

PSZICHOSZOCIÁLIS TÉNYEZŐK ÉS EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT¹

KOPP MÁRIA – SKRABSKI ÁRPÁD

A modern orvoslás bio-pszicho-szociális szemlélete értelmében az egészség fogalma nem csupán a testi egészséget jelenti, hanem azt, hogy a három rendszer, a szociális, a pszichológiai és az élettani állandó, folyamatos kölcsönhatásban van egymással. Az elmúlt évszázad hatalmas technikai eredményein alapuló bio-medikális orvosi szemlélet hajlamos elfelejtkezni erről az összefüggésről, annak ellenére, hogy a társadalom egészségét tudományosan csak ilyen megközelítésben vizsgálhatjuk, és a hatékony beavatkozás alapja is ez a szemlélet.

Bár a fenti összefüggés általában is igaz, nem minden korban és társadalmi környezetben azonos a különböző tényezők jelentősége. A viszonylag stabil, nagy társadalmi megrázkódtatásokat át nem élő társadalmakban nem annyira jelentős a szociális tényezők szerepe, és az ezekkel való pszichológiai megbirkózás képessége az egészség megőrzésében, mint egy olyan régióban, mint az utóbbi évtizedekben a magyar és a többi közép-kelet-európai, illetve kelet-európai társadalom. Ezért állnak szinte tanácstalanul a hagyományos népegészségügyi, orvosi szemlélet képviselői azelőtt a jelenség előtt, hogy míg a 70-es években a magyar és a többi ún. szocialista államok egészségi mutatói nem voltak rosszabbak számos nyugati országénál, a nyolcvanas évek végére nálunk, és a többi környező országban az egészségi állapot mutatói igen nagy mértékben rosszabbodtak, míg nyugaton javultak.

A magyar helyzet elemzése előtt egy igen tanulságos svéd-litván kutatás eredményeit tekintsük át, az ún. LiViCordia study-t (*Kristenson és mtsai*, 1997, 1998). A 70-es években a litván férfiak szív-érrendszeri halálozási mutatói nem voltak rosszabbak a svédekénél, ma pedig a középkorú litván férfiak szív-érrendszeri halálozása ötször magasabb a svédekénél. A vizsgálatban Linköping és Vilnius középkorú férfi lakosságában végeztek reprezentatív mintán igen alapos orvosi, pszichológiai vizsgálatot. Az tapasztalták, hogy a szív-érrendszeri betegségek hagyományos rizikófaktorai nem mutatnak rosszabb jellemzőket Vilniusban, nem dohányoznak többen, a svéd férfiak szérum koleszterin szintje magasabb volt. Igen szignifikáns különbséget találtak azonban pszichológiai jellemzők mentén, a vilniusi férfiak lényegesen depressziósabbak, sokkal inkább érzik úgy, hogy nehéz helyzetben nem számíthatnak mások segítségére, és

¹ A Népesedéspolitikai ad-hoc Munkabizottság számára készített tanulmány.

sokkal inkább jellemzi őket a krónikus stresszállapot, az ún. vitális kimerültség állapota. Ezt biokémiai reakcióminták segítségével is vizsgálták, újszerű helyzetben a vilniusi férfiak szinte nem reagáltak, állandó élettani túlfeszített állapotban élnek. Önmagában a stresszhelyzetek nem károsítják az egészséget, ha úgy érezzük, eredményesen tudunk megküzdeni a nehézségekkel, sőt ez a fejlődés, a sikerélmény alapja. A kihívások, újszerű helyzetek akkor vezetnek egészségkárosodáshoz, ha nem ismerjük a megoldás módját, ha túl sok és megoldhatatlannak tűnő nehéz helyzet elé kerülünk, ha az a társadalom, amelyben élünk, kiszámíthatatlannak, kaotikusnak, kontrollálhatatlannak tűnik.

Ez az az állapot, amelyben helyzetünket megoldhatatlannak érezzük, és ez a depressziós lelkiállapot alapja.

A testi és lelki egészségi állapot változásai az utóbbi évtizedekben Magyarországon és régióinkban

Mi történt Magyarországon az 1960-as évek óta, mi magyarázhatja, hogy az 1980-as évek végére a magyar egészségi mutatók Európában a legrosszabbá váltak, és azóta is csak bizonyos vonatkozásokban, pl. az öngyilkosságok arányának csökkenése tekintetében beszélhetünk javuló tendenciáról? Ha az orosz, ukrán, baltikumi statisztikák nem volnának még nálunk is rosszabbak, továbbra is a legrosszabb helyen állnánk a szív-érrendszeri, az erőszakos, de különösen a daganatos és az alkoholos halálozás tekintetében.

1970-től 1988-ig a csecsemőhalandóság, az egészségügyi ellátás színvonalának legjobb mutatója, jelentősen javult. Nyilvánvaló tehát, hogy a rosszabbodás nem írható az egészségügyi ellátás rosszabbodásának számlájára. Mi történt Magyarországon 1970 után? A lakosság anyagi helyzete 1970 és 88 között lényegesen javult, a nemzeti jövedelem ezalatt több mint 200%-kal növekedett, tehát a rosszabb anyagi helyzet sem magyarázhatja egészségi állapotunk drasztikus romlását.

Ha megvizsgáljuk a halálozási arányok romlásának makroszociális hátterét, a legszembeütőbb jelenség, hogy míg a 60-as években nem voltak jelentős különbségek a társadalmi rétegek halálozási arányaiban (Black és mtsai, 1992), a magyar halálozási arányok emelkedése igen jelentős réteggülönbségeket mutat, elsősorban az alsó társadalmi-gazdasági rétegek halálozási arányai emelkedtek, de itt is elsősorban a középkorú férfiak veszélyeztetettsége fokozódott igen nagy mértékben, mint ezt Józán Péter számos tanulmánya bizonyította (Forster, DP, Józán P, 1990).

Ezért, ha a közép-kelet-európai egészségi állapot romlásával kapcsolatos paradox helyzetet meg akarjuk érteni, feltétlenül vizsgálunk kell, hogyan, milyen mechanizmusokon keresztül vezethet a viszonylagos társadalmi-gazdasági lemaradás egészségromláshoz. Fontos kiemelni, hogy számos vizsgálat és

a magyar helyzet elemzése is azt mutatja, hogy nem a szegénység önmagában, hanem a viszonylag rosszabb szociális-gazdasági helyzet a kockázati tényező. Mi magyarázhatja ezt a jelenséget?

Az utóbbi évtized talán legfontosabb népegészségügyi felismerése, hogy a civilizált országokban alapvető egészségügyi veszélyeztető tényező a társadalmon belüli viszonylagos szociális-gazdasági lemaradás. Ha a halálozási és megbetegedési adatokat a hagyományos kockázati tényezők – mint a dohányzás, elhízás, mozgásszegény életmód – szerint korrigáljuk, ezeknél sokkal lényegesebb szerepet játszik a viszonylag rosszabb szociális helyzet. A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy Angliában több évvel korábban hal meg egy segédmunkás, mint a diplomás, még akkor is, ha nem iszik, dohányzik többet. *Michel Marmot* és munkatársainak (1987, 1991, 1994) vizsgálatai a legismertebbek, ahol angol közalkalmazottak között mutatták ki, hogy az alkalmazási szint igen szoros fordított kapcsolatban áll a halálozási arányokkal, valamint elsősorban a koszorúér megbetegedések és az angina, EKG-val kimutatható ischemia, és a krónikus nem fertőző légúti megbetegedések gyakoriságával. *Lahelma* és *Valkonen* (1990) összehasonlították a szociális egyenlőtlenség és egészségi állapot nemzetközi vizsgálatainak eredményeit a finn adatokkal, és azt találták, hogy mind a halálozás, mind a megbetegedési arányok, mind az észlelt egészségi állapot legszorosabb kapcsolatban a társadalmon belüli különbségekkel áll. Ezek a különbségek azonos országokon belül és nem országok között mutathatóak ki. Mivel a modern nyugat-európai társadalmak megfelelő táplálkozási feltételekről, lakásviszonyokról és orvosi ellátásról gondoskodnak az egész társadalom számára, felvetődik a kérdés, mi lehet az oka, hogy a viszonylag rosszabb szociális-gazdasági helyzet mégis a legfontosabb kockázati tényező?

Míg a fejlődő országok esetében az egészségi állapot a nemzeti jövedelemmel arányosan növekszik, a fejlett (OECD) országokban minél nagyobbak az országon belüli jövedelem, illetve szociális különbségek, annál magasabbak a halálozási arányok (*Wilkinson* 1994). Ennek kitűnő illusztrációja Japán és Nagy-Britannia példája. 1970-ben a két országban a várható élettartam és a nemzeti jövedelem szinte azonos volt. Azóta a japán társadalmon belüli iskolázottsági és jövedelmi különbségek drámaian csökkentek, és ma a legalacsonyabbak valamennyi statisztikát vezető ország közül, ezzel párhuzamosan a japán várható élettartam a világon legmagasabbá vált, ami nem magyarázható táplálkozási, egészségügyi vagy megelőzési okokkal. Ugyanezen idő alatt Angliában jelentősen nőttek a társadalmon belüli jövedelemkülönbségek, és a várható élettartam tekintetében a viszonylag rosszabb helyzetű országok közé került. Svédországban szintén igen alacsonyak a belső jövedelemkülönbségek, náluk a segéd munkások várható életkora is magasabbá vált, mint az angol legfelső szociális rétegeké.

Ezt az eredményt az USA államok vonatkozásában *Kaplan* és *mtsai* (1996) megismételték. Tehát minél nagyobb a különbség a gazdagok és szegények

között egy államon belül, annál magasabb a morbiditási és mortalitási arány, azaz nem a gazdagság abszolút mértéke, hanem a társadalmon belüli gazdasági különbségek, eltérések az egészségi állapot legjobb előrejelzői. Például Louisianában és Mississippiben a legnagyobbak a belső különbségek, ezekben az államokban a halálozási arány 9,6/ 1000 lakosra, míg a legkevésbé egyenlőtlen államokban, New Hampshireben 7,8, Utahban 7,1. Magyarországon 1995-ben 14,2 ugyanez a mutató (KSH Statisztikai Évkönyv, 1995). Az államokon belüli egyenlőtlenség nem csupán rosszabb egészségi állapottal, hanem magasabb munkanélküliséggel, gyilkossági és bűnözési aránnyal, a munkaképzettség magasabb arányával, az alacsony súlyú újszülöttek magasabb arányával, ugyanakkor a felsőfokú végzettség alacsonyabb arányával és az oktatásra fordított alacsonyabb összegekkel jellemezhető.

A magyar népesség körében végzett epidemiológiai vizsgálataink eredményei (a vizsgálatok rövid leírását és módszertanát lásd a függelékben)

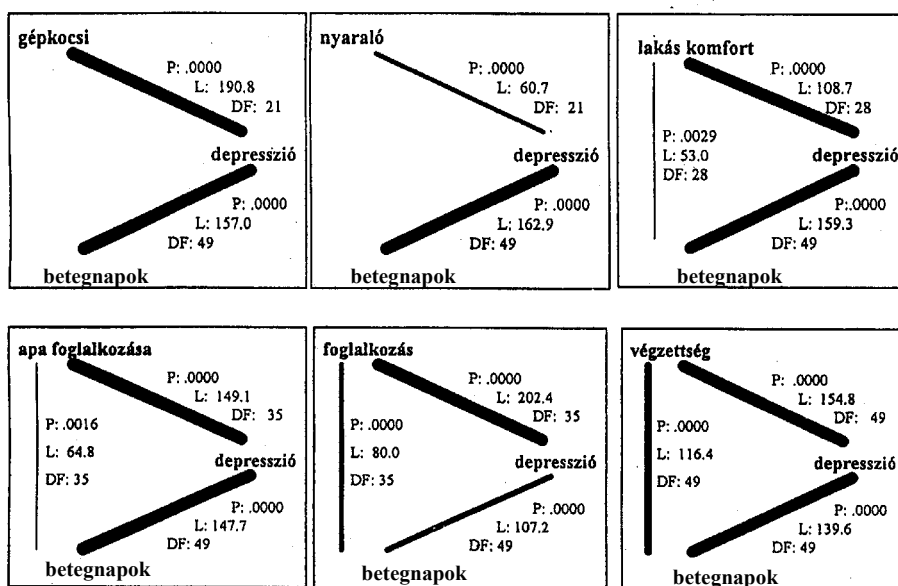
Felméréseink adatai alapján úgy találtuk, hogy a magyar népesség körében is a rosszabb szociális-gazdasági helyzet magasabb megbetegedési arányokkal, rosszabb egészségi állapottal jár együtt.

Többváltozós modellek segítségével elemeztük, hogy vannak-e olyan pszicho-szociális tényezők – és melyek azok – amelyek közvetíthetnek a viszonylagos lemaradás és az egészségi állapot között. Megvizsgáltuk a szorongás, az ellenségesség, a társas támogatás hiányának szerepét, azonban a modellben a depressziós tünetegyüttest találtuk a legfontosabb közvetítő faktornak, kivéve a szívbetegségek miatti morbiditási arányokat, ahol az ún. vitális kimerültség, a krónikus stresszállapot a depressziónál is fontosabbnak tűnik (Kopp és mtsi, 1998b).

Elemzéseink szerint tehát a viszonylag rosszabb szociális-gazdasági helyzet nem önmagában, csupán a depressziós tünetegyüttes közvetítésével eredményez magasabb megbetegedési arányokat. *Tehát nem önmagában a nehéz szociális helyzet, hanem a viszonylagos lemaradás szubjektív átélése a leglényegesebb egészségügyi veszélyeztető tényező.* Ha valakinek nincs gépkocsija, és emiatt úgy érzi, hogy lemaradt, hogy családjának nem tud megfelelő feltételeket teremteni, akkor ez a lelkiállapot az, ami fokozza mind a lelki, mind a testi egészség romlását.

Az I. ábra a hierarchikus loglineáris elemzés segítségével a szociális-gazdasági helyzet, a depresszió és a betegnapok közötti kölcsönhatásokat mutatja az aktív (16–60 éves) férfiak között. A gépkocsitulajdon és a saját tulajdon közvetlenül nincs kapcsolatban a betegnapok számával, csupán a depresszió közvetítésével. Ez azt jelenti, hogy ha valakinek nincs gépkocsija, de nem depressziós, akkor nem is betegebb, csupán akkor, ha a gépkocsi hiánya maga-

sabb depresszió arányokkal jár együtt. A többi szociális-gazdasági tényezőnél minden esetben a depresszió közvetít elsősorban az adott szociális faktor és a betegnapok között. Ezek a tényezők a depresszió közvetítő szerepének súlya szerinti sorrendben a lakáskörülmények, az apa alkalmazási helyzete, az iskolázottság és a saját alkalmazási helyzet.

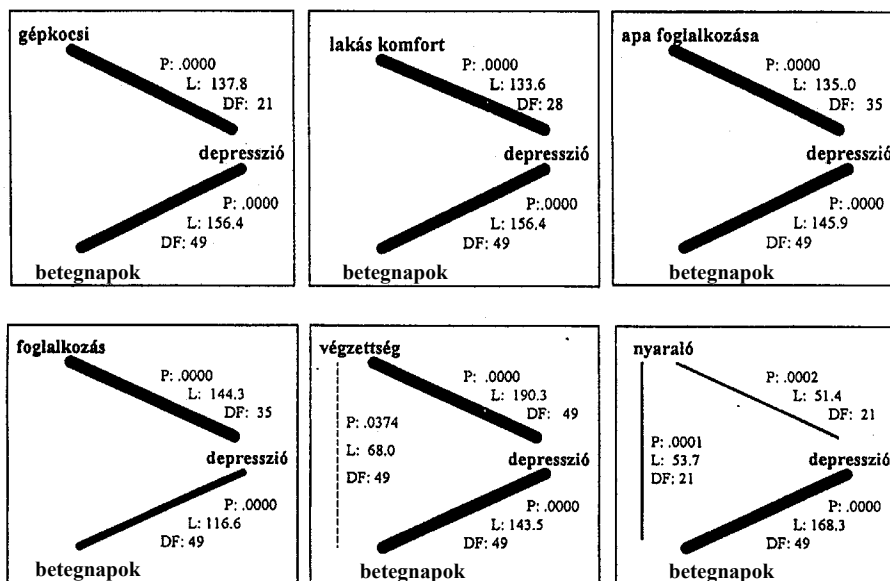


I. A szociális-gazdasági helyzet, a depresszió súlyossága és a betegnapok összefüggései az aktív magyar férfiak körében 1995-ben (n = 4338)
Interrelations between socio-economic state and severity of depression and duration of illness among Hungarian economically active males in 1995 (n = 4338)

Érdekes módon, 1988-hoz hasonlítva, az aktív (16–55 éves) nők között 1995-re a depresszió közvetítő szerepe a szociális-gazdasági helyzet és a betegnapok száma között sokkal lényegesebbé vált. 1988-ban csupán a család általános helyzetének mutatói befolyásolták jelentősen a nők depressziós és testi egészségi állapotát, míg 1995-ben a saját foglalkozásuk, iskolázottságuk jelentősebb tényezővé vált (Kopp és mtsai, 1995).

A II. ábra az aktív nők között mutatja a szociális-gazdasági helyzet és a betegnapok összefüggéseit 1995-ben. Minden esetben a depresszió súlyossága közvetít elsősorban a rosszabb szociális-gazdasági helyzet és a betegnapok között. A nők esetében a viszonylagos lemaradás és a depresszió közötti kapcsolat

szorosságának sorrendje: iskolázottság, foglalkozás, gépkocsi hiánya, apa foglalkozása, lakás komfort, nyaraló hiánya.



II. A szociális-gazdasági helyzet, a depresszió súlyossága és a betegnapok összefüggései az aktív magyar nők körében 1995-ben (n = 4983) Interrelations between socio-economic state and severity of depression and duration of illness among Hungarian economically active females in 1995 ((n = 4983))

Vizsgálataink eredményei azt jelentik, hogy a szociális-gazdasági lemaradás és az egészségi állapot közötti igen szoros összefüggés nagyrészt a depressziós tünetegyüttes súlyosságán keresztül érvényesül.

A 70-es években megkezdődött a társadalom nagyfokú és viszonylag rövid idő alatt egyre fokozódó polarizálódása, kettészakadása. Míg korábban szinte azonosan alacsony színvonalon élt mindenki, fokozatosan lehetővé vált a jobb gépkocsi megvásárlása, a nyugati utak. A nyugati világ felé megnyílt utazási lehetőségek, filmek kialakították ezeket az igényeket a társadalom széles rétegeiben, miközben nyilvánvaló volt, hogy a jobb anyagi lehetőségek nem mindenki számára elérhetőek, sokszor illegális úton, összeköttetések segítségével, illetve igen kemény túlmunkával lehet azokat elérni. Ezek a folyamatok jellegzetesen anómiás lelkiállapotot eredményeztek, mint ezt *Andorka Rudolf* vizs-

gálatai bizonyították. Egyre inkább az anyagi siker vált az egyén értékmérőjévé, és aki ezt nem tudta elérni, úgy érezhette, lemarad, kevésbé értékes.

Másrészt az anyagi helyzet változtatásának lehetősége együtt jár a rendkívüli mértékű önkizsákmányolással, túlmunkával. Ezt tükrözheti, hogy a szív-érrendszeri morbiditással kapcsolatban az ún. vitális kimerültséget, a krónikus stresszállapot mutatóját a depressziónál is fontosabb közvetítő faktornak találtuk, és ugyanezt mutatták a litván elemzések is. A vitális kimerültség és a depresszió ugyan részben különbözik, azonban igen nagy az átfedés a két jelenség között, a vitális kimerültség tágabb fogalom, mint a depresszió.

Önrontó kör kialakulását feltételezhetjük a viszonylag rosszabb szociális-gazdasági helyzet és a depressziós tünetegyüttes között, ami együttesen jelentős oki szerepet játszik a magasabb morbiditási (megbetegedési) és halálozási arányok hátterében. *Nem önmagában a rossz szociális-gazdasági helyzet, hanem a viszonylagos lemaradás átélése, pszichés hatása a leglényegesebb tényező, hiszen az egységesen alacsony életszínvonal mellett a 70-es évekig a magyar egészségügyi statisztikák lényegesen jobbak voltak Európa más országaihoz viszonyítva. A gyors szociális-gazdasági változások között a lemaradók folyamatosan önmagukat vagy a környezetet hibáztathatják, jövőjüket reménytelennek láthatják, állandó kontrollvesztést, tehetetlenséget élnének át, amiért nem képesek megszerezni a gépkocsit, a jobb lakáskörülményeket, a magasabb jövedelmet, míg a környezetükben számos ember képes minderre. A saját helyzet negatív érzelmi minősítése, a tehetetlenség, kontrollvesztés érzése a depressziós állapot kialakulásának legfőbb háttértényezője. Ez az életérzés a társadalom gyors polarizálódásának időszakában, különösképpen amikor a társadalom többsége csupán az egyéni boldogulást tekinti célnak, igen gyakorrivá válik. A saját helyzettel való elégedetlenség, különösen, ha túlmunkával jár együtt, krónikus stresszállapothoz, a szervezet élettani tartalékainak kimerüléséhez, az immunvédekezés legyengüléséhez, ezáltal a különböző megbetegedések gyakoriságának fokozódásához vezet, mint ezt már Selye klasszikus vizsgálatai bizonyították.*

Két tényező különösen jelentős abból a szempontból, hogy itt ok-okozati kapcsolatokat is felismerhetünk. Az ábrákból nyilvánvaló, hogy *az apa alkalmazása meghatározó tényező a későbbi depresszió és rosszabb egészségi állapot szempontjából. A családi háttér tehát jelentős mértékben meghatározza a későbbi viszonylagos lemaradást. A tanultság tekintetében feltételezhetjük azt is, hogy depressziós személyiségjegyek esetén a fiatalok kevésbé képesek helytállni a továbbtanulásért folyó versenyben. Valószínűleg azonban fontosabb tényező, hogy a depressziós tünetek annak a frusztrációnak következményei, hogy a fiatal szeretne továbbtanulni, de nem képes erre.* Vizsgálatunk korábbi eredményei ezt a feltételezést támasztják alá (Kopp, Skrabski, 1992), mivel a depresszió háttértényezői között kiemelten szerepelt a továbbtanulás akadályozottsága.

Ha a depresszió a magasabb morbiditási (megbetegedési) arányok fontos háttértényezője, ennek többféle magyarázata lehet. A depressziós állapot befolyásolja az észlelt egészségi állapotot és munkaképtelenséghez vezethet szervi megbetegedés nélkül is. Igen szoros kapcsolat van az önkárosító magatartásformák és a depresszió között mind a dohányzás, alkoholfogyasztás, különösképpen pedig az öngyilkossági magatartás lényegesen gyakoribb a depressziósok között.

A tartós hangulati zavartól, depressziós állapottól szenvedők fogékonyabbak a különböző megbetegedésekre, ugyanakkor kevésbé képesek szociális helyzetük javítására, ami az önrontó kör tartós fennállásához vezethet. Az utóbbi évtizedekben írták le, hogy a depresszió vagy az ún. vitális kimerültség a koronária megbetegedések fontos háttértényezője. A tanult tehetetlenség vagy tanult reménytelenség, amit *Seligman* szerint a depresszió legmegfelelőbb modelljének tekinthetünk, csökkent immunológiai aktivitással jár, és befolyásolja a tumor-növekedést (*Sklar, Anisman, 1979*), valamint a különböző fertőzésekkel szembeni fogékonyságot (*Lázár, 1991*).

A depresszió, mint a modern egészségügy egyik legsúlyosabb kihívása – a modern világ válságának kristályosodási pontja

Hogy a depresszió mennyire súlyos probléma a modern világban ezt jelzi, hogy 1999. október 27–28-án Londonban a Royal Society of Medicine, a WHO és az Egészségpénztárak nemzetközi szervezete (International Federation of Health Funds) *Depression, Social and Economic Timebomb* címmel rendezett konferenciát.

A WHO előrejelzések szerint a 2000 utáni évtizedben az egészségügy legsúlyosabb problémái a pszichiátriai, pszichológiai megbetegedések, ezen belül is a depresszió és következményei lesznek.

Ha depresszióról beszélünk, külön kell választanunk a depressziós megbetegedések egészségügyi jelentőségét, és a depressziós tünetegyüttes közvetítő, kockázati szerepét más, nagy népegészségügyi jelentőségű megbetegedések kialakulása szempontjából. A rendkívül gyorsan átalakuló társadalmakban, nem csupán nálunk, hanem az egész világon rendkívüli megterhelést jelent a megbirkózás, az adaptáció azok részére, akik nem rendelkeznek ehhez megfelelő családi, iskolai, társadalmi háttérrel, és ezek hiányának következtében adaptív pszichológiai megbirkózási készségekkel. Így a modern társadalmakban különösképpen igaz a mondás, hogy akinek van, annak adatik, akinek nincs, még azt is elveszti, amilye volt. Ezért kell a társadalomnak különlegesen odafigyelnie, már csak anyagi meggondolásokból is, a lelki egészség védelmére.

A WHO és a világbank legutóbbi elemzése (Murray, Lopez, 1996) szerint ma a világon a 15-től 44 éves korosztályban a depressziós megbetegedések önmagukban a legnagyobb mértékben járulnak hozzá betegségek okozta veszteségekhez, amelyeket a megbetegedések és halálozás okozta évveszteséggel, az ún. DALY-val (Disability Adjusted Life Years) mérhetünk. 1990-ben a tanulmány szerint ebben a korosztályban a DALY értéke 419 144 ezer, ebből az unipoláris depresszió 10,3%-ért felelős, 42 972 ezer DALY-val, ez a legelső a sorrendben. A pszichológiai tényezőkkel összefüggő további arányok: 3. helyen a közlekedési balesetek 4,7%, 4. helyen az alkohollal kapcsolatos kiesés, 3,5%, 5. helyen az önsértés, öngyilkosság 3,5%, 6. helyen a bipoláris depresszió, 3,1%-kal.

Összességében a 15–44 éves korosztályban a valamennyi megbetegedés által okozott veszteség 30%-a származik a lelki egészség zavaraiából, ez az arány ötször nagyobb, mint a szív-érrendszeri megbetegedések által okozott kiesés, és hét és félszer több, mint a daganatos betegségek következményei.

Ezek az arányok mutatják, hogy a lelki egészség megőrzése rendkívül komoly anyagi, gazdasági megtakarítást jelentene a társadalom számára, hiszen ezek a problémák éppen az alkotóképes, fiatal korosztályt érintik. A lelki egészség megőrzésére alkalmas magatartásorvoslási struktúra a mai magyar társadalomban igen szegényes. Ez a hiányosság annál is fájóbb, mivel a bio-pszicho-szociális szemlélet legismertebb megalapozói magyarok, mint Selye János, Franz Alexander, Ferenczi Sándor, Bálint Mihály.

A depressziós, reménytelen lelkiállapot közvetítő szerepe, ennek jelentősége az átalakuló társadalomban

Mit értünk depressziós tünetegyüttes alatt? Nem klinikai depressziót, depressziós megbetegedést, hanem negatív érzelmi állapotot, amelynek legfontosabb jellemzői a tehetetlenség, kontrollvesztés érzése, a mások iránti érdeklődés csökkenése, a döntésképtelenség, az önvádolás, a jövő reménytelenségének érzete. A depressziós ember nem tud jövőben gondolkodni, saját helyzetét reménytelennek érzi, képtelen aktívan tenni helyzete változtatásáért.

A depressziós tünetegyüttes változása számos vizsgálat – így saját vizsgálataink – szerint is igen érzékeny mutatója annak, hogy egyes társadalmi rétegek csak igen nagy nehézségek árán képesek megbirkózni a változó társadalmi körülményekkel. A depressziós tünetegyüttes változása szorosan összefügg a társadalmi-gazdasági folyamatokkal, így nyilvánvaló, hogy a kóros folyamatok csak akkor leszünk képesek visszafordítani, ha megértjük a rosszabbodáshoz vezető mechanizmusok legfontosabb összetevőit.

A depresszió lényege a kilátástalan, kiüttalan lelkiállapot, az ún. tanult tehetetlenség, amely mint állatkísérletekből is tudjuk, igen súlyos testi következmé-

nyekkel járhat, gyomorfekély, hirtelen szívmegállás következhet be (*Endrőczy*, 1989). A depressziós állapot jelentősen fokozza az egészségi kockázatot mind az önkárosító magatartásformák, mind közvetlen élettani hatásai révén (*Appels*, 1983, *Falger*, *Appels*, 1982, *Sklar*, *Anisman*, 1979). A Torontói Egyetem Kardiológiai Intézetének vizsgálatai szerint szívinfarktus után az újabb infarktus szempontjából a legfontosabb veszélyeztető tényező a depressziós tünetegyüttes (*Frasure-Smith* és mtsai, 1995). A Johns Hopkins University munkatársai 1981-ben vizsgált 1500 személy 13 éves követése alapján bizonyították, hogy a szívinfarktus valószínűsége az eredeti vizsgálat időpontjában kardiológiailag negatív, depressziós személyek között ötször gyakoribb volt, mint a nem depressziósok között (*Pratt* és mtsai, 1996). Hasonlóképpen 2500 középkorú finn férfi 6 éves követése szerint a szívinfarktus miatti halálozás legszorosabb kapcsolatban a hat évvel korábbi reménytelen lelkiállapottal állt, ha az adatokat az ismert rizikófaktorok szerint standardizálták (*Everson* és mtsai, 1996). Reménytelen, kilátástalan lelkiállapotban az átmeneti megkönnyebbülés élményét adhatja az alkohol, dohányzás, illetve végső segélykérésnek vagy utolsó, csak azért is kiútként az öngyilkosság is szinte megoldásnak tűnhet. A depresszió mint betegség kialakulásában a pesszimizmusra való hajlam, sőt az ún. major depresszióban a biológiai zavar meghatározó, azonban a sokkal gyakoribb depressziós tünetegyüttes világlátásunktól, beállítottságunktól, céljaink és lehetőségeink összhangjától függ elsősorban. Ha valaki rendkívül sokat vár el sajátmagától, vagy a környezetével kapcsolatban vannak irreális elvárásai, folytonosan negatívan értékeli saját helyzetét, mert nem tud megfelelni a sajátmagával szemben támasztott fokozott elvárásoknak. A fokozott teljesítményigénynél is fontosabb tényezőnek találtuk a depresszió hátterében az ún. ellenséges beállítottságot, azt az attitűdöt, hogy legbiztosabb nem bízni senkiben. Ez a beállítottság igen szoros negatív kapcsolatban áll azzal, hogy nehéz élethelyzetben mennyire számíthat valaki a szülei, házastársa, családja, civil szervezet segítségére. Aki nehéz, változó életkörülmények között számíthat segítségre, sokkal kevésbé válik depresszióssá, tehetetlenné, mint aki úgy érzi, nem bízhat senkiben.

Miközben a modern társadalomban életfeltételeink sok szempontból jelentősen javultak, éppen a személyiség fejlődése szempontjából nélkülözhetetlen anya-gyermek kapcsolat, a tágabb család szociális mintái, az értékek átadásának rendje alapvetően sérült. Mindehhez a felgyorsult élettempó, a kiszámíthatatlan környezeti változások társulnak, így érthető, hogy valamennyi civilizált országban jelentősen megnőtt a szorongásos, depressziós tünetektől szenvedő gyermekek és felnőttek száma. Az ember számára az önkényeskedő munkahelyi főnök, a fenyegető munkanélküliség, egy tartósan megromlott kapcsolat, házassági válság a tanult tehetetlenség állapotához vezethet, ha nincsenek megfelelő megküzdési készségei.

Az ember és környezete közötti egyensúly megbomlásából, a megbirkózási képességek zavaraiából eredő tünetek, panaszok kezelésére az egészségügy mai szervezete nem készült fel eléggé, annak ellenére, hogy a betegek jelentős hányada ezek miatt a panaszok miatt keresi fel az orvost.

Jelenleg a kutatás számára leggyümölcsözőbb a tünettani megközelítésmód. Jól körülírható tünetegyüttesek miatt szenved a népesség jelentős hányada, mint a tartós hangulatzavar, lehangoltság, a szervi megbetegedés nélküli munkaképesség csökkenés, alvászavarok. Mivel a felsorolt tünetek, tünetegyüttesek lényege a kimutatható szervi alap nélküli megbetegedés, ezek vizsgálatában a beteg szubjektív panaszainak alapvető jelentősége van.

Az 1950 után végzett valamennyi epidemiológiai felmérés szerint a lakosság legalább 20%-a szenved ilyen tünetektől. Jól körülírható tünetegyüttesek miatt fordul orvoshoz a népesség jelentős hányada, és ezzel a ténnyel ma még nem számol megfelelően az egészségügyi tervezés. Számos vizsgálatot végeztek a népesség vagy egyes népességi rétegek mentális megbetegedési arányainak megállapítására. Hagnell és mtsai (1982) 1957–72 közötti longitudinális felmérési eredményei szerint a "súlyos, vagy közepesen súlyos" depressziós tünetegyüttes előfordulási valószínűsége a nők között 32,6%, a férfiak között 18,4%. Sturt és mtsai (1984) szerint a nők 20%-a, a férfiak 11,9%-a élt át élete során depressziós megbetegedést.

Losonczy Ágnes (1986) szerint a járó betegellátásban a betegek 25–60%-a súlyosabb vagy kevésbé súlyos lelki természetű zavarokkal – neurózis, depresszió – és a kimerültség különböző fajtáival küzdenek. Az ilyen természetű bajok gyógyítására sem az orvoslás egésze, sem az egészségügy szervezetei nincsenek felkészülve.

A mentális megbetegedések megjelenési formái, illetve ezek orvosi értékelése az utóbbi évtizedekben drámai módon változott. Sartorius (1987) leírja, hogy Afrikában a teljesen iskolázatlan lakosok nem voltak képesek felismerni saját depresszív hangulatukat, és egyáltalán nem panaszkodtak miatta. A valamilyen iskolázottsággal rendelkezők nem panaszkodtak maguktól, de felismerték a hangulatváltozást, ha az orvos rákérdezett. Az egyetlen beteg, aki magától felismerte depressziós állapotát, évekig tanult Angliában. – Kérdés, hogy a jelenség nem azt jelzi-e, hogy a hagyományos körülmények között élő afrikaiak valóban nem ismerik a depressziós lelkiállapotot, és így nem csupán a kifejezési készségek hiányáról van szó?

Juhász Pál csengersimai vizsgálatai során 1960-tól végigkísérte egy falu lakosainak lelkiállapot változásait. Az erőszakos téjeszesítés előtt a faluban gyakorlatilag nem talált neurotikus, depressziós beteget. Két évvel azután, hogy a falu lakosait bekényszerítették a termelőszövetkezetbe, közel 30%-uk neurotikus tünetekről panaszkodott, amelyek egyik jelentős összetevője a depressziós tünetegyüttes. Ez az arány a további évek során még emelkedett, annak ellenére, hogy a termelőszövetkezet anyagilag eredményessé vált, a falu lakóinak

életszínvonala, legalábbis ennek külső jellemzői, a gazdag kerítések, a fürdőszobás házak általánossá váltak (*Juhász, 1964, 1970, 1972, 1973*).

Juhász Pál az általa leírt, ún. tsz neuróziist a korábbi autonóm életforma kényszerű feladásával, a szabad emberként korábban éjjel-nappal, de maga uraként dolgozó parasztok bémunkássá válásával magyarázta elsősorban. A saját földjén dolgozó gazda számára nem volt kérdés, hogy mi a feladata. A termelőségvetkezethez bekényszerített parasztok választási lehetőség elé kerültek. Reális életformaként jelent meg az esetleges ingázás, a városi munkássá válás, amit sokan választottak, míg korábban senkiben sem merült fel a gondolat, hogy eljárjon a faluból.

A depressziós tünetegyüttes gyakoriságának jellemzői és változásai Magyarországon

1988-ban a 16 év feletti népesség 24,3%-a panaszkodott depressziós tünetekről, tehát a megkérdezettek egynegyede. Közepesen súlyos és súlyos depressziós tünetektől szenvedett a megkérdezettek 7,5%-a, súlyos depressziótól 2,9%. Ugyanezzel a kérdőívvel 1995-re elsősorban a súlyos, feltétlenül kezelésre szoruló aránya nőtt katasztrofálisan. 1994/95-ben a megkérdezettek 30,5%-a panaszkodott depressziós tünetekről, 13,5% közepes vagy súlyos depresszióról, 7,1% súlyos depressziós állapotról.

1995-re a depresszió értékek 45 év alatt kis mértékben javultak, 45 év felett jelentősen emelkedtek, csupán a legidősebbeknél közeledik ismét a két görbe. A depressziós tünetegyüttes az életkorral igen nagy mértékben emelkedik, ez a fokozódás 1995-re még kifejezettebbé vált, tehát a depressziós állapot különösen jellemző az idősekre. Súlyos depressziós állapotról a 60–69 évesek 9,4%-a, a 70 év feletti 14%-a panaszkodott 1988-ban, 1995-ben a 60–69 évesek 14,7%-át, míg a 70 év feletti több mint 20%-át jellemzi súlyos depressziós tünetegyüttes. Az ún. magyar típusú öngyilkosság legfőbb jellemzője az időskori öngyilkosságok rendkívül magas aránya. 1988-ban a magyar öngyilkossági arány 41,3 százérelék volt, ugyanez az arány a 60 évnél idősebbek között 76,8 százérelék volt. 1996-ra az öngyilkossági arány 33,7 százérelékre csökkent, ezen belül a 60 évnél idősebbek között azonban még mindig 63,4 százérelék, tehát továbbra is igen magas (*Demográfiai Évkönyv, 1996*).

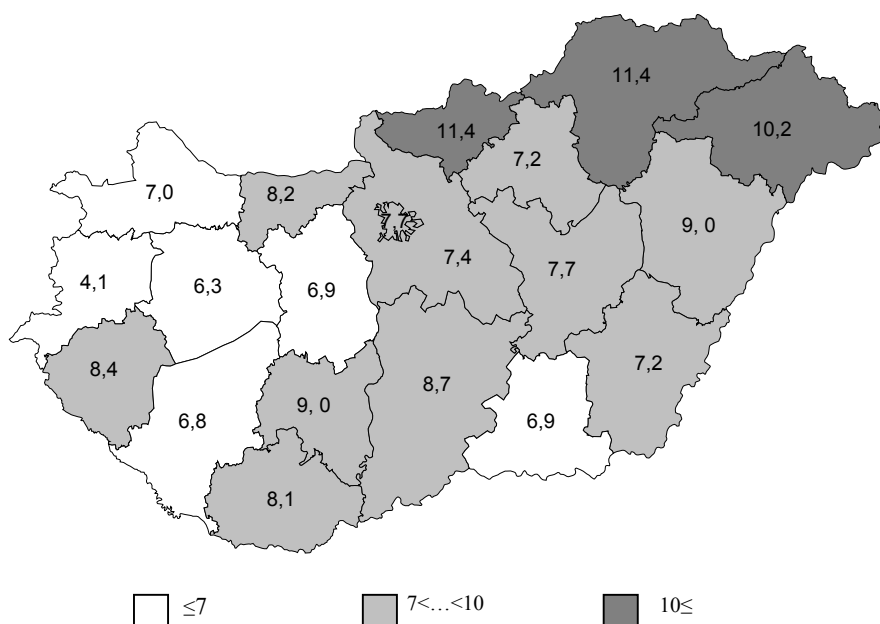
Foglalkozás szerint a depressziós tünetek a vezetők és a tanulók csoportjaiban csökkentek 1988 és 1995 között. A súlyos depressziós tünetegyüttes aránya a segéd munkások között 1988-ban 3,5%, 1995-ben 7,0%, a nyugdíjasok között ugyanez az arány 1988-ban 10% volt, 1995-ben 19,0%. Az 1988-as felmérésben nem szerepelt a "kisvállalkozói" réteg, az 1995-ös felmérés szerint közöttük a depressziós tünetegyüttes lényegesen ritkább, csak 1,9%-uk súlyos depressziós.

Az iskolázottság a depressziós tünetegyüttes gyakoriságának és súlyosságának igen fontos szociális meghatározója volt mind 1988-ban, mind 1995-ben. 1995-ben a nyolc osztálynál kevesebbet végzetek 49,3%-a panaszkodott depressziós tünetekről, 15,6%-uk súlyos depresszióról, a főiskolát vagy egyetemet végzetek közül 17,6% depressziós, 3,0% a súlyosan depressziós. 1995-ben mind a 8 osztályt vagy kevesebbet végzetek, mind a nyolc osztályt és tanfolyamot végzetek depresszió átlagértékei a depresszió határ (10) fölé kerültek, ugyanakkor a felsőfokú végzettségűek között csökkent a depresszió átlagértéke.

A depressziós tünetegyüttes aránya a dunántúli megyékben nem változott, sőt egyes nyugati határszéli megyékben kifejezetten javult 1988 és 1995 között, ezzel szemben a Dunától keletre Heves, Csongrád és Bács- Kiskun megye kivételével mindenhol jelentősen romlott. Ezzel összefüggésben igen jelentős pszichológiai különbséget is találunk az ország nyugati és keleti fele között. Nyugat-Magyarországon sokkal többen válaszolták, hogy nehéz élethelyzetben számíthatnak szüleik, barátaik segítségére. Közel kétszer többen mondták, hogy nehéz élethelyzetben civil szervezet segítségére számíthatnak, mint a keleti országfélben.

A III. ábra az egyes megyékben talált depresszió pontszám átlagokat mutatja. Az egész országra a depresszió pontszám átlagértéke 8,1 – 0,18, N: 12 477. A 10 feletti depresszió pontszám már enyhe depressziós állapotnak felel meg. Az ábra szerint Borsod-Abaúj-Zemplénben, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Nógrád megyékben magasabb a depresszió átlag 10-nél, míg kifejezetten egészséges átlagértékeket találtunk Vas, Veszprém, Győr-Moson-Sopron, Somogy, Fejér valamint Csongrád megyékben.

Az ország kettészakadása tehát lelki egészség szempontjából is egyértelmű. Igen érdekes, hogy Csongrád kimarad ebből az egységes képből, ott inkább javuló tendencia mutatható ki, annak ellenére, hogy Csongrád mentálhigiénés szempontból az ország egyik legveszélyeztetettebb megyéje volt korábban. Ezzel szemben Nógrád kifejezetten jó lelki egészséggel jellemezhető megye volt korábban, ehhez képest itt mutatható ki a legnagyobb fokú rosszabbodás.



III. A depressziós tünetegyüttes pontszám átlaga megyék szerint 1995-ben
(teljes minta átlag: $8,14 \pm 0,085$ $N=12\,477$)

Average points of symptoms groups of depression by counties in 1995
(average of the full sample: $8,14 \pm 0,085$ $N=12\,477$)

Milyen tényezők vezetnek a depressziós tünetegyütteshez?

Amennyiben a gyorsan változó, átalakuló, polarizálódó társadalomban a testi egészségromlás hátterében a depressziós tünetegyüttes meghatározóan fontos tényező, mint ezt a LiViCordia study és saját eredményeink alapján kimutattuk, fontos megismerni azokat a pszichológiai tényezőket, amelyek fokozzák a depresszió valószínűségét. Egyben ezeken a tényezőkön keresztül lehetne visszafordítani a negatív folyamatokat, tehát a megelőzésben ezek szerepe alapvető.

A depressziós tünetegyüttes fokozódása mögött olyan pszichológiai háttértényezők ismerhetők fel, amelyek az értékválsággal, a hagyományos társadalmi keretek, kapcsolatok, szerepek felbomlásával állnak kapcsolatban. A hagyományos értékek elvesztésükkel jelentőségüket, a tömeges munkanélküliség az önértékelés elvesztésével járhat, igen sokak számára az anyagi előrelépés vált az egyetlen értéké, amelynek elérésére azonban nem képesek, vagy csak devi-

áns úton. Ez az ún. anómiás állapot tipikus jellemzője, amely valamennyi önkárosító magatartásforma kialakulásában alapvető.

Fontos hangsúlyozni, hogy az a közkeletű állítás, hogy a magyar depressziós nép, nem igaz. Sokkal inkább jellemző az igen nagy teljesítményigény, teljesítménymotiváció megléte. Felmérésünk szerint a teljesítménymotiváció különösen az idősebb generációra igen jellemző. Ha a teljesítménymotiváció nem tud megfelelő irányt találni, akkor a személy úgy érzi, hogy értéktelen, alacsony az önbecsülése, egész életét kudarcnak minősíti, emiatt depresszióssá, tehetetlenné válik. *Az ún. magyar típusú öngyilkosság jellemzője az idősek öngyilkossága. Felmérésünk alapján azt találtuk, hogy különösen a magyar öregek között rendkívül magas a teljesítménymotiváció, az az állítás, hogy személyes értékem attól függ, hogy milyen külső eredményeket értem el az életben. Ez a beállítottság értékzavart tükröz, hiszen akár a keleti kultúrákban, de korábban Magyarországon is, a családban az öregek bölcsességét, tapasztalatait értékelték, tisztelték. Ma erre legtöbb esetben nincs is igény, nincs szükség, jogosan érzik, hogy a fiatalok nem is igénylik a társaságukat, tehát megalapozottnak tűnhet az az érzésük, hogy ha külső eredményeket nem tudtak elérni, akkor valójában értéktelen emberek. Az idősebb korosztályokban, a teljesítményigénnyel összefüggésben, rendkívül gyakorivá vált a depressziós tünetegyüttes.*

Regressióanalízis segítségével vizsgáltuk a depressziós tünetegyüttes legfontosabb háttértényezőit. A depressziós tünetegyüttes matematikailag szinte azonosnak tekinthető az életcélok hiányával, ami ürességérzést, a hosszú távú tervezés lehetőségének elvesztését, állandó unalomérzést jelent. *Az unalom különösen a fiatalok depressziójának vezető jellemzője, amely az önkárosító magatartásformák (drog, balesetokozás, kritikátlan szex) legfontosabb mozgatórugója.*

Ezután az ellenséges beállítottság változói következnek, elsőként a cinizmus változó, az az állítás, hogy az emberek általában aljasak, önzőek és csak ki akarják használni a másikat. Ezt a változót Kawachi és mtsai (1997), Kawachi és Kennedy (1997) a társadalmi tőke hiányának vizsgálatára alkalmazták az Egyesült Államokban (Skrabski, Kopp, 1999). Az ellenséges beállítottság tehát alapvetően nem azt jelenti, hogy én vagyok ellenséges, hanem azt, hogy a világ, az emberek általában ellenségesek, ezért a legbiztosabb nem bízni senkiben. A mai magyar társadalomban a rossz tapasztalatok sora alakította ki a bizalmatlanságot, mégis a legfontosabb lépés ennek az önrontó folyamatnak a visszafordítása lenne. Ha valaki felismeri, hogy saját bizalmatlansága váltja ki az ellenséges reakciókat a környezetéből, megtanulhatja a reális bizalom képességét.

További igen jelentős tényező az észlelt társas támogatás és a munkahelyi kontroll érzésének csökkenése, ez az a két tényező, amely legnagyobb mértékben romlott 1988 és 1995 között.

Az ún. diszfunkcionális attitűdök, mint az irreálisan fokozott teljesítmény-igény és a nem megfelelő konfliktusmegoldó képességek a lelki egészség romlásának legfontosabb háttértényezői. A lemaradó, alacsony iskolázottságú rétegekben nehezebben alakulnak ki az adaptív konfliktusmegoldó képességek, nincsenek megfelelő készségeik, különösen a gyorsan változó társadalmi környezetben. Emiatt kerülnek gyakrabban tehetetlen, reménytelen állapotba. *A konfliktusmegoldó képességek fokozhatóak viszonylag kis költséggel, rövid idő alatt komolyan változtatható, pl. fiatal munkanélkülieknek szervezett készségfejlesztő tréningekkel.* Több vidéki körzetben szerveztünk ilyen készségfejlesztő tréningeket a képzők képzésével, aminek eredményeképp azok a fiatalok, akik a kurzus kezdetén reménytelennek látták a helyzetüket – azzal, hogy konkrétan, célzottan készségfejlesztő és konfliktusmegoldó készségekre tanítottuk őket – ma már érdekvédelmi egyesületet alakítottak az egész ország területén, egymással kapcsolatban vannak, magatartási jellemzőik, depressziós tüneteik komolyan javultak, annak ellenére, hogy az ország leszakadó területein a gazdasági helyzet nem változott.

A férfiak és nők egészségromlásának eltérései. Miért romlik régióinkban a férfiak egészsége sokkal nagyobb mértékben, mint a nőké?

A szociális-gazdasági tényezők közül a depresszió súlyossága igen szoros kapcsolatban áll a munkanélküliség megyék szerinti megoszlásával és a GDP megyék szerinti arányával.

Elemztük a megyék kor szerint standardizált halálozási arányainak, a GDP-nek, valamint a felmérésünkben kapott depresszió és jövedelmi adatoknak az összefüggéseit, külön a férfiak és külön a nők esetében.

A GDP megyék szerinti aránya, a saját jövedelem szórása és a depressziós tünetegyüttes a férfiak megyénkénti kor szerint standardizált halálozási arányának 74,5%-át magyarázza lineáris regressziós modell szerint (1. táblázat), míg a nők megyék szerinti halálozását ezek a tényezők nem magyarázzák (2. táblázat). *Úgy tűnik tehát, hogy a viszonylagos társadalmi-gazdasági lemaradás, a versenyben való lemaradás átélése, legalábbis a magyar társadalomban, az 1990 előtti években a férfiak számára sokkal súlyosabb egészségkárosító hatással jártak, mint a nők esetében. Ennek egyik magyarázata lehet, hogy a nők jövedelemkülönbségei és jövedelme lényegesen alacsonyabbak a férfiakénál, a másik, hogy a hierarchiában, a versenyben való lemaradás érzése a férfiak számára sokkal jelentősebb tényező.* Ez természetesen szorosan összefügg a hagyományos nemi szerepek elfogadásával, ennek változásai pl. Svédországban a férfiakéhoz igen hasonló jellemzőket mutatnak a társadalmi egyenlőtlenséggel összefüggésben. Etológiai vizsgálatok egyértelműen bizonyítják, hogy a hierarchia sorrendben való lemaradás a hím állatok számára igen súlyos egész-

ségkárosító tényező, míg a nőstények erre sokkal kevésbé érzékenyek, számukra az utódok veszélyhelyzete a legsúlyosabb egészségkárosító stresszhelyzet, tehát a különbségnek ilyen értelemben is lehet biológiai, etológiai összetevője.

1. Lineáris regressziós modell a férfiak kor szerint standardizált halálozásának összefüggéseire a BDI, GDP és saját jövedelem szerint a 20 magyar megyében
Linear regression model for interrelations of the mortality of men standardized by age according to BDI, GDP and own income in the 20 Hungarian counties

Model Summary

R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
.887	.786	.729	3.611

ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	719.242	4	179.811	13.791	.000
Residual	195.580	15	13.039		
Total	914.822	19			

Coefficients

Model	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
BDI	1.350	.485	.383	2.782	.014
GDP	-.039	.011	-.615	-3.736	.002
Saját jövedelem	-.0006	.000	-.360	-1.705	.109
Jövedelem szórás	.0003	.000	.463	2.186	.045

2. Lineáris regressziós modell a nők kor szerint standardizált halálozásának összefüggéseire a BDI, GDP és saját jövedelem szerint a 20 magyar megyében
Linear regression model for interrelations of the mortality of females standardized by age according to BDI, GDP and own income in the 20 Hungarian counties

Model Summary

R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
.481	.231	.026	5.282

ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	125.727	4	31.432	1.127	.381
Residual	418.498	15	27.900		
Total	544.226	19			

Coefficients

Model	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
BDI	-.284	.760	-.091	-.373	.714
GDP	-.024	.015	-.494	-1.657	.118
Saját jövedelem	-.0002	.001	-.066	-.213	.834
Jövedelem szórás	.0001	.001	.059	.190	.852

A fenti jelentős különbségek a jövedelmi lemaradással kapcsolatban fontos tényezők lehetnek annak a jelenségnek, hogy valamennyi közép- és kelet-európai országban elsősorban a férfiak halálozási arányai romlottak katasztrofálisan. Elsősorban az oktatási lehetőségek fokozásával erősíteni kellene a lemaradó férfiakban az újrakezdés, a kihívások elfogadásának készségét, a csak anyagiakban mért sikeresség ideál elégtelenségét.

Javaslatok

1999. október 10–13-ig Tamperében a finn szociális és egészségügyi miniszter asszony, mint az Európai Unió jelenlegi elnökségét betöltő finn kormány képviselője munkaértekezletet hívott össze és új programot kezdeményezett az Unió országaiban a lelki egészség megőrzése és a szociális befogadás címmel. A zárónyilatkozatban külön kiemelték, hogy a bővítéssel kapcsolatban,

a belépő országok lelki felkészítése az uniós tagságra különösen fontos, hiszen ezek a problémák a legnagyobb súllyal éppen a közép-kelet európai országokban jelentkeznek. A csatlakozásra váró országok, így Magyarország aggasztó egészségügyi helyzete ellentétes a uniós országok trendjeivel.

A munkaértekezlet ajánlásainak fő pontjai a következők:

1. A lelki egészség mutatóinak megismerése, a különösen veszélyeztetett rétegek azonosítása, a hatékony intervenciókra vonatkozó evidenciák összegyűjtése. Éppen az ún. Coping with depression projekt, amelyet holland központtal végeznek különböző Európai országokban, bizonyítottan hatékony és költség-hatékony.
2. A fiatalok lelki egészségének megőrzése, a szülők felkészítése, hatékony iskolai programok, pl. a Coping with Depression európai program.
3. A munkahelyi lelki egészségvédelem, a munkanélküliek aktivizálása, a munka világának humanizálása.
4. Az idősök lelki egészségvédelme, a harmonikus idős kor segítése, az öregséggel kapcsolatos negatív attitűdök változtatása.
5. A modern informatikai eszközök felhasználása a fenti célokra, pl. anonim tanácsadó szolgálatok alkohol, drog-problémák esetén (hasonlóan a telefonszolgálatokhoz), munkanélküliek, fogyatékosok, idősök bevonása.

A fenti célok a magyar népesség egészségének védelmében is alapvetők. További konkrét teendők a magyar népesség lelki-társadalmi háttérű egészségromlásának visszafordítására:

A lemaradó, célvesztett rétegekben a megbirkózási készségek fejlesztésén keresztül a depresszió, reménytelenség csökkentése.

A megelőzési programok kiemelt célja kell legyen a depresszió mint pszichoszociális kockázati tényező megelőzése. Ebből a szempontból különösen fontos a tanulási lehetőségek minél szélesebb körű biztosítása. A tanultság hiánya a depresszióval legszorosabban összefüggő rizikófaktor, így a magyar lakosság katasztrofális egészségromlásának legfőbb háttértényezője. A tanulás elsősorban mentálhigiénés megelőzési beavatkozást jelent, mivel az iskolák jelentősen fokozzák az egészség szempontjából meghatározó szociális hálót, azoknak a körét, akire az ember nehéz élethelyzetben számíthat. Az iskolázottság fokozza a megbirkózási készségeket, a problémaközpontú megbirkózási stratégiák kialakulását. Az egészséges, nem önkárosító magatartás legszorosabb kapcsolatban az iskolázottság fokával áll. Az iskolákba nem kerülő, munkanélküli fiatalok szinte törvényszerűen sodródnak deviáns csoportok, deviáns magatartásformák felé. Az iskolákban tanuló fiatalok számának emelése, legalább valamennyi tanulni kívánó fiatal felvétele anyagiakban is igen jelentős, rövidtávon megtérülő ráfordítás, amelyet az egészségmegőrzés, a magatartászavarok, devianciák megelőzésének mutatói alapján becsülhetünk meg és mérhetünk.

A kontrollvesztéshez vezető önrontó körökből elsősorban a megküzdési készségek javításával törhetünk ki. Ennek azért van különösen nagy jelentő-

sége, mert az egészségügyi helyzet javításának nem feltétele az ország gazdasági helyzetének jelentős javulása, ami csak nagy erőfeszítésekkel és évtizedes távlatokban érhető el. A depressziós tünetegyüttes lényegesen rövidebb idő alatt megelőzhető és csökkenthető. Az iskolarendszerű oktatás mellett a rövidebb – képességfejlesztő és felhasználható ismereteket közlő – tanfolyamok jelentősége igen nagy. Jól átgondolt képzési programokkal az ország leszakadó rétegeinek lelki és testi egészségi állapota jelentősen javítható.

A társadalmi tőke, a bizalom képességének, az együttműködési képességnek erősítése, az ellenségesség csökkentése

A bizalom képességének növelése, az ellenséges beállítottság csökkenése, az életcélok és a megbirkózási készségek kifejlődése szempontjából a családi háttér alapvető jelentőségű. Valamennyi magatartászavar, az életcélok hiánya, az ellenséges beállítottság legszorosabb kapcsolatban azzal áll, ha a fiatal úgy érzi, hogy nehéz élethelyzetben nem számíthat szüleire, de a magatartászavarok megelőzése szempontjából majdnem ugyanilyen fontos, ha valaki számíthat rokonaira nehéz élethelyzetben. Tehát nem csupán a szűk család, hanem a tágabb szociális háló is alapvető ahhoz, hogy a sikeres megbirkózási képességek alapjai kifejlődhessenek.

Az iskolákban, az angolszász mintákat követve az együttműködés, a team-munka képességének kialakítása.

Hatékony programok az önkárosító magatartásformák motivációs háttérének feltárásával és visszafordításával

Az önkárosító életmód jellemzők – a dohányzás, alkoholfogyasztás, a káros szabadidő eltöltési módok – háttérében közös probléma, ha valaki helyzetét megoldhatatlannak érzi és emiatt a konfliktusmegoldó stratégiák közül a leg súlyosabbat választja, úgy próbál túljutni a helyzeten, hogy eszik, iszik, gyógyszer szed. Tehát pszichológiai tényezők határozzák meg, hogy valaki mintegy öngyógyításként, pótmegoldásként olyan önkárosító magatartásformákhoz fordul, amelyek átmenetileg először csökkentik a kínzó lelkiállapotot, azonban hosszú távon saját szervezetét, emberi kapcsolatait áldozza fel. Mivel ezek a konfliktus-megoldási módok, mint a dohányzás, alkoholfogyasztás, drog, kóros táplálkozási szokások igen erős motivációs vonzást fejtenek ki, ha valaki hozzászokott, a megelőzés csak ennek a pszichológiai, motivációs háttérnek a feltárásával, más motivációs források felszabadításával, kialakításával lehet eredményes, enélkül a legdrágább megelőzési kampányoktól sem várható eredmény. A vonzó plakátok, amelyekre felírják, hogy a dohányzás ártalmas az egészségre, kifejezetten károsak lehetnek, mert tanuláselméleti alapon a két üzenet közül a vonzóbb hat, a tiltó üzenet hatását teljesen kioltja, sőt kifejezett immunitást alakít ki az egészségnevelő üzenetek ellen.

Összefoglalva: A magyar népesség körében végzett prospektív vizsgálataink eredményei szerint a viszonylagos társadalmi-gazdasági lemaradás átélése, a következményes depressziós, reménytelen, kontrollvesztett lelkiállapot, a megfelelő megbirkózási, konfliktus-megoldási készségek hiánya a magyar népesség egészségromlásának igen fontos háttértényezője. Ez a tényező a férfiak esetében jelentősebb, mint a nők esetében. A viszonylagos lemaradás ilyen fokú következményei az anómiás állapottal, a bizalomhiánnyal, az irreális, csak anyagiakat értéknek tekintő teljesítménymotivációval, a krónikus stresszállapottal és az észlelt társas támogatás nagyfokú csökkenésével vannak elsősorban kapcsolatban.

Függelék: Vizsgálati módszertan

1983-ban a Juhász Pál-féle kérdőívek segítségével elsősorban a neurózis gyakoriságát vizsgáltuk közel 6000 ember kikérdezésével. Két további felmérésünk célja a testi és lelki állapot legfőbb szociális-gazdasági, életmódbeli, pszichológiai háttértényezőinek feltárása volt. 1988-ban, majd 1994–95-ben életkor, nem és terület szerint reprezentatív adatfelvételeket végeztünk, 1988-ban 20 902 személyt, 1994-ben közel 6000 személyt, 1995-ben 12 463 személyt kérdeztünk ki otthoni interjú formájában, egy-egy interjú kb. 1,5–2 óra hosszát tartott. A mintavétel három lépcsőben történt, első lépcsőben a mintába belekerült valamennyi 5000 főnél népesebb helység, az ennél kisebb helységeket véletlenszerűen választottuk ki. A második lépcsőben a megadott helységeken belül lakcímetek kaptunk a KSH adattárából. Harmadik lépcsőben a kérdezőbiztosok életkor, nem és foglalkozás szerint választottak ki vizsgálati személyeket az adott címen. Az 1995-ös felmérésben a visszautasítási arány 19% volt a teljes mintára, a nagyvárosokban lényegesen magasabb. Ilyen méretű felmérésnél a visszautasítás nem kerülhető el, ebben az esetben a kérdezőbiztosok hasonló jellemzőkkel rendelkező személyt választottak ki az adott lakóközrétből. Mindhárom felmérés a magyar 16 évesnél idősebb népességet életkor, nem és terület szerint képviselte.

Kérdőívek

Az 1988-as kérdőív 107 kérdést tartalmazott a társadalmi-gazdasági helyzetre, életmódra, 148 kérdést a szükségletekre, 209 kérdést a testi-lelki egészségi állapotra és ezek háttértényezőire vonatkozóan. Az 1994-es felmérés kérdőíve azonos volt az 1988-as felmérés kérdőívével. A korábbi tapasztalatok alapján, a társadalmi változásokból következő új jelenségeket figyelembe véve az 1995-ös felmérés kérdőívét néhány kérdéscsoporttal bővítettük.

Beck Depresszió kérdőív (BDI) rövidített változata (Beck, Beck, 1972)

A depressziós tünetegyüttes összetevői: szociális visszahúzódás, döntésképtelenség, alvászavar, fáradékonyság, túlzott aggodás testi tünetek miatt, munkaképtelenség, pesszimizmus, örömképesség hiánya, önvádolás.

A megkérdezettek négyfokozatú skálán válaszoltak, hogy egy-egy állítás egyáltalán nem jellemző-e rájuk, vagy teljesen jellemző. Az állítások a következők:

Minden érdeklődésemet elvesztettem mások iránt.

Semmiben sem tudok dönteni többé.

Több órával korábban ébredek, mint szoktam, és nem tudok újra elaludni.

Túlságosan fáradt vagyok, hogy bármit is csináljak.

Annyira aggódom testi-fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tudok gondolni.

Semmilyen munkát nem vagyok képes ellátni.

Úgy látom, hogy a jövőm reménytelen, és a helyzetem nem fog változni.

Mindennel elégedetlen vagy közömbös vagyok.

Állandóan hibáztatom magam.

A rövidített kérdőív pontszámaait megbízhatóan átszámíthatjuk az eredeti pontszám értékekre (Kopp, Fóris, 1993):

0– 9 pontszám nem depressziós;

10–18 enyhe depressziós tünetegyüttes;

19–25 közepesen súlyos depressziós tünetegyüttes;

25 fölött súlyos depressziós állapotot jelez.

Az önértékelés alapján vizsgált betegnapok, a „self-rated” morbiditási arányok vizsgálata

Az utóbbi években számos vizsgálat bizonyította, hogy az egészségi állapot önértékelése, az ún. “self-rated health” a halálozás legmegbízhatóbb előrejelzője, megbízhatóbb, mint a ma használatos szűrővizsgálati eljárások (Összefoglalva Idler, Benyamini, 1997).

Az Egészségügyi Évkönyvben szereplő 26 féle betegségekre kérdeztünk rá egyenként. Két kérdést tettünk fel: az adott betegség miatt állt-e kezelés alatt élete során, valamint hogy az elmúlt évben hány napot volt beteg az adott betegség miatt. Ezek összege képezi az elmúlt évi betegnapokat. 1988-ban a táppénzes napokra kérdeztünk rá, mert akkor még minden betegnapot orvosnak kellett igazolnia, így ez a mutató az aktív, dolgozó népesség körében megbíz-

hatónak volt tekinthető. Az 1995-ös vizsgálatban a beteg, önértékelés szerint munkaképtelen napokra kérdeztünk rá. A munkanélküliség, és több más, itt nem részletezett ok miatt 1995-ben a táppénzes napok száma igen laza kapcsolatot mutatott a tényleges betegnapok becsült értékével.

Office for Population and Census Surveys Munkaképesség csökkenés (disability) kérdőív

A kérdőív az enyhébb szellemi, érzékszervi és mozgásszervi korlátozottságtól az önfenntartásra való képtelenségig kérdez rá 27 különbözően súlyos tünetre, valamint egyetlen skálán a munkaképesség becsült értékére.

Vitális kimerültség kérdőív

Az *Ad Appels* és munkatársai által kidolgozott ún. Maastricht kérdőív rövidített változatát vettük fel (*Appels* és mtsai, 1980, *Appels*, 1992), amely a krónikus stresszállapot legmegfelelőbb pszichológiai indikátora.

Juhász-féle Neurózis Pontozó Skála

A Juhász féle Neurózis Pontozó Skála (*Juhász, Kopp, Veér*, 1978) a neurózis tüneti vizsgálatára szolgál. Az érzelmi funkciózavarokkal kapcsolatban a szorongás és a tartós hangulatzavar, lehangoltság, a magatartászavarokkal kapcsolatban az organikus megbetegedés nélküli munkaképesség-csökkenés és türelmetlenség, a testi és vegetatív funkciók zavaraiaként a fejfájás, alvászavarok és a szervi elváltozás nélküli szívritmus vagy gyomorpanaszok szerepelnek.

Életcél kérdőív

Crumbaugh & Maholick (1964) 20 tételből álló Életcél kérdőívének rövidített változatát vettük fel az országos mintában.

Diszfunkcionális Attitűd Skála

A *Weisman & Beck* (1979) által kidolgozott, *Burns* (1980) által rövidített kérdőív hét értékrendszert, attitűdöt vizsgál. Ezek: a külső elismerés igénye,

szeretettség igénye, teljesítmény, perfekcionizmus, jogos elvárások vagy kölcsönösség, onnipotencia vagy altruizmus és külső kontroll versus autonómia.

Ellenségesség kérdőív

A Cook, Medley (1954) féle kérdőív rövidített változatát vettük fel, amelynek egyes tételeit külön-külön is bevontuk az elemzésbe, ezen belül a cinizmus attitűdöt külön vizsgáltuk (Friedman, Booth-Kewley, 1987, Rosenman és mtsai, 1988, Barefoot, 1983).

Konfliktusmegoldó (Ways of Coping) kérdőív

A Folkman & Lazarus (1980) féle kérdőív rövidített változatát vettük fel, amely a megbirkózás, „coping” stratégiák elemzésére szolgál.

Szociális támogatás kérdőív

Caldwell (1987) Support Dimension Scale-jének a hazai viszonyokra adaptált változatát vettük fel, amely azt vizsgálja, nehéz élethelyzetben mennyire érezzük úgy, hogy számíthatunk családtagjainkra, barátainkra, munkatársainkra, egyéb segítőkire.

Észlelt hatékonyság (kompetencia) kérdőív (Schwarzer, 1992)

Az a beállítottság, hogy általában képesnek érezzük magunkat a nehéz helyzetek megoldására.

Szociális-gazdasági jellemzők: saját és családi jövedelem, iskolai végzettség, saját foglalkozás, apa foglalkozása, gépkocsi tulajdon, nyaraló tulajdon, saját rossz anyagi helyzet becslése: Igaz-e az az állítás, hogy olyan kevés a jövedelme, hogy az élethez alapvető cikkeket sem tudja megvásárolni.

Életmód jellemzők, egészségmagatartás: dohányzási, alkoholfogyasztási szokások, illegális drogfogyasztás, időmérleg.

IRODALOM

- Appels A. (1983) The year before myocardial infarction. In: Biobehavioural bases of coronary heart disease. (Eds. Dembroski T.M., Smidt H., Blumchen G.) Karger, Basel.
- Appels A, Mulder P (1988) Excess fatigue as a precursor of myocardial infarction. Eur Heart J 9:758–764, 1988.

- Barefoot, J.C., Dodge, K.A., Peterson B.I., Dahlstrom, W.G., Williams, R.B.* (1989) The Cook–Medley Hostility Scale: Item content and ability to predict survival. *Psychosom Med*, 51, 46–57.
- Beck, A.T.* et al. (1961) An inventory for measuring depression. *Arch. Gen Psychiatry*, 4, 561–571.
- Beck, A.T., and Beck, R.W.* (1972) Shortened Version of BDI. *Post. Grad. Med.* 52, 81–85.
- Black, D., Morris J.N., Smith C., Townsend C., Whitehead M* (1992) *Inequalities in Health: The Black Report*, Health Divide, Penguin, London.
- Burns, D. D.* (1980) *Feeling good. The Mood Therapy*. Signet and Mentor, New York.
- Buda, B., Oláh, T., Pécsi, T.* (1988) *Neurózis*. Origo Press, Budapest.
- Caldwell, R. A. Pearson, J. L. Chin, R. J.* (1987) Stress–moderating effects: social support in the context of gender and locus of control. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 13, 1, 5–17.
- Cook, W., Medley, D.* (1954) Proposed hostility and pharisaic– virtue scales for MMPI. *Journal of Applied psychology*, 38, 414–418.
- Crumbaugh, J.C. and Maholick, L.T.* (1964) An experimental study in existentialism: the psychosomatic approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *J. of Clin. Psychology*, 20, 200–207.
- Demográfiai Évkönyv* (1996) KSH, Budapest.
- Dilling, H., Weyerer, S.* (1984) Prevalence of mental disorders in the smalltown rural region of Traunstein (Upper Bavaria) *Acta Psychiatr. Scandinavia* 69; 60–70
- Endrőczy E.* (1989) Stress és az immunrendszer, *Psychiatria Hungarica*, 4, 2, 107–118.
- Everson S.A., Goldberg D.E., Kaplan G.A., Cohen R.D., Pukkala E., Tuomilehto J., Salonen J.T.* (1996) Hopelessness and Risk of Mortality and Incidence of Myocardial Infarction and Cancer, *Psychosom. Med.* 58, 113–121.
- Falger, P., Appels, A.* (1982): Psychological risk factors over the life course of myocardial infarction patients *Advances in Carciology*, 29, 132–139.
- Falger, P.R.J., Schouten, E.G.W.* (1992), Exhaustion, psychological stressors in the work environment, and acute myocardial infarction among active men, *J Psychosom Res*, 36, 777–786.
- Folkman, S. és Lazarus, R. S.* (1980): An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J. of Health and Soc. Behav.* 21, 219–239.
- Forster D.P., Józán P.* (1990) Health in Eastern Europe, *Lancet*, 24, Feb, 458–460.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Talajic, M.* (1995) Depression and 18 month prognosis after myocardial infarction, *Circulation*, 91, 999–1005.
- Hagnell, O., Lanke, J., Rorsman, B., Ojesjo, L.* (1982) Are we entering an age of melancholy? Depressive illnesses in a prospective epidemiological study over 25 years: the Landby study, Sweden, *Psychol. Med.* 12. 279–289.
- Idler, E.L., Benyamini Y.* (1997) Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies, *J Health and Soc Beh*, 38, 21–37.
- Juhász, P.* (1964) A falusi betegek neurózisának kórokai, *Ideggy. Szemle*, 17, 33–44.
- Juhász, P.* (1970) Egy kelet-magyarországi falu lakói neurózisának szociogén kórokai, *Magyar Tudomány*, 15, 90–103.
- Juhász, P.* (1972) A szociálpszichiátria aktuális problémái, *Ideggy. Szemle*, 25, 375–384.
- Juhász, P.* (1973) A neurózis morbiditásának alakulása egy magyar faluban, lakói gazdasági megerősödésének és az urbanizáció kezdetének fázisában, In: *A deviáns viselkedés szociológiája*, Szerk.: *Andorka R., Buda B., Cseh-Szombathy L.*, Gondolat, Budapest.
- Juhász, Kopp, Veér* (1978) Módszer a neurózis szűrővizsgálatához, *Ideggy. Szemle*, 31, 292–299.

- Kawachi, I., Kennedy, B.P., Lochner, K., Prothow-Stith, D. (1997) Social Capital, Income Inequality, and Mortality, *Am. J. Publ. Health*, 87, 9, 1491–1498.
- Kawachi, I., Kennedy, B.P. (1997) Health and social cohesion: Why care about income inequality, *Br. Med. J.* 314, 1037–1040.
- Kopp, M., Fóris, N. (1993) A szorongás kognitív viselkedésterápiája, Végeken, Budapest.
- Kopp, M., Skrabski, Á. (1990) Összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatokra ajánlott módszertan. Végeken, 2, 4–24.
- Kopp, M., Skrabski, Á. (1992) Magyar Lelkiállapot, Végeken Alapítvány, Budapest
- Kopp, M., Skrabski, Á. (1989) What does the legacy of Hans Selye and Franz Alexander mean today? (The Psychophysiological approach in medical practice) *Internat J Psychophysiology* 1989, 8: 99–105.
- Kopp, M.S., Skrabski, Á., Magyar, I. (1987) Neurotics at risk and suicidal behaviour in the Hungarian population. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1987; 76: 406–413.
- Kopp, M., Skrabski, Á. (1995) Alkalmazott magatartástudomány, A megbirkózás egyéni és társadalmi stratégiái, Corvinus Kiadó, Budapest.
- Kopp, M., Skrabski, Á., Szedmak, S. (1995) Socioeconomic factors, severity of depressive symptomatology, and sickness absence rate in the Hungarian population. *J Psychosom. Res.* 39, 8, 1019–1029.
- Kopp, M.S., Szedmak S., Skrabski Á. (1998a) Socioeconomic differences and psychosocial aspects of stress in a changing society, *Ann. New York Acad Sci*, 851, 538–593.
- Kopp, M.S., Skrabski, Á., Szedmak, S. (1998b) Depressive symptomatology and vital exhaustion are differentially related to behavioural risk factors for coronary artery disease, *Psychosomatic Medicine*, 60, 752–758.
- Kristenson, M., Zieden B., Kucinskiene Z., Elinder L.S., Bergdahl B., Elwing B., Abravicius A., Razinkoviene L., Calkauskas H., Olsson A.G. (1997) Antioxidant state and mortality from coronary heart disease in Lithuanian and Swedish men: concomitant cross sectional study of men aged 50. *British Med Journal*, 314 (7081) 629–633.
- Kristenson, M., Kucinskiene Z., Bergdahl B., Calkauskas H., Urmonas V., Orth-Gomer K. (1998) Increased psychosocial strain in Lithuanian versus Swedish men: the LiVicordia study, *Psychosom Med*, 60, 3, 277–282.
- Lahelma, E., Valkonen, T. (1990) Health and social inequities in Finland and elsewhere. *Soc Sci Med* 1990; 31: 257–265.
- Lázár, I. (1991) Psychoneuroimmunológia, Végeken, Budapest.
- Losonczy, Á. (1986) A kiszolgáltatottság autonómiája az egészségügyben. Magvető, Gyorsuló idő sorozat, Budapest.
- Marmot, M.G. (1994) Relative deprivation as a psychosocial concept, *Proc. Third Internat. congress of Behavioural Medicine*, Amsterdam, 1994.
- Marmot, M.G., Kogevinas, M., Elston, M.A. (1987) Social/economic status and disease. *Annual Rev. Public Health* 1987, 8: 111–135.
- Marmot M.G., Davey-Smith, G. (1989) Why are the Japanese living longer? *BMJ* 299, 1547–51.
- Marmot M.G., Smith G.D., Stansfeld S., Patel C., North F., Head J., White I., Brunner E., Feeney A. (1991) Health inequalities among British servants: the Whitehall II study, *Lancet*, 337, 1387–1393.
- Marmot M.G., Syme S.L. (1976) Acculturation and coronary heart disease in Japanese-Americans. *Am J Epidemiology*, 104, 225–247.
- Marmot, M.G., White, I., Brunner, E., Feeney, A. (1991) Health inequalities among British servants: the Whitehall II. study. *Lancet*, 337: 1387–1393.

- Murray C.J.L., Lopez A.D.* (1996) *The Global Burden of Disease: A comprehensive assesment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and Projected to 2020.* Cambridge: Harvard Univ. Press.
- Népjóléti Minisztérium Évkönyv (1990) (Szerk.: *Skrabski Á.*), Budapest.
- Pratt, L.A., Ford, D.E., Crum, R.M., Armenian, H.K., Gallo, J.J., Eaton W.W.* (1996) Depression, psychotropic medication and risk of myocardial infarction, Prospective data from the Baltimore ECA follow-up, *Circulation*, 94, 3123–3129.
- Sartorius, H., Bohecek, N.* (1987) A mentális megbetegedések patomorfózisának változásai. *Psychiatria Hungarica* 2, 1, 3–6.
- Seligman, M. E. P.* (1975) *Helplessness: On depression, development and death*, Freeman, W.H., San Francisco
- Sklar, L., Anisman, H.* (1979) Stress and coping factors in fluence tumour growth. *Science* 205: 513–515.
- Skrabski, Á., Kopp, M.S.* (1994) Health behaviour, psychiatric symptoms and psychosocial background factors. *Dauwalder* (ed.), *Swiss Monographs in Psychology* 1994, 2: 21–27.
- Skrabski, Á., Kopp, M.S.* (1989) Needs, decrease of ability to work and disorders of social adaptation. *Res Rev Hungarian Soc Sci* 1989; 71–88.
- Skrabski, Á., Kopp, M.* (1999) Társadalmi beállítottság, társadalmi tőke, *Századvég*, 12, 128–146.
- Statistikai évkönyv (1995) KSH, Budapest.
- Sturt, E., Kumakura, N., Der, G.* (1984) How depressing life is. – Life-long morbidity risk for depressive disorder in the general population. *J. Affective Disorders* 7, 279–289.
- Wilkinson, R.G.* (1992): National mortality rates: The impact of inequality? *Am. J. Publ. Hlth.* 82, 1082–1084.
- Wilkinson, R.G.* (1994) The epidemiological transition: from material scarcity to social disadvantage? *Daedalus*, 123, 4, 61–77.
- Wilkinson R.G.* (1996a) How can secular improvements in life expectancy be explained? In: *Health and Social Organization*, (Eds: Blane D, Brunner E, Wilkinson R) Routledge, New York.
- Wilkinson, R.G.* (1996b) Health and civic society in Eastern Europe before 1989 (In: C. Hertzman, *Environmental and Non-Environmental Determinants of the East-West life expectancy gap*), Kluwer, Amsterdam.
- Weissman, A. N. & Beck, A. T.* (1979) *The Dysfunctional Attitude Scale.* Thesis.

Tárgyszavak:

Szociálpszichológia
Egészségügyi politika

PSYCHO-SOCIAL FACTORS AND HEALTH STATUS