

AZ IDŐSKORÚAK ELLÁTÁSÁBAN ALKALMAZHATÓ PSZICHOLÓGIAI INTERVENCIÓK

Dr. Balogh Lívía
SE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika

Miről lesz szó?

- I. **Időskor**
- II. **Időskori pszichiátriai zavarok-rizikótényezők, tünetek**
- III. **Intervenció előtti diagnosztikai kérdések:**

Kognitív hanyatlás: demencia vagy pszeudodemencia?

Komorbid (endogén/reaktív) vagy organikus eredetű a hangulatzavar?

IV. Pszichológiai intervenciók:

Kognitív tréning

Pszichoterápia időskorban

Hozzá tartozókkal való munka

I. IDŐSKOR

WHO (Egészségügyi Világszervezet) életkori szakaszok

- 50–60 év: áthajlás kora
- 60–75 év: idősödés kora
- 75–90 év: időskor
- 90 fölött: aggkor
- 100 év felett: matuzsálemi kor

Demográfia

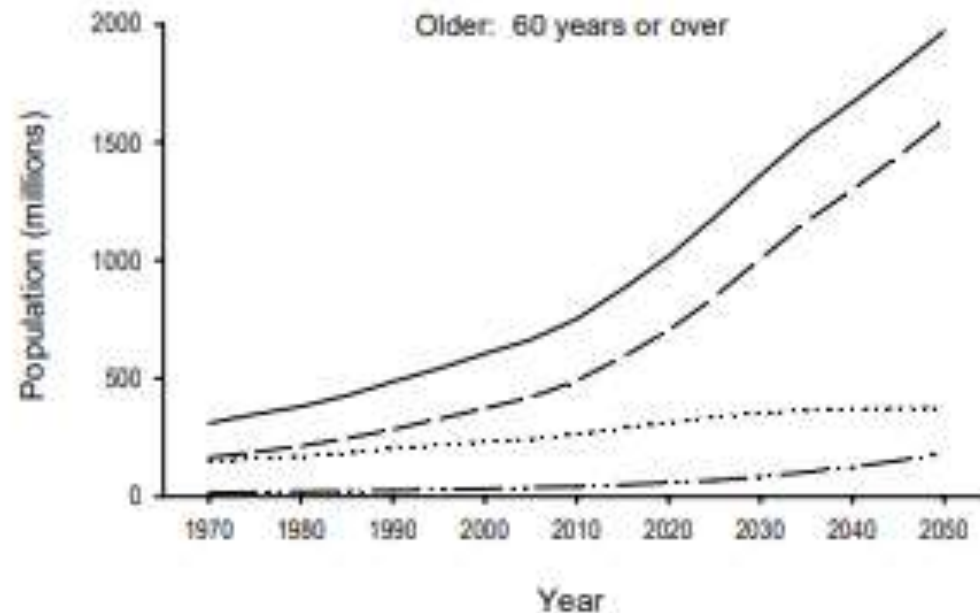
Idős populáció aránya, 2000-2050:

Világszerte: 11%->22%

(605 millió->2 milliárd)

Magyarországon: 23%->35%

- 60 éven felüliek 20%-a szenved neuropszichiátriai betegségben



- világ
- legfejlettebb régiók
- kevésbé fejlett régiók
- · - · - · fejletlen régiók

Az időskor, mint az élelciklus egy állomása, „egészséges öregedés”

Bio-pszicho-szociális modell (Engel, 1977)

Fizikai egészség + lelki egészség + optimális szociális feltételek = „egészséges öregség”
(produktív, örömszerző, „hasznos” tevékenységekre való képesség)

Nehezítő tényezők:

- polimorbiditás, szomatikus/pszichiátriai betegségek, gyógyszermellékhatások
- életesemények: megözvegyülés, egyedül élés, szociális rászorultság, alacsony jövedelem, nyugdíjazás- rítus hiánya
- családszerkezet változása, szeparáció
- modern társadalmi kultúrákban a kor, tapasztalat már kevésbé érték

Bio-pszicho-szociális modell+ SPIRITUALITÁS? (1950, 1969)

Pszichoszociális megközelítés (Erikson):

- a személyiség egész élete során fejlődőképes fejlődés = probléma megoldása
- az élet során megtapasztalt társas jelenségek → személyiségfejlődés

ÉNIDENTITÁS ALAKULÁSA

KOMPETENCIATÖREKVÉS/ÉRZÉS ↔ alkalmatlanságérzés

Visszatekintés,
számadás: pozitív vagy
negatív értékelés
Az időskor fő konfliktusa:
énintegritás (<->
kétségbeesés)

+Transzperszonális szemlélet:

- **az én határain túlmutató**, egyén és egy magasabb entitás közötti kapcsolat
- **énelmény kitágulása**: emberiség, élet, psziché aspektusai (vallás, mint intézményiesített spiritualitás)-vertikális lét-tengely irányt hangsúlyozza
- pszichospirituális fejlődés: **új, érettebb integráció** jön létre, biológiai, pszichológiai, szociális és spirituális szintek reintegrációja- **stabilabb személyiség szerkezet**

„Esendőség-szindróma” (Frailty)

Esendőség: olyan állapot, melyben az egyén fokozottan érzékeny bizonyos stresszhelyzetekre és ennek következtében egészségi állapotában markáns rosszabbodás következhet be.

65 év feletti populációban: 9,9 % (férfi:nő=1:2)

FRAIL elesettségszűrő skála:

Pozitív válasz: 1 pont, esendőség-sy: >3 pont)

FATIGUE (fáradtság) és gyengeség érzése az elmúlt hónapban

REZISZTENCIA (erőnlét): nem képes egy fordulónyi lépcsőzni

AMBULATION (aerob izommunka): nem képes egy háztömböt körbesétálni

ILLNESSES (betegségek): az ismert betegségek száma több, mint 5

LOSS OF WEIGHT (testsúlycsökkenés): az elmúlt fél évben a testsúlyvesztés meghaladta az eredeti testsúly 5%-át

II. IDŐSKORBAN LEGGYAKRABBAN ELŐFORDULÓ PSZICHIÁTRIAI ZAVAROK

1. **Depresszió**
2. **Major és minor neurokognitív zavarok**
3. Delírium
4. **Szorongásos zavarok**
5. Egyéb mentális rendellenességek, amelyeket agyi károsodás és diszfunkció vagy testi megbetegedés okoz, pl. organikus hallucinózis, organikus katatónia, organikus paranoid zavar, organikus hangulatzavar, organikus szorongászavar stb.
6. Pszichoaktív szerek használata által okozott mentális és viselkedési zavarok

IDŐSKORI DEPRESSZIÓ



Prevalencia

- 3,7-19,4% (eltérő vizsgálmódszerek)
- rizikópopuláció: szomatikus betegségben szenvedők (50%), szociális otthonban élők (30-40%)
- életkorgörbe: bimodális (2 csúcs:40 éves és 60 éves korban csúcs)

- Hungarostudy (Kopp és mtsai, 2002):
 - középsúlyos és súlyos depresszió 60 év felett: 23%
 - a prevalencia nők esetében jobban növekszik a kor előrehaladásával
 - **enyhe depresszió jelentősége**: 69 éves kor felett az enyhe depresszió a halálozás előrejelzője, férfiak: 3x, nők: 2,3x OR

Az időskori depresszió rizikótényezői

<i>Rizikótényező</i>	<i>Esélyhányados (OR)</i>
Szociális tényezők	
Alacsony iskolázottság	1,5
Alacsony társadalmi státusz	1,2
Pszichológiai tényezők	
Egyedüllét	1,7
Veszteségélmény, gyász	3,3
Egészségromlás	1,8
Funkcionális károsodás, fogyatékoság	2,5
Biológiai tényezők	
Női nem	1,4
Korábbi depresszió	2,3
Kognitív deficit	2,1
Esendőség	4,3
Komorbid állapotok	
Miokardiális infarktus	1,5
Hypertonia	2,3
Diabétesz	1,7
Légzőszervi betegség	2,2
Combnyaktörés	1,4
Mozgásszervi betegség	2,8
Malignus betegség	1,7



Diagnosztikus kritériumok, M.I.N.I. Neuropszichiátriai Interjú

A1	a	Előfordult valaha , hogy legalább 2 hétig csaknem minden nap levert vagy depressziós volt a nap legnagyobb részében?	NEM	IGEN	1
HA A1a = IGEN:					
	b	Az elmúlt 2 hét csaknem minden napján levert vagy depressziós volt a nap legnagyobb részében?	NEM	IGEN	2
A2	a	Előfordult valaha , hogy legalább 2 hétig csaknem minden nap csökkent az érdeklődése és az öröme olyan tevékenységekben, dolgokban amikkel korábban szeretett foglalkozni, vagy aminek tudott örülni?	NEM	IGEN	3
HA A2a = IGEN:					
	b	Az elmúlt 2 hét legnagyobb részében csökkent az érdeklődése és az öröme olyan tevékenységekben, dolgokban amikkel szeretett foglalkozni, vagy aminek tudott örülni korábban?	NEM	IGEN	4
VAGY A1a VAGY A2a = IGEN?					
			NEM	IGEN	

A3	Abban a két hetes időszakban, amikor levert volt, vagy az érdeklődése csökkent,						
			<u>JELENLÉGI Epizód</u>	<u>MÚLT Epizód</u>			
	a	Naponta tapasztalta, hogy megváltozott, csökkent vagy növekedett az étvágya vagy a testsúlya jelentősen (testsúly 5%-át elérő változás vagy $\pm 3,5$ kg egy 160lb. 70kg-os embernél egy hónap alatt) csökkent vagy gyarapodott anélkül , hogy az szándékában volt? JELÖLJE BE AZ IGENT, HA A FENTIEK EGYIKÉRE IGEN A VÁLASZ.	NEM	IGEN	NEM	IGEN	5
	b	Szinte minden éjszaka alvási nehézségei voltak (nehézen aludt el, felébredt az éjszaka közepén, túl korán ébredt fel vagy éppen túl sokáig aludt)	NEM	IGEN	NEM	IGEN	6
	c	Csaknem minden nap a szokásosnál lassabban beszélt vagy mozgott vagy	NEM	IGEN	NEM	IGEN	7

		előfordult, hogy ideges, nyugtalan volt vagy nehezebbé esett, hogy egy helyben nyugton maradjon?					
	d	Csaknem minden nap fáradtnak vagy erőtlennek érezte magát?	NEM	IGEN	NEM	IGEN	8
	e	Csaknem minden nap értéktelennek érezte magát vagy bűntudata volt?	NEM	IGEN	NEM	IGEN	9
HA A3a = IGEN: KÉRJÜK MEG A BETEGET, HOGY MONDION EGY PÉLDÁT PÉLDA TÉVESZMÉNEK FELEL MEG. <input type="checkbox"/> NEM <input type="checkbox"/> IGEN.							
	f	Csaknem minden nap nehezen tudott koncentrálni vagy döntéseket hozni?	NEM	IGEN	NEM	IGEN	10
	g	Gondolt arra többször, hogy kárt tegyen magában, hogy öngyilkosságot közzessen el vagy azt kívánta, hogy bárcsak meghalna	NEM	IGEN	NEM	IGEN	11
A4	VAN 3 VAGY TÖBB IGEN VÁLASZ AZ A3-BAN? (VAGY VAN-E AZ A3-BAN 4 IGEN VÁLASZ HA AZ A1a-RA VAGY AZ A2a-RA NEM A VÁLASZ A MÚLT EPIZODRA, VAGY AKKOR, HA AZ A1b-RE VAGY AZ A2b-RE NEM A VÁLASZ JELENLEGI EPIZODRA?)		NEM	IGEN	NEM	IGEN	
HATAROZZUK MEG, HOGY A POZITIV TUNETEK UGYANABBAN A KÉT HETES IDŐSZAKBAN JELENTKEZTEK-E.							
HA A4-RE NEM A VÁLASZ JELENLEGI EPIZODRA, AKKOR VIZSGALJUK MEG A3a - A3g KERDESEKET A LEGTUNETGAZDAGABB MULTBELI EPIZODRA VONATKOZOAN.							
	A5	Okoztak a depresszió tünetei nehézséget a munkájában, társas kapcsolataiban vagy bármi más módon?			NEM	IGEN	12
	A6	Magyarázza a tüneteket teljes egészében egy szeretett személy elvesztése (gyász) és a tünetek súlyossága, fennállásuk ideje és a funkciók károsodása hasonló azokhoz, amelyet a legtöbb ember átél hasonló körülmények között? Ha ez így van, nem szövődményes gyászreakcióról van szó. KIZÁRHATÓ, HOGY NEM SZÖVÖDMÉNYES GYÁSZREAKCIÓRÓL VAN SZÓ?			NEM	IGEN	13
	A7	a Szedett bármi drogot vagy gyógyszert mielőtt ezek a tünetek jelentkeztek? <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen					
		b Beteg volt közvetlenül ezeknek a tüneteknek a jelentkezése előtt? <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen					

Lárvált/atípusos depresszió jellemző tünetei

- Disztímia (minor>major depresszió), sokszor hangulati reaktivitás
- Szomatikus panasz, hipochondriázis
- Irritabilitás/szorongásos tünetek, diszfória
- Negativizmus, inaktivitás
- Pszichomotoros agitáció vagy gátoltság
- Kognitív zavar, pseudodemencia (15%)
- Paranoiditás
- 20-45%-ban pszichotikus tünetek is jelentkeznek (téveszmék: nihilisztikus (pl.Cotard-sy), paranoid
- Magas öngyilkossági rizikó

Befejezett kísérlet: minden 2-4. (<-> minden 10.kísérlet)

IDŐSKORI SZORONGÁSOS ZAVAROK



PREVALENCIA



Introduction

Predict the world in 2050. A demographic shift towards older age that began generations ago will have reached its peak, and 2 billion individuals will be aged 60 and older.¹ In the United States and much of Europe, one in three persons will be in this old-age demographic (compared with one in five today). It is increasingly clear that the common mental disorders of emotion— anxiety disorders and unipolar depression—are a terrible scourge across the lifespan; these not only induce suffer-

Neurodevelopmental changes over the lifespan, from childhood through adulthood into old age, have important implications for the onset, maintenance, course, and

	Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) ¹	Epidemiologic Catchment Area (ECA) ^{2,7}	Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL) ²	Australian National Mental Health and Well-being Study (NMHWS) ^{2,8}	Canadian Community Health Survey (CCHS) ^{2,9}	National Comorbidity Study-Replication (NCS-R) ^{2,10}
N	3107	5702	4051	1792	12792	1461
Age	55-85	65+	65-84	65+	55+	65+
Any anxiety disorder	10.2%	5.5%	Not assessed	4.4%	Not assessed	7.0%
GAD	7.3%	1.9%*	3.2%	2.4%	Not assessed	1.2%
Any phobia	3.1%	4.8%	Not assessed	Not assessed	Not assessed	4.7%***
Social phobia	Not assessed	Not assessed	Not assessed	0.6%	1.3%	2.3%
Agoraphobia	Not assessed	Not assessed	Not assessed	0.8%**	0.6%	0.4%
Panic disorder	1.0%	0.1%	Not assessed	0.8%**	0.8%	0.7%
OCD	0.6%	0.8%	Not assessed	0.1%	Not assessed	Not assessed
PTSD	0.9%	Not assessed	Not assessed	1.0%	Not assessed	0.4%

Table 1. Prevalence estimates for anxiety disorders in older adults from five community studies. GAD, generalized anxiety disorder; OCD, obsessive-compulsive disorder; PTSD, post-traumatic stress disorder; *prevalence estimate of GAD in ECA is from one site only; **prevalence estimate from NMHWS is for panic disorder and/or agoraphobia; ***prevalence estimate from NCS-R is for specific phobia

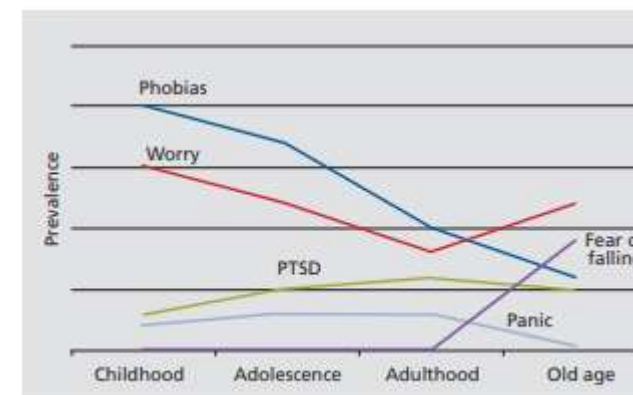


Figure 1. Changes in anxiety disorder presentation across the lifespan. PTSD, post-traumatic stress disorder

GAD > fóbiák > PTSD > pánikbetegség

Tünet	Prevalencia
Szorongás	4,4-10,2%
Generalizált szorongás	1,2-7,3%
Fóbiák	3,1-4,8%
Szociális fóbia	0,6-2,3%
Pánikbetegség	0,1-1%
Agorafóbia	0,4-0,8%

Az időskori szorongás rizikótényezői

- Pszichoszociális rizikótényezők: kapcsolatok elvesztése vagy attól való félelem, nyugdíjazás, mindennapi életvezetési és alkalmazkodási nehézségek
- Esendőség-szindróma
- Komorbid állapotok

Központi IR betegségei: demencia, delírium, depresszió, stroke, Parkinson kór

Kardiovaszkuláris betegségei: angina, arhythmia

Légzőszervi betegségei: asztma, pulmonális embolizáció

Endokrin betegségei: pajzsmirigy- és mellékpajzsmirigy működés zavara, 2-es típusú cukorbetegség

Gyógyszermellékhatás: hörgőtágítók, vérnyomáscsökkentő szerek

Megvonási tünet: alkohol- vagy gyógyszerfüggőség talaján!

Az időskori szorongás tüneti jellegzetességei

- **Általában az időskor korábbi szakaszaiban**
- Krónikus lefolyás
- Gyakori hiedelem: az öregedés természetes velejárója (nincs betegségtudat)
- Gyakori kompenzáció: túlzott aktivitás (túl sok terv, feladat vállalása, családi kapcsolatokban túlinvolváltság)
- **Szociális kapcsolatok viszonylag megtartottak**
- Agitáció, belső nyugtalanság szubjektív megélése, **társasági helyzetben ezek leplezése**
- Öröme való képesség enyhén csökkent
- jelen és jövő veszélyeivel kapcsolatos **aggodalmak**
- **elalvási/átalvási zavar**



MAJOR ÉS MINOR NEUROKOGNITÍV ZAVAROK

Enyhe (minor) és major neurokognitív zavar diagnosztikus különbsége, DSM-5

- A. 1 vagy több kognitív területen **mérsékelt/jelentős** kognitív hanyatlás (beteg, hozzátartozó elmondása alapján, sztenderdizált neuropszichológiai tesztek alapján)
- B. Mindennapi életvitelben a kognitív deficit **nem akadályoz/akadályoz**
- C. Nem delírium
- D. Más mentális zavarral nem magyarázható jobban

Jelölők= etiológia szerinti besorolás:

- primer degeneratív demenciák
- degeneratív betegségek mozgászavarral
- prionbetegségek

} Primer demenciák

- vaszkuláris demenciák
- egyéb: traumás/térfoglaló foly./metabolikus eredetű/KIR gyulladás

} Szekunder demenciák

Reverzibilis demenciák: pl. normotenziós hydrocephalus

Enyhe kognitív zavar

- élettartam prevalencia:1%, 65 éves kor felett: 16%
- rizikótényezők megegyeznek a major neurokognitív zavaréval:
 - Időskor
 - Alacsony iskolázottság
 - Családi halmozódás
 - Korábbi fejsérülés
 - Vascularis betegség (magasvérnyomás, cukorbetegség, magas koleszterinszint)

- kognitív panasz (páciens vagy heteroanamnézis)
- kognitív funkciók csökkenése az elmúlt egy évben
 - objektív kognitív romlás (neuropszichológia)
 - normális globális kognitív funkciók/ AKV,MMS
 - megtartott mindennapi aktivitás
 - demencia hiánya/ MMS 24 pont felett

(Petersen 1999)

Primer degeneratív demenciák

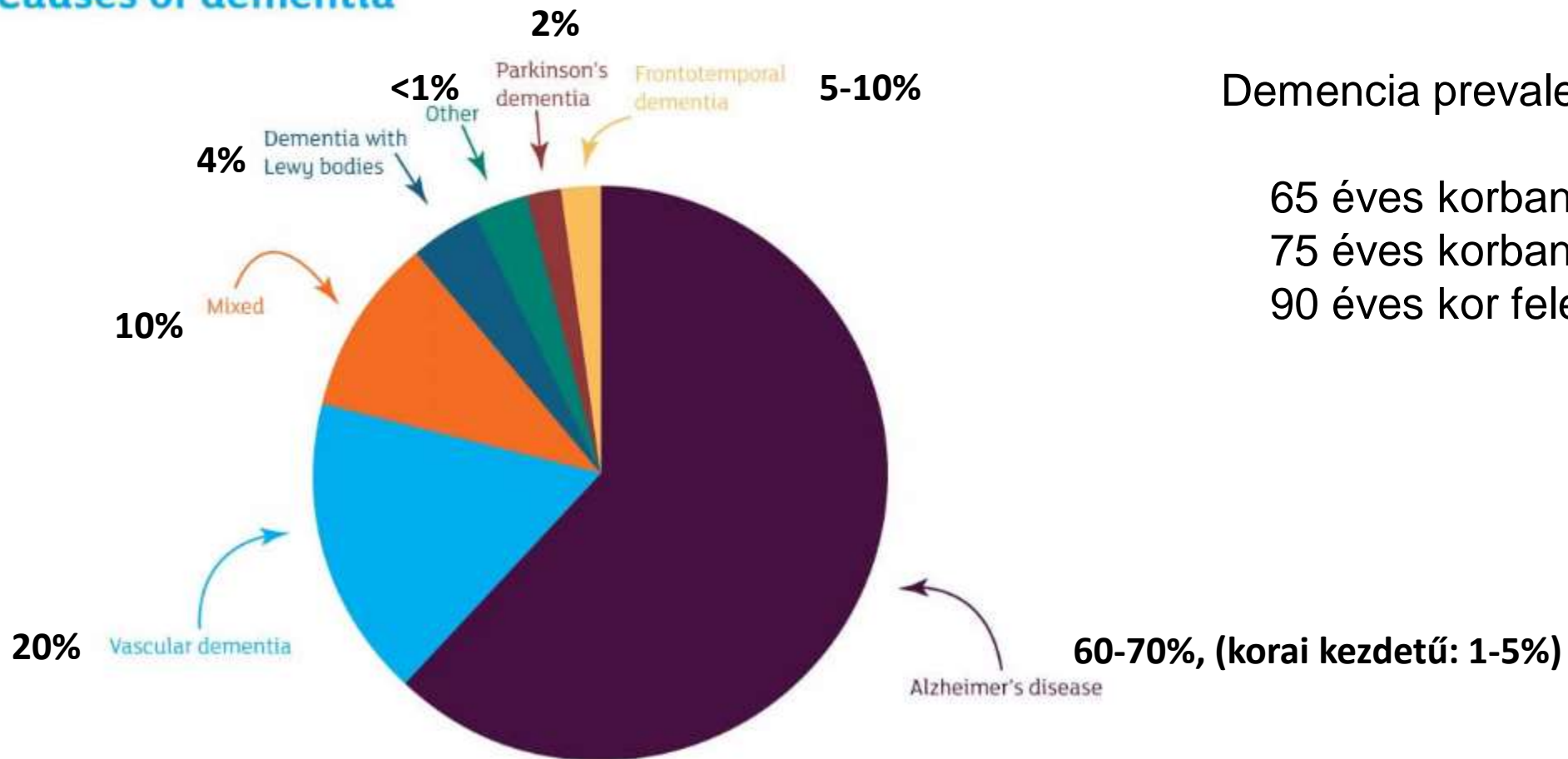
- ❖ **Alzheimer-kór**
- ❖ **Frontotemporális demencia**
(BNO: „demencia Pick betegségben)
- ❖ **Lewy testes demencia**
- ❖ **Parkinson kór**
- ❖ Huntington kór
- ❖ Thalamus demencia
- ❖ Multiszisztémás atrófia
- ❖ Progresszív supranukleáris paresis
- ❖ Corticobazális degeneratio

Szekunder demenciák

- ❖ Cerebrovascularis betegség :
Multiinfarktus demencia (MID), Binswanger kór,
stratégiai lokalizáció
Érrendszeri betegségekhez kötődő zavarok
(amyloid angiopathia, CADASIL)
- ❖ Liquor keringési zavar- esetleg NPH? –
REVERZIBILIS! (Hakim triász:
demencia+járászavar+inkontinencia)
- ❖ Traumás sérülés
- ❖ Tumor
- ❖ Központi idegrendszeri gyulladás
- ❖ Prionbetegség
- ❖ Epilepszia
- ❖ Metabolikus, pl. alvási apnoé

Prevalencia

Causes of dementia



Demencia prevalenciája:

65 éves korban: 5-10%
75 éves korban: 15-20%
90 éves kor felett: 30%

Intervenció előtt: diagnosztika!

Demencia vagy pseudodemencia?

Szempont	Pseudodemencia	Demencia
pszichiátriai előzmény	sokszor van	többnyire nincs
kezdet	viszonylag gyorsabb, feltűnőbb	lassú, fokozatos
egyéni anamnézisben	depresszió	személyiségváltozás
emlékezeti panasz	előtérben	gyakran hiányzik
kompenzációs törekvés	alacsony, hamar kimerül	van
hangulat	negatív irányú	labilis
a kognitív zavar és magatartás kapcsolata	a magatartás tünetek jelentősebbek, mint a kognitív deficit	kongruens
figyelemfenntartás	motivációtól jobban függ	fáradékony
teljesítmény, együttműködés	"nem tudom" válaszok	hibákat vét
memória zavar	tüneti fluktuáció: közeli és távoli emlékek, időben fluktuáló	jellegetében valamilyen szabályszerűség: Ribot szabály, verbális/téri vizuális memória érintettség
orientáció	megtartott	időbeli tájékozatlanság, bizonytalanság
kognitív teljesítmény	motivációtól erősen függ, időben azonos funkciót mérő feladatban is hullámzó teljesítmény	időbeli fluktuáció elsősorban a fáradástól függ, neuropszichológiai deficit sokkal stabilabb

Konklúzió időskorban, ha a neuropszichológiai vizsgálat inkább abba az irányba mutat, hogy hangulatzavarral állunk szemben:

- A terápiás intervenciók a HANGULATZAVARRA irányulnak (pszichoterápia, gyógyszeres terápia)
- **De** tartsuk fejben, az EKZ neuropszichológiai eltérései milyen mintázatúak

AMNESZTIKUS?/NEM AMNESZTIKUS?

EKZ altípus		Kimenetel		
		Degeneratív	Vascularis	Pszichés
Amnesztikus EKZ	egy komponensű	AK	VD	Depresszió
	több komponensű	AK, LBD	VD	Depresszió
Nem amnesztikus EKZ	egy komponensű	FTB, LBD	VD	Depresszió
	több komponensű	FTD, LBD	VD	Depresszió

**A KOGNITÍV FELMÉRÉST
IDŐSZAKOSAN ISMÉTELNI KELL!!!
(TENDENCIA?)**

Demencia és depresszió között többszörös kapcsolat:

- depresszió, mint AK **kockázati tényezője**
- depressziós tünetek időben gyakran megelőzik az AK kognitív tüneteit, **bevezető tünet!**

A konverzió prediktorai

fiziológias öregedésből demenciába:1-4%
enyhe kognitív zavarból demenciába:10-15%

genetikai és biomarkerek:

-tau proteinek
-APOE4e allél

képzőközpontok: mediális temporális lebeny:

entorhinális
transentorhinális kéreg
hippocampus

Neuropszichológiai tesztek:

vizuospaciális tanulás
epizodikus/ szemantikus memória
verbális fluencia
exekutív funkciók/problémamegoldás

EKZ:

-demencia szempontjából magas rizikójú
populáció



Intervenció!

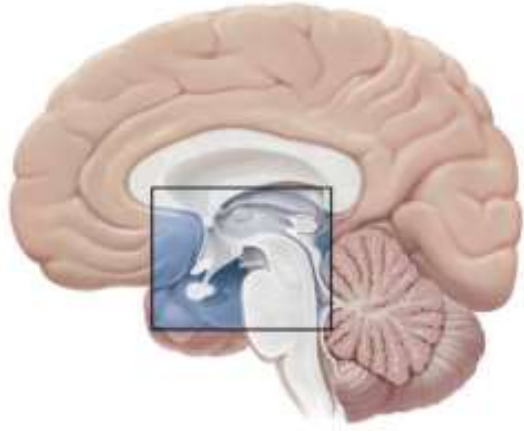
DEPRESSZIÓ/SZORONGÁS A NEUROPSZICHIÁTRIAI BETEGSÉGEKBEN:

HONNAN TUDJUK, HOGY AZ ÉSZLELT AFFEKTÍV/SZORONGÁSOS
TÜNET A NEUROPSZICHIÁTRIAI ALAPBETEGSÉGGEL
MAGYARÁZHATÓ-E, VAGY INKÁBB KOMORBID
HANGULAT/SZORONGÁSOS ZAVARKÉNT ÉRTELMEZHETŐ?

Terápiás jelentőség: organikus hátterű pszichopatológiai tünet esetében jelentősen kisebb
terápiás válaszkészség!
(reális terápiás célpont és célmeghatározás)

Összefoglaló, magyar nyelvű közlemény: Hidasi Z, Salacz P, Csibri É: Depresszió neuropszichiátriai
betegségekben. Ideggyógyászati Szemle 2012;65(1–2):6–15.

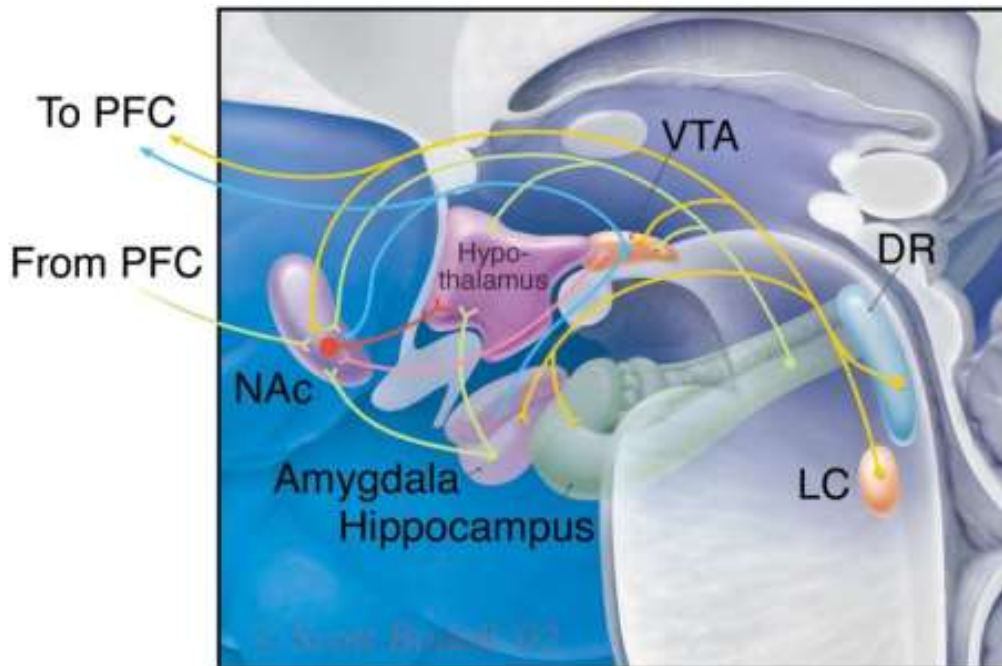
A depresszió/szorongás neurobiológiai háttere



Kognitív tünetek: memóriazavar, értéktelenségérzés, reménytelenségérzés
NEOCORTEC (PFC), HIPPOCAMPUS

Affektív/szorongásos tünetek: anhedonia, szorongás, motivációcsökkenés, emocionális emlékezet: NUCLEUS ACCUMBENS (NAc), AMYGDALA

Vegetatív/szomatikus tünetek: étvágytalanság, alvászavar, fáradékonyság, szexuális készlettség: HYPOTHALAMUS



- Dopaminerg
- Noradrenerg/szeronnerg
- Glutamát
- GABA

DEPRESSZIÓ DEMENCIÁKBAN

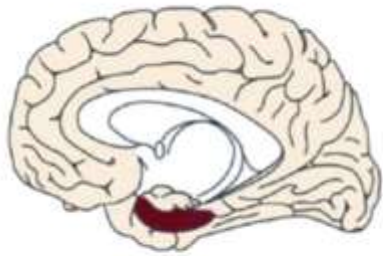
Alzheimer-kór: 10-50%

Vascularis demencia: 20-45%

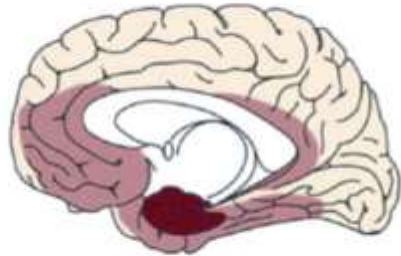
Lewy-testes demencia: 20-50%

Alzheimer kór

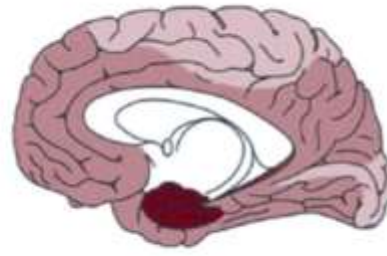
Braak stages (post mortem)



Transentorhinal (I/II)



Limbic (III/IV)



Neocortical (V/VI)

1. **Entorinális szakasz:**
med.temporális lebeny,
hippocampus



Entorinális régió-
hippocampus kapcsolat:
deklaratív memória
(epizodikus, szemantikus,
autobiografikus, alvás alatti
memóriarögzülés)

2. **Limbikus szakasz:**
+PFC érintettség

3. **Neokortikális szakasz:** kiterjedt kérgi érintettség (kiterjedt, szenzoros és motoros területek)



Típusos temporomediális dominanciájú károsodás:
Afázia, apraxia, agnózia
Exekutív funkciózavar,
figyelemzavar
BPSD tünetek

Patomechanizmus:

Alapvetően kolinerg rsz zavar,
de:
neurodegeneráció>csökkent
monoamin szintek,
kifejezetten:

HIPPOCAMPUS

LOCUS COERULEUS!

RAPHE MAGCSOPORT

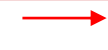
NA-erg
rsz.kp.



Kéreg:
éberség,
figyelem,

Limbikus
rendszer

depresszió



Apátia, személyiség
változás

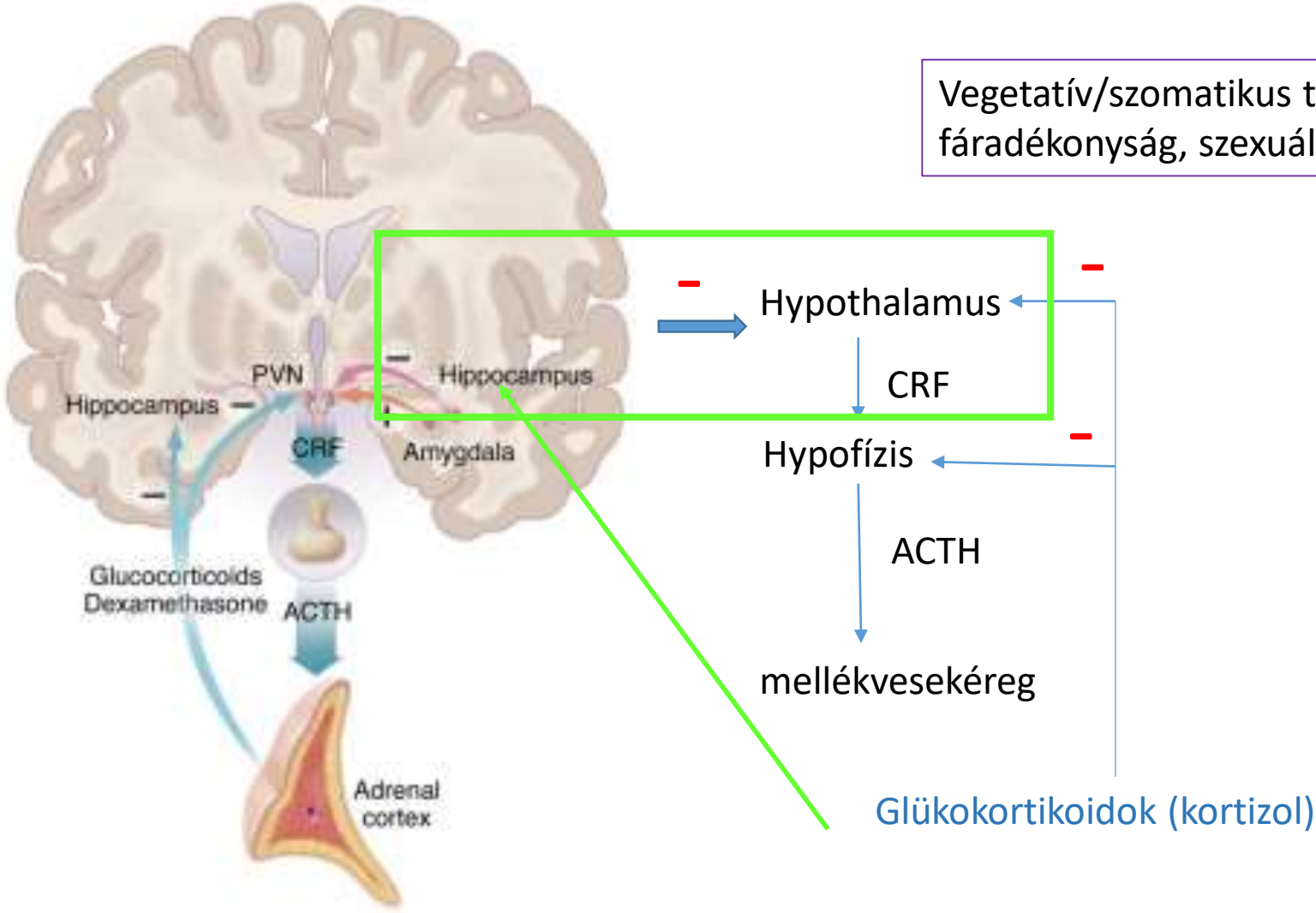
szorongás



Kognitív kontroll
csökkenés,
impulzivitás

Neuroendokrin rendszer- hippocampus

Vegetatív/szomatikus tünetek: étvágytalanság, alvászavar, fáradékonyság, szexuális késztetés: HYPOTHALAMUS



Tartósan magas kortizolszint->hippocampusban fokozódik az amyloidtermelés!

Vaszkuláris demencia

Tünet	Kortikális	Szubkortikális
Memóriazavar	megőrzés	felidézés
Rövidtávú memória	korán, előhívás segítségével nem javul	előhívás segítségével javul
Hosszútávú memória	fokozatosan romlik	nem romlik
Gondolkodás tempója	nomotempójú	lassú
Számolás zavara	+++	-/+
Egzekutív funkciók zavara	+/-	+++
Vizuospaciális készség	+++	+
Agnosia, apraxia, aphasia	+++	+(enyhe anomia)
Depresszió	ritkábban	gyakori
BPSD tünetek	késői stádiumban gyakori	ritka
Járás/testtartás	késői stádiumig megtartott	korán károsodott
Hyperkinézisek	nincsenek v. myoclonus	tremor, dystonia, chorea
Izomtónus	nincs eltérés	fokozott/csökkent

Alzheimer demenciához képest vascularis demencia esetében:

- a depresszió általában **súlyosabb**
- kifejezettebb a zavar a következő területeken:

PSZICHOMOTORIUM

MOTIVÁCIÓ, ÉRDEKLŐDÉS ELVESZTÉSE

VEGETATÍV/SZOMATIKUS TÜNETEK (étvágytalanság/fogyás)

+nyomott hangulat, apátia, egzekutív funkciózavar

Post-stroke depresszió

(akut stroke-ot követően 30-50%-ban)

Korai PSD (3-6 hónap): a stroke által okozott átmeneti jelenség, neuronális és biokémiai regenerációval párhuzamosan múlik

Késői PSD: a stroke által másodlagosan okozott, időben elhúzódóan jelentkező, tartósan meglevő neuropatológiai változások következménye

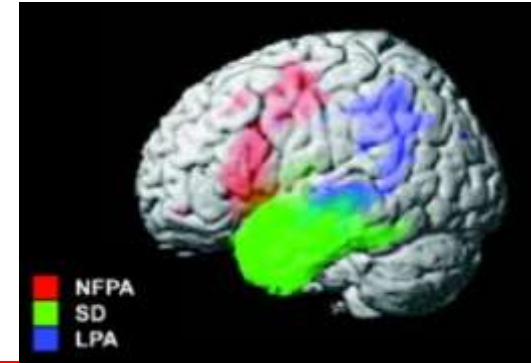
Ischaemiás lézió->**megszakadnak az AGYTÖRZSI MONOAMINERG MAGVAKBÓL (VTA, LC, DR) induló pályarendszerek**->csökkent neurotranszmitter szintek-> FRONTOSZUBKORTIKÁLIS, LIMBIKUS KÖRÖK, BAS.GALNGLION RSZ. MŰKÖDÉSZAVARA

Lokalizáció: **frontális pólustól való távolság** meghatározó-e a PSD kialakulásában?

Stratégiai lokalizációjú léziók szerepe: hippocampus, frontális lebeny, bal capsula interna, basalis ganglionok (pallidum, nucleus caudatus), jobb occipitális lebeny

Frontotemporális demencia

(korai kezdet-általában 50-60 év, progresszív)



Magatartási tünetekkel járó forma (FRONTÁLIS)

Hangulat: apátia/emelkedett, de színtelen affektusok, csökkent motiváció

Gátlási zavar: kritikátlanág, szociálisan nem megfelelő viselkedés, impulzivitás, empátia hiánya

Repetitív mozgások, sztereotíp viselkedés

Gyűjtögetés

Hiperoralitás

Kognitív deficit: exekutív funkciózavar és absztrakt gondolkodás zavara

Nyelvi tünetekkel járó forma (Primer Progresszív Afázia, TEMPORÁLIS)

- A. Szemantikus
 - B. Logopéniás
 - C. Agrammatikus
- } forma

Beszédprodukción, beszédértés, szótalálás, tárgymegnevezés, nyelvtani készségek hanyatlása

↓
Szociális visszahúzódnás, szorongás, hangulatzavar rizikója növekszik!

Memória, tanulás, perceptuális és motoros funkciók megtartottak!

Depresszió Parkinson-kórban

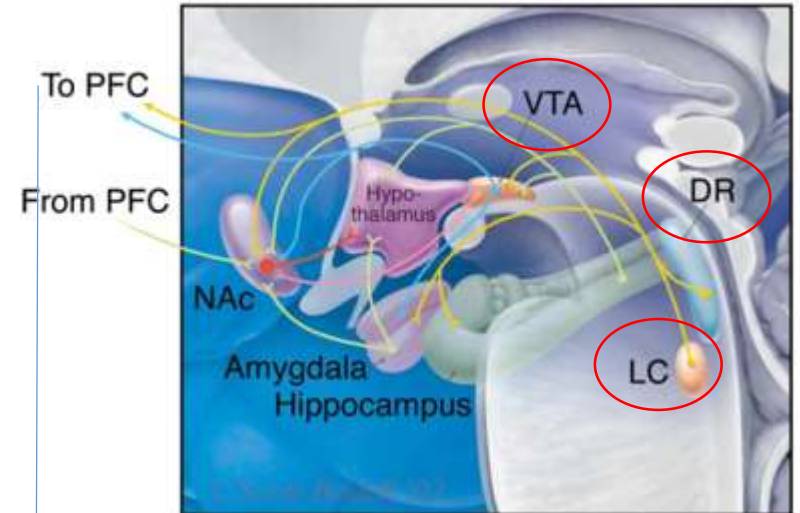
(frontális-szubkortikális)

A nem motoros tünetek közül egyik leggyakoribb a depresszió (30-40%), sokszor évekkel megelőzi a motoros tüneteket

Tünetek:

- **szomorúság**, pesszimizmus, diszfória
- **szorongásos** tünetek az esetek 2/3-ban
- Parkinson kórral átfedő tünetek:
 - pszichomotoros **meglassultság, anergia**
 - **étvágytalanság**
 - **alvászavar**
 - **libidócsökkenés**
- bűnösséggel, önvádlással, értéktelenséggel kapcsolatos gondolatok ritkán
- szuicid gondolatok előfordulási gyakorisága változó, de a kísérlet ritka

substantia nigra DA-erg sejtjeinek degenerációja+



→ **Dorsomediális kör**: készletelés, motiváció, spontaneitás csökkenés

→ **Dorsolaterális kör** érintettség: motoros programozás, tervezés, absztrakt fogalomalkotás, kognitív flexibilitás, perszeveráció, konkretizáció, egzekutív funkciók

IV. INTERVENCIÓS LEHETŐSÉGEK

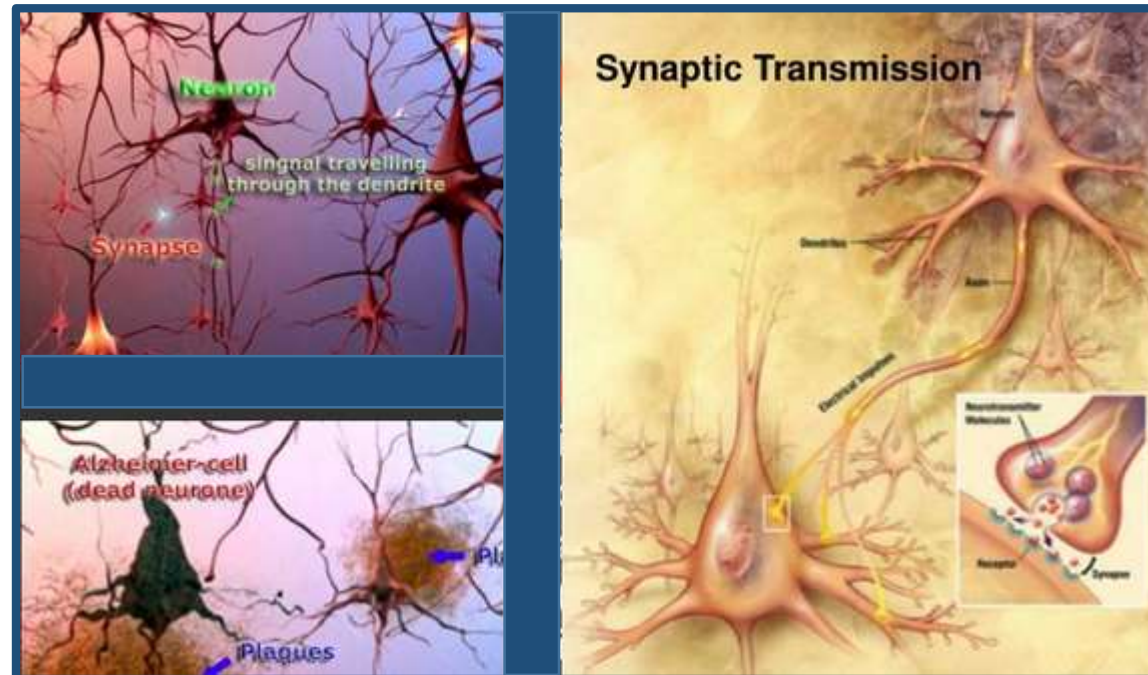
KOGNITÍV TRÉNING

Hatékonyság

- Elméleti háttér: idegrendszeri plaszticitás
- Ellentmondásos eredmények:
 - módszertani és klinikai heterogenitás
 - randomizált, kettős vak vizsgálat?
 - a változás mérési módja különböző (agyi képalkotó vizsgálatok, neuropszichológiai teljesítmény, egyéb biomarkerek bevonása VAGY mindennapi funkcionalitás)- gyakran inkongruensek az eredmények!
 - EKZ, egészséges idősek: gyógyszeres terápiában még nem részesülnek, így ennek módosító hatásával nem kell számolni+ jobb kognitív színvonal miatt szigorúbb módszertannal vizsgálható



Minél előrehaladottabb a kognitív hanyatlás, annál kevésbé hatékony (egészséges időskor/EKZ-az agy plaszticitási képessége még megfelelő)



Metodika

Kognitív stratégiát tanító tréning

- **Cél:** az ismeretek megszerzésének és felhasználásának javítása- **”új tanulási stratégia”**
- Memória stratégia, feldolgozási sebesség, figyelem, egzekutív funkció javítása
- **Hatékonyabb: egyszeres domén, károsodott funkcióra irányuló** (pl amnesztikus zavarban memóriastratégia tanítás)

Hatékonyág: teljesítményre (memóriakapacitás, életminőség, jóléti mutatók) van pozitív hatása hatása, de sokszor rövid ideig tart, transzfer hatás nincs.

Lényege: meglevő készségek használata és manipulációja, NEM INDÍT EL NEUROPLASZTIKUS VÁLTOZÁSOKAT (így a patológiás folyamatot nem tudja lassítani)

Uni- vagy multimodális tréning

- Menete: egy- vagy több **kognitív domént érintő feladatok gyakorlása**
- Meta-analízis (RCT, 2016)¹ : mérsékelt hatás a globális kognitív funkciókra és az exekutív funkciókra, enyhe pozitív hatás a memória, figyelem és vizuospatiális készségekre (egészséges idősek)
- **Minél jobban fókuszál a feladat a fejlesztendő készségre, annál hatékonyabb**

Hatékonyág: jelentősebb a stratégiai tréningeknél

Lényege: NEUROPLASZTIKUS VÁLTOZÁSOKAT indukál
2 módja: a **sérült terület** azonosítása, kapcsolódó funkció gyakoroltatása VAGY a neuroanatómia/**funkcionális körök** ismeretében olyan funkció gyakoroltatása, mely anatómiailag ép, de funkcionális szinten kapcsolódik a sérült anatómiai régióhoz (ún. multikomponensű feladatok)

Virtuális „kognitív edzőtermek”

<http://www.m3w-projekt.eu/hu>

<http://www.kognitiv.hu>

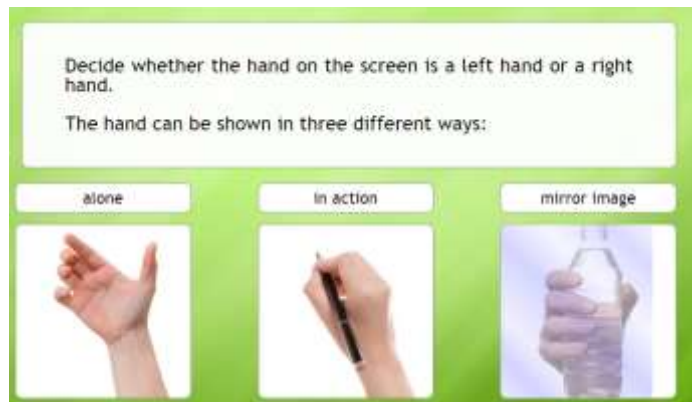
<http://www.lumosity.com>

<http://www.happy-neuron.com>

<http://www.cognifit.com>

magyar nyelvű

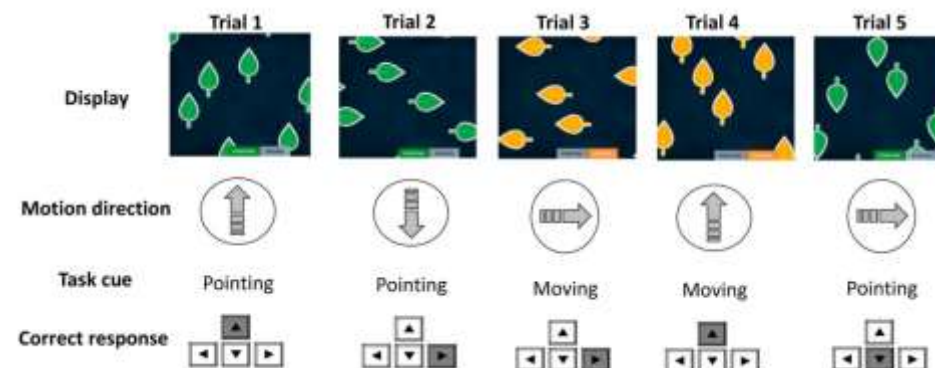
angol nyelvű



Vizuospaciális funkció



Névmemória, arcfelismerés



Feladatváltás (task switching)

PSZICHOTERÁPIA ALKALMAZÁSA IDŐSKORBAN

A pszichoterápiát nehezítő tényezők

- nem természetes a páciensek számára, hogy problémájuk a **figyelem középpontjába** kerül
- **Sztereotípiák**

A idősök rugalmatlanok, magányosak, nem tudják elfogadni az időskort <-> mindenki annyi éves, amennyinek érzi magát

Terapeuta részéről:

- döntően veszteségeket hangsúlyozó **öregségkép** (<->neuroplaszticitás)
- **fiatalabbak pszichoterápiás kezelését indokoltabbnak érezhetjük**
- **viszontáttételi** problémák (saját szülő-gyerek konfliktusok bevetülése a terápiás térbe, generációs különbségek), fordított áttételi helyzet!
- **szimbiózis**-ne váljunk az idős ember egyetlen társává!
- terapeuta számára idegen élmények (krónikus betegség, mentális hanyatlás)-
tehetetlenségérzés
- terápiás célt és módot a megszokottnál **jobban kell hogy idomuljon a páciens igényeihez** és adottságaihoz, helyzetéhez (pl. tempó elfogadása)

Módszertől független támpontok

Szelektív célmegjelölés: a beszűkült lehetőségeket figyelembe véve a páciens kiválasztja a számára legfontosabb célokat, hosszútávon ezekre koncentrálnak

- Kapcsolati veszteség, önmagával kapcsolatos veszteség (testi, vonzalom elvesztése)
- Visszatekintés: csalódottság, sérelmek, megvalósulatlan tervek, elkövetett hibák
- Társas tapasztalatok: fiatalabb generáció leértékelő megnyilvánulásai, infantizáló attitűd („bácsi”, „néni”), anyagi kérdések (öröklés)
- Időskorral kapcsolatos tabutémák, pl. szexualitás (szülő-gyerek kapcsolat, háritás)

Optimalizáció: erőforrások fejlesztése, képességek jobb kihasználása (pl. környezeti feltételek javítása, segédeszközök használata->mozgástér, szociális kapcsolati lehetőségek kitágulnak)

Kompenzáció: új viselkedésformák kialakítása és gyakorlása (ha a képesség részben vagy egészben elveszett, de a hozzá kapcsolódó célok továbbra is fontosak)

Miben legyünk rugalmasabbak?

- általában az első teendő: **sztereotípiákkal** való munka:

„aki pszichoterápiára jár, az bolond”

„a pszichés problémák a személyiség vagy a belső erő hiányát tükrözik”

„a terápia lényege a személyes problémákban való vájkálás”

- **megszólítás** tisztázása
- a terápiás beszélgetés **jobban fókuszál** egy-egy témára, a célok megfogalmazása hangsúlyosabb
- **erőforrásokat (környezet!), kompetenciát** jobban figyelembe vesszük
- a haladás tempója lassabb, **problémák megoldása kisebb lépésekben**, ismétlések, jól tagolt beszéd
- **rövidebb ülések**, szünetek
- **emlékezeti segédeszközök** használata (terápiás ülés rögzítése hangfelvételen, írásbeli házfeladat)
- **helyszíne rugalmasabb** (akár otthoni környezetben, ha a páciens állapota azt indokolja)

Kognitív viselkedésterápia

Pszichoedukáció: a depresszió betegség, mely befolyásolható és kezelhető

Gyakran viselkedésterápiás hangsúlyú: aktivitás növelése lépésről lépésre

- **Depresszió:**

1. Mindennapi aktivitás felmérése
2. Kellemes aktivitások listázása
3. Részletes terv, hogyan fogja végrehajtani a kellemes tevékenységet
4. Tapasztalatok megbeszélése az ülésen (negatív tapasztalatok közös átgondolása, negatív automatikus gondolatok azonosítása, megerősítés)

- **Krónikus betegség, szomatizáció** esetén cél: testi állapot árnyalása (<-> „mindent vagy semmit” gondolkodás)

- **Csökkent önértékeléssel** való munka, pl. szerepvesztés (nyugdíjazás, idősothoni elhelyezés), testi állapot feletti kontroll elvesztése (inkontinencia). Cél: új perspektíva felállítása, életút átbeszélése-> énfolytonosság érzésének segítése (<-> uniformizáltság)

- új kapcsolatok kialakítása helyett inkább a meglévők javítása a cél (függőség/mások terhelésétől való félelem közötti egyensúly megtalálása)

Pszichodinamikus terápiák

Amiben más: a terapeuta kevésbé törekszik a semlegességre, jobban elfogadja a páciens érzelmi igényeit (pl. veszteség esetén szimbolikus gesztusokkal is jelezheti támogatását)

Hangsúly a tudatos és tudatelőttel tartalmak konfliktusának feldolgozásán

Jellegzetes fókuszok:

- veszteségek elgyászolása
- testi betegségektől, rokkantságtól, haláltól való félelem
- bűntudat és kétségbeesés valamely korábban elkövetett hibával kapcsolatban
- hátralevő idő strukturálásának kérdései

Csoportterápia

Előnyei az egyéni terápiával szemben:

- a csoport-helyzet általában **megnyugtatólag** hat a páciensre
- **magányérzést csökkenti**, lehetőség van a probléma közös megbeszélésére
- mások sorsának, életútjának átélése **csökkenti a saját problémákra való beszűkülést**, árnyalja a problémát (spektrum)
- **megküzdési stratégiák** megbeszélése
- reálisan megbeszélhetők az **öregedés és halál témái**
- a terapeutával kapcsolatos **áttételi érzések megoszlanak** a csoporttagok között

+szocioterápia: hozzátartozók bevonása, szociális intézményekkel való kapcsolatfelvétel (pl. idősek klubja, egyházi közösségek)

(Pszicho)terápia jelentős kognitív hanyatlás
esetén

Kognitív tünetekre fókuszáló terápiák



ORIENTÁCIÓ javítása: Tájékozódó tréning (Reality Orientation Training, ROT)

- Személyzet/hozzátartozó tréningje
- 24 órás ROT/csoportos forma (napi fél-egy óra, 3-6 résztvevő)
- Nincs kötött struktúra, lényege az idő, tér, autopszichés orientáció javítása- mindennapi események, időjárás, másik csoporttárs életkora
- Fontos: játékosság, verbalitás, szociális kontextus
- Alkalmazása: korai Alzheimer kór, postoperatív konfúzió, traumás agysérülés

MEMÓRIA tréning

- Memória töltés csökkentése, segédeszközök használata: listák, jelzések, emlékeztetők
- Memória javítása: ismétlés, előhívó ingerek alkalmazása
- Személyes élettörténet rekonstruálása fényképekkel, videofelvételekkel

Érzelmi fókuszú terápia

Kognitív hanyatlás előrehaladása



Szupportív támogatás

A belátás még megtartott->"egészség elvesztésének gyásza"

- érzések kifejezése
- jövőbeli tervek megfogalmazása
- erősségek javítása
- coping stratégiák fejlesztése
- gyakorlati tanácsok
- szorongás csökkentése

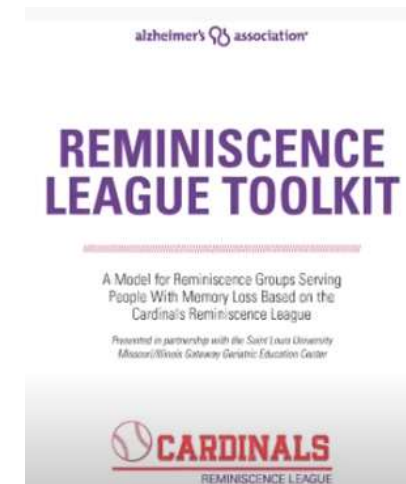
Cél: szorongás csökkentése, kontrollérzés

Reminiszcencia terápia

Pozitív, jelentőségteljes életesemények felelevenítése

- premorbid személyiség felbukkan
- nem verbális modalitások, mint kommunikációs csatornák
- Pl. régi fényképek, zeneszám meghallgatása, fontos tárgyak

Cél: hangulat, motiváció javítása



Stimulusorientált terápia, pl. művészetterápia, állatasszisztált terápia

Kommunikáció: rövid, konkrét mondatok, szemkontaktus (bizalom, figyelem), nem-verbális jelzések, (pl. érintés), humor!

HOZZÁTARTOZÓKKAL VALÓ MUNKA

Stressz modell

(Pearlin és mtsai, 1990)

- **Háttér és kontextus:** gondozás környezete, gondozó demográfiai jellemzői, rokoni kapcsolat

- **Stresszorok:**

Elsődleges: gondozott állapota -> gondozási feladat jellege

Másodlagos: szerepfeszültség, intrapszichés feszültség

- **Mediátorok:**

egyéni megküzdési stratégiák, szociális támogatás lehetőségei

Negatív hatások:

- mentális egészség
- fizikai egészség
- zavarok az időgazdálkodásban és életstílusban
- kettős terhelés: gyászmunka+gondozási terhek növekedése

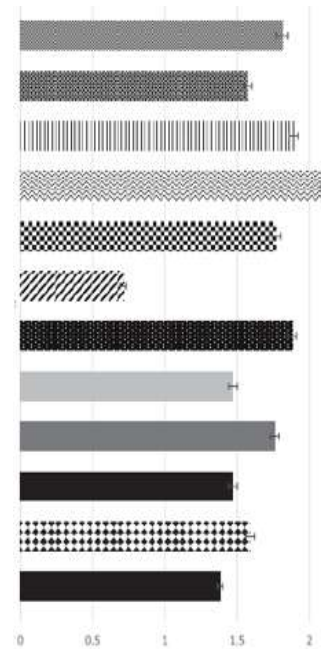
Lehetséges pozitív következmények:

- gondozó és gondozott közötti kapcsolat minőségében való fejlődés
- kompetencia érzése
- segítségadásból adódó személyes fejlődés érzése

Pszichológiai és viselkedéses tünetek a gondozó szemszögéből

Tünetek:

TÉVESZME
HALLUCINÁCIÓ
AGITÁCIÓ/AGRESSZIÓ
DEPRESSZIÓ
SZORONGÁS
EUFÓRIA
APÁTIA
GÁTLÁSTALANSÁG
IRRITABILITÁS
KÓROS MOTOROS MAGATARTÁS
ÉJSZAKAI KÓRTÜNET
EVÉS/ÉTVÁGYVÁLTOZÁS



A gondozói distresszt leginkább fokozó tünetek:

1. depresszió
2. agitáció/agresszió
3. apátia

Eufória a legkevésbé distresszt okozó tünet

gondozói distressz mértéke →

A gondozó mentális betegségkockázata

- demens betegek hozzátartozói **kiégés szempontjából jobban veszélyeztetettek**, mint a más krónikus betegségekben szenvedők hozzátartozói
- a gondozó **kompetenciájának mértéke** negatívan korrelál a kiégéssel, pozitívan korrelál a gondozó életminőségével, pozitív érzéseivel

Alzheimer betegek gondozóin végzett meta-analízis eredménye
(17 közlemény, n=10.825 gondozó):

DEPRESSZIÓ gyakorisága: 33,9% , SZORONGÁS: 43,6% , PSZICHOTRÓP SZER HASZNÁLAT: 27,2%, ALVÁSZAVAR: 57,1%

Depresszió kialakulásának rizikótényezői:

- A gondozó: a pácienssel egy háztartásban él, házastársa, nő, magas kiégettségi pontszám
- A gondozott: MMS<12, napi tevékenyégekben segítséget igényel, férfi

Hozzátartozók edukációja, gyakran felmerülő kérdések

„Mit tegyek, ha...”

„Mi az, amivel fel tudom vidítani?”

„Érdemes-e vitatkozni egy téveszmével vagy inkább hagyjam rá?”

„Mit tehetek, ha nem fogadja el tőlem a segítséget?”

„Hogy tudom megnyugtatni, ha agresszív?”

„Mit tegyek, ha mindenben önálló akar lenni? Hogy tudok segíteni neki?”

<https://www.uclahealth.org/dementia/>



Caregiver Training Videos ▾

Aggressive Language and Behaviors

Agitation and Anxiety

Depression and Apathy

Hallucinations

Home Safety

Refusal to Bathe

Refusal to Take Medications

Repetitive Behaviors

Repetitive Phone Calls

Repetitive Questions

Sexually Inappropriate Behaviors

Sleep Disturbances

Sundowning

Wandering

Common Challenges: Alcohol Abuse

Common Challenges: Driving

Common Challenges: Lack of Eating

Common Challenges: Paranoid

Genetikai meghatározottság, aggodalom az átörökítés miatt

„Alzheimer kór...én is olyan feledékeny kezdek lenni...”

Klinikailag: **korai** (65 év alatt, átl. 30-40, <5%) és **késői** forma

Genetika: **autoszomális domináns**, **familiáris**, **sporadikus forma**

- 1-5%** **Autoszomális domináns**: 2 vagy több generációban minimum 3 érintett, ebből kettő elsőfokú rokonsági kapcsolat (pl. nagyszülő, szülő, gyermek)-APP, Presenilin 1,2
- 20%** **Familiáris forma**: legalább 2 (vagy több) érintett a családban, közöttük legalább 3. fokú rokonsági kapcsolat van vagy annál közelebbi
- 75%** **Sporadikus forma**: izolált Alzheimer-kóros esetek (izolált=harmadfokú rokonsági szintig nincs érintett)-ApoE ε4-lakosság 25%-ában!

Köszönöm a figyelmet!