

**Dr. Tariska Péter**

## **A demenciában előforduló pszichopatológiai tünetek befolyásolása lehetőségei**

### **1. Bevezetés**

A demencia, korunk egyik legnagyobb egészségügyi és társadalmi-szociális kihívása, három egymással szoros kapcsolatban álló tünetcsoportból áll. Alaptünetek a *kognitív* – megismerési - szimptomák (memória , beszéd- és nyelvi kifejezés, mozgásügyesség, cselekvés előretervezés és kivitelezés stb. zavara); ezek befolyást gyakorolnak a páciens mindennapi *önellátására*; a progresszív demencia lefolyás során több, mint 90%-ban nem-kognitív *pszichés* kórtünetek (szorongás, depresszió, hallucinációk, téveszme stb.) is megjelennek. Legnagyobb gondot ez utóbbiak jelentik a páciens ellátó számára. A tünetek van, hogy könnyen megállapíthatók, máskor tapasztalat szükséges felismerésükhöz. Kóroki hátterük több tényezős: bizonyos típusú organikus agyi bántalomnak és pszichoszociális tényezőknek is szerepe van kialakulásukban. A kezelésük lehetőség szerint nem-gyógyszeres, magatartásterápiás attitűdű gondozás kell legyen. A korai felismerés megakadályozhatja a tünet súlyosbodását és azt, hogy ez által ördögi kör alakuljon ki. A megfelelő ismereteken alapuló helyes gondozói attitűd, bizonyos egyszerű szabályok szem előtt tartása meghatározó jelentőségű úgy az otthoni, mint gondozó intézményben történő ellátásnál. „Minden orvosi diszciplína csak megfelelő elméleti háttérrel művelhető értelemszerűen” – írta a XX. század kiemelkedő neurológus professzora, Horányi Béla 1961-ben. Nincs ez másként a gondozással sem. Az oktatás jelentőségét húzza alá egy pár napja közölt – egyelőre előzetes – adat. Az Amerikai Egyesült Államok egy adott területén 20 szociális munkást képeztek ki demenciában, ill. depresszióban szenvedő idősök gondozására. 1650 pácienszt vontak a vizsgálatba. Részletes

állapotfelméréssel együtt 18 hónap alatt összesen 13 gondozói vizitre került sor. A vizsgált időszak végére a páciens gondozók stressz-tünetei 50%-kal mérséklődtek.<sup>1</sup>

## **2. Klinikai tünettan, diagnosztika, oki háttér**

A pszichés és magatartási tüneteket összefoglalóan a Nemzetközi Pszichogeriátriai Társaság 1996-ban a nemzetközi irodalomban azóta is használt BPSD-ként definiálta (Behavior and Psychological Symptoms of Dementia – a demencia magatartási- és pszichés tünetei). Nincs teljes egyetértés, hogy mit sorolnak e kategóriába tartozónak; mértékadó összegzésből kiindulva<sup>2</sup> az alábbiak azok a legfontosabb csoportok, melyek egyértelműen ide tartoznak: *affektív zavarok*, mint például a depresszió és szorongás; *apátia*: szociális és emocionális visszahúzódás; *pszichózis, hallucinációk; agresszivitás; agitáció* és a *motoros hiperaktivitás egyéb formái*, mint például elkóborlás, inadekvát tárgyhasználat stb.

Az egyes tünetek előfordulási gyakoriságát is meglehetősen szélsőséges határok között adják meg az irodalomban – ezt az 1. táblázatban tüntetjük fel.

---

<sup>1</sup> LaMantia MA et al: The aging brain care medical home: Preliminary data. J Am Geriatr Soc 2015; 63: 1209-13.

<sup>2</sup> McShane R: What are the syndromes of behavioral and psychological symptoms of dementia? In Finkel I, Burns A (szerk.): Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD): A Clinical and Research Update. *Int Psychogeriatr* 2000; 12 (suppl. 1): 147-163.



tív tünetek (alvászavar, étvágytalanság, fogyás), valamint a hangulat jellegzetes napszaki ingadozása - reggel rosszabb - segíthet a diagnózis felállításánál.

Van, hogy szorongásos elemek, dominálnak: lehetséges folyamatos aggódás elkövetkező – akár csekély változással járó – esemény miatt; előfordul, hogy vegetatív tünetekkel kísért pánik rohamok állnak előtérben, máskor a páciens fóbiaszerűen nem hajlandó az utcára kimenni, tömegközlekedést használni stb. Hangsúlyozandó, hogy mindezek újonnan keletkeztek, tehát nem évtizedek óta meglévő szorongás-betegség megnyilvánulásai.

Az affektív kórtünetek hátterében különböző ingerületanyag átvivők (szerotonin, noradrenalin, dopamin stb.) működésváltozása jelentőségét sok vizsgálat alátámasztotta. Ezek az eltérések különböző hatásmechanizmusú gyógyszerek adása alapját is képezik. Ugyanakkor érdemes szem előtt tartani azoknak a vizsgálatoknak az eredményeit, melyek azt mutatták ki agyi izotóp vizsgálat segítségével, hogy hangulatfüggő agyi anyagcsere eltérések *vannak*, de ezek akár gyógyszer nélkül, pszichoterápiával – párhuzamosan a páciens javulásával – fokozatosan meg is szűnnek.

### **A kezdeményező készség kóros csökkenése: az apátia**

A görög eredetű szó közönyt, közömbösséget jelent. Ez a környezet felé és saját maga irányában is megnyilvánul. Egyértelmű *változás* a premorbid személyiséghez képest. Alzheimer-kór keretében kb. 70%-ban fordul elő; a frontális lebenyi demenciák egyik fő típusa az, amelyet súlyos apátia, indítékhiány jellemez; de a tünet Parkinson-demenciában és vaszkuláris eredetű kórképnél is gyakori.

Az apátiát a következők jellemzik:

- a motiváció hiányzik
- legalább egy területen zavar észlelhető:
  - a célirányos magatartás csökken;
  - az új iránti fogékonyság hiányzik; személyes problémáival nem törődik;
  - az érzelmi reaktibilitás hiányzik;
- klinikailag jelentős mértékű szociális működészavart eredményez;

- nem tudat éberségszint csökkenés következménye, vagy nem valamely központi idegrendszerre ható szer (gyógyszer, alkohol stb.) közvetlen hatására vezethető vissza.

A frontális lebeny mediális, elülső cinguláris köre működészavara fontos szerepet játszik kialakulásában; többnyire dopaminerg és kolinerg alulműködés is kimutatható.

Az apátia a hozzátartozók szemszögéből nagy megrázkódtatást jelenthet: elveszítik az érzelmi kapcsolatot a korábban melegszívű, környezete iránt empatikus személlyel. Ritkán persze „jótékony” hatása is lehet a tünetnek, ha például a mindig is lobbanékony, kötözködő ember egyszer csak „megszelídül”, megszűnik éles megjegyzésekkel, felhorkanásokkal mindent kommentálónak lenni, derűs(nek látszó) egykedvűség uralkodik el rajta.

### **Pszichotikus tünetek, hallucinációk**

A *téveszme* (doxazma) alatt olyan tartalmilag hamis ítéletet értünk, melyhez az érintett makacsul ragaszkodik. A két leggyakoribb téveszme a meglopátásos doxazma és a téves azonosítás. A meglopátás érzése van, hogy azon alapul, hogy a páciens eltesz valamit és nem találja. Sokszor van, hogy mindezek csak futó és gyorsan móló ötletek, máskor tartósan meggyökerezhetnek a páciens tudatában. Ugyanez mondható el a mizidentifikációról (téves azonosítás). Ennek leggyakoribb megnyilvánulási formája az, amikor saját környezetét másnak appercipiálja („vigyetek haza!”). - A téves felismerés alapulhat az arcfelismerés képtelenségén (prozopagnózia) – ennek a megnyilvánulása lehet például a „tükrötünet”, amikor nem felismervén saját magát, a páciens hosszas „beszélgetést” folytathat a saját tükörképével, ami van, hogy számára szórakoztató lehet, máskor irritálja. Volt olyan páciensünk, akinek a rendkívüli nyugtalanságát az váltotta ki, hogy a tükrös szekrényben meglátta saját magát és fel nem ismerve tükörképét, ököllel a szekrényt kezdte verni. A „terápia” a tükör letakarása volt. – Van, hogy a páciens hozzátartozóját más személyként azonosítja. Gyakori egyéb megnyilvánulási forma az, midőn úgy érzi, hogy a televízióban történtek a saját lakásában zajlanak, vagy más élettelen dolgokat személyesít meg, például képes lapban látott személyeket valóságnak vél.

Több vizsgálat szerint sokszor jól identifikálható jobb féltekei károsodás mutatható ki a mizidentifikáció hátterében, tehát itt is konkrét lokális agyi ártalommal kapcsolatos körülményről és nem az emlékek teljes dezintegrációjáról van szó! Összefonódik, akár társulhat ez a tünet *hallucinációkkal*. A hallucinációk olyan érzékletes érzékszervi ingerek, melyeknek nincs valóság alapjuk. Valamennyi érzékszerv területén lehetségesek, leggyakoribbak a látási (vizuális) és hanghallásos (akusztikus) érzéksalódások. Sok esetben a hallucináció csak pár percig tart és van, hogy egyáltalán nem zavaró, sőt kellemes élmény is lehet a páciens számára.

### **Agitáció, agresszivitás**

Az agitáció a *motoros mozgáskészletés, többé-kevésbé turbulens és dezorganizált formáját* jelenti. A konkrét megnyilvánulási formákat egyfajta *súlyossági* sorba rendezhetők. *Enyhe* intenzitású tünetek esetén a beteg például a lábával dobog, ruházatát igazgatja, nem tud nyugodtan ülni, izeg-mozog. Esetenként sokat beszél, fel-lejárkál, nem fejezi be megkezdett cselekvését. *Kifejezett* – és ettől a fokozattól kezdve kóros mértékű – *pszichomotoros nyugtalanság* gyakori tünetei: mimika inadekvát, a páciens zaklatottan, beszűkülten járkál, kezét tördéli, kérdéseket monoton módon ismételve. *Súlyos* fokú agitáció esetén céltalan, tömeges mozgások uralkodhatnak, a páciens például az ágyában dobálhatja magát. Az agitáció, agresszivitás fajtáit a 2. táblázatban foglaljuk össze.

## 2. táblázat

### Az agitáció és agresszivitás fő formái<sup>4</sup>

fő fajta	alfaj	megnyilvánulási forma
nem-agresszív	fizikai	kóborlás, céltalan gyűjtögetés, nyugtalanság, szociálisan inadekvát magatartás (pl. vizeletelés nyilvános helyen)
	verbális	figyelemfelhívás céljából ugyanannak a dolognak ismételtetése, állandó újra megkérdezése
agresszív	verbális	kiabálás, sikoltozás, drasztikus szidalmazás stb.
	fizikai	köpködés, ütés, rúgás, karmolás, taszigálás, tárgyak hajigálása, harapás stb.

A klinikusok véleménye megegyezik abban, hogy *az agitáció a kommunikáció egyfajta formája, amivel a páciens valamit közölni szeretne*. Az agitáció középárányát 50%-ban szokták megadni. Változó gyakorisággal írják le demens betegekben agresszivitást is, a vizsgálatok főleg idült kórházi kezelésben részesülőkre, vagy ápolási otthonokban lévőkre vonatkoznak, 10-90% közötti értékeket megadva. Ki kell emelni azonban, *hogy gyakran ezeket a nem megfelelő bánásmód, szó-, vagy magatartásbeli megnyilvánulások váltják ki*, következésképp nagy többségükben elkerülhetők (lettek volna). A fizikai korlátozás, vagy annak veszélye különösen gyakran vált ki ilyen védekezőnek induló, majd esetleg igen súlyossá váló agresszív megnyilvánulást.

Az agresszivitás megjelenésében biológiai, pszichés és környezeti tényezők is szerepet játszanak. Demencia esetén az organikus ártalomnak és a kémiai eredetű gátlásvesztésnek ugyan van jelentősége, de pszichogén-szociogén provokáló tényező szerepét mindig mérlegelni kell (részleteket l. később). Az agytörzsben, hipotalamuszban, törzsdúcokban, amigdalában, a temporolimbikus és prefrontális kortexben számos hely ingerlésével, ill. léziójával lehet az agresszív megnyilvánulások különböző fajtáit kiváltani kísérletes körülmények között, ugyanakkor több agresszivitás gátló mechanizmus is működik. A neurotranszmitterek között az agresszív magatartás regulációjában a szerotonin jelentősége kiemelkedő.

<sup>4</sup> Tariot PN: Agitation in dementia. Alzheimer Insight 1998; 4: 4-7.

Az agitáció speciális fajtája, a „*naplemente*”-tünet; a késő délutáni – kora esti órákban jelentkező agitációt, zaklatott magatartást szokták így nevezni azért, mert volt olyan elképzelés, amely szerint a csökkenő fény mennyiséggel és nap lenyugvásával hozható kapcsolatba. Ma e komplex jelenséget inkább a páciens fáradtságával hozzák összefüggésbe.

### **Személyiségváltozás**

Már a betegség előtti, premorbid személyiségnek is igen nagy szerepe van abban, hogy a környezet hogy viszonyul a beteghez. Harmonikus, agressziómentes, családja felé pozitív érzelmeket kifejező páciens esetén eleve más a helyzet, mint ha valaki rideg, kötözködő, kiszámíthatatlan zsarnok volt világeletében.

A személyiség bizonyos fajta változása az öregedés során elég általános. Az érdeklődés szűkülése, a kitörő lelkesedésre való hajlam csökkenése és maga az a tény, hogy az új életszakaszban több szociális szerepétől is megfosztódik az érintett, eleve változás forrása. A demencia keretében a változás vaszkuláris eredetű kórképeknél sokszor sziget-szerű és nem érinti globálisan a személyiséget, míg például Alzheimer-kórban sokszor igen. Speciális a helyzet a homlok- és/vagy halántéklebenyi (frontotemporális) demenciák egyik fő fajtája, a magatartászavar tüneteivel jellemzett forma esetén. Itt kétféle eltérés szokott előfordulni. Az egyik, hogy indítékszegénnyé válik a páciens, nem kezdeményez, legfeljebb a mondottakat hajtja végre, akár egész nap csak fekszik vagy televíziót néz, érzelmileg kiürül. A másik, amikor aktívvá, ámde kritikátlaná válik: átgondolatlan cselekedeteket hajt végre, melyek sokszor anyagi következményekkel is járnak, tapintatlanná lesz, durva, trágár szavakat használ, súlyosabb esetben előfordul, hogy mindent, amit lát a szájába töm, akár nem emészthető dolgokat is (hiperfágia, hiperoralitás), számára haszontalan dolgokat gyűjtöget, vagy kritikátlan kapcsolatba bocsátkozik (hiperszexualitás). Ezek a tartós magatartászavar dominálta tünetcsoportok a legkínzóbbak és egyben legkevésbé jól befolyásolhatók, a gyógyszeres kezeléssel próbálkozás szinte elkerülhetetlen, ámde átütő sikerrel az sem kecsegtet.

**A BPSD-tünetek jelentősége:** A tünet-komplexum jelentőségét az húzza alá, hogy nem ritka tapasztalat az, hogy a lassú kognitív hanyatlást a hozzátartozók az időskor követ-



kezményének tartják; a mindennapi tevékenységek terén fokozatosan adaptálódnak ahhoz, hogy tisztálkodásban, öltözködésben a pácienset segíteni kell, de a pszichés kórtünetek, ha drasztikusak és hevenyen alakulnak ki, azonnal orvoshoz fordulást eredményeznek. Ha a hozzátartozó, magára hagyva túl sokáig küzd velük, súlyosan kimerül, van, hogy már az első vizsgálatra úgy jelentkezik, hogy „nem bírom, beteszem kórházba, otthonba”, holott ha idejében sor kerül a demencia oka megállapítására és a pszichés kórtünetek kezelésére, ez egyáltalán nem következett volna be. A korai felismerés a gondozást sokkal harmonikusabbá teheti.

Ebben a fejezetben a legfontosabb pszichés kórtünetek megnyilvánulási formáit mutatuk be. Kiemeljük, hogy soknál agypatológiai eltérések is állnak a konkrét tünet (apátia, agresszivitás, mizidentifikáció stb.) háttérében, de a pszichoszociális faktorok szerepe igen hangsúlyos szokott lenni.

A pszichés és viselkedészavarok jelentősége kiemelkedő, mert (1) igen gyakoriak, (2) többnyire rendkívül zavaróak, nem csak a páciens, de környezete számára is; (3) jelentős korrelációt mutat jelentkezésük a páciens korai intézményi elhelyezése kezdeményezésével, noha (4) sokszor sikeresen kezelhetők – gyógyszer nélkül is.

A gondozási otthonban szintén ugyanez a helyzet: ha gondolunk rá, igyekszünk megelőzni a tüneteket, sokkal jobb a helyzet, mint a már kialakult szindrómák esetén.

### **3. Az ellátás szakmai ajánlása**

A *társadalomnak* is az a legkedvezőbb, ha az ellátás minél tovább a páciens megszokott, otthoni környezetében történik. Az ok meglehetősen prózai: messze ez a legolcsóbb. A legdrágább a kórházi keretek közötti tartós ellátás; ez a 90-es évekig sok helyen – egyéb lehetőség híján – napi gyakorlat volt, de azóta a kórházi ellátás szerkezete jelentősen átalakult, ilyen lehetőség legfeljebb átmeneti ideig, költség-hozzájárulással és korlátozott kapacitással áll rendelkezésre az ún. rehabilitációs finanszírozású osztályokon. A demencia költség-hatékonysága és finanszírozása igen terjedelmes irodalmát ebben a keretben még vázlatosan sem érinthetjük, egyetlen tény emelünk ki. Valamennyi korszerű felmérésben a gondozó, hozzátartozó munkája, ideje, aktív munkavégzésből kiesése külön tételként szerepel, mely általában nagyobb, mint az átvizsgálásra

és kezelésre fordított összeg. Teljes mértékben sehol sem tudják ezt ellentételezni, azonban hazánkban ezt az aspektust a döntéshozók szinte teljesen negligálni látszanak. Ahhoz, hogy a demens betegek egészségügyi és szociális ellátásának megfelelő keretei legyenek egyfajta (egészség- és szociál)politikai szándék szükséges. Több európai országban – például Nagy-Britanniában, Franciaországban, Dániában - átfogó stratégiát dolgoztak ki, fogadtak el és *rendeltek hozzá anyagi keretet*, hogy megvalósulhasson. Annak mintájára, mint amikor az 1990-es években meghirdették az Amerikai Egyesült Államokban az „Agy évtizede” programot: a Kongresszus határozatot hozott és igen jelentős pénzüsszeget különített el a célok megvalósítására. - Ahhoz, hogy az otthoni ellátás minél tovább – és főleg a pszichés kórtünetek okozta jelentősen megnehezült körülmények között is - folyjon, a családot ellátó szolgáltatásokkal segíteni kell, elérni azt, hogy a gondozási teher megoszolják. Ennek akár csak taxatív felsorolása is a jelenlegi tárgykör keretét meghaladja.

A páciens otthonában és gondozási intézményben történő ellátás között sok a hasonlóság és átfedés.

*Az otthoni ellátás vezérfonala.* A BPSD tünetek jellegzetesen a demencia közepesen súlyos szakában dominálnak.

### *Általános alapelvek*

Az emberi méltóság tisztelete kell mindig, minden tünet esetén és minden súlyossági fokban szem előtt legyen. A tünetek kialakulásában pszichoszociális tényezőknek igen nagy súlya van. A demencia korai szakában a páciens akár teljes betegségbelátással is bírhat. A kopó emlékezet, szociális zavart okozó hibák, az egyre nagyobb erőfeszítés, hogy felszínen tartsa magát elbizonytalanodással, szorongással töltik el, hangulata tartósan nyomottá válhat. A kognitív hanyatlás előre haladtával, túl azon, hogy a korábbi problémák hatványozottan jelentkeznek, még a családon belüli szociális szerep elvesztésével is meg kell küzdenie: a tekintélyes családfő gyámolítandó, esékény emberré válik, a kiváló, családot összetartó háziasszony már főzni sem tud segítség nélkül. Éppen ezek miatt nagyon fontos az, hogy érezze, nem csak szereti a családját, de van önálló funkciója is, mely természetesen más lehet, mint az eddigiek. Csak abban segítsen a

gondozó, amiben feltétlen kell, és csak segítsen, de ne vegye át a feladat elvégzését pusztán azért, mert azt így sokkal rövidebb idő alatt el lehet végezni. A hozzátartozó empátiája ötletességgel és nagy fokú kreativitással kell társuljon ahhoz, hogy a páciens se kiszolgáltatottnak, se feleslegesnek ne érezze magát. A „*Használd, vagy elveszíted!*” elv az egyszerű, mindennapi cselekedetekre épp úgy vonatkozik, mint a szellemi tevékenységekre!

Soha nem szabad a páciens jelen nem lévőnek tekinteni, „róla” és nem hozzá beszélni. Mindig törekedni kell, hogy pontosan megértsük, hogy ő mit akar, mi zajlik benne, még akkor is, amikor töredezett mondataiból ezt nehéz kihámozni. Át kell azt is mindig gondolni, vajon mit érezhet a páciens, aki hanyatlását, vagy annak egyes elemeit sokáig megéli, azok szorongással, elbizonytalanodással, kétségbe eséssel töltik el.

#### *Az inspiráló napirend és a strukturált tevékenységek szerepe*

Mint minden szakban a jól strukturált, páciens igényeihez is igazodó napirend kialakítása kedvező hatású lehet többféle pszichés kórtünetre is. Érvényesülhet ez a *szorongásos* zavarok enyhébb fokánál, a tevékenység végzése – mint fiatalabb korban is – figyelemelterelő és egyben szorongásoldó is lehet. *Depresszió* enyhe fokánál is lehetséges ez, de ekkor a páciens igényeit már fokozottan figyelni kell, hogy ne fárassza, vagy frusztrálja az adott tevékenység.

A strukturált aktiváció keretet adhat az apátiás páciens mindennapjainak is. A napirendben a páciens érdeklő tevékenységeknek fontos szerepe van. Ez lehet valamilyen játék: a mentális hanyatlás enyhébb fokán betűből szó kirakásán alapuló játékok, korábbi, megszokott kártyajátékok játszása stb. Célszerű olyan tevékenység végzése, amelyik megfelel a páciens érdeklődésének és produktív jellegű. Sokszor hasznos, ha figyelmét valamilyen tevékenység köti le: a korábban szorgos háziasszonynak jó, ha keze ügyében van valami hajtogatható, stoppolásra váró zokni, de volt páciensünk, aki egész nap horgolt, egy másik, aki egyetlen tevékenységre volt hajlandó: mandulát és diót törni és tisztítani – ezt viszont fáradhatatlanul, órákon keresztül.

Fontosak az érzelmekre elsőslegesen ható ún. *reminiscencia*-módszerek: régi fényképek nézegetése, videó filmek megtekintése, emlékek közös felelevenítése. De ugyanígy rövid, nem terhelő tornagyakorlatoknak, rendszeres sétának is nagy jelentősége van. Szá-

mos vizsgálat alátámasztotta, hogy akár egyszerű séta idején, vagy mentális aktivitást igénylő feladatok közben az agy globális és regionális vérrellátása is javul.

*Speciális helyzet: pszichotikus tünetek, nyugtalanság, agresszivitás*

A *pszichotikus kórtünetek* közül a mizidentifikációt és a féltékenységi téveszmékkel kapcsolatos magatartást emeljük ki. Itt a hozzátartozó attitűdje különösen fontos. Ha arra, hogy a páciens nem ismeri fel őt, vagy környezetét, de akár ha féltékenységi, meglapatásos, vagy egyéb kóros tartalmakat hangoztat, racionális úton próbál reagálni, ez nem csak céltalan, de öngerjesztő körfolyamatot is beindíthat. A pszichotikus élmények akkor, az adott pillanatban teljesen valósak a páciens számára, ezekről nem lehet „lebeszélni”. Ilyenkor a nyugodt, csöndes, egyszerű szavakkal történő kommunikáció lehet csak hatásos és érdemes a figyelem elterelés módszeréhez folyamodni. Tea, aprósütemény fogyasztása, megnyugtató zene bekapcsolása, vagy sétára invitálás a páciens figyelmét elterelheti egyébként számára is kínzó, de sokszor maguktól múló élményeiről. A vita könnyen nyugtalanságot, agitációt, majd agresszivitást szülhet. Ezek a figyelem elterelő módszerek akkor válhatnak be, ha a kórtünetek viszonylag gyorsan elmúlnak maguktól is. Ha azonban mély gyökeret eresztenek, sokáig tartanak és úgy a páciens, mint hozzátartozója életét megkeserítik, lehetőség szerint pszichiáterrel kell konzultálni.

Az agitáció speciális formája, a „*naplemente-tünet*” esetén a fizikai diszkomfort-érzést (éhség, szomjúság stb.) ki kell küszöbölni. Alma, vagy egyéb gyümölcs a kritikus napszakban mindkettőn segíthet. Ezt a napszakot megelőzően az időt egyébként, ha a páciens nem is szundít, érdemes „csendes pihenővel” tölteni, amikor a külső inger mennyiségét csökkentjük, televíziót leoltjuk, rádiót lehalkítjuk, de az is jó, ha csöndes, megnyugtató zene szól. Ez nem csak a páciens, de gondozója számára is pihentető, ellazító lehet! A sétát és egyéb aktív tevékenységet jobb a reggeli órákra centrálni, többnyire a demens páciensek a délelőtti órákban a stimulációt szívesebben veszik. Boltba menést, unokák látogatását érdemes - ha lehet – szintén erre a napszakra betervezni.

Különösen veszélyes lehet, ha a páciens otthonából *elkóborol*. A lakáson kívülre jutó páciens potenciális életveszélyben van. Nagy amerikai felmérések adatai szerint az ese-

tek 69%-ban elég súlyos következményekkel kell számolni, amelyek között 1-3% az elhalálozás veszélye. A lakásból kijutás megakadályozására nagy tapasztalatú Alzheimer szervezetek három fő területet átgondolva adnak tanácsokat: az elkóborlás oka meghatározása és azzal kapcsolatos teendők; a belső környezet alakítása és a lakás bejártával kapcsolatos teendők.

Többé-kevésbé hirtelen fellépő nyugtalanság esetén a páciens jól ismerő orvossal mindenképp érdemes konzultálni, részben azért, hogy nincs-e valamilyen rejtett (szub)akut betegsége, amely ezt magyarázhatja, vagy a gyógyszerelés nem felelős-e a nyugtalanságért (nem megfelelő napszakban adott vízajtó, mozgásnyugtalanogató mellékhatásként előidézhető antipszichotikumok, például a haloperidol stb.). Egyébként az agitációnál részletezett okokat érdemes mérlegelni; ezekre későbbiekben térünk ki. A környezeti módosítás terén: az időbeni tájékozódás segítése óra, naptár elhelyezésével; a térbeli tájékozódást segítheti, ha a megfelelő helyiségekre nagy betűkkel kiírjuk, hogy mi van az ajtó mögött, vagy a helyiség színes fényképét ragasztjuk az ajtóra; a lakás elhagyására „ingerlő” tárgyak (kabát, esernyő, kalap stb.) ne legyenek jól észrevehető helyen; ne legyen zajos a lakás (túl hangos televízió, rádió!); kényelmes karosszék segíthet abban, hogy kevésbé gyakran érezzen menési készletet a páciens; éjszakai lámpa segíthet az alvásból felébredéskor sokszor tapasztalható tájékozódási zavar kivédésében. Itt és minden esetben ki kell emelni, hogy *mindennemű fizikai-kémiai korlátozás szigorúan kerülendő!*

A kijárat ajtó fokozott ellenőrzése eszközeit át kell gondolni: a kimenést nehezíteni kell. Kulcsok elrejtése, speciális (például számkódos) zárok, vagy speciális kilincsek felszerelése szóba jön; a lakásajtót fel lehet szerelni figyelmeztető csengővel, ami például nyomásérzékelővel van ellátva; az ajtót el lehet rejteni függönnyel, vagy kitapétázása segíthet a kívülről jutás megakadályozásában, de akár olyan színűre is lehet festeni az ajtót, mint a fal, a minta az ajtón folytatódhat, mintha az folyamatos fal lenne. Fontos, hogy az ajtón lehetőleg ne legyen üvegtábla, de lehet, hogy a kijutás megakadályozásához egy STOP jelzés az ajtón is elegendő. Az ablakokra is ügyelni kell, függöny segíthet, de azt mindenképp ellenőrizni kell, hogy az ablak be van-e zárva, természetesen főleg olyan lakásnál, ahol a távozás az ablakon át is lehetséges.

### A „gondozó gondozása” kérdése

A mentális hanyatlás kezdeti szakában a páciensnek még csak minimális külső segítség szükséges. A közepesen súlyos szakasz – mely egyébként a leghosszabb szokott lenni – a legnagyobb kihívás a páciens gondozó számára. A pszichés kórtünetek is súlyosbítják ezt. Már ennek a szakasznak a kezdetén foglalkozni kell a gondozó mentális higiéniájával. Azt az alapszabályt, hogy *ne egy személyre háruljon a gondozási teher*, mielőbb meg kell kísérelni érvényesíteni, mert egyébként a gondozó kimerül, szorongásos-depresszív, máskor önvádlatos, vagy szomatikus tünetei keletkeznek. A családon belüli munkamegosztás optimális, de ha szükséges ebben a szakban a külső gondozás lehetőségeit (távoli rokon mozgósítása, önkormányzat lehetőségei igénybe vétele, vagy egyéb út) mielőbb igénybe kell venni. Ha és amennyiben gondozási otthonban elhelyezés a döntés, részletesen tájékozódni kell hova, milyen feltételek mellett kerül majd a páciens.

Sokat segíthetnek a hozzátartozói csoportok („Memória-café”, „Alzheimer-kávéház” stb.), ahol tudatosulhat a gondozóban, hogy problémája nem egyedi, a megoldásban sincs magára hagyva és egymástól igen hasznos ötleteket lehet kapni, azon kívül, hogy a környezetből rövid időre kiszakadás, az, hogy kiadhatja magából, ami nyomasztja, jelentős megkönnyebbülést is eredményezhet.

**Gondozási otthonban** sok tekintetben ugyanazokkal a problémákkal kell szembe nézni, mint az otthoni kezelésnél.

### *Beilleszkedés, a páciens megismerése*

A páciensek többsége új környezetbe kerülve egyfajta *alkalmazkodási krízist* él át. Minél inkább ismerjük a páciens és mentális állapotát, annál jobb lehetőség van arra, hogy ez mérséklődjék. Az állapotfelmérésre és a páciens megismerésére előgondozás keretében kerülhet sor. Érdeemes pontosan tisztázni a hozzátartozóval, hogy mi érdekli, mi köti le – és mi irritálja általában a páciens. Milyen volt régen a magatartása, reakciói, milyen változás következett be stb. Mindezek a személyközpontú gondozás (Kitwood, 1992) keretébe jól illeszthető bevezető mozzanatok – ezzel a megközelítés formával a jegyzetben külön fejezet foglalkozik. Ha lehetőség van rá, nagyon fontos, hogy néhány

otthoni, megszokott bútorra legyen a páciensnek, az otthonábani elrendezést mintegy imitálva.

A páciens helyzetét nehezíti, hogy a tüneteket könnyen félreértheti a környezet. Miként a beszédértés zavarával küszködő afáziást könnyen „zavartnak” minősítik, a beszédkifejezés érintettsége miatt akadozó, nehezen érthető beszédű páciens könnyen letorkollhatják, a mizidentifikációs tünettől rendelkezőről úgy tarthatja környezetét, hogy „már teljesen leépült”, a múltban él stb. A helyes megközelítésmód fő nézőpontja bármilyen tünet és bármilyen súlyosságú demencia esetén itt is az emberi méltóság tisztelete.

### *Az agitáció és az agresszivitás*

Gondozási otthonokban nem ritka az agitáció, mely a páciens ki-bejárásában, céltalan bókászásában nyilvánulhat meg. A nyugtalanság mindig valami jelzés. Próbáljunk meg először rájönni, mi zavarhatja a páciensét és ahhoz igazítsuk teendőinket.

- Lehet, hogy a külső környezetben van valami zavaró: a szoba hőmérséklete, vagy világítása nem megfelelő, a helyiség zajos, de az is lehetséges, hogy túl ingerzegény a környezet. A szoba megfelelő hőmérséklete biztosítása nagyon fontos – és ez egyénenként változó! A legtöbb idős, perifériás keringési zavar miatt is, igen fázós, számukra az átlagosnál magasabb szobahőmérséklet az optimális. De vannak, akiknek még az átlagos hőmérséklet is túl magas és emiatt válnak nyugtalanná. Fontos, hogy a páciensnek saját privát szférája legyen, ahova elvonulhat. Van, hogy ha egyedül hagyják, megnyugszik. Sok demenst a tükrök, képek megzavarnak. A minél egyszerűbb, biztonságos környezet nagyon fontos: ne legyenek úttorlaszok, felgyűrődő szőnyegek. Annak, hogy demenseket gondozó intézményeknek mi a célszerű felépítése igen gazdag irodalma van, hazai útmutatók is rendelkezésre állnak – ezekre a részletekre természetesen ebben a keretben nem térhetünk ki.
- Lehet, hogy keres valamit, vagy például a szükségletét akarja kielégíteni (éhes, szomjas, WC-re kell mennie). Fontos az alapvető szükségletek kielégítése, környezeti és pszichés komfort biztosítása. Ha kis falatkákat, vagy egy pohár vizet

kínálunk, elkísérjük a toalettre, ha ilyen irányú szükségletei voltak, azok kielégítését segíthetjük.

- Az is lehetséges azonban, hogy valami elérhetetlen dolgot keres, például szeretett elhalt hozzátartozóját, régi otthonát, vagy valami tárgyat, vagy zajos, zavaró ingerektől akar menekülni: sokan, hangosan beszélnek, sok a fény, zaj stb., esetleg a múlt tevékenységei „betolakodnak” a jelenbe: korábbi foglalkozásának megfelelő tevékenységet akar folytatni, de lehet, hogy megpróbál „hazatalálni”.
- Testi fájdalmai vannak, ezeket nem tudja kifejezni, ezért nyugtalanná válik, vagy a járkálással igyekszik megszabadulni tőlük: fogfájás, ízületi fájdalmak, vagy nem nyilvánvaló tünetekkel járó egyéb fájdalmi szindróma, rossz közérzet, hányinger stb. – ezekben az esetekben természetesen orvosi vizsgálat az első lépés.
- Gyógyszer mellékhatás, vagy –megvonás következménye a jelenség.
- Lehetséges, hogy stressz érte, akár az, hogy új környezetében nem tud eligazodni, de az is lehet, hogy nyilvánvaló aktuális ok nélkül szorong. A szorongás, nyugtalanság oldása figyelemeltereléssel, vagy megelőzése valamilyen tevékenységgel sokszor hatásos, nyugtató tea elfogyasztása, rendszeres, hosszú séta, labdázás stb. segíthet.
- Meglehet, hogy egyszerűen unatkozik. Az unalom elkerülése: a figyelmét megpróbálhatjuk lekötni valamivel: vannak, akik akváriumban úszkáló színes halakat nézegetnek szívesen, de fotóalbum nézegetés is segíthet. A páciens rendszeres tájékoztatása (orientálás) arról hol van, hány óra van, mi történt a közelmúltban stb. igen fontos – ez a folyamatos realitás orientáció része.

Az agitáció könnyen agresszivitássá súlyosbodhat. Ha igyekszünk megérteni, hogy a páciens mit akar közölni, türelmesen, meleg érzelmeket kifejezve fordulunk felé, ez általában megelőzhető. A fizikai korlátozás, vagy az, hogy olyanra próbáljuk meg rávenni, amit akkor nyilvánvalóan nem akar, nem csak céltalan, de saját magát rontó körfolyamat kezdete is lehet.



Ugyanez vonatkozik a „csábító” lehetőségre, a *gyógyszerek* adására. A demenseknél kialakuló magatartási és pszichés kórtünetek kezelését célzó pszichofarmakológiai repertoár eleve lényegesen szűkebb, mint fiatalkori kórtünetek esetén. Ezek oka – legalább is részben – a gyakoribb mellékhatás, vagy az interakció az egyébként is szedett – olykor elég tekintélyes mennyiségű – korábbi gyógyszereivel. Anélkül hogy javallatra, ajánlásra, a várható hatás/mellékhatás kockázatára kitérnénk kiemeljük, hogy pszichés kórtünetekre a lehető legritkább esetben, alacsony dózisban adjunk gyógyszereket és azt mindenképp rövid időn belül mérlegeljük, hogy dóziscsökkentésre, vagy a szer elhagyására nincs-e lehetőség. Mindezek természetesen a páciens ismerő pszichiáter szakorvos feladatai.

Valamennyi pszichés, viselkedési és önellátási tünettől kapcsolatban igen lényeges, hogy szisztematikus megfigyelésre és adatrögzítésre kerüljön sor. Ez lehetséges skálák, teszt jellegű módszerek igénybe vételével, előre megszerkesztett kórlefolyást rögzítő lapokon, de akár szabad szöveges formában is. Egyes ajánlható módszerekre a következő fejezetben térünk ki. Az adminisztratív jellegű adatközlés természetesen csak az egyik dimenzió. Miként otthon ápolásnál a hozzátartozói csoportok szerepe igen jelentős, ugyanígy igen hasznos a gondozói csoportok működése: a tapasztalatok jól kiegészíthetik egymás, a problémák megoldási módjaiban „tanítva tanulhat” és gazdagodhat mindenki.

*Összegzésként* a következőket emeljük ki. A társadalom és egyén érdeke egybe esik abban, hogy a páciens minél tovább az otthoni, megszokott, érzelmi támogatást adó légkörben lehessen. A társadalom nyújtotta lehetőségek jelenleg messze nem elégségesek. Az otthon ápolásnál a páciens igényeit és a hozzátartozó lehetőségeit összhangba kell egymással hozni. Minél nehezebb megérteni, mi zajlik a páciensben, annál elmélyültebb gondolkodás szükséges, hogy ezt megtudhassuk. A gondozás lehetőség szerinti feladat megosztása biztosíthatja csak mindenki viszonylagos testi és lelki harmóniáját. Gondozási otthonban az újonnan bekerültek egyfajta alkalmazkodási krízisen esnek át. Az előgondozás ezt mérsékelheti. A gondozási otthonok strukturális felépítésének jól kimunkált standardjait szem előtt kell tartani. A jól megtervezett, páciens igényéhez

adaptált foglalkozásoknak igen fontos szerepe van – ezek részleteivel a jegyzet másik fejezete foglalkozik éppúgy, mint a pszichoszociális megközelítésmód részleteivel is.

Végül két fontos alapelvet megtestesítő „szlogen”: *„A környezetet változtassuk meg, ne a páciens akarjuk!”* – *„A legtöbb tünetet nem gyógyszerrel, hanem odafigyeléssel lehet kezelni!”*.

#### 4. Indikátorok, mérhetőség

A szomatikus medicina részéről a pszichiátriával szemben megfogalmazott gyakran hallott kritika az, hogy a diagnózis nem objektív: nincs olyan laboratóriumi, vagy más vizsgálati lelet, mely ha megvan, diagnosztikus értékű. A kritika részben jogos, de nem a szakma tehet róla. Az agy működése és a pszichés tünetek genezise túl összetett és sok változós ahhoz, hogy egyelőre ilyen paraméterekkel rendelkezünk. Ma a diagnózis alapját a különböző diagnosztikai rendszerek igen jó vizsgálók közötti egyezést mutató ismérvei képezik. A pszichiátriában legismertebb két ilyen rendszer az Egészségügyi Világszervezet kidolgozta Betegségek Nemzetközi Osztályozása – BNO (jelenleg hatályos verzió BNO-10, 1994) és az Amerikai Pszichiátriai Társaság által gondozott Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders – DSM – A Mentális Zavarok Diagnosztikai Statisztikai Kézikönyve (hatályos verzió: DSM 5, 2013)

A laboratóriumi vizsgálatok diagnosztikus értéke csekély. Egy-két ritkán előforduló kórképnél – például a dominánsan öröklődő, speciális mozgászavarral jellemzett Huntington-kórban – a genetikai vizsgálat egyértelmű bizonyosságot ad. A pszichiátriai kórképekben és tünetcsoportokban sok statisztikai érvényű eltérést mutattak ki, melyek azonban az egyénre lebontva nem diagnosztikus értékűek.

Évtizedek óta egyre bővül azoknak az állapotörögztítő skáláknak, teszteknek a repertoárja, melyek segíthetik a klinikust. A mentális hanyatlás súlyosságát a jól ismert Globális Deteriorizációs Skálával (GDS) szoktuk gyakran jellemezni. Tekintve, hogy fejezetünk nem a kognitív hanyatlással foglalkozik, ezt itt nem részletezhetjük. A pszichés kórtünetek széles spektrumát tekinti át például a Reisberg és munkatársai kidolgozta skála, ezt a 3. táblázatban mutatjuk be.

3. táblázat

Nem-kognitív kórtünetek demenciákban (BEHAVE-AD skála)<sup>5</sup>

<b>A. Paranoid téveszmék</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Meglopátásos</i> téveszme.</li> <li>2. A "<i>háza nem a saját otthona</i>" téveszme: gyakran kéri, hogy vigyék haza, vagy családtagját utasítja ki, hogy menjen haza stb.</li> <li>3. A "<i>hozzátartozó szélhámós</i>" téveszme, ez van, hogy dühöt és agressziót eredményezhet.</li> <li>4. <i>Elhagyatás</i> téveszmeje ("be akarnak dugni kórházba, intézetbe").</li> <li>5. <i>Hűtlenség, megcsalás</i> téveszmeje.</li> <li>6. Egyéb paranoid ötletek, vagy téveszmék (pl. <i>idegenek laknak a lakásban, az a téveszme, hogy még mindig dolgozik, utazik, meghalt családtagok élnek, együttélő hozzátartozója megkettőzöttsége téveszmeje, idegenek ártani akarnak neki stb.</i>).</li> </ol>
<b>B. Hallucinációk</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Vizuális</i> (lehet laza, vagy jól körvonalazott, gyakori, hogy betolakodókat, vagy meghalt rokonokat lát).</li> <li>2. <i>Akusztikus</i> (van, hogy vizuális hallucinációkkal együtt, máskor ha egyedül van).</li> <li>3. <i>Egyéb</i> (ritkébbak, pl. gázzzag hallucinációja).</li> </ol>
<b>C. Aktivitászavarok</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elkóborlás</li> <li>2. Céltalan aktivitás (kognitív abulia): pl. nyitja, csukja jegyzetfüzetét, pakolászik, fiókokat huzigálja, kérdéseket ismételtet, hozzátartozóját követi a lakásban stb.</li> <li>3. Inadekvát tevékenység, pl. céltalan gyűjtögetés, vagy nem megfelelő helyre tesz valamit, pl. ruhákat gyűr szemétkosárba stb. Ennek akadályozása esetén agresszívvé válhat.</li> </ol>
<b>D. Agresszivitás</b>

<sup>5</sup> Reisberg B, Borensteins J, Franssen E et al: BEHAVE-AD: A Clinical Rating Scale for the Assessment of Pharmacologically Remediable Behavioral Symptomatology in Alzheimer's Disease. Alzheimer's Disease 1987, 1-16

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbális kitörések (társulhatnak a korábbiakhoz, de önmagukban jelentkezők is).</li> <li>2. Fizikai agresszív kitörések (frusztrációs helyzetben, vagy anélkül).</li> </ol>
<p><b>E. Napszaki ritmus zavarai</b></p> <p>pl. éjszaka/nappal zavara: napközben szunyókál, éjszaka sokszor ébren van.</p>
<p><b>F. Affektív zavarok</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sírósság (általában depresszió jele).</li> <li>2. Egyéb depressziós megnyilvánulás.</li> </ol>
<p><b>G. Szorongás és fóbiák</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Szorongás az eljövendő események miatt (Godot szindróma).</li> <li>2. Egyéb szorongás (pénzügyi helyzete, jövője, egészsége, pl. emlékezete miatt stb.).</li> <li>3. Félelem attól, hogy egyedül hagyják.</li> <li>4. Egyéb fóbiák, pl. tömegtől, utazástól, sötétségtől, tisztálkodástól.</li> </ol>

Ez a skála egyfajta szisztematikus tünet áttekintésnek felel meg, érdemes tételesen végig haladni rajta, majd a megfelelő terápiás céltünetet kiválasztani és az ahhoz adekvát eszközöket definiálni. Goldstein (1923) klasszikus mondására sokszor érdemes gondolkodnunk: „A tünetek csak válaszok feltett kérdéseinkre”.

Vannak olyan szemikvantitatív vizsgálatok, melyek a pszichés tüneteket nem csak számba veszik, de azok súlyosságát is jellemzik, egyfajta indikátorként szolgálva. Ezek közül egy igen általánosan használtat, a Rövid Pszichiátriai Becslőskálát (Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS) – a 4. táblázatban mutatjuk be. Az ebben foglalt vizsgálatok egy része a beteg megfigyelésén alapul, egyéb részek értékeléséhez mások obszervációjából származó beszámoló szükséges. A 17 féle tünet csoportosítása egyfajta vezető szindróma kiválasztására is lehetőséget nyújthat (BPRS-faktorok: öt fő tünetcsoport). Az egyes faktoroknál zárójelben a kapható minimális és maximális pontszámot tüntettük fel.

4. táblázat  
A Rövid Pszichiátriai Becslő Skála (BPRS)<sup>6</sup>

Vizsgált működések/pontértékek/faktorok	1	2	3	4	5	6	7
	nincs						nagyon súlyos
<b>I. Anxietás - depresszió (lehetséges pontszám: 4 – 28); kapott összpontszám:</b>							
SZOMATIKUS TÉPELŐDÉS fizikai állapota megélése, annak reális alapjától függetlenül							
SZORONGÁS verbális kifejezése							
BŰNTUDATÉRZÉS verbális kifejeződése							
DEPRESSZÍV HANGULAT foka							
<b>II. Anergia (lehetséges pontszám: 4 – 28); kapott összpontszám:</b>							
ÉRZELMI VISSZAHÚZÓDÁS a vizsgálati helyzetben							
MOZGÁSOS MEGLASSULÁS a vizsgálati helyzetben							
ÉRZELMI ELTOMPULTSÁG, reakcióhiány							
DEZORIENTÁCIÓ							
<b>III. Gondolkodászavar (lehetséges pontszám: 4 – 28); kapott összpontszám:</b>							
FOGALMI DEZORGANIZÁCIÓ: konfúzió, inkoherenca, gondolkodási dezorganizáció a tényleges verbális teljesítmény alapján							
MEGALOMÁNIA verbális megnyilatkozása							

<sup>6</sup> Overall JE, Gorham DR: The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychological Reports 1962; 10: 799-782.

HALLUCINÁCIÓ az elmúlt hét során, a páciens leírása alapján véleményezve							
SZOKATLAN GONDOLATTARTALMAK, bizarr, furcsa gondolatok							
<b>IV. Aktiváció (lehetséges pontszám: 3 – 21);</b>		<b>kapott összpontszám:</b>					
FESZÜLTÉG: idegesség” fizikai/motoros megnyilvánulásai							
MOZGÁSI ÉS TESTTARTÁSI MANÍROK							
IZGALMI ÁLLAPOT: agitáció, fokozott emocionális tónus, hiperreaktivitás							
<b>V. Ellenségesség-gyanakvás (3 - 21);</b>		<b>kapott összpontszám:</b>					
ELLENSÉGESSÉG, harciasság, mások megvetése – a verbális megnyilvánulások, nem a magatartás alapján!							
GYANAKVÁS: az a hiedelem, hogy másoknak ártó szándéka volt, vagy van iránta, melyeket verbálisan kifejez és most is fenntart							
KOOPERÁCIÓHIÁNY: ellenálló, magába zárkózik, barátságtalan, nem kooperál a vizsgálóval az interjúhelyzetben							
<b>ÖSSZPONTSZÁM (18-126)</b>							

Nem mentes szubjektív elemektől, de kellő gyakorlattal jól használható a páciens pszichés állapotát globálisan értékelő két skála a CGI-S (Clinical Global Impression –

Severity – Globális Klinikai Összbenyomás – Súlyosság) és a CGI-C (Clinical Global Impression – Change; Globális klinikai Összbenyomás – Változás)<sup>7</sup>. A CGI-S fokozatai: 1 – nem beteg; 2 – határeset; 3 – enyhén beteg; 4 – mérsékelt fokban beteg; 5 – kifejezetten beteg; 6 – súlyosan beteg; 7 – igen súlyosan beteg. A CGI-C pontozása: 1 – igen jelentősen javult; 2 – jelentősen javult; 3 – minimálisan javult; 4 – változatlan az állapota; 5 – kissé rosszabb; 6 – jelentősen súlyosbodott az állapota; 7 – igen jelentősen súlyosbodott.

Ha a BPRS-összpontszámot tekintjük az „enyhén beteg” ponthatára 31, a „mérsékelté” 41, a „súlyosé” 51<sup>8</sup>. Ezek tájékoztató értékek, alapvető jelentősége a BPRS-faktorok összehasonlításának van, melyből számszerűsíthető, hogy melyik a domináns pszichés kórtünet csoport.

Vannak egyes tüneteket jellemző skálák: Hamilton Depressziós Skála, Rövid Geriátriai Depressziós Skála, Cohen-Mansfield-féle Agresszivitás skála, Hamilton Szorongás Skála stb. – ezek részleteire jelenleg nem térünk ki.

*Összegzésként* azt emeljük ki, hogy bár nincs olyan laboratóriumi, vagy egyéb vizsgálat, mellyel specifikusan megállapíthatnánk egy bizonyos pszichiátriai tünet meglétét, vagy hiányát, de számos olyan kvalitatív, vagy (szemi)kvantitatív módszer van, mely az észlelt kórtünetek szisztematikus számba vételében is segíthet, az állapot súlyossága és a változás mértéke jellemzésében hasznos lehet. Néhány ilyen lehetőséget mutattunk be, kiemeljük azonban, hogy különböző célra, különböző, akár egyszerű, magunk által összeállított tünetlista is lehetséges. Ezeket azért érdemes használni, mert saját magunk számára is mércéi lehetnek annak, hogy a páciens állapota hogyan változik és egyes beavatkozás mennyire volt sikeres.

---

<sup>7</sup> Guy W (ed.): Clinical Global Impressions (CGI). In: ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol Drug Abuse and Mental Health Administration, NIMH Psychopharmacology Research branch 1976; 218-222.

<sup>8</sup> Leucht S et al: Clinical implication of Brief Psychiatric Rating Scales. Brit J Psychiat 2005; 187: 366-71.

## 5. Kapcsolódó irodalom:

1. A demencia kórismézése, kezelése és gondozása. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelvei (IE), szakmai protokolljai (P) és módszertani levele (ML) 2008; <http://www.eum.hu/egeszsegpolitika/minosegfejlesztes/pszichiatria>
2. Boga B és Samu A: Klinikum és farmakoterápia időskorban. Vox Medica Kiadó Kft, 2011.
3. Füredi J, Németh A (szerk.): A pszichiátria magyar kézikönyve, 5. átdolgozott és bővített kiadás. Medicina, Budapest, 2015.
4. Idősgondozási kézikönyv. Geriater Service Kiadó, Budapest, 2009.
5. Jeszenszky Z: Demens idősek ellátásának irányelvei.  
<http://www.ncsszi.hu/kiadvanyok/kapocs-letoltheto--lapszamai/kapocs-2006/101/news>
6. Keglevichné Urbanics K: A demens betegek szociális ellátásának kihívásai – geriáter szemmel. Fővárosi Önkormányzat Idősek Otthona Módszertani Osztály kiadványai 8/2007; 1-48.
7. Ozsváth K (szerk.): Pszichiátriai lexikon. Oriold és Társai Kiadó, Budapest, 2011.
8. Rajna P: Kopva fényesedni? A mentális öregedés kihívásai. Medicina, Budapest, 2015.
9. Spar JE, LaRue A: Geriátriai pszichiátria, Harmadik kiadás, Lélekben Otthon Könyvkiadó Bt, Budapest, 2002.
10. Szabó L: Időskori demenciák családi, társadalmi és pszichológiai vonatkozásai. Akadémia Kiadó, Budapest, 2011.
11. Székács B (szerk.): Geriátria – az időskor gyógyászata. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2005.
12. Tariska P: Szellemi hanyatlás időskorban. Therapia Kiadó, Budapest, 2003.
13. Tariska P: Alzheimer-kórban szenvedők egyszerű klinikai vizsgálata. 2012; 1-52, <http://www.felejte.hu/alzheimer-kiadvany>