

TOVÁBBKÉPZŐ KÖZLEMÉNYEK

Gyógyszerészet 57. 515-522. 2013.

Az időskor elmeorvósága (geriátriai pszichiátria); a gyógyszerész kompetenciája és felelőssége



Rajna Péter

Bevezetés

A fejlettebb országokban az idős korosztály hagyományosan a legnagyobb gyógyszerfogyasztó. Ezért a várható életkornak az egész világon tapasztalható növekedése a gyógyszeres kezelésben közreműködő összes szakember felelősségét növeli.

A gyógyszerész ebben a szakmai láncban kiemelt szereppel rendelkezik. Túl azon, hogy az orvosi rendelvény helyességének a gyógyszertár az utolsó ellenőrzési pontja, a generikumok közötti különbségek az orvosi javallatra történő kezelések tényleges hatását is (akár lényeges fokban is) befolyásolhatják. A gyógyszerészi felelősség egészen más, de jelentőségében még fokozottabb terepe a nem vényköteles gyógyszerek hatásának megbeszélése, esetleg ajánlása a páciensek számára. Ehhez ugyanis – elvileg – a gyógyszerésznek (csaknem háziorvosi szinten) tisztában kell lennie mind az egyes betegségekkel, mind a gyógyszerek, gyógynövények, illetve egyéb alternatív terápiák hatásával és kölcsönhatásával, különös tekintettel a rizikócsoporthoz!

Meg kell még említeni magának a patikának a „szentélyét” is; az idős emberek nagy része ugyanis magányos. Panaszairól, betegségeikről való beszélgetésre kevés alkalmuk nyílik. Különösen rövid az egy főre jutó idő a háziorvosi praxisban. A patika sokszor kifejezetten esztétikus, kulturált enteriőrje, a rend, a tisztaság (és valljuk be, a számtalan színes ismertető, reklámanyag is) mind azt sugallja, hogy az itt dolgozók tudása naprakész, szavukra lehet és érdemes adni.

Áttekintésben több évtizedes orvosi és gyógyszerészi oktatói és negyvenéves betegellátási tapasztalatomra támaszkodva, az időskor legfontosabb – véleményem szerint mind szakmai, mind társadalmi szinten alulértékelt – elmeorvósági alapkérdéseit igyekszem áttekinteni, kifejezetten a lehetséges gyógyszerészi konzultációk szintjén.

Az öregedés főbb elméletei

A geriátriai pszichiátriai kórfolyamatokkal kapcsolatosan a *kórosan felgyorsult öregedés* munkahipotézise máig gyakori kutatási alapvetés. Az egyes jellegzetes kórfolyamatok esetén sem könnyű ezt a lehetőséget kizárni, hiszen

Az áttekintés kiindulási pontja az a tény, hogy az idős populáció nagysága és annak elmeorvosi érintettségé folyamatosan nő. A szerző az akut tünetegyüttesek közül a delíriumot, az idült kórfolyamatok sorában pedig a demenciákat tárgyalja részletesebben. Szó esik a geriátriai betegségek sajátosságairól, tévhitekről, az öregedés elméleteire alapozott alternatív kezelések buktatóiról, valamint a gyógyszerész kompetenciájáról a kezelési folyamat során. A jelenlegi ellátási rendszerben a gyógyszerész a farmakoterápiák hatékony résztvevője, akinek véleményére, segítségére különösen az idős korosztály, azon belül a pszichiátriai ellátásban részesülők és hozzátartozók egyre inkább rászorulnak.

- ezeknek a kórképeknek első számú kockázati tényezője maga az életkor, illetve
- a kórspecifikus elváltozásokat rendszerint – eltérő arányban, illetve elhelyezkedéssel – minden idős agyban ki lehet mutatni (pl. az Alzheimer-kórt bizonyító neurofibrillumokat és a béta-amiloid plakkokat).

Ezért az alábbiakban a teljesség igénye nélkül néhány – farmakológiai szempontból is jelentős – öregedési elméletet villantok fel. A sorrend fejlődési sort is tükröz: nagyjából a XX. század felismeréseinek felel meg. (Az irodalmi hivatkozásoknál azonban igyekeztem a legújabb összefoglalók elérhetőségét megadni.)

A „kopásos” elmélet („wear and tear”) [1]

A szervezet fokozatos elhasználódásának igazolása – sajnos – nem igényel különösebb tudományos kutatást. Életünk közepétől mindnyájan átéljük. Legfeljebb az egyének közötti hatalmas különbségek okainak feltárása, a folyamat lassítása, az ún. vállalható életminőség minél további megőrzése jelent kutatási feladatot. Izgalmas tudományos kérdés azonban, hogy vajon a kopás jellegzetességeit *elsősorban* genetikai (DNS-programozott elkopás: „Planned obsolescence” [2]) vagy környezeti hatások befolyásolják-e. Az mindenképpen állítható, hogy tudatos aktivitással (a fizikai erőnlét javításával, ún. „aktív” pihenési módokkal stb.) pozitív eredményeket lehet elérni. A gyógyszerész ezek sugalmazásával, a mértékletes, de rendszer-

res fizikai és szellemi tevékenység (tréning) ajánlásával segíthet.

A „limit” teória [3]

A következő három elmélet a 60-as években keletkezett. A reprodukciós limit elmélet szerint egy sejt osztódásának maximuma kb. 50-szeres, utána elpusztul. A túltáplált sejtek viszont gyorsabban osztódnak, az alultápláltak lassabban. (A részleges – 15-20%-os – kalória-megvonás bizonyíthatóan növeli az állatok élettartamát.) Ez az elmélet ismét a fent említett fizikai aktivitás fontosságát húzza alá és elvezet a diétetika világába. A gyógyszerész szerepe lehet ebben a vonatkozásban az egészséges életmód és táplálkozás, a megfelelő testtömeg index fontosságának hangsúlyozása. (Nem lehet említés nélkül hagyni a személyes példaadás jelentőségét. Minden orvosi/gyógyászati javaslat csak emellett lehet hiteles a páciens számára.) E tekintetben a *karnozin* alkalmazásával folytattak ígéretes állatkísérleteket, de emberi alkalmazásának eredményességét eddig egyértelműen nem bizonyították. (A fogyókúrák és helyi zsírégetések divatja és ártalmi külön tanulmányt igényelnének.)

Szabad gyök elmélet [4]

A mitokondriumokból az ATP képződése során extra energia szabadul fel többlet elektronnal rendelkező gyökök formájában. Ez agresszív, sejtmembrán-károsító hatású (főleg a hidroxil és a szuperoxid).

Immun-autoimmun elméletek [5]

Az immunrendszer fokozatos kimerülése miatt a betegségekre fogékonyabbá válunk.

Mitokondrium csökkenés elmélete [6]

Az energiaforrások ATP-t termelnek (a napi ATP szükséglet: testsúly/2!). Az alapfolyamatot a fokozatosan kialakuló energia-deficit idézi elő.

Neuroendokrin elmélet [7]

A hormonális egyensúly felbomlása a hypothalamus vezérlés gyengülése következtében (a kortizol ártalmas! – ez az egyetlen hormon, amelynek szintje az életkorral nő!).

Error-elméletek [8]

A környezeti károsító hatások fokozatosan merítik ki a szervezet ellenőrző és korrekciós kapacitását, a kialakuló „hibák” rögzülnek, beépülnek, majd sokszorozódnak.

Telomerase elmélet [9]

A kromoszóma-végeken idővel nukleinsav osztódási veszteség alakul ki, mely végül minőségileg károsítja a szükséges gén-expressziót. (Ennek az elméletnek bizonyos tekintetben ellentmondanak azok az újabb eredmények, amelyek az öregedés specifikus génjeit azonosítják (pl. a zebrahalban [10]).

Membrán teória [11]

Az idegsejt vezetőképességének fokozatos romlása lipofuscin lerakódás következtében.

Az elméletek nagy száma is sejteti, hogy a biológiai öregedési folyamat biztos elemeit egyelőre nem ismerjük. Ennek ellenére se szeri, se száma azoknak a gyógyszernek nem minősülő készítményeknek, étrend-kiegészítőknek, méregtelenítő és egyéb módszereknek, amelyek hatékonyságát a felvillantott elméletekkel próbálják alátámasztani.

Ide tartoznak – a teljesség igénye nélkül – az antioxidánsok, szabad gyökfogók, az acetyl-L-karnitin és a karnozin, a C- és az E-vitamin, a béta karotin, az immun-erősítők, a flavonoidok, az egyéb megavitamin töltékezés, a Béres-csepp, egyes aminosavak, nyomelemek, immunerősítők stb.

Tovább bonyolítják az öregedés elleni harc fegyvertárát azok a növények és egyéb természetes szubsztanciák, amelyekben a fenti alapanyagok nagyobb koncentrációban vannak jelen. Ezek azonban számtalan egyéb összetevőt is tartalmaznak, tehát alkalmazásuk kombinált kezelést jelent, amelynek összetevőit csak (kisebb) részben ismerjük.

Nyitott kérdés, hogy az ún. nootrop hatású szerek (pl. piracetam, vinpocetin, l-deprenil) befolyásolhatják-e az öregedés negatív (pl. mentális) hatásait, vagy inkább csak az agyi történések után fejthetnek ki neuroprotektív, regeneratív hatást.

Amennyiben az adott természetgyógyászati védőanyagok megfelelnek a „ne árts” elvnek (azaz biztonságosságuk igazolt), hiábavaló alkalmazásukat „csak” a pénztárcánk bánja. Sok esetben (pl. különféle egzotikus gyógynövényeknél) azonban nincsenek olyan biztonsági tapasztalatok, amelyek egyes betegségekben, illetve azok gyógyszerivel történő együttes alkalmazás során keletkeztek. Sőt! Közvetlen káros (pl. carcinogén) hatásuk kizárása sem minden esetben történik meg! Ezért ezek a szerek potenciális veszélyforrások! Mivel sokszor az orvosnál nem is derül ki, hogy a felírt gyógyszerek mellett a páciens milyen egyéb „egészségvédő” készítményeket használ, a gyógyszerésznek erre a iatrogén-forrásra fokozottan kell figyelnie.

Az időszedési folyamat során az agy elsődleges rizikószerv!

Az elmeorvosi vonatkozások szempontjából lényeges, hogy az agyat az öregedési folyamat erősebben érint-

heti. Ez a szervrendszer ugyanis rendkívül érzékeny, sérülékeny, mivel ún. vezérlést végez. Azaz kis sejtcsoportok hatalmas sejtömegeket irányítanak (pl. az izomzat beidegzése során). Feladata folyamatos, egyfajta örökmozgónak (pontosabban örökműködőnek) tekinthető, a külső és a belső környezet közötti kapcsolatot, egyensúlyt tartja fenn.

Nem túl szerencsés az sem, hogy az idegrendszer *tudatos* kontrollja, védelme a többi szervrendszeréhez képest kifejezetten rossz. Gyomor-bélrendszerünk, vagy mozgatóberendezéseink állapotáról szinte folyamatosan van visszajelzésünk, idegállapotunk megítélése azonban szegényes, egyáltalán nem objektív, döntően érzelmi alapú.

Végül: a civilizáció sem kedvez a központi idegrendszer igénybevételének. Fokozódó terhelését akár generációról-generációra is folyamatosan követhetjük. Gondoljunk csak a számítógépre, okos telefonra, egyre bonyolultabb világunkra.

A geriátriai pszichiátria sajátosságai

Mielőtt a jellegzetes klinikai kategóriákra térnénk, tekintsük át azokat a sajátosságokat, amelyek mind az orvos, mind a gyógyszerész számára gyakorlati nehézségeket jelenthetnek.

Az időskori kórképek rendszerint polimorbid, illetve politerápiás (nemegyszer polipragmáziás) környezetben jelentkeznek. Az idős szervezetben a gyógyszermetabolizmus eltérő (leggyakrabban lassult!), a gyógyszerkölsönhatások kifejezettebbek, ezért eltérő terápiás válaszkészséggel kell számolni. [Az arany szabály: az új gyógyszereket alacsony adagban és lassú dózisémeléssel kell bevezetni („*low and slow*”). A gyógyszerválasztás nagyfelelősségű döntésénél jól használható az ún. relatív terápiás potenciál fogalma [12]. Ez egy fiktív törtet jelent, amelynek számlálójában a szer hatékonysága, nevezőjében pedig mellékhatás profilja szerepel. Mivel az új gyógyszerek többsége nem múlja felül a régebbiek hatékonyságát, a terápiás potenciál nagyobb értéke a kedvezőbb mellékhatás profilon (azaz a nevező értékének csökkenésén) nyugszik. (Feltehetően ezen alapul pl. a piracetam vagy a vinpocetin hazai sikere.)

Az agyi anyagcsere, folyadék- és oxigén-ellátás, ill. keringés deficitjei súlyos aspecifikus pszichiátriai tünetegyüttesekhez vezetnek. Ezek között a leggyakrabban a *delírium* (ld. később).

Az időskori elmeorvosi beavatkozást igénylő tünetek szinte kivétel nélkül *határterületi állapotok*. A kórfolyamatok szempontjából az elmezavar csupán „a jéghegy csúcsa”, a mélyben belszervi, neurológiai, esetleg endokrin történés rejlik. A legfontosabb együttállásokkal (pl. a cukorháztartás, az agyi keringés zavarából, a pajzsmirigy alul- vagy túlműködéséből származó, vagy az epilepsziás roham alatt, illetve

környékén megjelenő mentális zavarok esélyével) a gyógyszerésznek is tisztában kell lennie.

A geriátriai betegellátás szempontjából is hangsúlyozni kell a kedvezőtlen szociális és pszichológiai környezeti tényezőket (az idős emberek izolálódását, de legalábbis a mélyülő generációs szakadékokat, a korosztályos kapcsolatok beszűkülését stb.) Ennek következtében a betegségek korai felismerése nehéz, a szakszerű beavatkozás sokszor már előrehaladott állapotban történik – csekélyebb terápiás lehetőségek mellett. Ehhez hozzájárul az idősekkel kapcsolatos negatív társadalmi stigma is (a tévhitekről a későbbiekben röviden szó lesz).

A legfontosabb időskori elmeorvosi kórképek

Az alábbiakban csupán a például szolgáló, kifejezetten gyakori, a gyógyszerész számára legfontosabb kóralapokat említem meg. Mivel a teljes áttekintés tankönyv terjedelmű lenne [13], a bemutatás abból a tipikus patikai helyzetből indul ki, amelyben minimális orvosi adattal (BNO kódok) és csupán a rövid megfigyelés alapján beszerezhető benyomásokkal rendelkezhetünk.

De novo kórképek

Akut, szubakut szindrómák: delírium

Nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy az időskori delírium *aspecifikus* szindróma. Se többet, se kevesebbet nem jelent, mint az agyműködés *átmeneti* elégtelenségét. Amint említettem, etiológiailag számos (sokszor banális) oka lehet (pl. exsiccosis). A gyógyszerész florid állapotokkal (feszült-agitált magatartás, fluktuáló tudati integritás, multimodális hallucinációk, instabil töredékes téveszmék, congrad amnézia, magas mortalitás stb.) ritkán találkozhat (a leggyakoribb az éjszakai jelentkezés), ám finom tünetszegény formáját akár a gyógyszerértárban is észlelheti. Például délután-estefelé (ún. naplemente tünet, „*sunset syndrome*”) a páciens rövid idő alatt tájékozatlanná válhat, viselkedése nyugtalan, izgatott lesz, esetleg agresszív (kiabál, szitkozódik), vagy éppen ellenkezőleg, elutasító (negatívisztikus). A vegetatív egyensúly megbillenése (pulzus, vérnyomás kilengése, verejtékezés), vagy a remegés, amely például az alkoholmegvonásos delíriumban oly jellemző (delirium tremens), itt sokszor hiányozhat.

A tájékozódásra vonatkozó legegyszerűbb kérdésekkel (születési hely, idő, lakóhely megközelítése a gyógyszerértártól) a súlyosabb állapotok kiszűrhetőek. Mivel a motoros vagy mentális hiperaktivitás önröntő anyagcsere folyamatokat indít, a beavatkozás (aspecifikus intenzív kezelés + specifikus antidelirans és antipszichotikus terápia, esetleg csupán gyógyszer-revizíó) nem halogatható.

Krónikus kórformák

Demencia (DEM)

A legismertebb és leggyakoribb időskori kórkép, a kóros mértékű szellemi hanyatlás különböző formáinak gyűjtőneve. Enyhe szindrómáit illetően éles szakmai viták zajlanak. Az ún. korfüggő feledékenységet („*age related memory impairment*”) valamint az enyhe (neuro)kognitív zavar („*mild neurocognitive disorder*”) egyesek szerint önálló kategória, mások azonban a DEM-folyamatok kezdetének tartják. (Tény, hogy saját gyakorlatomban is szerepelnek olyan páciensek, akik akár 15 éven át megőrizték mentális veszteségük csekély szintjét. Kérdés, hogy az alkalmazott kezelések ebben milyen szerepet játszottak.)

Mielőtt főbb alcsoportjaira térnénk, néhány *tévhitet* is el kell oszlatni (ezek mindegyikéről külön tanulmány is készülhetne). Az első és talán a legfontosabb a *szenilitás* kérdésköre. Kétségtelen, hogy az életkor előrehaladásával számos agyi működés teljesítménye csökken (például a gondolkodás sebessége – kb. 40 éves kortól!). Ugyanakkor – egészséges körülmények között – a különböző kompenzatorikus folyamatok segítségével a globális teljesítmény fennmarad, sőt, bizonyos irányokban növekedhet is. (Az „idősek bölcsességének” is már számos elemét ismerjük.) Gondoljunk csak kifejezetten idős tudósokra, művészekre, közéleti szereplőkre, kiváló szellemi állapotukra.

Sokan nem értik, hogyan lehetséges, hogy az idősök például régi emlékeket hihetetlen pontossággal idéznek fel, miközben a legegyszerűbb napi feladataikban folyton hibáznak. Ennek az oka az *emlékezet megjegyző, esetleg rögzítő részműködésének zavara*, miközben a felidézés sértetlen. (A DEM esetében is az a megtévesztő, hogy hosszú időn át csupán az új információk befogadása zavart.) A memória működése sokszor szabdalt, szigetszerű. Emiatt még az a látszat is kialakulhat, hogy a páciens szándékosan, irányítottan emlékezik.

Nem eléggé közismert, hogy a DEM nem egyenlő a feledékenységgel. Sőt, a legnagyobb problémát sokszor nem is ezek a tünetek jelentik. A fokozódó bal esetveszély, az esetleges tébolytünetek, hangulatzavar, a családtagok nyugalalmát tönkretévő alvászavar, vagy az érzelmi tragédiát (is) jelentő személytévesztési zavar (ún. miszidentifikáció, amikor a beteg először nem ismeri fel a legközelebbi hozzátartozóját) azaz a demencia kóros magatartás-jelenségei („*behavioural and psychological symptoms in dementia – BPSD*”) sokkal nagyobb környezeti terhet jelentenek. A DEM-k előrehaladásával az autonóm idegrendszer zavarai (pl. ürítés) is kialakulnak, személyiségtorzulás (pl. az ösztönélet változása) is megjelenhet.

Végül megemlítem azt a (sajnos szinte általánossá vált) közösségi elvet, miszerint a fiatalság önálló érték,

I. táblázat

A megjegyző emlékezet teljesítményzavarának közvetett figyelemfelhívó jelei

„Minden kiesik a fejből”
„Háromszor annyi energia kell, hogy megjegyezsek valamit”
„Csak jóval később jutnak eszembe a dolgok”
„Nem tudom hova tettem le a szemüvegemet”
„Beesaptam a lakás ajtaját, de bennhagytam a kulcsot”
„Korábban minden telefonszámot fejből fújtam...”
„Itt van a nyelvem hegyén”
„Tudja, miről beszélek”
„Nem fog az agyam” *
„Nincs kedvem semmihez” *
„Korábban fontos dolgok már nem érdekelnek” *
„Nem tudom” válaszok*

* depresszió esetén is gyakori

ezért az *öregedés* pedig *törvényszerűen veszteséget, értékcsökkenést jelent*. Pedig az öregek hatalmas történelmi emléktömeg, szellemi és egyéb tapasztalat, etnikai és kulturális örökség birtokosai. Ezeknek az értékeknek a hasznosíthatóságán túlmenően ők a család összetartói, a generációk egymáshoz illeszkedésének biztosítói, a piaci szerkezetben pedig számuk alapján hatalmas fogyasztói réteget képviselnek (piacot igényelnek és munkahelyeket teremtenek).

A DEM-től való félelem sok idősödő embert foglalkoztat. Hiszen a mindennapi memória-aktivitásban előbb-utóbb megjelennek a homokszemcsék a fogaske-rekek között. Ezek önmagukban nem jelentenek betegséget, legfeljebb sokasodásuk, erősödésük kelthet gyanút. Ilyenkor először általános okokra kell gyanakodni: kimerülés, idegfeszültség, megoldatlan lelki problémák cipelése (ún. *intrapszichés konfliktus szituáció*).

A teljesítményzavar leggyakoribb közvetett figyelemfelhívó jeleit az **I. táblázat** tartalmazza.

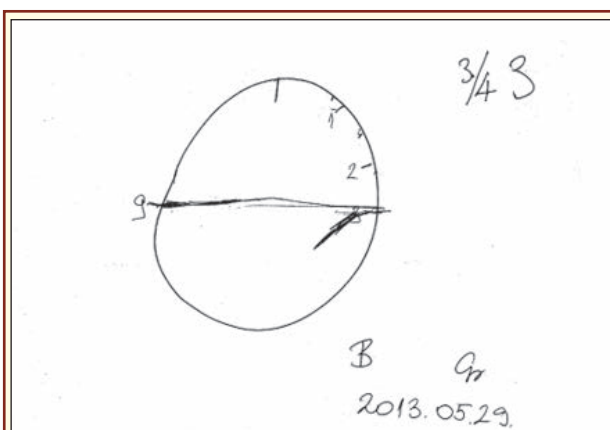
A főbb DEM kategóriák az alábbiak:

– *Alzheimer-kór*. Amennyiben a páciens nem szenved valamilyen általános, vagy neurológiai alapbetegségben, de az előrehaladó szellemi veszteség egyértelmű, a diagnózis valószínű („tisztá” DEM). A leggyakoribb DEM forma, aránya kb. 60-80%. Nő-ffi arány 2/1. A legnagyobb kockázati tényező maga az életkor, 65 éves korban előfordulása 1%, mely 5 életévenként megduplázódik. A betegségzajlás folyamatos, viszonylag egyenletes, átlagos tartama 10-15 év. A jelenlegi kezelés a progresszió lassítását szolgálja, illetve tüneti jellegű.

– *Vaszkuláris DEM*. A páciens szellemi hanyatlása mellett a szív és keringési rendszer tisztázott alapbetegsége áll fenn, és/vagy az agyi képalkotók vaszkuláris károsodást igazolnak. A zajlás lépcsős jellegű, a váratlan állapotromlás hátterében (esetleg tünetszegény) stroke-ok állhatnak (multiinfarktus DEM).

A betegség kezelésében a DEM-ellenes szerek mellett a legfontosabb az agyi keringés javítása, védelme.

- *Frontális-lebény DEM* (régábbi néven Pick-betegség.) A homloklebény viszonylagosan elektív károsodása sajátos tünetegyüttes formájában jelentkezik. Ezért, valamint a terápiás nehézségek miatt ezt a kategóriát különválasztják. A globális szellemi hanyatlás jelei mellett a betegek bizarr magatartás-tünetei dominálnak. Az indítékélet, a motiváció is sérül, sokszor ez nehezíti leginkább a közösségi beilleszkedést. Negatív sajátosság, hogy a kórállapot esetleges tébolytünetei a szokásos antipszichotikumokra kifejezetten rosszul reagálnak.
- *Multiszisztémás atrófia (MSA)*. A kórkép többnyire a Parkinson-kórra jellemző mozgászavarral indul, melyhez azonban már korán elmélyülő memóriazavar társul. A progresszió nem állítható meg. (Korábban Parkinson-kórral járó DEM-nak minősítették.)
- *Obstruktív alvási apnoe szindróma (OSAS)*. Noha nem DEM-ről van szó, a DEM-k bemutatásakor nem kerülhetjük ki ennek az időskorban kimondottan gyakori, mégis alulértékelt kórállapotnak a megemlítését. A jellegzetes éjszakai légzészavar során a páciens akár ezer alkalommal is több mp. tartamú hypoxaemiába kerül (az oxigén szaturáció akár 80% alá is csökkenhet). Ez a nappali alváskényszeren (hypersomnia) túl a későbbiekben kifejezetten demetogén hatású. A kórállapotot rendszerint a heves horkolás, majd ijesztő légzéselakadás jelzi, amelyta hálótársrészzel. Kivizsgálása (poliszomnográfia) a kórismét egyértelműen igazolja, a kezelés (CPAP készülék) pedig eredményes.



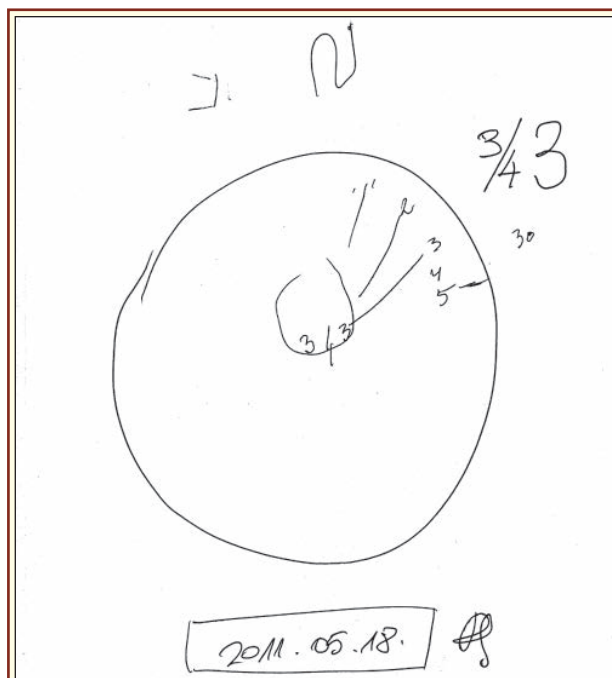
1. ábra: Középsúlyos kombinatív kognitív zavar – a sztereotíp működések megtartottsága mellett. 64 éves, önálló életvitelt folytató nőbeteg órárajza. Az aláírás és a dátum (gyakorolt, sztereotíp működések) vonalvezetése dinamikus, pontos (ékezetek, sorszámjelzések). Az óra számlap-indítása megtartott téri orientációra utal, a mutatók állásában tükröződik az instrukcióra (3/4 3) való törekvés. A feladatmegoldás először elakad, majd szétesik.

A DEM-k kockázatai

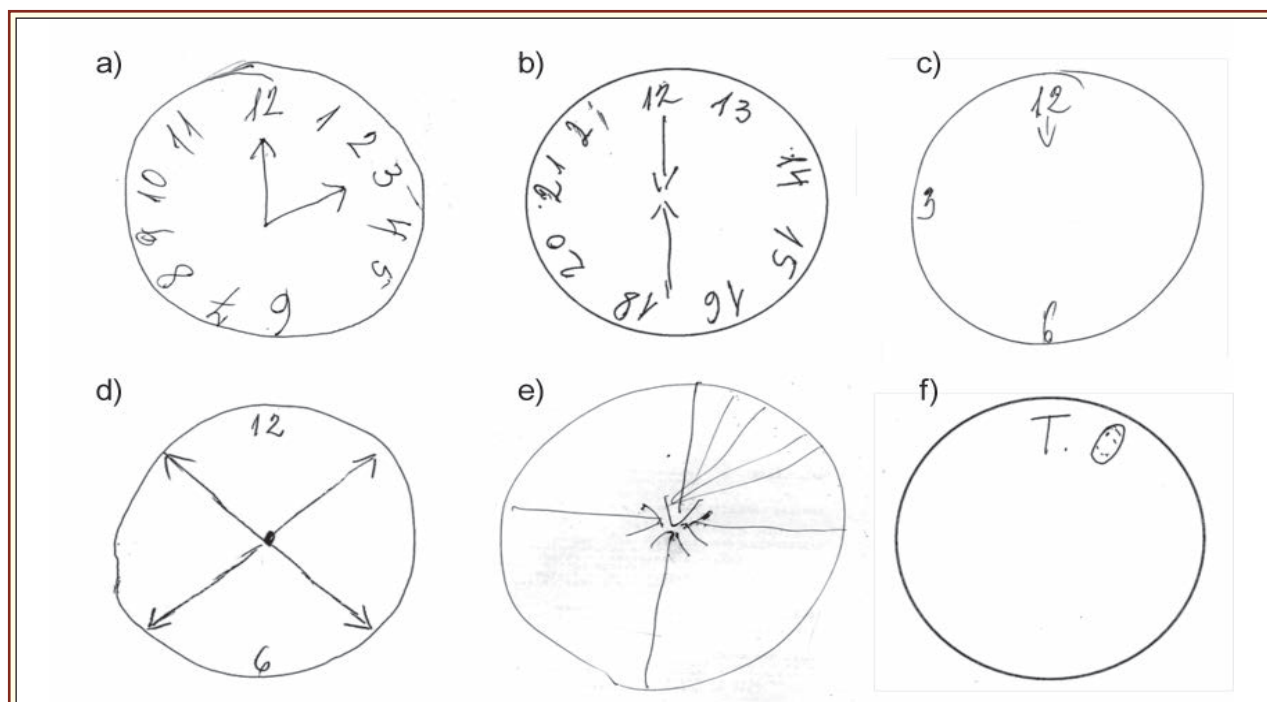
A DEM-ban szenvedő beteg magatartása, szellemi teljesítménye sokszor meglehetősen jó. A rögzült frázisok, sztereotípiák a könnyed gondolkodást sugallhatják, különösen intelligens páciensek esetén. A frontális lebény érintettsége mellett a betegek gyakran vidámak, állandóan viccelnek, közvetlenek (esetenként bizalmaskodóak). A névmemória hanyatlását sokáig körülírással ellensúlyozzák, megjelennek a töltelék-szavak, bonyolultabb megfogalmazások, amelyeket esetleg hosszú ideig „csak” az illető körülményességének tarthatunk. A részletesebb vizsgálat során válik egyértelművé a betegek kombinatív gondolkodásának elégtelensége. Az alapellátás szintjén is jól használható teszt az ún. órárajz, amelynek során a betegnek egy üres körbe kell a számlapot és a mutatókat berajzolnia meghatározott órát és percet (pl. $\frac{3}{4}$ 3-at) megjelölve.

A felszínes megnyilvánulások meglehetősen hatását mutatja be az **1.**, **2.** és **3. ábra**.

A DEM-ban szenvedő beteg önállósága, illetve együttműködése eleve megkérdőjelezhető a gyógyszeres kezelés során. Az ilyen betegnek még a szükséges utasítások mellett is különösen kockázatos gyógyszert kiadni. Mivel a DEM ömagában is fokozott kockázatokot jelent (elesés, fokozott sérülés-, ill. balesetveszély, egzisztenciális veszélyek, bűncselekmények áldozatává válás stb.), a gyógyszer mellék- és kölcsönhatások különösen veszélyesek.



2. ábra: Súlyos, több részműködést is érintő kognitív zavar tükröződése órárajzon. 84 éves beteg, fél év óta kialakult, fluktuáló tájékozatlanság. Az instrukció (3/4 3) értelmezésével sem tud megküzdni („segédszámok” az instrukció alatt, ill. az óralap közepén). A téri orientáció zavara mellett a mutatók megjelenítése is sikertelen.



3. ábra: A térbeli orientáció hanyatlása órarajz-sorozaton¹. 54 éves nőbeteg. Dg.: Alzheimer-kór. Az a., b. és c. rajzok idején a romló teljesítmény (számjegysor hiányos, rossz pozíciók, mutatók) ellenére megtartott térbeli orientáció. (A beteg mindhárom kontroll vizsgálatra egyedül érkezett.) A d./, e./ és f./ rajzokon az óra kompozíció fokozatosan teljesen szétesik, a téri orientáció elvész. (A beteg már csak kísérővel képes közlekedni.)

¹ Dr. Tariska Péter szíves engedélyével

Előrehaladott állapotokban a DEM kockázatainak csökkentését szolgálják a *kiegészítő nem gyógyszeres kezelési módszerek*, melyek még a szakmai köztudatban is kevésbé ismertek. A memória programok között a leggyakoribb a *realitás orientációs*, valamint a *reminiszcencia* tréning. A hivatalos hangzású kifejezések egyszerű módszereket takarnak: előbbi a mindennapi élet legegyszerűbb és legfontosabb tájékozódási pontjainak folyamatos megerősítését célozza (mennyibe kerül egy kiló kenyér, hogyan kell egy csekket kitölteni, hogyan kell használni a tömegközlekedést stb.), utóbbi pedig a memória gyakorlatokhoz a megőrzött korai emlékek felidézését használja fel. Fontos, hogy egyetlen kreativitást igénylő aktivitást se hagyjunk abba, amelynek a beteg korábban birtokában volt (pl. kártyajátékok, keresztrejtvény fejtés). Még akkor sem, ha a teljesítmény láthatóan hanyatlik. Nemcsak verbális tevékenységekre, hanem kézműves gyakorlatokra, a házimunka folytatására (performációs teljesítmények) is szükség van!

A DEM korai felismerése és kezelése a kimenetel szempontjából kiemelkedően fontos. Jelentőségére egy korábbi tanulmányban hívtam fel a gyógyszerészek figyelmét [14].

Időskori depresszió (IDEP)

Mindenek előtt szögezzük le: az IDEP nem azonos a szomorúsággal, a külső körülményekből levezethető elkeseredéssel. Éppen ellenkezőleg: ilyenkor az egyén

körülményei *nem* indokolják a tartós kedélyzavart, vagy annak súlyossági fokát. Az IDEP sajátossága az, hogy nemritkán szervi, akár idegrendszeri alapterettség (pl. cerebrovaszkuláris kórkép, vagy Parkinson betegség) talaján bontakozik ki, ezért kezelése nehezebb.

Az elmeorvosi értelemben vett depresszió alaptüneteiben *sohasem* a kedély közvetlen zavara dominál. A beteget sokkal gyakrabban testi tünetek gyötrik (pl. alvászavar, étvágytalanság, fogyás, emésztési zavar), amelyek erőnlétét, fizikai állapotát tovább rontják. Másrészt súlyos, az egészségesek számára érthetetlen pszichés zavarai lépnek fel: a tehetetlenség érzése, a kezdeményezőkézség, a pozitív jövőreirányulás elvesztése. Az aktivitás beszűkülése a legsúlyosabb állapotokban akár az alapvető életműködésekre is kiterjedhet – pl. paralitikus ileushoz vezetve (depressziós stupor – életveszélyes állapot).

Az IDEP felismerése sokszor egyáltalán nem könnyű. A páciens magatartásának megváltozása, a közönyösség, akaratgyengeség, a szervi működések felé fordulás hívhatja fel a környezet figyelmét. Jellegzetesek lehetnek a szokatlanul gyakorivá váló „nem tudom” válaszok. A páciens szellemi teljesítménye is csökkenhet, amely DEM gyanúját kelti fel (ún. „depresszív pszeudodemencia”).

A korszerű antidepresszívumok az IDEP kezelésének eredményességét is fokozták. A kezelés sikere a korán bevezetett gyógyszeres kezeléstől függ, a visz-

II. táblázat

Az időskorba átnyúló leggyakoribb elmebetegségek általános jellegzetességei

Többnyire szelídülnek (pl. a produktív pszichotikus jelenségek megszűnnek)
Tünetesegényné válnak (negatív tünetek dominanciája)
Zajlásuk atípusos lesz
A terápiás válaszkészség változik (kisebb dózisok)
Személyiségdefektus gyakoribb (érzelmi elsívárosodás)
Motiváció-csökkenés
Szociális adaptáció romlik (munkaképesség csökkenés)

szaesés megelőzéséhez azonban többnyire kombinált (gyógyszeres és pszicho)terápia szükséges.

Az IDEP fennállása súlyos és tartós életminőség csökkenést jelent. Ugyanakkor és ezzel összefüggésben az öngyilkos kimenetel kockázata is sokszoros. Az öngyilkos magatartás jellegzetes megnyilvánulása a suicidium gondolatának megléte idején jelentkező spontán lelki reakció, az ún. „cry for help” (segítségkiáltás), mely akár a gyógyszertárban is előfordulhat. Ezt sem könnyű azonosítani. A páciens valamilyen szokatlan kérdéssel/kéréssel egy kívülálló személyhez fordul, esetleg különös időpontban, vagy helyszínen. Zavartsága, nyugtalansága, a szituáció irracionális hívhatja fel az illető figyelmét a páciens szélsőséges lelki állapotára.

Időskori tébolyállapotok (ITÁ)

Az ITÁ jelentkezése gyakoribb, mint gondolnánk. A szellemi működések finom meglazulása, környezetünk automatikus kontrolljának gyengülése, az emlékezet kihagyása könnyen vezethet gyanakvós téveszmék kialakulásához. (Tipikus példaként szoktam említeni: Valaki nem találja a pénztárcáját, mert nem a szokásos helyen hagyta. Hol lehet? „Nyilván a szomszédasszony lopta el, akivel régóta haragban vagyok.”) A romló anyagi helyzet, az izoláció is kedvez meglapatásos, elszegényedésszerű, esetleg üldöztetési pszichotikus tartalmak létrejöttének. Az ITÁ körébe tartoznak a hypochondriás tünetekből (ld. még később is) kifejlődő, folyamatos szenvedést fenntartó bizarr, kórélettanilag nem értelmezhető testi és szervi érzések, élmények (ún. coenaesthesia, coenaesthopathia). Speciális, többnyire az agyi keringés zavarához társuló jelenség az idült bőrférgességi téboly (Ekbom-szindróma).

Az elmebetegségek idős kora

Áttekintésem vége felé szeretnék szót ejteni a fiatal korban induló idült elmebetegségek változásairól idős pácienseknél. Ezeket a sajátosságokat sokszor a szakma is felületesen kezeli, mert a szűkebben vett geriátriai pszichiátria tárgykörébe tartoznak. A széniumba átnyúló leggyakoribb elmebetegségek általános jellegzetességeit a **II. táblázat** tartalmazza.

A szorongásos kórképek közül a pánik zavar a leg-

több esetben elhalványul, mert az évek-évtizedek alatt a betegek kialakítják a leghatékonyabbnak vélt megküzdési stratégiákat. Nem kellően hatékony terápia mellett az elkerülő magatartásformák uralkodnak, ebből a páciens a legtöbb esetben nem mozdítható. Ez leginkább a közlekedési és/vagy szociális főbiák esetében szembeötlő. A generalizált szorongás a legtöbb esetben a fokozott önfigyelésen keresztül hypochondriás tünetek irányába fejlődik. A szorongásos zavarok tartós fennállása még az időskor elérése előtt szinte törvényszerűen „pszichoszomatikus karriert” indít el. A beteg leggyengébb szervi pontjának (*locus minoris resistentiae*) megfelelően először (belgyógyászati, gasztroenterológiai, neurológiai stb. kezelést igénylő) pszichoszomatikus reakciókat szenved el, majd pszichiátriai kezelés hiányában ezekből önálló életet élő, progresszív pszichoszomatikus betegségek fejlődnek ki (esszenciális hipertónia, 2. típusú diabetes mellitus, metabolikus szindrómák, kőképződések, irritábilis bél szindróma, bizonyos allergiás betegségek, krónikus mozgásszervi betegségek, krónikus fájdalom szindróma stb.)

A kedélybetegségek közül a bipoláris zavaroknak mind a mániás, mind a depressziós fázisa időseknél általában enyhébb lefolyású. A fázisváltások gyakorisága többnyire csökken, azonban a fázisok (különösen a depressziós fázisok) tartama megnyúlhat. Az egyes dekompenzációk testi szövődményeinek kockázata nő, pl. a mániás szakban a stroke rizikója, depresszióban az öngyilkossági kísérlet. A gyógyszeres hangulatstabilizáció erősítése válhat szükségessé, míg a tüneti szereket érdemes minimalizálni.

A schizophreniák az idős korban többnyire ún. posztprocesszuális állapotba kerülnek. A hangos produktív tünetek hiányoznak, negatív jelenségek, az akarati élet nehézségei, a személyiség elsívárosodása áll előtérben. Az antipszichotikus kezelés csökkentése gyakran előnyös, részben szocioterápiás beavatkozásokkal kiváltható. A klasszikus pszichoterápiás célkitűzés (ún. kettős könyvvitel – „double booking”) kialakítása mellett a betegek érzelmi rezonanciájának megőrzése, erősítése a legfontosabb. Az izolált életvitel miatt azonban a gyógyszerbevitel kontrollja gyakran nem biztosítható, ezért a (kisebb dózisu) depó antipszichotikumok alkalmazását kell előnyben részesíteni.

Összefoglalás, általános ajánlások

Az időskor elmeorvosnása nagy kihívások előtt áll. Az öregkor időszaka 20-30 évre duzzad, az idősök száma folyamatosan nő. A fiatalabb korban induló betegségek több évtizedes zajlás után átalakulnak, terápiás válaszkészségük megváltozik. A jelenlévő társbetegségek és azok gyógyszerai befolyásolják a pszichiátriai farmako- és egyéb terápiák hatásait, az alattomos kölcsönhatások kockázata nő.

A jó empátiás készségű gyógyszerész mindig bevonódik a betegellátás folyamatába. Akkor is, ha csupán expedialja az orvosi vényen szereplő gyógyszert. Mára azonban már sokkal többről van szó. A „kérdezze meg orvosát, gyógyszerészét” felszólítás, valamint a vény nélkül kapható készítmények garmadája a gyógyszerészt az orvossal egyenrangú gyógyító szakemberré avatja. Úgy gondolom, ezt a hivatást a gyógyszerészek szívesen vállalják, és igyekeznek az ehhez szükséges alapismereteket megszerezni, gondolni.

A gyógyszerész páciensi körének legnagyobb részét idős emberek alkotják. E több tekintetben is kiszolgáltatott populáció jelentős részében pszichiátriai problémákkal is számolni kell. Áttekintésem a leggyakoribb kórállapotokra, ezek legegyszerűbb megnyilvánulásaira, a felismerés lehetőségeire hívja fel a figyelmet.

Az öregedés Hayflick-féle „úrhajó-modellje” [15]

„Sem a természetnek, amely az állatot megalkotta, sem az úrhajót tervező mérnököknek nem számít, hogy mi történik azután, hogy az állat ivaréretté vált, illetve az úrhajó visszaküldte a képeket. ... Mindketten öregedni kezdenek, mivel egyik sem arra készült, hogy célja elérése után is működjék. ... Ugyanakkor arra sem tervezték őket, hogy halandók legyenek.”

„Darviniánus” megközelítésben az „úrhajó modell” érvényességét nehéz megkérdőjelezni. (Hiszen látott-e már valaki is agg vadállatot az állatkerten kívül?) Sokakkal ellentétben azonban számomra ez a modell egyáltalán nem negatív üzenet. Arra kell, hogy ösztönözze a szakembereket, köztük a gyógyszerészeket is, hogy pozitív tartalommal töltsük ki azokat a réseket, amelyeket a természet üresen hagyott. Éppen ezáltal nyílik lehetőség arra, hogy a mikro- és makroközösségek tagjaik számára fenntartsák a vállalható életmi-

nőséget idős korban is, továbbá biztosítsák a méltóságteli öregedést és elmúlást.

Bármennyire is különösnek tűnik fel, több mint négy évtizedes orvosi gyakorlatom alapján állíthatom, hogy az időskori elmeorvosnászati problémák jelentős részét illetően is létezik elsődleges prevenció lehetőség. Ez pedig nem más, mint *a hasznosságtudat folyamatos ápolása, erősítése*. Kizárólag emellett őrizhető meg a kiegyensúlyozott, jó közérzet, a lelki egyensúly. Ennek tudatában kell az öregedésre felkészülni, mind az érintettnek, mind pedig környezetének, és a hasznosságtudat bármilyen szinten történő lehetőség szerinti megőrzése az egyik legfontosabb feladat az időskori elmeorvosnászati folyamatok zajlása során is.

IRODALOM

1. van Leeuwen, I.M., Vera, J., Wolkenhauer, O.: Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 365(1557), 3443-54 (2010). – 2. Beutler, E.: _Perspect Biol Med. 29(2), 175-9 (1986). – 3. Fontana, L., Partridge, L., Longo, V.D.: Science 328(5976), 321-6 (2010). – 4. Hekimi, S., Lapointe, J., Wen, Y.: Trends In Cell Biology 21(10), 569-76 (2011). – 5. Walford, R.L.: Klin Wochenschr 47(11), 599-605 (1969). – 6. Jang, Y.C., Remmen, H.V.: Experimental Gerontology 44(4), 256-60 (2009). – 7. Villa, R.F., Ferrari, F., Gorini, A.: Neuroscience 27(227), 55-66 (2012). – 8. Hipkiss, A.R.: Biogerontology 4(6), 397-400 (2003). – 9. Holliday, R.: Sci Prog 95(Pt2), 199-205 (2012). – 10. Sasaki, T., Kishi, S.: Biochim Biophys Acta. 1832(9), 1362-70 (2013). – 11. Zs-Nagy, I.: Arch Gerontol Geriatr. 9(3), 215-29 (1989). – 12. Rajna P.: Medicina Thoracalis 60(2), 61-75 (2007). – 13. Rajna P., Tariska P.: Az időskor neuropsychiátriája. B+V (medical and technical) Lap- és Könyvkiadó Kft., 2000, 1-255. – 14. Rajna P.: Gyógyszerész Továbbképzés 3(5), 4-9 (2009). – 15. Hayflick, L.: Az öregedés titkai (ford.: Komáromy R.) Magyar Könyvklub, p. 274., 1995.

Rajna P.: *Geriatric psychiatry. Responsibility and competence of pharmacologist.*

The review is based on the fact that the number of old people and their sensitivity to psychiatric disorders constantly increase. Among the geriatric psychiatric diseases author discusses the delirium as acute and the dementias as chronic disorder in more details. He points the characteristics of the diagnosis and treatment in old age patients, some general misbeliefs, tumbler of application of natural and alternative therapies and the competence of the pharmacists. They are namely very important participants in the recent medical care whose opinions could be essential for the old age population especially when the patients are under psychiatric treatment.

*Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest, Balassa J. u. 6. - 1083
e-mail: rajna@multiart.hu*

A dolgozathoz tartozó tesztkérdések az utolsó oldalon találhatóak

