



Egészségügyi Ellátórendszer
Szakmai Módszertani Fejlesztése
EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001

MÓDSZERTANI AJÁNLÁSOK A MENTÁLIS MEGBETEGEDÉSEK FELISMERÉSÉHEZ ÉS SZŰRÉSÉHEZ A HÁZIORVOSI PRAXISBAN

Dokumentum készítésének dátuma:
2020. 09. 02.

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

Készítette az EFOP 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001
„Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” című projekt
A.IV. Lakossági mentális egészségtudatosság és támogató hálózat fejlesztés



A projekt a Széchenyi 2020 program keretében valósul meg.

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE:

- ACE:** Angiotension-converting enzyme (Angiotenzin-konvertáló enzim)
- ADL:** Activities of Daily Living (Napi élettevékenység)
- AKV:** Addenbrooke's Kognitív Vizsgálat
- ALDH2:** Aldehyde Dehydrogenase 2 (Aldehyd-dehidrogenáz 2)
- ARB:** Angiotensin II Receptor Blocker (Angiotenzin-receptor blokkoló)
- AUDIT:** Alcohol Use Disorders Identification Test (Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje)
- BDI-R:** Rövidített Beck Depresszió Kérdőív
- BNO:** Betegségek Nemzetközi Osztályozása
- DSM-5:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve)
- CCB:** Calcium Channel Blocker (Kalciumcsatorna-blokkoló)
- EBM:** Evidence Based Medicine (Bizonyítékon alapuló orvoslás)
- EKG:** Elektrokardiográfia
- EKZ:** Enyhe Kognitív Zavar
- EPDS:** Edinburgh Postnatal Depression Scale (Edinburgh Posztnatális (szülést követő) Depresszió Skála)
- GAD-7:** Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (Generalizált Szorongásos Zavar Kérdőív – 7)
- IADL:** Instrumental Activities of Daily Living (Eszközhasználat a napi tevékenységek során)
- LESZ:** Lelki Elsősegély Szolgálat
- MDQ:** Mood Disorder Questionnaire (Hangulatzavar Kérdőív)
- MMSE:** Modified Mental State Examination (Módosított Mini Mentál Teszt)
- NICE:** National Institute for Health and Care Excellence (Országos Egészségügyi és Klinikai Kiválósági Intézet)
- RS-R:** Rövidített Reménytelenség Skála
- SSRI:** Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (Szelektív szerotonin visszavétel gátlók)
- STAI-S:** State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger-féle Állapot Szorongás Kérdőív)
- TAU:** Treatment As Usual (Hagyományos beavatkozás)
- TSH:** Thyroid-Stimulating Hormone (Thyreoidea stimuláló hormon)
- WHO:** World Health Organization (Egészségügyi Világszervezet)

TARTALOMJEGYZÉK

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE:	3
1. A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI SZŰRÉS	6
1.1. A népegészségügyi szűrés fogalma	6
1.2. A népegészségügyi szűrővizsgálatok feltételrendszere.....	7
1.3. A népegészségügyi szűrővizsgálatok célbetegségei	9
1.4. Szűrési modellek.....	11
1.5. Szűrővizsgálati eszközök jellemzői és megbízhatóságának mutatói	11
1.6. Népegészségügyi szűrés nehézségei mentális zavarok esetén	13
1.7. Biomarkerek használatának nehézségei a mentális zavarok esetén.....	16
2. JELENLEG JAVASOLT SZŰRŐVIZSGÁLATI MODELLEK A HÁZIORVOSI ELLÁTÁSBAN.....	17
2.1. Egyéni praxisú háziiorvosi ellátás javasolt szűrővizsgálati modellje	17
2.1.1. Modell leírása, folyamatábrája és döntési fák.....	17
2.2. Praxisközösségű háziiorvosi ellátás (esetleg csoportpraxis) jelenleg javasolt szűrővizsgálati modellje, pszichológus közreműködésével.....	24
2.2.1. Modell leírása, folyamatábrája és döntési fák.....	25
3. BEAVATKOZÁSI JAVASLATOK.....	35
3.1. Rövid intervenció a kockázati ivás és az alkoholhasználati zavar kockázatának csökkentésére	35
3.2. A kognitív hanyatlás és demencia módosítható kockázati tényezőinek csökkentését célzó beavatkozások.....	38
3.2.1. Fizikai aktivitás	39
3.2.2. Táplálkozással kapcsolatos beavatkozások.....	42
3.2.3. Társas aktivitás.....	46
3.2.4. Magas vérnyomás kezelése	47
3.2.5. Cukorbetegség kezelése.....	50
3.2.6. Dohányzásleszoktató beavatkozások.....	52

3.2.7.	Alkoholhasználati zavarral kapcsolatos beavatkozások.....	53
3.2.8.	Testsúlycsökkentés	56
3.2.9.	Depresszió kezelése	57
3.2.10.	Halláskárosodás kezelése.....	59
3.2.11.	Zsírsanyagcsere-zavar (Diszlipidémia) kezelése	61
3.2.12.	Kognitív beavatkozások.....	63
	Melléklet	65
	M1. Szűrővizsgálati eszközök	65
	M1.1. Spielberger-féle Állapot Szorongás Kérdőív (STAI-S)	65
	M1.2. Rövidített Beck Depresszió Kérdőív (BDI-R)	67
	M1.3. Edinburgh Posztnatális Depresszió Skála (EPDS).....	69
	M1.4. Hangulatzavar kérdőív (MDQ).....	72
	M1.5. Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje (AUDIT).....	73
	M1.6. Addenbrooke's Kognitív Vizsgálat (AKV)	75
	M2. Ellenőrzőlista a mentális hanyatlás kockázatának csökkentéséhez	76

BEVEZETŐ

Az EFOP-1.8.0-VEKOP-17 kódszámú, „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” megnevezésű projekt általános célja, hogy *„javuljon a lakosság egészségi állapota, nőjön a születéskor várható élettartam és az egészségben eltöltött életevek száma, csökkenjen a krónikus nem-fertőző betegségteher az ellátórendszer prevenciós fókuszának fokozásával, a lakosság egészségtudatosságának növelésével és a megelőzéssel kapcsolatos területi egyenlőtlenségek csökkentése által.”*¹ Jelen módszertani útmutató azzal a céllal készült, hogy a mentális zavarok és a hozzá kapcsolódó jelenségek (pl. öngyilkosság) megelőzésével és kezelésével foglalkozó szakemberek számára magyar nyelven, széleskörben elérhetővé váljanak a mentális zavarok szűrésével kapcsolatos ismeretek. Bemutatjuk a szűrővizsgálatok alapfogalmait, a leggyakrabban használt szűrővizsgálati eszközöket és protokollokat a mentális egészség terén, továbbá az egyéni háziiorvosi praxisra és praxisközösségre/csoportpraxisra kidolgozott, jelenleg lehetséges modellt a mentális zavarok és kapcsolódó jelenségek felderítésére. Végül pedig az alkoholhasználati zavarok esetén használt rövid intervenció és a mentális hanyatlás megelőzését szolgáló kockázatcsökkentő beavatkozások magyar nyelvű ismertetésével szeretnénk a bizonyítottan hatékony intervenciók körét is bővíteni hazánkban. Mindezzel pedig az ideális szűrővizsgálati modell megvalósításához vezető út alapköveit kívánjuk lerakni (amely részletesen olvasható a *„Szűrővizsgálati modell a mentális megbetegedések felismerésére”* című eredménytermékben.)

1. A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI SZŰRÉS

1.1. A népegészségügyi szűrés fogalma

Egy betegség korai felismerésének eszköze a **szűrővizsgálat** (angolszász szakirodalomban: screening). A szakirodalomban a szűrésnek számos definíciója ismert, azonban minden definíció közös jellemzője, hogy a szűrővizsgálat **a tünet- és panaszmentes páciensek megfelelő módszerrel, rendszeres időközönként ismételt vizsgálatát (szűrővizsgálat) jelenti, amit azzal a céllal végeznek, hogy adott célbetegség/célállapot fennállásának valószínűségét igazolják**

¹ Forrás: https://www.antsz.hu/data/cms83588/EFOP180_bemutato_final.pdf Megtekintve: 2020: 07. 15.

vagy azt kizárják². A szűrésnél tehát a cél az, hogy időben beavatkozzanak a még tünet- és panaszmentes, azaz preklinikai állapotban levő célbetegség természetes lefolyásába, megszakítva a célbetegség kialakulásának folyamatát (progresszióját). A szűrés tehát előbbre hozza az időben a célbetegség klinikai diagnózisát, és szükség esetén a terápiás beavatkozás(ok) kezdetét.

A szűréshez kapcsolódóan meg kell említeni az ún. „**casefinding**” (esetkeresés) módszerét. A „casefinding” esetében a (nem feltétlenül a célbetegségre utaló) tünetekkel, panaszokkal orvoshoz forduló személyek vizsgálata történik meg annak kiderítésére, hogy fennáll-e valamilyen rejtett célbetegség. Ebben az értelemben a „casefinding” el is különül a szűréstől, hiszen míg a szűrés az egészségügyi szolgáltatási folyamatmegelőzés (prevenció), addig a „casefinding” a folyamat diagnosztika alfolyamatának körébe tartozik. Azokat a szűrés jellegű tevékenységet is ide sorolják, amikor a páciens azzal a céllal keresi fel az orvost, hogy bizonyos szűrővizsgálatot végezzen el nála. Közös jellemző a fent vázolt esetekben, hogy a *kezdeményező a páciens és az elvégzett tevékenységet nem jellemzi az aktív, felkutató jelleg*, ami a szűrés egyik fontos kritériuma.

A szűrés nem diagnosztikus, csupán valószínűsítő vizsgálat. Következésképpen egy „negatív” szűrővizsgálati lelet azt fejezi ki, hogy a vizsgálat idején a páciens nagy valószínűséggel nem fenyegeti az adott célbetegség, míg egy „nem-negatív” lelet már felveti a célbetegség lehetőségét, ezért további vizsgálatokat kell végezni a betegség valószínűségének megerősítése vagy kizárása céljából.

1.2. A népegészségügyi szűrővizsgálatok feltételrendszere

A szűrés kritériumait a WHO munkacsoportja először 1968-ban foglalta össze. Ezek a szűrés ún. **Wilson–Jungner kritériumai**³ néven terjedtek el a szakirodalomban. Az eredeti kritériumok szerint a szűrést csak a következő 10 feltétel teljesülése esetén szabad végezni:

²Forrás: <https://fogalomtar.aeek.hu/index.php/Sz%C5%B1r%C3%A9s> Megtekintve:2020.07.20.

³Forrás: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37650/WHO_PHP_34.pdf?sequence=17&isAllowed=y Megtekintve: 2020.07.15.

1. a célbetegség előfordulását és az okozott halálozást tekintve népegészségügyi fontosságú;
2. a célbetegség kezeléséhez elfogadott módszerek állnak rendelkezésre;
3. a célbetegség diagnosztizálásához és kezeléséhez szükséges feltételek biztosítva vannak;
4. a célbetegségnek van korai, tünet- és panaszmentes állapota;
5. a szűrővizsgálat elvégzésére alkalmas, egyszerű, olcsó, hatásos módszer rendelkezésre áll;
6. a vizsgálati módszer a célpopuláció számára társadalmilag elfogadható;
7. a célbetegség fejlődéstörténete, azaz a betegség kialakulása és kórlefolyása ismert és megfelelő beavatkozással befolyásolható;
8. a szűrés stratégiája (azaz az életkor, amikor a rendszeres szűrést el kell kezdeni, az életkor, amittől kezdve sürgősen folytatni, valamint a megismételt szűrések közötti intervallum a betegség kórlefolyásának megfelelően) ismert;
9. a szűrésre fordított anyagi ráfordítás arányban áll a szűrés hasznával, azaz a szűrés költséghatékonny;
10. az új esetek felkutatására vonatkozó igény folyamatos.

A Wilson-Jungner feltételeket 40 év távlatából a WHO munkacsoportja 2008-ban felülvizsgálta⁴. Az általuk szintetizált kritériumok a következők:

- a szűrőprogramnak meg kell felelni a vele szemben támasztott elvárásoknak;
- a szűrőprogram célját előre meg kell határozni;
- meg kell határozni a szűrés célpopulációját;
- a szűrőprogram hatásosságát igazolják tudományos bizonyítékok;
- a szűrőprogram integrálja a páciens edukáció, a szűrővizsgálat, az egészségügyi ellátórendszer és a szűrőprogram irányításának eszközeit;
- a szűrőprogram során minőségbiztosítást kell alkalmazni, ami csökkenti a szűrés potenciális kockázatait;
- a szűrőprogramnak biztosítania kell a páciensek megfelelő tájékoztatáson alapuló döntési lehetőséghez, a bizalmas adat- és információkezeléshez és az önrendelkezéshez való jogait;
- a szűrőprogramnak elő kell segítenie a teljes célpopuláció méltányos és egyenlő hozzáférést a szűrésben való részvételhez;

⁴Forrás: <https://www.who.int/bulletin/volumes/86/4/07-050112/en/> Megtekintve: 2020.07.15.

- előre meg kell tervezni a szűrőprogram értékelésének módszerét;
- a szűrőprogram előnyeinek túl kell haladniuk annak hátrányait.

A felülvizsgált feltételeket az Egyesült Királyság Nemzeti Szűrési Bizottsága (UK National Screening Committee, UKNSC) tovább pontosította – legutóbb 2015-ben - felsorolva 20 olyan szempontot, amiket a szűrőprogramok megvalósíthatóságának megítélésakor ajánlatos figyelembe venni⁵. Ezek közül a legfontosabb feltételek:

- a szűrőprogram célállapotára vonatkozóan: népegészségügyi fontosság, fejlődésment ismerete, az elsődleges megelőzés lehetőségeinek alkalmazhatósága;
- a szűrővizsgálati módszer legyen egyszerű, biztonságos, érzékeny és specifikus, valamint társadalmilag elfogadott;
- a nem-negatív esetekben a betegutak legyenek biztosítva, a korábbi kezelésbe vétel nagyobb esélyt adjon a gyógyuláshoz és a beteg számára elfogadható legyen;
- a szűrőprogram hatásossága a célbetegségből származó halálozás mérséklődésével mérve hatásos legyen;
- még a szűrés megindulása előtt biztosítani kell a szűrés személyi és tárgyi szükségleteit;
- a szűrőprogram összköltsége (a teszt, menedzsmentköltségek, beleértve a képzés és a minőségbiztosítási rendszer költségeit is) egyensúlyban legyenek az orvosi kezelés költségeivel;
- a szűrésre váró személyek tájékoztatáson alapuló döntéséhez szükséges információkat biztosítani kell.

1.3. A népegészségügyi szűrővizsgálatok célbetegségei

A szűrés célbetegségeinek kiválasztásánál nagy körültekintéssel kell eljárni. Alapvető feltétel, hogy a szűrések célbetegségeinek gyakorisága és azok halálteki szerepe jelentős népegészségügyi problémát jelentsen az adott populációban. Ezt a feltételt szinte minden jól ismert népegészségügyi jelentőségű betegség kielégíti. További feltétel, hogy a célbetegségek

⁵Forrás: <https://www.gov.uk/government/publications/evidence-review-criteria-national-screening-programmes/criteria-for-appraising-the-viability-effectiveness-and-appropriateness-of-a-screening-programme> Megtekintve: 2020.07.15

kórlefolyása ismert és befolyásolható legyen. A népegészségügyi jelentőségű betegségek közül azok alkalmasak szűrésre, amelyek viszonylag hosszú ideig maradnak a preklinikai kimutathatóság állapotában, de megfelelően kiválasztott vizsgálati módszerrel már megbízhatóan kimutathatók. Hazánkban népegészségügyi szűrés működik a méhnyakrák és a mellrák esetében, a vastag- és végbélrák (kolorektális daganatok) szűrés országos bevezetése pedig hamarosan várható. Ennek az a magyarázata, hogy míg a méhnyakrák átlagosan kb. 10, az emlőrák kb. 3, a vastag- és végbélrák megelőző állapotának tekintett polipok sok évig tünetmentesek mielőtt rosszindulatú elfajulásuk megkezdődik. Ezért ezek a betegségek szűrésre alkalmas célbetegségek, hiszen a megfelelő időközönként ismételt szűrővizsgálatok esélyt teremtenek a még tünetmentes állapotban való felfedezésükre. (Ezzel szemben például egy másik népegészségügyi jelentőségű betegség, a tüdőrák csak átlagosan kb. 0,7 évet van a preklinikai kimutathatóság állapotában, így csak akkor lenne hatásos a szervezett szűrése, ha a szűrővizsgálatokat néhány havonta ismételve végeznék el a célpopulációban.)

Alapvető kívánalom természetesen az is, hogy álljon rendelkezésre a rejtett célbetegség korai felismerésére alkalmas (megfelelő érzékeny és specifikus) vizsgálat.

Fontos, hogy a szűrővizsgálattal felfedezett betegség korai kezelése befolyásolja kedvezően a betegség természetes kórlefolyását. Vagyis nincs értelme a szűrésnek, ha a szűrővizsgálatban kiszűrteknek nincs jobb kilátásuk a gyógyulásra, mint szűrővizsgálat nélkül.

Szűrővizsgálatokat csak akkor szabad kezdeményezni, ha a szűrővizsgálattal kiszűrtek további kivizsgálásának és terápiájának személyi, tárgyi és szakmai feltételei biztosítottak. Ha ez nem biztosított, a szűrés értelmetlen.

Fontos feltétel az is, hogy a túldiagnosztizálás és túlkezelés kockázata alacsony legyen. Közismert, hogy a preklinikai szakaszban kimutatott elváltozások jelentős hányada – kezelés nélkül – klinikai betegséggé fejlődik (progrediál), más részük viszont kezelés nélkül is visszafejlődik. Ez jellemző pl. a fiatal nők méhnyak hámelváltozásainál. Ez a tapasztalat fokozott figyelemre érdemes, hiszen, ha a szűrés a fiatalabb nőkre összpontosulna, fennállna annak a veszélye, hogy a szűrés számos olyan esetet is felfedez és kezelésre utal, ami szűrővizsgálat nélkül visszafejlődött volna.

1.4. Szűrési modellek

A hazai és nemzetközi szakmai gyakorlat a szűrővizsgálatok két szervezési modelljét különbözteti meg. Az egyik az ún. **opportunistikus szűrési modell**, ami egy még tünetekkel nem rendelkező betegség felismerésére alkalmas módszerek alkalomszerű, más célból létrejött orvosi tevékenységhez kapcsolt, vagy az azt spontán igénylőkön történő alkalmazása. A másik a **célzott vagy szervezett lakosságszűrési modell**, azaz az egészségügyi ellátórendszer, mint szolgáltató által központilag kezdeményezett, közpénzből finanszírozott, nagy, veszélyeztetettnek minősülő lakosságcsoportokra kiterjedő, szakmailag indokolt gyakorisággal végrehajtott népegészségügyi program. A kétféle szűrési mód elkülönítése gyakorlati fontosságú. Egy célbetegség kimutatására alkalmas módszer alkalmazható alkalomszerűen (opportunistikus szűrés keretében): az orvos onkológiai éberségétől indítatva, az orvos-beteg találkozásokat felhasználva, az orvosi gyakorlat részeként. A másik lehetőség a szervezett szűrés, a bizonyítékon alapuló orvoslás („evidence-based medicine”, EBM), illetve bizonyítékon alapuló népegészségügy és egészségpolitika („evidence-based public health”, EBPH) terméke. Szemben az alkalomszerű szűrővizsgálattal, amely –akár jelentős számban végezve is – orvosi tevékenységet jelent, a szervezett szűrővizsgálat népegészségügyi tevékenység.

1.5. Szűrővizsgálati eszközök jellemzői és megbízhatóságának mutatói

Egy eszköz akkor válhat szűrővizsgálati eszközzé, ha egyrészt olcsó, gyors, könnyen kivitelezhető, veszélytelen és elfogadható a lakosság számára, másrészt, ha megbízható, valid, magas szenzitivitás és a specificitás értékkel rendelkezik. A megfelelő mutatókkal rendelkező tesztek esetén van csak lehetőség arra, hogy a teszt bejósoló (prediktív) ereje megbízható legyen, azaz pozitív eredménye valóban mutassa az adott egyénnél a betegség jelenlétét (vagy annak valószínűségét), míg negatív eredménye esetén az adott betegség hiányát (vagy hiányának valószínűségét) (Ádány, 2011).

A valóságban nagyon ritkán teljesül az, hogy tökéletes módon elkülönülnek az eszköz által mért értékek a beteg és az adott célbetegség szempontjából egészséges személyek csoportjában. A két csoport mért értékei között szinte mindig átfedés van (Fidy és Makara, 2005). De a

szűrés nem is diagnosztikai eljárás, hanem a valószínűleg beteg egyének kiemelését szolgálja, akik esetében **a szűrővizsgálatot diagnosztikus vizsgálat követ** (Ádány, 2011).

Annak érdekében, hogy az eszközök összehasonlíthatóak legyenek, mérési pontosságuk tekintetében két fő mutató szerepe kiemelt:

- A **szenzitivitás** (érzékenység) annak a valószínűségét mutatja, hogy a teszt értéke pozitív lesz olyan személynél, akinél fennáll a betegség, azaz valódi pozitív. Tehát arról ad információt ez a paraméter, hogy a teszt milyen megbízhatóan azonosítja a betegség fennállását.
- A **specifitás** (fajlagosság) ezzel szemben annak valószínűségét mutatja, hogy a teszt negatív lesz olyannál, akinél nem diagnosztizálható az adott betegség, azaz valódi negatív. Tehát arra ad információt, hogy milyen megbízhatósággal azonosítja azokat, akiknél nincs jelen az adott kóros eltérés vagy betegség.

Azonban ebből következik, hogy az összes pozitívnak jelzett populációban lesz ál-pozitív (akit pozitívnak jelez a teszt, azonban nem áll fenn nála az adott betegség) és a negatívnak jelzett csoportban pedig ál-negatív eredmény is (azaz a negatív eredményű csoportban lesz olyan, akinél diagnosztizálhatóan fennáll a megbetegedés). Erre kaphatunk információt a prediktív értékekből.

A **pozitív prediktív érték** arra ad információt, hogy egy pozitív teszteredmény mennyire megbízható, azaz hogy mennyire valószínű, hogy egy pozitív eredmény esetében a betegség valóban fennáll. Tehát megadja, hogy az összes pozitív teszt hány százaléka valódi pozitív. A **negatív prediktív érték** pedig egy negatív teszteredmény megbízhatóságát mutatja, azaz hogy mennyire valószínű, hogy negatív teszteredmény esetén valóban nem áll fenn betegség. Tehát megadja, hogy az összes negatív teszt hány százaléka valódi negatív (Fidy és Makara, 2005).

Érdemes azt is figyelembe venni, hogy a választott **küszöbértéktől** (angolul: cut-off) nagyban függ az adott szűrőeszköz szenzitivitása és specifitása, és a küszöbérték eltolása azért, hogy a specifitást növeljük, a szenzitivitás csökkenését fogja okozni (Fidy és Makara, 2005).

Kiemelendő még a „**gold sztenderd**” fogalma, amely arra a diagnosztikai eszközre utal, amelylyel a kutatások során a szűrőeszközök megbízhatóságát validálják. Olyan eszköz, melynek szenzitivitása és specificitása egyaránt 100%-ként van értelmezve, azonban nem lehet szűrőeszköz, mivel invazív, kellemetlen, drága vagy túlságosan bonyolult az alkalmazása (Maxim, Niebo és Utell, 2014).

Hivatkozások:

Ádány R. (2011). *Megelőző orvostan és népegészségtan*. Budapest: Medicina.

Fidy J. és Makara G. (2005). *Biostatisztika*. Debrecen: InforMedia 2002 Kft.

Maxim, L. D., Niebo, R., & Utell, M. J. (2014). Screening tests: a review with examples. *Inhalation toxicology*, 26(13), 811-828.

Wilson, J. M. G., Jungner, G. & World Health Organization (1968). *Principles and practice of screening for disease*. World Health Organization.

https://szures.nnk.gov.hu/portal/pfile/file?path=/Tartalmak/Szakmai-informaciok/Vastagbelszures/Szakirodalom/Konyv4_20130904.pdf1 Letöltve: 2020.07.01.

1.6. Népegészségügyi szűrés nehézségei mentális zavarok esetén

A népegészségügyi szűrővizsgálatok során egy adott célbetegség tünet- és panaszmentes pre-klinikai állapotát kívánják azonosítani. Ezzel szemben mentális zavar akkor áll fenn, ha jelenleg vagy a múltban volt olyan jól körülhatárolható időszak (bizonyos zavaroknál helyzet vagy helyzet is, pl. poszttraumás stressz zavar vagy szociális fóbia), ahol meghatározott tünetek, meghatározott számban, meghatározott intenzitással állnak/álltak fenn. A major depresszív zavarban például a depresszív epizód legalább 2 hétig áll fenn, amely során a 9 diagnosztikai kritérium közül legalább 5 teljesül, és azok közül az egyik a levert hangulat vagy az érdeklődés, örömképesség csökkenése vagy elvesztése. Azonban olyan is előfordul, hogy tünetmentes állapot áll fenn, azonban mentális zavar is jelen van. Például a bipoláris I. zavarban, ahol a depresszív és mániás epizódok váltakoznak, miközben az epizódok között gyakran tünetmentes időszak is van, azonban attól még a páciens bipoláris beteg, függetlenül attól, hogy jelenleg nem áll fenn egyik epizód sem (BNO, 2004; DSM-5, 2013).

Megjegyzendő továbbá, hogy számos olyan jelenség, amely a mentális betegségek tüneteit képezheti (pl. tartós rosszkedv, szorongás, alvászavar, emelkedett hangulati állapot, meggon-
dolatlanság stb.), egészségeseknél is előfordul, legfeljebb más mennyiségben, intenzitásban
vagy kombinációban. Így a mentális megbetegedések esetén gyakran azzal szembesülünk,
hogy nincs éles határ az egészséges és a kóros állapot között, és a kórosságra leginkább a sze-
mély és/vagy a környezet által átélt distressz, illetve funkciózavar utal. Ezért a tüneteket mérő
eszközök eredményei is nagyban mutatnak átfedést az egészséges és mentális zavarral küzdők
esetén, megnehezítve így mind a szűrést és a diagnosztikát. Mindebből következik, hogy tü-
net- vagy panaszmentes preklinikai állapot nem igazán lehetséges mentális zavaroknál. Leg-
alábbis a jelenlegi tudásunk szerint, amikor a predisponáló biológiai és lélektani sérülékeny-
ségi tényezőket még nem tudjuk csalhatatlan biztonsággal azonosítani. Javasolt inkább ezért
csak arra koncentrálni, hogy preklinikai állapot (amely megfelel a mentális egészség területén
használt szubklinikai kifejezésnek, a továbbiakban ezt használjuk), amely mentális zavarok ese-
tén azt jelenti, hogy tünetek ugyan fennállnak, de nem olyan számban, mintázatban és inten-
zításban, hogy az megfeleljen az adott célbetegség vagy más mentális zavar diagnosztikai kri-
tériumainak.

További nehézség, hogy Európában a Betegségek Nemzetközi Osztályozását (továbbiakban
BNO) használják, ahol a diagnózishoz szükséges tünetek mintázata kevésbé objektív és opera-
cionalizált, míg az Amerikai Egyesült Államokban és a nemzetközi kutatási gyakorlatban hasz-
nált klasszifikációs rendszer a Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (további-
akban DSM), melynek negyedik és ötödik kiadása kritériumalapú (DSM-IV-TR és DSM-5), ezál-
tal sokkal objektívebb diagnózisalkotást tesz lehetővé. (Például az utóbbi 2 hétben, az idő leg-
nagyobb részében az alábbi 2 tünet közül minimum az egyik és a többi felsorolt tünetekkel
együtt legalább 5 teljesüljön a 9 tünetből, illetve megfeleljen még az alábbi C, D stb. kritériu-
moknak is.) Ezért is alkalmazzák inkább a DSM-et a kutatások során.

Számos mentális zavar rövid időn belül, akár néhány napon belül is kialakulhat, illetve gyakran
negatív életeseményt vagy traumát követően jelenik meg. Tehát a legtöbb esetben nem igaz
rájuk, hogy hosszú időn keresztül preklinikai vagy szubklinikus fázisban lennének.

Szűrés akkor végezhető, ha a pozitív teszteredményt mutató egyének számára rendelkezésre áll megfelelő kivizsgálás és kezelési mód, továbbá az ahhoz szükséges, tárgyi, helyi és eszközbeli feltételek. Ráadásul, ezeknek a feltételeknek minden a szűrésen pozitívnak bizonyult egyén számára biztosítottnak és elérhetőnek kell lenniük. Ezzel szemben hazánkban a pszichiátriai ellátás jelen kapacitása, hozzáférhetősége, evidence-based – azaz bizonyítottan hatékony – pszichoterápia hozzáférhetősége és a területi egyenlőtlenségek az ellátáshoz való hozzáférésben, mindezt nem teszik lehetővé.

Kagee és munkatársai (2013) a gyakori mentális megbetegedések szűrésével kapcsolatban a „casefinding” mellett foglal állást. Különösen igaz ez az azokra az országokra, ahol alacsony erőforrással kénytelenek szervezni az egészségügyi ellátást. Megjegyzendő azonban, hogy a népegészségügyi szervezett szűréshez szükséges feltételeket még a fejlettebb országok sem tudják biztosítani a mentális zavarok esetén. Például az Egyesült Királyságban a National Institute for Health and Care Excellence (továbbiakban: NICE) irányelvek nem javasolják az alapellátásban a mentális zavarok rutin szűrését azzal az indoklással, hogy nem bizonyított az, hogy a szűrés valóban a páciens érdekeit és gyógyulását tudja szolgálni. Jelenleg az Európai Unió egészségügyi rendszerek többségében nem szűrik a depressziót, és a szűrésre való javaslat végül nem került be az Európai Bizottság akciókeretvéneke ajánlásai közé sem (Purebl és mtsai., 2015).

Javasolt ezért inkább a magas kockázatúak között kezdeni a szűrési (valójában esetkeresési) tevékenységet, ahol már vannak erre vonatkozó irányelvek vagy protokollok. A javasolt diagnosztikai eszközök a Composite International Diagnostic Interview azaz CIDI, Structured Clinical Interview for DSM Disorders azaz SCID vagy a DSM-5 diagnosztikai vizsgálata. Ha a szűrés és a diagnosztika eredménye végül nem vág egybe, azaz a személy esetén ál-pozitív eredményt adott a szűrőeszköz, ugyanakkor a normálhoz képest emelkedett a tünetek száma és intenzitása, akkor indikálható pszichoszociális vagy mentálhigiéniai, nem egészségügyi szolgáltatásként mentál-egészségügyi ellátás. Növelve így a preventív feladatok terén a kapacitást.

Hivatkozások:

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*.

Kagee, A., Tsai, A. C., Lund, C., & Tomlinson, M. (2013). Screening for common mental disorders in low resource settings: reasons for caution and a way forward. *International health*, 5(1), 11-14.

Purebl G., Petrea I. and the JA WP4 collaborative workgroup (2016). Joint Action on Mental Health and Well-being: Depression, Suicide Prevention and E-health. Situation analysis and recommendation for action.

Letöltve 2019.12.14-én: <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/WP4%20Final.pdf>

World Health Organization (2004). *BNO-10 zsebkönyv*. Budapest: Animula Kiadó.

1.7. Biomarkerek használatának nehézségei a mentális zavarok esetén

Biomarkereknek nevezzük azokat az objektíven mérhető jellegzetességeket, amelyek indikátornak tekinthetők a normál és a patológiás folyamatok és kezelésükre adott biológiai válaszok azonosítására. Lehet gén, több gén mintázata, fehérje vagy más biomolekula vagy morfológiai sajátosság (Venkatasubramanian és Keshavan, 2016). Használható mind megerősítő diagnózis alkotására, korai beavatkozás megtervezésére, mind prognózis meghatározására (Venkatasubramanian és Keshavan, 2016; Venigalla és mtsai., 2017). A pszichiátriai megbetegedések esetén elsősorban a képalkotáson és genetikai vizsgálaton alapuló kutatások jellemzőek, de ritkán előfordul fehérje vizsgálaton alapuló is. Azonban a többi pl. onkológiai vagy kardiovaszkuláris megbetegedésekhez képest jelentős lemaradásban van (Venkatasubramanian és Keshavan, 2016; Venigalla és mtsai., 2017), és még nem áll rendelkezésre elegendő kutatási eredmény ahhoz, hogy meggyőző evidenciákat lehessen megállapítani (Lakhan, Vieira és Hamlat, 2010; Venigalla és mtsai., 2017). Továbbá nagy valószínűséggel nem egy adott biomarker, hanem inkább több használata fogja lehetővé tenni a biomarkerek használatát az egyes mentális zavarok szűrésében, diagnosztikájában és prognózisában, azonban az erre irányuló kutatások jelenleg még nagyon korai fázisban vannak (Venigalla és mtsai., 2017).

A pszichiátriai zavarok szűrésében vagy diagnosztizálásában tehát nem állnak rendelkezésre megfelelő biomarkerek. Ezért a beteg beszámolójára, a pszichés státuszának vizsgálatára és viselkedésének megfigyelésére hagyatkozhat a szakember. **A szűrés leghatékonyabb módszerei a tünetbecslésen alapuló önkitöltős tesztek.** Ezek egyszerűek, költséghatékonyak, azonban a prediktivitás tekintetében kevésbé pontosak, hiszen a páciens saját megélése szerint ítéli meg a tüneteit. Így bizonyos esetekben a tünetek a kérdőív eredménye alapján

intenzívebbnek tűnhetnek, mint a klinikai vizsgálat során azok igazolódhatnak. (Ennek hátterében lehet akár a személyre jellemző igen válaszadási tendencia is, de akár a szándékos megtévesztés, szimulálás is pl. betegségelőnyök miatt.) Ugyanakkor előfordulhat az is, hogy a kitöltő éppen hogy rejtgeti tüneteit vagy bagatellizálja, és igyekszik olyan módon kitölteni, hogy a kérdőív ne jelezzen. (Pl. alkoholhasználati zavar esetén gyakori, hogy bagatellizálják vagy nem vallják be a valós szerfogyasztást, tehát disszimulálnak, mely jelenség pszichotikus betegekre is jellemző lehet, hogy elkerüljék pl. a hospitalizációt.) Mindezek miatt a kérdőív eredménye mellett a klinikai kép megítélése is központi jelentőségű. Ha a kettő ellentmond, akkor a klinikai kép a döntő és további diagnosztikai kivizsgálás szükséges.

Hivatkozások:

Lakhan, S. E., Vieira, K., & Hamlat, E. (2010). Biomarkers in psychiatry: drawbacks and potential for misuse. *International archives of medicine*, 3(1), 1.

Venigalla, H., Mekala, H. M., Hassan, M., Ahmed, R., Zain, H., Dar, S., & Veliz, S. S. (2017). An update on biomarkers in psychiatric disorders – are we aware, do we use in our clinical practice. *Ment Health Fam Med*, 13, 471-9.

Venkatasubramanian, G., & Keshavan, M. S. (2016). Biomarkers in psychiatry - a critique. *Annals of neurosciences*, 23(1), 3-5.

2. JELENLEG JAVASOLT SZŰRŐVIZSGÁLATI MODELLEK A HÁZIORVOSI ELLÁTÁSBAN

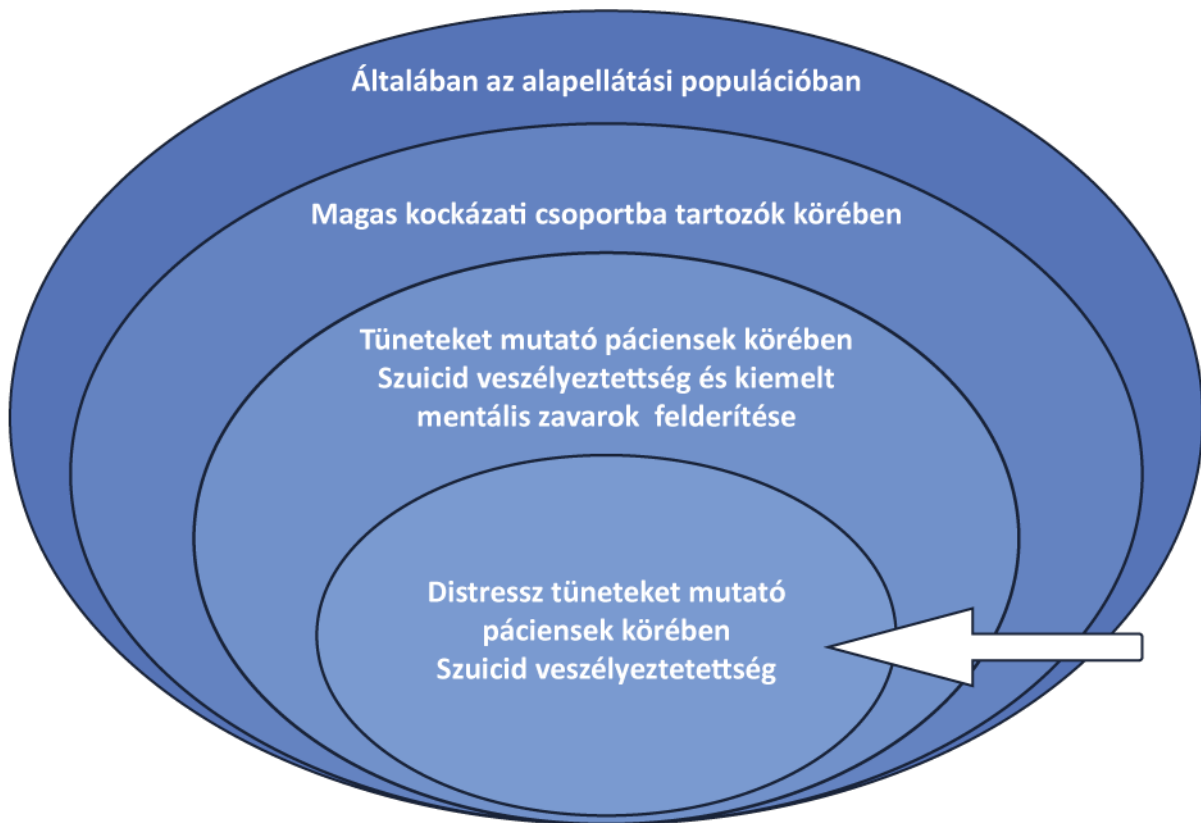
2.1. Egyéni praxisú háziiorvosi ellátás javasolt szűrővizsgálati modellje

A rendelkezésre álló korlátozott kapacitás miatt a legsúlyosabb lehetséges kimenetel, az öngyilkosság és azzal szoros összefüggésben álló depresszió és a bipoláris zavar (amelyek farmakoterápiával jól kezelhető kórképek) felderítése javasolt.

2.1.1. Modell leírása, folyamatábrája és döntési fák

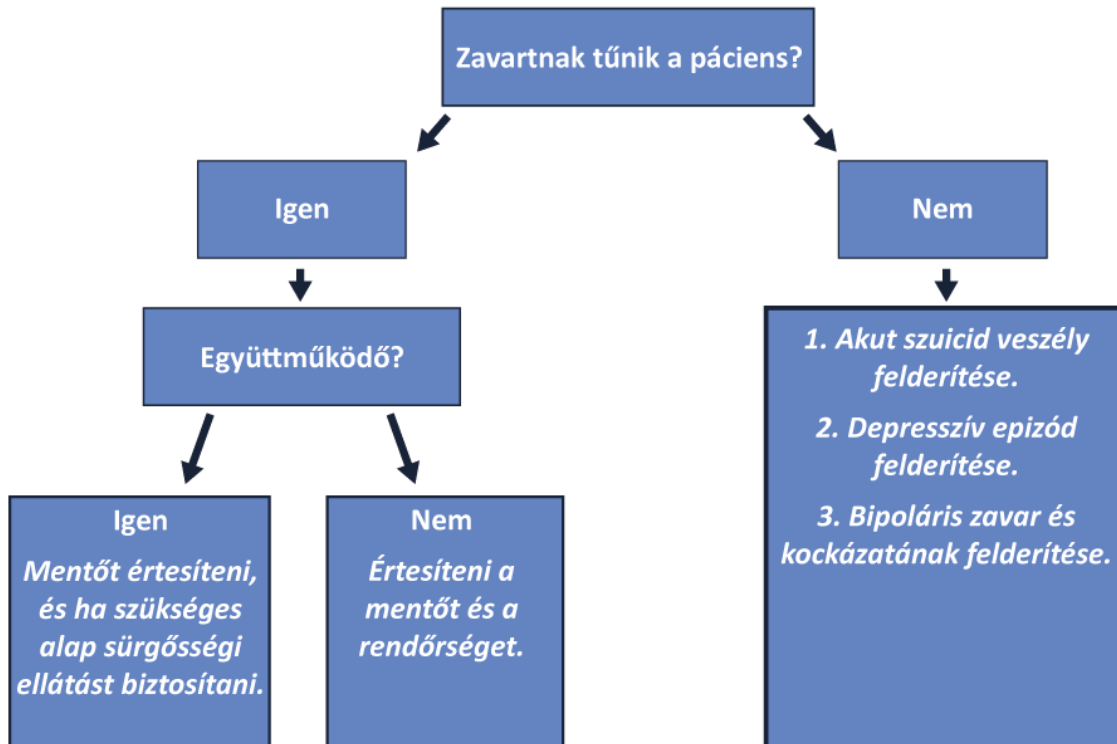
A modell fő fókusza az akut öngyilkossági veszélyeztetettség felismerése és kezelése, amelynek kiindulási alapja az „Egészségügyi szakmai irányelv a felnőttkori öngyilkos magatartás felismeréséről, ellátásáról és megelőzéséről.” (2017), azonban néhány ajánlott módosítással. A

felderítést javasolt olyan páciensek körében végezni, akik esetén a panaszok vagy explorálható tünetek alapján felmerül az akut öngyilkossági veszélyeztetettség gyanúja. Tehát a felderítést jelenleg a **distressz tüneteket** (panasz és/vagy klinikai kép alapján) mutató páciensek körében javasoljuk (2. ábra).



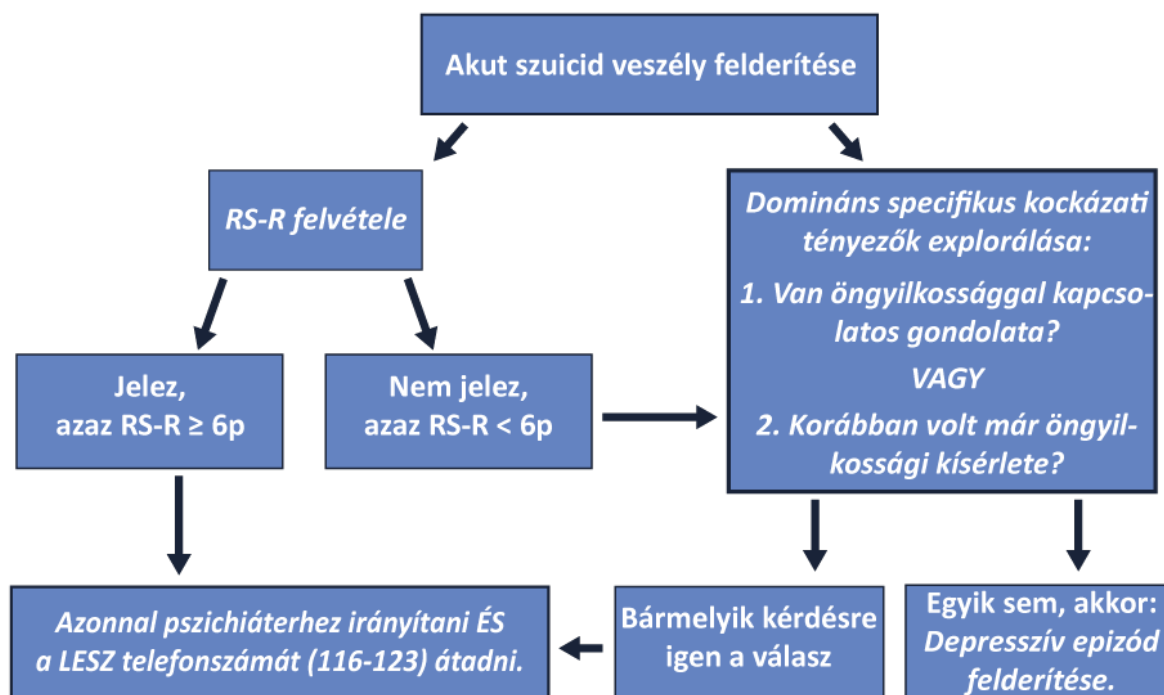
1. ábra: Egyéni praxisban jelenleg javasolt célcsoport (Saját szerkesztés)

A modell (3. ábra) első lépése annak tisztázása, hogy **zavart állapotban** van-e a páciens. Amennyiben a páciens zavart és nem együttműködő, akkor szükséges a rendőrség és mentő értesítése. Ha páciens ugyan zavart, de együttműködő, akkor ha szükséges, megtörténhet az alap elsősegélynyújtás és mentő értesítése szükséges.



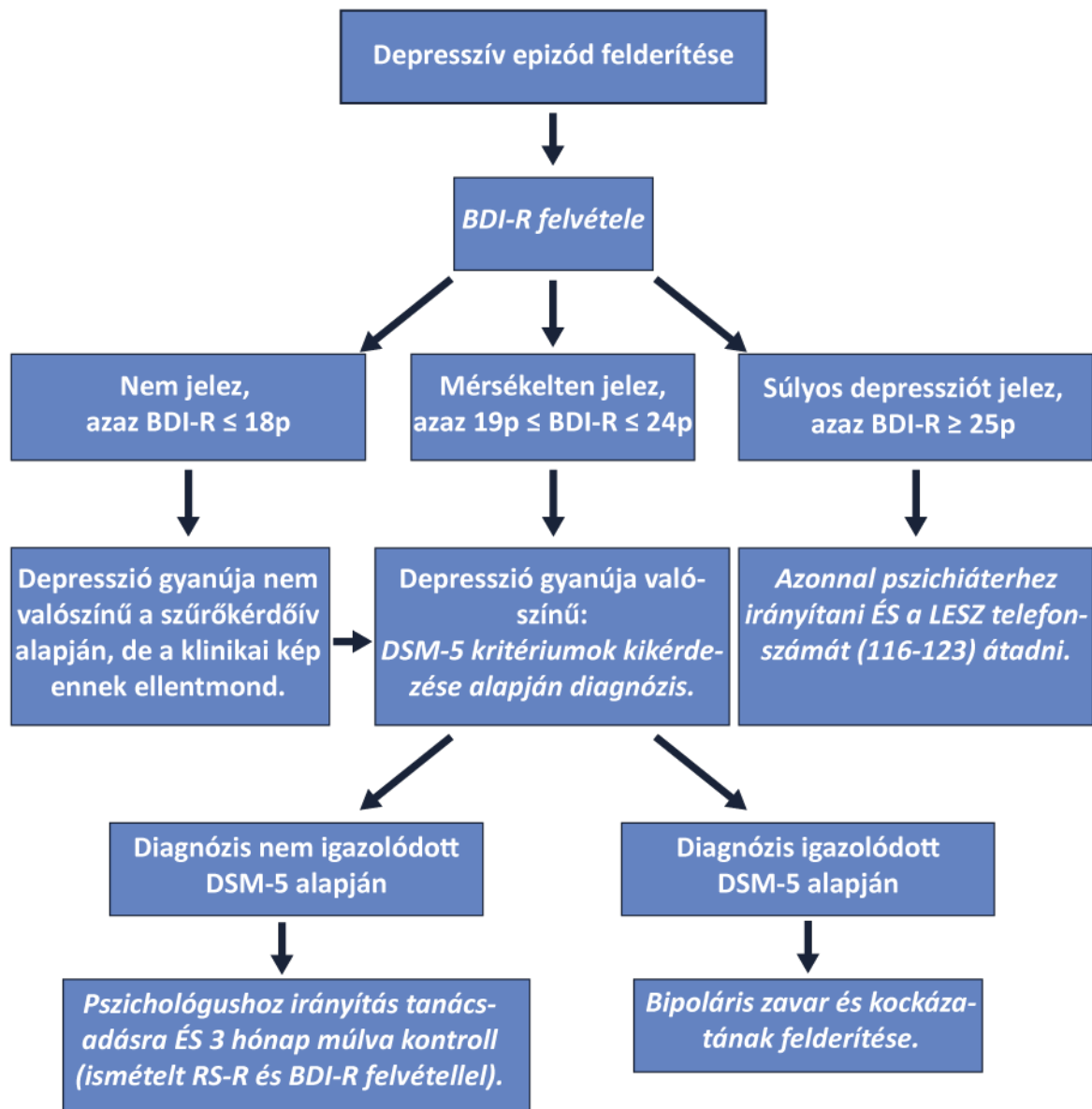
2. ábra: Modell egyéni praxis esetén (Saját szerkesztés)

Amennyiben nem merül fel, hogy a páciens zavart lenne, akkor el lehet kezdeni elsőként az **akut szuicid veszélyeztetettség** felderítését a rövidített Reménytelenség Skála (RS-R) alkalmazásával (4. ábra). A skálát a háziorvos vagy az ápoló is felveheti és kiértékelheti. Abban az esetben, ha az eredmény 6 pont vagy annál magasabb, akkor felmerül a szuicid veszély, ezért azonnali pszichiáter szakorvosi vizsgálatra kell küldeni a páciensét és át kell nyújtani a Lelki Elsősegély Szolgálat (továbbiakban LESZ) telefonos elérhetőségét (116-123). Abban az esetben, ha 6 pont alatti, akkor szükséges az öngyilkosságra specifikus, meghatározó kockázati tényezők vizsgálata. Így rá kell kérdezni, hogy van-e öngyilkossággal kapcsolatos gondolata, és arra is, hogy követett-e el korábban már öngyilkossági kísérletet. Ha bármelyik kérdésre igennel válaszol, akkor szintén pszichiáter szakorvoshoz szükséges azonnal irányítani és át kell adni a Lelki Elsősegély Szolgálat telefonszámát. Abban az esetben, ha egyik sem igaz rá, akkor felmerül a **depresszív epizód fennállásának lehetősége**, ezért annak felderítésére a rövidített Beck Depresszió Kérdőív (BDI-9 vagy BDI-R) felvétele szükséges (EMMI, 2017; Schreiber és Culpepper, 2020). Várandós vagy posztpartum időszakban lévő nők esetén a BDI-R helyett az Edinburgh Posztnatális Depresszió Skála (EPDS) használandó (Viguera, 2020).



3. ábra: Akut szuicid veszély felderítése egyéni praxisban (Saját szerkesztés)

A **depresszív epizód felderítésére** a rövidített Beck Depresszió Kérdőív (BDI-9 vagy BDI-R) felvétele szükséges (5. ábra). Amennyiben a BDI-R eredménye 25 pont vagy annál magasabb (EPDS esetén a 10. kérdésre adott válasz 3), akkor felmerül a súlyosabb depresszív epizód fennállása, ezért minél előbb pszichiáter szakorvosi vizsgálat és a LESZ elérhetőségének átadása szükséges. Amennyiben 24 pontnál kevesebb (EPDS esetén a 10. kérdésre adott válasz kevesebb, mint 3), akkor a DSM-5 depresszív epizódra vonatkozó diagnosztikai kritériumainak a kikérdezése és explorálása szükséges (hiszen a célszemély akut distressz tüneteket mutat, ezért ha a BDI-R nem jelez, akkor disszimuláció lehetősége felmerül). Amennyiben a depresszív epizód kritériumai nem teljesülnek, akkor a szubklinikus állapot miatt javasolt pszichológus felkeresése (okleveles pszichológus vagy tanácsadó szakpszichológusi végzettség elegendő, Egészségfejlesztési Irodákban állami finanszírozással igénybe vehető) illetve 3 hónap múlva kontrolltalálkozás és ismételt állapotfelmérés (RS-R majd BDI-R ismételt felvétele) szükséges. Amennyiben a DSM-5 depresszív epizód diagnosztikai kritériumai érvényesülnek, akkor a következő lépés a **bipoláris zavar és kockázatának felderítése**.



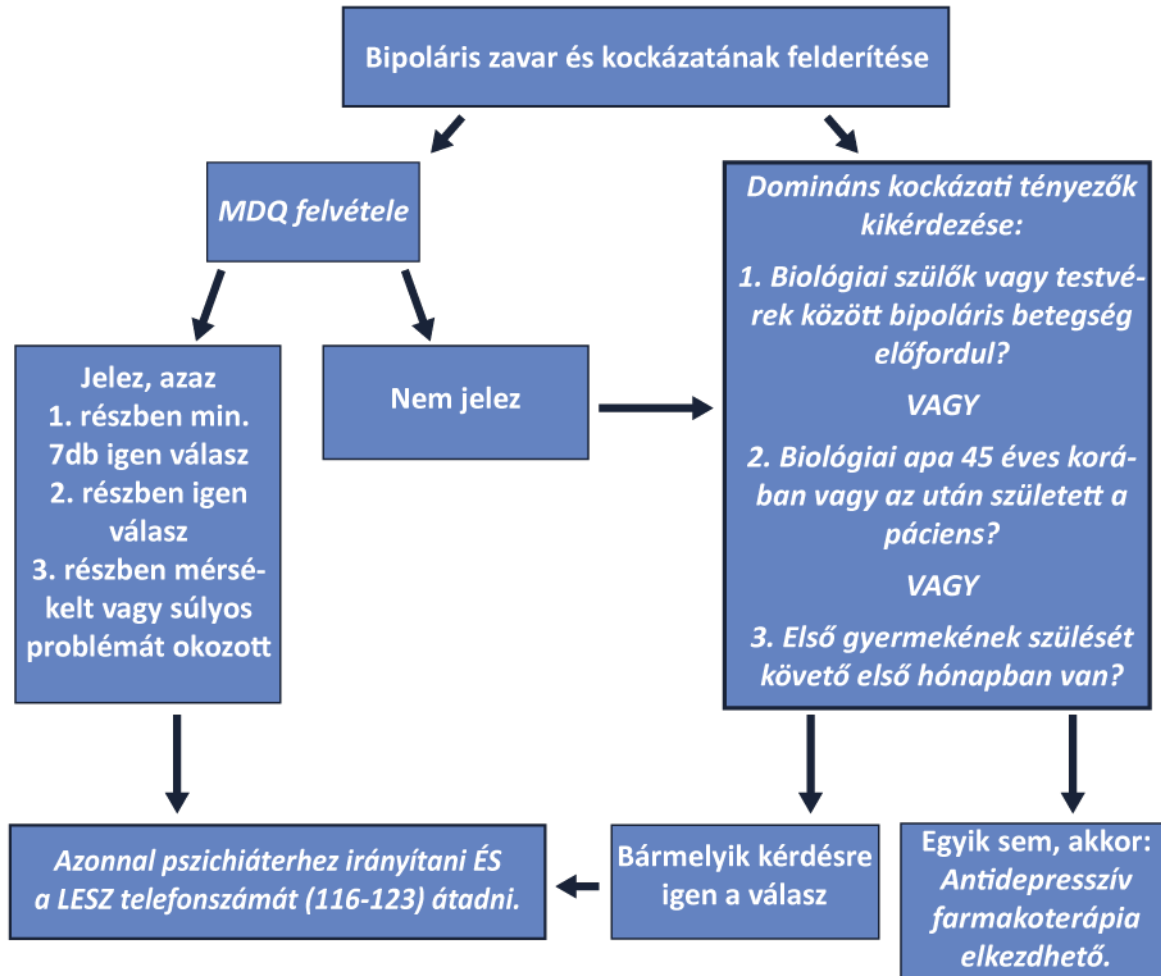
4. ábra: Depresszív epizód felderítése egyéni praxisban (Saját szerkesztés)

A **bipoláris zavar és kockázatának felderítésére** (6. ábra) a Hangulatzavar Kérdőív (MDQ) alkalmas (Hirschfeld és mtsai., 2000; Osváth és mtsai., 2007). A kérdőívet a házi orvos és az ápoló is felveheti és kiértékelheti. Abban az esetben, ha az 1. részben 7 vagy annál több igen választ ad a kitöltő, a 2. részben igennel válaszol (azaz a tünetek egy azon időszakban voltak jelen) és a 3. részben a válasz mérsékelt vagy súlyos probléma, akkor felmerül a bipoláris zavar lehetősége. Mivel pszichiáter szakorvos indíthatja a farmakoterápiát, a házi orvos hozzá kell, hogy irányítsa. Abban az esetben, ha az MDQ nem jelez, akkor szükséges a legfontosabb és legdominánsabb kockázati tényezők felmérése, mivel az MDQ a valós pozitív esetek kb. 33%-t nem

azonosítja (Suppes, 2019), ezért szükséges néhány kérdéssel ezt a jellegzetességét ellensúlyozni. A legfontosabb kockázati tényezők:

- *Biológiai elsőfokú rokonok között előforduló bipoláris zavar:* egy szülő esetén kb. 6-7%, testvér esetén 8%, monozigóta ikerpár esetén pedig 40-70% az esélye, hogy a vizsgált személynél is megjelenik a megbetegedés (Stovall, 2017).
- *Születésekor a biológiai apa 45 éves vagy annál idősebb volt:* ebben az esetben hatszor gyakoribb a normál populációhoz képest a bipoláris zavar lehetősége (Stovall, 2017).
- *Első gyermekük születését követő első hónapban lévő nők:* feltehetően a hormonális változások miatt nagyobb eséllyel fordul elő körükben (Payne, 2016).

Ha a három eset közül bármelyik igaz a páciensre, akkor szintén felmerül annak veszélye, hogy az antidepresszáns hatására megjelenhet hipomán vagy mániás epizód, ezért a farmakoterápia indítása pszichiáter szakorvos által szükséges. A páciens pszichiáterhez irányítása mellett szükséges a LESZ telefonszámát is átnyújtani. Ha a három kérdés mindegyikére nemmel válaszol a személy, akkor **indíthatja a háziorvos** az SSRI gyógyszerelést és mellette pszichoterápiásan orientált betegvezetést (megfelelő képzés esetén támogató pszichoterápiát vagy szakpszichoterápiát). Amennyiben indokolt, a szorongásos tünetek vagy alvászavar enyhítésére rövidtávon clonazepam vagy alprazolam is adható. Szükség esetén 1 hónap múlva soron kívüli kontroll javasolt.



5. ábra: Bipoláris zavar és kockázatának felderítése egyéni praxisban (Saját szerkesztés)

A folyamat során biztosítani kell a páciens számára a bizalmi légkört és a megfelelő adatvédelmet. A kérdőívek felvétele és kiértékelése digitalizálható, tableten is kivitelezhető, amennyiben a páciens azt tudja használni.

Mivel a modell központi eleme már ismert a háziorvosok körében, ezért vagy a Háziorvosi Törzskartonban szereplő módon, vagy az itt leírt modell szerint javasoljuk, gyakorlati alkalmazását.

Hivatkozások:

Emberi Erőforrások Minisztériuma, Egészségügyi Államtitkárság, Egészségügyi szakmai Kollégium (2017). Egészségügyi szakmai irányelv a felnőttkori öngyilkos magatartás felismeréséről, ellátásáról és megelőzéséről.

Hirschfeld, R. M., Williams, J. B., Spitzer, R. L., Calabrese, J. R., Flynn, L., Keck Jr, P. E., ... & Russell, J. M. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1873-1875.

Osváth, P., Ömböli, Zs., Vörös, V. & Fekete, S. (2007). Results of a study with the hungarian version of mood disorder questionnaire among patients with depressive disorders. Poster

Payne, J. (2016). Postpartum psychosis: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. In. R. Hermann (Ed.), *UpToDate*. Letöltve: 2017. 11. 11-én: <https://www.uptodate.com/contents/postpartum-psychosis-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis>

Schreiber, J., Culpepper, L. (2020). Suicidal ideation and behavior in adults. In D. Solomon (Ed.), *UpToDate*, Letöltve: 2020. május 21-én: <https://www.uptodate.com/contents/suicidal-ideation-and-behavior-in-adults>

Stovall, J. (2017). Bipolar disorder in adults: Epidemiology and pathogenesis. In. D. Solomon (Ed.), *UpToDate*. Letöltve: 2017. 11. 11-én: <https://www.uptodate.com/contents/bipolar-disorder-in-adults-epidemiology-and-pathogenesis>

Suppes, T. (2019). Bipolar disorder in adults: Assessment and diagnosis. In D. Solomon (Ed.), *UpToDate*, Letöltve: 2020. május 22-én: <https://www.uptodate.com/contents/bipolar-disorder-in-adults-assessment-and-diagnosis>

Viguera, A. (2020). Postpartum unipolar major depression: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. In D. Solomon (Ed.), *UpToDate*, Letöltve: 2020. július 30-án: <https://www.uptodate.com/contents/postpartum-unipolar-major-depression-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis>

2.2. Praxisközösségű háziorvosi ellátás (esetleg csoportpraxis) jelenleg javasolt szűrővizsgálati modellje, pszichológus közreműködésével

A praxisközösségben a háziorvos és az ápoló mellett egyéb társszakmák képviselői is jelen vannak: népegészségügyi koordinátor, dietetikus, gyógytornász, védőnő, egészségfelelős, jelenleg opcionálisan pszichológus vagy mentálhigiénés szakember stb. (VEKOP-7.2.3-17). Jelenleg a praxisokban csak opcionálisan van jelen pszichológus, aki nem garantált, hogy a pszichés zavarok esetén rendelkezik megfelelő jogosultsággal. A kérdőívek felvétele és kiértékelése bármely okleveles pszichológus által elvégezhető, viszont nem igaz ez a DSM-5 diagnosztikai

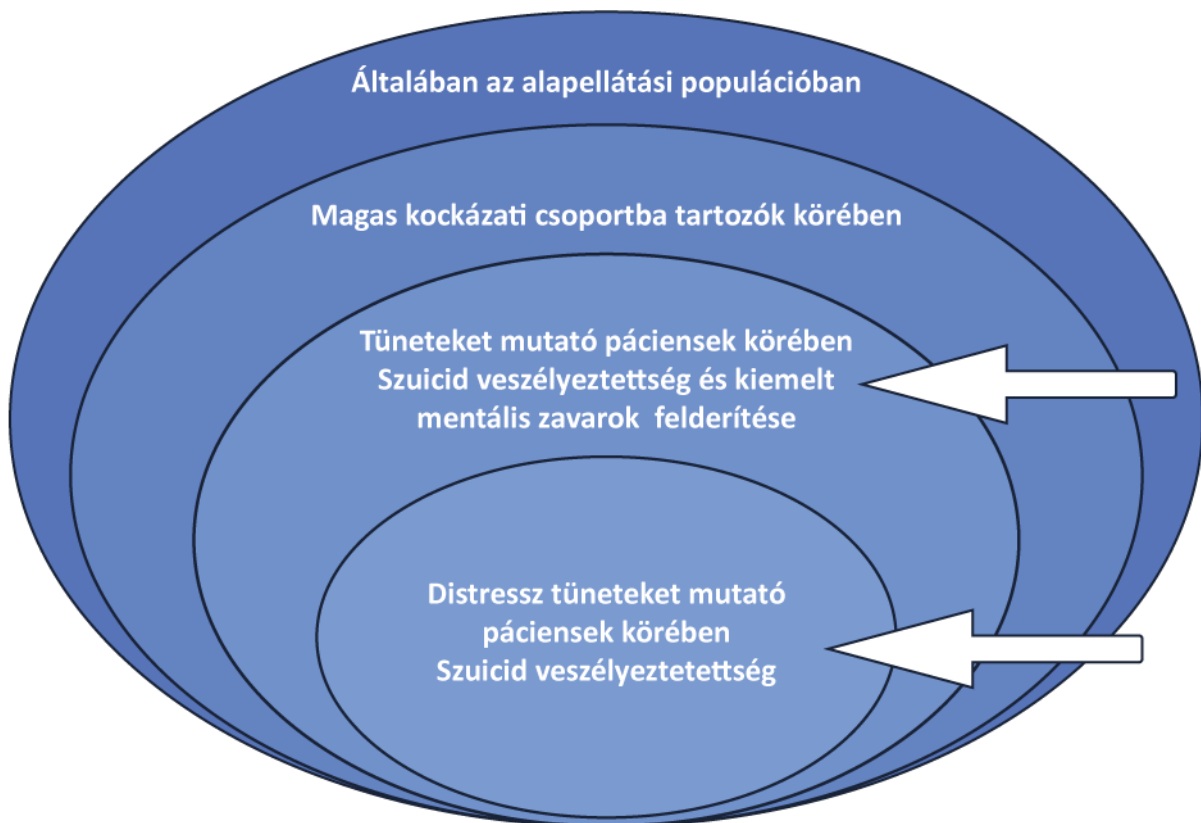
kritériumok kikérdezésére. Így azokat csak a háziorvos vagy klinikai szakpszichológus (illetve szupervízió alatt jelölt) végezheti.

Hivatkozások:

VEKOP-7.2.3-17: Általános iránymutatás a praxisközösségi működés és többlétszolgáltatások kialakításához, működtetéséhez.

2.2.1. Modell leírása, folyamatábrája és döntési fák

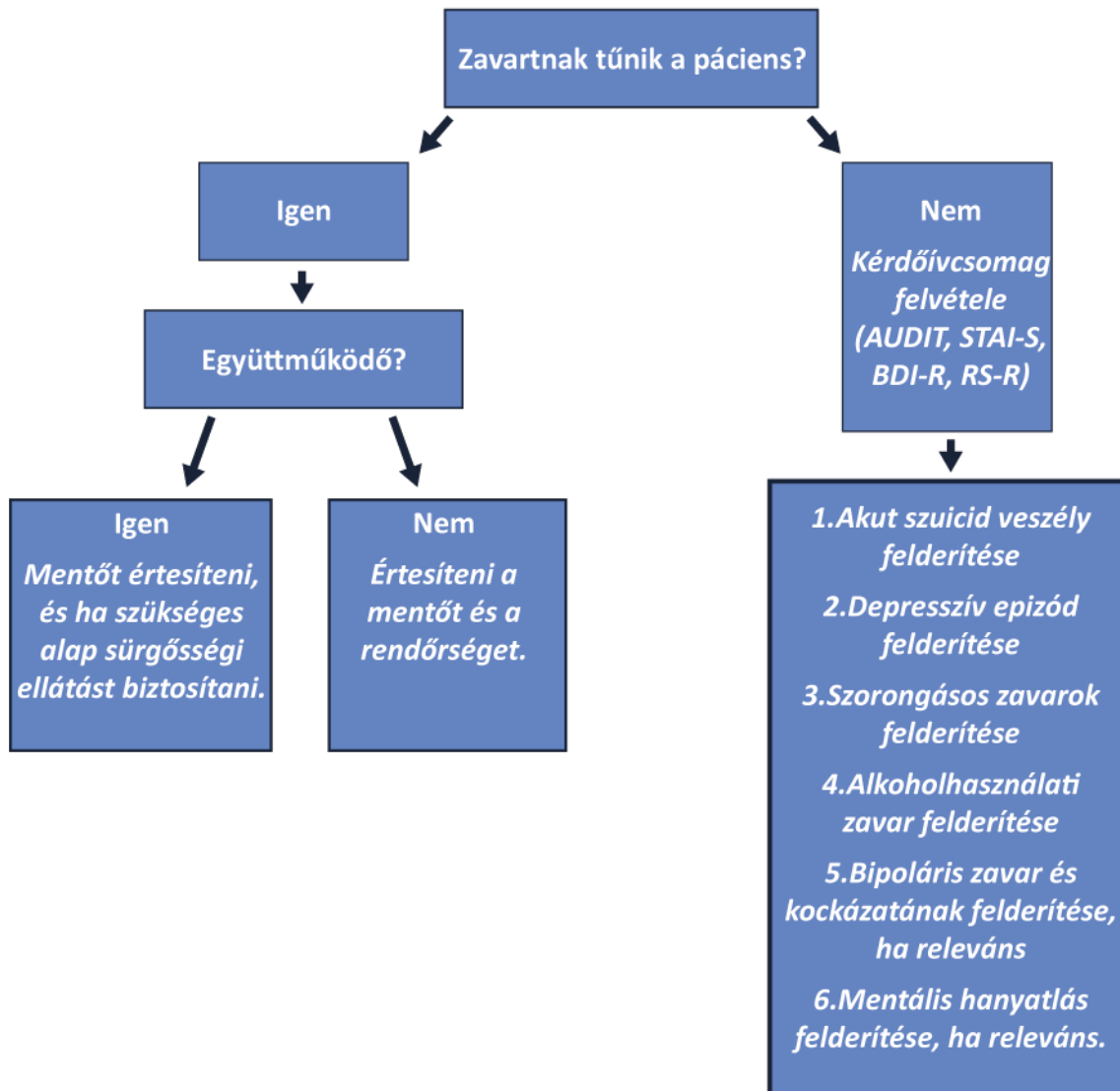
Az adott modell a praxisközösségben dolgozó pszichológushoz irányított páciensek javasolt felderítési folyamatát írja le. A felderítést tehát jelenleg a **distressz és a kiemelt mentális zavarokra jellemző tüneteket** (panasz és/vagy klinikai kép alapján) mutató páciensek körében javasoljuk (7. ábra).



6. ábra: Praxisközösségben jelenleg javasolt célcsoportok (Saját szerkesztés)

Egy adott páciens esetén az első kérdés, amely felmerülhet, az annak tisztázása, hogy **zavart állapotban** van-e. Ha a beteg zavart, akkor a következő kérdés, hogy együttműködő-e. Ha nem

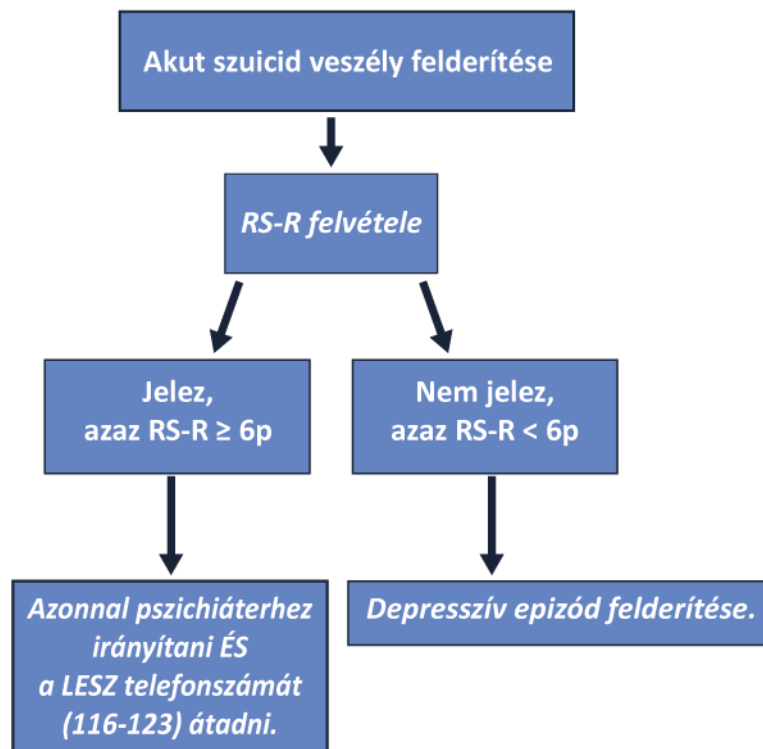
együttműködő, akkor a mentőszolgálat mellett a rendőrség értesítése is szükséges. Amennyiben együttműködő, akkor a mentőszolgálat értesítése mellett – amennyiben szükséges – az alap sürgősségi ellátás kell, hogy megtörténjen. Abban az esetben, ha nem zavart a páciens, akkor a következő kérdőíveket tartalmazó kérdőívcsomagot javasolt vele kitöltetni: AUDIT, STAI-S, BDI-R és RS-R. A kérdőívek gyors kiértékelését (számoló Excel vagy kérdőív szerkesztő stb. segítségével) követően kezdhető a felderítési folyamat (8. ábra).



7. ábra: Modell praxisközösség esetén (Saját szerkesztés)

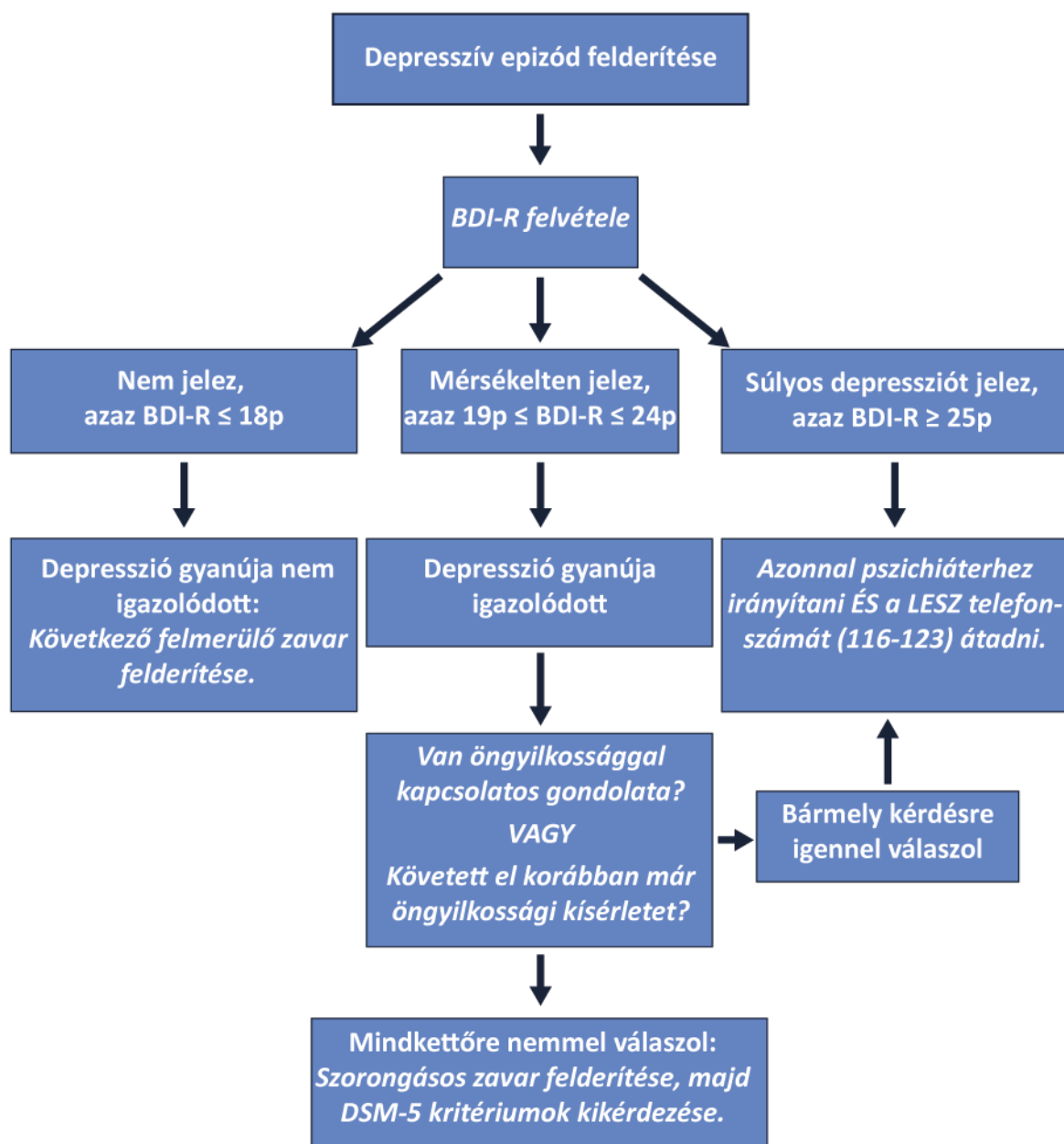
Az **akut szuicid veszélyeztetettség felderítése**, a rövidített Reménytelenség Skála (RS-R) alkalmazásával történik (9. ábra). Abban az esetben, ha az eredmény 6 pont vagy annál magasabb, akkor felmerül a szuicid veszély, ezért azonnali pszichiáter szakorvosi vizsgálatra kell küldeni a

páciens és át kell adni számára a Lelki Elsősegély Szolgálat (LESZ) telefonos elérhetőségét. Abban az esetben, ha 6 pont alatti az eredmény, akkor lehet folytatni a depresszív epizód felderítésével (EMMI, 2017; Schreiber és Culpepper, 2020).



8. ábra: Akut szuicid veszély felderítése praxisközösségben (Saját szerkesztés)

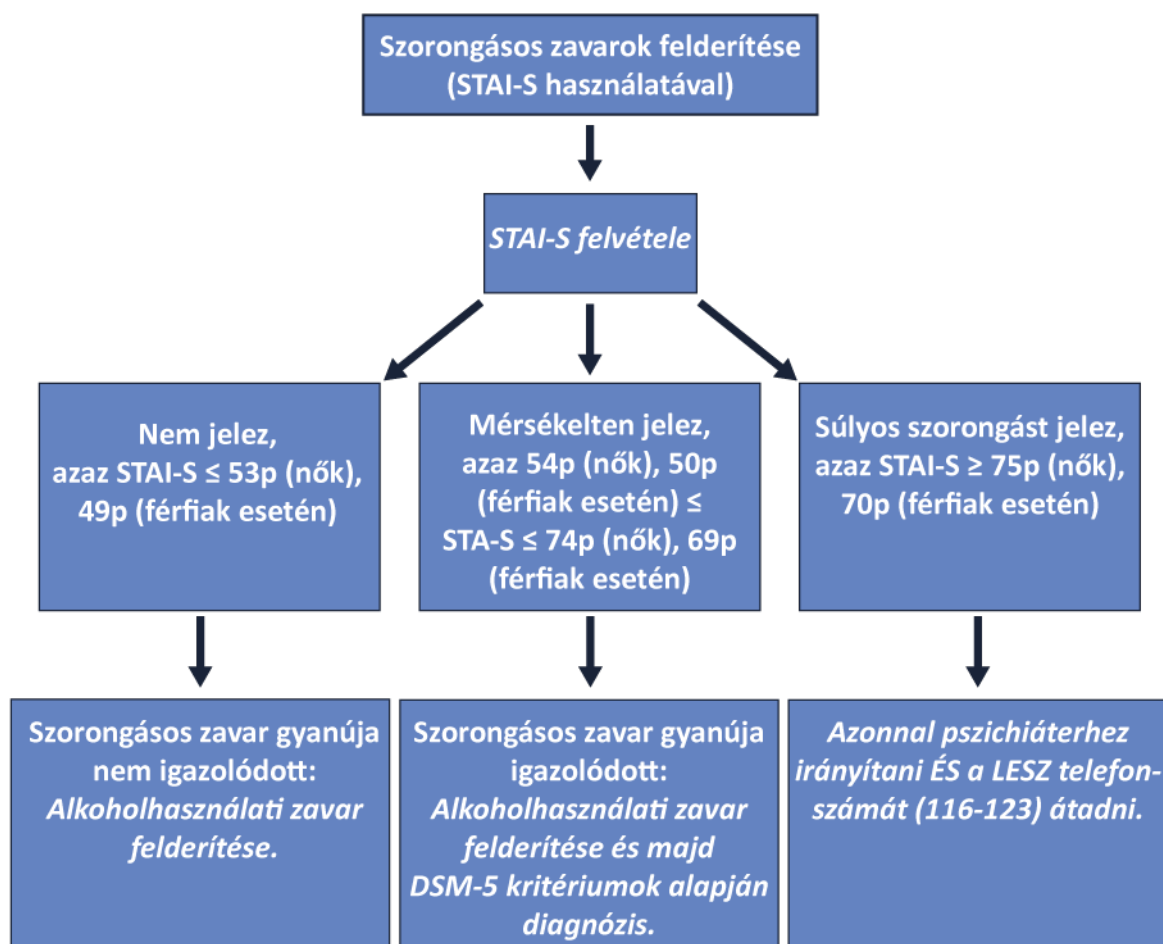
A **depresszív epizód felderítésére** a rövidített Beck Depresszió Kérdőív (BDI-9 vagy BDI-R) szolgál (10. ábra). (Várandós vagy posztpartum időszakban lévő nők esetén a BDI-R helyett az EPDS használandó (Viguera, 2020).) Amennyiben a BDI-R 25 pont vagy annál magasabb (EPDS esetén a 10. kérdésre adott válasz 3), akkor felmerül a súlyosabb depresszív epizód fennállása, ezért azonnali pszichiáter szakorvosi vizsgálat és a LESZ telefonszámának átnyújtása szükséges. Ugyanez a teendő akkor, ha 19-24 pont közötti értéket mutat (EPDS esetén 9 pont vagy annál magasabb) és bármely következő kérdésre igennel válaszol a páciens: jelenleg van-e öngyilkossági gondolata és volt-e már korábban öngyilkossági kísérlete? Ha nemmel válaszol ezekre a kérdésekre, akkor a szorongásos zavar felderítésével lehet folytatni a folyamatot, és mivel felmerül enyhe vagy közepes depresszív epizód fennállása (EMMI, 2017), majd a DSM-5 diagnosztikai kritériumainak kikérdezése szükséges. Amennyiben a BDI-R eredménye 18 pont vagy annál kevesebb (EPDS esetén 9 pontnál kevesebb), akkor a szorongásos zavarok felderítésével kell folytatni a folyamatot.



9. ábra: Depresszív epizód felderítése praxisközösségben (Saját szerkesztés)

Szorongásos zavarok felderítésére a Spielberger Állapot Szorongás Kérdőív, a STAI-S kérdőív szolgál a modellben (11. ábra). Nem jelez patológiás szorongásos állapotot, ha férfiak esetén 49 pont vagy az alatti, nők esetén, ha 53 pont vagy az alatti. A folyamat az alkoholhasználati zavar felderítésével folytatható. Mérsékelt patológiás szorongásra utal nők esetén, ha 54 és 74 pont közötti, férfiak esetén, ha 50 és 69 pont közötti értéket ad. Ebben az esetben szükséges majd diagnosztikai vizsgálat, azonban előtte érdemes az alkoholhasználati zavar szűrése. Továbbá lehetséges szomatikus okok miatt teljes vérkép TSH-val, laboratóriumi

vizeletvizsgálat, EKG és fizikális belgyógyászati vizsgálat (Baldwin, 2018) is indokolt, ezért a háziorvosnak ennek jelzése szükséges. Abban az esetben, ha férfiak esetén 70 pont vagy több, nők esetén, ha 75 pont vagy több a STAI-S értéke, akkor súlyos szorongást jelez a kérdőív (Perczel és mtsai., 2012) és azonnal pszichiáter szakorvosi vizsgálatra kell irányítani a páciens és át kell számára adni a LESZ telefonszámát. (A jövőben felmerül a GAD-7 kérdőív használatának lehetősége, azonban magyar nyelvű adaptáció kidolgozása szükséges hozzá.)

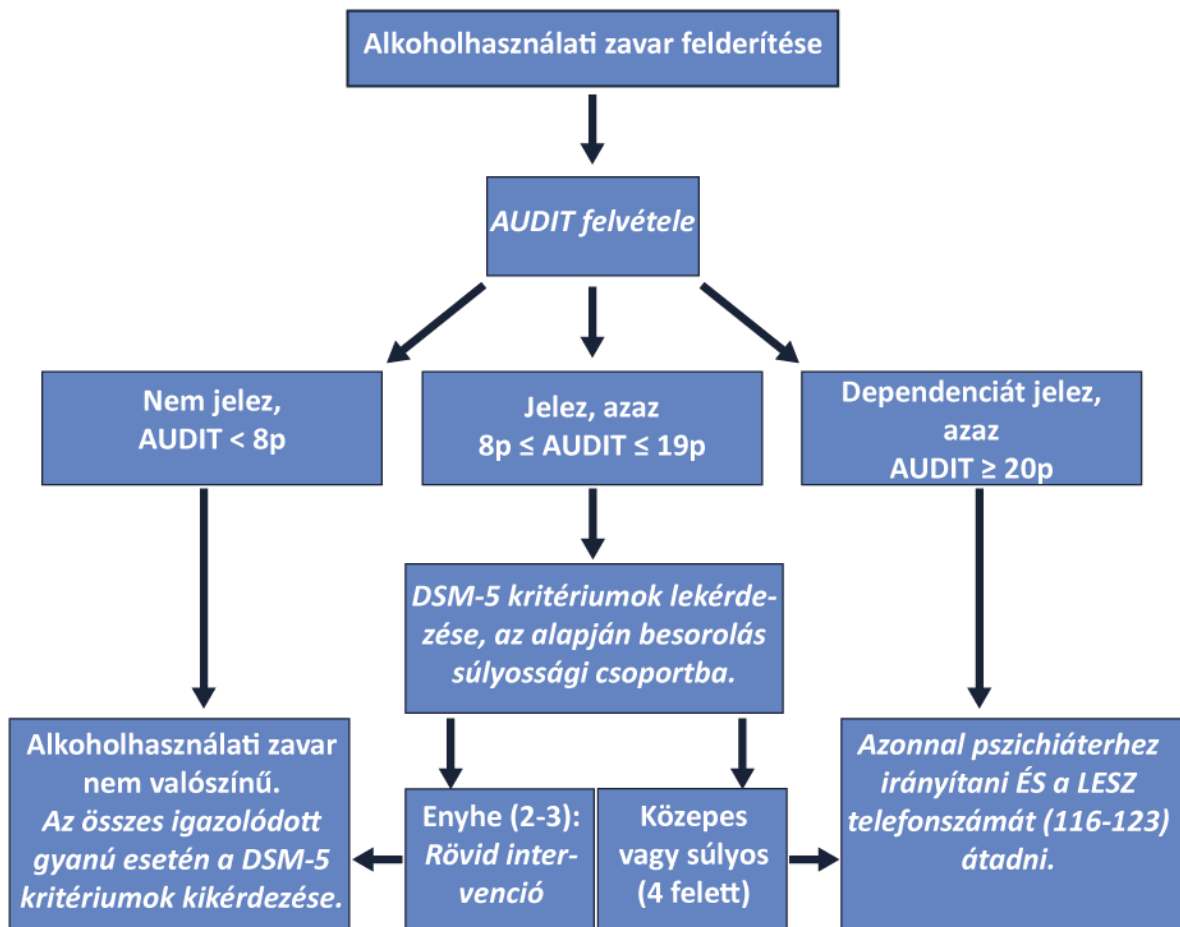


10. ábra: Szorongásos zavarok felderítése praxisközösségben (Saját szerkesztés)

Az **alkoholhasználati zavar felderítéséhez** az Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztjét, az AUDIT-ot alkalmazzuk (12. ábra). Abban az esetben, ha 8 pont alatti értéket ad, akkor nem valószínű a problémás alkoholhasználat, és más felmerülő zavar felderítésével lehet folytatni a folyamatot. Azonban abban az esetben, ha az AUDIT nem jelez, de egyéb klinikai tünetek alapján felmerül az alkoholhasználati zavar gyanúja, akkor javasolt a májfunkció ellenőrzése. Ha az AUDIT 8 és 19 pont közötti értéket ad, akkor komolyan felmerül problémás szerhasználat és szerhasználati zavar gyanúja. Ezért a DSM-5 szerhasználati zavarra vonatkozó diagnosztikai

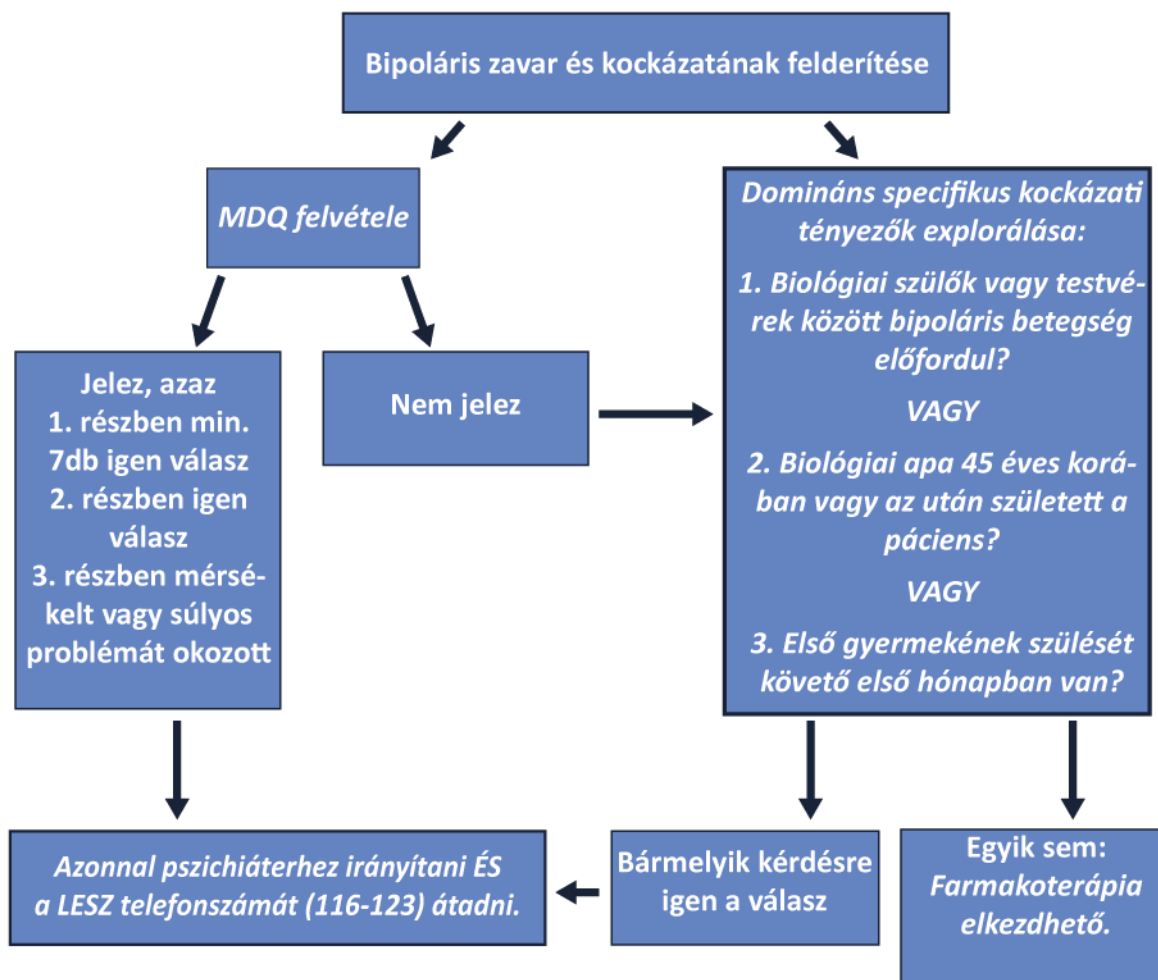
kritériumainak kikérdezése szükséges, és a teljesült kritériumok száma alapján a zavar súlyosságát meg kell határozni. Enyhe zavarról beszélünk 2-3 kritérium, közepes 4-5 kritérium és súlyos zavarról 6 vagy több kritérium teljesülése esetén. Enyhe zavar esetén rövid intervenciót (részletesen lásd. [3.1. Rövid intervenció a kockázati ivás és az alkoholhasználati zavar kockázatának csökkentésére](#) c. részt) biztosít a pszichológus a páciens részére. Szükséges lehet egyéb felmerülő gyanú vizsgálata is. Közepes vagy súlyos zavar esetén pszichiáter szakorvosi vizsgálat szükséges és a LESZ telefonszámának átadása. Ugyanez a teendő abban az esetben, ha az AUDIT pontszáma 20 vagy annál több, amely alkoholdependenciára utal (Gerevich és mtsai., 2012a; Saitz, 2019a; 2019b).

Ezt követően a vizsgálat folytatható az igazolódott gyanúk esetén a DSM-5 kritériumok kikérdezésével, amelyet vagy a házi orvos vagy klinikai szakpszichológus (vagy szupervízió alatt jelölt) végezhet.



11. ábra: Alkoholhasználati zavar felderítése praxisközösségben (Saját szerkesztés)

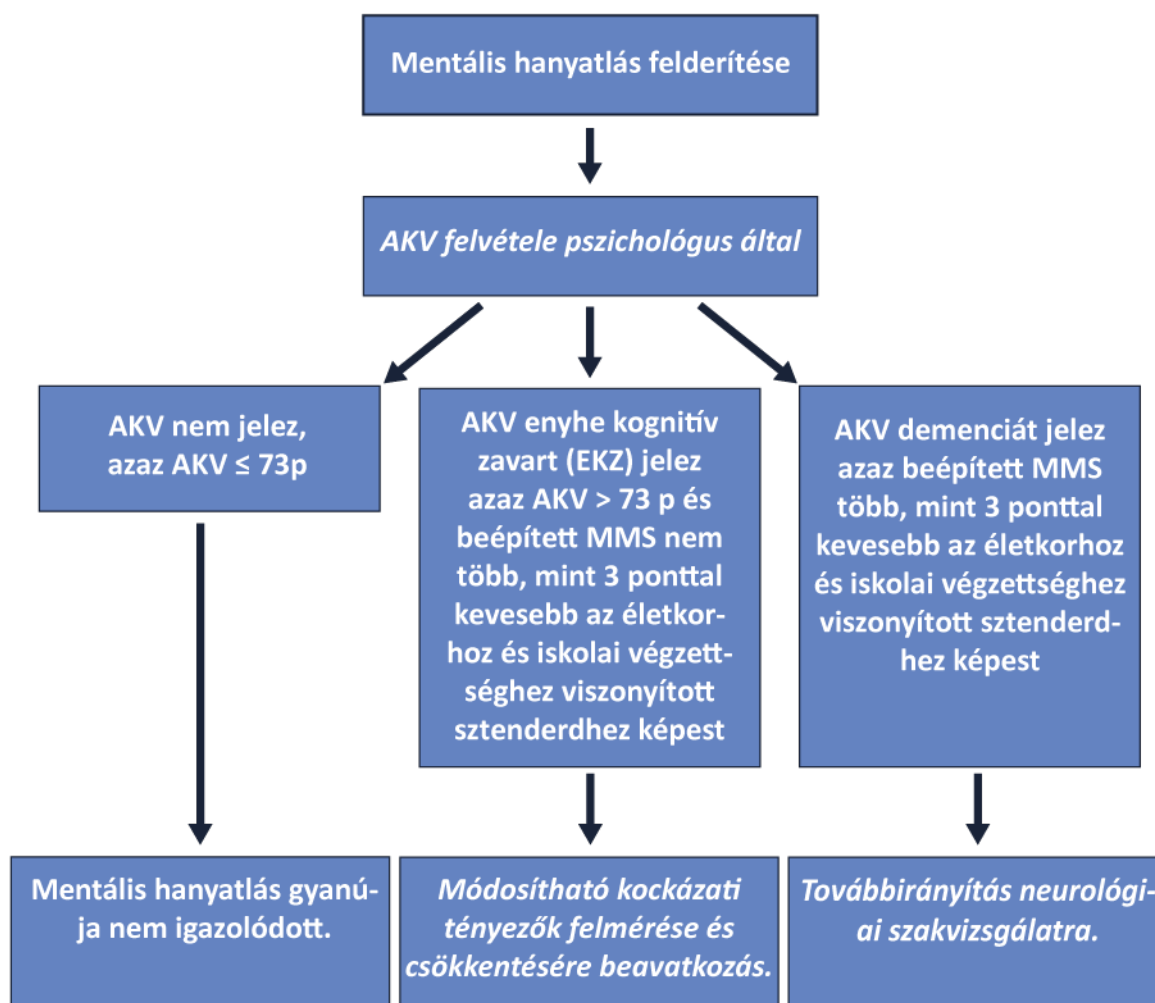
Abban az esetben, ha a depresszív epizód kritériumai igazolódtak, akkor a bipoláris zavar felderítése is szükséges. A **bipoláris zavar felderítésére** (13. ábra) a Hangulatzavar Kérdőív (MDQ) alkalmas (Hirschfeld és mtsai., 2000; Osváth és mtsai., 2007). Abban az esetben, ha az MDQ 1. részében 7 vagy annál több igen választ ad a kitöltő, a 2. részben igennel válaszol (azaz a tünetek egyazon időszakban voltak jelen) és a 3. részben a válasz mérsékelt vagy súlyos probléma, akkor felmerül a bipoláris zavar és a hipomán/mániás epizód lehetősége. Mivel pszichiáter szakorvos indíthatja a farmakoterápiát, ezért a háziorvos hozzá kell, hogy irányítsa. Abban az esetben, ha az MDQ nem jelez, akkor szükséges a legfontosabb és legdominánsabb kockázati tényezők felmérése (mivel az MDQ a valós pozitív esetek kb. 33%-t nem azonosítja) (Suppes, 2019). Biológiai elsőfokú rokonok között előforduló bipoláris zavar esetén felmerül a gyanú, ugyanis egy szülő esetén kb. 6-7%, testvér esetén 8%, monozigóta ikerpár esetén pedig 40-70% az esélye, hogy a vizsgált személynél is megjelenik a megbetegedés. Továbbá hatszor gyakoribb a normál populációhoz képest azok körében, akiknek születésekor a biológiai apa 45 éves vagy annál idősebb (Stovall, 2017). Végül pedig, feltehetően a hormonális változások miatt, nagyobb eséllyel fordul elő azon nők körében, akik első gyermekük születését követő első hónapban vannak (Payne, 2016). Ha a három eset közül bármelyik igaz a páciensre, akkor szintén felmerül annak veszélye, hogy az antidepresszívum hatására megjelenhet hipomán vagy mániás epizód, ezért a farmakoterápia indítása pszichiáter szakorvos által szükséges. A pszichiáterhez irányítás mellett a LESZ telefonszámát is át kell nyújtani a páciensnek. Ha a három kérdés mindegyikére nemmel válaszol a személy, akkor indíthatja a háziorvos az SSRI gyógyszerelést. Szorongásos zavar igazolódása esetén a korábban említett szomatikus okok kizárása szükséges és esetlegesen rövid ideig clonazepam vagy alprazolam adható. Szükség esetén soron kívül 1 hónap múlva kontroll javasolt.



12. ábra: Bipoláris zavar és kockázatának felderítése praxisközösségben (Saját szerkesztés)

A **mentális hanyatlással járó állapotok** felderítése (14. ábra) akkor szükséges, ha a pszichológus páciense 45 év feletti és beszámol vagy ő, vagy közeli hozzátartozó egyre fokozódó feledékenységről vagy a háziorvos küldi a pszichológushoz a páciens ilyen irányú vizsgálatra. Az Addenbrooke's Kognitív Vizsgálatot (AKV) javasoljuk erre a célra. Az AKV szűrő- és diagnosztikai eszköz egyben mind az enyhe kognitív zavar (EKZ), mind a demenciák esetén. Tartalmazza a Mini-Mentál (MMSE) és az Órarájz vizsgálatot is, és felvétele csupán kb. 15 percet vesz igénybe (Mathuranath és mtsai., 2000; Sheehan, 2012; Perczel és mtsai., 2012). Abban az esetben, ha az AKV demenciát jelez (azaz beépített MMSE több, mint 3 ponttal kevesebb az életkorhoz és iskolai végzettséghez viszonyított sztenderdhez képest), akkor a páciens hozzátartozó kíséretében neurológus szakemberhez kell továbbirányítani és a hozzátartozók számára pszichoedukációt és támogató csoporton való részvételt kell biztosítani. EKZ esetén (azaz ha az AKV összpontszáma ≥ 73 pont és beépített MMSE nem több, mint 3 ponttal kevesebb az életkorhoz és iskolai végzettséghez viszonyított sztenderdhez képest) szükséges a

módosítható kockázati tényezők felmérése és csökkentése (pl. dohányzás esetén dohányzás-leszoktatás, fizikai aktivitás növelésére program, társas aktivitást segítő programok, testsúlykontroll programok, kognitív tréningek stb.), illetve a házi orvos tájékoztatása is, hogy az orvosi kompetenciába tartozó preventív beavatkozások is megvalósuljanak (pl. magas vérnyomás, diabétesz, halláskárosodás kezelése stb.) (WHO, 2019). (Részletesen lásd. a [3.2. A kognitív hanyatlás és demencia módosítható kockázati tényezőinek csökkentését célzó beavatkozások](#) c. részt.)



13. ábra: Mentális hanyatlás felderítése praxisközösségben (Saját szerkesztés)

Hivatkozások:

Baldwin, D. (2018). Generalized anxiety disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. In D. Solomon (Ed.), *UpToDate*, Letöltve: 2020. május 22-én: <https://www.uptodate.com/contents/generalized-anxiety-disorder-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis>

Emberi Erőforrások Minisztériuma, Egészségügyi Államtitkárság, Egészségügyi szakmai Kollégium (2017). Egészségügyi szakmai irányelv a felnőttkori öngyilkos magatartás felismeréséről, ellátásáról és megelőzéséről.

Gerevich J., Bácskai E. és Rózsa S. (2012a). Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje (Alcohol Use Disorder Identification Test, AUDIT). In Gerevich, J. és Bácskai, E. (szerk.), *Korszerű Addiktológiai Mérésmódszerek*. Budapest: Semmelweis Kiadó.

Hirschfeld, R. M., Williams, J. B., Spitzer, R. L., Calabrese, J. R., Flynn, L., Keck Jr, P. E., ... & Russell, J. M. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1873-1875.

Mathuranath, P. S., Nestor, P. J., Berrios, G. E., Rakowicz, W., & Hodges, J. R. (2000). A brief cognitive test battery to differentiate Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Neurology*, 55(11), 1613-1620.

Osváth, P., Ömböli, Zs., Vörös, V. & Fekete, S. (2007). Results of a study with the hungarian version of mood disorder questionnaire among patients with depressive disorders. Poster

Payne, J. (2016). Postpartum psychosis: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. In R. Hermann (Ed.), *UpToDate*. Letöltve: 2017. 11. 11-én: <https://www.uptodate.com/contents/postpartum-psychosis-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis>

Perczel Forintos D., Ajtay Gy., Barna Cs., Kiss Zs., Komlósi S. (2012). *Kérdőívek és becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Budapest: Semmelweis Kiadó.

Saitz, R. (2019a). Screening for unhealthy use of alcohol and other drugs in primary care. In D. Solomon (Ed.), *UpToDate*, Letöltve: 2020. május 22-én: <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-unhealthy-use-of-alcohol-and-other-drugs-in-primary-care>

Saitz, R. (2019b). Brief intervention for unhealthy alcohol and other drug use: Efficacy, adverse effects, and administration. In D. Solomon (Ed.), *UpToDate*, Letöltve: 2020. május 22-én: <https://www.uptodate.com/contents/brief-intervention-for-unhealthy-alcohol-and-other-drug-use-efficacy-adverse-effects-and-administration>

Schreiber, J., Culpepper, L. (2020). Suicidal ideation and behavior in adults. In D. Solomon (Ed.), *UpToDate*, Letöltve: 2020. május 21-én: <https://www.uptodate.com/contents/suicidal-ideation-and-behavior-in-adults>

Sheehan, B. (2012). Assessment scales in dementia. *Therapeutic advances in neurological disorders*, 5(6), 349-358. doi: 10.1177/1756285612455733

Stovall, J. (2017). Bipolar disorder in adults: Epidemiology and pathogenesis. In D. Solomon (Ed.), *UpToDate*. Letöltve: 2017. 11. 11-én: <https://www.uptodate.com/contents/bipolar-disorder-in-adults-epidemiology-and-pathogenesis>

Suppes, T. (2019). Bipolar disorder in adults: Assessment and diagnosis. In D. Solomon (Ed.), *UpToDate*, Letöltve: 2020. május 22-én: <https://www.uptodate.com/contents/bipolar-disorder-in-adults-assessment-and-diagnosis>

Viguera, A. (2020). Postpartum unipolar major depression: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. In D. Solomon (Ed.), *UpToDate*, Letöltve: 2020. július 30-án:

<https://www.uptodate.com/contents/postpartum-unipolar-major-depression-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis>

World Health Organization (2019). *Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines*. Geneva: World Health Organization.

3. BEAVATKOZÁSI JAVASLATOK

3.1. Rövid intervenció a kockázati ivás és az alkoholhasználati zavar kockázatának csökkentésére

A rövid intervenció az alkohollal kapcsolatos magatartást célozza, segít alkoholhasználati zavar esetén a kliens motivációjának növelésében. A módszer a megértésre, empátiára, tiszteletre és gondoskodásra épül.

A rövid intervenció (Bien, Miller és Tonigen, 1993):

A rövid intervenció a tipikus tanácsadás kereteit követve valósul meg. A hatékony intervenció nem tart tovább 5-15 percnél, 1-4 ülésen keresztül. Mindegyik ülés meghatározott elemekből áll:

1. Visszajelzés a személyes kockázatról:

Szóban vagy írásos formában tájékoztatja a klienst az AUDIT teszt eredményéről. Számos ember nincs tudatában, hogy a kockázati ivó kategóriájába tartozik, nekik komoly motivációs bázist jelenthet a teszt eredménye a változáshoz.

„Az Ön pontszáma az AUDIT teszten 16, mely szerint Ön a magas kockázatú kategóriába tartozik, ami azt jelenti, hogy komoly problémák alakulhatnak ki az alkoholfogyasztás következtében, ha a jelenlegi ivási szokásai megmaradnak.”

2. Felelősség hangsúlyozása:

Hangsúlyozza, hogy a döntés egyedül a kliens kezében van, övé a felelősség, hogy megmarad a jelenlegi ivási szokásai mellett, mellyel vállalja az ezzel járó kockázatokat is, vagy felhagy velük. A viselkedésváltozáshoz az egyéni felelősség hangsúlyozása kulcsfontosságú motivációs faktort jelent.

„Senki nem hozhatja meg ezt a döntés Ön helyett. Kizárólag az Ön döntésén múlik a változás.”

3. A változáshoz szükséges világos és érthető tanácsok:

Világos, érthető tanácsokat kapnak a résztvevők írásos vagy szóbeli formában arról, hogy milyen módon tudják csökkenteni vagy abbahagyni az alkoholfogyasztást. Néha-nyan a rövid beavatkozás kulcsának is tartják ezeket a tanácsokat (Edwards és mtsai., 1977; Orford és Edwards, 1977 idézi Bien, Miller és Tonigen, 1993).

„Most már az Ön orvosa, pszichológusa, gyógyszerésze, egészségügyi szakdolgozója stb. is erősen tanácsolta Önnek, hogy mérsékelje vagy hagyja abba az alkohol fogyasztását, csak így tudja csökkenteni a kockázatokat.”

4. Alternatív viselkedések listája („menü vagy lista”), melyek a változáshoz hozzá segíthetnek:

Ajánljon „menüt”, mely az ivást csökkentő és elkerülő viselkedési stratégiák listáját tartalmazza. Önsegítő forrásokból származó alternatív stratégiák is bemutatásra kerülnek, melyek segítenek csökkenteni az ivást. Feltehetőleg ez növeli a hajlandóságot, a szándékot, mivel elfogadhatóvá teszik ezek a stratégiák saját helyzetükben az ivás csökkentésének lehetőségét.

A választási lehetőségek között vannak viselkedéses kontrollstratégiák, mint pl.:

- Állítson fel személyre szabott limitet az alkoholfogyasztásban, melyhez ragaszkodjon.
- Cserélje le az alkoholtartalmú italt alkoholmentesre.
- Tartson rendszeresen alkoholmentes napokat.
- Azonosítsa be azokat a magas kockázattal járó helyzeteket, melyekben jellemző a nagymértékű alkoholfogyasztás és alkosson tervet a helyzetek kezelésére.
- Végezzen az ivás helyett más kellemes, vonzó tevékenységeket.

5. Empátia, mint tanácsadói stílus:

A rövid beavatkozás nagyban alapoz az intervenciót végző empátiájára. Meleg, empátikus, együttműködő légkörben zajlik az intervenció. A konfrontatív, előítéletes, autoriter stílus nem elfogadott ebben a módszerben.

6. Énhatékonyság hangsúlyozása:

Támogatja a személy énhatékonyságát, mely segíti a változást, növelve a motivációt. Optimista hangvételben kommunikál, kifejezi hitét a változás elérésében és csökkenti a reménytelenséget vagy csalódottságot.

„Számos ember képes sikeresen kontrollálni az alkoholfogyasztását vagy akár teljesen abba is hagyni az ivást. A helyes támogatással és megfelelő információkkal biztos vagyok benne, hogy Önnek is sikerülni fog.”

A rövid intervenció 6 elemén kívül gyakran egészül ki további utánkövetéses üléssel az interjú.

Lehetséges, hogy a rövid intervenciónak az alapvető hatása a változásra való motiválásban rejlik. A motiváció hatására változik a viselkedés minimális, további beavatkozás mellett is. A magatartásbeli változások már az intervenciót követő néhány héten belül jelentkeznek, viselkedésterápia nélkül is. Ezt a fajta gyors viselkedésváltozást előidézheti, hogy a rövid intervenció során érzékelhető diszkrepancia jön létre a jelenlegi helyzet és vágyott cél között.

Az ajánlás szakirodalmi háttere:

Kutatási eredmények szerint a beavatkozást követően 78% vett részt kezelésen (Demone, 1963 idézi Bien, Miller és Tonigan, 1993). Más randomizált kontroll vizsgálatok szerint már egy egyszerű empátikus motiváló telefonhívás is segíthet a visszaesés csökkentésében, növelve a terápiába való visszatérés arányát 8%-ról 44%-ra (Koumans, MuUer és Miller, 1967 idézi Bien, Miller és Tonigan, 1993). Új Zélandon vizsgálták a rövid intervenció hatékonyságát 263 alkoholhasználati zavarban érintett személynél. Egy év utánkövetés eredményeit elemezve azt találták, hogy azoknál, akik rendszeresen részesültek ilyen beavatkozásban, nagyobb arányban csökkentek az alkohol- és a munkahelyi problémák, nőtt a szubjektív boldogság és a józanság mértéke (Elvy, Wells és Baird, 1988 idézi Bien, Miller és Tonigan, 1993). Egy svéd randomizált kontroll vizsgálat a rövid intervenció hosszú távú pozitív hatásáról számolt be. Hat év elteltével is alacsonyabb volt az alkohollal kapcsolatba hozható halálozási arány, szemben azokkal a személyekkel, akik nem részesültek a beavatkozásban (Kristenson, 1983 idézi Bien, Miller és Tonigan, 1993). Wallace, Cutler és Haines (1988) szintén pozitív eredményeket talált a rövid intervencióval kapcsolatban angliai és skóciai vizsgálatuk során, mindkét nemnél 1 év után is csökkentek az alkohollal kapcsolatos problémák, csökkent az alkoholfogyasztás mértéke, melyeket a véreredmények is alátámasztottak (Bien, Miller és Tonigan, 1993). A beavatkozás hatékonyságával kapcsolatban a legkiterjedtebb vizsgálatot az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) folytatta

(Babor és Grant, 1992 idézi Bien, Miller és Tonigan, 1993) 32.000 résztvevővel 10 országból, akiket az alapellátásból választottak ki. Azokat az alanyokat, akik a kockázatos ivó kategóriába tartoztak randomizált kontroll vizsgálat során, 4 csoportba soroltak. A résztvevők vagy 20 perces egészségügyi interjún vettek részt, vagy nem kaptak semmilyen beavatkozást, a harmadik csoportba soroltak 5 perces tanácsadáson vettek részt, a negyedik csoport pedig 15 perces tanácsadást kaptak és egy önségítő füzetet. A negyedik csoport kapott egyedül még egy kiegészítő támogató tanácsadást is. 9 hónapos utánkövetés eredményeit elemezve azoknál, akik bármilyen hosszúságú rövid beavatkozásban részesültek, jelentősen csökkent az alkoholfogyasztás szemben azokkal, akik nem vettek részt tanácsadáson csak a szűrésen. A rövid tanácsadás hatékonyságát számos tanulmány alátámasztotta, szignifikánsan csökken következtében az alkoholfogyasztás és az alkohollal kapcsolatos problémák mértéke is, mindezen előnyök mellett költséghatékony is (Holder és mtsai., 1991 idézi Bien, Miller és Tonigan, 1993). A review eredménye alapján a rövid intervenció szignifikánsan hatékonyabb, mintha semmilyen beavatkozásban nem részesül a kliens, sőt, gyakran hasonló hatást tapasztaltak, mint egy kiterjedtebb beavatkozás esetében, valamint fokozhatja a további kezelések hatékonyságát is (Kaner és mtsai., 2018).

Hivatkozások:

Bien, T. H., Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, 88(3), 315-336.

Kaner, E. F., Beyer, F. R., Muirhead, C., Campbell, F., Pienaar, E. D., Bertholet, N., ... & Burnand, B. (2018). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane database of systematic reviews*, (2).

3.2. A kognitív hanyatlás és demencia módosítható kockázati tényezőinek csökkentését célzó beavatkozások

Kutatási eredmények szerint – különösen a középkorúaknál (45-65 év között) – a rizikófaktorok módosításával a demencia késleltethető és/vagy megelőzhető. A Lancet Bizottság becslése szerint a demenciák mintegy 35%-a kilenc potenciálisan módosítható kockázati tényező kombinációjának tulajdonítható:

- alacsony iskolai végzettség
- középkorúaknál jelentkező magas vérnyomás
- középkorúaknál jelentkező elhízás
- hallásvesztés
- időskori depresszió
- diabétesz
- fizikai inaktivitás
- dohányzás
- szociális elszigeteltség (Larson, 2017).

Ebből kifolyólag szükséges azokat a beavatkozásokat meghatározni, melyek ezeket a kockázati tényezőket bizonyítottan csökkenteni tudják. Erre a célra állított fel a WHO egy munkacsoportot. A szisztematikus szakirodalomkutatás során a munkacsoport a tanulmányok elemzésekor a következő kimeneti tényezőkre helyezték elsődlegesen a fókuszot:

- kognitív funkciók
- aktuálisan fennálló EKZ
- demencia

továbbá másodlagos kimenetként elemezték a következő adatokat is:

- életminőség
- funkcionálás (eszközhasználat a napi tevékenységek során (IADL); napi élettevékenység (ADL))
- nem kívánatos/káros mellékhatás
- lemorzsolódási arány.

A szakirodalomkutatás alapján számos már létező illetve néhány új ajánlást is megfogalmazott a WHO felelős munkacsoportja a mentális hanyatlás és demencia kockázatának csökkentéséről szóló irányelvében („Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia⁶”). A továbbiakban ezen dokumentum ismertetése olvasható.

3.2.1. Fizikai aktivitás

Ajánlások és megfontolások a WHO irányelve szerint:

1. *Javasolni kell a normál kognitív funkciókkal bíró felnőtteknek a rendszeres fizikai aktivitást a mentális hanyatlás kockázatának csökkentése érdekében.*

Evidencia szintje: közepes

Ajánlás erőssége: erős

⁶ Forrás: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312180/9789241550543-eng.pdf?ua=1> Megtekintve:2020.08.15.

2. A fizikai aktivitás azoknak a felnőtteknek is javasolható, akiknél az EKZ már jelen van, hogy megelőzzék a további állapotromlást és a demencia kialakulását.

Evidencia szintje: alacsony

Ajánlás erőssége: feltételes

A WHO általános ajánlást fogalmaz meg a fizikai aktivitásával kapcsolatban (2010), amely a 65 év felettiiek esetén a következő:

- 65 év és afelett a fizikai aktivitás alatt értendő tevékenységek: rekreációs célból végzett vagy szabadidős fizikai aktivitás, közlekedés (pl. kerékpárral vagy gyalog), hivatással összefüggő mozgások (ha az illető még dolgozik) vagy a napi rutin részeként végzett házimunka, játék, sport és tervezett gyakorlatok végzése.

Az alábbi tevékenységek ajánlottak a kardio-respiratorikus, az izomzat megfelelő fittségének, a csontok erősségének és általános jó egészségi állapot elérése céljából. Csökkenthető általuk a depresszió kialakulásának és az EKZ, illetve súlyosabb kognitív hanyatlásnak a kockázata is:

- 65 éves kor felett heti rendszerességgel ajánlott legalább összesen 150 perc közepes intenzitású vagy 75 perc nagy intenzitású aerobic testmozgás végzése, vagy a kettő egyenlő arányú kombinációja.
- Az aerobic aktivitás legalább 10 percig tartson egy alkalommal.
- Egyéb egészségügyi előnyök érdekében 65 éves korban és felette a közepes intenzitású aerobic aktivitás hosszát 300 perc/hét hosszúságúra, a nagy intenzitású aerobic mozgást 150 perc/hét hosszúságúra vagy ezek egyenlő arányú kombinációjára javasolt növelni.
- Ebben az életkorban azok a személyek, akik eddig csak nagyon keveset mozogtak, heti 3 alkalommal kezdjék a mozgás rendszeressé tételét, hogy elkerüljék az esetleges rossz mozdulatból eredő sérüléseket.
- A nagyobb izomcsoportokat erősítő gyakorlatok végzése heti 2 vagy több nap javasolt.

- Ha a személy korlátozott abban, hogy az életkornak megfelelő ajánlott mennyiségű fizikai aktivitást végrehajtsa, akkor próbáljon meg a fizikai állapotának megfelelő módon és szinten aktív maradni.
- Minden életkorra és az összes fizikai aktivitásra vonatkozóan próbálja meg elkerülni a fizikai sérülést. Az izomsérülés elkerülése érdekében alacsony/közepes intenzitású edzéssel indítson, csak ezután térjen át a magas intenzitású gyakorlatokra a személy.

Az általános javaslatokon felül igaz az, hogy a fizikai aktivitás széles körben könnyen elérhető, és számos jótékony hatása van. Az aerobic-típusú mozgásoknak pedig kulcsszerepe van a fizikai aktivitás jótékony hatásának kialakulásában.

Az ajánlás szakirodalmi háttere:

A rendszeres fizikai aktivitással jellemezhető életstílus az agy egészségének megőrzéséhez is hozzájárul. Nagy elemszámú, megfigyeléses és utánkövetéses tanulmányok eredményei szerint a fizikai aktivitást folytató személyek körében kisebb arányban alakul ki kognitív hanyatlás, demencia, vaszkuláris demencia vagy Alzheimer-kór a rendszeresen nem sportoló személyekkel összehasonlítva (Gallaway és mtsai., 2017, Hamer és Chida, 2009, Sofi és mtsai., 2011, Stephen és mtsai., 2017 idézi WHO, 2019). Különösen a nagy intenzitású sporttevékenységek bizonyultak hatékonyak (Hamer és Chida, 2009, Sofi és mtsai., 2011 idézi WHO, 2019). A fizikai aktivitásnak úgy tűnik közvetlenül is jótékony hatása van az agyi struktúrára (Rovio és mtsai., 2010, idézi WHO, 2019).

A fizikai aktivitás jótékony hatása ezen kívül indirekt módon is érvényesül a demencia kockázatának csökkentésében, mivel pozitív hatása a módosítható kardiovaszkuláris kockázati tényezőkre is beigazolódott, beleértve a magas vérnyomást, inzulinrezisztenciát és a magas koleszterinszintet, továbbá egyéb immunfolyamatokat is képes befolyásolni (mint pl. immunrendszer működése, gyulladáscsökkentő mechanizmusok, neurotróf faktorok csökkenése).

Szisztematikus szakirodalomkutatás alapján a fizikai aktivitás (pl. aerobic, állóképesség fokozó edzés vagy több elemből álló fizikai aktivitás) hatásossága a hagyományos gondozás (TAU) vagy a fizikai aktivitás hiányával szemben 4 szisztematikus review alapján igazolt. A tanulmányok 6 különböző fizikai aktivitásformát vizsgáltak (Barha és mtsai., 2017, Barreto és mtsai., 2017, Northey és mtsai., 2018, Song és mtsai., 2018 idézi WHO, 2019), melyek a következők voltak:

1. Aerobic gyakorlatok hatása szemben az átlagos mozgással vagy a mozgás hiányával normál kognitív állapottal bíró felnőtteknél.
2. Torna gyakorlatok hatása szemben az átlagos mozgással vagy a mozgás hiányával normál kognitív állapottal bíró felnőtteknél.
3. Különböző típusú mozgásformák kombinációjának hatása összehasonlítva az átlagos mozgással vagy a mozgás hiányával átlagos kognitív funkciókkal bíró felnőtteknél.
4. Aerobic gyakorlatok hatása szemben az átlagos mozgással vagy a mozgás hiányával EKZ-ben szenvedő felnőtteknél.

5. Tornagyakorlatok hatása szemben az átlagos mozgással vagy a mozgás hiányával EKZ-ben szenvedő felnőtteknél.
6. Különböző típusú mozgásformák kombinációjának hatása összehasonlítva az átlagos mozgással vagy a mozgás hiányával EKZ-ben szenvedő felnőtteknél.

Egészséges felnőtteknél közepes evidenciát találtak a fizikai aktivitásnak a kognitív folyamatokra gyakorolt kedvező hatásával kapcsolatban. Alacsony és közepes evidencia szól amellett, hogy a fizikai aktivitásnak nincs hatása az EKZ és a demencia kialakulásának csökkentésében. A már kialakult EKZ esetében alacsony az evidencia arra vonatkozóan, hogy a fizikai aktivitásnak pozitív hatása van a kognitív állapotra nézve, habár az eredmények nem konzisztensek az összes kognitív területen.

A bizonyítékok alapján a hatásereőség nagyobb aerobic mozgásnál, mint az állóképességet fokozó tréning esetében, és a bizonyítékok erősebbek a normál kognitív képességgel bíró felnőtteknél (különösen az aerobic vonatkozásában), mint azoknál, akiknél már kimutattak EKZ-t.

Összességében a fizikai aktivitás jótékony hatása nagyobb, mint a káros, nem kívánt mellékhatása. Általánosságban pedig elmondható, hogy alacsony-közepes minőségű bizonyítékok állnak rendelkezésre, hogy a fizikai aktivitásnak kevés, de kedvező hatása van a kognitív állapotra. Ugyanígy az EKZ populációban, ahol alacsony szintű bizonyítékok állnak rendelkezésre. Továbbá úgy tűnik, hogy a sport kognitív állapotra gyakorolt előnyös hatása az aerobic típusú mozgásformák esetén kifejezett.

3.2.2. Táplálkozással kapcsolatos beavatkozások

Ajánlások és megfontolások a WHO irányelve szerint:

1. ***A mediterrán jellegű diéta javasolható egészséges felnőtteknek, az EKZ és a demencia kockázatának csökkentése érdekében.***

Evidencia szintje: közepes

Ajánlás erőssége: feltételes

2. ***Egészséges, kiegyensúlyozott táplálkozást kell javasolni minden felnőttnek (a WHO egészséges étrendre vonatkozó ajánlásai alapján).***

Evidencia szintje: alacsonytól a magasig (különböző diétás összetevőktől függően)

Ajánlás erőssége: erős

3. ***Az EKZ és a demencia kockázatának csökkentésére nem szabad javasolni B- és E-vitamint, többszörösen telítetlen zsírsavakat és multikomplex étrendkiegészítőket.***

Evidencia szintje: közepes

Ajánlás erőssége: erős

A WHO egészséges étrendre vonatkozó ajánlásai⁷ felnőttek számára

Az egészséges étrend összetevői:

- Gyümölcsök, zöldségek, hüvelyes termékek (például lencse, bab), diófélék és teljes kiőrlésű gabona (például feldolgozatlan kukorica, köles, zab, búza, barna rizs).
- Legalább 400 gramm (5 adag) gyümölcs vagy zöldség naponta. A burgonya, édesburgonya, manióka és egyéb keményítő tartalmú gyökérfélék nem minősülnek gyümölcsnek vagy zöldségnek.
- Az összes energiabevitelnek kevesebb, mint 10%-a legyen csak cukor, ami megfelel maximum 50 grammnak (vagy 12 teáskálnak), de egyéb egészségügyi jótékony hatás érdekében ideálisabb az 5% naponta. (Az egészséges testsúly megtartása érdekében körülbelül 2000 kalória szükséges naponta.) A gyártási folyamat során legtöbb esetben már hozzáadják a cukrot az ételekhez és italokhoz, továbbá megtalálható természetes formában a mézben, szirupokban, gyümölcslevekben és gyümölcsle koncentrátumokban is.
- A teljes energiabevitel kevesebb mint 30%-a álljon zsírokból. Telítetlen zsírsavak (megtalálhatók a halakban, avokádóban, diófélékben, napraforgó olajban és olívaolajban) ajánlottak a telített zsírsavakkal szemben (megtalálhatók a zsíros ételekben, vajban, pálma- és kókuszolajban, tejszínben, sajtban és disznózsírban) és a transzszírok minden fajtájában (megtalálhatók az előkészített ételekben, gyorsételekben, fagyasztott ételekben, mirelit pizzában, pitékben, kekszekben, gofriban, margarinban) és a transzszírokkal szemben (kérődző állatokból pl. tehén, bárány, kecske, tevé stb. nyert tejüzemben készült ételek). Javasolt a telített zsírsavakból készült ételek fogyasztásának csökkentése, a teljes energiabevitel kevesebb mint 10%-ára, a transzszírok esetében pedig kevesebb, mint 1%-ra. Természetesen az üzemi körülmények között előállított transzszírok nem részei az egészséges étrendnek és javasolt őket elkerülni.
- Kevesebb, mint napi 5 gramm jódozott só fogyasztása javasolt (megfelel kb. 1 teáskálnak).

Kiegészítő megfontolások:

⁷ Forrás: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet> Megtekintve: 2020.08.19.

- Az egyén tápláltsági szintjének és hiányállapotának megfelelő módosítás szükséges lehet az étrendben (főként középkorúak és idősek esetén).
- A kiegyensúlyozott és változatos étrend természetesen gazdag polifenolokban és fehérjékben.
- A B- és E-vitaminra, illetve telítetlen zsírsavakra vonatkozó ajánlások tápanyaghiányban nem szenvedő felnőttekre vonatkoznak.

Az ajánlás szakirodalmi háttere:

Az egészséges étrend egy életen át fontos szerepet játszik az optimális fejlődésben és az egészség fenntartásában és a megelőzésben. A korábbi diétázással foglalkozó tanulmányok rámutattak arra, hogy az étrendben történő kedvező változtatások a diabétesz vagy kardiovaszkuláris betegségek megelőzése érdekében előidéznek olyan változásokat, melyek csökkentik a demencia kockázatát is (Diabetes Prevention Program Research Group, 2002, Tuomilehto és mtsai., 2001, Rees és mtsai., 2013 idézi WHO, 2019). Ebből kifolyólag az étkezéssel összefüggő tényezők kapcsolatban állhatnak a demencia kialakulásával közvetve és közvetlenül is. Az egészséges étrendnek így nagy szerepe lehet a kognitív hanyatlás megelőzésében.

A mediterrán diéta a legkiterjedtebben kutatott diétás megközelítés általánosságban is és a kognitív funkciókkal kapcsolatban is. Számos megfigyelésen alapuló és szisztematikus összefoglaló tanulmány jutott arra a következtetésre, hogy a mediterrán diéta pontos követése összefüggésben van az EKZ és az Alzheimer-kór csökkent kockázatával, azonban a közepes mértékű ragaszkodás a diétához már nem okoz ilyen jótékony hatásokat (Singh és mtsai., 2014, Wu és Sun, 2017 idézi WHO, 2019). Azok között a résztvevők között, akik normál kognitív funkciókkal bírtak és pontosan követték a diétát, egyéb kedvező hatás is érvényesült: jobb epizodikus emlékezettel és globális kognitív állapottal rendelkeztek (Loughrey és mtsai., 2017 idézi WHO, 2019). Egyéb ígéretes diétás megközelítések is kapcsolatban állnak a jobb kognitív funkciókkal (például azok melyek a magas vérnyomás csökkentését célozzák). Az agyi funkciók egészségét elősegítő mediterrán diéta és a vérnyomás csökkentését célzó diéta együttes alkalmazása pedig a neurodegeneratív folyamatok késleltetését segíti elő (Berendsen és mtsai., 2017, Morris és mtsai., 2015a, 2015b, Wengreen és mtsai., 2013 idézi WHO, 2019).

Ami az étrendet illeti, a zöldség- és gyümölcsfogyasztás és a hal fogyasztása konzisztensen összefügg a demencia kialakulásának alacsonyabb kockázatával (Jiang és mtsai., 2017, Wu és mtsai., 2017, Bakre és mtsai., 2018, Zhang és mtsai., 2016 idézi WHO, 2019). A nagyobb arányú halfogyasztás kisebb mértékű kognitív hanyatlással állt kapcsolatban számos tanulmányban, csakúgy, mint a többszörösen telítetlen zsírsavakban gazdag táplálék bevitele (Samieri és mtsai., 2018, Zhang és mtsai., 2016 idézi WHO, 2019). A tápanyagok és ételek közül szintén kapcsolatba hozhatók a demencia és kognitív hanyatlás kialakulásának csökkent kockázatával a diófélék, az olívaolaj és a kávé fogyasztása (Solfrizzi és mtsai., 2017 idézi WHO, 2019). Ismert még a folsavval, E-, C-, és D-vitaminnal kapcsolatos kutatások is, azonban az eredmények nem konzisztensek (Balion és mtsai., 2012, Dangour és mtsai., 2010, Rafnsson és mtsai., 2013, Travica és mtsai., 2017 idézi WHO, 2019).

Megfigyelésen alapuló tanulmányok konzisztensen megállapították, hogy az egészséges diéta jobb kognitív teljesítménnyel áll kapcsolatban, de a klinikai mintán alapuló vizsgálatok eredményei sokkal inkonzisztensebbek (Berendsen és mtsai., 2017, Frith és mtsai., 2018, Loughrey és mtsai., 2017, Morris és mtsai., 2015, Wengreen és mtsai., 2013, D’Cunha és mtsai., 2018, Fitzpatrick-Lewis és mtsai., 2015a, 2015b, Forbes és mtsai., 2015, Radd-Vagenas és mtsai., 2018, Solfrizzi és mtsai., 2018 idézi WHO,

2019). Étrendbeli faktoroknak szinergikus hatása lehet, ezért az étrendkiegészítők helyett, inkább a kiegyensúlyozott, egészséges étrend javasolt (Jacobs és mtsai., 2009 idézi WHO, 2019).

A táplálkozást célzó beavatkozásokat illetően (mint például a mediterrán diéta – összehasonlítva az átlagos étrenddel vagy a beavatkozás hiányával) 6 szisztematikus szakirodalmi összefoglaló volt azonosítható, 9 különböző beavatkozási formával, amelyek a következők voltak:

1. Komplex étrendkiegészítő összehasonlítva placebóval normál kognitív funkcióval jellemezhető felnőtteknél (D’Cunha és mtsai., 2018 idézi WHO, 2019).
2. Komplex étrendkiegészítő összehasonlítva a placebóval EKZ-ban szenvedő felnőtteknél (Fitzpatrick-Lewis és mtsai., 2015 idézi WHO, 2019).
3. Többszörösen telítetlen zsírsavakban gazdag ételek összehasonlítva a placebóval (Forbes és mtsai., 2015 idézi WHO, 2019).
4. B-vitamin-komplex összehasonlítva placebóval (Forbes és mtsai., 2015 idézi WHO, 2019).
5. E-vitamin összehasonlítva placebóval (Forbes és mtsai., 2015 idézi WHO, 2019).
6. Polifenolok összehasonlítva placebóval (Solfrizzi és mtsai., 2018 idézi WHO, 2019).
7. Proteinpótlás összehasonlítva placebóval (Solfrizzi és mtsai., 2018 idézi WHO, 2019).
8. Csirke esszencia összehasonlítva placebóval (Teoh és mtsai., 2016 idézi WHO, 2019).
9. Mediterrán étrend összehasonlítva az alternatív vagy átlagos étrenddel (Radd-Vagenas és mtsai., 2018 idézi WHO, 2019).

Az EKZ-val és demenciával kapcsolatos kimenetet csak 2 esetben vizsgáltak (kiegészítő multikomplex és Mediterrán diéta esetén) (D’Cunha és mtsai., 2018, Radd-Vagenas és mtsai., 2018 idézi WHO, 2019), és egyik beavatkozásnak sem volt közvetlen hatása a demencia vagy EKZ előfordulásának csökkenésére. Mindegyik beavatkozás/összehasonlítás kitért azonban a kognitív funkciókra, mint kimenetre. Közepes erejű bizonyítékot találtak arra, hogy a mediterrán diéta javítja a verbális és vizuális memóriát (Radd-Vagenas és mtsai., 2018 idézi WHO, 2019). Egy metaanalízis eredménye szerint a globális kognitív funkciók tekintetében konzisztensen pozitívak az eredmények, de az összes többi kognitív kimenettel kapcsolatban (figyelem, munkamemória, feldolgozási sebesség, nyelv és végrehajtó funkciók) már nem voltak konzisztensek és szignifikánsak a kapott eredmények (Radd-Vagenas és mtsai., 2018 idézi WHO, 2019). Következésképpen pozitív hatását mutatták ki a polifenoloknak a kognitív folyamatokra, habár az evidencia szintje alacsony. Hasonló a proteinpótlás esetében, jótékony hatás bizonyítható időseknél, de az eredmények nem voltak konzisztensek és a bizonyítékok ereje alacsony (Solfrizzi és mtsai., 2018 idézi WHO, 2019).

A komplex étrendkiegészítők és a telítetlen zsírsavakban gazdag étrend illetve a B- és E-vitamin esetén nem bizonyított a jótékony hatás a kognitív hanyatlás megelőzésében (D’Cunha és mtsai., 2018, Fitzpatrick-Lewis és mtsai., 2015, Forbes és mtsai., 2015 idézi WHO, 2019). Alacsony erejű bizonyítékok állnak rendelkezésre a fehérje és a polifenolpótlással kapcsolatban és közepes erejű a mediterrán diéta jótékony hatásával kapcsolatban (Solfrizzi és mtsai., 2018, Radd-Vagenas és mtsai., 2018 idézi WHO, 2019).

A mediterrán diéta és a kiegyensúlyozott táplálkozás előnye nagyobb, mint a hátránya, az ajánlásokat illetően pedig közepes és erős bizonyossággal bír. A nagy dózisú E-vitamin és proteinpótlásnak azonban

nemkívánatos, káros hatását is kimutatták, amelyek a használat okozta előnyön túlmutatnak, ezért használatuk nem javasolt.

3.2.3. Társas aktivitás

Ajánlások és megfontolások a WHO irányelve szerint:

A társas aktivitás és a mentális hanyatlás csökkent kockázata között nem bizonyított az összefüggés. Azonban a közösségi élet és a társas támasz erősen kapcsolódik a jó egészséghez és az általános jóllét állapotához, ezért a közösséggel való kapcsolatot egész életen át támogatni kell.

Az ajánlás szakirodalmi háttere:

A közösséghez tartozás fontos előre jelzője a jóllétnek az egész életen át (Cherry és mtsai., 2011 idézi WHO, 2019). A közösségtől való eltávolodás, elzárkózás idősebbeknél megnöveli a kognitív hanyatlás és a demencia kialakulásának kockázatát (Fratiglioni és mtsai., 2004 idézi WHO, 2019). Hosszú távú kohorsz tanulmányok szisztematikus, átfogó elemzése szerint az alacsonyabb szociális működés, kevesebb szociális kapcsolat és magányosság érzése magasabb számban járt demencia kialakulásával (Kui-per és mtsai., 2015). A Lancet Demencia Megelőzésének, Beavatkozásának és Gondozásának Bizottsága (The Lancet Commission on Dementia Prevention, Intervention, and Care) szerint a közösség iránti elköteleződés a demencia megelőzésének egyik beavatkozási módja (Livingston és mtsai., 2017).

A társas aktivitás megőrzését és támogatását célzó beavatkozások (közösségi és családi) hatásosságát szemben a hagyományos ellátással és az ellátás hiányával, egy szisztematikus review vizsgálta, melyben normál kognitív funkciókkal bíró felnőttek alkották a célcsoportot (Kelly és mtsai., 2017 idézi WHO, 2019). EKZ-ban szenvedőkre vonatkozó eredmény nem található. Három, a kognitív funkciók és a szociális aktivitás közötti összefüggést vizsgáló randomizált kontroll vizsgálat elérhető. Valamennyi kognitív funkciót sokféle összetett általános kognitív funkciókra vonatkozó mérőeszközzel mértek, beleértve az ADAS-Cog-t (Alzheimer Disease Assessment Scale-Cog, Alzheimer-kór Értékelő Skála), az MMSE-t (Mini Mental State Examination, Mini Mentál Teszt) és az MDRS-t (Mattis Demencia Rating Scale, Mattis Demencia Értékelő Skála). Egy a három randomizált kontroll vizsgálatból jutott arra a következtetésre, hogy a szociális aktivitásra vonatkozó beavatkozásnak szignifikáns összefüggése van a kognitív funkciók javulásával (Pitkala és mtsai., 2011 idézi WHO, 2019). Nem volt elérhető adat az aktuálisan fennálló EKZ-val, demenciával, életminőséggel kapcsolatban.

Összességében megállapítható, hogy a bizonyítékok korlátozottak és nem megalapozottak, ezért nem készült ajánlás a szociális aktivitás és a mentális hanyatlás/demencia összefüggésére vonatkozóan. Mindazonáltal, kockázati tényezőként kell foglalkozni az alacsony szociális aktivitással a demencia/kognitív hanyatlás tekintetében, mivel valószínűsíthetően az alacsony szociális aktivitásnak szerepe van a betegség kialakulásában. Attól függetlenül, hogy ajánlás nem született, a szociális aktivitásnak számtalan előnye van a jóllétre, mentális egészségre nézve is, ezért javasolható.

3.2.4. Magas vérnyomás kezelése

A magas vérnyomás kezelése a hatályos hazai irányelvek alapján előírt beavatkozások szerint javasolt. Továbbá a WHO irányelve is megfogalmaz erre vonatkozó ajánlásokat.

Ajánlások és megfontolások a WHO irányelve szerint:

1. A magas vérnyomás kezelése indokolt magas vérnyomással küzdő felnőttek körében, a WHO ezzel kapcsolatos útmutatójában foglaltak szerint.

Evidencia szintje: alacsonytól a magasig (beavatkozástól függően).

Ajánlás erőssége: erős.

2. A magas vérnyomás kezelése javasolható magas vérnyomással küzdő felnőtteknek a kognitív funkciók hanyatlásának/demenciának megelőzése céljából.

Evidencia szintje: nagyon alacsony (a demenciával kapcsolatban).

Ajánlás erőssége: feltételes.

A „HEARTS” útmutató⁸ a szív- és érrendszeri megbetegedések kezelésére az alapellátásban az alábbi javaslatokat teszi:

Gyógyszeres kezelés a magas vérnyomás kezelésére:

A vérnyomáscsökkentő gyógyszereknek négy fő osztálya van: angiotenzin-konvertáló enzim gátlók (ACE-gátlók); angiotenzin-receptor blokkolók (ARB-k); kalciumcsatorna-blokkolók (CCB); valamint tiazid és tiazidhoz hasonló diuertikumok. Bármelyik vérnyomáscsökkentő gyógyszer alkalmazható a fenti négy csoportból, hacsak nincs valami specifikus kontraindikáció. A magas vérnyomás megfelelő gyógyszeres kezelése gyakran több gyógyszer kombinációját igényli.

⁸ Forrás: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260421/WHO-NMH-NVI-18.2-eng.pdf?sequence=1>
Megtekintve: 2020.08.15.

A magas vérnyomás kezelésének specifikus esetei:

- Várandósság, illetve a gyermekágyi időszak alatt nem adható ACE inhibitor, ARB vagy tiazid/tiazidhoz hasonló diuretikum, CCB az ajánlott kezelés. Amennyiben a gyógyszer adagjának növelése sem szabályozza a vérnyomást, akkor specialista felkeresése javasolt.
- Béta-blokkolók (BB) nem ajánlottak első vonalas kezelésként. Ha az elmúlt 3 évben szívinfarktus lezajlását diagnosztizálták, artériás fibrilláció vagy szívritmuszavar áll fenn, akkor béta-blokkoló adása is javasolt a kezdeti magas vérnyomáscsökkentő kezeléshez. Angina esetében szintén a béta-blokkoló kezelés jár nagyobb előnnyel.

Egyéb kezeléssel kapcsolatos megfontolások:

- Ha volt korábban szívinfarktus vagy stroke, vagy a személy a szív- érrendszeri megbetegedésekkel kapcsolatban a magas kockázatú csoportba tartozik, akkor statinnal szükséges kezdeni a kezelést, egy időben a vérnyomáscsökkentő gyógyszerekkel. (Statin nem alkalmazható várandósoknál vagy várandósság tervezésének időszakában).
- Ha korábban átesett szívinfarktuson vagy isémiás stroke-on, akkor alacsony dózisu aspirinnel szükséges kezdeni a gyógyszerelést.
- A magas vérnyomásra vonatkozó protokollok tartalmazzák a sikeres kezelés kezdetére és fenntartására vonatkozó ajánlásokat. Ha súlyos mellékhatások jelentkeznek, a vérnyomás nem válik szabályozottá vagy jelentős orvosi beavatkozások történtek, feltétlenül szükséges szakorvos felkeresése.
- Ha a páciens már szed gyógyszert, a vérnyomás a célértéken kontrollált és ha a gyógyszer, amit a páciens szed elérhető és megfizethető, akkor nem szükséges gyógyszerváltoztatás.
- Ha a páciens arra panaszodik, hogy úgy érzi, elájul, akkor meg kell mérni a vérnyomást még álló helyzetben. Ha a szisztolés vérnyomás konzisztensen alacsonyabb, mint 110 higanymilliméter (Hgmm) akkor, meg kell fontolni az adag vagy az alkalmazott gyógyszerek számának csökkentését.

Az ajánlás szakirodalmi háttere:

A középkorúaknál fellépő magas vérnyomás betegség az idősebb korban kialakuló demencia magas kockázati tényezője (Kivipelto és mtsai., 2011 idézi WHO, 2019). Kutatók azt találták, hogy a később demenciában szenvedő időseknél különösen jellemző volt a vérnyomás emelkedése középkorúként, amely majd időskorban hirtelen csökkent (Kivipelto és mtsai., 2001, Launer és mtsai., 2000, Stewart és mtsai., 2009 idézi WHO, 2019).

Vegyes bizonyítékok állnak rendelkezésre a vérnyomás csökkentésének hatásáról a kognitív hanyatlással vagy demenciával kapcsolatban közép-, és idősebb korban, habár arra azonban van bizonyíték, hogy a vérnyomás csökkentése komoly előnnyel bír a szív-érrendszeri megbetegedésekkel kapcsolatos mortalitásra és morbiditásra és ezáltal javul az általános egészségi állapot az idősödő populációnál (Musini és mtsai., 2009 idézi WHO, 2019).

A magas vérnyomás megelőzhető számos életmóddal kapcsolatos faktoron keresztül, beleértve az egészséges étkezést, egészséges testsúly fenntartását és elegendő mennyiségű fizikai aktivitást. Kontrollálható a magas vérnyomás vérnyomáscsökkentő gyógyszerekkel is. Habár a kognitív hanyatlás és demencia kialakulásának kockázatában vegyesek a bizonyítékok a vérnyomáscsökkentő kezelés szerepét illetően.

Két szisztematikus szakirodalmi összefoglaló kutatta a normál kognitív funkciókkal bíró felnőtteknél a magas vérnyomást csökkentő gyógyszerek hatását placebóval vagy a kezelés elmaradásával szemben a kognitív hanyatlás és demencia kockázatának szempontjából (Parsons és mtsai., 2016, Weiss és mtsai., 2016 idézi WHO, 2019). Nem találtak bizonyítékot EKZ-val diagnosztizált felnőttek esetében. A kognitív funkciók és a demencia tekintetében a bizonyítékok szintje alacsony, mely alapján a vérnyomáscsökkentő kezelésnek nincs hatása a kognitív hanyatlásra vagy demenciára. A bizonyítékok szintje nagyon alacsony az életminőség és a funkcionalitás lehetséges szintjének tekintetében, de megállapítható, hogy a vérnyomáscsökkentő kezelés nem csökkenti az életminőséget vagy a funkcionalitás szintjét. A nem kívánt, káros mellékhatásokra vonatkozóan a bizonyítékok szintje nagyon alacsony, és egyes következtetések állnak rendelkezésre a vérnyomáscsökkentők használatával kapcsolatban. Nem áll rendelkezésre adat az EKZ-ra- és az általános lemorzsolódási arányra. Felmerül a dózis-válasz kapcsolatának lehetősége is a vérnyomás és a kognitív hanyatlás vagy demencia kialakulásának kockázatában (SPRINT-MIND 2019 idézi WHO, 2019).

Megfigyelésen alapuló bizonyítékok szerint erős az összefüggés a magas vérnyomás és a kognitív hanyatlás vagy demencia között.

A magas vérnyomás életmód változtatással történő csökkentését illetően nem áll rendelkezésre szisztematikus review (WHO, 2019).

Erős ajánlás született a magas vérnyomás kezelésére az egészségre vonatkozó, jól megalapozott előnyök miatt és feltételes ajánlás a kognitív hanyatlás/demencia kockázatának csökkentését illetően. Összességében annak ellenére, hogy csak kevés klinikai vizsgálat eredménye alapján mondhatjuk, hogy a magas vérnyomás kezelése csökkenti a kognitív hanyatlás vagy demencia kockázatát, a vérnyomás csökkentésének előnyei túlmutatnak a hátrányokon, ezért javasolandó.

3.2.5. Cukorbetegség kezelése

A cukorbetegség kezelése a hatályos hazai irányelvek alapján előírt beavatkozások szerint javasolt. Továbbá a WHO irányelve is megfogalmaz erre vonatkozó ajánlásokat.

Ajánlások és megfontolások a WHO irányelve szerint:

1. A WHO irányelve szerint a cukorbetegség kezelésére gyógyszeres és/vagy életmódbeli beavatkozást javasolni kell.

Evidencia szintje: nagyon alacsonytól a közepesig (beavatkozástól függően)

Ajánlás erőssége: erős

2. A cukorbeteg felnőtteknek javasolható a cukorbetegség kezelése a kognitív hanyatlás és/vagy a demencia kockázatának csökkentése érdekében.

Evidencia szintje: nagyon alacsony

Ajánlás erőssége: feltételes

A WHO irányelve szerinti beavatkozások az alapellátásban a cukorbetegség esetén

1-es típusú cukorbetegség esetén:

- Napi inzulin injekció

2-es típusú cukorbetegség esetén:

- Orális antidiabetikumok ajánlása 2-es típusú cukorbetegség esetén, ha a glikémiás célokat az étrend szabályozásával az egészséges testtömeg fenntartásával, valamint rendszeres testmozgással nem sikerül elérni (1. szint).
- A szív- és érrendszeri kockázatnak csökkentése a cukorbetegnél és azoknál, akiknek a 10 éves kardiovaszkuláris kockázat nagyobb, mint 20% aszpirin, angiotenzin konvertáló enzim inhibitor és statinok szedésével (1. szint).
- Az antihyperglykémiaszerek egyéb osztályainak alkalmazása, melyeket metformin mellé adnak, ha a glikémiás célok nem teljesülnek (3. szint).
- A metformin alkalmazása, mint kezdeti gyógyszer a túlsúlyos betegeknél (1. szint) és a nem túlsúlyos betegeknél (4. szint).

Az ajánlás szakirodalmi háttere:

Vizsgálatokban megállapították, hogy a későbbi életkorban fennálló cukorbetegség megnövekedett kockázatot jelent a demencia kialakulására nézve (Luchsinger, 2010, Prince és mtsai., 2014, Profenno és mtsai., 2010 idézi WHO, 2019). Azonban a mögöttes mechanizmus eddig még nem ismert. Yaffe és mtsai. (2012) vizsgálatának eredménye szerint a gyenge vércukorszabályozás összefüggést mutatott az alacsony kognitív működéssel és a magasabb kognitív hanyatlással. Ezenkívül pedig a cukorbetegséggel összefüggő szövődmények, mint például a nefropátia (vesebetegség), retinopátia (ideghártya-betegség), halláskárosodás és szívérrendszeri betegség, mind-mind bizonyítottan növelik a demencia kialakulásának kockázatát (Bruce és mtsai., 2014, Exalto és mtsai., 2013 idézi WHO 2019).

A cukorbetegség glikémiás kontrollon alapuló gyógyszeres kezelésének hatásosságára a placeboval vagy beavatkozás hiányával szemben egy szisztematikus áttekintésben találtak adatot, amely normál kognitív színvonallal és 2-es típusú cukorbetegséggel élő felnőtteket vizsgált (Areosa Sastre és mtsai., 2017 idézi WHO, 2019). Enyhe kognitív zavarral diagnosztizált felnőttekre vonatkozóan nincs elérhető bizonyíték. A bizonyítékok minősége közepes volt a kognitív funkciók kimenetelei szempontjából és nagyon alacsony a demencia kimenetele esetében. A nem kívánatos kimenetek tekintetében gyenge evidenciára támaszkodhatunk, azt illetően, hogy az intenzív glikémiás kontroll megnövekedett kockázattal jár a hipoglikémiás eseményekre. Összességében tehát elmondható, hogy a normál kognitív színvonallal rendelkező felnőtteknél a bizonyítékok előnyben részesíthetik a hagyományos glikémiás kontrollt, mert az intenzív glikémiás kontroll nem befolyásolja a kognitív funkciót, de káros hatásként fokozott hipoglikémiát eredményezhet.

Arra vonatkozóan, hogy a cukorbetegség kezelésében mennyire hatásos az étrend és életmódbeli beavatkozások a placeboval szemben és azzal, ha egyáltalán nincs beavatkozás, az információt szintén egy szisztematikus áttekintésből nyerték, mely normál kognícióval rendelkező és a 2-es típusú cukorbetegségben szenvedő felnőtteket vizsgált (Podolski és mtsai., 2017). Enyhe kognitív zavarral szenvedő felnőttek körében nincs elérhető bizonyíték. A bizonyíték minősége nagyon alacsony volt és tanulmányok nagyon eltérőek voltak, inkonzisztens eredményekkel.

Mindezek alapján a WHO erős ajánlást tesz a cukorbetegség kezelésére annak egészségre gyakorolt bizonyítottan kedvező hatása miatt, valamint feltételes ajánlást fogalmaz meg a cukorbetegség kezelésére a kognitív hanyatlás/demencia kockázatának csökkenése érdekében. Erős megfigyeléses bizonyíték támasztja alá, hogy a cukorbetegség növeli a kognitív hanyatlás és demencia kockázatát.

3.2.6. Dohányzásleszoktató beavatkozások

Ajánlások és megfontolások a WHO irányelve szerint:

Javasolni kell a dohányzásleszoktató beavatkozásokat minden felnőttnek, aki dohányzik a későbbi kognitív hanyatlás és demencia megelőzése, illetve további kívánatos egészségkimenet érdekében.

Evidencia szintje: alacsony

Ajánlások erőssége: erős

Érdemes mielőbb javasolni a dohányzásleszoktást segítő technikákat (összhangban a WHO ajánlásaival), valamint figyelmet kell fordítani a nikotinfüggőség mielőbbi diagnosztizálására és kezelésére. A javasolt kezelés tartalmaz viselkedésterápiás elemeket és farmakológiai (pl. nikotin pótlását célzó terápiák, bupropion, varenicline) beavatkozásokat is⁹. Az egyéni fókusz mellett populációs beavatkozások is szükségesek.

Az ajánlás szakirodalmi háttere:

A dohányzással összefüggő halálozás a megelőzhető halálokok között vezető helyen szerepel, kb. 5 millió halálesetet jelent évente (WHO, 2011 idézi WHO, 2019) és az egészségügyi költségek világszerte több milliárd dollárra rúgnak (Lightwood és mtsai., 2000 idézi WHO, 2019). A dohányzás számtalan kedvezőtlen kimenetet okoz, például számos ráktípus kialakulásáért felelős, de növeli a szív- és érrendszeri megbetegedések és légzőszervi megbetegedések kialakulásának kockázatát is (US Department of Health Human Services, 2004 idézi WHO, 2019). A dohányzásleszoklás az előbb említett kockázatok csökkentése mellett kapcsolatba hozható a depresszió, szorongás, stressz, hangulatzavarok csökkenésével és a szubjektív jóllét érzésének növekedésével, szemben azokkal, akik továbbra is dohányoznak (Taylor és mtsai., 2014 idézi WHO, 2019). A nikotinfüggőség kapcsolatba hozható egyéb életkorhoz kapcsolódó állapotokkal, mint például a kognitív hanyatlással és munkaképességgel (Durazzo és mtsai., 2014 idézi WHO, 2019).

A dohányzás csökkentését vagy a leszokást célzó beavatkozások nagyon változatosak, alapulhatnak viselkedéses/pszichológiai stratégiákon vagy farmakológiai beavatkozásokon vagy mindkettőn egyszerre. A nem gyógyszereken alapuló kezeléseknél nagyon vegyes eredményeik vannak (Niaura, 2008 idézi WHO, 2019). Tanácsadás a leggyakoribb beavatkozási forma, de más kezelések is léteznek, mint például a mindfulness alapú megközelítések, kognitív viselkedésterápia, viselkedésaktivációs terápia, expozíciós és/vagy averziós tréning, motivációs interjú stb. A farmakológiai beavatkozások közül a nikotin pótlása (bupropion és varenicline) a leggyakoribbak, de alacsony az általános terápiás hatékonyságuk és a mellékhatások fontos korlátozásokat jelenthetnek (Gómez-Coronado és mtsai., 2018 idézi

⁹ Forrás: https://www.who.int/tobacco/publications/building_capacity/training_package/treatingtobacco-dependence/en/ Megtekintve: 2020.08.18.

WHO, 2019). A leghatékonyabb módszerek a nem farmakológiai és a farmakológiai kezelés ötvözése bizonyult (Gómez-Coronado és mtsai., 2018 idézi WHO, 2019).

Nem található olyan szisztematikus szakirodalmi összefoglaló, mely a dohányzás csökkentését szolgáló beavatkozások hatékonyságát vizsgálta volna azzal szemben, ha nincs beavatkozás. Elérhető azonban nagy számú megfigyelésen alapuló tanulmány arról, hogy a dohányzás rizikófaktora a kognitív hanyatlásnak és demenciának a későbbi életkorban (Beydoun és mtsai., 2014, Di Marco és mtsai., 2014, Lafortune és mtsai., 2016, North és mtsai., 2015, Xu és mtsai., 2015, Zhong és mtsai., 2015 idézi WHO, 2019). Bármilyen típusú dohányzás csökkentését szolgáló beavatkozás inkább ajánlatos, mint hátrányos. Tehát annak ellenére, hogy nincs megfelelő szakirodalmi evidencia, ajánlott a dohányzásleszokást célzó beavatkozás, mert a dohányzás jelentős kóroki tényező és epidemiológiai illetve megfigyelésen alapuló adatok szerint a dohányzás megnöveli a demencia kialakulásának kockázatát időskorban (Lafortune és mtsai., 2016 idézi WHO, 2019). Különböző bizonyítékok alapján elmondhatjuk, hogy a dohányzás olyan agykárosodást okozhat, mely hajlamosít a későbbi kognitív hanyatlás kialakulására.

3.2.7. Alkoholhasználati zavarral kapcsolatos beavatkozások

Ajánlások és megfontolások a WHO irányelve szerint:

Javasolni kell a kockázati ivás vagy alkoholfüggőség megszüntetését célzó beavatkozásokat egészséges és EKZ-ban érintett felnőttek esetén, a későbbi kognitív hanyatlás és demencia megelőzése, illetve további kívánatos egészségkimenet érdekében.

Evidencia szintje: közepes (megfigyelésen alapuló bizonyítékok esetében)

Ajánlás erőssége: feltételes.

Kockázatos alkoholfogyasztás esetén javasolt a WHO mhGAP¹⁰ alapján:

- Pszichoedukáció során, végig empatikus hozzáállással tájékoztassa a személyt arról, hogy az alkoholhasználati szokásai károsak az egészségére.
- Tárja fel a személy alkoholhasználatra vonatkozó motivációját. Alkalmazzon motivációs interjút.
- Javasolja, hogy mérsékelje alkoholfogyasztását nem ártalmas szintre (amennyiben a nem ártalmas szint létezik az ő esetében) vagy hagyjon fel teljesen az ivással és jelezze,

¹⁰ Forrás: <https://www.who.int/publications/i/item/mhgap-intervention-guide---version-2.0> Megtekintve: 2020.08.19.

hogy támogatja ebben. Kérdezze meg a személyt, hogy készen áll-e, hogy megtegye a változtatáshoz az első lépéseket.

- Dolgozzanak ki stratégiákat az alkoholhasználat mérséklésére vagy abbahagyására vonatkozóan.
- Írják össze a különböző szükségleteket (étel, lakhatás, munkahely).
- Ajánlja fel a rendszeres nyomon követést.

Alkoholfüggőség esetén javasolt a WHO mhGAP alapján:

- Tiamin az alkoholhasználat alatt.
- Diazepam a detoxikálás során a megvonási tünetek enyhítése céljából.
- Naltrexone, acamprosate vagy disulfiram a visszaesés megelőzésére a detoxikáció után.
- Pszichoszociális beavatkozások, amennyiben elérhetőek, például kognitív viselkedésterápia, motiváció növelő terápia, visszaesést kezelő terápia, családi tanácsadás vagy családterápia, problémamegoldó tanácsadás vagy terápia, önsegítő csoportok.

További megfontolások:

- A beavatkozások lehetnek életvitel/viselkedésváltozás alapúak vagy farmakológiai kezelés összhangban a WHO mhGAP eljárásrenddel. Az életvitellel kapcsolatos viselkedésbeli módszerek sokkal elfogadottabbak és kevesebb a nem kívánt mellékhatásuk.
- U-alakú összefüggés áll fenn az alkoholfogyasztás és a kognitív funkciók között. Azonban az ezt vizsgáló tanulmányok módszertani korlátai miatt nem lehetséges annak megállapítása, hogy az enyhe vagy közepes mértékű alkoholfogyasztás valóban protektív-e a demenciára vagy kognitív hanyatlásra vonatkozólag. Ráadásul az alkoholfogyasztás számos káros következménnyel jár, melyek az esetleges előnyöket jóval meghaladják.
- A kockázatos alkoholfogyasztás csökkentésére vonatkozó egyéni beavatkozásokat javasolt populációs beavatkozásokkal is elősegíteni a WHO globális módszertani ajánlásai alapján (WHO, 2010). Populációs szintű intervenciók közé tartozik az alkohol elérésének szigorítása, a szűréshez való hozzáférés növelése, rövid intervenció és terápia biztosítása, ittas vezetés csökkentését szolgáló intézkedések, tiltás és átfogó korlátozások az alkohol reklámozásával kapcsolatban, alkoholra kivetett adók emelése.

Az ajánlás szakirodalmi háttere:

A túlzott mértékű alkoholfogyasztás számos országban kiemelt probléma (Gell és mtsai., 2015 idézi WHO, 2019). 2012-ben világszerte a halálesetek 5,9%-a (kb. 3,3 millió) volt tulajdonítható közvetlenül a káros alkoholhasználatnak (WHO, 2014 idézi WHO, 2019). Sőt, a túlzott mértékű alkoholfogyasztás a munkaképtelenség vezető okai között szerepel. Közvetlen oka több mint 200 betegségnek, többek között a demencia és baleseti sérülések gyakori kockázati tényezője (WHO, 1992, WHO 2019a idézi WHO, 2019).

Széleskörű bizonyítékok állnak rendelkezésre azzal kapcsolatban, hogy a túlzott mértékű alkoholfogyasztás kockázati tényező a demenciára és a kognitív hanyatlásra vonatkozóan (Langballe és mtsai., 2015, Sachdeva és mtsai., 2016, Zhou és mtsai., 2014 idézi WHO, 2019). Számos megközelítést alkalmaznak azoknál a beavatkozásoknál, melyek a kockázatos és ártalmas ivást célozzák. Gyógyszeres terápia különböző típusú hatóanyagokkal (opioid antagonisták, ALDH2 inhibitorok) különböző mértékben mutatkoztak hatásosnak az alkoholhasználati zavarban szenvedőknél, habár a kutatásokban egyik sem bizonyult közülük kiemelkedőnek. A viselkedéses és pszichológiai beavatkozások hatékonyak különösen a kockázatos és ártalmas ivók körében. A szűrés és a rövid intervenció az alapellátásban az egyik leghatékonyabb és leginkább költséghatékony módszer is egyben az alkoholnak tulajdonítható halálesetek csökkentésében (Kaner, 2018 idézi WHO, 2019).

Szisztematikus szakirodalmi összefoglaló nem található a kockázatos és ártalmas alkoholfogyasztásra vonatkozó beavatkozások (viselkedéses, pszichológiai és farmakológiai beavatkozások) és a kognitív hanyatlás csökkent kockázatának összefüggéséről. Habár, nagy számú megfigyelésen alapuló bizonyíték érhető el, az alkoholfogyasztásról, mint kockázati tényezőről a mentális hanyatlásban (Beydoun és mtsai., 2014, Hersi és mtsai., 2017, Ilomaki és mtsai., 2015, Lafortune és mtsai., 2016, Piazza-Gardner és mtsai., 2013, Xu és mtsai., 2017 idézi WHO, 2019). Általánosságban az egyedi tanulmányok nem mindig mutatnak hasonló eredményt (többnyire a kutatás megtervezésében lévő különbségeknek köszönhetően), de a legtöbb minta konzisztens abban, hogy U-alakú összefüggés figyelhető meg az alkoholfogyasztás mértéke és a kognitív hanyatlás között, mely szerint a túlzott alkoholfogyasztás szignifikánsan megnövekedett kockázathoz vezet (Xu és mtsai., 2017 idézi WHO, 2019).

A farmakológiai beavatkozások során, melyek célja a túlzott alkoholfogyasztás csökkentése, nem kívánt, káros mellékhatások jelentkeznek. Az életvitelre vonatkozó viselkedésterápiás stratégiák esetében, ezzel szemben többnyire nem volt tapasztalható negatív következmény (az elvonás következtében kialakuló tüneteken kívül) (NICE, 2011 idézi WHO, 2019).

Összességében megállapítható, hogy a beavatkozásokkal összefüggésben fellépő haszon nagyobb, mint az ártalmak, melyeket erős megfigyelésen alapuló bizonyítékok támasztanak alá.

3.2.8. Testsúlycsökkentés

Ajánlások és megfontolások a WHO irányelve szerint:

Elhízott vagy túlsúlyos középkorúak körében a testsúlycsökkentést célzó beavatkozások javasoltak lehetnek a kognitív hanyatlás és demencia kockázatának csökkentésében.

Evidencia szintje: alacsonytól közepesig

Ajánlás erőssége: feltételes

A WHO iránymutatásait a túlsúlyról és az elhízásról az alábbiak szerint kell követni:

- A túlsúlyos személynek a testsúlycsökkentés érdekében kiegyensúlyozott étrend követését tanácsolja.
- Javasolja számára, hogy szénhidrátforrásként részesítse előnyben az alacsony glikémiás indexű élelmiszereket (bab, lencse, zab és cukrozatlan gyümölcsök).
- Tanácsolja az ülő életforma csökkentését és a rendszeres napi testmozgást a fizikai képességeikhez mérten (pl. séta).

További javaslatok a következők:

- Úgy tűnik az olyan életmód változtatás, amely kiterjed mind az étrendre, mind a testmozgásra, hozzák a legjobb eredményeket.
- Az egyéni szintű életmódot célzó beavatkozások mellett a populációs szintű beavatkozásokat is fontolóra kell venni (pl. kültéri fitness parkok, zöld terek és az aktív közlekedést támogató infrastruktúra pl. kerékpárutak).
- A soványság mind a kései középkorúak, mind az időskorúak esetében magasabb kockázattal járhat a demencia kialakulására. Valószínű azonban, hogy ezt az összefüggést legalább részben magyarázza az a fordított okozati összefüggés, amely szerint valamely agyi patológia súlycsökkenést okozhat a demencia klinikai megjelenése előtt.

Az ajánlás szakirodalmi háttere:

A túlsúly és az elhízás az egyik leginkább vizsgált és leggyakrabban igazolódott kockázatok egyike a különféle nemfertőző betegségek esetén, amelyek évente legalább 2,8 millió halálesetet okoznak

világszerte, és az okozott egészségkárosodásban leélt életévek becsült összege 35,8 millió (2,3%) (WHO, 2019b idézi WHO, 2019).

A túlsúly és az elhízás számos orvosi szövődménnyel kapcsolatban áll, például a 2. típusú cukorbetegséggel (Chan és mtsai., 1994 idézi WHO, 2019), a rákkal (Renehan és mtsai., 2015 idézi WHO, 2019), a korai halálozással (Fontana és Hu, 2014 idézi WHO, 2019) és a kardiovaszkuláris betegségekkel (Eckel, 1997 idézi WHO, 2019), mind közvetlen kockázati tényezőként, mind mint más kardiovaszkuláris kockázati tényezőkön (pl. magas koleszterinszint és magas vérnyomás) keresztül.

Az összesen mintegy 600.000 egyénre kiterjedő megfigyeléses tanulmányok legújabb szisztematikus áttekintése és metaanalízise alapján az elhízás (BMI>30) de nem a túlsúlyosság (25<BMI<30) a középkorúak körében növeli a demencia kockázatát (Albanese és mtsai., 2017 idézi WHO, 2019).

A fogyás közvetett módon csökkentheti a demencia kockázatát a kognitív hanyatlás és a demencia patogenezisével kapcsolatos különféle anyagcsere-tényezők (azaz glükóztolerancia, inzulinérzékenység, vérnyomás, oxidatív stressz és gyulladás) javításával (Bennett és mtsai., 2009 idézi WHO, 2019). Habár közvetlen pozitív hatás is feltételezhető, azt azonban elsősorban a megnövekedett fizikai aktivitással találták összefüggésben.

A testsúlycsökkentés viselkedéses és/vagy életmód változtatásokkal hatásosabbnak bizonyult összehasonlítva a szokásos gondozással vagy a beavatkozás hiányával szemben, normál kognitív színvonalú túlsúlyos vagy elhízott felnőttek körében egy szisztematikus review alapján (Veronese és mtsai., 2017 idézi WHO, 2019). Nem álltak rendelkezésre bizonyítékok az EKZ-vel rendelkező felnőttek esetében. Alacsony és közepes erősségű bizonyíték van arra, hogy a súlycsökkentésre irányuló életmód változtatások javíthatják a figyelem, a memória és a nyelv területén a kognitív funkciókat.

Az intervenciók azonban nagyon rövidek voltak (8–48 hét), így nem találtak adatot az EKZ és a demencia kimenetelével kapcsolatban.

A farmakológiai beavatkozások hatásosságára vonatkozó szisztematikus review, szemben a szokásos gondozás vagy a beavatkozás hiányával, nem áll rendelkezésre.

Nem találtak bizonyítékot káros, nem kívánatos mellékhatások fellépéséről, így a beavatkozások előnyei meghaladják a károkat.

Mivel a megfigyeléses evidenciák szerint a túlsúly/elhízás és a megnövekedett kockázat a demenciára erősebb és következetesebb a középkorúaknál, mint az időskorúak körében (Hersi és mtsai., 2017, Lafortune és mtsai., 2016, Pedditzi és mtsai., 2016, Prickett és mtsai., 2015, Xu és mtsai., 2015 idézi WHO, 2019), ezért az ajánlás feltételes.

3.2.9. Depresszió kezelése

Ajánlások és megfontolások a WHO irányelve szerint:

- 1. Nincs elegendő bizonyíték jelenleg arra, hogy az antidepresszáns kezelés csökkenteni tudná a kognitív hanyatlás és/vagy demencia kockázatát.**

2. *Depresszióban szenvedő felnőttek esetén a depresszió kezelése kötelező antidepresszáns és/vagy pszichológiai beavatkozással a jelenlegi WHO irányelv szerint.*

A közepesen súlyos vagy súlyos depresszív zavarral küzdő felnőttek esetében a WHO iránymutatásai az alábbi kezeléseket javasolják

Pszichoszociális/nem farmakológiai kezelés és tanácsadás:

- Pszichoedukáció (a személy és adott esetben a családja számára is).
- A jelenlegi pszichoszociális stresszorok kezelése.
- A közösségi és társas kapcsolatok újraaktiválása.
- Rövid pszichológiai kezelés, ha rendelkezésre áll.
- Rendszeres nyomon követést kínál.

Antidepresszáns kezelés:

- Válasszon antidepresszánt a nemzeti vagy a WHO protokoll alapján. A szelektív szerotonin visszavétel gátlók (fluoxetin) és a triciklusos antidepresszánsok (amitriptilin) mint antidepresszánsok szerepelnek a WHO listáján.
- Az antidepresszáns kiválasztásakor vegye figyelembe a személy tüneteinek mintázatát, a gyógyszer mellékhatásait és a korábbi antidepresszáns kezelés(ek) hatásosságát (ha volt ilyen).
- Komorbid állapotok esetén az antidepresszánsok felírása előtt mérlegelni kell a gyógyszer-betegség vagy a gyógyszer-gyógyszer kölcsönhatások lehetőségét. Ellenőrizze a nemzeti vagy WHO protokollban.
- Az antidepresszánsok más pszichotróp gyógyszerekkel történő kombinálása szakorvos felügyeletét vagy konzultációját igényli.

Az ajánlás szakirodalmi háttere:

Jelentős bizonyíték áll rendelkezésre, amely szerint kapcsolat van a depresszió és a kognitív hanyatlás és a demencia között. 32 tanulmány összefoglaló áttekintése alapján a depresszió a demencia kockázati tényezőjének bizonyult, nevezetesen a depresszió fennállása megduplázza a demencia kockázatát (Prince és mtsai., 2014 idézi WHO, 2019).

A depresszió és a kognitív hanyatlás vagy demencia közötti kapcsolatnak számos lehetséges magyarázata van. Ezek közé tartoznak a noradrenerg változások és a fehérállomány léziók okozta depresszió; a korai szakaszban a kognitív hanyatlás felismeréséből fakadó depresszió vagy az a depresszió, amely súlyosbítja a már meglévő deficiteket pl. a motiváció csökkenésével és a saját kognitív kapacitás csökkenésével (Camus és mtsai., 2004, Jorm, 2001, Kales és mtsai., 2005, Schweitzer és mtsai., 2002 idézi WHO, 2019).

A farmakológiai beavatkozások hatásosságáról a depresszió kezelésére (antidepresszáns gyógyszerek) a szokásos kezeléssel vagy a placebóval összehasonlítva, egy szisztematikus áttekintésből nyertek bizonyítékot, amelyben normál kognitív színvonalú, súlyos depressziós betegeket vizsgáltak.

Az EKZ-vel rendelkező felnőttek esetében nem állnak rendelkezésre bizonyítékok.

A bizonyítékok támogatják a vortioxetin (de nem más farmakológiai beavatkozások) alkalmazását depresszió kezelésére, a kognitív hanyatlás vagy a demencia kockázatának csökkentése érdekében. Káros, nem kívánatos mellékhatásokra vonatkozó adatok azonban nem elérhetőek.

A depresszió kezelésére szolgáló pszichológiai beavatkozások hatásosságáról a placebóval vagy beavatkozás nélkül összehasonlítva, nem találtak releváns szisztematikus áttekintést a kognitív hanyatlás vagy demencia vonatkozásában.

Jelenleg nincs elegendő bizonyíték a depresszió kezelésére a kognitív hanyatlás/dementia kockázatának csökkentése érdekében. Azonban a depresszív zavar kezelése egyéb pozitív kimenetelek tekintetében javasolt és indokolt.

3.2.10. Halláskárosodás kezelése

A halláskárosodás kezelése a hatályos hazai irányelvek alapján előírt beavatkozások szerint javasolt. Továbbá a WHO irányelve is megfogalmaz erre vonatkozó ajánlásokat.

Ajánlások és megfontolások a WHO irányelve szerint:

- 1. Jelenleg nincs elegendő bizonyíték arra, hogy a hallást segítő beavatkozások csökkentenék a kognitív hanyatlás és demencia kockázatát.**
- 2. A WHO irányelve szerint az idősek körében halláskárosodás időben történő azonosítása és kezelése érdekében szűrést és hallókészülékeket kell biztosítani.**

További javaslatok:

- Növelni kell a közösség tudatosságát a halláskárosodásról és az időskorúak audiológiai rehabilitációjának pozitív előnyeiről közösségi felderítés (casefinding) és tájékoztató tevékenységek révén.
- Ösztönözni kell az egészségügyi szakembereket, hogy szűrjék ki az idősek halláskárosodását rendszeresen kikérdezve őket a hallásukról. Az audiológiai vizsgálat, az otoszkópos vizsgálat és a suttogó hangvizsgálat szintén ajánlott.
- A hallókészülékek a halláskárosodásban szenvedő idősök preferált kezelése, mivel minimalizálják a hallásuk csökkenését és javítják a funkcionálást a mindennapokban.
- A gyógyszereket felül kell vizsgálni a lehetséges ototoxicitás (ototoxicity) szempontjából.
- A krónikus középfülgyulladásban vagy hirtelen hallásvesztéstől szenvedő személyeket, továbbá akiknél bármely szűrővizsgálat halláskárosodást valószínűsít, otolaringológushoz kell irányítani.

Az ajánlás szakirodalmi háttere:

A halláskárosodás az életkorral összefüggő rendellenesség. Mint ilyen, az egészségkárosodásban leélt évek számának tekintetében a negyedik leggyakoribb ok az általános populációban (WHO, 2012 idézi WHO, 2019), és becslések szerint minden harmadik 65 éves vagy annál idősebb felnőttet érinti, ez a statisztika pedig évente növekszik (Wilson és mtsai., 2017 idézi WHO, 2019).

A halláskárosodás olyan következményekkel jár, mely funkcióromlást okoz és negatív hatással van a társas és érzelmi jólétre.

A hallás romlása kedvezőtlenül befolyásolja az egyén másokkal való kommunikációs képességét, amely frusztrációt, elszigeteltséget, magányt okozhat, súlyosbítva ezzel eleve az időskorra jellemző fokozódó elszigetelődést (Ciorba és mtsai., 2012 idézi WHO, 2019).

A hallásvesztés bizonyítottan a kognitív hanyatlás vagy a demencia megnövekedett kockázatával jár együtt (Lin és mtsai., 2013 idézi WHO, 2019), továbbá funkcióromlást és problémás gondozást okoz, ezért a halláskárosodás kezelése kiemelt fontosságú.

A halláskárosodás kezelésére szolgáló beavatkozások (például hallókészülékek) hatásosságára a szokásos ellátás vagy a beavatkozás elmaradásával szemben egy szisztematikus áttekintés ad bizonyítékot, amelyben normál kognitív színvonalú hallássérült felnőtteket vizsgáltak (Cherko és mtsai., 2016 idézi WHO, 2019).

Nem állnak rendelkezésre bizonyítékok az EKZ-vel rendelkező felnőttek esetében.

A kutatási eredmények nagyon limitáltak, ezért összességében a bizonyítékok nem elegendőek a beavatkozás ajánlásához

Elmondható azonban, hogy két egyedi vizsgálat eredménye szerint a hallókészülékek javíthatják az életminőséget.

Nincs adat az EKZ vagy demencia, funkcionális szint (ADL, IADL), káros, nem kívánatos mellékhatások vagy lemorzsolódási arány tekintetében.

Jelenleg tehát nincs elegendő bizonyíték a hallókészülékek használatának ajánlására a kognitív hanyatlás/demencia kockázatának csökkentése érdekében. Azonban a hallókészülékek használata fontos az idősök hallásának javítása érdekében, mely további előnyökkel jár (funkcionálás és életminőség), és javasolt az ICOPE¹¹ irányelveinek megfelelően.

3.2.11. Zsírányagcsere-zavar (Diszlipidémia) kezelése

A zsírányagcsere-zavar kezelése a hatályos hazai irányelvek alapján előírt beavatkozások szerint javasolt. Továbbá a WHO irányelve is megfogalmaz erre vonatkozó ajánlásokat.

Ajánlások és megfontolások a WHO irányelve szerint:

A diszlipidémia kezelése középkorúaknál javasolható a kognitív hanyatlás és demencia kockázatának csökkentésére.

Evidencia szintje: alacsony

Ajánlás erőssége: feltételes

¹¹ Forrás: <https://www.who.int/ageing/publications/icope-handbook/en/> Letöltve: 2020.08.22.

További megfontolások:

Statin kezelés indítása nem javasolt csak a mentális hanyatlás/demencia kockázatának csökkentése érdekében, azonban számos kedvező egészségügyi hatása miatt igen.

Az ajánlás szakirodalmi háttere:

Az emelkedett szérum koleszterinszint a legfontosabb módosítható kardiovaszkuláris kockázati tényezők egyike. Világszerte az isémiás szívbetegségek egy harmada a diszlipidémiának tulajdonítható és évente 2.6 millió halálesetet követel. Már az 1970-es években is felismerték, hogy a vér emelkedett koleszterinszintje összefüggésben van a demencia és Alzheimer-kór emelkedett előfordulásával (Richardson és mtsai., 2000 idézi WHO, 2019). A vér koleszterinszintjének csökkentésére a diszlipidémia súlyossága és a kardiovaszkuláris kockázattól függően életmód és farmakológiai megközelítések alkalmazhatóak. Számos tanulmány vizsgálta a statinterápia kedvező hatását a demencia megelőzésében, azonban a vizsgálatok heterogenitása miatt nem volt egyértelmű a bizonyíték (Song és mtsai., 2013, Swiger és mtsai., 2013, Wong és mtsai., 2013 idézi WHO, 2019). Nemrégiben az Alzheimer betegségben szenvedőknél újra vizsgálták a statin szedésének hatását és megállapították, hogy a simvastatin szedése lassíthatja a kognitív hanyatlás progresszióját (Geifman és mtsai., 2017 idézi WHO, 2019).

A diszlipidémia statinkezeléssel történő szabályozásának hatásosságáról a placebóval szemben egy szisztematikus irodalomkutatásból szereztek adatot, amely normál kognícióval rendelkező és diszlipidémiában szenvedő felnőtteket vizsgált (McGuinness és mtsai., 2016). EKZ-ra vonatkozóan nem találtak bizonyítékot. A bizonyítékok minősége közepes volt a kognitív funkciók kimenetelei szempontjából és alacsony a demencia esetén, ami azt mutatja, hogy a statinokkal való kezelés nem befolyásolja a demenciát és a kognitív hanyatlást. Közepes minőségű bizonyíték áll rendelkezésre arra vonatkozóan, hogy a statinokkal való kezelés nem növeli a káros mellékhatások bekövetkezését.

Számos megfigyeléses bizonyíték mutatja azt, hogy a diszlipidémia megnövekedett kockázatot jelent a demenciára és a kognitív hanyatlásra nézve, és bizonyítékot találtak arra vonatkozóan, hogy a diszlipidémia szabályozása és a demencia, valamint kognitív hanyatlás csökkent kockázata között kapcsolat van (Geifman és mtsai., 2017, Hersi és mtsai., 2017, Reitz, 2013, Song és mtsai., 2013). Mindez arra utal, hogy a középkorúak körében a diszlipidémia szabályozása közvetett módon csökkenteni képes a mentális hanyatlás és demencia kockázatát.

A diszlipidémia kezelésének kedvező hatásai meghaladják a nem kívánt hatásokat ezért feltételes ajánlás fogalmazódott meg ezzel kapcsolatban. Egy randomizált kontrollált vizsgálat (McGuinness és tsai., 2016 idézi WHO, 2019) alapján kései életkorban (65 év felett) a koleszterinszabályozást és a statin szedését nem indokolt javasolni, mert csak a középkorúaknál mutatható ki kockázatcsökkentő hatása. Azonban az ő körükben javasolt beavatkozás.

3.2.12. Kognitív beavatkozások

Ajánlások és megfontolások a WHO irányelve szerint:

Kognitív tréning talán javasolható idősebb, normál kognitív funkciókkal vagy EKZ-vel rendelkező felnőtteknek, hogy csökkentsék a demencia kialakulásának kockázatát.

Evidencia szintje: rendkívül alacsony-alacsony

Ajánlás erőssége: feltételes

Az ajánlás szakirodalmi háttere:

A demencia kognitív beavatkozásokkal megelőzhető, habár nem mindenkinél alakul ki kognitív hanyatlás, azok közül, akiknél a demencia kialakulásának kockázati tényezői fennállnak. A kognitív tartalék protektív faktornak tekinthető mely csökkentheti a demencia és kognitív hanyatlás kialakulásának kockázatát (Stern, 2012 idézi WHO, 2019). A kognitív tartalék az agy azon képességére vonatkozik, mely képes kompenzálni a neuropatológiai károsodásokat vagy megküzdeni velük. A tanulmányok szerint a megnövekedett kognitív aktivitás stimulálhatja (vagy növelheti) a kognitív tartalékokat és tompító hatása van a kognitív hanyatlással szemben, szignifikánsan csökkenti az EKZ és az Alzheimer-kór kockázatát azoknál, akik magas fokú kognitív aktivitásról számoltak be szemben azokkal, akik alacsonyról (Stern és Munn, 2010, Sattler, 2012 idézi WHO, 2019).

A megnövekedett kognitív aktivitás elérhető kognitív stimulációs terápia és/vagy kognitív tréning segítségével. Kognitív stimuláció során a személy a kognitív és szociális működés növelésével foglalkozó széles körű kognitív aktivitást folytat, míg kognitív tréning esetében meghatározott speciális standardizált gyakorlatok növelik a kognitív funkciókat (Clare és Woods, 2004 idézi WHO, 2019). Az Amerikai Egyesült Államok szerint a kognitív tréning olyan beavatkozás, melynek célja az életkorral összefüggésbe hozható kognitív hanyatlás, EKZ és a klinikai Alzheimer-típusú demencia megelőzése vagy csökkentése. A WHO ICOPE eljárásrendje is javasolja a kognitív stimulációt.

A kognitív stimulációra vonatkozó bizonyítékok egészséges felnőttek esetében egy szisztematikus szakirodalmi áttekintésből származnak. EKZ-ban szenvedő felnőttekre nem találtak bizonyítékot a szakirodalmakban. A review szerint a beavatkozások fele bizonyult hatékonynak a kognitív kimenetek befolyásolásában legalább egy kognitív területen (végrehajtó funkciók, figyelem, memória, nyelv és/vagy a feldolgozás sebessége) (Strout és mtsai., 2016 idézi WHO, 2019). A bizonyítékok minősége alacsony. Az eredmények leíró formában voltak megtalálhatóak, nem metaanalízisben. EKZ és demencia esetében nem volt elérhető bizonyíték.

A kognitív tréning hatását a szokásos gondozással (TAU) vagy a beavatkozás hiányával szemben, egészséges felnőtteknél egy szisztematikus review ismertette (Chiu és mtsai., 2017 idézi WHO, 2019). Eredmények szerint a kognitív tréning egészséges felnőtteknél közepes pozitív hatással bír az általános kognitív funkciók tekintetében. A bizonyíték minősége alacsony. EKZ és demencia esetében nem található evidencia.

A kognitív tréning összehasonlítását a szokásos (TAU) ellátással vagy a beavatkozás hiányával, EKZ-ban szenvedő felnőtteknél két szisztematikus review írta le (Chandler és mtsai., 2016, Sherman és mtsai., 2017 idézi WHO, 2019). A kognitív funkciók tekintetében a bizonyítékok minősége alacsony, mely azt

jelzi, hogy a kognitív tréningnek az EKZ-ban szenvedő felnőttek esetében kismértékű pozitív hatása van. Demencia vonatkozásában rendkívül alacsony a bizonyítékok minősége és csak leíró tanulmányokból származnak. Egy tanulmány szerint a kontrollcsoport felénél, de a kísérleti csoportból egynél sem alakult ki demencia a 8 hónapos utánkövetést vizsgálva, míg egy másik tanulmány szerint a kísérleti csoportból többen számoltak be demenciáról a 2 éves utánkövetés során (Chandler és mtsai., 2016 idézi WHO, 2019). A kognitív tréningnek EKZ-ban szenvedő felnőtteknél csak kismértékű pozitív hatása volt az Alzheimer-kór tekintetében, a bizonyítékok minősége alacsony.

A kognitív beavatkozásokra vonatkozó bizonyítékok főként idősekre vonatkoznak. Összességében elmondható, hogy ebben a populációban a kognitív tréning kívánatos hatása kifejezettebb, ezért alkalmazása javasolt. A kognitív stimuláció esetében a bizonyítékok hiányosak, ezért az alkalmazására vonatkozó ajánlás nem született.

Hivatkozások:

Larson, E. B. (2017). Risk factors for cognitive decline and dementia. In J. L. Wilterdink (Ed.), *UpToDate*. Letöltve: 2017.11.08.-án: <https://www.uptodate.com/contents/risk-factors-for-cognitive-decline-and-dementia>

Podolski, N., Brixius, K., Predel, H. G., Brinkmann, C. (2017). Effects of regular physical activity on the cognitive performance of type 2 diabetic patients: a systematic review. *Metabolic Syndrome & Related Disorders*, 15(10), 481–493.

Yaffe, K., Falvey, C., Hamilton, N., Schwartz, A. V., Simonsick, E. M., Satterfield, S. et al (2012). Diabetes, glucose control, and 9-year cognitive decline among older adults without dementia. *Archives of Neurology*, 69(9), 1170–1175. doi:10.1001/archneurol.2012.1117.

World Health Organization (2019). *Risk reduction of cognitive decline and dementia. WHO Guidelines*. Letöltve 2020.05.20-án: https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/guidelines_risk_reduction/en/

Melléklet

M1. SZŰRŐVIZSGÁLATI ESZKÖZÖK

M1.1. Spielberg-féle Állapot Szorongás Kérdőív (STAI-S)

Néhány olyan megállapítást olvashat az alábbiakban, amelyekkel az emberek önmagukat szokták jellemezni. Figyelmesen olvassa el valamennyit és karikázza be a megfelelő számot attól függően, hogy ebben a pillanatban,

ÉPPEN MOST HOGYAN ÉRZI MAGÁT.

Nincsenek helyes, vagy helytelen válaszok. Ne gondolkodjon túl sokat, hanem a jelenlegi érzéseit a legjobban kifejező választ jelölje meg!

	egyáltalán nem	valamennyire	eléggé	nagyon/ teljesen
1. Nyugodtnak érzem magam.	1	2	3	4
2. Biztonságban érzem magam.	1	2	3	4
3. Feszültnek érzem magam.	1	2	3	4
4. Valami bánt.	1	2	3	4
5. Gondtalannak érzem magam.	1	2	3	4
6. Zaklatott vagyok.	1	2	3	4
7. Aggódok, hogy bajba keveredem.	1	2	3	4
8. Kipihentnek érzem magam.	1	2	3	4
9. Szorongok.	1	2	3	4
10. Kellemesen érzem magam.	1	2	3	4
11. Elég önbizalmat érzek magamban.	1	2	3	4
12. Ideges vagyok.	1	2	3	4
13. Nyugtalanak érzem magam.	1	2	3	4
14. Fel vagyok húzva.	1	2	3	4
15. Minden feszültségtől mentes vagyok.	1	2	3	4
16. Elégedett vagyok.	1	2	3	4
17. Aggódok.	1	2	3	4
18. Túlzottan izgott és feszült vagyok.	1	2	3	4
19. Vidám vagyok.	1	2	3	4
20. Jól érzem magam.	1	2	3	4

Értékelés:

A teszt értékelése során az egyes sorokban szereplő pontszámokat összegezzük.

Fordított tételek: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 és 20. A fordított itemek esetén a tételek mellett látható értékeket fordított sorrendben számoljuk (1=4, 2=3, 3=2, 4=1), és ily módon adjuk a többi tételhez.

STAI standard értékek

	Állapotszorongás	
	átlag	szórás
Férfi	38,40	10,66
Nő	42,64	10,79

M1.2. Rövidített Beck Depresszió Kérdőív (BDI-R)

Kérjük, értékelje az alábbi állításokat önmagára vonatkoztatva az alábbiak szerint!

1. Egyáltalán nem jellemző
2. Alig jellemző
3. Jellemző
4. Teljesen jellemző

1. Minden érdeklődésemet elvesztettem mások iránt.

1 2 3 4

2. Semmiben nem tudok dönteni többé.

1 2 3 4

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

1 2 3 4

4. Túlságosan fáradt vagyok, hogy bármit is csináljak.

1 2 3 4

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

1 2 3 4

6. Semmiféle munkát nem vagyok képes ellátni.

1 2 3 4

7. Úgy látom, hogy a jövő reménytelen és a helyzetem nem fog javulni.

1 2 3 4

8. Mindennel elégedetlen vagy közömbös vagyok.

1 2 3 4

9. Állandóan hibáztatom magam.

1 2 3 4

Értékelés:

A 9 állítás mindegyikét a személy 1-től 4-ig pontozza aszerint, hogy adott állítás milyen mértékben jellemzi. Az eredmények értelmezése:

9-13 pont: normál érték,

14-18 pont: enyhe depressziós állapot,

19-24 pont: közepes súlyos depressziós állapot,

25 pont fölött: súlyos depressziós állapot valószínűsíthető.

M1.3. Edinburgh Posztnatális Depresszió Skála (EPDS)

Kérdőívünk segítségével azt szeretnénk megtudni, hogyan érzi magát, milyen hangulatban telnek a napjai. Kérjük, JELÖLJE MEG azt a választ, amelyről azt gondolja, hogy a legjobban kifejezi, hogyan érezte magát az elmúlt héten! Kérjük, MINDEN kérdésre válaszoljon!

1. Tudtam nevetni, és láttam a dolgok humoros oldalát.

- (0) Ahogyan mindig.
- (1) Talán nem annyira, mint máskor.
- (2) Sokkal kevésbé, mint máskor.
- (3) Egyáltalán nem.

2. Örömmel készültem mindenféle dologra.

- (0) Ahogyan mindig szoktam.
- (1) Egy kicsit kevésbé, mint szoktam.
- (2) Sokkal kevésbé, mint szoktam.
- (3) Szinte egyáltalán nem.

3. Minden kudarc miatt magamat okoltam.

- (3) Igen, folyton.
- (2) Igen, elég sokszor.
- (1) Nem túl gyakran.
- (0) Nem, soha.

4. Minden ok nélkül szorongtam vagy aggódtam.

- (0) Egyáltalán nem.
- (1) Nagyon ritkán.
- (2) Igen, előfordult.
- (3) Igen, gyakran előfordult.

5. Ok nélkül féltem vagy pánikba estem.

- (3) Igen, elég sokszor.
- (2) Igen, néha.
- (1) Nem, nemigen.
- (0) Egyáltalán nem.

6. Összecsaptak a hullámok a fejem felett.

- (3) Igen, szinte egyáltalán nem tudtam elvégezni a teendőimet.
- (2) Igen, előfordult, hogy nem tudtam olyan könnyen elvégezni a teendőimet, mint máskor.
- (1) Nem, legtöbbször sikerült elvégezni a dolgomat.
- (0) Nem, elvégeztem a teendőimet ugyanúgy, mint máskor.

7. Olyan rossz hangulatban voltam, hogy aludni sem tudtam rendesen.

- (3) Igen, rendszeresen.
- (2) Igen, többször előfordult.
- (1) Néha előfordult.
- (0) Nem, egyáltalán nem fordult elő.

8. Szomorú és rosszkedvű voltam.

- (3) Igen, szinte állandóan.
- (2) Igen, elég gyakran.
- (1) Nem, nem túl gyakran.
- (0) Nem, egyáltalán nem.

9. Olyan rossz hangulatban voltam, hogy még sírtam is.

- (3) Igen, nagyon sokszor
- (2) Igen, gyakran.
- (1) Csak ritkán.
- (0) Nem, soha.

10. Eszembe jutott, hogy kárt tehetnék magamban.

- (3) Igen, gyakran.
- (2) Néha.
- (1) Legalább egyszer.
- (0) Soha.

Összpontszám:

Értékelés:

Minden állításnál 4 fokú skálán (0–3) lehet pontozni, így az összpontszám 0–30 között lehet. Fontos, hogy csak valamennyi kérdés megválaszolásakor érvényes az értékelés.

- 9 pont alatt nem valószínű depresszív epizód.
- 9 vagy annál magasabb pontszám esetén depresszív epizód valószínű.

A 10. kérdésnél adott 3-as pontszám kiemelt figyelmet igényel az öngyilkossági veszély miatt: mentálhigiénés szakemberhez irányítás szükséges.

M1.4. Hangulatzavar kérdőív (MDQ)

1.	Előfordult az élete során olyan időszak, amikor nem úgy viselkedett, mint általában szokott, hanem:	Igen	Nem
	– olyannyira jól és emelkedett hangulatban érezte magát, hogy mások azt gondolták, hogy ez már nem is normális, vagy annyira felpörgött, hogy ez számos nehézséget okozott?		
	– annyira ingerlékennyé vált, hogy kiabált vagy veszekedett másokkal?		
	– sokkal nagyobb lett az önbizalma, mint egyébként?		
	– sokkal kevesebbet aludt, mint általában és nem is érezte, hogy fáradt lenne?		
	– kifejezetten bőbeszédűvé vált, vagy gyorsabb lett a beszéde, mint egyébként?		
	– gondolatai egyre gyorsabban villantak át az agyán és nem tudta ezeket lelassítani?		
	– a környező dolgok olyan könnyen elterelték a figyelmét, hogy nehezen tudott bármire is koncentrálni vagy egy dologra figyelni?		
	– sokkal több energiája lett, mint korábban?		
	– sokkal aktívabbá vált és sokkal több dologba kezdett, mint általában?		
	– sokkal szociálisabbá vált, gyakrabban kereste mások társaságát, mint korábban, pl. az éjszaka közepén is felhívta a barátait stb.?		
	– sokkal inkább érdeklődött a szex iránt, mint általában?		
	– korábbi tevékenységeihez képest szokatlan dolgokat csinált, melyekről mások azt gondolhatták, hogy mértéktelen, furcsa, vagy kockázatos?		
	– költekezni kezdett, mely komoly problémákat okozott Önnek vagy családjának?		
2.	Ha legalább két kérdésre igennel válaszolt a fentiek közül, előfordult, hogy ezek közül több is ugyanabban az időszakban jelentkezett? <i>Kérjük csak egy lehetőséget jelöljön meg!</i>		
	IGEN	NEM	
3.	<i>A fentiek eltérések milyen mértékben okoztak Önnek problémát, például, hogy nem volt képes ellátni a munkáját; összeütközésbe került a törvénnyel; konfliktusba került másokkal, vagy családi problémák, pénzügyi nehézségek jelentkeztek? Kérjük, csak egy lehetőséget jelöljön meg!</i>		
	NEM OKOZOTT PROBLÉMÁT	CSEKÉLY PROBLÉMA	MÉRSÉKELT PROBLÉMA
			SÚLYOS PROBLÉMA

Értékelés:

Az első kérdésben minden igen válaszra 1 pont.

Bipoláris zavarra utal (jó szenzitivitás és nagyon jó specificitás mellett)

- min. 7 pont az első kérdésben
- igen a 2. kérdésre
- legalább mérsékelt vagy súlyos problémát okozott

M1.5. Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje (AUDIT)

1. Milyen gyakran iszik alkoholtartalmú italt?

- (0) Soha
- (1) Havonta vagy kevesebbszer
- (2) Kétszer vagy négyszer egy hónapban
- (3) Kétszer vagy háromszor egy héten
- (4) Négyszer vagy többször egy héten

2. Mennyi alkoholtartalmú italt fogyaszt egy olyan napon amikor iszik?

- (0) 1 vagy 2 (1) 3 vagy 4 (2) 5 vagy 6 (3) 7 vagy 9 (4) 10 vagy több

3. Milyen gyakran iszik hat vagy annál több alkoholtartalmú italt egy alkalommal?

- (0) Soha
- (1) Kevesebbszer, mint havonta
- (2) Havonta
- (3) Hetente
- (4) Naponta vagy szinte naponta

4. Az elmúlt évben milyen gyakran érezte, hogy nem bírja abbahagyni az ivást ha már elkezdte?
- (0) Soha
 - (1) Kevesebbszer, mint havonta
 - (2) Havonta
 - (3) Hetente
 - (4) Naponta vagy szinte naponta
5. Az elmúlt évben milyen gyakran érezte, hogy nem bírta teljesíteni azt, amit Öntől elvártak, mert ivott?
- (0) Soha
 - (1) Kevesebbszer, mint havonta
 - (2) Havonta
 - (3) Hetente
 - (4) Naponta vagy szinte naponta
6. Az elmúlt évben milyen gyakran volt szüksége egy első italra reggel, hogy elkezdje a napot egy erős italozás után?
- (0) Soha
 - (1) Kevesebbszer, mint havonta
 - (2) Havonta
 - (3) Hetente
 - (4) Naponta vagy szinte naponta
7. Az elmúlt évben milyen gyakran volt büntudata ivás után?
- (0) Soha
 - (1) Kevesebbszer, mint havonta
 - (2) Havonta
 - (3) Hetente

(4) Naponta vagy szinte naponta

8. Az elmúlt évben milyen gyakran történt, hogy nem emlékezett arra, hogy mi történt az este italozás miatt?

(0) Soha

(1) Kevesebbszer, mint havonta

(2) Havonta

(3) Hetente

(4) Naponta vagy szinte naponta

9. Megsérült-e Ön, vagy valaki más az italozása miatt?

(0) Nem (2) Igen, de nem a múlt évben (4) Igen, a múlt évben

10. Aggódott-e már rokon, barát, orvos vagy egy egészségügyi dolgozó az ivása miatt és javasolta-e a csökkentést?

(0) Nem (2) Igen, de nem a múlt évben (4) Igen, a múlt évben

Értékelés:

A tételek pontozása 0-tól 4-ig terjed (az utolsó két tételre 0, 2 vagy 4 pont adható), így az elérhető maximális pontszám 40 pont. A magasabb pontszámok a problémák súlyosságának fokozódását mutatják.

A vizsgálatok alapján a skálán 8 pontot meghaladó személyeket veszélyeztetett alkoholfogyasztónak tekinthetők.

M1.6. Addenbrooke's Kognitív Vizsgálat (AKV)

Az eszköz az alábbi forrásokban érhető el teljes terjedelmében, kiértékelési segédlettel:

- Perczel Forintos D., Ajtay Gy., Barna Cs., Kiss Zs., Komlósi S. (2012). *Kérdőívek és becsülésskálák a klinikai pszichológiában*. Budapest: Semmelweis Kiadó.

- Stachó L., Dudás R., Ivády R., Kothencz G. és Janka Z. (2003). Addenbrooke's Kognitív Vizsgálat: a magyar változat kifejlesztése. *Psychiatria Hungarica*, 18(4), 226-240.

M2. ELLENŐRZŐLISTA A MENTÁLIS HANYATLÁS KOCKÁZATÁNAK CSÖKKENTÉSÉHEZ

A következő ellenőrzőlista a háziorvos és/vagy asszisztense által kitöltendő és az ő preventív munkájukat hivatott segíteni, átláthatóvá tenni a mentális hanyatlás megelőzését célzó tevékenységükben. (Nem a páciens által kitöltendő kérdőív!)

Az adott egyén...

1. ...fizikai aktivitása rendszeres?

- Igen, azaz heti rendszerességgel legalább összesen 150 perc közepes intenzitású vagy 75 perc nagy intenzitású aerobic testmozgás, vagy a kettő egyenlő arányú kombinációja jellemzi. => *Javasolja ennek folytatását.*
- Nem. => *Tanácsolja az ajánlások szerint (lásd [3.2.1 Fizikai aktivitás](#) c. rész).*

2. ...táplálkozása egészséges?

- Igen, mediterrán diétát vagy kiegyensúlyozott étrendet követ. => *Javasolja ennek folytatását.*
- Nem. => *Tanácsolja az ajánlások szerint (lásd [3.2.2. Táplálkozással kapcsolatos beavatkozások](#) c. rész).*

3. ...esetén túlsúly vagy elhízás fennáll (BMI>25)?

- Igen. => *Tanácsolja testsúlycsökkentést az ajánlások szerint (lásd [3.2.8. Testsúlycsökkentés](#) c. rész).*
- Nem. => *Nincs teendő.*

4. ...dohányzik?

- Igen. => *Tanácsolja a leszokást az ajánlások szerint (lásd [3.2.6. Dohányzásleszoktató beavatkozások](#) c. rész).*
- Nem. => *Nincs teendő.*

5. ...esetén alkoholhasználati zavar felmerül?

- a. Igen. => *Alkoholhasználati zavar szűrése (AUDIT) (lásd [3.2.7. Alkoholhasználati zavarral kapcsolatos beavatkozások](#) c. rész)*
- b. Nem. => *Nincs teendő.*

6. ...esetén aktív társas élet jellemző?

- a. Igen. => *Javasolja ennek folytatását.*
- b. Nem. => *Tanácsolja az ajánlások szerint (lásd [3.2.3. Társas aktivitás](#) c. rész).*

7. ...esetén depresszió gyanúja felmerül?

- a. Igen. => *Depresszív zavar szűrése (RS-R és BDI-R) (lásd [3.2.9. Depresszió kezelése](#) c. rész).*
- b. Nem. => *Nincs teendő.*

8. ...kognitívan aktív?

- a. Igen. => *Javasolja ennek folytatását.*
- b. Nem. => *Tanácsolja az ajánlások szerint (lásd [3.2.12. Kognitív beavatkozások](#) c. rész).*

9. ...esetén halláskárosodás gyanúja felmerül?

- a. Igen. => *Halláskárosodás kivizsgálása (lásd [3.2.10. Halláskárosodás kezelése](#) c. rész)*
- b. Nem. => *Nincs teendő.*

10. ...esetén zsíryanycsere-zavar gyanúja felmerül?

- a. Igen. => *Zsíryanycsere laborvizsgálata*
- b. Nem. => *Nincs teendő.*

11. ...esetén magas vérnyomás gyanúja felmerül?

- a. Igen. => *Vérnyomás monitorozása, kivizsgálás szükséges.*
- b. Nem. => *Nincs teendő.*

12. ...esetén cukorbetegség gyanúja felmerül?

- a. Igen. => *Cukorbetegség kivizsgálása.*
- b. Nem. => *Nincs teendő.*