICHIÁTRIAI PROBLÉMÁK MEGJELENÉSE A KONZULTÁCIÓS PSZICHIÁTRIAI GYAKORLATBAN

Gazdag Gábor<sup>1</sup>, Sebestyén Gábor<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Szent László Kórház, Addiktológiai és Pszichiátriai Ambulancia, Budapest

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, IV. évfolyam, Budapest

Érkezett: 2005. jún. 12. Elfogadva: 2005. aug. 5.

## ÖSSZEFOGLALÁS

A különböző kórházi osztályokon kezelt betegeknél előforduló pszichopatológiai tünetek diagnosztizálása és kezelése legeredményesebben konzultációs-liezon pszichiátriai módszerekkel végezhető. Az időskorúak számának növekedésével mind gyakrabban jelennek meg gerontopszichiátriai problémák is a konzultációs munkában.

*Célkitűzés.* Vizsgálatunkban egy konzultációs-kapcsolati pszichiátriai ambulancia beteganyagában vizsgáltuk, hogy melyek azok az idős korú betegeknél előforduló tünetek, problémák, amelyek leggyakrabban pszichiátriai konzultációhoz vezetnek, milyen pszichiátriai zavarok húzódnak meg a tünetek mögött, ezek a zavarok milyen szomatikus kórképekhez társulnak és végül áttekintettük a kezelési javaslatokat is.

*Módszer.* A Szent László Kórházban található konzultációs-liezon pszichiátriai ambulancia 5 éves beteganyagának retrospektív vizsgálatát végeztük el.

*Eredmények.* Az esetek 77%-ában belosztályról kértek konzultációt. A kérés leggyakoribb oka valamilyen pszichiátriai tünet jelenléte volt, de szervi eredettel nem magyarázható szomatikus tüneteket is gyakran találtunk a kérés okaként. Leggyakrabban kardiovaszkuláris betegségekhez társulva találtunk gerontopszichiátriai problémákat, melyek közül a különböző organikus eredetű zavarok, demencia és deliráns állapotok fordultak elő legtöbbször. A nemzetközi adatoknál jelentősen magasabb arányban találtunk hangulatzavarokat.

*Következtetések.* Non-compliance miatt leggyakrabban demenciával diagnosztizált betegeknél, míg szervi eredettel nem magyarázható tünetek miatt leggyakrabban hangulatzavarban

szervenő betegeknél kértek konzultációt. Pszichiátriai osztályos áthelyezésre leggyakrabban deliráns állapot miatt volt szükség. Ezeknek az összefüggéseknek a hátterét próbáljuk az irodalom tükrében megvilágítani.

**KULCSSZAVAK:** gerontopszichiátria, konzultációs pszichiátria, általános kórház

## GERONTOPSYCHIATRIC PROBLEMS IN A CONSULTATION-LIAISON PRACTICE

The most effective way for the diagnosing and the treatment of psychopathological symptoms appearing in non-psychiatric hospitalized patients is the utilization of consultation-liaison psychiatry. With the increasing number of the elderly patients, number of appearing gerontopsychiatric problems in consultation work is also growing.

*Aim.* We have studied among the patients of a consultation-liaison service the problems which led to the psychiatric consultations, the diagnoses which were set up, the concomitant somatic disorders and the treatment recommendations.

*Method.* We have retrospectively studied the data of the patients in the consultation-liaison service of St. László Hospital.

*Results.* 77% of the consultations were asked from internal medicine. Most frequent reason of the requests were the presence of any psychiatric symptom, but unexplained somatic complains were also common. Gerontopsychiatric problems were most frequently associated to cardiovascular disorders. Demencia and delirium were the most frequent diagnoses. The rate of affective disorders was higher than reported in the literature.

*Conclusions.* Consultations were most fre-

quently asked for non-compliance in patients with demencia, and for unexplained somatic complain in affective disorders. Most frequent reason of psychiatric referrals was symptoms of

delirium. Authors try to explain these results in accordance with the literature.

**KEYWORDS:** gerontopsychiatry, consultation-liaison psychiatry, general hospital

## Bevezetés

A kórházba kerülés az emberek többségére komoly pszichés hatást gyakorol. A megváltozott környezet, a családtól, ismerősöktől való elszakadás, a kiszolgáltatottság és maga a szomatikus betegség is képes pszichés zavarok fellépését, fellángolását előidézni. A kórházban kezelt betegek-nél a súlyos pszichopatológiai tünetek kialakulásának 2,5-szer nagyobb a valószínűsége, mint az átlag populációban (Bickel és mtsai 1993). Ugyanakkor fordított összefüggés is kimutatható, egyes lelki zavarok testi betegségek kialakulására hajlamosíthatnak: a depresszió például a kardiovaszkuláris betegségek egyik rizikótényezője (Sesso és mtsai 1998). Mindezek alapján nem meglepő az a vizsgálati eredmény, amely szerint a belgyógyászati osztályokon kezelt betegek 30-50%-ánál pszichopatológiai tünetek is jelen vannak (Fulop és Strain 1991). Pszichiátriai komorbiditás esetén a szomatikus betegség kezelési idejének megnövekedésével is számolni kell, ami jelentős kihatással van a kezelés direkt költségeire (Johnston és mtsai 1987). Emellett a pszichés zavarban is szenvedő betegek lényegesen (157%-kal) nagyobb arányban szorulnak hazabocsátásuk után is gondozásra, ami további költségnövekedést eredményez. Ebben a betegcsoportban a halálozási arány is lényegesen (43%-kal) magasabb (Bickel és mtsai 1993). Ezeknek az összefüggéseknek a felismerésével párhuzamosan jelent meg a szomatikus szakmák részéről a társuló pszichiátriai zavarok egyidejű kezelésének az igénye, ami a konzultációs-liezon pszichiátria kialakulásához vezetett (Rajna és mtsai 2001). A konzultációs-liezon pszichiátria magyarországi története csak rövid múltra tekinthet vissza, jelenleg szervezett formában néhány ambulancia és egy alapítvány (Ormay és mtsai 2003) működik ezen a területen.

A fejlett országokban a születéskor várható élettartam évtizedek óta folyamatosan növekszik, aminek következtében az időskorúak aránya a társadalomban egyre magasabb. Magyarországon az átlagéletkor lassúbb növekedésével hasonló folyamat figyelhető meg. 1990 és 1999 között a születéskor várható élettartam férfiak esetében 65,1

évről 66,3-re, a nők körében 73,7-ről 75,1 évre nőtt. Ugyanezen időszak alatt a kórházi betegforgalom 22%-kal, az időskorú betegek aránya pedig még jelentősebb mértékben növekedett.

Az eddigiek alapján várható, hogy a gerontopszichiátriai problémák ellátása iránti igény a közeljövőben növekedni fog és a konzultációs pszichiátriai munkának egyre nagyobb részét fogja képezni.

Vizsgálatunkban arra kerestük a választ, hogy melyek azok az időskorú betegeknél előforduló tünetek, problémák, amelyek leggyakrabban pszichiátriai konzultációhoz vezetnek, milyen pszichiátriai zavarok húzódnak meg a tünetek mögött, ezek a zavarok milyen szomatikus kórképekhez társulnak és végül áttekintettük a kezelési javaslatokat is.

## Módszerek

A Szent László Kórház Addiktológiai és Pszichiátriai Ambulanciáján 2000. január 1. és 2004. december 31. között, időskorú betegeknél, kórházi kezelés ideje alatt kért konzultációk retrospektív feldolgozását végeztük el. Időskorúnak a vizsgálat időpontjában 65. életévüket betöltött pácienseket tekintettük. Rögzítettük a betegek nemét, életkorát, a konzultációt kérő osztályt és a fennálló szomatikus betegségeket. A kérések okainak feldolgozhatósága érdekében típuskérdések szerinti csoportokat határoztunk meg (pszichiátriai tünet, szervi okkal nem magyarázható szomatikus tünet, non-compliance, pozitív pszichiátriai anamnézis, vagy a terápia felülvizsgálatának kérése, orvosi ok, illetve kontroll vizsgálat) és ezek valamelyikébe próbáltuk az eseteket a kérőlap, vagy a dokumentációban szereplő információ alapján besorolni. Vizsgáltuk a betegek pszichiátriai anamnézisének, illetve a korábbi pszichofarmakoterápiáikat. Rögzítettük a konzultáció során a betegeknél felállított diagnózisokat és a javasolt terápiákat is. A diagnózisok a klinikai vizsgálat alapján a BNO-10 kritériumai szerint kerültek felállításra.

A négy leggyakrabban előforduló tünetegyüttes (demenciák, hangulatzavarok, deliráns állapotok, alkalmazkodási zavarok) jellemzőinek összeha-

sonlítására a tünetegyüttest mutató betegekből csoportokat képeztünk. A hangulatzavarok csoportjába következő diagnózisú betegek kerültek: organikus hangulatzavarok (F06.3), depressziós epizódok (F32), ismétlődő depressziók (F33), disztímia (F34.1), kevert szorongásos és depressziós zavarok (F41.2). A demenciák csoportjába soroltuk az Alzheimer-betegség okozta (F00), a vaszkuláris etiológiájú (F01) és egyéb nem meghatározott demenciákat (F03). A deliráns állapotok csoportjába az F05, míg az alkalmazkodási zavarok csoportjába az F43.2 diagnózisú betegek kerültek. Ha a deliráns tünetek demencia mellett jelentkeztek, akkor a beteget a demencia csoportba soroltuk a tünetek alapját képező kórfolyamatnak megfelelően. Minden egyéb esetben a deliráns állapotot tekintettük elsődlegesnek.

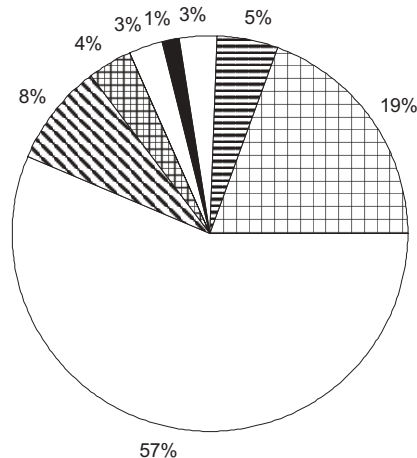
Az adatok statisztikai feldolgozásához a Statistical Package for Social Sciences (SPSS for Windows 10.0, SPSS) programot használtunk. A leíró statisztikai módszer mellett a leggyakoribb diagnosztikus csoportok jellemzőinek összehasonlítására az adatok normál eloszlása esetén t-próbát, ettől eltérő esetben pedig nem paraméteres Mann-Whitney U-tesztet használtunk. A százalékos arányokat abban az esetben is a teljes vizsgálati mintára vonatkoztatva számoltuk, ha nem minden betegre vonatkozóan volt értékelhető adatunk.

## Eredmények

A vizsgált időszakban 331 geriátriai konzultáció történt. A vizsgálatok időbeli megoszlását, illetve a geriátriai konzultációk összes konzíliumhoz viszonyított arányát az 1. táblázat szemlélteti. A betegek között 106 férfi (32%) és 225 nő (68%) volt. Átlagéletkoruk 76,97,2 év volt. A legfiatalabb páciens 65 éves, míg a legidősebb 97 éves volt a vizsgálat időpontjában.

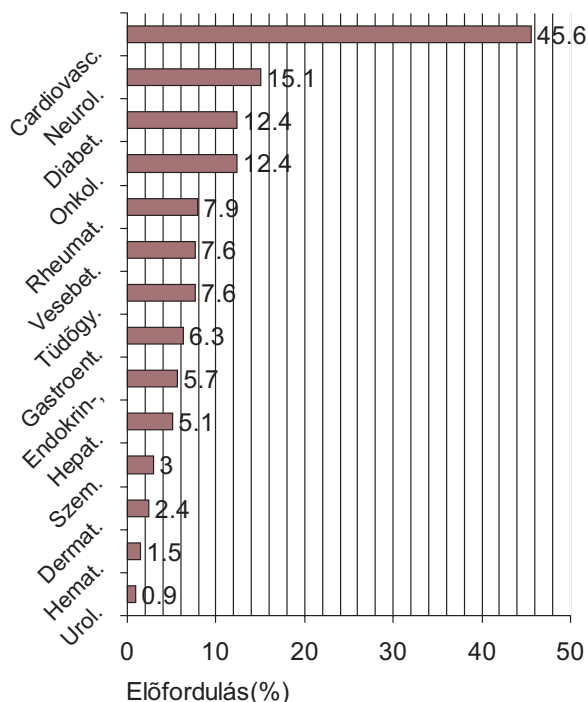
A legtöbb kérés a belgyógyászati osztályokról érkezett (77%), de az onkológiáról (1,8%), a neuroinfektológiáról (1,2%), a fül-orr-gégészetről (1,2%) és a sebészeti osztályról (0,9%) is kértek konzultációt. Az esetek 17,9%-ában nem sikerült utólag azonosítani a kérő osztályt. A kérések okainak megoszlását az 1. ábra, a társuló szomatikus betegségek előfordulási gyakoriságát a vizsgált betegek körében a 2. ábra mutatja.

1. ábra. A kérések okainak megoszlása



Nem ismert 19%  
 Pszichiátriai tünetek 57%  
 Szervi okkal nem magyarázható szomat. tünetek 8%  
 Non-compliance 4%  
 Poz. pszichiátriai anamnézis, terápia vált. kérése 3%  
 Jogi ok 1%  
 Kontroll 3%  
 Több szempont együttes fennállása 5%

2. ábra  
 A társuló szomatikus betegségek gyakorisága



1. táblázat. A vizsgálatok időpontjának megoszlása

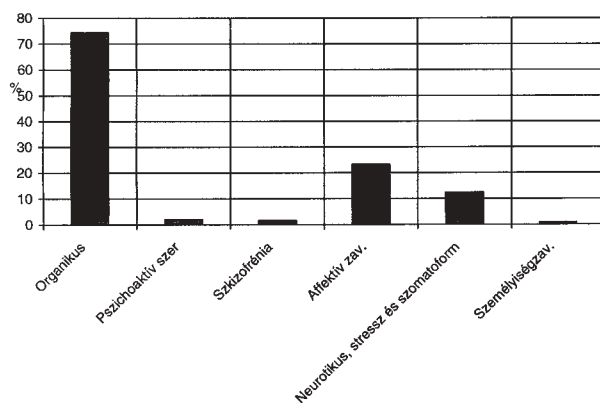
Év	2000	2001	2002	2003	2004
Megvizsgáltak száma (fő)	75	66	64	57	69
Geriátriai konzíliumok aránya az összes konzílium %-ában	33,9	34,9	32,0	28,1	35,6

A konzultációra küldött betegek 23,3%-ának volt pozitív pszichiátriai anamnézise, és kb. 32%-uk szedett már valamilyen pszichofarmakont a vizsgálat időpontjában. A BNO-10 szerint felállított diagnózisok diagnosztikus főcsoportok szerinti gyakoriságát a 3. ábra mutatja. A négy leggyakrabban előforduló tünetegyüttesel diagnosztizált betegek adatait a 2. táblázat tartalmazza.

A terápiás javaslatban legtöbbször – a betegek összesen 57,7%-ánál – a hangulatjavítók csoport-

2. táblázat  
A négy leggyakoribb tünetegyüttesel diagnosztizált betegek csoportjainak jellemzői

	Demencia	Deliráns epizód	Affektív zavarok	Alkalmazkodási zavarok
Érintettek száma (%)	93 (28,1)	29 (8,8)	110 (33,2)	20 (6)
Életkor (min.;max.)	79,7±6,8 év (66;97)	82,2±8 év (66;93)	75,3±6 év (65;93)	72,2±5,5 év (65;82)
Nemek megoszlása %-ban	ffi 35,5; nő 64,5	ffi 41,4; nő 58,6	ffi 24,5; nő 75,5	ffi 45; nő 55
Kérések leggyakoribb oka (%)	pszich.tünet (58,1) non compl. (7,5) orvosjogi ok (3,2)	pszich.tünet (79,3)	pszich.tünet (57,3) szervi tünet (10,9) fentiek együtt (6,4)	pszich.tün. (50) szervi tünet (25)
Társuló betegségek (%-ban)	kardiovaszk. (45,2) neurológiai (15,1) diabetológiai (11,8) onkológiai (8,6) nefrológiai (8,6)	kardiovaszk. (44,8) neurológiai (20,7) diabetológiai (20,7) onkológiai (17,2) nefrológiai (13,8)	kardiovaszk. (49,1) neurológiai (15,5) diabetológiai (12,7) onkológiai (12,7) nefrológiai (11,8)	kardiovaszk. (45) neurológiai (30) diabetológiai (15) onkológiai (10) nefrológiai (10)
Pozitív pszich. anamnézis (%-ban)	24,7	17,2	25,5	10,0
Korábbi pszich. terápia (%-ban)	20,4	31,0	37,3	40,0
Leggyakrabban jav. gyógyszerek (%-ban)	antidepr (41,9) antipszichot. (41,9) nootropikum (26,9) CHE gátló (3,2)	antidepr (24,1) antipszichot. (82,8)	antidepr (95,5) anxiolitikum (47,3) altató (4,5)	antidepr (55) anxiolitikum (85)
Jelentősebb egyéb javaslatok (%-ban)	egyéb terápia (20,4) pszich.-ra helyezés (11,8) orvosjogi vél. (9,7) kivizsgálás (9,7)	egyéb terápia (34,5) pszich.-ra helyezés (13,8) kontroll (3,4)	egyéb terápia (11,8) pszich.-ra helyezés (4,5) kontroll (6,4)	egyéb terápia (15) kivizsgálás (10)

3. ábra  
A BNO-10 szerinti diagnózisok diagnosztikus főcsoportok szerinti előfordulása (a teljes minta %-ában)

jába tartozó szerek szerepeltek. Egyéb gyógyszeres javaslatok a következő arányokban fordultak elő: szorongásoldók: 34,7%; antipszichotikumok: 26%; nootropikumok: 13%; altatók: 2,7%; karbamazepin: 1,5%; kolineszteráz gátlók: 0,9%. További kivizsgálásra, egyéb szakvizsgálatra vonatkozó javaslat az esetek 4,8%-ában, míg pszichiátriai osztályra történő áthelyezés az esetek 8,5%-ában fordult elő. A betegek 4,8%-a lett kontroll vizsgálatra visszarendelve.

## Megbeszélés

Eredményeink szerint a szomatikus osztályokon kezelt idős betegek kb. 1,3%-hoz kértek pszichiátriai konzultációt. Egy korábbi angliai vizsgálatban (Popkin és mtsai 1984) 2%-os arányt mutattak ki, amit a szerzők a fiatalabb korosztályoknál talált konzultációk hasonló aránya alapján alacsonynak értékelték. Wetterling és Junghanns tanulmányukban (2000) a geriátriai konzíliumok arányát az összes kórházi geriátriai beteghez viszonyítva kb. 3%-osnak találták. Anyagukban a kérések 54,4%-a belgyógyászatról, 22,8%-a sebészeti osztályról érkezett, ami csaknem azonos volt, a Stoppe és Staedt által talált (2004) 47 és 18%-os aránnyal. Saját vizsgálati mintánkban a konzultációt kérő osztályok megoszlása jelentősen eltért ettől, lényegesen nagyobb arányban érkeztek belosztályokról kérések (77%), miközben a sebészeti osztályról elenyészően ritkán (0,9%) vettek igénybe pszichiátriai segítséget. Ezt a különbséget részben magyarázhatja, hogy a kórházban, ahol a vizsgálatunkat végeztük, tízszer annyi beteget kezelnek különböző profilú belgyógyászati osztályokon, mint a sebészeti osztályon (2004-ben közel 11 ezer, belosztályon kezelt beteg, szemben 1211 sebészeti esettel).

Wetterling és Junghanns vizsgálatukban (2000) az orvosjogi vonatkozású kérések (belátó- és cselekvőképesség vizsgálata) arányát 2,6%-nak találták, saját anyagunkban ez 1% körül volt.

Demenciák és a deliráns epizódok (németországi mintában 49,3%, szemben a magyarországi 36,9%-kal), alkalmazkodási zavarok (15,3% vs. 6%), addiktológiai problémák (5,9 vs. 2,1%) és szkizofrén betegek (3,4 vs. 1,8%) a németországi mintában fordultak gyakrabban elő, míg affektív zavarok (33,2 vs. 17,9%) a saját vizsgálati csoportunkban kerültek gyakrabban diagnosztizálásra. A diagnosztikus megoszlásban mutatkozó különbség háttérben több ok is feltételezhető. Egyfelől adódhatott a különbség a vizsgálati minták különbözőségéből. Korábbi magyarországi epidemiológiai vizsgálat a hangulatzavarok magasabb előfordulási arányát jelezte az átlagpopulációban (Szádóczky és mtsai 1998), egy másik vizsgálat pedig a kórházban kezelt betegek 46,6%-ánál mutatott ki valamilyen fokú depressziót (Vincze és mtsai 2004).

Ugyanakkor a demenciák és a deliráns epizódok előfordulására vonatkozóan egy másik németországi vizsgálatban még az általunk közölt adatoknál is alacsonyabb arányokat (33,3%) találtak, igaz ebben a vizsgálatban 60 év feletti életkor volt a bevonási kritérium (Stoppe és Staedt 2004). Ugyanebben a német vizsgálatban a hangulatzavarok előfordulásának aránya (19,9%) viszont a másik korábban említett németországi vizsgálatnál mutatott hasonlóságot. A konzultációt kérő szomatikus osztályok profil szerinti megoszlásában lévő különbségek is befolyásolhatják a pszichiátriai zavarok előfordulási arányait.

Pszichiátriai osztályra történő áthelyezés javaslata Wetterling és Junghanns vizsgálatában a betegek 14,9%-ánál, a jelen vizsgálatban csak 8,5%-nál szerepelt. A javaslatra leggyakrabban deliráns állapot miatt került sor. Ennek ritkább előfordulása magyarázhatja a saját vizsgálati anyagunkban az áthelyezési javaslat alacsonyabb arányát.

A négy leggyakoribb tünetegyüttesben szenvedő betegek csoportjainak összehasonlítása során a demenciával diagnosztizált betegeket szignifikánsan idősebbeknek találtuk, mint az affektív és szorongásos zavarban ( $U=4499$ ,  $p<0,001$ ), illetve az alkalmazkodási zavarban szenvedőket ( $U=372$ ,  $p<0,001$ ), de a legidősebbek a deliráns tüneteket mutató betegek voltak. A hangulatzavarban szenvedő betegek között háromszor annyi volt a nő, mint a férfiak száma.

A kérések okait vizsgálva azt tapasztaltuk, hogy szervi eredettel nem magyarázható szomatikus tünetek gyakrabban szerepeltek a kérés okaként affektív, illetve alkalmazkodási zavarok esetén. Non-compliance miatti kérés viszont demencia diagnózis esetén fordult elő leggyakrabban. A deliráns epizód látványos és riasztó tünetei alapján nem meglepő, hogy ennél a diagnózisnál találtuk leggyakrabban a kérés okaként valamilyen pszichiátriai tünet fennállását. Orvosjogi ok miatt konzultációt leggyakrabban onkológiai betegekhez kértek. Erre legtöbbször a hosszantartó kezelés és a potenciálisan fatális kimenetelű betegség miatt, a kórházi kezelés alatt intézendő jogi ügyletekre való alkalmasság megítélése céljából került sor. Az onkológiai betegeknek a leggyakrabban felállított pszichiátriai diagnózis az alkalmazkodási zavar volt.

A vizsgálat limitációi: a vizsgálat retrospektív jellegéből adódóan elemzésünk a meglévő adatokra korlátozódott, a hiányzó adatokat utólag pótolni

nem tudtuk. A diagnózisok felállítása a klinikai vizsgálat alapján történt diagnosztikus tesztek igénybevétele nélkül. A kérések okainak csoportosítását utólag, a kérőpapírok és a vizsgálat eredményének leírása alapján végeztük el, emiatt ez a kategorizálás egyes esetekben csak megközelítően tükrözi a vizsgálatkérő eredeti szándékát.

Levelező szerző:  
Dr. Gazdag Gábor  
Szent László Kórház, Addiktológiai és  
Pszichiátriai Ambulancia  
1097 Budapest, Gyáli út 5-7.  
Tel/fax: (1) 455-8125, e-mail: gazdag@lamb.hu

#### IRODALOM

1. Bickel H, Cooper B, Wancata J (1993) Psychische Erkrankungen von älteren Allgemeinkrankenhauspatienten. *Nervenarzt* 64:53-61.
2. Fulop G, Strain JJ (1991) Diagnosis and treatment of psychiatric disorders in medically ill in-patients. *Hosp Community Psychiatry* 42:389-394.
3. Johnston M, Wakeling A, Graham N, Stokes F (1987) Cognitive impairment, emotional disorders and length of stay of elderly patients in a district general hospital. *Br J Med Psychol* 60:133-139.
4. Ormay I, Benedek J, Gazdag G, Tímár A (2003) Pszichiáter a családorvosi rendelőkben: a Konzultáció Alapítvány mintaprojektjének első évi tapasztalatai. *Háziorvosi Továbbképző Szle* 8: 457-61.
5. Popkin MK, Mackenzie TB, Callies AL (1984) Psychiatric consultation to geriatric medically ill inpatients in a university hospital. *Arch Gen Psychiatry* 41:703-707.
6. Rajna P, Szelenberger W, Csibri É (2001) A konzultatív-liezon pszichiátria gondolkodási sémái. *Ideggyógy Szle* 54(1-2):4-11.
7. Sesso HD, Kawachi I, Vokonas PS, Sparrow D (1998) Depression and the risk of coronary heart disease in the Normative Aging Study. *Am J Cardiol* 82:851-856.
8. Stoppe G, Staedt J (2004) Geriatric Consultation-Liaison Psychiatry in Germany. *Adv Psychosom Med* 26:66-73.
9. Szádóczky E, Papp Z, Vitrai J, Rihmer Z, Füredi J (1998) The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary. *J Affect Disord* 50:153-62.
10. Vincze G, Túry F et al. (2004) Pszichiátriai tünetek általános kórházi osztályokon. *Neuropsychopharm Hung* 6:127-132.
11. Wetterling T, Junghanns K (2000) Psychiatrischer Konsiliardienst bei älteren Patienten. *Nervenarzt* 71:559-564.