

11. fejezet

Mentális betegségek időskorban

Kovács Attila

Bevezetés

Az időskorúak mentális betegségeivel foglalkozó *gerontopszichiátria* a medicina egyre fontosabb területe, jelentősége évtizedek óta növekszik. Ennek egyik oka a várható élettartam kitolódása, másrészt az a tény, hogy az öregedés a pszichiátriai morbiditás szempontjából is fokozott kockázatot jelent. Az idősök közérzetét számos medicinális, pszichológiai, szociális és antropológiai hatás alakítja. A pszichés állapotot az egyéni élettörténet is meghatározza. A mentális betegségek szempontjából korábbi pozitív életesemények protektívek, a fel nem dolgozott sérülések, kudarcok vulnerabilitást jelentenek. Idősekben a testi betegségek halmozottan jelentkeznek, amelyek pszichés zavarokra predisponálnak.

Az időskor egyértelműen hajlamosít különböző pszichopatológiai tünetek megjelenésére. Ezek közül a depresszió, a fokozott érzelmi megnyilvánulások, a testi panaszokra való beszűkülés (ami sokszor hipochondriás jellegű) és a szenzitív-paranoid beállítódás a legfontosabb. A „nagy pszichiátriai kór-

képek” tünetei idősokban színtelenednek, és a személyiségzavarok is megváltoznak. Előtérbe kerül a szorongásos-depressziós tünetképzés és a szomatizálás, jellemző az állandó elégedetlenség és a konfliktusokra való hajlam. Az időskori mentális zavarok sokszor egymással szövődve jelentkeznek. Az ide tartozó megbetegedések jelentős részét az organikus/szimptómás¹ mentális zavarok teszik ki.

Az organikus mentális zavarok általános jellemzői

Az organikus pszichiátriai szindrómák kialakulásáért, fennmaradásáért egyértelműen egy kimutatható központi idegrendszeri vagy általános szervi betegség a felelős. Az ok-okozati kapcsolat a gyakorlatban sokszor nehezen igazolható. Az organikus kiváltó ok időben megelőzi a pszichopatológiai tünetegyüttes megjelenését, az időfaktor azonban rendkívül tág határok között mozog. Alzheimer-betegségben ez több évtized is lehet, míg például a koponyatraumák esetén másodpercekről van szó. Az organikus mentális zavarok sajtá-

¹A ma már egységes „*organikus*” és a „*szimptómás*” kategóriák elkülönítése a XX. század elejére datálódik, amikor organikusnak a neuropatológiai eltérésekkel magyarázható pszichiátriai zavarokat tartották, míg az általános testi megbetegedésekre visszavezethető pszichopatológiai állapotokat szimptómásnak nevezték.

tossága, hogy a kiváltó szomatikus betegség és a mentális zavar lefolyása sajátos párhuzamot mutat. Azaz súlyosbodik vagy változik a pszichiátriai szindróma, ha romlik a szomatikus kórkép; és fordítva, ha javul vagy megszűnik a kiváltó betegség, akkor a mentális zavar is enyhül, vagy eltűnik. A delírium, a demencia *csak* szomatikus etiológia talaján alakulhat ki. Ugyanakkor az idősek depressziós-szorongásos tünetei esetén az egyidejűleg fennálló szomatikus, pszichológiai és szociális stresszorok kóroki jelentőségének értelmezése sokszor rendkívül nehéz. Az organikus mentális zavarok *határterületet* jelentenek, hiszen a medicina más diszciplínái (pl. neurológia, belgyógyászat) illetékességébe tartozó betegségek is markáns pszichopatológiai tünetekkel járhatnak. Emiatt az organikus pszichiátriai kórképek ellátása multidiszciplináris feladat, a betegek kivizsgálásának, adekvát gyógykezelésének megfelelő helye az esetek jelentős részében nem a pszichiátriai osztály. A legfontosabb organikus pszichoszindrómák jellemzőit a 11.1. táblázat mutatja be.

A pszichiátriai betegvizsgálat sajátosságai időskorban

Tekintettel arra, hogy az idősek mentális betegségei legtöbbször organikus hátterűek, emiatt az alapos fizikális (belgyógyászati, neurológiai) vizsgálat minden esetben elengedhetetlen. A pontos kórisme felállításához az esetek többségében további műszeres diagnosztikus vizsgálatok (laboratórium, agyi képalkotás, EEG stb.) is szükségesek. Az anamnézis felvételében, a pszichiátriai diagnosztikus explorációban, a fiatalabb páciensekhez képest fokozott aktivitás szükséges. Az autoanamnézis sokszor hiányos, emiatt a beteget jól ismerő személytől kapott heteroanamnézis nélkülözhetetlen. Az életkörülmények (lakás- és pénzügyek, családi- és társas kapcsolatok) feltárása rendkívül fontos, különösen a tünetek jelentkezése előtt történt változásokra. A heteroanamnéziszől derülnek ki a segítség elfogadásának problémái (pl. elutasítás vagy túlzott dependenciagiaény), amik később a kezelés eredményességét negatívan befolyásol-

11.1. táblázat A leggyakoribb organikus pszichoszindrómák összehasonlítása

Tünetek	Delírium	Demencia	Hallucinózis	Deluzív zavar	Amnesztikus zavar
Tudatzavar	Van	Nincs	Nincs	Nincs	Nincs
Kognitív zavar	Globális	Globális	Nincs	Téveszmék	Nincs
Memóriazavar	Van	Kifejezett	Nincs	Nincs	Kifejezett
Dezorientáció	Van	Van	Nincs	Nincs	Társulhat
Percepciózavar	Van	Társulhat	Kifejezett	Nincs	Nincs
Személyiségváltozás	–	Társulhat	–	Társulhat	–
Kialakulás	Akut	Lassú	Akut	Lassú	Akut vagy fokozatos
Lefolyás	Fluktuáló	Folyamatos hanyatlás	Akut vagy krónikus	Krónikus	Akut vagy krónikus

ják. Az időskori mentális zavarokban a beteg nem, vagy szegényesen számol be tüneteiről, emiatt a rövid kórházi obszerváció fontos segítség lehet a pszichopatológiai kép tisztázásában, különös tekintettel a magatartászavarokra, a fluktuációval és a napszaki ingadozással járó szindrómákra.

Az idős betegek pszichiátriai átvizsgálása három fázisra osztható. Az *első lépés a tüneti diagnózis* felállítása, ami a beteg kikérdezése, viselkedésének megfigyelése és a heteroanamnézis alapján feltáruló keresztmetszeti pszichés státuszt jelenti. A nem egyértelmű esetekben, vagy a klinikai kérdés pontos tisztázásában a neuropszichológiai tesztek is segíthetnek. A vizsgálat *második lépése a kóroki diagnózis* felállítása. Itt a fizikális és pszichiátriai betegvizsgálat, valamint a laboratóriumi és képalkotó eljárások a legfontosabbak. A mentális zavar kiváltó okainak tisztázásához elengedhetetlen a betegség történet részletes feltérképezése. Ebben segítség a heteroanamnézis, és a korábbi orvosi dokumentáció. Fontos a páciens gyógyszereinek áttekintése, különös tekintettel az elmúlt napok, hetek módosításaira. *Harmadik lépés a pszichopatológiai kép elemzése.* A premorbid személyiség, a vizsgálat során észlelt keresztmetszeti pszichés kép és a szociális stresszorok feltérképezése, összhatásuk elemzése után készíthető egyénre szabott kezelési terv.

Az időskori mentális zavarokhoz – különösen a demenciákhoz – gyakran társulnak heveny kezdetű viselkedészavarok. E markáns pszichopatológiai állapotok jelentősége óriási. Egyrészt a beteg környezete számára rendkívül megterhelők, sokszor veszélyeztetők. A pszichés tünetek ugyanakkor elterelhetik a figyelmet a háttérben álló szomatikus kórokokról. E tünetcsoportok közül az *agitáció* a leggyakoribb, ami szorongással járó súlyos pszichomotoros nyugtalanságot jelent, ami a beteg szükségleteitől független, inadek-

vát, verbális vagy motoros viselkedésekben nyilvánul meg. Mindez ellenséges agresszív magatartásban, céltalan bolyongásban, kiabálásban, káromkodásban, tárgyak összetörésében nyilvánulhat meg. A *delírium* is akut kezdetű, markáns magatartásváltozással járó tünetegyüttes, amit később részletesen tárgyalunk. Széles körben, pontatlanul, emiatt félreérthetően használt terminus a „*zavartság*”. Pszichopatológiailag magába foglalja a tudat integritásának zavarát, a kognitív működések, a kommunikáció és a cselekvés kóros megnyilvánulásait, koordinálatlanságát. Annak ellenére, hogy a „*zavartság*” nem diagnosztikai entitás, mégis a pszichiátriai betegek gyakori „*beutalási kórisméje*”, ami idősök esetén különösen jellemző. A mindennapokban a delíriumok, a szkizofréniák heveny állapotai, a súlyos fokú demenciák, akár az afáziák is a „*zavartság*” felszínes kategóriájába sorolódnak. A színes pszichopatológia mögött súlyos, akár életet veszélyeztető szomatikus megbetegedés állhat, emiatt minden „*zavart*” betegnél a kiváltó ok leggyorsabb kimutatására, kezelésére kell törekedni.

Az időskori hangulatzavarok

E témakör szinte egyet jelent az öregkori depressziókkal. A geriátriai populációban előforduló depressziók klinikai jelentőségét magas prevalenciájuk, valamint diagnosztikai, differenciáldiagnosztikai nehézségeik adják. A depresszió az időskori morbiditás egyik fő oka. A fel nem ismert, és kezeletlen depresszió számos negatív következménnyel jár. Ezek közül legfontosabb a betegek szenvedése, az egészségügyi ellátórendszer inadekvát (felesleges) igénybevétele, a családtagok, gondozók megterhelése, a kémiai szerabúzusok/dependenciák kialakulása és a magas öngyilkossági ráta. Az időskori depresszió

kóreredet szempontjából heterogén csoport, kialakulásukban számos etiológiai tényező, legtöbbször szövődve vesz részt.

Az epidemiológiai vizsgálatok eredményei szerint a depressziók a leggyakoribb betegségek közé tartoznak. A 65 év feletiekben 5–10% a depresszió előfordulása, azonban a 80 év feletti, az egyedülálló, a rossz anyagi helyzetű, a szociális intézményben élő és a krónikus betegség(ek)ben szenvedő idősök esetében ennél sokkal magasabb, akár 40–50% is lehet. A demenciák és a depressziós zavarok komorbiditása rendkívül gyakori, Alzheimer-kór esetén legalább 30%.

Az öregkorban kialakuló depressziók fenomenológiailag sokszor eltérnek a fiatalabb korosztályok tüneteitől, emiatt nehezebben ismerhetők fel. Időskorra különösen jellemző a „maszkolt” előfordulás, amikor nem a hangulatzavar, hanem valami más panasz a vezető tünet, ami félrevezetheti az orvosi gondolkodást. Ez lehet pszichopatológiai tünet; például nyugtalanság („agitált depresszió”), vagy téveszme, ami legtöbbször *holotím*, azaz hangulattal összefüggő, negatív tematikájú téveszme (pl. nihilisztikus, bűnösségi, hypochondriás), ritkán paranoid jellegű. A maszkolt depresszió leggyakrabban azonban szomatikus betegségre utaló tünetekben megnyilvánul meg. E panaszok legtöbbször a gasztrointesztinális, a kardiovaszkuláris és a csont-izomrendszeri területre vonatkoznak, jellemzőjük az ismert betegségek-től eltérő tüneti kép, az objektív leletek negatív eredménye, a páciens fokozott, inadekvát betegség-tudata.

Az időskori depressziók többsége felismeretlenül és kezeletlenül marad. E sajnálatos ténynek a differenciáldiagnosztikai nehézségek mellett, fontos oka, hogy a medicina hozzáállása e problémához – Galenusig visszavezethetően – a mai napig jellemzően „nihilisztikus”. Ezen attitűd szerint a depresszió az

öregedéssel együtt járó „fiziológiás” jelenség, vagyis terápiás beavatkozás nem szükséges.

Az időskori depressziók okai között biológiai, medicinális és pszichológiai okok egyaránt szerepet játszhatnak. A biokémiai hátteret az öregedő idegrendszer neurotranszmittereinek csökkenő mennyisége jelenti, amelyek közül a szerotonin, a noradrenalin és a dopamin szerepe jelentős. A pszichológiai stresszorok között legfontosabbak az időskorra jellemző veszteségélmények, a szeretett társ, a barátok, a munkahely, a lakóhely elvesztése, az izoláció és a saját élet feletti kontroll képességének csökkenése.

Erikson pszichoszociális fejlődési modelljében a személyiség kiteljesedése nyolc egymásra épülő fázisból áll. Minden időszaknak megvan a maga centrális konfliktusa, melynek sikeres megoldása biztosítja az identitás megújítását, azaz a személyiség egészséges továbbfejlődését. Az egyes fázisok közötti átmenet során az egyén labilis, sérülékeny állapotban van, ezek az ún. „természetes krízisek”. Erikson az „énintegritás” fogalmában összegzi azoknak az idős embereknek a lelkiállapotát, akik életük nyolcadik, egyben utolsó fejlődési krízisét is sikerrel oldják meg. Ők a korábbi fázisok adekvát konfliktusmegoldásait követően jutottak el öregségükig, életüket beteljesültnek érzik. Ebből fakad az éntenegritás, a teljesség megtapasztalása. Ők magukban és a világban is értelmet és rendet tapasztalnak, elfogadják bejárt életútjukat, számunkra a halál elveszíti fenyegető voltát. Ezzel ellentétben, az éntenegritás hiánya vagy elvesztése egzisztenciális kétségbeesésben, halálfélelemben ölt testet. E lelkiállapotot a pszichiátriai terminológiában szorongásnak, depresszióknak nevezhetjük.

Az időskori depressziók jelentős hányada szimptomás jellegű, azaz más testi vagy központi idegrendszeri betegség vagy iatrogén ártalom következményeként alakul ki. Ezeket

a modern pszichiátriai klasszifikációs rendszerek az *organikus* jelzővel írják le. A különböző szomatikus kórképek depressziót erősítő hatása régóta ismert. Közülük a klinikai gyakorlat szempontjából az endokrin zavarok (pl. pajzsmirigy, mellékpajzsmirigy, mellékvesék működésének eltérései), a malignus betegségek (pl. tüdő-, hasnyálmirigy-karcinómák), és a stroke (főleg a bal féltekei történések) a legfontosabbak. Sok esetben a depresszió a vezető tünet, a kiváltó testi betegség a háttérben rejtőzik. Az idősekre jellemző, hogy több krónikus testi betegségük van, amelyek miatt rendszeresen gyógyszereket szednek. Számos gyakran alkalmazott szer iatrogén depressziót okozhat. Ilyenek a digitálisok, a béta-blokkolók vagy az alfa-metildopa, a prazozin vérnyomáscsökkentők, a fájdalomcsillapítók közül az indometacin és fenatecin hatóanyagot tartalmazó készítmények, a gyomorsav-csökkentő cimetidin. A nyugtató-altató indikációban használatos benzodiazepinek szintén depressziógének. E szerekek kapcsolatban fontos megjegyezni, hogy a mindennapi gyakorlatban széles körben alkalmazzák, legtöbbször a depresszió egyes résztüneteinek (szorongás, alvászavar) kezelésére. A fel nem ismert depresszió következményeit a hangulatzavart súlyosbító szerek tovább mélyítik. A súlyos depresszió legfontosabb kockázata az öngyilkosság. A szuicídiumok jelentős részét gyógyszerrel követik el – leggyakrabban altató-nyugtatóval –, melyek a letalítás szempontjából rendkívül veszélyesek.

A demenciák

A szellemi hanyatlással járó betegségek egészségügyi, szociális, gazdasági jelentősége gyakoriságukból ered. Az egészségügyi ellátás direkt költségei mellett a közvetett kiadások is rendkívül jelentősek. A szellemi

hanyatlásban szenvedő beteg gondozóira, az anyagiak mellett, hatalmas fizikai és pszichés teher is hárul.

Epidemiológiai adatok

A demencia az időskor betegsége, azonban fontos leszögezni, hogy az öregedésnek semmilyen betegség, így a demencia sem törvényszerű velejárója. A szellemi hanyatlással járó kórképek a 65 évnél idősebbek kb. 10%-át érintik. Az életkor előrehaladtával a demencia szindróma gyakorisága exponenciálisan növekszik: míg 65 évesekben a demensek aránya kb. 1%, addig a 85 év felettiekben már kb. 40%. Magyarországon a népesség 20%-a 65 év feletti, vagyis hazánkban becsülhetőleg 200 000 demens ember él. A kitolódó várható élettartam a demenciával élők számának folyamatos növekedését okozza, ami az egészségügyi és szociális ellátórendszer kapacitásának bővítését igényli. A demenciák kb. 60%-a az *Alzheimer-kór* következménye, melyet a nők predominanciája jellemez. A második legfontosabb a *vaszkuláris eredetű* típus (az esetek 15–30%-a), ami a 60–70 év közötti korosztályban a leggyakoribb kórok, s itt a férfiak aránya meghaladja a nőkéét. A két fő demencia az esetek 10-15%-ában szövődve alakul ki. A *frontotemporális* és a *Lewy-tesztes demenciák* szintén gyakoriak, bár „aluldiagnosztizált” betegségek. Az említett négy kórkép felelős az összes demenciák több mint 90%-áért.

A demenciák tünetei és a diagnózisalkotás

Annak ellenére, hogy a demencia számos betegség következtében alakulhat ki, tünettaniilag az esetek többségében uniformizált formát mutat. A szindróma diagnosztikus kritériumait a 2. sz. táblázat tartalmazza. A szellemi hanyatlás az esetek többségében észrevétlenül kezdődik, és lassan progrediál. Rendkívül sajátos, hogy hazánkban a demenciában szen-

vedő betegeket legtöbbször súlyos, közepesen súlyos stádiumban észleli első alkalommal szakorvos. Emiatt fontos felismerni az etiológiaspecifikus prodrómákat. Az *enyhe kognitív zavar* (MCI vagyis Mild Cognitive Impairment) az Alzheimer-kórt bevezető tünetegyüttes, ennek diagnosztikus ismérveit a 11.3. táblázat mutatja. Klinikai jelentősége, hogy egy éven belül az érintettek 15–20%-ában Alzheimer-demencia alakul ki. A vaszkuláris demenciák – különösen a multiinfarktusos demencia – bevezetője a *Windscheid-triász*ként ismert tünetcsoport, fejfájás, szédülés, memóriazavar, amit gyakran fülzúgás, alvászavar, ingerlékenység, fáradékonyság, és hangulati labilitás is kísér.

A markáns demencia felismerése általában nem okoz gondot. A szellemi hanyatlás korai stádiumában figyelemkeltő a mentális tempó lassultsága, a szótalálási nehézség, az új információ megjegyzésének, a figyelem fenntartásának zavara, a sztereotip beszéd és viselkedés. Célzott vizsgálattal az enyhe emlékezet-zavar, a számolási nehézségek vagy a tervező, kivitelező és ellenőrző funkciók károsodásai is kiderülnek. A gyors kifáradás és a kognitív teljesítmény hullámzása patognómikus. Jellegzetes, ha a beteg az egyszerű kérdéseknél is hozzátartozójától kér segítséget. A tájékozódó, gyorsan elvégezhető pszichometriai tesztek a betegvizsgálat szempontjából hasznosak lehetnek. A globális vagy az egy-egy részterü-

11.2. táblázat A demencia szindróma diagnosztikai jellemzői (DSM-IV-TR alapján)

1. Multiplex kognitív deficit észlelhető:	
<ul style="list-style-type: none"> • Emlékezetzavar van jelen • Legalább 1 tünet az alábbiakból 	Afázia
	Apraxia
	Agnózia
	Egzekutív zavar (a cselekvés megtervezése, a döntéshozatal, figyelemmegosztás, fluencia károsodása)
2. A fentiek oly mértékűek, hogy jelentősen zavarja a beteg megszokott szociális működését	
3. A tünetcsoportot kimutatható vagy feltételezhető organikus kóroki tényező magyarázza	

11.3. táblázat Az enyhe neurokognitív zavar (MCI) diagnosztikus kritériumai (DSM-IV-TR szerint)

<ol style="list-style-type: none"> 1. Két vagy több tünet észlelhető az alábbiakból, legalább 2 hétig <ul style="list-style-type: none"> • Memóriazavar (a tanulás vagy a felidézés terén) • Egzekutív működészavar • A figyelem- vagy az információ-feldolgozás sebességének zavara • A perceptuomotoros képességek zavara • A nyelvi kifejezés zavara (pl. szótalálás, beszédértés zavara) 2. Neuropszichológiai teszt kognitív érintettséget jelez 3. A tünetcsoporttal kóroki kapcsolatban álló betegség kimutatható 4. A beteg szociális működéseiben legalább enyhe fokú zavar jelentkezik
--

11.4. táblázat A legfontosabb tesztvizsgálatok demenciákban

	Információtartalmuk	Időigény perc
Mini Mental State* (MMS)	A kognitív zavar súlyossága	< 10
Módosított MMS	Az előbbi pontosabb	< 20
Addenbrook's Cognitive Examination (ACE)	Kognitív és egzekutív zavarok, Alzheimer és a frontális demenciák elkülönítése	15–25
Órarendelési teszt *	Egzekutív zavarok, korai stádiumban is érzékeny	1–2
ADAS-Cog	Kognitív működések globális vizsgálata	30
Számösszekötés*	Figyelem és koncentráció	< 5
Ranschburg-Ziehen próba	Memória	5
Hamilton DS	Depressziós tünetek	5
BEHAVE-AD	Nem kognitív tünetek	20
BPRS	Nem kognitív tünetek	20
CIBIC-Plus	Globális állapotváltozás (gondozót is kikérdezve)	20–30

*Szűrővizsgálatra is alkalmas

letet célzottan felmérő eljárások differenciál-diagnosztikai szempontból lehetnek fontosak. E tesztek stádiumbeosztásra és állapotkövetésre is alkalmasak (lásd 11.4. táblázat). Fiatalt és magas premorbid intellektuális nivójú betegeknél a MAWI-, Raven-, Benton-tesztek felvétele javasolható.

Az életkortól függetlenül törekedni kell a demenciában szenvedők – körülményekhez képest legalaposabb – átvizsgálására. Egyrészt a kóros diagnózis felállíthatósága miatt, másrészt a potenciálisan reverzibilis demenciák csak így zárhatók ki. A demencia sajnálatosan aluldiagnosztizált betegség, mégis gyakori diagnosztikus hiba a klinikai kép és az agyi képpalkotó vizsgálat eredményének téves értelmezése. Ennek legfontosabb oka a *pszeudodemencia* tünetegyüttese, aminek háttérben legtöbbször depressziós és szorongásos zavarok állnak, „álpozítív” agyi CT/

MR vizsgálati lelettel. A valódi demenciától való elkülönítésük idős korban sokszor differenciáldiagnosztikai nehézséget okoz.

A demencia kórisméje az összetett kognitív defícit alapszik, azonban mindenképp ki kell térni a rendkívül gyakori nem kognitív tünetekre is (11.5. táblázat). E pszichopatológiai jelenségeket a szakmai irodalom BPSD-ként (*behavioral and psychological symptoms of dementia*) foglalja össze. A BPSD jelentősége sokrétű:

1. különböző súlyossággal a demensek több mint 90%-ában megjelennek;
2. a hozzátartozók, gondozók számára ezek jelentik a legnagyobb fizikai és érzelmi megterhelést;
3. a betegek kórházi és szociális ellátást nyújtó intézményben való elhelyezésére elsősorban ezek miatt kerül sor;
4. jelentkezésük hónapokkal, akár évek-

11.5. táblázat A demenciák nem kognitív tünetei

Pszichopatológiai tünetek	Affektív zavarok	Depressziós, szorongásos tünetek
	Téveszmék	Paranoid doxazmák, sokszor badar jelleggel. Leggyakoribb tartalmak: megkárosítás, üldöztetés, mérgeztetés, hűtlenség, személycsere (Capgras-szindróma)
	Érzéksalódások	Vizuális, akusztikus érzéksalódások a leggyakoribbak, de taktilis tévpercepciók is előfordulnak
	Magatartászavarok	Agitáció, agresszivitás, önellátási zavarok, ösztönkésztetések eltérései, elbolyongás, inadekvát szexuális magatartás
	Személyiségtorzulás	Rigiditás, önzőség, indulati kontroll gyengülése
Neurológiai tünetek		Járászavar
		Inkontinencia, vegetatív zavarok
		Extrapiramidális tünetek
		Konvulziók
		Liberációs jelek

kel is megelőzheti a kognitív deficitek kialakulását (ami különösen a depressziós, szorongásos és paranoid tünetekre jellemző), azaz elő is segíthetik a demencia korai felismerését.

A produktív tünetek ugyanakkor félre is vezethetik a diagnosztikus gondolkodást, elterelve a figyelmet a szellemi hanyatlás kevésbé szembetűnő jeleiről. A szellemi hanyatláshoz társuló pszichiátriai tünetek, tünetcsoportok kezelési lehetőségei a korszerű antidepresszívumok, antipszichotikumok megjelenése óta lényegesen javultak, bővültek.

Sajátos szorongásos zavar a „katasztrófareakció” a demenciák korai stádiumában, elsősorban feladathelyzetben fordul elő, ami sokszor pánikroham formájában jelentkezik.

A demenciák osztályozási lehetőségei

A demenciákat számos szempont szerint csoportosíthatjuk, az alábbiakban a gyakorlat

szempontjából legfontosabb klasszifikációs lehetőségeket foglaljuk össze.

A demenciák osztályozása klinikai tünetek alapján

A demencia globális kognitív zavart jelent, azonban az egyes kórformák pszichopatológiai, neurológiai tünetei jelentősen különböznek. A *kortikális demenciákra* olyan agykérgi deficittünetek jellemzőek, mint az afázia, apraxia, agnózia. A kortikális demencia klasszikus típusa az Alzheimer-kór. A *szubkortikális demenciákra* jellemző a mentális folyamatok meglassulása, a memóriazavar és a személyiségváltozás. A Binswanger-kór, a Huntington-betegség, a Parkinson-kór, a Wilson-kór, a progresszív szupranukleáris bénulás tartozik ebbe a csoportba. Kevert, *kortikális és szubkortikális demenciát* okoznak a multiplex agyi infarktusok, az anoxiát, infekciókat követő diffúz encefalopátiák.

A demenciák kóreredet szerinti osztályozása
E szempont szerint két nagy csoport különíthető el. A *primer demenciákban* a kognitív ha-

nyatlás a központi idegrendszer *degeneratív* elváltozásainak következménye. E kórképek közös vonása, hogy az idegrendszert alkotó

11.6. táblázat A szekunder demenciák leggyakoribb okai

Betegség oka		Kóreredet
Központi idegrendszeri betegség	Vaszkuláris demenciák	Vaszkuláris demencia akut kezdettel
		Multiinfarktusos demencia
		Szubkortikális vaszkuláris demencia, Binswanger-kór
	Koponyaűri térfoglalás	Normálynomású hidrokefalusz
		Tumor
		Krónikus szubdurális hematóma
		Tályog
	Traumák	Kontúzió, vérzés
	Infekciók	Bakteriális meningitisz, neuroluesz
		Vírusos meningitisz és enkefalitisz
		AIDS demencia
		Prionbetegség (Creutzfeldt-Jacob betegség)
Toxikus ártalmak		Alkohol, drogok
		Tartósan szedett gyógyszerek
		Ipari mérgek, nehézfémek
Epilepszia		Összetett patogenezis
Agyi oxigénhiány		Diffúz enkefalopátia
Metabolikus zavarok	Májelégtelenség	Hepatikus enkefalopátia
	Veseelégtelenség	Urémiás enkefalopátia
	Ion-eltérések	Hipo-, hipernatrémia
Endokrin kórképek		pajzsmirigy, mellékpajzsmirigy-betegség
Hiánybetegségek	Felszívódási, táplálkozási zavarok	B-vitamin-hiány
Autoimmun betegségek		pl. SLE, sclerosis multiplex
Örökletes betegségek		pl. Wilson-kór, mucopolysacharidosisok, porfíria, Niemann-Pick-betegség, Gaucher-kór

sejtek citoplazmájában kóros fehérjeaggregátumok alakulnak ki, amelyek sejtpusztuláshoz vezetnek.

A patológiásan termelődő proteinek az alfa-helikális helyett béta-lemezes szerkezetben kapcsolódnak, ezért proteázrezisztensek, felhalmozódásuk zárványtestek kialakulása révén az idegsejtek elhalását okozza. A kóros fehérjék típusa szerint, a degeneratív agyi betegségek három csoportba oszthatók. A *taupátiák* közé tartozik az Alzheimer-kór, a 17-es kromoszómához kötött frontotemporális demencia, a progresszív szupranukleáris bénulás, a kortikobazális degeneráció és a Pick-betegség. *Alfa-synucléinopathia* a Parkinson-kór, a diffúz kortikális Lewy-testes betegség és a multisztémás atrófia. *Trinukleotid-repeat betegség* a Huntington-kór.

A *szekunder demenciák* más központi idegrendszeri kórképek és számos általános testi betegség következményeként alakulnak ki. Felsorolásuk, ismertetésük meghaladná e fejezet lehetőségeit, ezért azokat a 11.6. táblázatban foglaltuk össze. Szekunder demenciára tereli a gyanút, ha a szellemi hanyatlás relatíve

fiatalabb korban kezdődik, a tünetek gyorsan alakulnak ki, súlyosságuk hullámzást mutat, a kognitív károsodás inkonzisztens, az emocionális reaktivitás és a személyiség megtartott.

A demenciák osztályozása

gyógykezelhetőségük alapján

A *kezelhető* (azaz potenciálisan reverzibilis) demenciák aránya kb. 15%, feltételezve a korai, etiopatogenetikai diagnózist és az adekvát kezelést. A reverzibilis demenciák leggyakoribb okait a 11.7. táblázat szemlélteti. Az irreverzibilis, azaz „nem kezelhető” jelző, az elmúlt évek farmakoterapiás fejlődése tükrében átértékelődött, hiszen a korábban kezelhetetlennek tartott Alzheimer-kórban is jelentős eredmény érhető el gyógyszeres kezeléssel.

A demenciák felosztása a beteg életkora alapján

Tudományos szempontból idejétmúlt, a mindennapi orvosi gondolkodást azonban mélyen meghatározza az a dichotómia, ami szerint a demenciák *preszenilis* és *senilis* csoportba tartoznak. A két típus a beteg életkora alapján különült el; eszerint a 65 év előtti betegség-

11.7. táblázat A reverzibilis demenciák legfontosabb okai

Drogok	Illegális drogok, altatók-nyugtatók, antikolinerg hatású/mellékhatású gyógyszerek,
Emocionális zavarok	Depressziós, szorongásos, fakticiózus zavarok
Metabolikus, endokrin betegségek	Pajzsmirigy, mellékpajzsmirigy-betegségek, cukorbetegség, Addison-kór, máj- és vesebetegségek stb.
Érzékszervi deficitek	Hallás-, látáscsökkenés
Neurológiai kórképek	Normálnyomású hidrokefalusz
Traumák, tumorok	Intracraniális térfoglalások
Infekciók	Meningitisek, encefalitiszek
Alkohol	Megvonásos szindróma, Wernicke–Korzakov-betegség, „alkoholos demencia”

kezdet *preszenilis*, vagyis az Alzheimer-kór következménye, az ennél idősebbek demen-tálódása *senilis*, vagyis az öregedés természetes folyamatához tartozik. Évtizedek óta tudjuk, hogy a szenilis és preszenilis demencia, mind klinikailag, mind patológiailag azonos, azaz mindkettő az Alzheimer-betegség következménye.

A „szenilis demencia” mint atavisztikus entitás orvosi köztudatban való továbbélése rendkívül káros, mert hátráltatja az Alzheimer-kórban szenvedők korai diagnosztizálását, ami a hatékony gyógyszeres kezelésből való kizárását is maga után vonja.

A demenciát okozó legfontosabb kórképek

Az Alzheimer típusú demencia

Az Alois Alzheimer által 1907-ben leírt betegség a demenciák leggyakoribb oka. A korai kezdetű *preszenilis* és a sokkal gyakoribb *senilis* forma betegség egységet jelent. A kórkép szövettani diagnózisát a kóros amiloidképződés következtében extracellulárisan kialakuló szenilis plakkok és az idegsejtek neurofibrilláris degenerációja (azaz a tau-fehérje patológiás filamentáris felhalmozódása) együttes jelenléte biztosítja. Az Alzheimer kór etiopatogeneze egyelőre nem tisztázott, a fontosabb etiológiai modelleket a 11.8. táblázat összegzi.

Az Alzheimer-demencia diagnózisa a következő szempontok alapján állítható fel:

1. a DSM vagy a BNO szerint a tünetcsoport kritériumai jelen vannak
2. a kognitív károsodás progresszív jellegű
3. más demenciát okozó betegség kizárható

Biztos Alzheimer-kór csak kórszövettani let birtokában diagnosztizálható. A *valószínű* kategória (ami 85–90%-os pontosságot jelent) feltétele, hogy a CT/MR nem mutat gó-

cos agyi károsodást, és más demenciát okozó kórfolyamatok is kizárhatók. A *lehetséges* Alzheimer-kór (70–75%-os megbízhatóság) akkor állítható fel, ha a kórisme fő jellemzői teljesülnek, ugyanakkor más, potenciálisan demenciát okozó betegség is kimutatható.

A klinikai gyakorlatban az agyi képalkotó eljárások támasztják alá leginkább az Alzheimer-betegséget, hiszen a diffúz agyi atrófia és a vaszkuláris léziók hiánya szinte bizonyossá teszik a diagnózist. A funkcionális képalkotó vizsgálatok (SPECT, PET) temporoparietális működészavart jelezhetnek.

Az Alzheimer-demencia típusos esetben folyamatosan progrediál, azonban a lineáris hanyatlást időszakos stagnálások és gyorsabb romlások tagolják. A betegség lefolyásában három stádiumot különítünk el. A *prodrómának* tekinthető MCI-t korábban említettük.

1. A demencia *enyhe* fázisában az emlékezet-zavar a vezető, a beteg nem képes új dolgokat megtanulni, ismeretlen helyzetekben zavarba jön, memóriazavarát kompenzálva listákat készít, öltözködését, higiénéjét elhanyagolja. Beszédét a szótalálási nehézség nehezíti, a szögördülékenység csökken, fáradékonyá, érdektelenné válik, gyakori a depressziós tünetképzés. 2. *Középsúlyos stádiumban* az emlékezet-zavar súlyosbodik, emiatt a mindennapi teendőkben is súlyos nehézségek jelentkeznek, ismerőseit nem ismeri fel. Motoros és szenzoros afázia alakul ki, az absztrakciós és számolási képesség elvész. Öltözködéshez, tisztálkodáshoz már segítségre van szükség, a WC-használatban felügyeletet igényel. 3. *Súlyos fázisában* a beteg már legközelebbi hozzátartozóit sem ismeri fel, beszéde összefüggéstelen, szókincse néhány szóra korlátozódik, megszokott környezetét idegennek tartja, eltéved vagy elbolyong. Táplálkozásában, tisztálkodásában teljesen mások segítségére utalt, inkontinenssé és a fizikai leromlás miatt ágyhoz kötötté válik.

11.8. táblázat Az Alzheimer-kór etiopatogenetikai modelljei

Epidemiológiai (kockázati tényezők)	Biztos	Életkor ApoEε4 allél Familiáris halmozódás
	Lehetséges	Női nem Alacsony iskolai végzettség Koponyatrauma Pajzsmirigybetegség Depresszió az anamnézisben Magas anyai életkor születéskor
	Kérdéses	Alumíniumexpozíció Alkoholfogyasztás Stressz Vaszkuláris rizikófaktorok
	Protektív	Magasabb iskolai végzettség Dohányzás? Egyes gyógyszerek rendszeres korábbi szedése: vízhajtók, ösztrogének, non-szteroid gyulladáscsökkentők
Genetikai	familiáris	ApoEε4 allél jelenléte, 1, 14, 19, 21-es kromoszómák mutációi
Kóros fehérjeképződés	Szenilis plakk és a neurofibrilláris degeneráció	
Neurotranszmitter abnormitások	Acetilkinin-hiány (kolinerg hipotézis) Glutamát-rendszer (NMDA) kóros aktivitása	
Toxikus ártalmak	Szabadgyökhatás Nyomelemek szerepe (pl. alumínium)	
Infekciós-autoimmun tényezők	Inflammációs fehérjék, komplementrendszer, mikroglia-aktiváció a szenilis plakk körül	
Vaszkuláris faktorok	Agyi perfúziót, neuronok anyagcseréjét zavaró tényezők	
Endokrin, neuroendokrin tényezők	Glükokortikoid-rendszer hiperaktivitása Neurotrof peptidek, növekedési faktorok	
Integratív modellek	pl. amiloid-kaszád, excitotoxikus modell, apoptózis és a retrogenézis elmélete	

A vaszkuláris demenciák

A demenciák második leggyakoribb oka (az összes demenciák kb. 40%-a) a cerebrovaszkuláris betegségek miatti kognitív károsodás. E demenciátípus jelenleg nem rendelkezik egy-

séges, valid diagnosztikus kritériumrendszerrel. A vaszkuláris demenciák patofiziológiája csak részben tisztázott. Az egyik meghatározó faktor a *lokalizáció*. A stratégiai régiók infarktuszai akut kezdetű demenciát okoznak, ilyen

a thalamus, a limbikus struktúrák, a törzsdúcok, a gyrus angularis és a fehérállomány. A másik fontos tényező a *léziók mérete*, amennyiben azok túllépik az agy kompenzációs kapacitását (ez kb. 50–100 ml-es volumenvesztés), demencia alakul ki. Az Alzheimer típusú és a vaszkuláris demenciák patofiziológiája jelentős átfedést mutat, emiatt *kevert* előfordulásuk is gyakori, az összes demenciák kb. tizedéért felelős.

Az *akut kezdetű vaszkuláris demencia* kórisméje könnyen felállítható. A hirtelen kialakuló kognitív deficit háttérben képalkotó vizsgálattal is igazolható stroke, azaz lágyulások vagy vérzéses lézió áll. Hachinski írta le a *multiinfarktos demencia* (MID) kritériumait, ami a vaszkuláris csoporton belül gyakorisága miatt fontos kórkép. Patomechanizmusában számos, önmagában jelentéktelen ischaemiás góc hatásának szukcessziója játszik szerepet. A lépcsőzetes dementalódás kialakulásában a kérgi ischaemiás léziók mellett, a diffúz fehérállományi vaszkuláris eltérések és az agyi perfúzió zavara egyaránt fontos szereppel bír. A *Hachinski-féle Ischaemiás Pontozó Skála*, ami a MID legfontosabb klinikai jellemzőit foglalja össze, az Alzheimer- és a vaszkuláris demencia elkülönítésére alkalmas. A *Binswanger-kór* a subkortikális vaszkuláris demenciák jellegzetes típusa. E betegek anamnézisében súlyos, kezeletlen magas vérnyomás szerepel, jellemző a korai betegségkezdet. A képalkotó vizsgálatok kamratágulatot és diffúz fehérállományi léziókat mutatnak.

A frontális demenciák

E heterogén betegségcsoport az összes demenciák legalább 10%-ért felelős, a 65 évnél fiatalabb demensekben azonban prevalenciájuk ennél nagyobb. A *Pick-betegség*, a *primer progresszív afázia* és a *frontotemporális demencia* a legfontosabbak e csoportból. Korai stádiumban a *személyiségváltozás* a vezető tü-

net, míg a kognitív károsodás, az emlékezet-zavar később jelentkeznek. A betegségkezdet legtöbbször az ún. „frontálopsziché” formájában, azaz a premorbid személyiségtől idegen viselkedések, szokások, gátlástalan, hiperaktív magatartás, emelkedett hangulat (mória) formájában nyilvánul meg. A „frontalitás” a másik véglete, mely deficitekben jelentkezik, leggyakrabban érzelmi eltomputság, apátia képében. Korai jel az egzekutív funkciók károsodása. A frontális demenciákra jellemzőek a beszédzavarok; a motoros afázia, a típusos tünetek mellett, korai stádiumban szótalálási zavarban, majd perszeverációkban, ún. echojelenségekben nyilvánulhat meg, végül mutizmushoz vezet. A frontális demencia súlyosbodásával egyértelművé válik a kognitív leépülés, a liberációs jelek mellett a Klüver–Bucy-szindróma tünetei is megjelenhetnek. Az agyi képalkotó vizsgálatok frontális, frontotemporális atrófiát, a funkcionális eljárások e régiók működészavarát jelzik.

A Lewy-testes betegség

E kórkép a demenciák gyakori oka, a mindennapi klinikai gyakorlatban azonban alig diagnosztizált betegség. DLB-nek (dementia with Lewy bodies) nevezett primer degeneratív demenciatípus neuropatológiai háttérben az agykéregben diffúzan kimutatható Lewy-testek állnak. A Lewy-testek Parkinson-kórban is kimutathatóak, a két betegség számos klinikai és szövettani hasonlósága miatt megalapozott a spektrumbetegség-koncepció. A Lewy-testes és az Alzheimer-kór patológiája is gyakran szövődik. A Lewy-testes demencia jellegzetes tünetei közé – *klinikai triász*ként – a tömeges vizuális hallucinációk, a kognitív zavar fluktuáló súlyossága és a parkinsonizmus tartoznak. Az extrapiramidális vulnerabilitás az antipszichotikumok parkinsonizmust okozó mellékhatásai iránti fokozott érzékenységben is megnyilvánul.

11.9. táblázat A delíriumok leggyakoribb okai

Intracranialis	Epilepszia (aktív tevékenység, posztiktális állapotok)	
	Az agy traumás károsodása (kómmóció, kontúzió)	
	Infekciók (meningitisz, encefalitisz)	
	Agyi térfoglaló betegségek (neoplazmák, tályog)	
	Agyi vaszkuláris inzultusok	
Extracranialis	Gyógyszerek, drogok	Antiparkinson szerek
		Antikolinerg szerek
		Antihipertenzív szerek
		Szteroidok
		Nyugtatók, altatók
		Alkohol
		Opiátok
		Illegális drogok
	Mérgeзések	CO, CO ₂ , nehézfémek, ipari mérgek
	Endokrin zavarok (hiper- vagy hipofunkció)	Hipofízis
		Pancreas (hipo- vagy hiperglykaemia)
		Mellékvesekéreg
		Pajzsmirigy
		Mellékpajzsmirigy
	Májbetegségek	Hepatikus encefalopátia
	Vesebetegségek	Urémiás encefalopátia
	Tüdőbetegségek	Hipoxiás zavartság
	Kardiovaszkuláris betegségek	Hipertónia (hipertóniás krízis)
		Hipotónia
		Szívelégtelenség
	Hiánybetegségek	Különböző B-vitamin-hiányok
	Szisztémás fertőzések	Szeepszis, lázas állapotok
Folyadék-elektrolit háztartás zavarai	Exsiccosis	
Posztoperatív állapotok	Több ok kombinációja (infekció, anaemia, folyadék-elektrolit eltérés, gyógyszer-alkohol hirtelen elhagyása, stressz stb.)	

A delírium-szindróma

A delírium akut, szubakut kezdetű, reverzibilis organikus pszichoszindróma. Számos általános testi és központi idegrendszeri kórok talaján alakulhat ki, amelyek „végső közös útként” e súlyos pszichopatológiai állapotban manifesztálódnak. A leggyakoribb kiváltó okokat a 11.9. táblázat összegzi. Delírium esetén kiemelt fontosságú a sürgősségi orvosi ellátás, a kiváltó betegség mielőbbi felismerése, hiszen közvetlen életveszélyt jelentő kórkép is lehet a háttérben. A kizárólag a pszichiátriai tünetek kezelésre hagyatkozó terápia további állapotromláshoz, akár a beteg halálához vezethet. A delíriumban szenvedő beteg azonnali kórházi felvétele szükséges. A kóroki háttér tisztázása érdekében a lehető legalaposabb szomatikus átvizsgálásra kell törekedni. A belgyógyászati és neurológiai vizsgálat mellett EKG, laboratóriumi diagnosztika minden esetben szükséges, ezek tükrében indokolt lehet a mellkas-röntgen, EEG és az agyi képalkotó vizsgálat is. A delírium prognózisa az alapbetegség függvénye.

A delíriumok előfordulása idősekben különösen gyakori. Ennek oka, hogy a magas életkor, az előrehaladott demencia, a számos egyidejűleg szedett gyógyszer, a kardiopulmonáris és anyagcsere betegségek, az alkohol- és gyógyszerfüggőségek olyan hajlamosítottsgot jelentenek, amelyhez a – sokszor jelentéktelennek tűnő – közvetlen kiváltó ok (pl. agyi oxigénellátottság csökkenése, hipoglikémia, infekció stb.) bekövetkezte után alakul ki e diffúz központi idegrendszeri működészavar.

A delírium tünetei

A delírium tünettana és kórlefolyása meglehetősen uniform. Jellegzetes a tüneti kép változékonysága, a fluktuáció. A diagnózist a típusos pszichopatológiai kép jelenti, amit a heteroanamnézis és a beteg megfigyelése egészít ki. A delírium diagnosztikus kritériumait a 11.10. táblázat foglalja össze. A delírium felismerése az esetek többségében – a karakterisztikus tünetek miatt – nem okoz nehézséget, azonban a ritka *atípusos* formák problémát jelenthetnek. Az ún. *musszitaló delírium* esetén a tudat-

11.10. táblázat A delírium legfontosabb tünetei

Tudatzavar	A tudat éberségének, tisztaságának, integritásának fluktuáló eltérései
Figyelemzavar	A figyelem zavarai
Kogníció globális zavara	Emlékezet, különösen a megjegyző emlékezet károsodása
	Időbeli, térbeli tájékozatlanság, a megszokott környezet fel nem ismerése
	Nyelvi kifejezés zavara, súlyos esetben inkoherens beszéd, paranoid téveszmetöredékek, kóros vonatkoztatások
	Észrevezési zavarok: illúziók, hallucinációk, legtöbbször vizuálisak és akusztikusak, ritkábban taktilis, olfaktorius vagy komplex, szcenikus jellegűek
Affektív zavarok	Ingerlékenység, szorongás, agresszivitás, esetleg apátia, depresszió, gyors érzelmi állapotváltozások
Alvás-ébredlét ciklus zavara	Szakaszos, lerövidült éjszakai alvás, gyakran rémisztő álmok Nappali aluszékonyság „Naplemente szindróma” = sötétedéskor felélénkülés, nyugtalanság

zavar hipnoid komponense áll előtérben, azaz a beteg aluszékony (szedálnak tűnik), kontaktusba alig vonható, érthetetlenül mormog, takaróját gyűrögeti. A *foglalkozási delíriumot* inadekvát, sztereotíp tevékenység jellemzi, a beteg látszólag rendezetten, „munkakörének” megfelelően viselkedik. Enyhe fokú tudatzavar esetén a pszichotikus tünetek dominálhatnak, az érzécsalódások mellett téveszmék is kialakulnak, könnyen félrevezetve az orvosi gondolkodást. Idős betegek esetén nehézséget okozhat a demenciától való elkülönítés,

a problémakör jelentőségét a két tünetcsoport gyakori társulása is hangsúlyozza.

Organikus amnesztikus szindróma

Az amnézia új emlékek rögzítésének és a régebbiek felidézésének zavarát jelenti. Az organikus amnesztikus szindróma diagnosztikus kritériumait a 11. sz. táblázat foglalja össze. Az organikus amnesztikus zavarok leg-

11.11. táblázat Az organikus amnesztikus szindróma diagnosztikus kritériumai

A megőrző emlékezet károsodása (új ismeretek megtanulásának nehézsége), anterográd és retrográd amnézia
A központi idegrendszer sérülésének, betegségének szembetűnő jelei vagy erre utaló anamnesztikus adatok
Az azonnali felidézés, a figyelmi funkciók és a globális intelligencia ép
Nincs tudatzavar
Járulékosan konfabuláció, a belátás hiánya és érzelmi eltérések (apátia, abúlia) társulhatnak

11.12. táblázat Az organikus amnesztikus zavarok fő okai

Általános testi betegségek	B ₁ -vitamin (tiamin) hiány
	Hipoglikémia
Primer agyi kórképek	Epilepsziás rohamok
	Koponyatraumák
	Agyi térfoglalások (temporális és talamikus lokalizáció)
	Cerebrovaszkuláris léziók, pl. tranziens globális amnézia
	Idegsebészeti műtétek
	Enkefalitiszek
	Szklerózis multiplex
	Hipoxiás állapotok
Szerhasználattal kapcsolatos okok	Elektrokonvulzív terápia
	Alkoholos „filmszakadás” és Korzakov-szindróma
	Nyugtató-altató gyógyszerek abúzus, dependenciája
	Illegális kábítószeres abúzus
	Öngyilkossági szándékkal túladagolt szerek

gyakrabban alkoholfüggőség és koponyasérülés miatt alakulnak ki. A tünetcsoport etiológiailag heterogén szindrómát jelent, a legfontosabb etiológiai tényezőket a 12. sz. táblázat tartalmazza.

Gyakorlati szempontból az átmeneti és tartós amnéziákat érdemes elkülöníteni, a határvonalat közöttük az egy hónapos fennállás jelenti. A kiváltó okhoz viszonyított idő szerint, az amnéziákat *kongrád*, *anterográd* és *retrográd* típusra oszthatjuk. A kongrád amnézia a tudatzavar időtartamára lokalizált. Az anterográd amnézia az agyi inzultust követő időszakban az új ismeretek rögzítésének zavarát jelenti. A retrográd amnéziában az emlékhány a kiváltó ok előtti időre terjed ki, az esetek többségében másodperctől néhány órára korlátozódva. Ritkán hosszabb időtartam, akár évek is kieshetnek, később az amnesztikus időszak rövidül, megszűnik.

Az amnéziákhoz gyakran társul *konfabuláció*, a kóros meseszöveg. Amnesztikus zavarban leginkább provokált helyzetben észlelhető, a beteg a hiányzó emlékeket inadekvát tartalmakkal helyettesíti. A kóros meseszöveg a demenciák súlyos stádiumában gyakrabban fordul elő, mint az amnesztikus szindrómában.

Az organikus hallucinózis

E szindróma jellegzetessége a tiszta tudat mellett fellépő valódi hallucináció, ami az észrevezés minden aspektusával rendelkezik. E kórkép időskorban különösen gyakori, gyakran demenciához társul. E betegek tájékozottak, és – a delíriummal szemben – pontosan emlékeznek kóros élményeikre. Mivel viselkedésüket érzécsalódásaik irányíthatják, a hallucináció tartalmától függően szorongás, félelem, menekülés, agresszivitás, hangulati

emelkedettség alakulhat ki. A heteroagresszió mellett a szuicídium kockázata is jelentős. A tartósan fennálló érzécsalódásokhoz később téveszmeképződés társul, amik tartalmilag igazodnak a percepciózavar tematikájához, azaz *magyarázó* jellegűek. A fenyegető hanghallások típusosan üldöztetési téveszméket generálnak. Az organikus hallucinózis sürgősségi pszichiátriai ellátást igényel. Ebben az esetben is etiopatogenetikai diagnózisra kell törekedni, a beteg további sorsa a pszichopatológiai kép kiváltó okának felismerésétől, adekvát kezelésétől függ.

Az organikus paranoid zavar

E tünetegyüttest a beteg hétköznapjait befolyásoló, tartósan fennálló, sokszor rendszerbe szerveződő téveszmék jellemzik. Legtöbbször az idősök élethelyzetéből levezethető és megérthető tematikájú, vagyis meglópatásos, elszegényedési, mérgeztetési, üldöztetési, hipochondriás és féltékenységi téveszmék fordulnak elő. A téveszmék a betegek viselkedését irányításuk alá vonhatják, amik sokszor veszélyeztető magatartáshoz vezetnek. Idősokban a doxazmák kevésbé kimunkáltak, logikai koherenciájuk gyengébb, demenciához társulva legtöbbször badar jellegűek.

Az *Ekbom-szindróma* a bőr-, a bélférgesség tébolyával járó sajátos időskori paranoid kórkép. A panaszok beteg általi prezentációja diagnosztikus értékű. A páciens nem létező parazitáktól különböző „gyógymóddal” próbál megszabadulni, amikkel aztán objektív eltéréseket okoz saját magának (pl. sebek, kontakt dermatitis stb.). A betegek a „megfelelő” szakorvoshoz, legtöbbször bőrgyógyászhoz fordulnak.

Az organikus téveszmés zavarok – az alapbetegség kezelése mellett – antipszichotikum alkalmazását teszik szükségessé.

Összefoglalás

E fejezetben az idős emberek legfontosabb mentális betegségeit tekintettük át. A demográfiai változások miatt a gerontopszichiátriai betegségek egészségügyi és szociális jelentősége egyre nagyobb. Az idősek pszichiátriai morbiditása szempontjából a különböző eredetű depressziók, a demenciák, a delírium szindróma, a hallucinózis és a paranoid kórképek a legfontosabbak. Öregkorban a heveny és krónikus testi betegségek, és az alkalmazott gyógyszerek, a mentális zavarok kialakulása szempontjából fokozott kockázatot jelentenek. Az idősek korszerű pszichiátriai kezelését számos tényező akadályozza. Az információhiány miatt, a mai napig évszázados hiedelmek, tévképzetek alakítják a betegek sorsát. Az emberi életút utolsó állomásán az idős gyógyítása, gondozása, ápolása szempontjából az egészségügyi és a szociális ellátórendszer szoros szövetsége az emberi méltóság megőrzésének záloga.

Irodalom

- Hachinski, V. C.: Vascular dementia: A radical redefinition. *Dementia*. 1994, 5: 130–132.
- Kálmán J. és mtsai: Órarájzolósi teszt: gyors és egyszerű demenciaszűrő módszer. *Psychiat Hung*. 1995, 10: 11–18.
- Kiss É., Tariska P.: Kognitív eltérések időskori kórképekben. In Czigler I. (szerk.): *Az öregedés kognitív pszichológiája*. Budapest, Akadémiai Kiadó, 1999.
- Kovács A., Osváth P., Szabó G.: Időskori depressziók a mindennapi orvosi gyakorlatban. *Orvosi Hetilap*. 1997, 138: 665–670.
- Füredi J., Németh A., Tariska P. (szerk.): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Budapest, Medicina, 2009.
- Tariska P.: *Alzheimer-kór*. Budapest, Golden Book, 2000.
- Pethő B.: Organikus betegségek. In *Részletes pszichiatria*. Budapest, Magyar Pszichiátriai Társaság, 1989.
- Tariska P.: *Körtünet vagy kortünet*. Budapest, Medicina, 2002.