

DOKTORI (PhD) ÉRTEKEZÉS

Dr. Garbóczy Szabolcs

**A pszichometriai eszközökben rejlő potenciál a nehezen
felismerhető mentális problémák szűrése terén az
alapellátási gyakorlatban**

**DEBRECENI EGYETEM
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYOK DOKTORI ISKOLA
Debrecen, 2023**

DOKTORI (PhD) ÉRTEKEZÉS

A pszichometriai eszközökben rejlő potenciál a nehezen felismerhető mentális problémák szűrése terén az alapellátási gyakorlatban

Dr. Garbóczy Szabolcs

Témavezető: Dr. Kolozsvári László Róbert



**DEBRECENI EGYETEM
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYOK DOKTORI ISKOLA
Debrecen, 2023**

A pszichometriai eszközökben rejlő potenciál a nehezen felismerhető mentális problémák
szűrése terén az alapellátási gyakorlatban

Rövidítések jegyzéke.....	7
1. Bevezetés.....	11
2. Irodalmi áttekintés.....	14
2.1. Pszichés zavarok előfordulása a háziorvosi praxisban	14
2.1.1. Nemzetközi viszonyok	14
2.1.2. Magyar viszonyok	17
2.1.3. A pszichés zavarok következményei.....	18
2.1.4. Fel nem ismert esetek	19
2.1.5. Felismerést nehezítő tényezők.....	21
2.1.5.1. Egészségműveltség, stigma és egészségügyi rendszer	21
2.1.5.2. A háziorvos oldaláról felmerülő tényezők.....	22
2.1.5.3. A beteg oldaláról felmerülő tényezők.....	23
2.1.5.4. A hozzátartozó oldaláról felmerülő tényezők	24
2.1.6. Felismerést elősegítő tényezők.....	25
2.1.6.1. A háziorvos oldaláról felmerülő tényezők.....	25
2.1.6.2. A beteg oldaláról felmerülő tényezők.....	26
2.2. A COVID-19 pandémia hatása az alapellátásra.....	26
2.2.1. Kezdeti időszak	26
2.2.2. Mentális hatások.....	27
2.2.3. Telemedicina	28
2.2.4. Ajánlások.....	29
2.3. Enyhe kognitív zavar	29
2.3.1. Az enyhe kognitív zavar történeti áttekintése	29
2.3.2. Az enyhe kognitív zavar diagnosztikus kritériumai	29

2.3.3. Az enyhe kognitív zavar etiológiája	32
2.3.4. Az enyhe kognitív zavar epidemiológiája	32
2.3.5. Az enyhe kognitív zavar jelentősége	32
2.3.6. A demencia korai felismerésének különböző vetületei	33
2.3.7. Az enyhe kognitív zavar és a demencia terápiája.....	35
2.4. Egészségsszorongás.....	36
2.4.1. Az egészség fogalma	36
2.4.2. A szorongás fogalma	37
2.4.2.1. A szorongás pszichodinamikus megközelítése	38
2.4.2.2. A szorongás kognitív viselkedésterápiás szempontú megközelítése.....	39
2.4.3. Az egészségsszorongás definíciója	41
2.4.3.1 Az egészségsszorongás pszichodinamikus teóriája.....	42
2.4.3.2 Az egészségsszorongás kognitív teóriája	43
2.4.3.2.1. Az érzelmek, gondolatok és viselkedés kapcsolata a kognitív elméletben.....	45
2.4.3.2.2. Az egészségsszorongás kialakulása	45
2.4.3.2.3. A mögöttes diszfunkcionális hiedelmek eredete	46
2.4.3.2.4. Az egészségsszorongást fenntartó faktorok	47
2.4.3.2.4.1. Torzítások az információfeldolgozásban	47
2.4.3.2.4.2. Interakció a testi szenzációkkal.....	48
2.4.3.2.4.3. Biztonság-kereső viselkedés	48
2.4.3.2.4.4. Hangulat és egészségsszorongás egymásra gyakorolt hatása.....	49
2.4.3.2.4.5. Kognitív torzítások.....	49
2.4.4. Pszichológiai háttérű testi tünetek története	50
2.4.5. Az egészségsszorongás tünettana és diagnózisának megalkotása	51
2.4.5.1. Különböző nozológiai rendszerek.....	52

2.4.5.1.1. BNO	52
2.4.5.1.2. DSM.....	53
2.4.6. Az egészségssorongás epidemiológiája	57
2.4.7. Az egészségssorongás etiológiája	59
2.4.7.1. Biológiai tényezők	59
2.4.7.2. Környezeti és kulturális tényezők.....	60
2.4.7.3. Pszichológiai tényezők.....	60
2.4.7.4. Attitűd/viselkedési tényezők.....	61
2.4.7.5. Biopszichoszociális etiológia.....	61
2.4.8. Az egészségssorongás terápiája	61
2.4.9. Az egészségssorongás prognóziisa.....	65
2.4.10. Az egészségssorongás klinikai jelentősége	65
2.5. Pszichometria vizsgáloeszközök	68
2.5.1. A pszichometria vizsgáloeszközök történeti áttekintése	68
2.5.2. Tünetbecslő skálák	70
2.5.3 Pszichometria tulajdonságok.....	73
2.5.3.1. Reliabilitás	74
2.5.3.2. Validitás	74
2.5.3.3. A mérőeszközök egyéb mutatói.....	75
2.5.4. A mérőeszközök különböző típusai	75
2.5.5. A Test Your Memory (TYM) teszt	77
2.5.5.1. A TYM rövid története	77
2.5.5.2. A TYM struktúrája.....	77
2.5.5.3. A TYM pszichometria tulajdonságai.....	78
2.5.5.4. A TYM előnyös tulajdonságai	79
2.5.5.5. A magyar nyelvű TYM teszt validáló tanulmánya	80

2.5.6. A Rövidített Egészségssorongás-Kérdőív (SHAI).....	80
2.5.6.1. A SHAI rövid története	80
2.5.6.2. A SHAI itemei	82
2.5.6.3. A SHAI faktorszerkezete	82
2.5.6.4. A SHAI pszichometria i tulajdonságai	82
2.6. A disszertáció célkitűzései	83
3. Módszerek	85
3.1. Az EKZ szűrésére vonatkozó TYM-Hun validálási tanulmány módszerei.....	85
3.1.1. Beválasztási és kizárási kritériumok	85
3.1.2. A vizsgálat eszközei	85
3.1.3. Adatelemzés	86
3.1.4. Etikai megfontolások.....	86
3.2. A hallgatók egészségsorongás szintjét mérő tanulmány módszerei	86
3.1.1. A kutatásban résztvevők és a mintavétel.....	87
3.1.2. A vizsgálat eszközei	87
3.1.3. Adatelemzés	88
3.1.4. Etikai megfontolások.....	88
4. Eredmények.....	89
4.1. Az EKZ szűrésére vonatkozó TYM-Hun validálási tanulmány eredményei.....	89
4.1.1. Az EKZ szűrésére vonatkozó TYM-Hun validálási tanulmány szerzői hozzájárulásai	96
4.2. A hallgatók egészségsorongás szintjét mérő tanulmány eredményei	96
4.2.1. A hallgatók egészségsorongás szintjét mérő tanulmány szerzői hozzájárulásai	101
5. Megbeszélés	102
5.1. Edukáció és antistigma	102
5.2. Tréningek	103

5.3. Szűrőtesztek	104
5.4. Idő	106
5.5. Együttműködés	106
5.6. Kezelés.....	107
5.7. Összefoglalás és ajánlások.....	108
6. Összefoglalás.....	116
7. Irodalomjegyzék.....	118
7.1. Hivatkozott közlemények jegyzéke	118
7.2. Saját közlemények jegyzéke	148
8. Tárgyszavak	151
9. Köszönetnyilvánítás	152
10. Függelék	154
10.1. Az EKZ szűrésére vonatkozó TYM-Hun validálási tanulmány	154
10.2. A hallgatók egészségszorongás szintjét mérő tanulmány	161
10.3. A Test Your Memory magyar verziója.....	174
10.4. A Rövid Egészségszorongás-kérdőív magyar változata.....	176

Rövidítések jegyzéke

AA – Alzheimer’s Association – Alzheimer Egyesület

ACE – Addenbrooke’s Cognitive Examination – Addenbrooke-féle kognitív vizsgálat

ACE III - Addenbrooke’s Cognitive Examination III – Addenbrooke-féle kognitív vizsgálat harmadik verziója

ACE-R – Addenbrooke’s Cognitive Examination Revised – átdolgozott Addenbrooke-féle kognitív vizsgálat

AD – Alzheimer’s Disease – Alzheimer betegség

ADAS-Cog – Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive subscale – Alzheimer Betegség Vizsgáló Skála – Kognitív alskála

APA – American Psychological Association – Amerikai Pszichológiai Egyesület

AUC – area under the curve – görbe alatti területet

BDI – Beck’s Depression Inventory – Beck Depresszió Leltára

BNO-10 - Betegségek Nemzetközi Osztályozása 10. kiadása

BNO-11 – Betegségek Nemzetközi Osztályozása 11. kiadása

CBT – Cognitive behavioral therapy – Kognitív viselkedésterápia

CBT-HA – Cognitive Behavioral Therapy – Health Anxiety – egészségsszorongásra módosított kognitív viselkedésterápia

CFA – confirmatory factor analysis – megerősítő faktoranalízis

CFI – Comparative Fit Index - összehasonlító illeszkedési mutató

CIDI - Composite International Diagnostic Interview – összetett nemzetközi diagnosztikai interjú

COVID-19 – Coronavirus disease 2019 – Koronavírus betegség 2019

CT – computed tomography – kompjuterizált tomográfia

CSF – cerebrospinal fluid – agy-gerincvelői folyadék

Df - Degrees of freedom – szabadságfok

DIS - Diagnostic Interview Schedule – ütemezett diagnosztikus interjú

DSM-5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5th Edition – Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai kézikönyve 5. kiadás

DMS-5-TR - DSM-5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5th Edition - Text Revision – Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai kézikönyve 5. kiadás szöveges felülvizsgálata

DSM-III - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 3rd Edition – Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai kézikönyve 3. kiadás

DSM-IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 4th Edition – Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai kézikönyve 4. kiadás

DSM-IV-TR – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4th Edition – Text Revision – Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai kézikönyve 4. kiadás szöveges felülvizsgálata

EESZT – Egészségügyi Elektronikus Szolgáltatási Tér

EKZ – enyhe kognitív zavar

ESEMeD – European Study of the Epidemiology of Mental Disorders – Európai Tanulmány a Mentális Zavarok Epidemiológiájáról

fMRI – functional magnetic resonance imaging – funkcionális mágneses rezonancia képalkotás

FTD – Frontotemporal Dementia – frontotemporális demencia

GAD – generalized anxiety disorder – generalizált szorongásos zavar

GHQ-12 – General Health Questionnaire - Általános egészségügyi kérdőív 12 ítemes verziója

GHQ 28 – General Health Questionnaire - Általános egészségügyi kérdőív 28 ítemes verziója

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale - Kórházi Szorongás és Depresszió Skála

HAI – Health Anxiety Inventory – Egészségszorongás Leltár

HC – healthy controll – egészséges kontroll

HIV – humán immundeficiencia-vírus

HRQL – Health-Related Quality of Life – egészséggel összefüggő életminőség

IAD – illness anxiety disorder – betegségszorongás

IBS – irritable bowel syndrome – irritábilis bél szindróma

IQ - intelligence quotient – intelligencia hányadás

IQR – interquartile range – interkvartilis terjedelem

LBD – Lewy-body dementia – Lewy-testes demencia

MMPI – Minnesota Multiphasic Personality Inventory – Minnesota többfázisú személyiségleltár

MMSE – Mini Mental State Examination – mini mentális állapot felmérés

MRI – magnetic resonance imaging – mágneses rezonancia képalkotás

NEAK – Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő

NIA – National Institute on Aging – Országos Öregedést Vizsgáló Intézmény

NICE – National Institute for Health and Care Excellence – Országos Egészségügyi és Gondozási Kiválósági Intézet

NIMH – National Institute of Mental Health – Országos Mentális Egészségügyi Intézet

NPV – negative predictive value – negatív prediktív érték

PET – pozitron emissziós tomográfia

PPGHC – Psychological Problems in General Health Care – Pszichológiai Problémák az Alapellátásban

PPV – positive predictive value – pozitív prediktív érték

PRIME-MD – Primary Care Evaluation of Mental Disorders – Mentális zavarok alapellátási értékelése

PTSD – Post-Traumatic Stress Disorder – poszttraumás stressz zavar

QALY – Quality-Adjusted Life Years – életminőséggel korrigált életevek

RDC – research domain criteria – kutatási diagnosztikai kritériumok

RMSEA - Root Mean Square Error of Approximation - közelítési négyzetgyök hiba

ROC – receiver operating characteristic – vevő működési karakterisztika

SCID – Structured Clinical Interview for DSM-IV - Strukturált Klinikai Interjú a DSM-IV-hez

SD – standard deviation – szórás

SHAI – Short Health Anxiety Inventory – Rövidített Egészségssorongás-kérdőív

SHAI-IL – Short Health Anxiety Inventory illness likelihood – Rövidített Egészségssorongás-kérdőív betegség válás észlelt valószínűsége faktor

SHAI-IS – Short Health Anxiety Inventory illness severity – Rövidített Egészségssorongás-kérdőív betegség észlelt valószínűsége faktor

SPECT - single-photon emission computerized tomography – egyfotonos emissziós kompjuterizált tomográfia

SRMR - standardized root mean squared residual - standardizált gyöknégyzetes maradék

SSD – somatic symptom disorder – szomatikus tünetzavar

SSRI – selective serotonin reupake inhibitor – szelektív szerotonin visszavételgátló

TLI – Tucker-Lewis Index – Tucker-Lewis mutató

TYM – Test Your Memory – Teszteld a Memóriád

TYM-Hun – Test Your Memory magyar változata

VD – vaszkuláris demencia

WHO – World Health Organization - Egészségügyi Világszervezet

WLSMV - weighted least square mean and variance adjusted - súlyozott legkisebb négyzet átlaga és korrigált variancia

1. Bevezetés

A háziorvos életében elkerülhetetlen, hogy praxisában pszichés zavarral élő embert lásson el, illetve fordított helyzet is gyakran előfordul, azaz a mentális problémával küzdő elsőként háziorvosát keresi fel panaszával. A szomatikus megbetegedésekben a családorvosok gyakran képzetesebbek és felkészültebbek, mint a mentális zavarok terén. A testi betegedések vonatkozásában a pszichés problémáknak alapvetően három megjelenési formája képzelhető el: az első, amikor a pszichés zavarral élő személy szomatikus okkal keresi fel háziorvosát; a második, amikor szomatikus oknak látszó gonddal kér a beteg vizsgálatot mögöttes pszichés ok miatt; és a harmadik, amikor egyértelműen pszichés, lelki ok miatt látogat el a beteg családorvosához. Ezek közül a legnagyobb igénybevételt és fejtörést a második eset okozza a szakembernek, amikor a testi tünet elfedi a lelki eredetet. Ilyen manifesztációt idézhet elő többek között az, ha valaki nem tud mentális problémájáról. Ez több tényező miatt fordulhat elő: kognitív képességei többé már nem alkalmasak arra, hogy ezt a személy önmagán észlelje; az illetőnek nehéz beismernie, szembenéznie saját lelki bajaival; a mentális megterhelések tudattalan folyamatokon keresztül jelentkeznek testi jelekben.

Nagy segítséget jelenthet a helyes diagnózis felállításában és a pszichés zavarral jelentkezők felismerésében a háziorvosok szakképzési tervében szereplő egy-, illetve korábban kéthónapos pszichiátriai gyakorlat. Azonban, amint látni fogjuk, ez a 36 hónapos szakképzési időhöz képest arányaiban kevesebb tesz ki, mint amikor a háziorvosi rendelésen megjelenő pszichés zavarral élőket viszonyítjuk az összes, rendelésen megjelent pácienshez. Így leginkább azon esetek azonosításában és diagnosztizálásában jelentős a háziorvos szerepe, amikor a páciens markáns pszichés tünetekkel érkezik. Amikor a testi tünetek maszkírozzák a lelki problémákat, a háziorvos akadályba ütközhet: nem ismeri fel a lelki eredetet, ebből következően a testi tünetet kezeli. Így a kliens eredeti nehézsége nem oldódik meg és ismételten feltűnik a rendelésen, a szakember frusztrálódásához vezetve. Ezen pontok bármelyikén értékes lehet a segítő szándékú beavatkozás. A nagy időnyomás mellett megfelelő diagnózis felállítása mindenkinek üdvöztető lehet: a páciens hamarabb jut megfelelő kezeléséhez; a családorvos kompetensnek és hatékornak érezheti magát, a pszichiáter még azelőtt látja a páciens, hogy annak szomatikus betegségfelfogása rögzülne.

Igaz a mondás az egészségügy területén is: akinek kalapács van a kezében, hajlamos mindenütt szöveget látni. Vagyis a 36 hónapos háziorvostan szakképzés eddig kéthónapos, az új képzésben résztvevőknek már csak egyhónapos pszichiátriai képzéseleme – beállítódástól függően – nem elsősorban lelki, hanem szomatikus kalapácsot ad háziorvos kezébe. Arra, hogy az emberek

valóban a saját szemüvegükön keresztül szemlélik a világot, saját példámon keresztül figyeltem fel, amikor pszichiáter rezidensként háziiorvosi ügyeket kezdtem vállalni. Ekkor éltem meg azt, hogy az ügyeletet a páciensek jelentős része inkább lelki gondjaival kereste fel, mintsem testi betegségével, habár első pillanatra úgy tűnt, hogy sokuk kizárólag szomatikus problémával küzd. Akkor gondolkodtam el azon, hogy miként lehetne segíteni a háziiorvosi munkát és javítani a betegellátás minőségét. Családorvos témavezetőm segítségével a háziiorvosi praxisban pszichés zavarral élők felismerésére szűrőtesztes és kérdőíves módszert választottuk, továbbá elkezdtük ezek felhasználhatóságát tanulmányozni a dominálón szomatikus területen képzettséget biztosító medicina képviselői számára.

Először az organikus okokra visszavezethető kognitív hanyatlás szűrőtesztes felismerését tűztük ki célul. Jellegzetesen a demenciák azonosítására nagy többségében nem a megbetegedés korai fázisában kerül sor [1,2], hanem a viselkedési tünetek megjelenésekor, mely főként a közepesen súlyos szakaszra esik. Ahhoz, hogy hatékonyan küzdjünk a jelentős egyéni, családi és társadalmi szintű egészségügyi, lelki, anyagi és szociális terhek hirtelen megnövekedése ellen, a demencia korai felismerése nyújthat segítséget [3]. Ennek érdekében a demencia korai fázisát, az úgynevezett enyhe kognitív zavar (EKZ) felismerését kíséreltük meg. A választott önkitöltős szűrőteszt a kognitív funkciók olyan széles mezőjét vizsgálja, mely alkalmasnak bizonyult az EKZ magas arányú, pontos és érzékeny felismerésére.

Második lépésben a szorongások egyik formáját választottunk vizsgálatunk céljául, mely gyakran bukkanhat fel leplezetten a háziiorvosi körzetben. A COVID-19 világjárvány miatt azonban olyan szintű nehézségekbe ütköztünk, amelyek megakadályozták, hogy a háziiorvosi rendelőkben folytassuk kutatásunkat. Igyekeztünk ebből a hátrányból előnyt kovácsolni. Online felmérést végeztünk az egyetemi hallgatók mentális egészségét vizsgálva, kiemelt hangsúlyt szentelve az egészségszorongásnak, melynek megemelkedett szintje indokolatlan egészségügyi megjelenésekhez vezethet, alacsony szintje akadályozza az orvoshoz fordulást és a betegségek időben történő felismerését. [4] Kutatásunk segítségével bizonyítottuk az általunk választott kérdőív megbízhatóságát az egészségszorongás magas és alacsony szintjének azonosításakor. Ez érvényes a kérdőív online felhasználására is, mely nagy könnyebbséget jelenthet orvosnak, páciensnek egyaránt.

Tanulmányaink új szempontokat hoztak be a magyar egészségügyi ellátásba, miszerint a Test Your Memory magyar változata (TYM-Hun) alkalmas az EKZ-val élő személyek felismerésére és hogy a Rövidített Egészségszorongás-kérdőív (SHAI) online módon is megbízhatóan méri az egészségszorongás szintjét. Ezen szűrőteszt és kérdőív alkalmazásával a háziiorvosi

praxisban, a nagy betegforgalomnak megfelelően, önkitöltős és akár online módon, biztonsággal és pontosan állapíthatók meg az EKZ és az egészségszorongás. Ez azt implicálja, hogy szűrésre használhatóak a háziorvosi körzetben, ha esetleg valakinél felmerül, hogy organikus elváltozásainak mentális tünetei vannak, vagy panaszainak okai összetettek (bio-pszicho-szociális eredetűek) és nem csupán biológiailag determináltak.

A disszertáció felépítését tekintve az Irodalmi áttekintés egy általános összefoglalója a klinikai környezetben alkalmazható pszichometriai teszteknek és kérdőíveknek; ezen belül pedig kifejezett figyelmet szentelek a TYM-Hun-nak és a SHAI-nak. Bemutatom az általunk tanulmányozott két pszichés probléma, az EKZ és az egészségszorongás elméleti hátterét és megfogalmazom az értekezés célkitűzéseit. A dolgozat bemutatja a háziorvosi munka során megjelenő leggyakoribb mentális zavarokat, azok felismerésének lehetőségeit, gyakoriságait, elmaradását, továbbá kitérek a felismerés elmaradásának okaira. A Módszerek részben ismertetem két vizsgálatunk módszertanát, a vizsgálatainkban résztvevő alanyok beválogatási és kizárási kritériumait, majd a statisztikai elemzéseket részletezem. Az Eredményekben bemutatom új tudományos megállapításaimat. A Megbeszélésben ezek értelmezése és összegzésére teszek kísérletet majd az eredmények gyakorlatban történő felhasználhatóságáról és korlátairól ejtek szót. Összefoglalásként lezárom a dolgozatot kerek egészé téve azt.

2. Irodalmi áttekintés

2.1. Pszichés zavarok előfordulása a háziiorvosi praxisban

A háziorvosok az ember életében kiemelt szerepet játszanak a magyar egészségügy vonatkozásában, tekintve hogy ők látják el az egészségügy kapuőr pozícióját, és a közfinanszírozott ellátás szakmaspecifikus orvosaihoz rajtuk keresztül vezet sokszor az út. A páciens és háziorvos kapcsolata az összes orvos-beteg kapcsolat közül talán a legközvetlenebb és legbensőségesebb, melyet több dolog indokol. Elsőként említhető, hogy egy átlagos háziorvosnál évente 13.937 megjelenés történik, ami a praxisonkénti 1959 átlagos betegszámot tekintve ez személyenként kb. 7 megjelenést jelent évente. [5]

Ezzel az évi átlagos hét megjelenéssel a háziorvosok feltehetőleg előkelő helyet foglalnak el az átlaglakosság életében, ha az orvos-beteg kapcsolatokat nézzük. Egy ilyen gyakoriságú találkozás képes elmélyíteni a szakember és a segítségért forduló közötti viszonyt. Ezzel együtt elmondható, hogy ez a kapcsolat hosszútávú és megbízható: a háziorvosok akár egész felnőtt életükben nyújthatnak segítséget a klienseiknek. Harmadrészt, ha a pszichés zavarok vonatkozásában nézzük ezt a bizalmi kapcsolatot, akkor a páciensnek háziorvosánál nem kell számolnia a pszichiáterhez, pszichológushoz forduláskor esetlegesen fellépő stigmatizációval. A háziorvosok továbbá képesek lehetnek rálátni olyan dolgokra, amelyekre az egyéb területen dolgozó szakemberek nem: a régóta tartó ismeretség révén ilyen lehet a személy egyéni sérülékenysége, illetve erőforrásai, valamint az a környezet, amelyből az egyén érkezik is ismeretes lehet a családorvos számára.

2.1.1. Nemzetközi viszonyok

A háziiorvosi praxisban évtizedek óta kiterjedt és intenzív kutatás folyik a nemzetközi szinten a pszichés zavarok vizsgálatát illetően. Már az 1950-es évektől kezdve [6] rengeteg tudós vizsgáltaprobálta megvizsgálni a háziiorvosi praxisban megjelenő mentális zavarok arányát az teljes orvoshoz fordulók körében, hogy közülük mennyit sikerül felismerni, és hogy milyen tényezők lehetnek azok, melyek segítik, illetve hátráltatják a mentális zavarok azonosítást, akár a páciens, akár az orvos oldaláról. Sokan kíváncsiak voltak, mennyi a háziorvos által nem diagnosztizált pszichés zavarok aránya, és hogyan lehet javítani a felismerést.

Az irodalomban található adatok eltérőek lehetnek, tekintve hogy: (1) országonként eltér a háziorvosok szerepe; (2) folyamatosan újabb diagnosztikus rendszerek vannak érvényben egyre több mentális zavart listázva és meghatározva; (3) a betegség szűrésének módszere vizsgálatonként változhat ; (4) a különböző vizsgálatokban eltérő pszichés zavarokat szűrtek.

Feltételezhető, hogy a háziorvoshoz eljutók között arányaiban magasabb a pszichés zavarok megjelenése, mint az átlagpopulációban. [7]

Már az ötvenes évektől végeztek méréseket a háziorvosi praxisban megjelenő mentális zavarokat illetően. A korábban említett, Angliában folytatott tanulmány szerint a háziorvos betegeinek kb. 13%-a pszichés zavar miatt keresi fel orvosát. [6] Hasonló adatokat találtak másfél évtizeddel később ugyanebben az országban, de nagyobb betegpopulációt vizsgálva. [8] Ezt követően a nyolcvanas évek végén a prevalencia értékek már 25-30% körül jártak. [9] Az elsőként említett eredményekhez képest hatvan évet ugorva az időben azt találjuk a szintén angol területen végzett összesítő tanulmányban, hogy a háziorvosi praxisban 10 év alatt az emberek 12.6%-a kapott nem pszichotikus depresszió diagnózist a háziorvosától. [10]

A fentebb említett torzító tényezők kiküszöbölésére elvégeztek összefogó, standardizált kutatásokat is a területen. Ezen kutatások közül kettőt mutat be a dolgozat részletesebben: (1) az egyikük az Egészségügyi Világszervezet (WHO) által elvégzett tanulmány, melyet 14 országban folytattak le Psychological Problems in General Health Care – Pszichológiai Problémák az Alapellátásban (PPGHC) néven [11]; (2) a másik pedig egy több szervezet kezdeményezésére 6 európai országban lefolytatott vizsgálat az European Study of the Epidemiology of Mental Disorders – Európai Tanulmány a Mentális Zavarok Epidemiológiájáról (ESEMeD). [12]

Az elsőként említett tanulmányt, a PPGHC-t a világ 14 országában végezték háziorvosi praxisban: Törökország, Görögország, India, Németország, Hollandia, Nigéria, Egyesült Királyság, Japán, Franciaország, Brazília, Egyesült Államok, Kína és Olaszország vett részt a vizsgálatban, Németország két vizsgálóhellyel. A következő módszert alkalmazták: a megjelenő pácienseket random módon vizsgálták meg egy kérdőívvel a General Health Questionnaire 12 tételes verziójával (GHQ-12), miközben az orvos is véleményezte a páciens. Ezután GHQ-12-nél magasabb pontszámot elérő egy további interjún esett át, ahol a következő vizsgálatok történtek: az alapellátásra módosított összetett nemzetközi diagnosztikai interjú - Composite International Diagnostic Interview (CIDI), a szociális fogyatékoság jegyzéke - Social Disability Schedule, a rövid fogyatékosági kérdőíve - Brief Disability Questionnaire, az önértékelős általános egészségi állapot felmérés- Overall Health Status és a GHQ 28 ítemes verziója. Azt találták, hogy az alapellátásban megjelenő páciensek közel egynegyede (medián 24%) szenved valamilyen pszichés zavartól. Leggyakoribb ezek közül a depresszió (10.4%) volt, míg második leggyakoribb a különböző szorongásos zavarok: generalizált szorongás (7.9%), pánizavar (1.1%), agorafóbia (1.5%). Jelentős volt az a felfedezésük, hogy nagyjából

az esetek felét ismeri fel a háziorvos mentális zavarként, és ezeknek is mintegy a felére ad valamilyen fajta terápiát. Emellett kiemelendő a tanulmány felfedezése a küszöb alatti zavarokra vonatkozóan: jelentős a száma az olyan pszichés zavaroknak, melyek ugyan nem érik el a diagnosztikus követelményeket sem szorongásra, sem depresszióra önmagukban, de 12.8%-ban a háziorvoshoz fordulók körében megtalálhatók mindkét zavar kevert jelei. Kérdésként felvetik ennek a két zavarnak a gyakori együttjárása mentén, hogy vajon valóban elkülöníthetőek-e egymástól. [11] Ezeknek a tünetileg átfedő zavaroknak az elkülönítése régóta téma az irodalomban. [13] Több szerző a szomatoform zavarokat is az előző kettőhöz sorolja a magas komorbiditási arányuk miatt. [14-16] Egy 2015-ös összefoglaló tanulmányban, ahol 32 év tapasztalatát gyűjtötték össze 24 országból, azt találták, hogy a háziorvoshoz ellátogató páciensek 26.2-34.8%-a legalább egy szomatoform zavar diagnosztikus kritériumait elégítette ki az akkor hatályban lévő Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai kézikönyve (DSM-IV) vagy a Betegségek Nemzetközi Osztályozása 10. kiadása (BNO-10) szerint. Ugyanebben a betegpopulációban azt találták, hogy 40.2-49%-uk panaszkodott legalább egy orvosilag megmagyarázhatatlan tünetről. [17]

A másodikként említett ESEMeD vizsgálatot Európa 6 országában folytatták le az átlaglakosság körében: Belgium, Franciaország, Németország, Olaszország, Hollandia és Spanyolország. Otthonukban vizsgálták a résztvevőket két fázisban: először a CIDI egy számítógépesített változatát vették fel velük, majd pedig a Structured Clinical Interview for DSM-IV – Strukturált Klinikai Interjú a DSM-IV-hez (SCID) segítségével, melyet orvos vett fel. [12] A vizsgálatban azt találták, hogy egész élete során a lakosság 25.9%-ának van valamilyen pszichés zavara, míg az elmúlt 12 hónapban 11.5%-uk tapasztalt mentális zavart. A hangulatzavarokban szenvedők 36.8%-a, míg a szorongásos zavartól szenvedők 20.6%-a keresett segítséget. A segítséget kersők 20.7%-a nem kapott ellátást a problémájára. Hangulatzavart a lakosság 14.7%-ában, míg szorongásos zavart a 14.5%-ában találtak élettartamra vonatkozóan. A vizsgálat kiemelkedően magasnak találta a depresszió és a szorongás együttes előfordulását: azok közül, aki az elmúlt 12 hónapban depresszióval küzdötttöbb, mint 40%-a számolt be szorongásról és/vagy szerhasználati zavarról is. [18]

Egy másik nagyobb, az Egyesült Királyságban, Spanyolországban, Portugáliában, Szlovéniában, Észtországban és Hollandiában végzett tanulmány szerint a háziorvosi praxisban megjelenő páciensek jelentős része szenved depressziótól (nők 13.9, férfiak 8.5%-a) és szorongásos zavartól (nők 19.2, férfiak 10.6%-a). Ebben a vizsgálatban szintén megerősítették, hogy a háziorvosnál sűrűbben megforduló páciensek között gyakoribb a mentális zavar,

valamint bizonyították, hogy egyes országok között különbség mérhető a depresszió és a szorongásos zavarok előfordulását illetően. Míg legalacsonyabbnak a pánikzavart 6.5%-kal Hollandiában, az egyéb szorongásos zavarokat 5.2%-kal, a depressziót pedig 10.9%-kal Szlovéniában találták, addig a legmagasabb értékeket pánikzavar esetén Portugália és az Egyesült Királyság területén mérték 19.1%-kal, egyéb szorongásos zavarok és depresszió tekintetében pedig Spanyolország vezette a mezőnyt 30.0 és 29.6%-kal. [19] A Spanyolországban mért magasabb prevalencia adatokat alátámasztja egy nagy elemszámú spanyol vizsgálat, mely szerint a háziorvoshoz fordulóknak 45.1%-ának van egész élete során, míg 30.2%-ának az elmúlt egy évben legalább egy mentális zavara. [16]

Amerikai kutatók a rendelésen gyakrabban megjelenő és krónikus egészségügyi problémával küzdő betegek között nagyobb arányú pszichés zavarokat találtak. Feltehetőleg nem egyirányú az etiológiai kapcsolat, hanem inkább körkörös összefüggést kell keresni, ami azt jelenti, hogy a mentális zavar és a testi betegség ok és következmény egyaránt lehet. [20]

Kiemelt jelentőségű, hogy egyes amerikai becslések szerint a mentális egészségügyi ellátások kb. 60%-a az alapellátás területén valósul meg az Egyesült Államokban, [21] míg az antidepresszívumok 79%-át nem mentális egészségügyi szolgáltató írja fel. [22]

2.1.2 Magyar viszonyok

A nemzetközi szinten kapott adatokhoz képest nem térnek el jelentősen a hazaiak. Magyarországon még talán mindig érezteti hatását az 1989 előtti szocialista éra, ami egy gyenge szociális hálózatot és szinte nulla önsegítő csoportot hagyott maga után. Továbbá az előítéletesség mellett a diszkrimináció mértéke is megnövekedett hazánkban. [23] Egy 15 év vizsgálati anyagát feldolgozó tanulmány hasonló eredményre jutott: zavaróan magas a stigmatizáció jelenléte és tartóssága Magyarországon a mentális betegségeket illetően. [24] A háziorvosok körében végzett felmérések alapján leginkább saját kompetenciájukat kérdőjelezzik meg a mentális zavarok felismerését és ellátását illetően. A háziorvosok szerint a kapuőr funkciójuk nem kielégítő, és a kommunikáció a szakorvosokkal szintén hiányos. Bár a felszereléseket a rendelőben megfelelőnek tartották, de a finanszírozást nem, és többen vettek részt más munkában is emiatt. Az emberi erőforrások biztosítása szintén kihívást jelent. [25,26]

Talán ezeknek köszönhetően is, országunkban minimálisan elmarad a nemzetközi szinthez képest a háziorvosi praxisban megjelenő mentális zavarok diagnosztizálásának aránya. Egy 2008-as közlemény szerint a vidéki Magyarországon háromszor annyi neurólist tudtak diagnosztizálni a dokumentáció alapján, mint amennyit a vidéki orvosok diagnózisként adtak.

[27] 1211 páciens vizsgálva háziorvosi praxisban egy pszichiátriai diagnosztikus interjúval, a Diagnostic Interview Schedule-lal (DIS) azt találták, hogy 168-an (13.9%-uk), míg a háziorvosoktól 158-an (13%) kaptak pszichés zavar diagnózist, melyből 90 (7.4%) felelt meg a diagnosztikus interjú is szereplő diagnosztikus kategóriák valamelyikének. Az együttjárás a kettő között meglehetősen alacsony volt: 23 páciens kapott csupán a háziorvos és a diagnosztikai interjú alapján is hangulat és/vagy szorongásos zavar diagnózist, vagyis a DIS alapján diagnosztizáltak 13.7%-a került felismerésre a háziorvos által. [28]

A szorongásos zavarok kissé magasabb szintjét találták a magyar háziorvosi praxisban 17.7%-kal. [29] Kiemelendő a magyar vizsgálatok közül a magasvérnyomás és a temperamentum konkordanciájának vizsgálata, ugyanis magasvérnyomástól szenvedők jelentős részénél találtak ciklotím affektív temperamentumot, instabilitással és gyakori hangulatváltásokkal, melyet a magasvérnyomás rizikófaktoraként azonosítottak. Ez újfajta terápiás megközelítéseket vonhat maga után. [30] Különböző szerzők felhívták a figyelmet a küszöb alatti

mentális zavarokra és azok súlyos negatív következményeire. Az öngyilkosságot megkíséreltek 78.6%-a szenvedett a kísérlete során valamely küszöb alatti mentális zavartól, ezért javasolják azok szűrését. [31,32] Egy másik vizsgálat a fentieket megerősítette: a depresszív zavarok háziorvosi praxisban való megjelenési aránya hasonló, 18.5%, míg a major depressziós epizódé 7.3%. [33]

2.1.3. A pszichés zavarok következményei

A pszichés, mentális zavarok jelentős terhet rónak az egyénre, kezelőre és a társadalomra. Három kiemelten fontos területét érinti az értekezés a pszichés zavarok következményeinek: egyik az életminőség romlása, a másik a kiesett munkanapok száma, és végül az öngyilkosság. Egy Spanyolországban folytatott vizsgálat szerint a krónikus fájdalom után a depresszió, majd a szorongás okozza az életminőséggel korrigált életevek - Quality-Adjusted Life Years (QALY) számának legjelentősebb csökkenését. [34] A mentális zavarok, kifejezetten pedig a depresszió, jelentősen több károsodáshoz vezetnek az egészséggel összefüggő életminőség - Health-Related Quality of Life (HRQL) összes területén, mint a gyakori testi betegségek. [35] A már említett PPGHC vizsgálat alapján a foglalkozásban bekövetkezett károsodás a pánikzavar (53%) után a hypochondriasisnál (42%) volt a második legmagasabb. [36] Az amerikai háziorvoshoz forduló páciensek között gyakori, hogy egynél több mentális zavaruk van, ami miatt súlyosan rokkantak. [37] Egy másik vizsgálat szerint a nők között gyakoribb a mentális zavarok komorbiditása, és ennek megfelelően, és jórészt ennek tulajdoníthatóan, az életminőségük is alacsonyabb volt, mint a férfiaké. [38] Egy vizsgálatban arra a következtetésre jutottak a

szerzők, hogy a testi krónikus betegséget meghaladó mértékű a QALY számának elvesztése a mentális zavarok, kifejezetten pedig a hangulatzavarok miatt. [39]

Kiemelendő, hogy az öngyilkosságot elkövetettek nagyjából 20%-a vette fel a kapcsolatot mentális egészségügyi szolgálattal az öngyilkosságát megelőző egy hónapban, és átlagosan 45%-uk kereste fel háziorvosát ugyanebben az időszakban. Az idősebbek gyakrabban keresték fel háziorvosukat, mint a fiatalabbak. A nők is gyakrabban keresték fel háziorvosukat, mint a férfiak. [40] Hasonló adatokat találtak a közelmúltban: az öngyilkosok 38%-a egy héttel, míg 64%-uk 4 héttel az öngyilkossága előtt felkeresett egészségügyi ellátást, és jó részük a háziorvoshoz ment segítségért. [41]

Egy hazai vizsgálatban két csoportot hoztak létre a szorongással vagy depresszióval diagnosztizált páciensekből: akiket pszichiáter kezelte és akiket a háziorvosa. Egy éven keresztül vizsgálták az ebből fakadó költségeket: a direkt költségeket az egészségügyi kiadások jelentették, míg az indirekt költségeket a kiesett munkanapok számával jellemezték. A direkt kiadások megemelkedtek a felírt pszichiátriai gyógyszerek miatt a pszichiáterek által kezelt csoportban, ugyanakkor az egyéb, pl. belgyógyászati jellegű gyógyszerekre 37%-kal kevesebbet költöttek a betegek. A kórházban eltöltött napok száma jelentősen csökkent a kezelt csoportban és a munkahelyi hiányzások száma is 56%-os csökkenést mutatott. Ezzel szemben a háziorvosok által kezelt pácienseknél a betegszabadságon töltött napok száma 182%-kal emelkedett. Következtetésként a betegek pszichiátriai kezeléshez való hozzáféréseinek korlátozása a munkaképtelen napok számának növekedését okozza. [42] A hazai egészségügyi kiadásokat vizsgálva, a pszichotikus és az affektív zavarok költségeit összehasonlítva, azt láthatjuk, hogy az utóbbiakból a háziorvos jelentősen nagyobb mértékben veszi ki a részét, és 2010-ben a harmadik legtöbb kiadást a háziorvosi megjelenések miatt könyvelték el a gyógyszerek és a kórházi kezelés után. [43,44] A generalizált szorongásos zavar (GAD) rontja az életminőséget és munkateljesítményt, gyakran képez komorbiditást szomatikus betegségekkel és az egészségügyi rendszer túlhasználatához vezet. [45] A nem kezelt szorongásos zavarok depresszió kialakulásához, további mentális zavarokhoz (pl. szerhasználati zavarok), kiesett munkanapokhoz vezethetnek, továbbá növelik az öngyilkosság rizikóját. [33] Hazai szerzők szintén kiemelik az öngyilkosság összefüggését a mentális zavarokkal. [31,32]

2.1.4. Fel nem ismert esetek

Bár egy kutatás szerint a háziorvosi ellátásban dolgozók ugyanolyan jól azonosították a mentális zavarokat, mint a mentális egészségügy területén dolgozók (pszichológusok, pszichiáterek) [46], a háziorvosok nem ismerhetik fel az összes, mentális zavarral jelentkező

páciens praxisukban. Úgy találták, a helytelen felismerés vagy nem megfelelő osztályozás két alkotó elemből állhat össze: elfogultságból (a doktor következetes igyekezete, hogy felállítson, vagy elkerüljön pszichiátriai diagnózisokat) és a pontosságból (mennyire egyezik meg a háziorvos vizsgálata a pszichiátriai betegségeket illetően akár a páciens saját becslésével vagy egy független pszichiátriai vizsgálattal). [47]

Érdekes irányvonalat fedeztek fel Angliában: az angliai háziorvosi dokumentációkat 1998 és 2008 közé eső időszakban a kutatók szerint a háziorvosok kevesebb szorongásos zavar diagnózist kódoltak, míg ezzel ellentétben több szorongásos tünetet rögzítettek. [48]

Különböző vizsgálatokban különböző arányt kaptak a pszichiátriai zavarok felismerését illetően. Volt, ahol azt találták, hogy nagyjából a felét ismerik fel a háziorvosok a mentális zavaroknak, [20,46,49], míg máshol azt, hogy kb. a harmadát. [50] Ezeknek megfelelően egy közös dán, finn, norvég és svéd vizsgálatban azt találták, hogy országonként eltérő mértékben, 33-53% eséllyel ismerték fel a háziorvosok a mentális zavarokat a praxisukban. [51]

A PPGHC vizsgálatban résztvevő háziorvosok a pácienseik 23.4%-át diagnosztizálták klinikailag jelentős pszichológiai betegséggel. Ez nem sokban tér el a 33%-os klinikailag jelentős pszichés zavartól (24% jól meghatározott, 9% küszöb alatti), amely a kutatásban mért arány, azonban az együttjárása a kutatási mérőeszköznek és a háziorvosok diagnózisának mindössze az esetek felénél jelent meg. A depresszió 54.2%, a szomatizációs zavar 64.1%, míg a generalizált szorongásos zavar 46.1%-át azonosították korrekten. [36]

A háziorvosok egy nagy elemszámú ausztrál felmérés szerint a mentális zavarok 56%-át nem ismerik fel. Azt találták, hogy amikor a páciens szomatikus tünetekkel jelentkezik, 76%-ukat nem azonosították mentális zavarral rendelkezőként. [52]

Egy másik vizsgálatban az organikus ok miatt keletkezett pszichés tüneteket ismerték fel a legjobb eséllyel a háziorvosok, míg a személyiségzavart a legkevésbé. [46]

Egy metaanalízis alapján, melyben 8 EKZ felismerését vizsgáló tanulmány eredményeit szemlézték egyben, azt találták, hogy a háziorvosok az EKZ esetek 44.7%-át ismerték fel, de az orvosi feljegyzésekben ez mindössze 10.9%-ban jelent meg diagnózis szintjén. [53]

A GAD-ot még a depressziónál is rosszabbul diagnosztizálják: mindössze 34.4-43%-át, míg a szociális fóbiának csupán a 24%-át ismerik fel. [54]

Az idő viszont a háziorvosok oldalán áll: az idő múlásával egyre kevesebb mentális zavarban szenvedő marad felismeretlen: 1 év után mindössze 30%-uk, és 3 év múlva 14%-uk. [54]

Egy metaanalízis adatai alapján a felismerés változik a depresszió gyakoriságával: minél gyakoribb, annál jobb eséllyel ismerik fel. Amennyiben 20%-nak vesszük a depresszió prevalenciáját a háziiorvosi rendelőben, akkor eredményeik értelmében 10%-ot fog a háziorvos helyesen felismerni, 10% pedig fals negatív diagnózist kap, ugyanakkor 15%, akik egészségesek fals pozitív eredményt fognak kapni. Egyúttal az egészségesek jelentős részének a háziorvos (a teljes minta 65%-a) megnyugtató, nem depressziós diagnózist fogja adni helyesen. [55] Egy másik, az EKZ-val foglalkozó cikk szerint, ha az EKZ prevalenciája 20%-os, akkor 100 egymást követő betegtalálkozásból a háziorvos 9 igazi esetet fog felfedezni, 11-et pedig elvét, és mindössze 2 páciensnél fogja a korrekt diagnózist rögzíteni. Míg 70 esetet helyesen kizárna, 10-et fals pozitívként diagnosztizálna. [53]

Továbbá azt találták a kutatók egy egyéves időszakot vizsgálva, hogy az amerikai diagnosztikus rendszer, a DSM valamely diagnosztikus kritériumait teljesítő személyek 10%-a egy éven belül el sem látogatott a háziorvosához. Ugyanebben a vizsgálatban azon személyek 40%-a, akiknél a pszichés zavar DSM által megerősítést nyert, szomatikus diagnózist kapott a háziorvostól, és 50%-uk kapott pszichés zavar diagnózist. Az affektív zavarokat, köztük a depressziót, nagyobb eséllyel ismerték fel, mint a szorongásos zavarokat. [56]

2.1.5. Felismerést nehezítő tényezők

Érdemes megnézni azon tényezőket, melyek gátolhatják a háziorvost a megfelelő mentális zavar diagnózisának felállításában.

A PPGHC vizsgálatban kapott eredmények alapján fájdalom és egyéb testi tünetek miatt jelentkezett a páciensek 62.1%-a, míg alvászavar és kimerültség miatt 6.9%-uk, és mindössze 5.3%-uk direkt pszichológiai problémával, [36] melyet összevetve a korábbi epidemiológiai adatokkal, észlelhető, hogy helyes azonosításuk nehéz lesz a háziorvosok számára.

2.1.5.1. Egészségműveltség, stigma és egészségügyi rendszer

Még a pszichiáterek sem tudják megfelelően azonosítani háziiorvosi helyzetben a pszichés zavarokat, akkor sem, ha ez a kutatás miatt feladatuk lenne. Egy 1970-es vizsgálatban egy pszichiáter a pszichés esetek egy harmadát nem volt képes megfelelően diagnosztizálni a praxisban. [50]

Sok esetben talán a páciens sem ismeri fel pszichés problémáját akár az edukáció hiányából fakadóan, akár mert a beismerés önmagának kellemetlen. [1,57] Továbbá félelme alakulhat ki a páciensnek és az orvosnak is, hogy a pszichés zavar diagnózisával stigmatizálódik a páciens. [1,49,54,58-60] Valamint tévhitek állnak fenn azzal kapcsolatban az átlaglakosság fejében,

hogy a pszichés zavarra adott gyógyszer függőséget okozó hatású, esetleg hatástalan vagy túl drága, és természetesen ilyen kezelést nem szeretnék igénybe venni. [1,61]

Azt találták a korábban említett metaanalízisekben, hogy megnehezíti a helyes diagnózis alkotását a depresszió vagy az EKZ prevalenciájának relatíve alacsony száma is. Ugyanis emiatt nem feltétlenül gondolkodnak a háziorvosok ezekben a diagnózisokban, és a depresszió, valamint az EKZ diagnózisán kívül eső kórképeket részesítik előnyben. [53,55]

Úgy tűnik, hogy a konzultációs időtartam rövideje a bonyolult esetek diagnosztizálását nehezíti meg, mely már elkezdődik a páciens oldalán, ugyanis arra gondol, hogy úgysem lesz elég ideje, hogy tüneteit megfelelő részletességgel előadja háziorvosának. [62] A korlátozott rendelkezésre álló időt mások is hátrányosnak találták. [28,53,59,60,63,64] Ezen okok összessége miatt a tünetek felvezetése nem olyan lesz, amiből az a következtetés szűrhető le a háziorvos számára, hogy mentális zavarral állna szemben.

Talán, mivel jobban edukáltak a páciensek és az orvosok is a depressziót illetően, így annak magasabb a felfedezésének az esélye, mint a szorongásos zavaroké. [56]

A preklinikai tünetek és a segítségkereső viselkedés megfigyelhető a demencia hivatalos diagnózisa előtt már 5 évvel is, azonban számos akadályba ütközik a korai sikeres diagnózis. [53] Az irodalom szisztematikus áttekintése során talált 4 fő faktor, mely gátat szabhat a demencia diagnosztizálásának: az orvos, a beteg, a hozzátartozó és az egészségügyi rendszer. Ehelyütt az egészségügyi rendszerre térnénk ki: (1) korlátozott idő a pácienssel; (2) elégtelen közösségi szolgáltatás érhető el csupán; (3) az elérhető szakorvosok hiánya; (4) alacsony pénzügyi ösztönzők a demencia ellátására; (5) korlátozott diagnosztikai tesztek ajánló irányelvek; (6) a demencia nem élvez elsőbbséget a népegészségügyi tervben. [1]

2.1.5.2. A háziorvos oldaláról felmerülő tényezők

A háziorvosok részéről hátrány lehet a mentális zavarok felismerésében a megrögzöttség az organikus eredetéről a betegségnek, vagy a magabiztosság hiánya, amikor pszichiátriai zavar diagnosztizálására lenne szükség. [1,53,54,64] Az orvos hiányos ismeretei egy mentális zavarról szintén hozzájárulhatnak ahhoz, hogy nem kerül felismerésre az adott betegség. [1,65]

Bár a páciensek említhetik mentális tüneteiket, de rögtön az interjú elején a testi tünetekkel együtt, és az orvos csak ez utóbbiakról vesz tudomást. [49] Sok tévedés abból adódik, hogy a háziorvosok nem helyesen mérik fel a tünettől súlyosságát, és nem definitív diagnózist állapítanak meg, hanem küszöb alattit. [55]

A magyar háziorvosok 44.9%-a arról számolt be, hogy számára nem ismerős fogalom az EKZ, ami miatt a kórkép felismerése nehézségekbe ütközik. 2 éven belül demencia témájú továbbképzésben a válaszadók 19.4%-a vett részt. [65]

Többet azt a következtetést vonták le, hogy annak lehet köszönhető, hogy a háziorvosok nem adják meg a diagnózist, ami megterhelő lehet a páciens számára, mert azt hiszik, nincs hatásos kezelése az adott betegségnek, vagy nem akarnak felesleges idegeskedést okozni, esetleg az óvó megfontolások vezérlik a diagnosztikus címke negatív vonatkozásait illetően, továbbá az orvosok tételesen memóriafunkciókról beszélni a páciensekkel. [1,53]

További eltérést képez a kognitív zavar diagnózisával kapcsolatban az egyéb mentális zavarokhoz viszonyítva az orvos részéről: (1) fiatalabb életkor; (2) az ismeretek hiánya a helyi demencia támogató szervezetekről; (3) a kétség a korai diagnózis felhasználhatóságát illetően; (4) annak a szándéka, hogy csökkentse a kognitív funkciókat övező aggályokat; (5) a hozzátartozó és a páciens nyomásának elkerülése; (6) a fiatalabb páciensek vizsgálatának előnyben részesítése; (7) a szakorvoshoz irányítást hatástalannak élik meg; (8) a validált szűrőteszt hiánya; (9) az értékelő eszközök haszontalannak értékelése, vagy hogy nem alkalmazhatók a praxisban; (10) az értékelés adminisztrációjának kényelmetlensége; (11) szegényes kommunikáció a pácienssel vagy hozzátartozóval; (12) a diagnózis elmagyarázásának nehézségei. [1]

2.1.5.3. A beteg oldaláról felmerülő tényezők

Megtalálhatóak az akadályok a páciens részéről is. 1985-ben megalkották a szomatizáció azon definícióját, melynek értelmében a páciens bár pszichés problémával rendelkezik, testi tünetek miatt kér segítséget [66] Hazánkban a szomatizációt tartják az egyik legelfogadottabb szociális megoldásnak. [28] A szomatizációnak megfelelően a depresszió gyakran a következő testi tünetekkel jelentkezik: fej-, hátfájás, tartós fáradtság, izzadás, szívdobogásérzés, hányinger vagy általános testi fájdalmak. [63] A szorongás testi megjelenési formái szintén rendkívül színesek: elpirulás; hideg, nyirkos, verejtékes, lagymatag kézfogás; viszketés; torokköszörülés; szájszárazság; izzadás és testszag; szemkontaktus mértékének csökkenése; légzésszám emelkedése; sóhajtozás; fészkelődés; nyugtalanság; gesztikuláció és arcmimika csökkenése; halk beszéd. [64,67]

A PPGHC tanulmányban a diagnosztizálható pszichológiai zavarral rendelkező páciensek többsége általában szomatikus betegségekre jellemző tünetekkel jelentkezett: hátfájás, légszomj vagy szédülés. Továbbá azt állapították meg, hogy ha a páciensek úgy érzik, nem a

házi orvos területe a pszichológiai problémák megvitatása, nem fogják elmondani ilyen jellegű problémáikat. [36]

Egy másik vizsgálat során a páciensek 5.4%-a érkezett közvetlenül pszichés problémával a házi orvosához. Ehhez képest a kutatók 42.5%-uknál voltak képesek kimutatni valamilyen pszichés zavart. [60]

Megnehezíti a páciens oldaláról a felismerést, ha a beteg férfi, szomatizálja a tüneteit – a depressziók és szorongások 70%-a így jelentkezik -, és a tünetek reprezentálásának módja: ha pszichológiai okot tulajdonítanak neki, akkor könnyebben felismerik a házi orvosok. [51,54,56,59,60,68] Egy másik vizsgálat szerint az is tovább nehezíti a diagnózis felállítását, ha a páciens fiatal, egyedülálló, jobb egészségügyi állapota van, kevesebb krónikus problémával rendelkezik és ha a tünetei enyhék. [1,56] Ugyanakkor mások megjegyzik, hogy a gyakori egészségügyi komorbiditás is hátráltató tényező lehet a mentális zavarok felismerésében. [1,59]

A stigma 45%-ban játszhat szerepet abban, hogy nem beszélnek pszichológiai tüneteikről a páciensek. [54] Kevesen mutatják pszichés zavar jelét, és az is jellemző, hogy privát szférában elismerik, de nagyobb nyilvánosság előtt tagadják tüneteiket. [49] Sartorius véleménye szerint a stigma még mindig az egyik legnagyobb hátráltató abban, hogy felismerésre kerüljenek és ellátáshoz jussanak a pszichés zavarral küzdők, a pszichoedukáció ellenére. [58]

A kognitív zavarok esetében a páciensek fele nem akar egy félelmetes kognitív hanyatlásról szóló diagnózist kapni, és ezért teszteltetni sem kívánják magukat, valamint a betegség tulajdonságai (lassú kezdet, a mindennapi aktivitás megtartottsága, atípusos tünetek és egyéb betegségek komorbiditása) is fontos szerepet játszhatnak abban, hogy a házi orvos nem ismeri fel a kognitív zavart. [53]

Az egyéb mentális problémákhoz képest a kognitív zavarral élő páciensek esetén további felismerést nehezítő sajátosságokat találtak: (1) vidéki lakos; (2) úgy értékeli, hogy a kognitív hanyatlás a normális öregedés része; (3) tagadás; (4) félelem; (5) a kognitív hanyatlást nem tartja fontosnak megosztani az orvossal; (6) elfelejti említeni a kognitív tüneteket; (7) az orvosra bízta, hogy felhozza a kognitív tünetek témáját; (8) nem akarja megkérdőjelezni az orvos autoritását; (9) a betegszállítás hiánya. [1]

2.1.5.4. A hozzátartozó oldaláról felmerülő tényezők

Kiváltképp a demenciák esetén mondható el, hogy a hozzátartozó, vagy helyütt inkább gondozónak hívott személy, képes hátráltatni a demencia diagnózisának helyes megállapítását, minden jószándékának ellenére. A fiatalabb, alacsony iskolázottságú, vidéki

területen élő hozzátartozó, aki kevés információval rendelkezik a kognitív zavarok tüneteit és azok felismerését illetően, hajlamosabb a tüneteket más állapotnak tulajdonítani és elodáztatni a kivizsgálást. A gondoskodó személy olyan attitűdjé, mint a tagadás, kétség a diagnózist vagy a kezelést illetően, a stigmatizációtól való félelem tovább nehezítheti a diagnózis megállapítását. A hozzátartozó aggódik, hogy ha beigazolódik a páciensnél a demencia, ő is magasabb rizikóval fog rendelkezni. Továbbá érzelmi, pénzügyi vagy másfajta terheket is jelenthet egy ilyen diagnózis beigazolódása. Kétségeik lehetnek a gondozónak a szociális szolgáltatások igénybevételi lehetőségét illetően. A kommunikációban szintén felléphetnek akadályok: nehéz lehet megcélózni a problémás tüneteket a pácienssel vagy a háziorvossal is. A demencia diagnózisa esetén felmerülhet aggályként a hozzátartozóban a kezelés költségessége, valamint a páciens idősek otthonában történő elhelyezése kihívás. [1]

2.1.6. Felismerést elősegítő tényezők

2.1.6.1. A háziorvos oldaláról felmerülő tényezők

A háziorvos vagy a praxis sajátosságai nagyban hozzájárulhatnak a mentális zavarok eredményesebb felismeréséhez. Ilyen sajátosságnak találták, ha a háziorvos érdeklődik a pszichiátria iránt, empátiát gyakorol, és érdeklődik a családról és az otthoni problémákról. [52,54,69] Az az orvos és a beteg közötti jó terápiás kapcsolat elősegítheti a helyes diagnózis felállítását, különösképpen, ha az orvos tapasztalt az adott területen. [55] Ha az orvos képes odafigyelni a mentális zavarok nem verbális jeleire, amelyeket a páciens ad, akkor érzékenyebben ismeri fel a pszichológiai problémákat. [70] Egy páciensközpontú, nyílt párbeszéd bizonyítottan segíti a helyes mentális zavar diagnózisának felállítását. [71] [72]

Ha a szakember a közelmúltban részt vett pszichiátriai jellegű tréningen, akkor a mentális zavarok felismerésének jobb képességét mutatta. [52,73] Azt a következtetést vonták le egy Európa északi államaiban végzett kutatásban, hogy a 20-30 éve témában folyó kiterjedt kutatás ellenére a mentális zavarok felismerésének esélye nem sokat változott. Norvégiában találták a legmagasabb felismerési arányt, míg a GAD szintje a legalacsonyabb volt. Ezt azzal hozzák összefüggésbe, hogy korábban Norvégiában átfogó tréningeket tartottak a háziorvosoknak. [51]

Egy ausztrál vizsgálat a praxis sajátosságaira is kiterjesztett vizsgálat során azt találták, hogy azoknak a háziorvosoknak az esetében, akik részmunkaidőben dolgoztak a rendelőben, kevesebb, mint 100 pácienszt láttak el hetente, a praxiszámuk 2000-nél alacsonyabb volt, és regionális központokban dolgoztak, szintén jobb volt a mentális zavarok felismerésének esélye. [52]

2.1.6.2. A beteg oldaláról felmerülő tényezők

Ugyanígy, a páciens oldaláról is vannak a helyes felismerést előmozdító tulajdonságok. Ha már maga a páciens is inkább pszichológiai eredetűnek tulajdonítja a panaszát, azt könnyebben közvetíti úgy a háziorvos számára. [51,74]

Azt találták, ha az illető személy nő, középkorú, fehér, munkanélküli, külön élő vagy elvált, gyászoló, anamnézisben pszichés zavar szerepel, idősebb életkorú, és pszichológiai vagy szociális problémáról számol be, akkor könnyebben kapja meg a pszichiátriai diagnózist. [28,51,52,54-56,75]

Ha háziorvosa jobban ismeri az adott páciens, szintén elősegítheti a pszichés zavar diagnózisnak felállítását. [56]

Jellemzően akkor adták meg a háziorvosok a depresszió diagnózist, ha a páciens a következő dolgokról tett említést: stresszel teli élet, munkahelyi, anyagi vagy lakhatási bajok. Továbbá, ha több pszichés zavar egyidőben van jelen, komorbid jelenségek elősegítik a felismerést, és hogy gyógyszert kapjon a páciens a problémáira. [11] Ha súlyosabb tünettannal érkezik a páciens, az is segíti a helyes diagnózis felállítását. [55,56] A többszöri megjelenés a háziorvosnál tovább tudja növelni az esélyét a helyes diagnózis felállításának. [1,56]

2.2. A COVID-19 pandémia hatása az alapellátásra

Megkerülhetetlen, hogy a vizsgálataink ideje alatt kitört koronavírus világjárványról szót ejtsen az értekezés, ugyanis jelentős hatással volt az emberek mindennapjaira, a mentális egészségükre, és a háziorvosok működésére és a pácienseik ellátására is.

2.2.1. Kezdeti időszak

Egy, az Egyesült Királyságra kiterjedő nagy mintán elvégzett vizsgálatban azt találták, hogy 2020 első negyedében a mentális zavar diagnózisok várt számához képest a valóságos számok jelentősen elmaradtak (depresszió 43%-kal, szorongásos zavarok 47.8%-kal), és mivel a mentális zavarokból a vártnál kevesebbet diagnosztizáltak, ennek megfelelően az antidepresszívumok felírása is 36.4%-kal csökkent. [76] Hasonlóan alacsony diagnózisszámokat regisztráltak egy másik vizsgálatban is. [77] Egy angliai vizsgálat szerint a teljes háziorvosi konzultációk száma 15.51%-kal csökkent 2020 április és szeptember között az előző évihez képest, míg az antidepresszívumok felírása 3.94%-kal emelkedett ebben a periódusban. Ebből pedig arra következtetnek, hogy a mentális betegségek megnövekedett

terhét aránytalanul leginkább a gyógyszeres kezelések teszik ki az alapellátásban, anélkül, hogy ennek megfelelően nőnének a mentális egészségügyi szolgáltatásainak beavatkozásai.

Döntő fontosságú, hogy ezek az eredmények a mentális egészségügyi szolgáltatásokhoz való beutalások csökkenésével magyarázhatók. [78] Kínában hasonló eredményeket találtak a vizitek számát illetően, mint az Egyesült Királyságban, vagyis egy redukciót a depresszióval orvosukat felkeresők számának tekintetében. A kardiovaszkuláris, légzőszervi, endokrinológiai és gasztrointesztinális okok miatti konzultációk száma jelentősen csökkent, míg a pszichológiai zavarok száma a kijárási tilalom alatt emelkedett, de a depresszió miatt kért konzultációk száma szintén csökkenést mutatott. [79]

Magyarországon a vészhelyzet kihirdetésekor az első három héten az emberek a háziorvoshoz fordultak segítségért, mivel korábban nem találkoztak a lakosok ilyen jellegű problémával. Nem tudták, mit tegyenek, ezért a kétségbeesésük elfogadható volt, ahogyan a háziorvosoké is. Ebben a három hétben jelentősen megemelkedtek a háziorvosok terhei: akár 500 telefonhívást és rengeteg emailt kellett fogadniuk. Ez az áradat április közepére csökkent, majd a korlátozások enyhítésének hírére ismét felerősödött. [80]

Szeptemberre az elsőként említett Egyesült Királyságbéli tanulmány szerint is elérték a számok a várt szintet. A kutatók azt a következtetést vonták le, hogy a járvány előrehaladtával egyre több beteg jelentkezik súlyosabb mentális betegséggel, és növekszik a nem végzetes önsértések és öngyilkosságok előfordulása. [76]

2.2.2. Mentális hatások

A COVID-19 mentális hatásait vizsgáló kutatásokat összesítő tanulmány szerint a COVID-19 által érintett emberek a mentális problémák nagyobb terhének vannak kitéve, mely magába foglalja a depressziót, szorongásos zavarokat, szomatizációs zavart, alvász problémákat, poszttraumás stressz zavart (PTSD) és az öngyilkos magatartást. Azt vetítették előre, hogy egy pszichiátriai járvány is megjelenik a COVID-19 pandémiával együtt, amely az egész világra kiterjedő egészségügyi közösség figyelmét igényli. [81] Egy 204 országot és területet felölelő vizsgálatban azt találták, hogy a depressziós esetek száma 27.6%-kal, míg a szorongásos eseteké 25.6%-kal emelkedett 2020-ban világszerte. [82]

Magyarországon pszichiátriai gondozásra járó betegek körében végzett vizsgálaton azt találták, hogy a páciensek 34%-ának rosszabbodott az állapota a veszélyhelyzet alatt. A COVID-19 világjárvánnyal kapcsolatos túl sok információ leginkább a szorongásos zavarban szenvedőket viselte meg, és kevésbé a pszichotikus diagnózissal gondozott pácienseket. [83]

Időseket vizsgálva azt találták, hogy a COVID-19 pandémia kitörését követően megemelkedett körükben a magányosság érzése, álmatlanság és a szorongásos zavarok száma, továbbá gyakoribbá váltak az elmulasztott időpontok. [84]

Az érzelmi distressz mindenütt jelenlévő a pandémia által érintett populáción. Az egészségügyi ellátók nem képeznek kivételt ezalól [85], ami azért fontos, mert a háziorvosok kevésbé tudják azonosítani a mentális zavarokat, ha ők maguk is kiégéstől szenvednek. [33]

2.2.3. Telemedicina

A pszichoszociális ellátások nagy része, amelyet a COVID alatt az alapellátás biztosított növekvő mértékben, telemedicinán keresztül valósult meg. [85] Ehhez az alapellátás és az átlaglakosság is jól alkalmazkodott, mind a nemzetközi, mind a magyar szintén.

[80,86,87]

Egy kvalitatív kanadai vizsgálatban, melyben fókuszcsoportokat állítottak fel a háziorvosi csapat tagjaiból, arra voltak kíváncsiak, hogyan élték meg ezek a csapatok a COVID-19 pandémiát. Eredményeik szerint a csapatok azt észlelték, hogy nagy az igény a mentális egészségügyi ellátás iránt, de a háziorvosi ellátás a számos akadály ellenére a virtuális ellátás segítségével képes volt gyorsan alkalmazkodni a megnövekedett igényekhez. [86]

Indiai kutatók úgy vélik, hogy az egészségügyet globálisan leterhelő koronavírus járvány alatt a háziorvosok szerepe felértékelődött a közösséggel elsőként érintkező ellátóként. Mivel a mentális egészségügyi szolgáltatások elérhetősége tovább korlátozódott, a háziorvosok szerepe nőtt a mentális zavarok ellátásában. Úgy vélik, a családorvosok megfelelően képesek a világjárvány alatt megemelkedő számú gyakori mentális zavar ellátására, akár önmaguk, akár a pszichiáterek segítségével. Ebben nagy segítségükre lehet a telemedicina, melyet szerintük is elfogadott mind a szakma, mind a publikum. [87]

A magyar háziorvosok számára is szükségessé vált a telemedicina és távkonzultáció bevezetése a COVID-19 pandémia miatt. Mind a lakosság, mind az orvostársadalom elfogadta, és megszokta ezeket az ellátási formákat, melyek a pácienseket képesek hozzásegíteni az egészségügyi szolgáltatások eléréséhez akár a járvány alatt is. Az alkalmazhatóságot nagyban segítette az Egészségügyi Elektronikus Szolgáltatási Tér (EESZT), melynek segítségével online is lehetett receptet és ambuláns lapot írni a páciensek számára. [80] Az alapellátók 87%-a késznek érezte magát arra, hogy távkonzultációt bonyolítson le, ha arra szükség van. [88]

Az integrált alapellátás keretein belül bevezetett telemedicina segítségével kevesebb lett az elmulasztott orvos-beteg találkozások száma, a páciensek állapota javult, tüneteik csökkentek, és fenntartható volt az ellátás minősége. [89]

2.2.4. Ajánlások

Egy nemzetközi ajánlás értelmében az orvosoknak a betegek egészségügyi ellátása mellett azok pszichoszociális igényeit is fel kell mérniük, és pszichoszociális támaszt kell nyújtaniuk lehetőség szerint a pácienseik számára. A világjárványhoz kötődő híreket javasolt monitorozni és korlátozni, továbbá kiemelik a törvényalkotók részéről az ellentmondásos, nem egyértelmű utasítások zavaró hatását mind az átlaglakoságra, mind a szakmára. [85] A magyar háziorvosok a járvány kezdeti időszakában úgy érezték, hogy nem kaptak elég információt, vagy nem jó minőségűt a feladataikról, ugyanis csupán 44.6%-uk érezte elegendőnek a járási hivataltól kapott tájékoztatást. [88]

2.3. Enyhe kognitív zavar

2.3.1. Az enyhe kognitív zavar történeti áttekintése

Az EKZ történelme során rengeteg stádiumon haladt végig, míg a manapság elfogadott – jelenleg is folyamatosan változó - állapotához érkezett. Már 1962-ben használták a jó- és rosszindulatú időskori feledékenység (Benign or Malignant Senescent Forgetfulness) fogalmát. 1986-ban ennek a kettőnek a megkülönböztetésére az amerikai Nemzeti Mentális Egészségügyi Intézet - National Institute of Mental Health (NIMH) az életkorral összefüggő memóriazavarok elnevezést javasolta (Age Associated Memory Impairment). 1982-től az EKZ elődjét, az enyhe kognitív hanyatlást (mild cognitive decline), már használták a globális deteriorizációs skála (Global Deterioration Scale) 3-as fokozatának megfelelően, majd 1988-tól már EKZ-ként. [90] 1994-ben bevezették az életkorral összefüggő kognitív hanyatlás (Age-Associated Cognitive Decline) fogalmát, melynek kizáró kritériuma volt a demencia. A „kognitív károsodás nem demencia” (Cognitive Impairment No Dementia) fogalmát 1997-ben ismertették, mely egy nagyobb betegpopulációt ölelt fel, mert a kiváltó ok nem számított, így ide kerülhettek mind a pszichiátriai, mind a szomatikus és neurológiai betegségek talaján kialakult szellemi hanyatlások is. [91] És ezeken kívül is további ötletekkel álltak elő a fogalomalkotók, melyek olyannyira eltérnek a manapság használatos fogalmaktól, hogy azoknak a tárgyalásától ehelyütt eltekintünk.

2.3.2. Az enyhe kognitív zavar diagnosztikus kritériumai

2003-ban egy szakértőkből álló bizottság rendszerezve az addig rendelkezésre álló ismereteket irányelveket fogalmazott meg a későbbiekre vonatkozóan a betegség kivizsgálását, a képalkotók használatát, a biomarkereket és a genetikai vizsgálatokat tekintve. [92,93]

Ezek alapján az EKZ kritériumai a következők: (1) a személy nem normális és nem demens (DSM vagy BNO alapján); (2) bizonyíték áll rendelkezésre a kognitív romlásra, amelyet vagy objektíven mért időbeli hanyatlás jelez és/vagy a személy maga és/vagy informátor számol be szubjektív hanyatlásról összefüggésben az objektív kognitív hiányosságokkal; (3) és/vagy a mindennapi élet alapvető tevékenységei megőrzöttek/minimális zavar komplex instrumentális funkciókban. [92]

Miután diagnosztizálták az EKZ-t, kétfelé válhat szét a szubtípusok útja: ha a memória károsodott, akkor amnesztikus típusról, ha más terület károsodott, non-amnesztikus típusról beszélünk. Mindkettőn belül pedig megkülönböztetünk egy vagy több doménes érintettséget, eredetétől függően pedig degeneratív, vaszkuláris, pszichiátriai vagy egyéb egészségügyi lehet. Ez a rendszer jó eséllyel meg tudja jósolni, milyen típusú demenciába transzformálódik az EKZ: a degeneratív amnesztikus jórészt Alzheimer betegségbe (AD), míg a degeneratív nem-amnesztikus egy doménes frontotemporális demenciába (FTD), a több doménes pedig Lewy-testes demenciába (LBD). A vaszkuláris háttérrel rendelkező EKZ pedig vaszkuláris demenciába (VD) fog transzformálódni valószínűleg. [93]

Az öregedést vizsgáló nemzeti intézmény - National Institute on Aging (NIA) és az Alzheimer Egyesület - Alzheimer's Association (AA) 2011-ben speciális kritériumokat hozott létre az Alzheimer-, majd később a Parkinson-betegség miatt kialakuló EKZ számára. [94]

A Mayo Klinika Alzheimer Betegség Kutató Centrumának - Mayo Clinic Alzheimer's Disease Research Center diagnosztikai kategorizálása a betegséget (EKZ) a normál öregedés és a demencia közé helyezi el. Diagnosztikus kritériumaik a következők: memória panaszok, lehetőleg egy hozzátartozó által megerősítve; objektív memóriazavar korhoz és iskolázottsághoz képest; megőrzött általános kognitív funkciók; érintetlen mindennapi élettel kapcsolatos tevékenységek; és nem demens. [95]

Korábbi diagnosztikai segédletekben (DSM-IV-TR) különböző kódolásai voltak ennek a heterogén betegségcsoportnak. A jelenleg érvényben lévő DSM-5 szerint az enyhe neurokognitív zavar (mild neurocognitive disorder) alá kategorizálhatjuk. Diagnosztikus kritériumai a következők: (1) bizonyíték a szerény mértékű kognitív hanyatlásra egy korábbi szinthez képest a következő kognitív domének közül legalább egyen: komplex figyelem,

egzekutív funkciók, tanulás és memória, nyelv, perceptuális-motoros, vagy szociális kogníció, melyet alátámaszt: a, az egyén aggálya, egy hozzáértő informátor, vagy az orvos; b, egy szerény mértékű zavar a kognitív teljesítményben, lehetőleg standardizált neuropszichológiai teszttel dokumentálva, vagy ennek hiányában, más számszerűsített klinikai felméréssel; (2) a kognitív deficit nem interferál a mindennapi aktivitásban való független részvétellel (komplex instrumentális mindennapi élet aktivitásai, mint befizetni a számlákat vagy kezelni a gyógyszereket megőrzöttek, de nagyobb erőfeszítést, kompenzáló stratégiákat, vagy alkalmazkodást szükségessé tehetnek); (3) a kognitív deficit nem kizárólag delírium kontextusában jelenik meg; (4) a kognitív zavart nem lehet jobban megmagyarázni más mentális zavarral (major depressziós zavar, szkizofrénia). Ezen túl pedig lehet részletezni, milyen eredetű a zavar: AD, frontotemporalis lebeny degeneráció, traumatikus agysérülés, szer/gyógyszer használat, HIV fertőzés, prion betegség, Parkinson betegség, Huntington betegség, más egészségügyi állapot, többszörös etiológia, vagy nem specifikált. [96]

A jelenleg Magyarországon még a mindennapi gyakorlatban használatban lévő BNO-10 kritériumai a következők: egy zavar, melyet jellemez a memóriakárosodás, tanulási nehézségek és csökkent képesség, hogy rövidebb időn túl koncentrálni képes legyen az egyén a feladatra. Gyakran feltűnő mentális fáradtság érzése jelentkezhet, amikor mentális feladatok elvégzésével próbálkozik az egyén, és az új anyagok megtanulása szubjektív nehézségekbe ütközhet, annak ellenére, hogy ez objektíven sikeresnek bizonyul. Ezen tünetek egyike sem olyan súlyos, hogy akár demencia vagy delírium diagnózisa felállítható lenne. Ezt a diagnózist csak meghatározott testi rendellenességgel összefüggésben szabad felállítani, és nem szabad felállítani az F10-F99 kategóriába sorolt mentális vagy viselkedési zavarok bármelyike esetén. A zavar számos agyi vagy szisztémás eredetű fertőzést és testi rendellenességet előzhet meg, kísérhet vagy követhet, de az agyi érintettség közvetlen bizonyítéka nem feltétlenül van jelen. El lehet különíteni a posztenkefalitiszes szindrómától (F07.1) és az posztkommúciós szindrómától (F07.2) az eltérő etiológia alapján, valamint a szűkebb körű és az általánosságban enyhébb tünetek és az általában rövidebb időtartam alapján. [97]

Magyarországon jelenleg hivatalos fordítása nem elérhető a BNO-11-nek, de az angol források alapján a BNO-11 Enyhe neurokognitív zavarként tárgyalja a Neurokognitív zavarok között az EKZ-t. A következőként írja le: a kognitív működés hanyatlásának szubjektív tapasztalata jellemzi, amelyet objektív megállapítások (vizsgálatok, leletek) is alátámasztanak. Szükséges, hogy az észlelt deficit meghaladja az érintett kora és itnellektusa alapján várható mértéket, vagyis nem tulajdonítható önmagában a normális öregedésnek. A kognitív károsodás

magyarázható mögöttes idegrendszeri betegséggel, traumával, fertőzéssel vagy más, az agyat is érintő betegséggel, esetleg különféle szerek (gyógyszerek) krónikus hatásával. Ugyanakkor sok esetben a pontos etiológia nem állapítható meg. [98]

2.3.3. Az enyhe kognitív zavar etiológiája

Két tényezőt vizsgálhatunk biomarkerek szintjén: (1) az amiloid β 42 szintjét az agygerincvelői folyadékban (CSF), ami fordított arányban utal az agyállományban lévő fibrilláris amiloidra; (2) és a neuronális károsodást, melyre többek között a következők jelenléte utal: CSF tau/foszforilált-tau arány, hippocampalis vagy mediális temporalis lebenyi atrófia az MRI-n, temporoparietalis/precuneus hypometabilizmus vagy hypoperfúzió PET-en vagy SPECT-en. A neurodegeneratív folyamatok talaján kialakuló EKZ-nál egy valószínűségi sorrendet állítottak fel a különböző biomarkerek segítségével, hogy milyen eséllyel beszélhetünk AD-ról. [94]

2.3.4. Az enyhe kognitív zavar epidemiológiája

A fogalmak kiforratlansága és a kritériumok többféle leírása miatt az epidemiológiai tanulmányok eredményei nagy eltéréseket hoztak. Ezek miatt egy 2015-ös kohorsz vizsgálat egyesítette a kritériumokat, sőt, valamennyire szigorítottak is rajtuk, és ennek fényében úgy találták, hogy a 60 év felettek körében az EKZ prevalenciája 5.9%. [99]

A háziiorvosi praxisban végzett kutatásokban ennél magasabbnak találták: egy helyütt 18.7%-ról [53], máshol hasonlóan magas arányról számoltak be: egy német vizsgálatban háziiorvosi praxisban vizsgálták EKZ prevalenciáját 75 év felett. Az EKZ winbladi kritériumait vették alapul: a demencia DSM vagy BNO diagnózisa nem teljesül; a kognitív hanyatlásra bizonyíték van; megtartott mindennapi tevékenységek. Létrehoztak egy módosított kritériumot is, mely azt jelentette, hogy nem kell szubjektív panasznak lennie a memóriára.

Ezeknek megfelelően az eredeti EKZ prevalenciáját 15.4%-osnak, a módosítottét 25.2%-nak találták. [100] Hasonló arányt, 16.6%-ot találtak háziorvosok pácienseit vizsgálva 60 év felett. [101] Spanyolországban pedig még ennél is magasabb arányt találtak 50 év felett: a háziorvoshoz látogatók között 31.4%-osnak találták az EKZ prevalenciáját. [102]

2.3.5. Az enyhe kognitív zavar jelentősége

Az EKZ vizsgálatának és követésének egyik lényegi eleme, hogy az EKZ-val élők egy része idővel demenciát alakíthat ki. Egy kohorsz vizsgálat alapján, melynek eredményei 2015-ben láttak napvilágot, az NIA-AA kritériumok szerint a 3 éves progresszió arány AD-ba 59% volt a magas AD valószínűségi csoportban, 22% az izolált amiloid patológiát mutató csoportban,

24% a nem-Alzheimer patofiziológiájának gyanított csoportban, és 5% az alacsony AD valószínűségi csoportban. [103] Az öt év alatti transzformáció arányát vizsgálva azt találták, hogy az EKZ esetek több, mint a fele demenciába alakul át. [104]

2.3.6. A demencia korai felismerésének különböző vetületei

Az alapellátó orvosok kulcsszerepet töltenek be az idős betegek demenciájának korai jeleinek felmérésében, és annak a kezelésnek a megkezdésében, amely a lehető leghosszabb ideig jelentősen késleltetheti a betegség progresszióját. Ez a szerep és kihívásai elkerülhetetlenül növekedni fognak a 65 éves és idősebb népesség várható növekedésével együtt. [105] Bár egyre nagyobb a szakpolitikai és gyakorlati konszenzus abban, hogy a demencia azonosításában és kezelésében történő korai beavatkozás előnyös, és hogy terápiás és gyakorlati szempontból sokat lehet tenni az érintettek és hozzátartozóik segítése érdekében a korai szakaszban, a témában aktívan folyik a vita a szakirodalomban a korai felismerés mellett és ellen érvelők között. [106]

Elsőként a mellette érvelő szakirodalmat vennénk szemügyre. Bennett szerint a pozitívumok olyannyira meghaladják a negatívumokat, hogy szerinte az orvosok azon tendenciáját, hogy a memóriapanaszokat a normális öregedés részének tekintik, fel kell váltania a felmérés és az esetleges beavatkozás szükségességének tudatával. Szerinte a korai beavatkozás az optimális stratégia, nemcsak azért, mert a beteg funkcióinak szintje hosszabb ideig megmarad, hanem azért is, mert a közösségben demenciával élők kisebb társadalmi költségekkel járnak, mint azok, akik hosszú távú intézményi elhelyezést igényelnek. Az intézményesülés nagymértékben hozzájárul a demenciák ellátási költségeihez. [105]

A korai diagnózis mellett érvelők szerint a megfelelő időben meghozott diagnózis lehetőséget kínál a gondozóknak arra, hogy előmozdítsák a gondozói szerephez való alkalmazkodás folyamatát, és megnő annak lehetősége, hogy a gondozók továbbra is bevonhatják a beteget a döntéshozatali folyamatba, és az emberek többsége ezt szeretné. Azok a gondozók, akik jobban tudnak alkalmazkodni a demenciára jellemző változásokhoz, kompetensebbnek érzik magukat az ellátásban, és kevesebb pszichés problémát tapasztalnak. [106,107]

Kihangsúlyozzák a korai diagnózis előnyei közül azt is, hogy akik nem demenciával élnek, megnyugvást találnak a kizáró diagnózissal. Kiemelik a gazdasági oldalát is az előnyöknek: a szükségtelen kórházi felvételek és intézményesítés elkerülését. Továbbá Burns felhívja a figyelmet arra, hogy az egészségügy más területein a 42%-os diagnózis botrányosnak minősülne. [108]

A házi orvosokból, nővérekéből és időseket ellátó egyéb szakszemélyzetből álló műhelymunka során a résztvevők megállapították a korai diagnózis előnyeit: az érintett, a hozzátartozók és a szolgálatok számára. Az érintetteknek nagy előnyt jelenthet a bizonytalanság csökkentése, a támogatás tervezhetősége, a krízisek elkerülése. A családok számára kiemelten fontos a megfelelő dinamika megtalálása, mivel a demencia sosem egy embert érint, hanem inkább családi betegségről beszélhetünk. Jól hasznosítható volt az edukáció: a prognózis és a betegség lefolyásának ismerete, a jövő tervezhetővé vált, ahogyan a szükségessé váló jogi intézkedések megtételének a lehetősége is. Előnyt és egyben félelmet jelenthet a család számára a genetikai tanácsadás megfontolása. A tervezhetőség, felvilágosultság révén jobb életminőséget érhetnek el. A szolgáltatások tekintetében előnyös lehet a korai felismerés a munkaterhelés és az erőforrás tervezéséhez szükséges adatgyűjtés során, a közösségi szolgáltatások és az orvosok erőforrásainak optimális kihasználása is tervezhetővé válik ezáltal, és a házi orvosi készség és szakértelem gyarapodásához is vezethet. [109] Ugyanezen vizsgálat során ugyanezek a szakemberek kifejtették véleményüket a korai diagnózis negatív oldalát illetően is. Szerintük a korai diagnózis romboló hatású is lehet. Az érintett számára szorongató, lehangoló érzést okozhat, címkézést, megbélyegzést vonhat magával a diagnózis. A szakemberek szerint a stigma azzal járhat, hogy az orvosok figyelmen kívül hagyják a többi diagnózist. A családtagok is szégyent, megbélyegzést és elszigetelődést tapasztalhatnak. Ezek a problémák ugyanakkor, a dolgozat írójának véleménye szerint, az empátikus közléssel, az elfogadás növelésével és edukációs energia ráfordításával orvosolhatók lehetnek legalább részben. Azonban a problémákat felerősítheti, ha nem kapnak támogatást, forrásokat. Megjelent a félelem a házi orvosokban, hogy helytelenül diagnosztizálják a demenciát, mely a betegükkel és annak családjával való kapcsolat megromlásához vezethetne, továbbá, hogy a hozzátartozók nyomás alá helyezik őket, hogy az amúgy is leterhelt szakorvosi ellátás felé irányítsák az érintett személyt, vagy hogy drága, bizonytalan hatású antidemencia gyógyszert írjanak fel. [109]

Hasonló negatív következményekről számol be Milne is írásában: státusz elvesztése, megbélyegző címke megszerzése, foglalkoztatás elvesztése és az esetek egy részében depresszió, valamint nem minden érintett akarja tudni, hogy demenciája van, és a diagnózis is téves lehet. [106]

Mások szerint a korai diagnózis hátrányai meghaladhatják az előnyöket, ha az emberek csak diagnózist, de kevés támogatást kapnak. Meggyőző bizonyítékok állnak rendelkezésre arra vonatkozóan, hogy a többkomponensű gondozói beavatkozások az enyhe és közepes fokú demencia stádiumában hatékonyan javítják a gondozók jólétét és késleltetik az intézménybe

kerülést. Mivel a stressz és a teher szintje még mindig alacsony a predemencia stádiumában, ez kiváló lehetőségeket kínál a gondozók erőforrásainak megerősítésére. [107] Ugyanakkor a háziorvosok közül sokan szkeptikusak a demencia elleni gyógyszerek előnyeivel kapcsolatban. Valószínűbbnek tartják, hogy akkor állítanának fel egy demencia diagnózist, ha az előnyökkel járna a beteg számára, például demencia-specifikus szolgáltatások igénybevételénél. Így a korai diagnózist elősegítheti, ha növeljük a támogató szolgáltatások számát, melyek elérhetők demencia diagnózissal, és ha a háziorvosokat tájékoztatjuk arról, hogy ne csupán a demenciával élőt, hanem családtagját, gondozóját is világosítsa fel ezen előnyökről. [110]

Az orvosi szociológia szemlélete szerint azok az erőfeszítések, hogy az idős emberek és családtagjaik ellenálljanak a diagnosztizálásnak egy olyan stratégiát képviselhetnek, melyek megkérdőjelezzik az orvosi beavatkozást, tudást és hatalmat. Továbbá az, hogy egy idős ember és a családja egyéni értékeit rákényszerítsék a klinikai találkozásra annak a próbálkozásnak tűnhet, hogy az érintettek által alkotott tudást importálják egy orvosilag vezérelt folyamatba, és ezáltal egy árnyalt megközelítést biztosítsanak ahhoz, hogymeghatározzuk a kockázatokat és megbirkózzunk azokkal. [106]

Mégis összességében azok a kutatások bizonyulnak számosabbnak, melyek támogatják a korai diagnózist és az időben történő godozásba vételt, mivel annak előnyei meghaladják az emberséges hozzáállással jobbára kezelhető emberi tényezőket, melyeket ellenérvként hoztak fel más szerzők, és javasolják a szűrőtesztek alkalmazását is. [111]

2.3.7. Az enyhe kognitív zavar és a demencia terápiája

Egy vizsgálat során a kutatók a különböző életmódbeli változtatások (testmozgás, kognitív tevékenységek, a kettő keveréke és társas aktivitás) hatását vizsgálták az EKZ betegek esetén egy év alatt a tüneteikre. Nem találtak változást a betegek mindennapi működésében, azonban a kognitív képességek javulást mutattak az objektív tesztek során. Leghatásosabbnak a kombinált testmozgást és kognitív aktivitást találták heti háromszor egy órában. [112] A vaszkuláris kockázati tényezők (magasvérnyomás, magas koleszterin szint, cukorbetegség) ellenőrzése megelőző módszer lehet a vaszkuláris eredetű EKZ-eseteknél. Továbbá előnyös a prodromális demencia EKZ eseteiben, ha sikerül azonosítani a kognitív károsodások visszafordítható okait (hipotireózis, B12-vitamin-hiány, gyógyszeres kezelés okozta kognitív károsodás, depresszió). [91]

A lecanemab egy anti-amyloid monoklonális antitest, melyet az Amerikai Élelmiszer- és Gyógyszerügyi Hatóság (U.S Food and Drug Administration) 2023-ban engedélyezett a korai

AD-ban és AD miatti EKZ-ban. Azok a személyek vehetnek részt a kezelésben, akik amiloid patológiával rendelkeznek, melyet amiloid PET igazolt vagy CSF tesztjeik jelzik az AD-t. [113]

A nem gyógyszeres beavatkozások javasoltak a problémás viselkedések kezelésének kezdeti stratégiájaként. A viselkedés javítását célzó stratégiák közé tartozik annak biztosítása, hogy a páciens környezete biztonságos, nyugodt és kiszámítható legyen; környezeti stresszorok eltávolítása; valamint a beteget felzaklató vagy félelmetes helyzetek azonosítása és elkerülése. Az egyszerű beavatkozások közé tartozik a társas interakció fokozása, a rendszeres alvási szokások kialakítása, a konfliktusok és frusztrációforrások megszüntetése, valamint a sikerek jutalmazása. A hosszú távú viselkedésmenedzsment hatékonysága nagymértékben a gondozón múlik: elengedhetetlen a demenciával élő személy orvosi gondozása során felmérni a gondozó szerepét és szükségleteit. [114]

Az amerikai orvosok és családorvosok klinikai gyakorlati irányelve alapján a diagnosztizált demencia farmakoterápiáját kolinészteráz-inhibítorral vagy memantinnal érdemes elkezdni, a páciens egyéni értékelését követően. [115] Enyhe és közepes súlyossági fokban az előzővel, míg közepes és súlyos fok esetén ez utóbbival érdemes az ajánlások szerint a viselkedésre és a progresszió lassítására ható farmakoterápiát végezni. [114,115] A memantint Magyarországon háziorvos csak szakorvos javaslatára írhatja, míg a kolinészteráz-inhibítort csak pszichiáter vagy neurológus szakorvos írhatja. [116]

2.4 Egészségssorongás

Az egészségssorongás a ssorongás egy formája, amelynek középpontjában az a meggyőződés áll, hogy az egyén súlyos betegségben szenved, vagy attól fél, hogy súlyos betegséget fog elkapni. A meggyőződés vagy félelem egy egészségügyi betegséggel kapcsolatos, és a tünet kialakulásáért felelős organikus patológia kellő bizonyítéka nélkül, valamint az orvosi megnyugtató ellenére jelenik meg. [117]

2.4.1. Az egészség fogalma

A WHO 1946-ban a következőképpen határozta meg az egészséget: „Az egészség a teljes testi, lelki és szociális jóllét állapota, és nem csupán a betegség hiánya”. [118] Történetileg a mentális és testi egészség viszonya a mindenkori kulturális közegbe ágyazódottan, az általános vélekedésnek megfelelően volt észlelhető: az ókorban összetartozók voltak, majd Descartes-nál szétváltak, és két évszázad után Engel korszakalkotó cikke közelítette őket ismét. [119]

Bár a fő kulturális áramlatokban szétváltak jelentős időre a testi és lelki folyamatok, a pszichodinamikus irányzatokban végig fellelhető volt a pszichoszomatikus szemlélet. Ennek

alátámasztására elég, ha csak Alexander hét szent betegségére gondolunk, melyek testi betegségek (asthma, magasvérnyomás, colitis ulcerosa, pajzsmirigy-túlműködés, neurodermatitis, rheumatoid arthritis, gyomor- és nyombélfekély), de kiemelkedő esetükben a pszichés tényezők szerepe. [120] Schur de- és reszomatizációs elméle szerint a kora gyermekkorban a teljes testen megjelennek az érzelmi reakciók, hogy segítsék az érzelmekkel való megküzdést, míg a fejlődés során ezek egyre inkább deszomatizálódnak, mentálissá válnak (fantázia, gondolkodás, beszéd). Azonban stressz hatására dekompenzálódik az egyén, regrediál egy korábbi fejlettségi szintre, és reszomatizál, ismételten testi elhárításokat használ megküzdés gyanánt. [121] Ez alapján Mitscherlich kidolgozta saját elfojtás elméletét, mely szerint az egyén kezdetben neurotikus elfojtást alkalmazva mentális képességeit felhasználva igyekszik megküzdni a szorongással, azonban ha ez meghaladja képességeit, akkor lép életbe a második fázis, a testi elhárítás. [122] 1973-ban Sifneos alexythymiás egyéneket vizsgált, akik nehézségekbe ütköznek érzelmi funkcionálásuk terén, és kevésbé képesek érzelmeiket kommunikálni, valamint a fantáziatevékenység szegénysége jellemzi őket. Azt találta, hogy a pszichoszomatikus problémáktól szenvedő személyek kétszer annyi alexythymiás sajátossággal rendelkeznek, mint a kontrollok. [123] Az addig uralkodó klasszikus biomedikális modellt haladta meg Engel 1977-ben a biopszichoszociális orvoslásról szóló modelljével, melyben azt hangsúlyozta, hogy az egyént egészsként kell kezelni, vagyis holisztikus szemlélettel. Ami azt jelenti, hogy önmagában a szomatikus vagy a pszichés tényezők, környezeti faktorok csak igen ritkán határoznak meg egy kórállapotot, és inkább ezek bonyolult összjátékára hívta fel a figyelmet. Ebben a korszakindító cikkében írja, hogy a pszichoszomatikus orvoslás lett a médium, ahol a két párhuzamos, de egymástól független orvosi ideológia, a biológiai és a pszichoszociális áthidalható. [119] Ezt nem sokkal követte Matarazzo, aki az egészségpszichológia proponálásában végzett úttörő szerepet. Ő alkotta meg és ajánlotta fel továbbgondolásra az egészségpszichológia definícióját. Szerinte az „egészségpszichológia a pszichológia specifikus edukációs, tudományos és gyakorlati hozzájárulása az egészség elősegítéséhez és fenntartásához, a betegség megelőzéséhez és kezeléséhez, az egészség, betegség és a különböző működészavarok etiológiai és diagnosztikus korrelátumainak azonosításához, valamint az egészségvédelem rendszeréhez.” [124]

2.4.2 A szorongás fogalma

Az Amerikai Pszichológiai Egyesület (APA) pszichológiai szótára szerint a szorongás: aggodalommal és a feszültség szomatikus tüneteivel jellemezhető érzelem, amelyben az egyén a közelgő veszélyre, katasztrófára vagy szerencsétlenségre számít. A szervezet gyakran

mozgósítja magát, hogy szembenézzon az észlelt fenyegetéssel: az izmok megfeszülnek, a légzés gyorsabb, a szív sebesebben ver. A szorongás fogalmilag és fiziológiailag is megkülönböztethető a félelemtől, bár a két kifejezést gyakran felcserélhetően használják. A szorongást jövőorientált, hosszú hatású válasznak tekintik, amely jórészt egy diffúz fenyegetésre összpontosít, míg a félelem megfelelő, jelen-orientált és rövid életű válasz egy egyértelműen azonosítható és specifikus fenyegetésre. [125]

A pszichodinamikus irányzatokban a félelmet az különbözteti meg a szorongástól, hogy az előbbi konkrét veszélyre vonatkozik, míg utóbbi diffúz, tárgynélküli, irányultsággal nem rendelkező élmény. [126]

A kognitív teoretikusok szerint a szorongás érzelmi folyamat, míg a félelem kognitív. A félelem a fenyegető inger intellektuális értékelését jelenti, a szorongás pedig az értékelésre adott érzelmi reakció. A szorongás szubjektív kellemetlen érzésekkel jár és fiziológiai tünetekkel. A félelem a veszély felmérése, a szorongás pedig az a kellemetlen érzelmi állapot, amelyet a félelem vált ki. A szorongással egyidőben az autonóm (vegetatív) és a szomatikus idegrendszer különböző tünetei is jelentkezhetnek. Szerintük csak a félelmet lehet reálisnak vagy irreálisnak címkézni. A szorongást nem lehet reálisnak vagy irreálisnak minősíteni, mivel érzelmi reakció és nem a valóságot értékelő folyamatra vonatkozik. [127]

2.4.2.1. A szorongás pszichodinamikus megközelítése

Pszichodinamikailag a szorongást elsőként Freud definiálta 1895-ben, és szorongásos neurózis koncepciójában kétféle szorongást azonosított: (1) az egyik egy diffúz aggodalom vagy félelem érzése, melynek oka valamely elfojtott vágy vagy kellemetlen gondolat; (2) a másik pedig az aktuálneurózisnak nevezett, mindent elsöprő pánikérzés, melyet az autonóm idegrendszer reakciója kísér. Úgy gondolta, hogy ez utóbbi nem lelki tényezőkből, hanem a szexuális aktivitás hiányából fakad, és egyfajta libidófelhalmozás eredményeként jön létre. [128] 1926-ban már strukturális modelljében gondolkodott erről, és ebben a szignálszorongás egyfajta jelző funkcióval bír, aktiválva az én elhárító mechanizmusait, hogy az ösztön-én tudattalan agresszív és szexuális késztetései és a felettes-én között kialakuló pszichés konfliktust, és az elfogadhatatlan tudattalan mentális tartalmak tudatba kerülését ki tudják védeni. Ha az én elhárító mechanizmusai kudarcot vallanak, akkor alakulnak ki a szorongásos zavarok. [129]

Elsőként Anna Freud írta le rendszerezetten a tudattalanul működő elhárító mechanizmusokat, melyeket szerinte az ego használ arra, hogy a szorongást csökkentse. [130] Később ezeket Vaillant osztályozta az éretlen irányból az érettebb felé, mely felfogható úgy is, hogy az

éretlenebbek az én és a külső világ közötti határra vonatkoznak, míg az érettebbek a belső struktúrák közötti határokkal foglalkoznak. [131]

Anna Freud említi 1937-es művében, hogy a védekezéseknek megvannak a megfelelői az ego azon kísérletében, hogy megbirkózzon a külső veszéllyel azáltal, hogy aktívan beavatkozik a körülötte lévő világ körülményeinek megváltoztatása érdekében. [130] Erről részletesebben nem írt, de utána lévő pszichoanalitikusok (Murphy, Haan) elkezdtek a coping mechanizmusokat az ego elhárító mechanizmusával szembeállítva úgy értelmezni, melyek nem csupán a belső konfliktusok feloldására, hanem akár a külvilág megváltoztatására törekszenek. [132]

A coping fogalmának kialakulása során egyesek úgy vélekedtek róla, hogy adaptív elhárító mechanizmusok. Ezt követően a fókusz azokra a tudatos stratégiákra helyezték, melyekkel az egyének megküzdnek az életükben felmerülő stresszel teli szituációkkal. Ezeket nevezték el aztán coping válaszoknak. Többnyire két coping mechanizmust különítettek el a későbbiekben egymástól: az érzelem- és a probléma-fókuszú copingot, valamint egy harmadik fő dimenziót határoztak meg, az elkerülés-orientált copingot. [133]

2.4.2.2. A szorongás kognitív viselkedésterápiás szempontú megközelítése

A tanuláselmélet vagy viselkedéstudományok alapköveit letevő Pavlov és Watson szerint az organizmusok valamilyen közvetlen vagy más közvetítő mechanizmus révén megtanulják elkerülni a káros ingereket. Ezt a közvetítő mechanizmust általában félelemnek vagy szorongásnak nevezik. A feltételekhez kötött inger, amely párosul egy feltétel nélküli ingerrel (amely történetesen ártalmas és fájdalmat okoz), több párosítás után feltételes válaszhoz vezet. A kondicionált válasz a félelem vagy a szorongás (ezeket gyakran szinonimaként használják a viselkedéstudományok teoretikusai), és ezeket másodlagos vagy szerzett késztetéseknak (drive) tekintik, amelyek a klasszikus kondicionálás folyamata során jöttek létre. Később erről szóltak vitáik, hogy megállapítsák, a szorongás öröklött vagy szerzett-e. Hans Eysenck volt, akinek a szemszögéből nézve a szorongás részben öröklött, részben tanult. A tanulási rész egyrészt a kondicionált félelemtől, másrészt az idegrendszer állapotától függ. [134]

Az Anna Freudtól eredő utat, mely a coping mechanizmusokkal kapcsolatos, bár a pszichonatólikusok kezdték el bejárni, de sikerre a kognitív elméletalkotók vitték. Folkman és Lazarus 1984-es könyvükben úgy definiálták a copingot, mint folyamatosan változó kognitív és viselkedési erőfeszítéseket a különleges külső és belső követelések kezelésére, amelyeket megterhelőnek vagy az egyén erőforrásait meghaladónak értékelnek. [135] Ebben a nagy

különbség a folyamatos változásban van, az elhárító mechanizmusok viszonylagos állandóságával szemben. Lazarus szerint kétféle jelentőségadás létezik: az elsődleges, amelynek célja egy esemény jelentőségének megállapítása a szervezet számára; és a másodlagos, amely felméri a szervezet azon képességét, hogy megbirkózzon az esemény következményeivel. Amikor a stresszel teli helyzeteket az egyén a változásokkal szemben ellenállónak értékeli, érzelem-fókuszú copingot használ túlnyomóan; amikor értékelése szerint a szituáció kontrollálható, akkor probléma-fókuszú copingot részesít előnyben. [136]

Beck, Emery és Greenberg szerint a szorongás normális válaszként jelenik meg akkor, amikor egy helyzet vagy stimulus fenyegetőként érzékelődik, és az egyén kételkedik képességeiben, hogy meg tud küzdeni az adott fenyegetéssel. Beckék szerint a szorongás válasz-stratégia a veszélyre: a szorongás felhívja az egyén figyelmét arra, hogy megsérülhet, és a „gondatlan” tevékenység félbeszakítására és védekező magatartás felvételére is készíti. A szorongáshoz társuló tünetek egy bizonyos pontig tehát adaptívak és csak bizonyos körülmények között okoznak problémát, mert egy olyan kognitív készlet aktiválódik, amely a veszély szempontjából releváns jelentéseket hordoz. Azok az eszközök, melyek sikeresen csökkentik a veszélyt, általában a szorongást is csökkentik. A szorongás funkcióját a fájdaloméhoz hasonlítja. A fájdalomérzés arra készíti, hogy az érintett tegyen valamit annak megszüntetése vagy csökkentése érdekében. A fájdalom nem betegség, csupán annak a jelzése, hasonlóképpen a szorongás sem oka a pszichológiai zavarnak. Olyankor azonban, amikor a problémát nem egy valós veszély jelenti, hanem a veszély téves értelmezése vagy annak eltúlzása, a szorongás élménye nem alkalmas arra, hogy beindítsa a veszélyt kiküszöbölő magatartást. A szorongásos zavarok esetében nem a szorongás kialakulása jelenti a problémát, hanem a veszéllyel kapcsolatos, túlzottan aktív kognitív mintázatok (sémák), amelyek a külső és/vagy belső élményeket folyamatosan a veszély jeleiként értelmezik. [127]

Young sématerápiás elméletét a kognitív viselkedésterápiára alapozta, de elméletének megalkotásakor integrálta más irányzatok technikáit (pl. Gestalt, pszichoanalízis) is. Alapvetően a kognitív viselkedésterápiával nem kezelhető páciensek érdekében dolgozta ki az elméletrendszerét. Elsősorban személyiségzavaros páciensekről van szó, akik nem felelnek meg a kognitív viselkedésterápiában alapvetőnek vett feltételeknek. Például, hogy együtt fog működni a terápiával a páciens, vagy hogy a kliens saját érzéseit és gondolatait képes lesz megfigyelni és megosztani a terapeutával. [137] Ezek igazak a pszichés betegségbelátással nem rendelkező, érzelmeikről nehézségekkel gondolkodó, alexythimiás egészségsszorongó kliensekre is, akik, mint látni fogjuk, Kernberg felfogása alapján személyiségzavarral is

rendelkezők. A sématerápia modellje alapját a korai maladaptív sémák képezik, melyek olyan széles, átható karakterjegyek, amelyek a korai toxikus tapasztalatokra adott reakcióként alakultak ki.

Érezhető tehát, hogy a különböző szemléletben gondolkodó pszichoterápiás iskolák alapítói igen hasonlóan vélekednek a szorongásról, ha azt nézzük, hogy azt alapvetően adaptív funkciójának gondolják, mely bizonyos körülmények között, az elhárító mechanizmusok elégtelensége vagy túlaktíválódó kognitív mintázatok mellett, válik csupán maladaptívá.

2.4.3. Az egészségszorongás definíciója

Az egészségszorongás magába foglal pszichológiai, kognitív, affektív és viselkedéses folyamatokat, melyek hatást gyakorolnak egymásra. Annak ellenére, hogy nem minden egyénben találjuk ugyanazt az elegyét a három faktornak, mely hatást gyakorol a patológiára, leggyakrabban fontos mind a hármat figyelembe venni a páciens állapotának felbecslése és terápiája közben. Az egészségszorongást többen egy spektrumon képzelik el, melynek patológiás szélsősége a hipochondria. [4]

Beck szorongásdefiníciójának megfelelően az egészségszorongás arra a nem megfelelő vagy túlzott egészséggel kapcsolatos félelemre utal, mely a testi szenzációk veszélyesként és orvosi problémára utalóként félreértelmezésén alapul. [138,139] Ezzel egyidejűleg pedig az egyén önmagát alkalmatlannak érzi, hogy megküzdjön az egészséggel kapcsolatos fenyegetéssel.

Fontos szem előtt tartanunk, hogy alapvetően a szorongás adaptív válasz, mely arra szolgál, hogy megvédjen minket a veszélyektől. Ennek megfelelően bizonyos szintű egészségszorongás megfelelő lehet, például, hogy eljuttasson minket az orvoshoz, vagy járvány idején alkalmazzuk az egészségügyi előírásokat. A maladaptív egészségszorongás viszont extrém mértékű a fizikai fenyegetettség mértékéhez képest, ha az ugyan létezik egyáltalán, és így átélhet az egyén túlzott szorongást egy potenciális egészségügyi problémát illetően, melynek a kialakulására normális vagy kevés esélye van. A patológiás egészségszorongás gyakorisága, tartóssága és intenzitása az egyén életének több területével interferálhat, úgy mint a kapcsolatai, öngondoskodás, munkahely vagy iskola, otthoni élet és szabadidős tevékenységek. Ugyanígy a túl alacsony egészségszorongás szint is maladaptív lehet, amikor a rizikó magas, pl. rendszeresen partnert váltva védekezés nélkül bonyolódni szexuális kapcsolatokba, vagy a COVID-19 járvány legsúlyosabb időszakaiban nem hordani maszkot. [4,140]

Az egészségünkért való szorongás megjelenhet mindannyiunk életében időről időre, azonban van, akinél tartós marad. A szintje is az enyhétől az egészen súlyosig terjedhet, ami pedig már

debilizálja az aggódó embert. Azoknál, akik esetén tartós és súlyos fokú egészségszorongás alakul ki, a testi szenzációk és változások félreértelmezéséből fakadó gondolatok talaján kialakul az egészséggel való túlzott foglalatosskodás, mely széles skáláját eredményezi a stresszkeltő érzelmeknek. [141] Minden legrosszabb módon történő értelmezése és az ehhez csatlakozó szörnyű képei a rettegett betegség kialakulásának gyakran vezetnek komoly rokkantsághoz. Az egészségszorongástól sújtott páciensek gyakran félnek valamely betegség jövőbeni kialakulásától esetükben, holott jelenleg tünetmentesek. Ennél is gyakrabban történik meg az, hogy félreértelmezik a tüneteket és a testi szenzációkat súlyos mögöttes betegséggé azonosítják. Néhányan elhúzódozó tüneteket vagy szenzációkat tapasztalnak, melyről meg vannak győződve, hogy egy súlyos mögöttes betegséget reprezentálnak. És előfordulnak olyanok is, akiknek bizonyított fizikális betegségük van, azonban az egészségüket érintő aggályok a félelmeiket és tüneteiket illetően aránytalanok az alapteregségükhöz képest. [140]

2.4.3.1 Az egészségszorongás pszichodinamikus teóriája

Freud az aktuálneurózis hármásának egyikeként kezelte a hipochondriát a neuraszténiával és a szorongásos neurózissal, és inkább tartotta fiziko-kémiaiinak, semmint pszichológiaiinak. Aztán feladta aktuálneurózis koncepcióját, és a pszichoanalitikusok második generációja kevésbé foglalkozott a hipochondriával. Úgy gondolták, az érdeklődés és libidó visszavonódik a tárgyról, és a saját test valamilyen ennek megfeleltethető megszállása következik be. Sullivan szerint a hipochondria nem más, mint elhárító mechanizmus: a hipochonder intenzív önmegfigyelése azt a célt szolgálja, hogy általa a konfliktusokkal terhelt interperszonális helyzeteket el lehessen kerülni, egyben az azokból származó félelemérzést el lehessen fojtani. [126] A dolgozat szerzője összefüggést lát ezen hipotézisek és a modern idegtudományok azon bizonyítékai között, melyek szerint a testi fájdalomért felelős idegrendszeri útvonalakat és neurotranszmittereket használja a szociális fájdalom (veszteség, elutasítottság-érzés) rendszere is. [142]

Hochmann és Hochapfel szerint a hipochondria egy olyan neurotikus zavar, amelyben jelentős a saját test megfigyelése és a betegségtől való túlzott félelem. A félelem állandó, ugyanis az érintettek állandóan attól rettegnek és aggódnak, hogy egészségüket kár éri. Az érzelmi nyomás hatására megváltoznak a felismerések és észlelések, melyek a saját testre vonatkoznak. A normális testi jelenségek emocionális-kognitív hibás értelmezése jön létre. „Hipochondriában a testvázlat mágikus tartalommal telítődik. A szervezetről és működéséről fantasztikus elképzelések uralkodnak. A testről alkotott felfogás nem az anatómia és fiziológia, hanem az egyén saját lelki szükségletei szerint alakul. A szociális kapcsolatok behelyettesítése az egyéni

testvázlat részletelképzeléseivel – ez a hipochondria egyik alapidinamikája. Az emberek közötti konfliktusokat sikerül így „elleplezni”, diffúz szorongásokat sikerül így „lekötni”. A folyton változó hipochondriás félelmek leginkább a borderline-szindrómában fordulnak elő. A saját test irányába történő eltolás miatt lehetetlen elkerüléssel a szorongást megszüntetni. Míg a főbiás a külső félelemforrást kikerülheti, addig a hipochonder szorongásának alapját állandóan magával hordja. A reaktív neuraszténia krónikusan túlzott munkavégzés vagy súlyos testi-lelki megterhelés következménye lehet. A gyengeség és fatigue gyakran szimbolikus háritási konfigurációk, amelyek egyszerre fejezik ki a bűnök terhe alóli szabadulás (pl. a lelkiismeret-furdalással szemben) és a külső segítség iránti igényt.” [143]

Mentzos felosztásában a narcisztikus, de nem pszichotikus feldolgozási módok között találjuk a hipochondriát. A hipochondriás munkamód szerinte: olyan projekció, mely a saját testre irányul s az által konkretizálódik. A diffúz szorongás, az elviselhetetlen agresszív tartalom ezen a módon konkretizálódik, testi vagy lelki betegség formájában lehatárolódik, és a küzdelem most már ez ellen folytatódik. Ha kizárják azt a betegséget, akkor a hipochonder új panaszra vetíti félelmét, hogy továbbra is biztosítsa ennek tehermentesítő szerepét. Ilyen módon történik szerinte a narcisztikus- vagy ösztönkonfliktusok látszattmegoldása. Ez olyan előnyökkel járhat, mint az odafordulás, az agresszív tendenciák levezetése indirekt módon vagy a fontos személyekkel való direkt ütközés kényelmetlenségének elkerülése. [126]

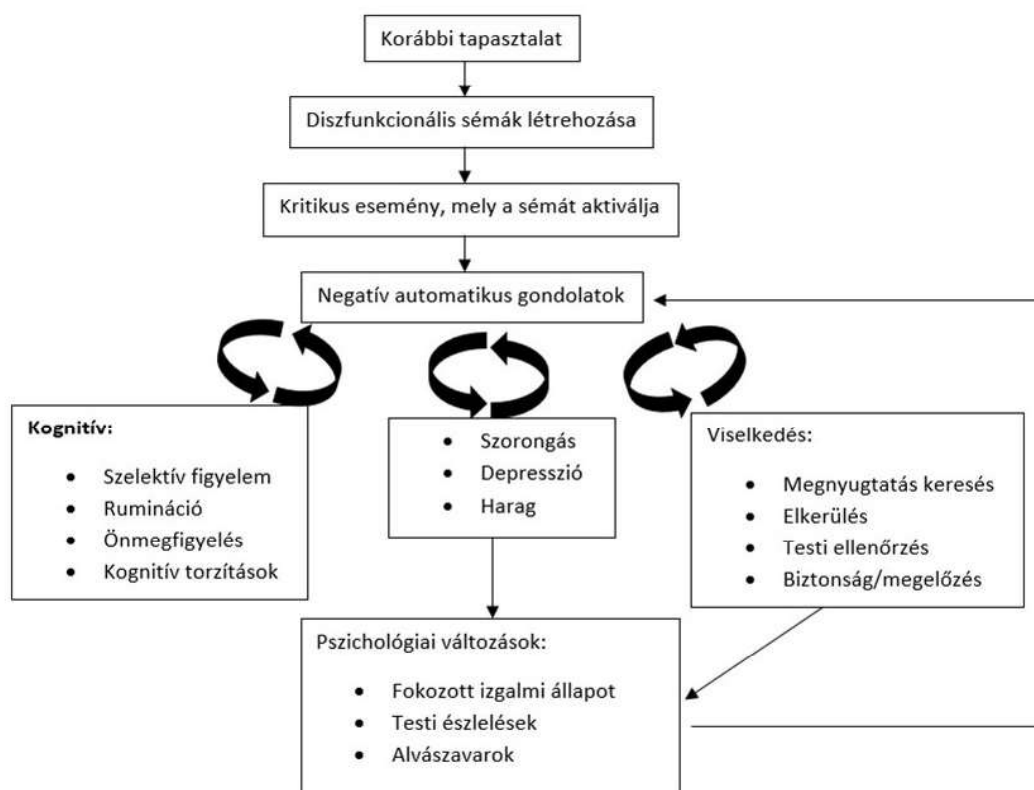
Kernberg úgy véli, a hipochondria magában foglal egy súlyos személyiségzavart, leginkább borderline spektrumon belül. Ebben pedig a hypochondriás tünetek szerinte az agresszió elleni elhárítások projekcióját jelentik a saját belső testre. Ezek a „belső ellenségek” megvédik a páciens az elképzelt külsőkkel szemben, és egy instabil egyensúly érhető el a betegségtől való félelem és a mágikus procedúrák által, ahogy ezt kontrollálni próbálják. Szerinte a „hipochondriás tünetek analitikus interpretációi általában átalakítják a hipochondriás patológiát súlyos paranoid áttétellé, időnként pszichotikus regresszióig az áttételben”. [144]

2.4.3.2 Az egészségszorongás kognitív teóriája

Ebben a részben alaposabban kifejti a dolgozat az egészségszorongás kognitív teóriáját, ugyanis a pszichometriai vizsgálóeszköz, melyet alkalmaztunk ezen elméleti alapokon nyugszik. Röviden a kognitív fejlődési modell értelmezése szerint a szorongásra hajlamos alap vulnerabilitás szükséges, melyre ráakódnak a fejlődés során tapasztalt betegséggel kapcsolatos tapasztalatok. Ebből alakul ki a fókuszált figyelem a testi szenzációkra és az egészség-fenyegetésekre, melyből aztán a kiváltó okok (személyes vagy eltanult „egészség-frász” és média), valamint az erőfeszítést igénylő kontroll (lelkiismeretesség) hatására

egészségssorongás alakul ki. Ez sematikusan ábrázolva a 2.1. ábrán látható. További kontroll következtében ez klinikai hipochondriává alakulhat, mely aztán visszahathat a kiváltó okokra, erősítve azokat, a másik oldalról pedig egy interperszonális folyamatot indíthat el, mely pedig a másodlagos betegségelőnyök tudattalan megszerzésére irányul. [145]

2.1. ábra: Az egészségssorongás kognitív modelljének sematikus ábrázolása [146,147]



Megjegyzés: az egészségssorongás kialakulásának kognitív modellje, melyben a kiváltó tényezők és tünetek egymást erősítő ördögi köre látható

Úgy találták, hogy az egészségssorongás a diszfunkcionális megküzdési és érzelmszabályozási stratégiákkal (például elnyomással) társul. Az egészségssorongás viselkedési dimenziói (például a megnyugtató keresése) és a diszfunkcionális megküzdési stratégiák közötti pozitív összefüggések arra utalhatnak, hogy az egészségssorongás viselkedési dimenziói kompenzációs stratégiaként szolgálnak a kognitív megküzdés nehézségeinek leküzdésére. [148] Az egészségssorongás kognitív-viselkedési modellje azt feltételezi, hogy az egyén által tapasztalt egészségügyi fenyegetés mértéke a következők észlelésének függvénye: (1) a betegség valószínűsége; (2) a betegség szörnyűsége; (3) betegséggel való megküzdési nehézség; és (4) az egészségügyi szolgáltatások elégtelensége. [149]

2.4.3.2.1. Az érzelmek, gondolatok és viselkedés kapcsolata a kognitív elméletben

Interakciót feltételeznek a gondolatok, érzelmek és azok fizikai következményei, és a rákövetkező viselkedés között. [127] De természetesen a fizikális tünetek nem csupán a szorongás következményei lehetnek. Minden fentebb felsorolt elem összeköttetésben áll a többivel, gyakran színesítve az adott körülménnyel vagy speciális környezettel, melyben a tünetek jelentkeznek. Ez a modell magában foglalja a kognitív terápiák alapját, azonban az egészségszorongás esetén a modell módosított az abban megjelenő speciális problémáknak megfelelően. [150] Nem csupán azt illusztrálja a páciensek számára, hogyan maradnak fenn félelmeik, de azt is, hogyan juthatnak előnyhöz az összes területen bármelyik megoldozásával.

2.4.3.2.2. Az egészségszorongás kialakulása

A testi tünetek és szenzációk félreértelmezése: az egészségszorongás kognitív elmélet szerinti kialakulása közvetlenül a testi szenzációk és változások mögöttes súlyos fizikai betegségként való félreértelmezésének tendenciájából fakad. [139,151,152] Ezen diszfunkcionális hiedelmek hatása attól függ, mennyi fenyegetést hordoznak magukban, és milyen szörnyűek lehetnek a következményei a személyre nézve annak, ha az adott kondíciót kialakítaná. A szörnyűség nem csupán a fájdalomból és szenvedésből tevődik össze, hanem szélesebb következményeket is magában foglal, mint például a mindennapi élet általános zavarai, a lehetőségével annak, hogy nem tudja az egyén folytatni a munkáját vagy fenntartani szerepét a családon belül, kifejezetten hosszútávon. Az egészségszorongással élő egyének elismerhetik, hogy a kockázat talán csekély, azonban jelentősen felnagyítja azt a szörnyűség komponens. Ha a félt betegség kialakulásának kockázata jelentősen nagyobb, például családon belüli öröklődés esélye miatt, a következményesen generált szorongás teljesen elárasztó lehet. Ezeket tovább módosíthatja az egyén megküzdési képességének észlelése az adott szituációban, ahogyan a kezelés lehetősége is. Azonban, a páciensek számára a kezelés néha még aggasztóbb tud lenni, mint maga a betegség, például a kemoterápia esetén, amikor hajhullás és hányinger, hányás a gyakori mellékhatás.

Beck egyenlet: $\text{szorongás} = \text{a betegség észlelt valószínűsége} * \text{a betegség észlelt ára, szörnyűsége, és terhe} / (\text{észlelt képesség a betegséggel való megküzdésre} + \text{annak észlelése, milyen mértékben segíthetnek a külső faktorok})$ [127]

A kognitív-viselkedésterápiának (CBT) megvan a lehetősége, hogy az egyenlet mind a négy összetevőjén végre tudjon hajtani beavatkozást, mely végeredményképp a szorongás csökkenéséhez fog vezetni.

2.4.3.2.3. A mögöttes diszfunkcionális hiedelmek eredete

Az egészségről alkotott diszfunkcionális hiedelmek kialakítására vonatkozó tendencia az ismeretek és a korábbi betegség-tapasztalatok által befolyásolt. Ez magába foglalja azokat a feltételezéseket, hogyan jelennek meg bizonyos betegségek, és hogyan progrediálnak. Ezek további észlelt vulnerabilitási faktorokkal lehetnek színesítve, mint például „Mindig is fejfájós voltam”, illetve „Sok a stroke a családban.” Az egészségszorongás első megjelenése gyakran egy kiváltó okhoz, például megbetegedéshez, vagy a családon belüli halálhoz, stresszes időszakhoz vagy súlyos betegséghez, vagy a médián át terjedő „egészség-frászhoz” köthető. [153] De az is lehet, hogy egy alapvetően adaptív egészségügyi hozzáállású egyén esetén jelentkezik egy nem várt lelet kapcsán, például tüdőszűrésen. Ilyenkor a gondolat, hogy ha nem figyel oda a későbbiekben, akkor egy következő veszély elkerülheti a figyelmét, folyamatos ön-megfigyeléshez vezethet.

A diszfunkcionális egészséghiedelmek az abnormális egészségszorongás alapkövei, és központi jelentőségűek ahhoz, hogy megértsük, mit kell tenni a terápia során. [151] Ezeknek a pácienssel történő közös felfedezése a kezelés létfontosságú eleme. Ilyen lehet például az, ha valaki minden apró testi szenzációra azt gondolja, hogy egy súlyos betegség első jele lehet, mely alapos kivizsgálást igényel. Ezek az egészségszorongásos gondolatok és a következményes szorongás az autonóm idegrendszer aktivációjához vezetnek. Ha az izgalom tünetei, mint az izzadás, szájszárazság, légszomj és a legrosszabb bekövetkezésétől való félelem maguk vannak félreértelmezve az egészségre közvetlenül veszélyesként, akkor egy pánikroham a legvalószínűbb kimenetel. Azonban ha a tünetek szorongásként vannak azonosítva, vagy mint az leggyakrabban történik, egy mögöttes betegség első jeleként, a nyílt pánik kevésbé valószínű, viszont a tartós beletemetkezés a szomatikus tünetekbe és az aggodalom a folyamatos autonóm izgalommal állandósítva a rossz egészségügyi állapot érzését eredményezi, valamint annak meggyőződését, hogy valami súlyosan elromlott. stresszes időszakhoz vagy súlyos betegséghez, vagy a médián át terjedő „egészség-frászhoz”. Van átfedés a kettő között, és az egészségszorongás későbbi stádiumában annak félelme, hogy a rettegett egészségügyi kimenetel egyre közelebb került az illetőhöz, pánikrohamok megjelenéséhez vezethet.

A szociális tanuláselmélet szerint és a behavioristák úgy vélik, a hipochondriával érintett személyek aránytalan félelmeiket életük korábbi szakaszában klasszikus kondicionálás, illetve modellkövetés útján sajátították el. [154] A behavioristák szerint a szomatikus tüneteik jutalmazóan hatnak az elszenvedőikre; talán épp ezek tartják távol őket a problematikus munkától vagy kapcsolattól, s garantálják számukra azt a törődést, melyet másképpen nem tudnának megszerezni. Garralda szerint a szomatikus tünetei létrehozásához a személynek tisztában kell lennie annak a bizonyos betegséggel a természetével. [155] A modellkövetés bizonyítéka a szociális tanuláselmélet hívei szerint, hogy a tünetek megjelenése gyakran azután következik be, hogy a szűkebb családon vagy baráti körön beleül valaki átesett egy hasonló tünetekkel kísért betegségen. [156]

2.4.3.2.4. Faktorok, melyek fenntartják az egészségszorongást

Azonban mindannyiunk életében lehetnek olyan epizódok, amikor aggódunk egészségi állapotunkért, ezen időszakok viszont jobbra átmenetiek. Az egészségszorongásban szenvedő páciensek esetében átmenetileg csökkentheti a szorongást a testi jelek ellenőrzése vagy a megnyugtató keresése, esetleg az elkerülő magatartás [157], azonban hosszabb távon fenntartja a hidelmeket, ahogy a páciensek reagálnak és válaszolnak a fenyegetés észlelésére. [152] Betegenként eltérőek lehetnek a folyamatok, de nagyobb kategóriák meghatározhatók: (1) torzítások az információfeldolgozásban, (2) interakció a testi szenzációkkal, (3) biztonságkereső viselkedés és a (4) hangulatra gyakorolt hatás.

2.4.3.2.4.1. Torzítások az információfeldolgozásban

Azon páciensek, akiknél egészségszorongás alakul ki, egy túlzottan óvatos megközelítési módot vesznek fel, amely esetén, csak hogy biztosra menjenek, arra az egészségi információra fókuszálnak, mely konzisztens a rettegett diagnózisukkal, figyelmen kívül hagyva azokat a bizonyítékokat, melyek az ellenkezőjét támasztják alá. Ezt nevezik megerősítő torzításnak. Ehhez adódik még hozzá, hogy néhány páciens úgy érzi, folyamatosan aggódnia kell, és megfigyelés alatt kell tartania környezetét, hogy megvédhessék magukat egy esetleges betegségtől. Ez a szelektív figyelem, mely azzal jár, hogy az egyén azokra a testi szenzációkra és változásokra hangolódik rá, melyeket a rettegett betegségnek tulajdonítanak. Mint amikor például valaki a szívinfarktustól tart, és egy megerősítő fizikai aktivitás után rákoncentrál a szívdobogásérzésre, és megfélekedezik arról, hogy az idő többi részében ez az érzés nincs jelen. Amikor az érzet tartóssá válik, a páciens fokozottan éberré válik, és elkezd további megerősítő jelek után kutatni, melyek egyébként normálisak. Így, amikor egy meredek lépcsőt mászik meg, észreveszi, hogy légszomja alakult ki, mely további bizonyítékát fogja képezni számára a

végzetes betegségnek. Hovatovább a páciensek félreértelmezhetik a szelektív figyelem miatt azt is, amit az orvos megnyugtatósnak szán. Például, az a mondat, hogy „Nem találtunk a laborban semmit, ami alátámasztaná, hogy Önnek szívrohamja van”, a páciensek ez így képződhet le: „A doktor úgy gondolja, szívrohamom lehet.”. [117]

2.4.3.2.4.2. Interakció a testi szenzációkkal

Az egészség miatti félelem szorongáshoz vezet, annak minden testi tünetével együtt. A következményes tünetek, mint a hányinger, szívdobogásérzés, légszomj, homályos látás a betegség további bizonyítékeként értelmeződnek félre. Amikor ez a folyamat hirtelen játszódik le, és a testi szenzációk katasztrofizálva értelmeződnek, az eredmény pánikroham lesz. [158] Azonban a kevésbé végzetes értelmezések is veszélyesek lehetnek a tünetek állandósulásához vezetve. Ezen tünetek esetén is jelen lehet a szelektivitás, mely a páciens félelmeit alátámasztja a rettegett betegséget illetően. Az észlelt igény az egészség monitorozására és a szelektív figyelem bizonyos testi szenzációkra kombinációja hiperszenzitivitást eredményezhet a testi szenzációkra és változásokra. A szívrohamtól félő például detektálhatja kizárólag a szorongása miatt keletkező szívdobogásérzését és felgyorsult pulzusát a többi szorongásos tünettől függetlenül, és ezeket alaposabban ellenőrzi. Ez további szorongáshoz fog vezetni, ami miatt ismételten ellenőrizni fogja pulzusát.

2.4.3.2.4.3. Biztonság-kereső viselkedés

Ezek az elkerülés vagy a menekülés képét ölthetik, hogy elhárítsák vagy redukálják az észlelt fenyegetés hatását. [159] Így például, aki szívbetegség kialakulásától fél, végezhet kevesebb testgyakorlást, vagy kérhet gyakori elektrokardiogramm vizsgálatot orvosától. Gyakran az internetet böngésszik, hogy ott leljenek megerősítésre. Az internet ismételt használata annak érdekében, hogy feleslegesen diagnózisokat állítson fel magának az egyén, újabban cyberchondia néven ismert, és igen szorosan összefügg az egészségszorongással. [160,161] Mindezek a viselkedések arra hajlanak, hogy a fókuszra irányítsák az egészségre vagy a rettegett betegségre, és így tovább súlyosbítják a tüneteket és elnyújtják azokat. [162,163] A megerősítés keresése, bármily formát ölt is, további problémákat okozhat: ismételt vizsgálatok igénylése, mely fals pozitív eredményt hozhat, és a szorongásos tüneteket tovább fokozhatja; valamint eltérő tanácsokhoz vezethet a különböző egészségügyi szakemberek, családtagok, barátok által, ami tovább táplálhatja a páciens aggályait. A páciensek ráadásul igen könnyen félreértelmezik az orvos további vizsgálatkéréseit, amelyeket ők erőszakoltak ki az orvostól, mondván, hogy az orvos is biztos azt gondolja, van valami súlyos mögöttes betegség. Kifejezett felelősségtudatuk lehet az egészségüket illetően, és néha hosszú tünetlistával

érkezhetnek, hogy segítsék az orvost a diagnózis kinyomozásában, és arra a betegségre specifikus teszt megtalálásában, ugyanis sokuk szerint minden betegségre létezik ilyen teszt. Ez a felelősségtudat sok esetben személyes vagy rokoni körökben egy korábbi „kvázi balesethez” köthető, mert úgy érzik, ilyesmi nem történhet meg, és őrten kell állniuk saját egészségük felett, nehogy az esemény újból bekövetkezzen. Például, ha valaki egy félelem kiváltotta légszomj megoldását tapasztalja azáltal, hogy pihen egy kicsit, úgy gondolja, szerencsésen megúsza a szívrohamot. Így viselkedését a jövőben ismételni fogja, mely a félelmek és fenyegetettségérzés megerősödéséhez fog vezetni.

2.4.3.2.4.4. Hangulat és egészségsszorogás egymásra gyakorolt hatása

A megromlott egészségi állapotról való meggyőződés gyakran depresszív hangulatúvá teszi az embert és viszont: a nyomott hangulati állapot növeli az egészségsszorogást. (oda-vissza kapcsolat, nyomott hangulati állapot is növeli az egészségsszorogást, illetve a depressziós szót nem használnám, csak azt, hogy depresszív hangulat) Ez összefügghet azzal a mélyebben fekvő jelenséggel, miszerint a testi jelek interoceptív reprezentációinak és meta-representációinak aktiválása, amelyek támogatják az interoceptív tudatosságot, mélyen összefüggnek az érzelmi tapasztalatokkal és a kognitív funkciókkal. [164] Ez pedig nem csupán fenntartja, hanem meg is erősíti a sszorogást. Továbbá a depresszió gyakran automatikus negatív interpretációkkal járhat együtt. Nem meglepő, ha azt hiszi valaki magáról, hogy súlyos, akár végzetes betegség van kialakulóban nála, akkor hangulatát nyomottnak fogja érezni. Szerencsétlennek érzik magukat a páciensek, és gyakran olyan emlékeket elevenítenek fel, melyben az adott betegségre vonatkozó negatív kimenetel szerepel, ezeken rágódva. A valószínű betegség következményein való rágódás képezheti az alapját, és fenn is tarthatja a fenyegetettségérzést.

2.4.3.2.4.5. Kognitív torzítások

Az egészségsszorogással élők oly módon gondolkodhatnak, mely megnehezíti, hogy ésszerű, kiegyensúlyozott ítéleteket alkossanak egészségükről. A szelektív figyelmen kívül hajlamosak a katasztrófizálásra, elhamarkodott következtetések levonására, elképzelve a lehető legrosszabb kimenetelét egy eseménynek. Túláltalánosíthatnak, azt gondolva, hogy mivel egy esemény balul sült el, az összes többi is úgy fog, leértékelve azokat az alkalmakat, amikor valami jól alakult, mondván: „csak szerencsém volt”. Ezek a páciensek továbbá nehezen kezelik a kockázatot és a bizonytalanságot. Százszázalékos bizonyosságát akarják annak, hogy nem betegek, mert amíg erről nincsenek biztosítva, addig egészen biztos, hogy betegek. Hibásnak vagy bűnösnek érezhetik magukat, mindig azt feltételezve, hogy valamit elrontottak, vagy ők hibásak a betegségükért. Néha a múltban elkövetett tetteik büntetéseként értelmezhetik a

betegségüket. Amikor aztán a szorongás miatt érzett testi érzéseiket észlelik, az alátámasztja az elképzelésüket, hogy betegek, és arra következtetnek, hogy mivel ilyen szörnyen érzik magukat, biztos betegnek kell lenniük.

2.4.4. Pszichológiai háttérű testi tünetek története

Azon szomatikus prezentációk, melyek feltételezett pszichológiai eredettel rendelkeznek mindig is rejtélyessé tették az egészségügy intézményét, és a kultúrák fejlődésével és az orvosi paradigmák változásával új formákat és alakokat öltöttek. Az idők folyamán rengeteg terminológiával illeték ezen jelenségeket: hisztéria, hipochondria, „spleen,” „humorális zavarok,” neurovegetatív diszfunkció, neuraszténia vagy pszichoszomatikus zavarok.

Feltehetőleg az ókori Görögországból ered az a nézet, hogy ennek a rendellenességnek megvan az anatómiai eredete a hipochondrium alatt elhelyezkedő szervekben – szó szerint a bordaív alatt. A 16. és 17. században Robert Burton, Thomas Willis és Thomas Sydenham a hipochondria eredetét „az elme zavarainak” tulajdonították, és egyesek a hisztéria férfi megfelelőjének tekintették. Thomas Sydenham tüneteket és jeleket (fájdalom, hasmenés, konvulziók) társított az elme zavaraihoz. Az 1600-as évek közepén Molière francia drámaíró „Képzelt beteg” című szatírájában egy hipochondert ábrázolt, aki félt az orvosok szolgálatától. Ironikus módon Molière, aki tüdő tuberkulózisban szenvedett, a főszerepben esett össze a színpadon, és még aznap este meghalt. [165]

Kurt Schneider a szomatikus megjelenítéseket nem külön csoportnak, hanem más pszichopatológiai szindrómák kulcsfontosságú összetevőinek tekintette. Karl Jaspers megemlítette a „hipochondriát”, a „hisztériát” és a „szomatopszichikait”, hangsúlyozva az akkori polaritást e problémák fizikai és pszichológiai megközelítésében. Megerősítette, hogy egy egészséges ember inkább él a testében, mintsem sokat gondol rá, és hozzátette, hogy a fizikai szenvedések túlnyomó többsége a pszichológiai reflexiónak köszönhető, nem pedig a megnyilvánuló testi betegségnek. [165]

Pierre Briquet francia neurológus 1859-ben leírta a többszörös motoros és szenzoros tünetekkel járó szindrómát, amely lehetővé tette a szomatizáció kezdeti elkülönítését a konverziós jelenségektől. Ez a megközelítés elindította azt a tendenciát, hogy hangsúlyozzák e szindrómák leíró aspektusait, fokozatosan leválasztva őket a pszichológiai ok-okozati összefüggésekről, és különös hangsúlyt helyezve az egyéni testi tünetek kiváltásának folyamatára. [165]

Más híres francia kutatók, mint Charcot és Janet pedig a hisztéria vizsgálatával értek el elévülhetetlen érdemeket a konverziós tünetek eredetének megállapítása terén. Janet-től ered a

disszociáció fogalma többek között, mely a gondolatok, érzések és tapasztalatok normál integrációjának hiánya a tudat és az emlékezet áramába. [166]

Wilhelm Stekel pszichoanalitikus használta a szomatizáció kifejezést először 1911-ben, és egy mély szomatikus neurózis testi kifejeződéseként határozta meg, vagy a neurotikus konfliktusok fizikai tünetként való bemutatásának folyamataként. [165]

1951-ben James J. Purcell, Eli Robins és Mandel Cohen, a St. Louis-i Washington Egyetem kutatói összehasonlították a specifikus testi és mentális tünetek előfordulását a hisztériával diagnosztizált és nem diagnosztizált nők körében, és rávilágítottak a betegség poliszimptomatikus és krónikus természetére. Ezt követően Michael J. Perley és Samuel B. Guze 1962-ben fogalmazta meg először a hisztéria diagnosztizálásához szükséges tünetek számszerű meghatározását. A St. Louis-i csoport más fizikai tüneteket, pszichiátriai tüneteket és személyiségjellemzőket kezdett hozzáadni a „tisztá” neurológiai tünetekhez, amelyek az eredeti Briquet-szindrómában szerepeltek. A szomatikus és pszichiátriai tüneteknek ezt a csoportosítását néhány módosítással ismét alkalmazták a John P. Feighner és munkatársai által a pszichiátriai kutatásban való felhasználásra javasolt St. Louis-i kritériumokban. [165]

Az 1970-es években Robert Spitzer amerikai nozológus megalkotta a „szomatoform” (jelentése: szomatikus-szerű) kifejezést, hogy ezeket a rendellenességeket kutatási diagnosztikai kritériumai (RDC) közé sorolja, amely a DSM-kiadvány megjelenésével hivatalosan is bekerült az észak-amerikai pszichiátriába. Bár a szomatoform rendellenességek kategória létrehozását egyes kutatók nozológiai előrelépésként méltatták, a valóságban a többszörös megmagyarázhatatlan fizikai tünetet mutató betegek nem illeszkedtek pontosan a DSM és a BNO rendszer által biztosított taxonómiákba. Még ha a szomatoform kritériumok teljesültek is, jelentős átfedés volt számos más pszichiátriai szindrómával. [165]

A dimenziós konstrukciók használata a kategóriák helyett különösen hasznos lehet az alapellátásban. A testi tünetekre vonatkozó irodalmat áttekintve úgy tűnik, hogy két fő dimenziónak lehet gyakorlati jelentősége. Az egyiket a fizikai tünetek magas szintje (a korábbi szomatizáció), a másikat a szomatikus megjelenések felerősítése (hipochondria vagy egészségszorongás) jellemzi. Ezt a dimenzionális megközelítést figyelembe vették a jelenlegi nozológiai átdolgozásban a DSM-5 megalkotása során. [165]

2.4.5. Az egészségszorongás tünettana és diagnózisának megalkotása

A szorongásos zavarral küzdő páciensek gyakran keresnek segítséget a háziorvosnál, és sokuk orvosilag megmagyarázhatatlan tünettől jelentkezik, ami megnehezíti a helyes diagnózis

felállítását. Bár vannak elérhető protokollok, ezek alulhasználtak, és a felismert szorongó pácienseket az optimálisnál kevésbé kezelt állapotban hagyják. A háziorvosi praxisban igen magas arányban téves diagnózis született a különböző szorongásos zavarok esetében. Sajnos a páciensek sem pszichológiai tüneteiket hangsúlyozzák többségében, hanem inkább a szomatikusokat, ami megnehezíti a korrekt diagnózis felállítását. Ráadásul jelentős része a szorongásos zavaroknak más mentális problémákkal együtt jelenik meg, mely rontja a prognózist, továbbá az egészségügyi szolgáltatások túlzott használatát eredményezi, a munkaképesség és az életminőség csökkenését. [167]

2.4.5.1. Különböző nozológiai rendszerek

Amint az az előzőekből is látszik, az egészségszorongás koncepciója több klinikai diagnózis háttérében is megjelenhet. Jelen értekezés mindezt nem lenne képes feldolgozni, így az általunk leglényegesebb diagnózisoknak tartott szomatizációról és hipochondriáról ad részletesebb leírást. A jelenlegi, és hogy az alakulást érzékeltetni lehessen, a jelenlegit megelőző diagnosztikus manuálok kritériumait vesszük itt számba, méghozzá mind az Európában (BNO), mind az Amerikai Egyesült Államokban (DSM) használt verzióknak a felfogását szemléltetjük.

2.4.5.1.1. BNO

A BNO-10 szerint a szomatoform rendellenességek kategóriába esnek a: (1) szomatizáció(s zavar), (2) nem differenciált szomatoform zavar, (3) hipochondriázis, (4) szomatoform vegetatív (autonóm) diszfunkció, (5) állandó szomatoform zavar, (6) egyéb szomatoform zavarok és (7) nem meghatározott szomatoform zavarok. [97]

A szomatoform rendellenességek általános jellemzője a fizikai tünetek ismételt megjelenítése az orvosi vizsgálatok tartós igényével, az ismételt negatív leletek és az orvosok megnyugtató ellenére, hogy a tüneteknek nincs fizikai alapja. Ha bármely fizikai rendellenesség jelen van, az nem magyarázza meg a tünetek természetét és mértékét vagy a páciens disztresszét és megszállottságát. [97]

A szomatizáció(s zavar) definíciója: a fő jellemzők a többszörös, visszatérő és gyakran változó, legalább két éven keresztül tartó testi tünetek. A legtöbb betegnek hosszú és bonyolult kapcsolata van mind az alap-, mind a szakorvosi ellátással, melynek során számos negatív kivizsgálásra vagy eredménytelen feltáró műtetre kerülhetett sor. A tünetek a test bármely részére vagy szervrendszerére vonatkozhatnak. A rendellenesség lefolyása krónikus és fluktuáló, és gyakran társul a szociális, interperszonális és családi viselkedés zavarával. A rövid

életű (két évnél rövidebb) és kevésbé feltűnő tüneteket a nem differenciált szomatoform zavarok kategóriába kell besorolni. [97]

Hipochondria: lényeges jellemző az egy vagy több súlyos és progresszív testi rendellenesség lehetőségével kapcsolatos tartós meggyőződés. A betegek tartós szomatikus panaszokat, vagy állandó elfoglaltságot mutatnak fizikai megjelenésükkel. A normális vagy közönséges szenzációkat és megjelenéseket a betegek gyakran kórosnak és szorongatónak értelmezik, továbbá a figyelem általában csak a test egy vagy két szervére vagy rendszerére összpontosul. Jellemzően depresszió és szorongás gyakran jelen van, és további diagnózisokat indokolhat. [97]

Ahogy korábban említettük, magyarul hivatalos fordítása jelenleg még nincs a BNO-11-nek, de az interneten elérhető források alapján a BNO-11-ben a hipochondria a kényszeres vagy kényszerrel kapcsolatos zavarok közé tartozik. Meghatározása szerint tartós foglalkozás súlyos, progresszív, életveszélyes betegség lehetőségével. Ez a normális testi jelek, esetleges tünetek katasztrofizáló félreértelmezésével jár, és különféle túlzott egészségmegtartó viselkedésekre, vagy alkalmatlan elkerülésre ösztönöz. Sem a szorongás, sem a bajjal foglalkozás nem ésszerű a páciens helyzetében, és a megfelelő orvosi kivizsgálás vagy megnyugtató ellenére is fennmarad vagy visszatér. A tünetek jelentős szenvedést és hátrányt okoznak a személyes, családi, szociális, nevelési, foglalkozási vagy más fontos területeken. [98]

Ezen kívül a BNO-11-ben létrehoztak egy új blokkot a testi szenvedés zavarainak. Ezen belül található a testi szenvedés zavar, melynek a következő meghatározást adják: jellemzője a mértéktelen figyelemmel kísért testi tünet, amely miatt ismételten kapcsolatba kell kerülnie az egészségügyi ellátással. Ha a tünet(ek)et valamilyen betegség okozza, vagy hozzájárul ahhoz, a figyelem mértéke jelentősen eltúlzott. Ezen a túlzott aggodalmon nem enyhít a megfelelő orvosi kivizsgálás vagy megnyugtató. A testi tünetek állandók: a legtöbb napon megvannak, több hónapon át. Jellemzően a zavar többszörös és az időben változó testi tünetekkel jár, de olykor csak egy tünet van jelen (fájdalom vagy fáradtság). Megadható súlyossági foka (enyhe, mérsékelt, súlyos), továbbá külön megnevezés nélküli és egyéb formája. Ezen kívül a blokk tagja még a testi integritás diszfória. [98]

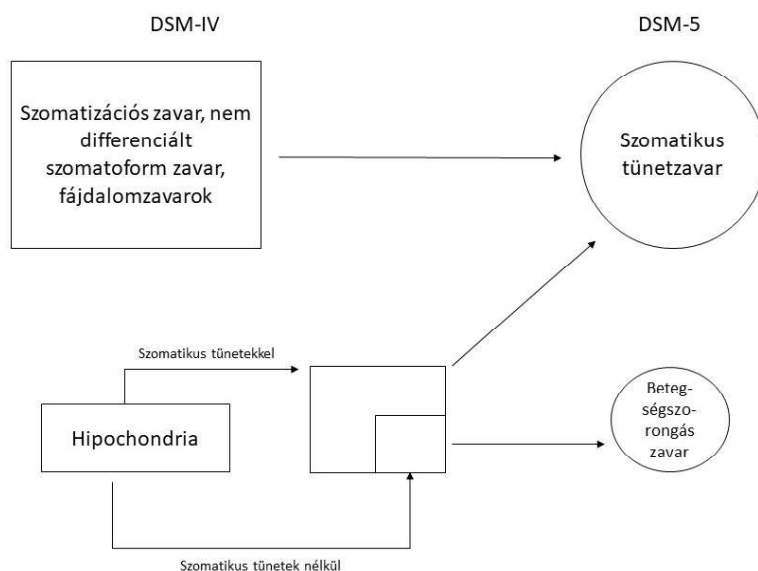
2.4.5.1.2. DSM

A DSM-IV-TR-ben hipochondriaként írták le azt a jelenséget, amikor a páciensek félreértelmezték egy vagy több testi tünetüket, és azt hitték, súlyos betegségük van, vagy egy

betegségtől való félelem foglalkoztatta őket a megfelelő orvosi vizsgálat és megnyugtató ellenére. [168]

A hipochondriát annak negatív konnotációja miatt a DSM-5-ben felosztották két részre: (1) amely hipochondria testi tünettel járt, az esetek kb. 80%-a, abból szomatikus tünetzavar lett; (2) míg a testi tünettel nem járó hipochondriából, az esetek kb. 20%-a, betegségorongás zavar lett. Ennek az átalakulásnak a szemléltetésére lásd a 2.2. ábrát.

2.2. ábra: A DSM-5-ben a hipochondria felosztása [96]



Megjegyzés: a DSM-IV hipochondria kb. 80%-a (szomatikus tünetekkel) szomatikus tünetzavar, kb. 20%-a (szomatikus tünetek nélkül) betegségorongás zavar lett a DSM-5-ben

A DSM-5 szomatikus tünetek és kapcsolódó zavarok fejezetén belül további kórképek kaptak helyet, melyeket itt csak megemlítünk: (3) konverziós zavar (funkcionális neurológiai tünet zavar); (4) más egészségi állapotot befolyásoló pszichológiai tényezők; (5) fakticiózus (színelte) zavar; (6) egyéb meghatározott szomatikus tünet és kapcsolódó zavar; valamint (7) nem meghatározott szomatikus tünet és kapcsolódó zavar. [96]

A továbbiakban azt a két diagnózist részleteznénk, melyekbe a hipochondria divergálódott: a szomatikus tünetzavart és a betegségorongás zavart.

A szomatikus tünetzavar DSM 5 kritériumai a következők: (A) egy vagy több szomatikus tünet, ami szenvedést okoz vagy a mindennapi életvitelt jelentősen akadályozza; (B) a szomatikus tünetekre vagy az azzal összefüggő, egészséggel kapcsolatos aggodalmakra vonatkozó túlzott

gondolatok, érzések, viselkedések, melyek a következők közül legalább egyben megnyilvánulnak: (1) az egyén tüneteinek súlyosságával kapcsolatos aránytalan és tartósan fennálló gondolatok; (2) az egészséggel vagy a tünetekkel kapcsolatos tartósan fennálló erős szorongás; (3) az egyén ezen tünetekre vagy az egészséggel kapcsolatos aggodalmakra túlzottan sok időt és energiát szentel; (C) bár a szomatikus tünet nem áll fenn feltétlenül folyamatosan, a szimptomatikus állapot tartós – legalább 6 hónap. Ezen kívül a súlyosságot is meg lehet adni: ha a B kritériumok és a testi tünetek közül több is van, az egyre súlyosabb zavar felé mutat. [96]

Betegségorongás zavar a DSM 5 szerint: (A) túlzott aggodalom valamilyen betegség fennállásával vagy kialakulásával kapcsolatban; (B) szomatikus tünetek nem állnak fenn vagy ha fennállnak, akkor intenzitásukat tekintve csak enyhék. Ha más betegség is fennáll, vagy nagy valamilyen betegség kialakulásának kockázata (pl. erős családi prediszpozíció áll fenn), akkor a betegséggel kapcsolatos aggodalom egyértelműen túlzott vagy aránytalan; (C) az egészséggel kapcsolatban erőteljes szorongás áll fenn, és a személy könnyen aggódni kezd vagy megrémül az egészségi állapota miatt; (D) a személy túlzásba viszi az egészséggel kapcsolatos viselkedéseket (pl. ismeretlen betegségek jeleit keresi a testén), vagy maladaptív elkerülést mutat (pl. kerüli az orvosi viziteket és a kórházakat); (E) a betegséggel kapcsolatos túlzott aggodalom legalább 6 hónapja fennáll; (F) a betegséggel kapcsolatos aggodalom nem magyarázható jobban más mentális zavarral. Továbbá két típust különböztetnek meg: az ellátást keresőt és kerülőt. [96]

Egy kutatócsoport vizsgálatában azt igyekeztek megnézni a szakértők, hogy mennyire érvényes a hipochondria két részre osztása a DSM-5-ben, és bár azt találták, hogy nem mutatnak különbséget egymáshoz képest, az egészségestől eltért mindkettő. A vizsgált esetek 74%-a szomatikus tünetzavar (SSD), 26%-a pedig betegségorongás (IAD) diagnózist kapott, és az SSD-s páciensek súlyosabb károsodást mutattak, gyakoribb volt esetükben a komorbid pánikzavar és GAD, valamint több orvosi konzultációt igényeltek. [169]

A szomatikus tünetek és kapcsolódó zavarok diagnosztikus csoportot a DMS-5-TR 2022-es kiadásában sem bolygatták meg, így az változatlanul megmaradt a fent részletezettek szerint. [170]

A BNO és a DSM jelenlegi csoportosításainak összefoglalását a könnyebb áttekinthetőség érdekében a 2.1. táblázatban foglaltuk össze.

2.1.táblázat: A DSM-5 szomatikus tünet és kapcsolódó zavarok megfelelői a BNO-10-ben, valamint a BNO-11 adatai tájékoztató jelleggel [96-98]

DSM-5		BNO-10		BNO-11	
Kategória	Mentális zavar	Kategória	Mentális zavar	Kategória	Mentális zavar
Szomatikus tünet és kapcsolódó zavarok		Szomatoform rendellenességek (F45)		Testi szenvedés zavarai (6C2)	
	Szomatikus tünetzavar (300.82)		Nem differenciált szomatoform zavar (F4510)		Testi szenvedés zavar (6C20)
	Betegségsszorongás (300.7)		Hipocondria (F4520)	Kényszeres vagy kényszerrel kapcsolatos zavarok (6B2)	
					Hipocondriázis (6B23)
	Egyéb meghatározott szomatikus tünet és kapcsolódó zavar (300.89)		Egyéb szomatoform zavarok F4580		
	Nem meghatározott szomatikus tünet és kapcsolódó zavar (300.82)		Nem meghatározott szomatoform zavarok F4590		
	Konverziós zavar (Funkcionális neurológiai tünetzavar) (300.11)		Egyéb disszociatív (konverziós zavarok) (F4480)	Disszociatív zavarok (6B6)	
		Viselkedészavar szindrómák, fiziológiai zavarokkal és fizikai tényezőkkel társulva (F5)			Disszociatív neurológiai tünet zavar (6B60)
	Más egészségi állapotot befolyásoló pszichológiai tényezők (306)		Pszichológiai tényezők és viselkedésformák, melyek máshova osztályozott rendellenességekhez vagy betegségekhez társulnak (F54)	Egyéb betegségeket befolyásoló pszichológiai vagy viselkedési tényezők (6E40)	
		A felnőtt személyiség és viselkedés egyéb zavarai (F68)			
	Fakticiózus (színlelt) zavar (300.19)		Pszichés vagy testi tünetek, vagy rokkantság szándékos előidézése vagy szimulálása, vagy erről való meggyőződés [Fakticiózus zavar] (F6810)	Színlelt zavarok (6D5)	
					Színlelt zavar, önmagára vonatkozóan (6D50) Beleértve: Münchhausen szindróma
	Egyéb meghatározott szomatikus tünet és kapcsolódó zavar (300.89)		Egyéb szomatoform zavarok F4580		
	Nem meghatározott szomatikus tünet és kapcsolódó zavar (300.82)		Nem meghatározott szomatoform zavarok F4590		

Megjegyzés: A DSM-5 Szomatikus tünet és kapcsolódó zavarok és a BNO-10 Szomatiform rendellenességek nagyobb kategóriáinak megfeleltethető diagnózisok a BNO-11-ben

2.4.6. Az egészségszorongás epidemiológiája

Egy 2016-os, az egész világ területéről származó, több kutatást összefoglaló tanulmány szerint a szorongásos zavarok megjelenése világszerte magas a populáció különböző alcsoportjain átívelően, és a fizikai és pszichiátriai állapotok, valamint traumatikus események növekvő számának kapcsolatát találták a szorongással. [171] Érdekes trendet fedeztek fel Angliában: az angliai háziorvosi dokumentációkat 1998 és 2008 közé eső időszakot vizsgálva a kutatók azt találták, hogy a háziorvosok kevesebb szorongásos zavar diagnózist kódoltak, míg ezzel ellentétben több szorongásos tünetet rögzítettek. [48]

A már korábban említett dán vizsgálatban igen magasnak találták a pszichés zavarok előfordulását (49.7%) a háziorvosi praxisban, és arra a következtetésre jutottak, hogy feltehetőleg a többi vizsgálathoz képest azért ilyen magas ez a szám, mert ők számításba vették a szomatiform zavarokat is. És míg ezek megjelenési aránya 36%-os, igen kevésbé mutat komorbiditást a depressziótól és a szorongástól eltérően, így a háziorvosoknak véleményük szerint késznek kell arra lenni, hogy észrevegyék a csak szomatiform pszichés tüneteket. [172] Egy másik vizsgálat szintén magas arányát találta a szomatiform zavaroknak a háziorvosi praxisban: úgy találták, hogy a prevalenciájuk 16,1% volt. Ha az enyhe károsodást okozó rendellenességeket is figyelembe vették, a prevalencia 21,9%-ra nőtt. [173]

Egy, a diagnosztikus kritériumok érvényességét vizsgáló tanulmányban az átlaglakosság soraiban a hipochondria súlyozott prevalenciáját 0.4%-osnak találták, míg az enyhe formát 1%-osnak. Az alapellátás területén a hipochondria súlyozott prevalenciáját 2.95%-osnak találták, míg az enyhébb formáját háromszor gyakoribbnak. Azt vették észre, hogy a teljes és enyhébb formájú hipochondria nagyban hasonlóságokat mutat, ami a pszichopatológiát és a klinikai zavart illeti, és ez aláhúzza a kevésbé szigorú definíciók jelentőségét. [174] Hasonló következtetésre jutottak mások is, hogy a kétfajta betegségkritérium (enyhébb és szigorúbb) között nem érdemes válaszvonalat húzni. Ebben a vizsgálatban alacsonyabbnak találták a definitív hipochondria diagnózisát (0.8%), míg az enyhébb formáját ők is kb. háromszor gyakoribbnak (2.2%). [175] Egy harmadik vizsgálata az alapellátásban 3%-ra tették a hipochondria prevalenciáját. Továbbá arra jutottak, hogy az ebben a rendellenességben szenvedő betegeknél nagyobb arányban jelentkeztek orvosilag megmagyarázhatatlan tünetek, és jobban károsodott a fizikai működésük, mint a rendellenességgel nem rendelkező betegeknél.

A vizsgált pszichopatológiák közül a major depresszív szindrómák voltak a leggyakoribbak a hipochondria betegek körében. [176]

A WHO vizsgálata során a világ 14 különböző országából nyert adatok alapján a nők a szomatikus tünetek és az érzelmi distressz magasabb szintjeiről számoltak be. Mindkét nemben erős korrelációt találtak a szomatikus tünetek és az érzelmi distressz között, azzal együtt, hogy a nők több szomatikus tünetről számoltak be az érzelmi distressz minden szintjén. Azonban a lineáris regresszió analízis azt mutatta, hogy a nemnek nem volt szignifikáns hatása a szomatikus tünetek szintjére, ha azt korrigálták a mintavételi központ és az érzelmi distressz hatásával. Egyik nemben sem találtak specifikus asszociációs mintázatot a szomatikus tünetcsoportok vagy a szorongás és depresszió között. A kevésbé fejlett körpontokban az alapellátásban jelentkezők több szomatikus tünetről számoltak be és nagyobb nembéli különbségeket mutattak, mint a fejlett központok egyénei, de a központok közötti különbség kicsi volt. Nem találták a konzultációkérés szignifikáns előrejelzőjének a nemet, miután kontrollálták az eredményeket a szomatikus tünetek, az érzelmi distressz, valamint a mintavételi központ hatásának szempontjából. [177]

Egy több cikket magába foglaló szisztematikus vizsgálatban, amelyben a szomatizációs zavar és a hipochondriázis epidemiológiáját igyekeztek felmérni, azt találták, hogy a populáció alapú vizsgálatokban a szomatizációs zavar és a hipochondriázis prevalenciája túl alacsony volt ahhoz, hogy megbízhatóan vizsgálják a kapcsolódó jellemzőket. A rövidített kritériumokat alkalmazó vizsgálatokban egyik rendellenességben sem találtak egyértelmű női túlsúlyt. Következetes kapcsolat volt az oktatási évek számának alacsony száma valamint a hipochondriázis és szomatizációs zavar között. Számos tanulmányban, beleértve a longitudinális vizsgálatokat is, szoros kapcsolat volt a szorongásos és depressziós rendellenességekkel, lineáris kapcsolattal a szomatikus és a distressz tüneteinek száma között. [178]

Az egészségszorongás gyakrabban fordult elő az átlaglakosság körében: 2.1 és 13.1% között a különböző vizsgálatokban. [174] Az alapellátásban 10% körülinek találták az egészségszorongás megjelenési arányát. [179] A szakellátókban kb 20% az egészségszorongó páciensek aránya. [180] Az egészségszorongás az ausztrál lakosság körülbelül 5,7%-át érinti az egész életük során valamikor, és 3,4%-uk felelt meg az egészségszorongás kritériumainak az interjú idején. [181]

Ahogy láttuk, a legújabb amerikai diagnosztikus manuál felosztotta a hipochondriát szomatikus tünetzavarra és betegségorongás zavarra. A betegségorongás prevalenciáját a

hypochondriasis DSM-III és DSM-IV diagnózisának gyakorisága alapján becsülik. [182] Azon betegek körében, akiknél korábban hipochondriázist diagnosztizáltak (ami mára elavult diagnózis), a betegek körülbelül 25%-a felel meg a betegségszorongás kritériumainak. [183] A betegségszorongás prevalenciája a vizsgálat helyétől függően változik (pl. orvosi klinikai környezet vagy közösség). [182,184] A betegségszorongás becsült prevalenciája az ambuláns orvosi környezetben körülbelül 0,75%, az általános populációban pedig körülbelül 0,1%. [182,183] A betegségszorongás gyakori a serdülőknél és nincs túlsúly a nemek között, és az életkorral jellemzően súlyosbodik a zavar. [183,184] A betegségszorongás gyakoribb a munkanélküliek és az alacsonyabb végzettségűek körében. [183]

A szomatikus tünetzavar, mely a korábbi hipochondriások nagy részét foglalja magába epidemiológiájára vonatkozóan a következő adatok vonatkoznak. A szomatikus tünetzavar prevalenciája a becslések szerint az általános populáció 5-7%-a, magasabb a nők aránya (10:1 nő-férfi arány), és előfordulhat gyermekkorban, serdülőkorban vagy felnőttkorban. [185,186] A prevalencia az alapellátásban megjelenő betegpopuláción belül körülbelül 17%-ra nő. [178] A prevalencia valószínűleg magasabb bizonyos funkcionális rendellenességekkel küzdő betegcsoportokban, beleértve a fibromyalgiát, az irritábilis bél szindrómát és a krónikus fáradtság szindrómát. [187]

2.4.7. Az egészségszorongás etiológiája

Ahogy a mentális zavarok többségénél, az egészségszorongás esetében is több etiológiai faktorról beszélhetünk.

2.4.7.1. Biológiai tényezők

Kevés információ áll rendelkezésre a szomatoform rendellenességek biológiájáról. Az agyi képalkotó technikákat alkalmazó újabb tanulmányok érdekes különbségekre mutatnak rá a konverziós rendellenességben szenvedő betegek és a funkcionális szomatikus szindrómák, például az irritábilis bél szindróma esetében a kontrollokhoz vagy a kimutatott szerves patológiájú betegekhez képest. Stone és munkatársai fMRI-vel végzett vizsgálata más típusú agyi aktivációt mutatott ki a konverziós zavarban szenvedő betegeknél, ami a konverzió során a mentális aktivitás összetettebb szintjére utal, mint a kontroll betegeknél. [188] Naliboff és munkatársai egy másik tanulmányban az agyi aktivációt vizsgálták irritábilis bélszindrómában szenvedő betegeknél és kontroll személyeknél a recto sigmoid stimuláció során. Az eredmények különbségeket mutattak a jobb agyfélteke aktivitásában és a nem domináns félteke hipoperfúziójában a funkcionális gasztrointesztinális szindrómában szenvedő betegeknél. [189]

Egy nagy serdülőkorú kohorszon végzett tanulmány specifikus összefüggéseket javasolt a kortizolválasz és a funkcionális szomatikus tünetek bizonyos csoportjai között. [190] Egy- és kétpetéjű ikreket vizsgálva azt találták, hogy a genetikai faktorok mindössze 10-37%-át tehetik ki az egészségszorongás varianciájának. [191]

Emelheti azonban a rizikót, ha az egyén gyermekkorában súlyos betegségben szenvedett, vagy ha szülei vagy testvérei súlyos betegségben szenvedtek. [182,192] A mögöttes szorongásos zavarban (pl. GAD-ban) szenvedőknél szintén fokozott a kialakulásnak a kockázata. Ha egy személy túl sok időt tölt az egészséggel kapcsolatos anyagok interneten történő áttekintésével, megnőhet az egészségszorongás kialakulásának esélye. [183]

2.4.7.2. Környezeti és kulturális tényezők

Feltételezik, hogy leginkább nem genetikai illetve biológiai faktorok játszhatnak szerepet a betegség kialakulásában. Ha egy személy olyan családban nő fel, ahol az egészségügyi aggodalmak gyakran szóba kerülnek, vagy ha a szülők aránytalanul aggódtak az egészséggel kapcsolatos problémák miatt, nagyobb eséllyel alakulhat ki. [192]

A legtöbb kulturális csoportban „idiopátiás” testi tünetekről számoltak be, bár a tünetek típusai és előfordulási gyakorisága kultúránként eltérő. A „szomatizáció” jelenségét nemzetközi tanulmányok is jól dokumentálták. Az egészségügyi ellátás kultúránkénti különbségei nyilvánvalóan befolyásolják e szomatikus prezentációk bemutatását, felismerését és kezelését. Általánosságban elmondható, hogy az „idiopátiás” testi tünetek gyakoribbak az alacsonyabb társadalmi-gazdasági rétegekből származó egyének, a fejlődő országokból származó betegek és az Egyesült Államokban bizonyos etnikai csoportokhoz tartozók körében. Az idiopátiás fizikai tünetek által dominált klinikai megjelenések gyakran a „szorongás idiómáit” képviselhetik. A kultúrába ágyazott laikus magyarázatok a viselkedési tünetek eredetére vonatkozóan (pl. Puerto Ricó-iaknál az ataque de nervios) játszhatnak szerepet. [165]

2.4.7.3. Pszichológiai tényezők

A pszichológiai tényezők jelentős szerepet játszanak a szomatikus tünetek megjelenésében. Az olyan jellemvonások, mint a szuggesztibilitás, a drámai viselkedés, a lendület és a feltűnőség, mind a hisztéria klasszikus fogalmához kapcsolódnak. E tulajdonságok egy része fennmaradt az újabb nómenklatúrákban, és bekerült a személyiségzavarok kategóriába („hisztériás” újabban „hisztrionikus személyiség”). Az „alexitímia” fogalma, amelyet az érzelmek kifejezésére és normális feldolgozására való képtelenség leírására használnak, szintén összefüggésbe hozható azzal a tendenciával, hogy inkább a szomatikus, mint a pszichológiai

tüneteket hangsúlyozzák. Az egészségsszorongásban szenvedők kényelmetlenül érezhetik magukat a normál testérzetek megtapasztalása során, és a finom testi változásokat kórosnak minősíthetik. [183] Amikor az ember a figyelmét a testére fókuszálja, a testi szenzációk észlelt intenzitása megemelkedik, különösen akkor, ha környezete ingermentes. [193] A korai tanulási tapasztalatok később azt a diszfunkcionális hiedelmet alakíthatják ki az egyénben, hogy a testi szenzációk és változások veszélyesek, és az egyén teste gyenge. [154,194] Miután pedig ezek a hiedelmek kialakultak, aktiválhatók is a betegséggel kapcsolatos információknak való kitettség által, mely pedig elindíthatja az aggodást, és a betegség rémes képeit idézheti fel. [195] Újabban pedig ez már akár az interneten történő túlzott böngészéssel is előidézhető. [163]

2.4.7.4. Attitűd/viselkedési tényezők

A tanult viselkedések, a „másodlagos” vagy „pszichológiai” betegségelőny és a betegszerep felvállalásából adódó „előnyök” elérése mind olyan tényezők, amelyek a szomatiform tünetek kialakulásában és fenntartásában is szerepet játszhatnak.

2.4.7.5. Biopszichoszociális etiológia

A tünetek megjelenésének eltérései valószínűleg több olyan tényező kölcsönhatásának a következményei a kulturális kontextuson belül, amelyek befolyásolják azt, ahogyan az egyének azonosítják és osztályozzák a testi érzeteket, észlelik a betegségeket, és ahogyan orvoshoz fordulnak. Így a szomatikus előadások a személyes szenvedés kulturális és társadalmi kontextusba illesztett kifejezőinek tekinthetők. Kirmayer felvázolt egy hasznos folyamatot a szomatikus tünetek megfogalmazására, amely magában foglalja a betegséget/rendellenességet, az intrapszichés konfliktusok szimbolikus kifejezését, a pszichopatológiát, a szorongás metaforikus kifejezését, a világban való elhelyezkedést, valamint a kommentár vagy a társadalmi tiltakozás megfogalmazását. Kirmayer szerint a „szomatizálás” és a „pszichologizálás” nem zárják ki egymást, mindkettő lehet a szorongás kifejezésének módja. Támogatta, hogy a klinikai kutatók szociokulturális perspektívát fogadjanak el a szomatikus tünetek jelentésének feltárása és hatékony terápiás stratégiák kidolgozása érdekében. [196]

2.4.8. Az egészségsszorongás terápiája

Egy összefoglaló amerikai tanulmány szerzői ajánlják a kezelésnél a hangulatjavítók használatát, és a pszichoterápiára történő referálást. [167]

Egy 2004-es Barsky és Ahern által végzett tanulmányban az alapellátásban megjelenő betegeket és a nyilvános hirdetésekre jelentkező önkénteseket, akik mindegyike magas hipochondria pontszámmal rendelkezett, két kezelési csoport egyikébe sorolták be: vagy egy

hat alkalomból álló, egyéni CBT-beavatkozást vagy „a szokásos orvosi ellátás”-t biztosító csoportba. A CBT-hez egy konzultációs levelet is küldtek a beteget ellátó orvosnak. A fő kimeneti mérőszámok közé tartoztak a hipochondriás hiedelmek, az egészségügyi félelmek, a szomatikus tünetek, a szerepfunkciók és a károsodás. Százkét személyt a CBT-re, 85-öt pedig „szokásos orvosi ellátás”-ra osztottak be. A 12 hónapos követés során a CBT-betegeknél szignifikánsan alacsonyabb volt a hipochondriás tünetek, hiedelmek és attitűdök szintje és az egészséggel kapcsolatos szorongás, mint a „szokásos orvosi ellátás”-ban. Szignifikánsan kevésbé károsodtak a társadalmi szerepek működésébe és a mindennapi életvitel tevékenységeiben. A hipochondriás szomatikus tünetek nem javultak szignifikánsan a kezelés hatására. Barsky és Ahern arra a következtetésre jutott, hogy ez a rövid, egyéni CBT-beavatkozás, amelyet kifejezetten a hipochondriás gondolkodás megváltoztatására és a hipochondriás hiedelmek átstrukturálására fejlesztettek ki, úgy tűnik, jelentős, hosszú távú jótékony hatással van a hipochondria tüneteire. [197]

Egy nyolc éves, utánkövetéses vizsgálatban, ahol az egészségszorongásra módosított CBT-t (CBT-HA) alkalmazták egészségszorongó pácienseken a standard kezeléshez viszonyítva, azt találták, hogy a CBT-HA egy hatásos kezelés a standard kezeléshez képest a patológiás egészségszorongás eseté, továbbá a standard kezelése depresszióhoz vezet hosszútávon. A kezeletlen egészségszorongás perzisztál és a szorongásos zavarok korai mortalitáshoz vezethetnek, beleértve azokat is, akiknek egy kardiológiai esemény után túlzott egészségszorongása alakult ki. [198] Hasonlóan nyilatkozik erről Tyrer is: ha az egészségszorongást nem kezelik, sok évig fennáll, jelentős szenvedéshez és rokkantsághoz vezet és megrövidíti az életet. [199]

Javasolják, hogy a fizikai ellátást nyújtó, a fizikális betegség komponenseivel is tisztában lévő szakemberek között is legyen, aki képes CBT alkalmazására, mert így kialakítható egy nem csupán fizikai és életmódbeli kezelés, hanem egy kifinomultabb és érzékenyebb ellátási modell. Gyakran ezeket a pácienseket a szakellátásból visszairányítják háziorvosukhoz, mondván, hogy szakorvosi teendőt nem igényelnek, vagy pszichológiai felmérésre referálják őket tovább. Az orvosi ellátásuk ezután gyakran leginkább a megnyugtatósról szól, a pszichológiai kivizsgálásra való várakozás pedig hosszú időt vesz igénybe. Azok az egészségszorongástól gyötört páciensek, akik elutasítják a pszichológiai vizsgálatukat, gyakran azért teszik ezt, mert azt hiszik, az orvosuk szerint az egész betegségük „csak fejben létezik”, továbbra is meg vannak győződve arról, hogy valami fizikálisan nem jó, és további kivizsgálásokat igényelnek, ugyanis pszichés betegségbeállításuk hiányzik. Néha azért nem mennek el pszichológushoz, nehogy be

kelljen mutatniuk boldogtalanságukat. Továbbá a pszichológusoknak sem mindegyike ért az egészségszorongás CBT-jéhez, főként, ha van fennálló komorbiditás, és a várólistájuk a szakembereknek igen hosszúra nyúlhat. Ráadásul néhány páciens a rejtőzést válaszhatja: miután magabiztosan kizárták esetükben a szomatikus betegségeket, és otthonukba bocsátották őket, a félelmeik nem múlnak el, és otthon folytatják tovább az aggódást, de immár nem merve segítséget keresni. Ilyen esetekben akár az otthonuk foglyai is lehetnek egy idő után, nem merve elhagyni a házat. [4] A szomatikus területen dolgozók tudatosságának felébresztése segítheti ezen páciensek hatékonyabb észrevételét. Ezen páciensek esetében javasolt az orvosilag megmagyarázhatatlan tünet diagnózisát megadni, és elmondani a páciensnek, hogy milyen gyakori is ez a betegség, mert ez segíthet egy sokkal megfelelőbb ellátáshoz hozzájuttatni a beteget. Azonban vizsgálat nélkül nem mondható senkire, hogy orvosilag megmagyarázhatatlan tünete lenne. [117]

Mind a placebohoz, mind a szokásos terápiához viszonyítva vizsgálta egy 2014-es átfogó tanulmány a CBT hatásosságát hipochondria, illetve egészségszorongás vonatkozásában. A hipochondria/egészségszorongás kezelés előtti súlyossága összefüggést mutatott a nagyobb hatásmérettel a követések során, azonban ha súlyos depressziós tünetek voltak jelen a kezelés megkezdése előtt, az a követések során alacsonyabb hatásméretet eredményezett. Minél több CBT ülés, minél magasabb hatásmérettel párosult. [200]

Ajánlásokat tesznek a jelen helyzetet összefoglalva a terület szakértői. Többféle módszert sorolnak fel. Ezek közé tartozik az edukációt követően az expozíció és válaszmegelőzés. Ez a technika magában foglalhat in vivo, interoceptív és képzeletbeli expozíciót. A válaszmegelőzés gyakran kombinálva van az expozícióval, mely során a páciens arra biztatják, hogy késleltessék vagy tartózkodjanak azon viselkedésektől, melyek fenntartják az egészségszorongást. Ezt viselkedéses stressz menedzsment követheti. Ennek során felhívják a stressz szerepére a figyelmet, vagyis hogy az ártalmatlan, de kellemetlen testi szenzációkat és változásokat produkálhat. Megtanítanak a páciensek számára különböző stressz menedzselési gyakorlatokat: relaxáció, idő menedzsment, hatékony problémamegoldás; és visszavezetik életükbe a rendszeres, menetrendszerű örömmel teli aktivitásokat, melyek elősegítik az egészséges életmódot. Amikor alkalmazzák, fontos megértetni a páciensekkel, hogy az indoka a stressz menedzsment használatának, hogy csökkentse a kellemetlen de ártalmatlan testi szenzációkat, és nem pedig az, hogy elkerüljék segítségével a veszélyesnek hitt szenzációkat. Következő lépésként a sokak által ajánlott kognitív-viselkedésterápia jöhet. [201,202] Ez magában foglalja a pszichoedukációt, az expozíciót és válaszmegelőzést, a kognitív újrastrukturálást és a

viselkedéses gyakorlatokat. A kognitív újrastrukturálás arra szolgál, hogy megvizsgálják a testi szenzációk és változások jelentéséről alkotott hiedelmeket, míg a viselkedéses gyakorlatok arra, hogy teszteljék a következményeit ezeknek a hiedelmeknek és hogy megvizsgálják a hatását azoknak a viselkedéses mintázatoknak, melyek fenntartják és súlyosbítják a súlyos egészségsszorongást. A kutatások eredményei a CBT fölényét bizonyítják a többi terápiás eljáráshoz képest. A csoportterápiája a súlyos egészségsszorongásnak szintén hatásos. [203]

Emellett természetesen az egészségsszorongás farmakoterápiája is számításba vehető. Placebo kontrollált vizsgálatoknak a terület híján van. Egy tanulmány nem talált szignifikáns különbséget a placebo és a fluoxetine között. Azonban esettanulmányok és kis esetszámú vizsgálatok leírták, hogy a klomipramin, imipramin, fluoxetin, fluvoxamin és paroxetin csökkenthetik a súlyos egészségsszorongás több aspektusát: a betegséggel kapcsolatos félelmet és hiedelmeket, a pervazív szorongást, a szomatikus tüneteket, elkerülést és a megnyugtató keresést. Kevés tudomásunk van a különböző gyógyszerek hosszútávú hatásairól, ahogy a relapszus rátáról is. [203]

Mások szerint is a leggyakrabban használt gyógyszerek között volt az imipramin, clomipramin, fluoxetine és amitriptyline. Ezeken kívül Magyarországon nem elterjedt szerekkel is vizsgáltak, mint a pimozide-ot, egy monoamin oxidát gátlót. Mindazonáltal az antidepresszívumok hatásosabbnak bizonyultak, ezért ezek a választandó szerek. A farmakoterápia hatásosságát bizonyító szisztematikus kettős vak vizsgálatoknak a terület továbbra is hiányát szenved. A monoszimptomás hipochondriázisos pszichózisban a riszperidont találták hatékony antipszichotikumnak. [204] Magyarországon az imipramin nem kereshető a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) adatbázisában. A clomipramin, fluoxetin és amitriptyline elérhetők Magyarországon, melyek felírása szakvizsgálóhoz nem kötött, így háziorvos is írhatja általános támogatás mellett, mely alacsonyabb támogatás, mintha pszichiáter írná. Ugyanis a 2023. szeptember 1-jén érvényben lévő „az emelt indikációhoz kötött támogatási kategóriába tartozó gyógyszerek, indikációs területek és a felírásra jogosultak köre” dokumentum alapján 90%-os támogatással írhatja ezeket pszichiáter. A riszperidont csak pszichiáter, gyermekpszichiáter vagy –neurológus írhat fel. [205]

Fontos kideríteni és tisztában lenni a páciensek kezelési preferenciájával. A páciensek, akiknek egy vizsgálatban felajánlották, hogy választhatnak a különböző kezelésmódok közül, 74%-uk a CBT-t választotta, míg mindössze 4%-uk a gyógyszeres terápiát. A választás lehetősége javíthatja a kezelés elfogadását és az adherenciát, valamint a jövőben alternatívákat kínálhat. A

gyógyszeres terápia során néhány esetben a tünetek rosszabbodhatnak, ahogy a pácienseket felvilágosítják a mellékhatásokról, mint például a gasztrointesztinális diszkomfortról. [203]

2.4.9. Az egészségszorongás prognózisa

Az orvosilag megmagyarázhatatlan tünetektől szenvedő betegek körülbelül 50-75%-a javul, míg a betegek 10-30%-a rosszabbodik. A hipochondriában szenvedő betegek gyógyulási aránya 30% és 50% között változik. Az orvosilag megmagyarázhatatlan tünetekkel és a hipochondriával kapcsolatos vizsgálatok során bizonyítékot találtak arra vonatkozóan, hogy a szomatikus tünetek száma a betegség indulásakor befolyásolja ezen állapotok lefolyását. Továbbá úgy tűnt, hogy a kiindulási állapot súlyossága befolyásolja a prognózist. Úgy tűnik, hogy a komorbid szorongás és depresszió nem jelzi előre a hipochondria lefolyását, valamint a kezdeti súlyosabb állapot rosszabb eredménnyel jár. [206] Egy, a szelektív szerotonin visszavételgátlók (SSRI) hatását hosszútávon vizsgáló tanulmányban a követés során a betegek 40%-a továbbra is megfelelt a hipochondria teljes DSM-IV kritériumának. A hipochondria fennmaradását egyénileg előre jelezték a korábbi hipochondria hosszabb időtartama, a gyermekkori fizikai fenyítés és az SSRI-k kevesebb használata az intervallum alatt. A remissziós állapotot nem jelezték szignifikánsan előre a demográfiai jellemzők, a hipochondria kiindulási súlyossága vagy a pszichiátriai komorbiditás. [207]

2.4.10. Az egészségszorongás klinikai jelentősége

Az alapellátásban végzett kutatások kimutatták, hogy a testi tünetek számának növekedésével növekszik annak a valószínűsége, hogy az egyének pszichiátriai, nem pedig más egészségügyi rendellenesség kritériumainak felelnek meg. [165] Ugyanakkor azt találták több tanulmányban, hogy rendszeresen veszik igénybe az egészségszorongó páciensek az alapellátás és más szomatikus ellátási formák nyújtotta lehetőségeket, de a pszichiátriai kevésbé. [141,208,209] Az egészségszorongó páciensek többet használják a rendszert és költségesebb az ellátásuk a nem szomatizáló vagy egészségszorongó páciensekhez képest. [210]

Az egészségszorongás önmagában nem egy klinikai diagnózis, hanem egy jelenség, mely több pszichiátriai kondícióban is jelen lehet, melyet a DSM kódol, vagy olyan orvosi diagnózisokban, melyek gyakran átfedő pszichológiai tünetekkel járnak (pl. aerofágia, rumináció). [140]

A hipochondriát súlyos egészségszorongásként azonosítják. Ez azért van feltehetőleg, mert a hipochondria az a pszichiátriai diagnózis, mely leginkább megfelel ezeknek a pszichológiai élményeknek és megfigyelt viselkedéseknek, amik a fent leírt nehézségek összességével küzdő

egyénekre jellemzőek. A diagnosztikus kritériumok nem biztosítanak szilárd konceptuális vázat a pszichológiai problémával küzdő páciensek felméréséhez és terápiájához. A hipochondria diagnosztikus entitásával eltérően az egészségszorongás tágabb értelemben definiált, mint egy pszichológiai folyamat, melyet az egyén egészségére fókuszáló fenyegetettséggel járó félelmek és aggodalmak jellemeznek. [140]

Egy 2010-es, 2 éves utánkövetéses vizsgálat eredményei szerint összehasonlítva 968, jól körülhatárolható betegségben szenvedő beteggel, a 81 súlyos egészségszorongásos beteg és az 59 DSM-IV hipochondria beteg a követés során szignifikánsan több egészségszorongást mutatott. Továbbra is szignifikánsan rosszabbul értékelték a fizikai és mentális egészséggel kapcsolatos működésüket. A súlyos egészségszorongásos betegek évente összesen mintegy 41-78%-kal több egészségügyi ellátást vettek igénybe, mind a felvételt megelőző 3 évben, mind az utánkövetés során, míg a DSM-IV hipochondria betegekénél nem volt statisztikailag szignifikánsan magasabb az összes igénybevétel. Az egészségszorongás rossz kimenetelét nem lehetett magyarázni komorbid depresszióval, szorongásos zavarral vagy jól meghatározott egészségügyi állapottal. A vizsgálat szerzői megállapítják, hogy a súlyos egészségszorongás zavaró és tartós állapotnak bizonyult. Ez költséges az egészségügyi rendszer számára, és komolyan kell venni, azaz diagnosztizálni és kezelni szükséges. [211]

Az egészségszorongás erős előrejelzője volt a rokkantnyugdíj megítélésének: hatása meghaladta a GAD hatását és összehasonlítható a depresszióéval. Azonban az egészségszorongást vagy a hipochondriát nem ismerték fel orvosi diagnózisként a rokkantnyugdíj megítélésekor, és nem számolták be más mentális zavarokhoz. [212] Ausztrál vizsgálatban azt találták, hogy az egészségszorongás szignifikánsan több szorongással, károsodással, rokkantsággal és egészségügyi szolgáltatások igénybevételével járt, mint az egészségszorongás nélküli válaszadóknál. [181]

Az egészségszorongás sokszor átfedést mutat az orvosilag megmagyarázhatatlan tünetekkel, de nem minden esetben. Ha valaki több tünetről számol be, funkcionális szomatikus diagnózist kaphat, mint például irritábilis bél szindróma (IBS), fibromialgia vagy krónikus fáradtság szindróma. Ezek a diagnózisok nem segítik a kezelést és a kimenetelt nem javítják, ugyanis ilyenkor nehezebb a tünetek mögött fekvő pszichopatológiát megcélozni. Ezen páciensek gyakran veszik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat. Egy utánkövetéses vizsgálatban azt találták, hogy a szakorvosoknál megjelenő páciensek átlag 52%-a orvosilag megmagyarázhatatlan tünetek miatt keresi fel az adott klinikát. Ebben a vizsgálatban a pszichés zavar nem volt köthető az orvosilag megmagyarázhatatlan tünet jelenlétéhez, de aki több

tünetről panaszkodott, annál a kockázata megnövekedett a pszichés zavarra vonatkozóan. [213] Egy alapellátási vizsgálati helyzetben végzett kutatás során azt találták, hogy a páciensek 20.5%-a ideiglenes szomatizáció diagnózist kapott. Ezen páciensek többször jelennek meg háziorvosnál, gyakrabban veszik igénybe a sürgősségi, ambuláns és osztályos ellátást, valamint az egészségügyi kiadások is magasabbak esetükben mind ambulánsan, mind osztályosan, és nagyjából kétszer annyira terhelik meg az egészségügyi rendszert, mint a nem szomatizálók. Az egészségsszorongás meglehetősen gyakori és aluldiagnosztizált, jelentős megbetegedést okoz, megfelelő kezelés nélkül perzisztál, és jelentős anyagi kiadásokhoz vezet. [214] A kezelőorvosok sikertelenségük után frusztrálódhatnak, és ez a pácienssel való kedvezőtlen kapcsolathoz vezethet, továbbá a páciensek is elégedetlenek lehetnek, így újabb és újabb orvost keresve fel. [4]

Egy vizsgálatban a kutatók 36,7%-ra becsülték a hipochondriázis gyakoriságát és 51,1%-ra a súlyos és rokkantságot okozó egészségsszorongást a krónikus fájdalomban szenvedő páciensek mintájában. [215]

A hipochondriában szenvedő minden olyan orvosban, aki testi tüneteivel medikális és farmakoterápiás szempontból foglalkozik, hozzáértő szövetségest lát, azt viszont, aki a pszichogén tényezőkre utal, rosszul képzett ellenfélnek tartja. Ez sok orvost sajnos képes félrevezetni és rávenni arra, hogy „mikrodiagnózisokat”, feltevéseket és hasonlókat közöljön, ami a beteget szomatikus betegségében egyre jobban megerősíti. A szorongásos tünetekkel járó mentális zavarokban a betegek hajlamosak rá, hogy a doktorban egyfajta „védelmezőt” fedezzenek fel, és érzelmileg ragaszkodjanak hozzá. A szakembernek ügyelnie kell arra, hogy „minden pillanatnyi megkönnyebbülés, amit tekintélye alapján a betegnek szerez, végeredményben egyre inkább véglegesíti benne a „védelmezőjétől” való függőséget.” Ezért tanácsosabb, ha felhívjuk a páciens figyelmét a szorongásaival való szembeszállás valamint a pszichoterápia lehetőségeire, és megerősítjük annak tudatát benne, hogy saját magáért felelős. [143]

A szomatoform tünetekkel küzdő betegek bonyolult szociális anamnézissel rendelkeznek, beleértve a bántalmazást és abba az elhanyagolást is. A megjelenő tünetek meglehetősen tágak lehetnek, beleértve a hangulati jellemzőket, a szorongást, a személyiségzavarokat és bizonyos mértékig a szerhasználati zavarokat (legalábbis a vénköteles gyógyszerekkel való visszaélést). Az alapellátási vizsgálatokban a magas szintű fizikai tüneteket mutató betegek több mint 90 százaléka teljesíti a depresszió vagy szorongás kritériumait. Az egyéb szomatoform rendellenességekkel való komorbiditás is meglehetősen magas, ami jelentős átfedést jelez a

különböző kategóriák között. Így a disszociatív zavarban szenvedő betegek több mint 60 százaléka megfelel a szomatizációs zavar kritériumainak is. [165]

Kifejezetten magas arányban mutat más mentális zavarral átfedést a hipochondria (62,0%). A major depresszió, a leggyakoribb társbetegség, és leggyakrabban a hipochondria után jelentkezett. Az agorafóbiával járó pánikbetegség, a leggyakoribb szorongásos zavar társbetegségeként, de gyakran a hipochondria előtt vagy azzal egy időben kezdődött. Kevés alany felelt meg a szomatizációs rendellenesség kritériumainak, de egyharmaduk megfelelt ennek a rendellenességnek a szubklinikai formájának. [216] Egy másik vizsgálat szerint még magasabb a komorbiditási arány: a hipochondriás minta 88%-ának volt egy vagy több további I. tengely zavara, a legnagyobb az átfedés a depressziós és szorongásos zavarokkal. A hipochondriások egyötödének szomatizációs zavara volt, de a két állapot fenomenológiailag eltérőnek tűnt. [217]

Számos kutató a klinikusok és kutatók kifejezett igényeire reagálva, különösen az alapellátásban, küszöb alatti altípusokat javasolt, amelyek sok olyan beteget leírhatnak az alapellátásban gyakran előforduló betegek közül, akik nem felelnek meg a szomatizációs rendellenesség teljes kritériumának, és a nem specifikusak közé tartoznak. Az ő érdekében is hozták létre a nem meghatározott szomatikus tünet és kapcsolódó rendellenességek és egyéb küszöb alatti szomatikus tünet szindrómák diagnózisokat. [165]

Nem csupán az egyéb mentális zavarokkal mutat gyakori összefüggést az egészségszorongás, de a súlyos szomatikus betegségekkel is. A becslések szerint az egészségszorongás 70%-kal növeli az iszkémiás szívbetegség kockázatát. [218] Hasonló eredményeket találtak egy másik, szívinfarktuson átesett betegeken végzett vizsgálatban is, amelyben nemcsak további kardiális eseményeket jelzett előre a magas egészségszorongás, hanem a mortalitás növekedését is. [198]

2.5. A pszichometriai vizsgálóeszközök

A pszichológiában és a pszichiátriában gyakran vesznek segítséget igénybe a szakemberek a munkájuk, kutatásaik során. A tünetbecslő skálák rendkívüli módon hozzá tudnak járulni a mindennapi gyakorlathoz és a vizsgálódásokhoz a különböző pszichológiai konstruktumok számszerűsített megjelenítésével, ugyanakkor nem szabad megfeledkezni az őket használó számára a hátrányaikról sem.

2.5.1. A pszichometriai vizsgálóeszközök történeti áttekintése

A képességek, akár belső tulajdonságok felmérése alapvetően a 20. századhoz köthető, azonban a Távol-Keleten már az i.e. 2200 körül elindult a hivatalnokok felmérése és a teszteken jobban

teljesítők előnyben részesítése. Hasonló alapokon nyugvó rendszer jóval később, a 19. században Európa és Észak-Amerika különböző területein is elterjedt. [219]

Francis Galton, angol tudós úgy gondolta, minden megmérhető, és igyekezett is ezt bebizonyítani az 1800-as évek második felében. [220] Galton tanítványai közé tartozik Pearson és Wundt. Utóbbi hozta létre Lipcsében az első kísérleti labort 1879-ben azzal a céllal, hogy a külső behatásokra adott lelki reakciókat mérni legyen képes. Ez a laboratórium a világ minden tájáról idevonzotta a kutatókat, akik aztán hazájukba visszatérve sokszor maguk is ahhoz hasonló létesítményt alapítottak. A Galton- és Wundt-féle mérés alapvető különbsége abban állt, hogy míg Galton az egyéni különbségeket, a wundti laboratórium a hasonlóságokat vizsgálta. A kettőt gyúrta egybe James McKeen Cattell amerikai pszichológus. Amikor Cattell megpróbálta a reakcióidő, észlelés, fejméret vagy a memória alapján az intellektuális funkciókat, illetve a tanulmányi eredményeket bejósolni, akkor csalatkoznia kellett. Amikor a 20. század elején bevezették Európában és az Amerikai Egyesült Államokban is a közoktatást, észlelték az egyéni különbségekben megjelenő nehézségeket, nevezetesen, hogy nem mindenki egyforma intellektuális szinttel rendelkezik, így nem taníthatók a diákok egységes szinten. A két utóbb említett probléma kiküszöbölésére 1904-ben Franciaországban létrehoztak egy bizottságot, amelynek célja az volt, hogy kidolgozzanak egy olyan módszert, mellyel kiszűrhetők a speciális oktatást igénylő gyermekek. 1905-ben megjelent az első intelligenciateszt, mely Alfred Binet és Teophile Simon nevéhez köthető. [221] A teszt továbbfejlesztése után Stern felveti a problémát, hogy nyilvánvalóan az idősebb gyermekek jobban fognak teljesíteni a teszten, ezért azt javasolja, hogy a mentális kor és a tényleges kor arányának használatával küszöböljék ki ezt a hibát. Ezt a hányadost nevezzük intelligenciahányadosnak. Lewis Terman a Stanford egyetem professzora elkészítette a teszt megbízható amerikai adaptációját, melyet Stanford-Binet tesztként ismerünk, és javasolta az intelligenciahányados egyszerűbb kezelhetősége végett annak százzal történő megszorzását, és tőle eredeztethető az IQ rövidítés. A közoktatás után a másik nagy lépés az I. Világháború volt, mely ugrást jelentett a mentális képességek tesztelésének fejlődése terén. A sorozáson szerettek volna olyan tesztet alkalmazni, mely megszűri a katonákat egyszerű módon mentális képességeik szerint. Ekkor került kidolgozásra az Amerikai Pszichológiai Társaság akkori elnöke, Robert Yerkes által vezetett bizottság révén az Army Alpha és Army Beta. Az Alpha egy verbális, míg a Beta egy nem verbális teszt, mely segített áthidalni a nyelvi akadályokat a soknemzetiségű Egyesült Államokban. Kivételesen nem feltétlenül egy háborúhoz köthetően, de 1939-ben David Wechsler kidolgozta saját intelligenciatesztjét, melyen már nem csupán

verbális, hanem performációs feladatok is helyet kaptak, ezzel egy összetettebb képet alkotva a személy képességeiről. [221]

Az intelligencia mérésének igénye mellett megjelent a személyiség feltárásának vágya is tesztek segítségével. Első ismert verziója a Woodworth-féle Személyiség Adatlap volt, mely a pszichiátriai interjú sarkalatos pontjait igyekezett írásban, önjellemző módon megfogalmazni. 1942-ben dolgozták ki az eldöntendő kérdések formájában a személyiséget vizsgáló legelterjedtebb vizsgálóeszközt, a Minnesota Multiphasic Personality Inventory-t (MMPI). Az önjellemző tesztekre adott válaszok azonban a kitöltő szándékainak megfelelően módosíthatók, amennyiben tisztában van a személy a válaszainak valószínű konzekvenciáival. Ennek az aggálynak az áthidalására fejlesztették ki a projektív tesztek, melyek a projekcióra alapoznak: a vizsgált személy számára egy többértelmű ingert mutatnak be, aki általában saját vágyait, motivációit projektálja a látott mintába. A két legismertebb projektív teszt Herman Rorschach (Rorschach-próba), valamint Murray és Morgan nevéhez köthető (Tematikus Appercepció Teszt), míg magyar vonatkozásban érdemes kiemelni Szondi Lipót nevét, aki a Szondi-tesztet alkotta meg. [221]

Áttérve a pszichológiai tesztelés magyar vonatkozására, érdemes megemlítenünk Ranschburg Pál nevét, aki Magyarországon 1899-ben létrehozta az első pszichofizikai laboratóriumot. Ez a laboratórium és a Ranschburg nevéhez köthető iskola több lelkes pszichometriával foglalkozó tudósnak is a kiindulási pontját képezte. Közöttük volt Éltes Mátyás, aki a Binet-Simon féle intelligenciatesztet magyarra adaptálta, melyet Lénárd Edit és Baranyai Erzsébet továbbfejlesztett, korszerűsített. Továbbá a korábban már említett Szondi Lipót is, aki neve világszerte ismertté vált tesztje révén. Mérei Ferenc a mai kori magyar pszichológia meghatározó alakja: számos külföldi mérőeszköz hazai adaptálását, ismertetését és továbbfejlesztését végezte el. Elévülhetetlen érdemei vannak a Pszichodiagnosztikai Vademecum létrehozásában. A Wechsler által kidolgozott intelligenciateszt magyar adaptálását Kun Miklósnak és Szegedi Mártonnak köszönhetjük, az MMPI-ét pedig Tringer Lászlónak, majd később Bagdy Emőkének. [221]

2.5.2. Tünetbecslő skálák

Az orvosoknak lépést kell tartaniuk a főbb fejlesztésekkel a tünetbecslő skálákat illetően több ok miatt is. Legkritikusabb pont, hogy a tünetbecslő skálák többsége hasznos a klinikai gyakorlatban, ugyanis segítségével monitorozható a páciens az idők folyamán, vagy olyan információt nyújthatnak, mely sokkal átfogóbb, mint amely általánosságban egy rutin klinikai interjú során megszerezhető. Továbbá az egészségügyi adminisztrátorok és a finanszírozók

egyre inkább standardizált értékeléseket követelnek meg, demonstrálandó az egészségügyi szolgáltatások hatásosságát vagy az ellátás minőségét felmérendő. Végül, de nem utolsósorban a klinikai (pszichitátriai) gyakorlatot megalapozó kutatásokban értékelő skálákat alkalmaznak, így tehát a velük való ismerkedés egy mélyebb megértést tud adni a kutatás eredményeit és a pszichiátriai gyakorlatban való alkalmazhatóságukat illetően. [222]

Az értékelő skálák előnyei közé sorolhatjuk, hogy segítségükkel könnyűszerrel, relatíve objektív módon nyomonkövethetjük a tünetprofilokat az idők folyamán, ezzel standardizálhatjuk az információkat a megfigyelőktől függetlenül. A kezdeti vizsgálatok során javítható segítségükkel a klinikai precízió és döntéshozatal, a standardizált metódus vagy mérték a kezelés hatékonyságának felmérésére az idő múlásával, valamint nem utolsó sorban egy globális keretrendszert nyújthatnak a páciensek által jelentett kimenetelre vonatkozóan. Szintén hozzájárulhatnak ahhoz, hogy megtervezzük a kezelést, akár a diagnózishoz való hozzásegítéssel, alapos áttekintését nyújthatják a tüneteknek, képesek lehetnek komorbid állapotok azonosítására és jellemezhetnek egyéb, kezelési választ befolyásoló tényezőket. Egy alapot nyújthatnak, hogy egy betegség progresszióját nyomonkövessük az idők folyamán, vagy hogy speciális beavatkozásokra adott válaszokat lemérjünk. A legtöbb értékelő skála ellátja a felhasználót olyan gyakorlati információval, mely a mérőeszköz teljesítményjellemzőire vonatkozik. Ennek segítségével pedig a klinikus tisztában lehet azzal, mennyire képes az adott mérőeszköz reprodukálható eredményeket szolgáltatni (egyszóval reliabilitás), és hogyan viszonyul ugyanazon konstrukció bevettebb mérési módszereihez (egyszóval validitás). Gyakorlati előnyhöz képes juttatni használóját a legtöbb mérőeszköz: megszerezhető olyan információ, mely értékes időt menthet meg a kezelőszemélyzet számára, például az önkitöltős értékelő skálák a váróban is kitölthetők; vagy egy ápoló illetve egy technikus is felvehet egy interjút, mielőtt az ülés megkezdődik az orvossal. Szenzitív területekről is könnyebben tud információt gyűjteni, mint például a kognitív zavar, szexuális mellékhatások, melyekre direkt kérdések tolakodóan hathatnak. Azonban a szakemberek itt is felhívják a figyelmet, hogy nem csodaszerek a tünetbecslő skálák, ugyanis adminisztrációs nehézségek vagy mérési hibák, esetleg a mögöttes konstruktum hiányosságai hibás méréseket tudnak eredményezni. [222]

J. McKeen Cattel használta először 1890-ben a teszt kifejezést az egyéni különbségek mérésére. [223] A Pszichiátriai lexikon megfogalmazása szerint a teszt egy tudományos rutin eljárás egy vagy több empirikusan elhatárolt személyiségjegyzet vizsgálatára, az egyéni fejlettségi szint lehetőleg mennyiségi megítélése céljával. [223] Rózsa és mtsai. definíciója szerint „tesztelésen általában egy adott jellemző felmérésére irányuló, előre megtervezett, módszeres

információgyűjtést értünk.” [221] Míg pszichológiai tesztelésnek azt a folyamatot nevezzük, amikor egy adott pszichés jellemzőt igyekszünk feltárni: pl. kognitív képességek vagy szorongás.

„A *pszichológiai mérés (psychological assessment)* kifejezést általában egy olyan átfogó és integratív mérési folyamatra értjük, amely magában foglalja a kapott eredmények kiértékelését, interpretációját, a több forrásból rendelkezésre álló információk összevetését, megbízhatóságuk megítélését és a pszichológiai jellemzők bejósolását” is. [221]

A Pszichiátriai lexikon idézi Pethő Bertalant, aki szerint a pszichológiai teszt a „vizsgált személytől való, standardizált, objektív eljárással történő, zárt jelentőségtartományra vonatkozó magatartás-mintavétel”. [223] Ezzel összhangban Rózsa és munkatársai megfogalmazása szerint a *pszichológiai tesztelés* többnyire olyan folyamatként határozhatjuk meg, „amely a pszichológiai változók felmérését a viselkedésben megnyilvánuló jellemzők objektív feltárására korlátozza.” [221]

A Pszichiátriai lexikon szerint a pszichometria: a pszichés sajátosságok mérésével foglalkozó vizsgálatok, tesztek gyűjtőneve. [223], míg Rózsa és munkatársai szerint „a pszichológiában, a pszichiátriában és az oktatásban alkalmazott tesztelés és tesztfejlesztés tudományát nevezzük pszichometriának.” [221]

Ami már következik a fentebb leírtakból is, de a Pszichiátriai lexikon idézi idevonatkozólag Juvanczot, aki szerint a pszichometria=pszichológia+mérés+interpretáció. Ebből pedig az következik, hogy a vizsgálóeljárást megalkotó elméleti konstrukcióit, a mintavétel jellegét és sajátosságait, valamint a mérés értelmezését nem lehet kihagyni a számításokból. Ebből kifolyólag a pszichológiában a méréshiba nagyobb, a megbízhatóság kisebb, mint a fizikai mérésekben. [223]

Továbbra is összhangban az előzőekben elmondottakkal a „*pszichológiai tesztek*et olyan standardizált eljárásoknak tekintjük, amelyek egy adott időpontban történő viselkedés mintavételei. A pszichológiai teszteken elért eredményeket a meghatározott kiértékelési eljárás segítségével mennyiségi jellemzőkké, pontszámokká alakítjuk, amelyből a megfelelő normák felhasználásával az egyén általános reakcióira, illetve személyiségére következtetünk.” [221]

A Pszichiátriai lexikon megfogalmazása szerint a kérdőív: „a klinikai gyakorlatban alkalmazott önjellemző tünetlisták és panaszleltárak, melyek kérdéseket, állításokat tartalmaznak.” [223]

A tünetbecslő skálák segítségével a vizsgált személy mentális állapotáról tudunk információt gyűjteni önkitöltős módon. Mind a hétköznapi gyakorlatban, mind pedig kutatásokban

használatosak ezen mérőeszközök. A szakember által felvett becslőskálákhoz képest eltérő tulajdonságokkal rendelkeznek. Előnyük lehet, hogy a megszerzett információ közvetlenül a vizsgált személytől származik, és a mentális, lelki panaszok okozta szenvedés súlyosságáról első kézből szerezhető általuk információ. Hátrányként említhető, hogy a vizsgált személy által megélt tünetek mellett kevés információt tud nyújtani a magatartástünetekről, valamint azok környezetre gyakorolt hatásáról. Az alapellátásban alkalmazott önkitöltő tünetbecslő skálák alkalmasak lehetnek a gyógyszeres vagy a pszichoterápiás kezelések hatásának lemérésére, vagy a pszichopatológiai tünetek megfigyelésére. [221] Módszertani problémák között említhető, hogy a vizsgált személy megélése a saját problémáit illetően kevésbé egyezik meg a külső megfigyelő véleményével. Nem burkolt, nyílt kérdések során a válaszadó tisztában lehet azzal, mik a kérdésre adott válaszában konzekvenciái, és ennek megfelelően torzíthat a válaszain. Ez a megbízhatatlanság eredhet a vizsgált személy önismereti hiányosságából, abból, hogy nem érti megfelelően a feltett kérdést; vagy csak felületesen olvasta el; vagy hogy nem vette komolyan a kitöltést. A vizsgált személy elhárításai vagy éppen feltűnni vágyása is jelentősen befolyásolhatja az adott válaszokat. A vélt szociális elvárás szintén hibafaktor lehet, amikor a vizsgált személy fejében él egy elképzelés arról, hogy mi a jó válasz, és azt igyekszik megadni, nem pedig saját magáról kíván információt szolgáltatni. A csoportos tesztkitöltés és a névtelenség, titoktartás viszont segíthet a konzekvenciáktól való megszabadulástól, és így csökkenthető a hibák számát. Az igen-nem válaszlehetőséget kínáló kérdőíveknél jellemző lehet, hogy személyiségjegyeiktől függően a válaszadók igen-, míg mások a nem-preferencia csoportba tartoznak, és hajlamosak gyakrabban inkább csak igen, vagy inkább csak nem válaszokat adni. A több válaszlehetőséget kínáló kérdőívek esetén pedig a középzónások és a szélső-zónások csoportjai jelennek meg. Továbbá ha papír alapon tölt ki valaki kérdőívet, valamely kitöltők hajlamosak lehetnek arra, hogy bizonyos helyeket kitüntessenek. Ezért utalnak rá a szakemberek, hogy a gondos odafigyeléssel szerkesztett kérdőívek sem helyettesíthetik a szakember által lefolytatott klinikai vizsgálatot. [224]

2.5.3 Pszichometriai tulajdonságok

Fontos, hogy olyan standardizált mérőeszközöket tudjunk létrehozni, melyen a kitöltő által elért pontszámot egy normatív mintához tudjuk hasonlítani. Lényeges aspektus a validitás, érvényesség, mely azt jelenti, hogy a teszt valóban azt a tünetet, jelenséget, konstruktumot méri-e, aminek a vizsgálatára kidolgozták. Emellett szintén fontos a tesztek megbízhatósága, reliabilitása, mely azt mutatja meg, hogy egy adott teszt mennyire konzisztensen és stabilan méri az adott konstruktumot. [225]

2.5.3.1. Reliabilitás

Reliabilitás közül hármat különíthetünk el, melyek: (1) a belső konzisztencia, (2) időbeli stabilitás és (3) értékelők közötti megbízhatóság.

A belső konzisztencia arra utal, hogy a skálát alkotó itemek mennyire konvergálnak, azaz hogy valóban mennyire ugyanazt a konstruktumot mérik. Leggyakrabban úgy történik ennek a vizsgálata, hogy a tesztet két részre osztják, és megnézik, az első és második felén elért pontszámok mennyire korrelálnak. A számítógépes programok elvégzik a feladatot, miszerint a lehetséges összes tesztfelezés átlagkorrelációját megvizsgálják. A kapott értéket Cronbach-alfának nevezzük. Elfogadhatónak minősül a teszt belső konzisztenciája, ha a Cronbach-alfa értéke 0.7 és 0.79 között van, jó, ha 0.8 és 0.89 közötti érték és kiváló, ha 0.9 vagy annál magasabb. Az igen gyakran használt Cronbach-alfa érték korlátja, hogy csupán az egydimenziós konstruktumok vizsgálatához megfelelő. McDonald ennek kiküszöbölésére hozta létre az omega (ω) együtthatót, mely azt mutatja meg, hogy a közös faktorról vagy faktorokkal mekkora hányada magyarázható az összpontszám variációjának. Használhatjuk arra is az omegát, hogy a teszt alskáláinak a megbízhatóságát jellemezzük általa a következő módon: a teszt alskáláinak pontszámának variációját összevetjük a közös faktor által mutatott variációval. Határértékei az elfogadható, jó és kiváló konzisztenciának ugyanazok, mint a Cronbach-alfának.

Az időbeli megbízhatóság azt jelenti, hogy a különböző mérések között ne legyen lényeges különbség hetek vagy akár hónapok múltán megismételve sem. Természetesen állapotoknál ez nem lehet feltétel, de vonásoknál már igen.

Az értékelők közötti megbízhatóságot arra értik, ha félig strukturált interjút vesznek fel, vagy az értékelő megfigyeléseinek vannak a pontszámok. Kíváncsi, hogy a különböző értékelők hasonlóan mérjék fel a mérni kívánt konstruktumot, és közöttük magas szintű legyen az együttjárás. [226]

2.5.3.2. Validitás

Validitásból számos fajta létezik. Ezeknek csupán a rövid leírására vállalkozunk itt.

A *tartalmi validitás* arra vonatkozik, hogy egy mérőeszköz mennyire fedi le a mérni kívánt konstrukció összes területét. Egy pszichiátriai rendellenességet, például súlyos depressziót értékelő diagnosztikai eszköz esetében a tartalmi validitás leginkább azt mérheti, hogy a DSM-kritériumok mennyire vannak lefedve. A *látzatérvényesség* arra utal, hogy az elemek ránézésre értékelik-e a kérdéses konstrukciót, és az egyes elemek mennyiben vonatkoznak a vizsgált

konstruktum megnyilvánulásaira. A konstruktumvaliditás megmutatja, hogy a mérőeszköz mennyire fed le egy célkonstruktumot.

A kritériumvaliditás a mérőeszközt egy, a mérésen kívüli tényezővel, úgynevezett kritériummal összefüggésben vizsgálja. Két fajtája létezik a kritériumvaliditásnak: a konkurrens validitás és a prediktív validitás. A konkurrens validitás esetén a mérésen kívüli tényező egy már a konstruktum mérésére korábban bevált és elfogadott mérőeszköz. A prediktív érvényesség akkor kerül értékelésre, amikor az érdeklődésre számot tartó mérőeszközt egy jövőben mérendő kritériumhoz hasonlítják. Más szóval, a mérőeszközt aszerint értékelik, hogy mennyire jól jósolja meg a kimenetelt. [222]

2.5.3.3. A mérőeszközök egyéb mutatói

Egy mérőeszköz esetében fontos mutatók még a *szenzitivitás* és a *specificitás*. A *szenzitivitás* azt mutatja meg, hogy a valódi pozitív esetek, tehát egy zavar által érintettek, milyen arányban kapnak a vizsgálóeszköz által is pozitív eredményt. A *specificitás* pedig arra utal, hogy a valódi negatív esetek, azaz akik nem érintettek az adott zavar által, milyen arányban kapnak a teszten is negatív eredményt.

Az szenzitivitás és a specificitás 0 és 1 között változik. A magas szenzitivitás biztosítja, hogy minimális számú betegségben szenvedő személy kerüljön ki a tesztből negatívként, ami nyilvánvalóan szükséges követelmény klinikai vagy szűrési szituációkban. A magas specificitás minimálisra csökkenti annak esélyét, hogy az egyén szükségtelen kezelésben vagy megerősítő vizsgálatban részesüljön. [222]

A mérőeszköz fontos mutatója lehet a prediktív érték. A pozitív prediktív érték (PPV) azon személyek aránya, akiknek a tesztje pozitív a betegségre, és akiknél valóban fennáll a rendellenesség (valódi pozitív). A negatív prediktív érték (NPV) azoknak az embereknek az aránya, akiknek a tesztje negatív a betegségre, és akiknél valóban nem áll fenn a rendellenesség (valódi negatív). [222]

Megerősítő faktorelemzés során egy adott mintán tesztelik a feltételezett faktorszerkezet validitását, és hogy az mennyire egyezik a valóságban találttal, az *illeszkedési mutatók* révén derül ki számunkra. *Standardizálás* során életkor szerinti normálértékeket rendelünk a mérőeszközhöz. Elsősorban akkor van rá szükség, ha idegen nyelvterületről, kultúrából veszünk át vizsgálóeszközt. Ehhez *kulturálisan is adaptálnunk* szükséges némelykor az adott mérőeszközt. [226]

2.5.4. A mérőeszközök különböző típusai

Megkülönböztethetjük a mérőeszközöket különböző tulajdonságaik szerint. Például aszerint, hogy mik a mérési célok: egy diagnózis felállítása (strukturált klinikai interjúk), a súlyosság felmérése vagy a változás követése speciális tünetek (Mini Mental State Examination – mini mentális állapot felmérés – MMSE), általános funkcionálás vagy átfogó kimenetel terén és szűrés aközött, hogy fennáll-e egy adott állapot, vagy sem. Eltérhetnek abban is, hogy milyen konstruktumot kívánunk mérni: diagnózist, tünetet vagy jelet, súlyosságot, működésbeli károsodást, életminőséget és még sok mást. Azon esetekben, amikor ezeket a tartományokat lényegében függetlennek tekintjük, dimenzióknak nevezhetjük őket. Kategorikus vagy folytonos osztályozás különíthető el a tünetbecslő skálák esetében. A kategorikus osztályozás leírja, hogy egy adott tulajdonság jelen van, illetve nincs jelen, míg a folytonos osztályozás egy intenzitási kontinuum mentén ad egy mennyiségi értékelést. A kettő között nincs éles határ, az ordinális klasszifikáció átmenetet képez a kettő között, és a kategóriák véges, rendezett halmazát használja (pl. nem érintett, enyhe, közepes vagy súlyos). [222]

Mérési eljárásmodokban is elkülönülnek a tünetbecslő skálák. Így például eltérő lehet a formátum, az értékelő személye, és az információforrás. A formátum lehet ellenőrző lista vagy egy útmutató, mely navigálhatja a klinikust, hogy standardizált eredményeket tudjon rögzíteni. Mások lehetnek önkitöltős kérdőíves vagy tesztek, míg szintén mások hivatalos interjúk, melyek teljesen vagy félig strukturáltak lehetnek. Tartalmazhatnak olyan szekciókat, melyeket át lehet ugrni, hogy csökkenteni lehessen a felvételhez szükséges időt. Az egyes itemek formátuma is változhat. Lehetnek igen-nem vagy többszörös válaszlehetőséget biztosító kérdések. A válaszok jelölhetők Likert-skálán, egy ordinális skálán, melyen háromtól hét pontig jelölhető a súlyosság, intenzitás, frekvencia vagy más tulajdonságok. Gyakran ezekhez a számokhoz jelentést tulajdonítanak az egyes mérőeszközök. Néha a kérdőívek nyitott kérdést tartalmaznak, gyakran a kérdőív elején, hogy segítsenek kialakítani egy kapcsolatot. [222]

Az értékelő személye is eltérhet. Néhány mérőeszközt úgy terveztek, hogy csak doktori szintű klinikusok adminisztrálhassák, míg másokat felvehetnek ápolók vagy szociális munkások. Szintén néhányat úgy kalibráltak, hogy laikus értékelők tudják használni, és némely skála széleskörű tréninget kíván meg még a tapasztalt klinikusoktól is. Elmondható, hogy minden skála jobb teljesítményt tud nyújtani, ha az értékelők ismerik a formátumát és a specifikus tartalmat. [222]

Az információforrás lehet maga a páciens, de akár egy hozzáértő informátor is szolgáltathatja az adatokat. Amikor a konstruktum korlátozott betegségbelátást feltételez (pl. kognitív zavar) vagy jelentős társadalmi nemkívánatosságot (pl. szerhasználat), más információforrások bevonása

tanácsos lehet. Néhány tünetbecslő skála lehetővé teszi, hogy az információ megszerezhető legyen orvosi nyilvántartásokból vagy a páciens megfigyeléséből. [222]

2.5.5. A Test Your Memory (TYM) teszt

A TYM teszt a kognitív funkciók széles skáláját mérő pszichometriai eszköz. A disszertációhoz elvégzett első tanulmányunk során a TYM teszt magyar változatát (TYM-Hun) használtuk annak érdekében, hogy az EKZ-val élők el tudjuk különíteni az egészséges személyektől.

2.5.5.1. A TYM rövid története

A TYM tesztet Jeremy Brown szerkesztette 2007 és 2009 között, és a validációs tanulmányt 2009-ben közzétették. [227] Jelentős volt a kezdeti lelkesedés a teszt körül, így világszerte fordították és validálták kutatók más nyelvekre a tesztet. 2015-ben megjelent egy összefoglaló táblázat ezekről a vizsgálatokról, ami újabb lendületet adott a folyamatnak, és mára már számos nyelvre van lefordítva és validálva a teszt (pl. lengyel, arab, spanyol, japán, török, kínai és természetesen magyar). Továbbá ezekben a tanulmányokban a TYM-et egy értékes, rövid kognitív tesztnek találták a demencia kimutatására kultúrák széles körében, különböző nyelveken és különböző ábécék használatával. [228] A tesztet az Egyesült Királyságban fejlesztették ki, és ahogyan azt a későbbiekben látni fogjuk, kulturális elfogultságot mutat. Ez szükségessé tette a TYM-teszt néhány apróbb ország-specifikus módosítását, például a fontos nemzeti dátumok vagy az állatok megnevezése feladatnál a kezdőbetű megváltoztatását. A „strapabíró/barna sörös cipőről” szóló mondat nagyon brit, ezért több nyelvre való fordításában inkább az alternatív mondatot, a szakácsokról szólót alkalmazták, ahogyan azt mi is tettük. A tymtest.com weboldal 2010-ben indult, és számos hasznos információt tartalmaz, innen a teszt is ingyenesen letölthető. Megtekinthetők az oldalon továbbá a teszt lebonyolítására vonatkozó tanácsok és pontozási útmutatás is rövid videó formájában. [229]

2.5.5.2. A TYM struktúrája

Az eredeti TYM-teszt egy 10 kognitív feladatból álló sorozat, amely egy lap mindkét oldalára van nyomtatva, és amelyet a beteg tölt ki az egészségügyi dolgozó minimális felügyelete mellett. [227] Tizenegyedik feladatként értékelhető annak pontozása, hogy a páciensnek mennyi segítségre volt szüksége a teszt kitöltése során. A betegek túlnyomó többsége alig szorul segítségre a TYM-teszt kitöltésekor, és ez lehetővé teszi a felügyelő egészségügyi dolgozó számára, hogy egyidejűleg más feladatokat is végezzen. A TYM teszt pontozása körülbelül két percig tart. A teszt adminisztrációjának és pontozásának nagy része intuitív, ami azt jelenti, hogy minimális képzésre van szüksége az egészségügyi személyzetnek a teszt

felügyeletéhez és pontozásához. Olyannyira igaz ez, hogy lehetséges érvényes eredményeket kapni abban az esetben is, ha a páciensek hozzátartozóival, nem pedig egészségügyi szakemberekkel látjuk el a vizsgálat felügyeletét. [230] Ahogy korábban említettük, ehhez könnyed segítség vehető igénybe a tymtest.com weboldalon. [229]

A 11 feladat a kognitív készségek széles skáláját fedi le, hasonlóan az Addenbrookes Cognitive Examinations (ACE) által teszteltekhez, és a TYM pontszám nagyon erősen korrelál az ACE-R (Addenbrookes Cognitive Examination Revised) pontszámával. Az ACE-R és az ACE-III az aranystandard rövid kognitív tesztek, amelyeket a memóriaklinikákon használnak világszerte. A TYM teszt 50 pontból, az ACE-R és ACE-III pedig 100 pontból áll; a TYM pontszám megkétszerezése jó becslést ad az ACE-R vagy ACE-III pontszámra. [231]

A TYM az alábbi 11 doménből áll:

1. Autopszichés és időbeli orientáció (orientáció) – 10 pont
2. Mondatmásolás (másolás) – 2 pont
3. Tények felidézése (tények) – 3 pont
4. Számtan (összeadás) – 4 pont
5. Állati fluencia (fluencia) – 4 pont
6. Hasonlóságok – 4 pont
7. Megnevezés – 5 pont
8. A W megtalálása (vizuospaciális 1) – 3 pont
9. Órarajzolás (vizuospaciális 2) – 4 pont
10. Mondat visszaidézése (visszaidézés) – 6 pont
11. Igénybe vett segítség a teszt elvégzéséhez (segítség) – 5 pont

2.5.5.3. A TYM pszichometriai tulajdonságai

Az eredeti validáló tanulmányban a TYM tesztet két másik teszttel mérték össze: az MMSE-val és az ACE-R-rel. [227] A kontroll egyének átlagpontszáma 47/50, míg az Alzheimer demenciában szenvedők átlagpontszáma 33/50 volt a TYM teszten. A TYM kiváló együttjárást mutatott a két standard teszttel. Alzheimer demencia diagnózisa esetén a $\leq 42/50$ pontszám szenzitivitása 93% és specifitása 86%-osnak bizonyult. A TYM szenzitívebb volt Alzheimer demencia detektálása esetén az MMSE-hez képest. Amennyiben 10%-os prevalenciáját feltételezték az AD-nak, a 42-es küszöbértékkel a teszt NPV-je 99%-os, míg PPV-je 42%-os volt. A Cronbach alfa értéket 0.80-nak találták. A Receiver Operating Characteristic - vevő működési karakterisztika (ROC) görbe alatti terület az enyhe AD és kontrollok differenciálására

vonatkozóan 0.95 volt. A korábban említett küszöbérték 39-re történő lecsökkentésével a specificitás növelhető 95%-ra, valamint a 44-re történő megemelésével a szenzitivitás javítható 96%-ra. [227]

AZ EKZ páciensek átlagosan 45/50 pontot értek el a TYM teszten, és hajlamosabbak voltak rosszabbul teljesíteni az anterográd memória feladaton a kontrollokhöz képest. [227] Egy későbbi közleményben a TYM teszt 42-es küszöbértékkel helyesen azonosította a nem AD-ban szenvedők 80%-át. A ROC görbe alatti terület 0.89 volt, a PPV 0.80, az NPV 0.84, a szenzitivitás 80%, míg a specificitás 84%. [232] Egy másik vizsgálatban azt találták, hogy alacsonyabb küszöbértékkel a TYM specificitása jelentősen javult, míg szenzitivitásából vesztett. [230] Természetesen a küszöbérték meghatározásában szerepe van, milyen céllal és körülmények között végzünk el egy tesztet: hogy azonosítsunk annyi lehetséges esetet, amennyit csak tudunk, elfogadva több fals pozitívat (magas szenzitivitás, de alacsony specificitás) vagy hogy kevesebb esetet azonosítsunk kevesebb fals pozitívval, de több fals negatívval fogadjunk el (magas specificitás de alacsony szenzitivitás).

2.5.5.4. A TYM előnyös tulajdonságai

A TYM teszt egyik legelőnyösebb tulajdonsága, hogy önkitöltős. Továbbá a nem AD-k jelentős többségét képes volt azonosítani. A TYM könnyedsége és a sebessége több alkalmazási területén előnyt jelent. A TYM az MMSE-nél kiválóbb eszköz nem AD-k azonosításában. Kiemelik annak fontosságát, hogy ne csak az összesített pontszámot nézzük, hanem magát a tesztet is és a pontszerzések mintázatát is. Tanácsokat adnak arra vonatkozóan, hogyan is lehet értékelni a tesztet, és mely nem Alzheimer típusú demenciáknál, mely területet érdemes figyelembe venni a TYM teszt kiértékelése során. Például az FTD viselkedéses variánsánál perszeveráció az órarajzolásnál, vagy a tesztlap kommentekkel történő ellátása, illetve az LBD esetén a fluencia és a vizuospatialis alteszteken rosszabbul teljesítettek, ez utóbbin jellegzetes apró, rendezetlen órarajzzal. [232] Az amnesztikus EKZ-val rendelkező kitöltők alacsonyabb pontszámokat értek el a kontrollokhöz képest a visszaidézés és a segítség alteszteken. [231]

Az Egyesült Királyságban a National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ajánlotta a TYM tesztet mint validált kognitív értékelő eszközt nem szakorvosi környezetben. [233]

Az MMSE több erőssége mellett kudarcot vall a rövid szűrőtesztek három követelményén a nem specialisták esetében: minimális kezelői idő, a kognitív területek széles tartományát tesztelje és a szenzitivitás enyhe AD-ban. A TYM ezzel szemben teljesíti ezt a három követelményt. Ha a páciens kitölti a tesztet, míg várakozik és a betegfelvételért felelős személy

ellenőrzi, az orvos két perc alatt képes értékelni és elemezni a tesztet. A 11 TYM feladat több kognitív területet vizsgál, mint az MMSE, kevesebb hibalehetőséggel a domináns agyfélteke nyelvi funkciói tekintetében. A nyelvi és memória tesztek összetettebbek. A két vizuospeciális feladat bevonása 7 pontot jelent az 50-ből, és fontos az AD elkülönítése során a tiszta amnesztikus szindrómától. A könnyen elsajátítható, ugyanakkor szabatos pontozási rendszer minimalizálja az értékelő befolyását a teszt pontszámaira és az értékelők közötti egyetértést javítja a pontozásnál, és kiválóvá teszi azt. Egy tízperces tréning és a pontozási lap lehetővé teszi ápolók számára, hogy memória klinikai tapasztalat nélkül is olyan akkurátusan értékelje a TYM-et, mint egy szakorvos. A tanulmányoknak és a különböző társadalmi osztályokba való tartozásnak csupán enyhe hatása van a TYM pontszámra. [227]

2.5.5.5. A magyar nyelvű TYM teszt validáló tanulmánya

Miután Kolozsvári és munkatársai engedélyt kaptak Jeremy Browntól, két független, angol anyanyelvű fordítóval lefordították magyar nyelvűre a tesztet. A szerzők közös megegyezésén alapulóan, nyelvi és kulturális megfontolások alapján változtatásokat hajtottak végre a korábban leírtaknak a figyelembe vételével. Egyrészt a fluencia vizsgálatánál az élőlények felsorolásánál az „S” kezdőbetűt „k”-ra változtatták, mivel magyar nyelven több állat neve kezdődik „K”-val, mint „S”-sel. Másrészt pedig az első vizuospeciális tesztnél a „W”-t „M”-re változtatták, mivel a „W” ritkábban használt betű a magyar nyelvben, mint az „M”.

Az AD-ban szenvedő páciensek átlagosan $15.5 \pm 5.7/30$ pontot értek el az MMSE-n és $20.3 \pm 9.4/50$ pontot a TYM-Hun teszten. Az egészséges kontrollcsoport átlagpontszáma ugyanezen a teszteken rendre $27.3 \pm 1.7/30$ -nak és $42.7 \pm 4.5/50$ -nek bizonyult. A TYM-Hun teszten 35/36 bizonyult optimális pontthatárnak az AD felismerésére vonatkozóan, ugyanis ezt a küszöbértéket használva a teszt szenzitivitása és specificitása egyaránt 94%. A szerzők a cikk korlátai között említik, hogy 42%-a bevont demenciával élő pácienseknek a közepesen súlyos és a súlyos fokú demenciával élt, mely csökkentette annak lehetőségét, hogy következtetéseket vonjanak le az TYM-Hun használhatóságát illetően az enyhe demenciaformákra vonatkozóan. [234]

2.5.6. A Rövidített Egészségsszorongás-Kérdőív (SHAI)

A SHAI az egészségsszorongás mérésére szolgáló kérdőív. A dolgozathoz végzett második vizsgálatunk során a SHAI magyar verzióját használtuk, hogy annak pszichometriai tulajdonságait meg tudjuk állapítani.

2.5.6.1. A SHAI rövid története

1989-ben Warwick és Salkovskis kidolgozták a 64 tételből álló Egészségssorongás Leltárt – Health Anxiety Inventory (HAI). [235] A kérdőívnek ebben a formájában 9 faktort feltételeztek: (1) betegség meggyőződés, (2) betegségre való vélt hajlam, (3) félelem és idegeskedés betegség miatt, (4) testi tudatosság, (5) testérzésekre adott pszichés válasz, (6) testérzéseket követő szándékos cselekedet, (7) elkerülés és megnyugtató keresés, (8) halállal kapcsolatos félelmek, (9) mások és saját maga beállítódásai az egészségével kapcsolatban. [236]

Azonban mivel ezt hosszadalmasnak és meglehetősen bonyolultnak találták, lerövidítették a skálát, ami 2002-ben nyerte el ma is használatos rövid formáját. A teszt fejlesztése során 5 vizsgálatot végeztek el, melyekkel a következőket vizsgálták: (1) a teszt elkülöníti-e azokat, akik egészségssorongástól szenvednek a többi ssorongásos betegtől (pánikzavar, szociális fóbia), illetve az egészséges kontrolloktól; (2) egy „állapot” verziót igyekeztek tesztelni, mellyel a bizonyítottan hatásos terápiának a hatásosságát lehet lemérni; (3) a teszt további finomhangolását végezték, melynek segítségével a fizikailag betegeket is elkülöníti az egészségssorongóktól; (4) egy rövidített verziót fejlesztettek, melynek validációját elvégezték; (5) és végül hozzáadtak egy alskálát, mely a negatív következmények érzékelését méri fel. [237]

Az első vizsgálat során a Cronbach alfat 0.95-nek találták, mely kiváló belső konzisztenciára enged következtetni. A teszt-reteszt megbízhatóságot is magasnak találták. A teszt pontszáma hipochondria esetén jelentősen magasabb, mint más ssorongástípusok esetén, továbbá a kontroll csoport nem tért el jelentősen az egyéb ssorongásos zavarok csoportjától. A második vizsgálat során bizonyították, hogy képes akár állapototfelmérő teszt is lenni, ugyanis a kezelésen résztvevők pontszámai jelentősen csökkentek a várólistán lévők pontszámaihoz képest, és mindez a változás együtt járt egy klinikus megfigyelésével. Harmadik vizsgálatuk során a kutatók megállapítottak olyan faktorokat, melyek fontosak mind a fenomenológia, mind a CBT teória vonatkozásában, és ezeket beleillesztették a kérdőívbe. Ennek segítségével immár sikeresen különítette el a kérdőív a súlyos fizikai ártalomtól szenvedőket a hipochondriától, amellet, hogy a Cronbach alfat 0.95-nek találták továbbra is. A negyedik vizsgálat során az volt a cél, hogy egy olyan rövid verzióját alakítsák ki a kérdőívnek, mely továbbra is felismeri az egészségssorongókat, valamint elkülöníti őket az egyéb ssorongásos zavarban szenvedőktől és a fizikailag beteg páciensektől. Mindezt sikerült megtenniük, úgy hogy mindössze 14 tételt tartottak meg a 47-ből. A Cronbach alfat 0.89-nek találták. Az ötödik vizsgálat során pedig hozzáadták a teszthez a negatív következmények alskálát, mely 4 tételt tartalmaz a korábbi 17

helyett. Az alskála Cronbach alfáját a hosszabb, 17 tételű verzió 0.84-nek, a rövid, 4 tételű verzió pedig 0.72-nek találták, mely még elfogadhatónak bizonyult. A betegség negatív következményei alskála igen magas specificitással rendelkezik egészségszorongásban, a többi szorongásos zavarhoz és a fizikailag beteg személyekhez képest. [237]

2.5.6.2. A SHAI itemei

A teszt maga a következőképpen épül fel: minden item állítások négyes csoportjából áll, melyből a kitöltő azt választja ki, amelyik a legjobban reflektál az elmúlt hat hónap során tapasztalt érzéseire (az állapotot felmérő teszten egy hét is lehet az időtartam). Az itemek pontozása 0 és 3 közötti, és összegezni szükséges őket, hogy kiadják a teljes pontszámot. Ahogy korábban említettük, 14 itemet tartalmaz az első, 4-et pedig a második faktor. Összegezve a pontszámokat 0 és 54 közé eshetnek azok. A magyar verzió abban tér el ettől, hogy pontozása 1-4-ig terjed, így értelemszerűen pontszámai magasabbak lesznek minden tételen 1-gyel, összesen pedig 18-cal. [238]

Az itemek sorban az első faktoron: (1) egészség miatti aggodás; (2) testi fájdalmak; (3) testi érzések tudatosítása; (4) betegséggel kapcsolatos gondok elhessegetése; (5) félelem komoly betegségtől; (6) betegszerep elképzelése; (7) a figyelem elterelése az egészségről; (8) megkönnyebbülés orvosi megnyugtatóra; (9) betegség feltételezése; (10) testi változások interpretációja; (11) komoly betegség kockázata; (12) komoly betegség gondolata; (13) megmagyarázhatatlan testi érzéssel foglalkozás; (14) mások véleménye a kitöltő egészséggel való foglalkozásáról. A második faktor (súlyos betegség esetén) négy iteme: (1) élet élvezete; (2) orvostudományba vetett bizalom; (3) életminőség; (4) méltóság. [238]

2.5.6.3. A SHAI faktorszerkezete

A nemzetközi irodalomban vita folyik arról, hogy a SHAI mennyi faktorral rendelkezik. A vita eldöntése érdekében 2010-ben metaanalízist végeztek, mely 2012-ben látott napvilágot. Ebben a metaanalízisben arra az álláspontra jutottak, hogy a legnagyobb bizonyító erő a kétfaktoros struktúra mellett gyűlt össze, mely az eredeti két faktornak felel meg: az első, mely az egészségszorongást becsüli fel, és a második, mely a betegség negatív következményeit. [239]

A magyar validáló tanulmányban a rövid verziót 2 faktorra osztják: a beteggé válás észlelt valószínűségére, illetve a betegség észlelt következményére. Előbbi 14, utóbbi 4 tételt tartalmaz. [238] Vizsgálatunk során mi is a kétfaktoros verziót választottuk, és ennek megfelelően értékeltük az általunk kapott eredményeket.

2.5.6.4. A SHAI pszichometriai tulajdonságai

A korábban említett metaanalízisben a SHAI addigi felhasználásának eredményeit összegezték. Eszerint a Cronbach alfa 0.74 és 0.96 közé esőnek találták a különböző vizsgálatokban, míg a teszt-reteszt megbízhatóságot $r=0.87$ -nek. Jónak találták továbbá a konvergens (a SHAI az egészségszorongást azonosítja) és divergens validitását is (elkülöníti más konstruktumoktól). A konkurens validitását azáltal vizsgálták, hogy a SHAI és az egészségszorongáshoz köthető viselkedések (megnyugtató keresés, testi jelek figyelése, egészségügy igénybevétele) korrelációját vizsgálták. A vágóértékeket tekintve, amikor a hipochondria és egyéb szorongásos zavarokat vizsgáltak, 27-es (vagy 1-4-ig terjedő pontozással 45-ös) ponthatárral azt találták, hogy a kérdőív a hipochondria 85.7%-át azonosította helyesen, míg az egyéb szorongásos zavarok 77.9%-át különítette el sikeresen. A változást megfelelően tudta elkülöníteni, jelentős pontszámredukciót jelezve a pszichoterápiában részesülő csoportban, amikor a várólistásokhoz hasonlították őket. Nem klinikai minta összesített átlagpontszámát 12.41-nek ($SD=6.81$) találták, a hipochondriában szenvedőket pedig 32.53-nak ($SD=9.57$). Amikor a fizikai betegségtől szenvedőket vizsgálták, azt találták, hogy magasabb pontszámot értek el a kérdőíven, mint az egészséges kontrollok. [239]

A magyar validáló tanulmányban a teljes skála Cronbach alfa 0.83, a beteggé válás észlelt valószínűsége alskála esetében 0.82, míg a betegség észlelt következménye alskála esetében 0.71. [238]

2.6. A disszertáció célkitűzései

Alapvető cél volt, hogy segítsük a háziorvosok munkáját a mindennapokban, és mivel a mentális zavarok gyakran megjelenő kórképek az alapellátásban, és soknak a felismerése ütközik nehézségekbe, célunk volt, hogy olyan vizsgálóeszközöket adjunk a háziorvosok kezébe, melyek egyszerű használat mellett gyorsan képesek felvetni, illetve alapvetően megkérdőjelezni mentális zavarok fennállását a rendelésen megjelenő páciensek esetében. Ezzel a szándékkal egy angol nyelvterületen már ismert, a demencia szűrésére alkalmazott önkitöltős tesztet, a TYM-et magyarítottunk és validáltuk EKZ-ra, és felmértük a teszt sajátosságait azon a téren, milyen hatásokkal képes kimutatni az EKZ-t. Továbbá vizsgálatunkban bár elemeztük a depressziót is, de a disszertációba a szorongásos zavart vettük bele, ugyanis erről a felvilágosítás és a tudatosság szintjének emelése, úgy véljük, inkább szükséges, mint egy már igen gyakran vizsgált mentális zavar, a depresszió esetében. A továbbiakban tehát egy már ismert magyar kérdőívet, a Rövidített Egészségszorongás-kérdőívet (SHAI) alkalmaztuk, és megállapítottuk a hallgatók körében a teszt pszichometriai tulajdonságait az egészségszorongás felismerésének tekintetében. A kettő összefogásaként

pedig célul tűztük ki, hogy a teszt és a kérdőív tulajdonságainak ismeretében ajánlásokat teszünk a háziorvosok részére a háziorvosi praxisban megjelenő mentális zavarok felismerését és kezelését illetően, valamint hogy a szakmák közötti együttműködés terén jó példával járjunk elől.

3. Módszerek

Ebben a fejezetben az értekezés alapjául szolgáló két közlemény módszereit ismertetem. Első vizsgálatunk során a korábban már említett rövid, önkitöltős tesztet, a TYM-et vizsgáltuk, melyet az angol szerző Jeremy Brown fejlesztett ki, és ezt a tesztet a világ számos országában validálták, ahogyan Magyarországon is [231,234]. A vizsgálatunk célja az volt, hogy magyar populáción az EKZ-t illetően a TYM magyarra validált verziójának, a TYM-Hun-nak a diagnosztikus használhatóságát összevessük az MMSE-ével és az Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive subscale – Alzheimer Betegség Vizsgáló Skála – Kognitív alskálájával (ADAS-Cog). Meghatároztunk egy vágópontot a TYM-Hun-on, amelynél az EKZ szűréséhez optimális szenzitivitás és specificitás értékeket kaptunk. Második vizsgálatunk során arra tettünk kísérletet, hogy a COVID-19 pandémia alatt megvizsgáljuk egyetemi hallgatók észlelt stressz és egészségsszorongás szintjét, coping stílusait, valamint azok összefüggéseit. Ehhez felbecsültük a Debreceni Egyetem hazai és nemzetközi hallgatóinak egészségsszorongás, észlelt stressz szintjeit és megküzdési stílusait a COVID-19 miatt elrendelt kijárási tilalom idején, és ehhez három validált becslőeszközt használtunk. Ebből a második vizsgálatból az értekezés csupán a magyar hallgatók egészségsszorongással kapcsolatos adatait használja fel, azonban további kiegészítő statisztikai vizsgálatoknak vetettük alá a SHAI-t a meglévő adatok birtokában.

3.1. Az EKZ szűrésére vonatkozó TYM-Hun validálási tanulmány módszerei

3.1.1. Beválasztási és kizárási kritériumok

50 személyt, 25 EKZ beteget és 25 egészséges kontrollt (HC) toboroztunk az obszervációs keresztmetszeti vizsgálatunkhoz, amelyet a Debreceni Egyetem Pszichiátriai Klinikáján és Kórházában folytattunk le, 2018 januárja és 2019 augusztusa között. 18 év és afölötti felnőttek (betegek/HC-k) lettek beválogatva. A HC-kat azok közül a hozzátartozók közül toboroztuk, akik a betegeket kísérték a Klinikára vagy a Kórházba, vagy ezeknek az intézeteknek az ambulanciájára. Az anamnézisükben neurológiai betegséggel, memória problémával vagy agysérüléssel rendelkező egyéneket kizártuk a HC csoportból. A HC-kat az enyhe neurokognitív zavar diagnosztikus kritérium tüneteinek (DSM-5 szerint) hiánya alapján válogattuk be. Az EKZ diagnózisát a DSM-5 enyhe neurokognitív zavar diagnosztikus kritériumai szerint állítottuk fel, melyeket az előző fejezetben részleteztünk [96].

3.1.2. A vizsgálat eszközei

A betegeket pszichiáter szakorvos látta és diagnosztizálta, neurológiai vizsgálaton estek át, MMSE, ADAS-Cog, strukturális képalkotók (pl. CT, MRI) és vérvétel készültek. A strukturális képalkotó és laboratóriumi vizsgálatok eredménye értelmében nem volt jele neurovaszkuláris vagy más neurológiai vagy szisztémás betegségnek. Hogy elkerüljük a depresszió lehetséges befolyásoló hatását, azok az alanyok, akiknek a Beck Depresszió Leltára (BDI) depressziós tünetek fennállását jelezte, kizárásra kerültek a további kivizsgálásból. [96] Minden résztvevő írásos informált beleegyezését adta, és hiánytalanul kitöltötte az összes kérdőívünket. A TYM tesztet lefordítottuk és validáltuk magyar nyelvre (TYM-Hun) [234]. AZ MMSE, ADAS-Cog és TYM-Hun teszteket és a depresszió kizárására a BDI-t töltötték ki a páciensek és a kontrollok egyaránt.

3.1.3. Adatelemzés

A minta életkor szerinti normál megoszlását a Shapiro-Wilk teszttel, az életkor különbségét az EKZ betegek és kontrollok között pedig a Mann-Whitney U rangösszegteszttel vizsgáltuk. Szintén Mann-Whitney U tesztet alkalmaztunk a kontrollok és EKZ betegek TYM-Hun altesztjeinek átlagának különbségének szignifikancia szintjének vizsgálatára. A nemek megoszlását a Fisher-egzakt teszttel, az oktatásban töltött idő különbségét pedig Kruskal-Wallis teszttel vizsgáltuk. Spearman rangkorrelációt használtunk, hogy megvizsgáljuk az összefüggést a különböző tesztek, valamint a tesztek pontszámai és az EKZ között. A ROC görbét, szenzitivitást, specificitást, PPV-t és NPV-t, Youden-indexet és a görbe alatti területet (AUC) úgyszintén megállapítottuk. A statisztikai analízist STATA 11.1 (Statacorp LP. College Station, TX, USA) és SPSS® (v.26) szoftverrel végeztük.

3.1.4. Etikai megfontolások

Az etikai engedélyt a Hajdú-Bihar Megyei Népegészségügyi Kormányhivatal hagyta jóvá a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Regionális és Intézményi Kutatásetikai Bizottságának ajánlásainak megfelelően (Engedély száma: DE OEC RKEB/IKEB 3852–2013), ami egyben garantálja, hogy az 1964-es Helsinkii Nyilatkozatban lefektetett etikai normáknak megfelelően hajtottuk végre vizsgálatunkat. A vizsgálatba való bevonáshoz minden résztvevő tájékoztatáson alapuló írásos beleegyezését adta.

3.2. A hallgatók egészségszorongás szintjét mérő tanulmány módszerei

Keresztmetszeti tanulmányunkban online, önkitöltős kérdőíveket használtunk, melyeket Google Forms®-ban (egy internet alapú felmérőeszköz) alkottunk meg. Az adatgyűjtés 2020. április 30. és május 15. között zajlott, mely időszak a COVID-19 korai stádiumának egyik

legstresszesebb időszakát jelentette Magyarországon, amikor hivatalos kijárási tilalmat rendeltek el a kollégiumok bezárásával és az online távoktatásra történő átváltással egyidejűleg. Magyarországon az első COVID-19 eseteket 2020. március 4-én jelentették be. 2020. április 30-án 2775 bizonyított esetet, 312 elhunyt és 581 gyógyult beteget tartottak nyilván. Ezek a számok 2020. május 15-re a következők szerint változtak rendre: 3417, 442 és 1287. Vizsgálatunkat a Debreceni Egyetemen folytattuk le, mely egyike a legnagyobb magyar felsőoktatási intézményeknek. Az Egyetem Debrecen városában helyezkedik el, mely Magyarország második legnépesebb városa, és Kelet-Magyarország oktatási és kulturális központja. Az Egyetemen 2019 októberében 28.593 beiratkozott hallgatót tartottak nyilván a különböző tanulmányi programokban, és közülük 6.297 nemzetközi hallgató volt. [240] Az Egyetem különböző képzettségi fokú tanulmányokat kínál magyar és angol nyelven.

3.2.1. A kutatásban résztvevők és a mintavétel

Vizsgálatunk célpopulációja a Debreceni Egyetem hallgatósága volt. A hallgatókat közösségi média platformokon keresztül (pl. Facebook®) és a hivatalos hallgatói adminisztrációs rendszeren, a Neptunon keresztül értük el. A felmérésünk meghívó linkjét a fentebb leírt web-alapú platformokon küldtük el a hallgatóknak. Azáltal, hogy a Neptun rendszert használtuk, elméletileg a felmérésünk kérdőívei az Egyetem valamennyi hallgatójához eljutottak. Azon hallgatók, akik érdeklődtek és hajlandóságot mutattak a vizsgálatunkban való részvételt illetően, névtelenül kitölthették a kérdőíveinket a meghatározott vizsgálati időszakban, azaz kényelmi mintavételezést használtunk. A Debreceni Egyetem minden hallgatója, aki elmúlt 18 éves, és Magyarországon tartózkodott a járvány idején, jogosult volt, hogy részt vegyen vizsgálatunkban, akár egyetemi, akár posztgraduális hallgató volt.

3.2.2. A vizsgálat eszközei

Jelen vizsgálatunkban a felmérés során információt gyűjtöttünk be a résztvevők szociodemográfiai helyzetéről, köztük az életkorról (évek), nemről (nő, férfi), a tanulmányi szakról (egészségügyi, nem egészségügyi) és hogy a hallgató a vizsgálat ideje alatt Magyarországon maradt-e, vagy külföldre utazott. Felmérésünkben három nemzetközileg elfogadott skálát alkalmaztunk abból a célból, hogy adatot szerezzünk a világjárvány okozta krízis során megélt egészségszorongásról, megküzdési stílusokról és észlelt stresszről, melyek közül az értekezés az egészségszorongásról szerzett adatokat veszi alapul és használja fel. A magyar hallgatókat arra kértük, hogy a felmérés magyar változatát és a validált magyar skálákat töltsék ki, a nemzetközi hallgatók az angol nyelvű, eredeti skálákat töltötték. Abban az esetben pedig, ha szükségét éreznék, a pszichológiai támogatáshoz elérhetőséget biztosítottuk: azok a

hallgatók, akik úgy érezték, segítségre és pszichológiai tanácsadásra van szükségük, igénybe vehették kortárs segítőink elérhetőségét. Négy nemzetközi hallgató élt ezzel a lehetőséggel. Az eredeti leltár (SHAI) és a validált magyar verziója az előző részben került leírásra.

3.2.3. Adatelemzés

Az adatokat a minőségellenőrzéshez és kódoláshoz Excel táblázatként nyertük ki Google Forms®-ból, ezt követően pedig az SPSS® (v.25 és v.26) és RStudio statisztikai szoftvereket használtunk az adatok elemzéséhez. A SHAI belső konzisztenciájának vizsgálata érdekében kiszámoltuk a Cronbach alfa, McDonald's omega és theta egyaránt. A SHAI faktorszerkezetének elemzése érdekében megerősítő faktoranalízist végeztünk (CFA). A kétfaktoros struktúra és a nyert adatok kapcsolatát az eredeti magyar validáló közleménynek megfelelően az RStudio Lavaan csomag WLSMV módszerével (chi/df; RMSEA; SRMR; CFI; TLI), míg a SHAI korrigált tétel-totál korrelációját psych package használatával végeztük. A p-értéket kevesebb, mint 5%-nál határoztuk meg a statisztikai szignifikancia érdekében.

3.2.4. Etikai megfontolások

Etikai engedélyünket az Egyesített Pszichológiai Kutatásetikai Bizottságtól kaptuk (Referencia szám: 2020-45). Minden módszert a Helsinki deklaráció intézményi ajánlásait követve és etikai sztenderdjeit betartva kivitelezünk. Minden résztvevőt informáltunk a tanulmányról, és beleegyeztek a vizsgálatban való részvételbe, mielőtt kitöltötték a felmérést. Nem járt jutalom, ösztönző a felmérés teljesítéséért.

4. Eredmények

Ebben a fejezetben a dolgozathoz felhasznált két közlemény eredményeit részletezem. Első vizsgálatunk eredményei értelmében az EKZ elkülöníthető a normál öregedéstől a TYM-Hun-t használva. Megállapítottunk egy vágópontot a TYM-Hun teszten (44/45 pont), amelynél az EKZ szűrésére optimális szenzitivitás (80%) és specifitás (96%) értékeket kaptunk. A teljes TYM-Hun pontok szignifikánsan korreláltak az MMSE ($\rho = 0.626$; $p < 0.001$) és az ADAS-Cog pontokkal ($\rho = -0.723$; $p < 0.001$). A második vizsgálatunk során azt találtuk, hogy a SHAI egy olyan önkitöltős kérdőív, mely megbízhatóan méri az egészségszorongást (Cronbach alfa = 0.866). Kétfaktoros kérdőívként vizsgáltuk és megnéztük a kérdőív illeszkedési mutatóit, megerősítő faktorelemzést végeztünk, valamint kiszámoltuk a korrigált tétel-totál korrelációt.

4.1. Az EKZ szűrésére vonatkozó TYM-Hun validálási tanulmány eredményei

Első vizsgálatunk során ötven, 55 és 84 év közötti felnőtt TYM-Hun eredményét mértük fel. 25 EKZ beteget (életkor átlaga 74.84 ± 6.22 év) és 25 HC résztvevőt (71.32 ± 7.69 év) vizsgáltunk ki. A férfi:nő arány 6:19 és 8:17 volt az EKZ és HC csoportban rendre. Ezeket a leíró statisztikai eredményeket összefoglalóan a 4.1. táblázat mutatja be.

4.1. táblázat: Összefoglalás a demográfiai adatokról és az egészséges kontroll és az EKZ esetek közötti különbségekről, valamint az iskolai végzettség összefüggése az TYM-Hun teszteredménnyel

		HC	EKZ	összesen	p-érték
Életkor átlag (szórás)		71.32 (7.69)	74.84 (6.22)	73.08 (7.15)	0.058*
Nem	Férfi	8	6	14	0.754**
	Nő	17	19	36	
Iskolai végzettség	Alapfok	2	6	8	0.467***
	Középfok	9	10	19	
	Felsőfok	14	9	23	

Megjegyzés: nem látható szignifikáns különbség a HC és EKZ alanyok életkora, nemi megoszlása, valamint iskolai végzettsége között

*Mann-Whitney U teszt, HC és EKZ közötti különbség

**Fisher-egzakt teszt, HC és EKZ közötti különbség

*** Kruskal-Wallis: az iskolázottsági szintek közötti TYM-Hun különbség

Az EKZ betegek átlagosan $39.52 \pm 5.73/25$ pontot értek el TYM-Hun teszten, $26.32 \pm 2.98/25$ pontot az MMSE-n, és $16.80 \pm 6.11/25$ az ADAS-Cog-on. A HC csoport tagjainak átlaga $47.40 \pm 1.68/25$ volt a TYM-Hun teszten, $29.04 \pm 1.06/25$ az MMSE-n, és $5.80 \pm 3.64/25$ az ADAS-Cog-on. Mivel az ADAS-Cog a hibák számát regisztrálja, így ez a teszt annál kevésbé jelez kognitív hanyatlást, minél kevesebb pontot ért el rajta a kitöltő. Spearman rangkorrelációt használtunk, hogy elemezzük a TYM-Hun, MMSE és ADAS-Cog tesztek pontszámának korrelációját az EKZ-val. Ezeket az eredményeket a 4.2. táblázat mutatja be.

4.2. táblázat: A TYM-Hun, MMSE és ADAS-Cog eredmények átlaga (szórása), EKZ-val való összefüggésének szignifikanciájának p értéke és a Spearman-rho

	HC	EKZ	Összes	p	rho	Korreláció erőssége**
TYM-Hun átlag (szórás)	47.40 (1.68)	39.52 (5.73)	43.46 (5.77)	<0.001*	0.753	közepesen erős
MMSE átlag (szórás)	29.04 (1.06)	26.32 (2.98)	27.68 (2,61)	<0.001*	0.551	elfogadható
ADAS-Cog átlag (szórás)	5.80 (3.64)	16.80 (6.11)	11.30 (7.46)	<0.001*	-0.862	nagyon erős

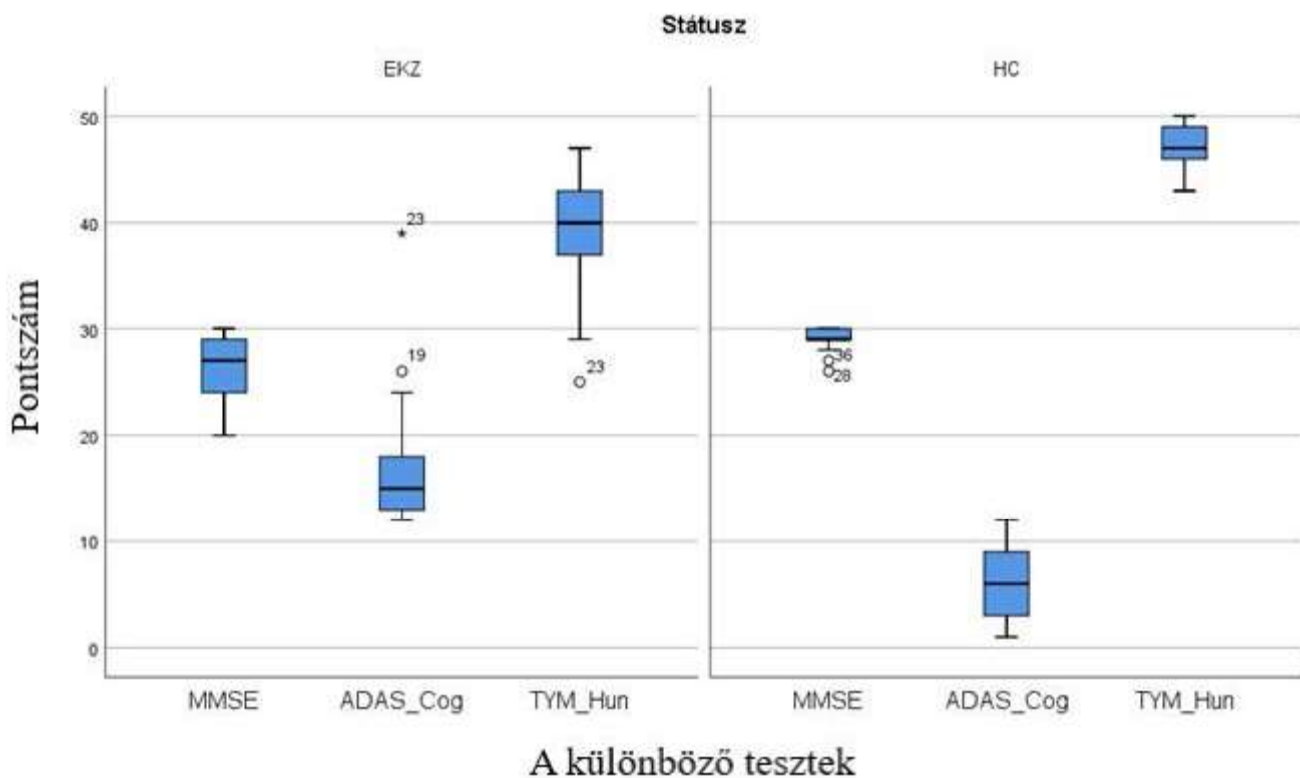
Megjegyzés: szignifikáns különbség látható a HC és EKZ alanyok között a különböző tesztek pontszámai esetén

*Spearman rangkorreláció

** Chan és mtsai. szerint [241]

A tesztek (MMSE, ADAS-Cog és TYM-Hun) medián értékeit és az interkvartilis terjedelmeit (IQR) úgyszintén kiszámoltuk, és ezeket a 4.1. ábrán mutatjuk be dobozdiagram segítségével.

4.1. ábra: Az MMSE, ADAS-Cog és a TYM-Hun medián értékeinek és interkvartilis terjedelmeinek (IQR) összehasonlítása az EKZ és HC csoport között dobozdiagram segítségével



Megjegyzés: az EKZ alanyok szemmel láthatóan alacsonyabb pontszámot értek el a MMSE és TYM-Hun teszteken, míg többet az ADAS-Cogon

A minta életkor szerinti megoszlása szignifikánsan ($p < 0.001$) eltért a normáloszlástól, és nem volt megfigyelhető szignifikáns ($p = 0.058$) különbség az EKZ és HC csoportok átlagéletkora között. Nem volt szignifikáns különbség a nemek eloszlásában a két csoport között ($p = 0.754$). Ezek a számítások azt feltételezik, hogy a mintánk az életkor és nem tekintetében összehasonlítható volt. Az EKZ betegek esetében nem találtunk szignifikáns különbséget az alanyok átlag TYM-Hun pontjai között, amikor összehasonlítottuk azokat a nemük szerint (férfi = 43.33, nő = 38.32, $p = 0.060$). Nem voltak szignifikáns különbségek akkor sem, amikor az oktatásban eltöltött évek szerint analizáltuk a mintát (általános iskola = 38.00; gimnázium = 38.60; egyetem = 41.55; $p = 0.467$).

Szintén Spearman rangkorrelációt alkalmaztunk az MMSE és az ADAS-Cog valamint a TYM-Hun pontszámok közötti korreláció kiszámítására is. A teljes TYM-Hun pontszámok szignifikánsan korreláltak az MMSE ($\rho = 0.626$; $p < 0.001$) és az ADAS-Cog pontszámokkal ($\rho = -0.723$; $p < 0.001$). Negatív korreláció volt megfigyelhető az ADAS-Cog és az MMSE között is ($\rho = -0.671$, $p < 0.001$). Chan és munkatársai szerint ezek a korrelációk mind közepesen erősek. [241] Ezeket az eredményeket a 4.3. táblázatban foglalja össze az értekezés.

4.3. táblázat: AZ MMSE, ADAS-Cog és TYM-Hun korrelációja

	MMSE	ADAS_Cog	TYM_Hun		
Spearman-rho	MMSE	Korrelációs együttható	1.000	-.671*	.626*
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.000
	ADAS_Cog	Korrelációs együttható	-.671*	1.000	-.723*
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.000
	TYM_Hun	Korrelációs együttható	.626*	-.723*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.

Megjegyzés: az MMSE és TYM-Hun pontszámok szignifikáns negatív korrelációt mutattak az ADAS-Cog pontszámokkal

A Youden-index ($Y = 76.00\%$) és a különbség négyzete ($d2 = 4.16\%$) szerint az ideális vágópont 44/45 kellene, hogy legyen a HC és EKZ betegek között. Ezzel a vágóponttal a valódi pozitív arány 80.00% , a valódi negatív arány 96.00% , a PPV 95.24% az NPV 82.76% (4.4. és 4.5. táblázat).

4.4. táblázat: A TYM-Hun pontszámainak megfelelően számított szenzitivitás, specificitás, negatív- és pozitív prediktív értékek

TYM-Hun pontszám	HC	EKZ	Szenzitivitás	Specificitás	PPV	NPV
25	0	1	4%	100%	100%	51%
26	0	0	4%	100%	100%	51%
27	0	0	4%	100%	100%	51%
28	0	0	4%	100%	100%	51%
29	0	1	8%	100%	100%	52%
30	0	0	8%	100%	100%	52%
31	0	1	12%	100%	100%	53%
32	0	0	12%	100%	100%	53%
33	0	0	12%	100%	100%	53%
34	0	2	20%	100%	100%	56%
35	0	0	20%	100%	100%	56%
36	0	1	24%	100%	100%	57%
37	0	1	28%	100%	100%	58%
38	0	2	36%	100%	100%	61%
39	0	2	44%	100%	100%	64%
40	0	2	52%	100%	100%	68%
41	0	3	64%	100%	100%	74%
42	0	1	68%	100%	100%	76%
43	1	2	76%	96%	95%	80%
44	0	1	80%	96%	95%	83%
45	1	0	80%	92%	91%	82%
46	5	2	88%	72%	76%	86%
47	7	3	100%	44%	64%	100%
48	4	0	100%	28%	58%	100%
49	4	0	100%	12%	53%	100%
50	3	0	100%	11%	50%	100%

Megjegyzés: a 44 és 45 pont közötti átmenetnél érhetőek el a legjobb szenzitivitás, specificitás, negatív és pozitív prediktív értékek

PPV – pozitív prediktív érték, NPV – negatív prediktív érték

4.5. táblázat: A TYM-Hun pozitív és negatív prediktív értékei, szenzitivitása, specificitása az EKZ esetek elkülönítését illetően az egészséges kontrolloktól

			Valóságban		
			Negatív	Pozitív	Teljes
Teszt alapján	Negatív	Esetszám	24	5	29
		% „Teszt alapján” belül	82.8%*	17.2%	100.0%
		% „Valóságban” belül	96.0%**	20.0%	58.0%
	Pozitív	Esetszám	1	20	21
		% „Teszt alapján” belül	4.8%	95.2%***	100.0%
		% „Valóságban” belül	4,0%	80.0%****	42.0%

Megjegyzés: a TYM-Hun a valódi EKZ alanyok a 80%-át, a valódi HC-k 96%-át ismerte fel; a TYM-Hun szerinti negatívak 82.8%-a valódi negatív, a pozitívak 95.2%-a valódi pozitív

*NPV

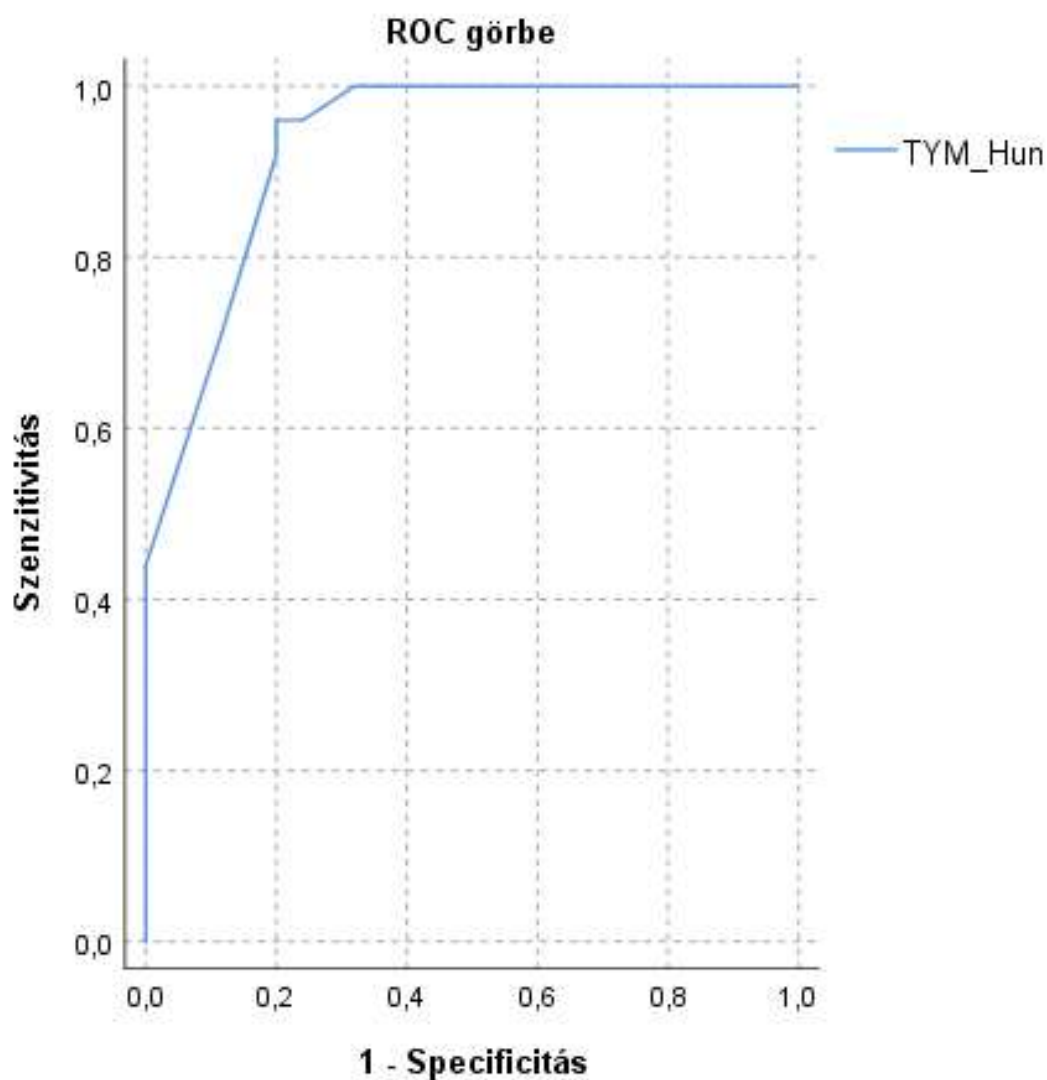
**Specificitás

***PPV

****Szenzitivitás

Ha ezt a vágópontot alkalmazzuk, a mintánk szerint a ROC AUC 93.20%. A ROC görbét, amelyet a TYM-Hun pontok alapján alkottunk, az EKZ jelenlétét/hiányát véve feltételes változónak, a 4.2. ábrán szemléltetjük.

4.2. ábra: A TYM-Hun EKZ egészségestől történő elkülönítésében mutatott teljesítményének ROC görbéje



Megjegyzés: minél inkább a bal felső sarokba húzódik a ROC görbe, annál jobb az osztályozási modell (jelen esetben a TYM-Hun) teljesítménye

A ROC görbéhez tartozó koordinátákat a 4.6. táblázat foglalja magába. Ennek segítségével a meg tudjuk állapítani a számunkra ideális vágópontot: különböző területeken történő alkalmazásakor a TYM-Hun vágóértékének megváltoztatásával eltérő szenzitivitást és specificitást kaphatunk.

4.6. táblázat: A ROC görbe koordinátái: különböző vágópontok alkalmazásával kapható szenzitivitás és 1-specificitás

Pozitív, ha nagyobb vagy egyenlő TYM-Hun pontszám, mint*	Szenzitivitás	1 - Specificitás
24.0	1.000	1.000
27.0	1.000	.960

30.0	1.000	.920
32.5	1.000	.880
35.0	1.000	.800
36.5	1.000	.760
37.5	1.000	.720
38.5	1.000	.640
39.5	1.000	.560
40.5	1.000	.480
41.5	1.000	.360
42.5	1.000	.320
43.5	.960	.240
44.5	.960	.200
45.5	.920	.200
46.5	.720	.120
47.5	.440	.000
48.5	.280	.000
49.5	.120	.000
51.0	.000	.000

Megjegyzés: A ROC görbe alapján 44.5 pontnál láthatók a legkedvezőbb értékek: legmagasabb szenzitivitás a legalacsonyabb 1-specifitással párosulva

*A legkisebb küszöbérték a legkisebb megfigyelt tesztérték mínusz 1, a legnagyobb küszöbérték pedig a maximális megfigyelt tesztérték plusz 1. Az összes többi küszöbérték két egymást követő, rendezett megfigyelt tesztérték átlaga.

Az értekezés írásakor a TYM-Hun különböző altesztjeinek értékelését is elvégeztük, és megnéztük, hogy azok átlaga szignifikánsan eltér-e egészséges kontrollok és EKZ esetek között. Eredményeinket a 4.7. táblázat mutatja be.

4.7. táblázat: A TYM-Hun altesztjek átlagának különbsége és azok szignifikanciája kontrollok és EKZ esetek között

Részpontszám (maximum)	Kontroll átlag (szórás)	EKZ átlag (szórás)	Különbség	p-érték (Mann-Whitney U)
Orientáció (10)	10.00 (0)	8.96 (1.43)	-1.04	<0.001

Mondatmásolás (2)	1.92 (0.40)	2.00 (0)	0.08	0.317
Szemantikus ismeretek (3)	2.84 (0.37)	2.12 (1.09)	-0.72	0.007
Számolás (4)	3.68 (0.56)	3.68 (0.69)	0.00	0.770
Fluencia (4)	3.96 (0.20)	3.48 (0.92)	-0.48	0.001
Hasonlóságok (4)	3.60 (0.65)	3.04 (0.93)	-0.56	0.024
Megnevezés (5)	4.88 (0.44)	4.48 (0.96)	-0.40	0.064
Vizuospaciális 1 (3)	2.92 (0.28)	2.20 (1.15)	-0.72	0.011
Vizuospaciális 2 (4)	3.92 (0.40)	2.72 (1.21)	-1.20	<0.001
Anterográd memória (6)	4.88 (1.09)	2.76 (2.01)	-2.12	<0.001
Segítség (5)	4.80 (0.50)	4.08 (1.15)	-0.72	0.003
Összes (50)	47.40 (1.68)	39.52 (5.73)	-7.88	<0.001

Megjegyzés: szignifikáns különbségek láthatók az altesztek egy részében is a teljes teszteredmény mellett a HC és EKZ alanyok között

Ebben az esetben azt láthatjuk tehát, hogy az orientáció, a szemantikus ismeretek, a fluencia, a hasonlóságok, a vizuospaciális 1, a vizuospaciális 2 (tehát az órarajzoló teszt), az anterográd memória és a segítség azok az altesztek, melyek különbsége szignifikánsnak bizonyult a teljes teszteredmény mellett.

4.1.1. Az EKZ szűrésére vonatkozó TYM-Hun validálási tanulmány szerzői hozzájárulásai

Égerházi Anikóval és Kolozsvári László Róberttel együtt terveztük a vizsgálatot. A kérdőíveket Magócs Évával vettük fel, akivel a cikk szövegezését szintén együtt végeztük. Az ábrák és táblázatok megszerkesztésében Szöllősi Gergő Józseffel és Kolozsvári László Róberttel működtem közre. Az összes szerzőtársammal (Magócs Éva, Szöllősi Gergő József, Harsányi Szilvia, Égerházi Anikó és Kolozsvári László Róbert) közösen végeztük a kézirat véglegesítését.

A dolgozat írásakor utómunkálatokat végeztem az adatokkal: az altesztekre bontást, altesztek szerinti pontszámítást és azok egészségesekben és EKZ esetekben mért értékeinek összehasonlítását egyedül végeztem el.

4.2. A hallgatók egészségszorongás szintjét mérő tanulmány eredményei

Második vizsgálatunk során összesen 950 magyar hallgató töltötte ki kérdőívünket. Életkoruk átlaga 24.96 (szórás: 8.11, medián: 22, interkvartilis terjedelem: 4). Közülük 948-an válaszoltak

a nemre és egyetemi karra vonatkozó kérdéseinkre, és közülük 719 női (75.84%) hallgató volt, míg 229 (24.26%) férfi. Többségük, 690-en (72.78%) az egyetem nem egészségügyi szakára jártak, míg 258-an (27.22%) egészségügyi kar hallgatói voltak.

A SHAI átlagpontszáma a magyar pontozási rendszert használva, a 950 kitöltő hallgató esetében 34.69-nek bizonyult (szórás 7.58), míg az első, a beteggé válás észlelt valószínűsége faktor (SHAI-IL) átlagértéke 26.97-nek (szórás 6.24), a második, a betegség észlelt valószínűsége faktor (SHAI-IS) átlagpontszáma pedig 7.71-nek (szórás 2.46) (4.8. táblázat). Egyik tétel, faktor vagy a teljes kérdőív pontszáma sem mutatott normáeloszlást.

4.8. táblázat: A SHAI és faktorainak leíró statisztikai adatai

	Min – max	Átlag	Szórás
SHAI	20-72	34.69	7.58
SHAI-IL	15-56	26.97	6.24
SHAI-IS	4-16	7.71	2.46

Megjegyzés: a SHAI és két faktorának minimumai, maximumai, átlaga és szórása

Az általunk vizsgált kétfaktoros szerkezet esetében az illeszkedési mutatók jónak mutatkoztak (CFI = 0.984; TLI = 0.982; Robust RMSEA = 0.042; SRMR = 0.047; $\chi^2/df = 3.587$, $p < 0,001$). Az általunk számolt értékeket a SHAI-ra vonatkozóan és a küszöbértékeket a 4.9. táblázat mutatja be.

4.9. táblázat: A SHAI kétfaktoros szerkezetének esetében az illeszkedési mutatók és küszöbértékeik

	SHAI általunk számított értékei	Küszöbértékek
Degrees of freedom	134	
P-value (Chi-square)	<0.001	
Robust Comparative Fit Index (CFI)	0.984	>0.95 nagyszerű; >0.90 hagyományos; >0.80 néha megengedhető
Robust Tucker-Lewis Index (TLI)	0.982	
Robust RMSEA	0.042	<0.05 jó; 0.05-0.10 mérsékelt; >0.10 rossz
SRMR	0.047	<0.09

chi/df:	3,587	<3 jó; <5 néha megengedhető
----------------	-------	-----------------------------

Megjegyzés: a kétfaktoros SHAI jó illeszkedési mutatókkal rendelkezik

A teljes SHAI (amennyiben egyfaktorosnak vettük) belső konzisztenciája hasonlóan jónak bizonyult, Cronbach alfa= 0.866.

Amikor kétfaktoros kérdőívként vizsgáltuk, ahogyan azt a nemzetközi irodalom és a magyar validáló tanulmány is tette, az első faktorra vonatkozóan a belső konzisztencia értékek a következőnek megfelelően alakultak: Cronbach alfa = 0.865, McDonald's omega = 0.874, theta = 0.880. A második faktorra vonatkozóan pedig Cronbach alfa = 0.732, McDonald's omega = 0.742, theta = 0.736. A 0.8 feletti értékek jó, míg a 0.7 és 0.8 közé eső értékek elfogadható tartományba esnek a konzisztencia tekintetében. Táblázatba foglalva láthatók ezek az adatok a 4.10. táblázatban.

4.10. táblázat: A SHAI belső konzisztencia együttthatói két faktort vizsgálva

	Cronbach alfa	McDonald's omega	theta
1. faktor - beteggé válás észlelt valószínűsége	0.865	0.874	0.880
2. faktor – betegség észlelt valószínűsége	0.732	0.742	0.736

Megjegyzés: a SHAI belső konzisztenciái az első faktorra jók, a második faktorra elfogadhatók

Megvizsgáltuk a kétfaktoros modellnek megfelelően az egyes tételek átlagát, szórását, és a korrigált tétel-totál korrelációt számoltunk, melynek eredményét a 4.11. táblázatban szemléltetjük.

4.11. táblázat: Az egyes itemek átlaga és szórása, valamint a kétfaktoros modell szerinti korrigált tétel-totál korreláció

Tétel száma - tartalma	Átlag	Szórás	Korrigált tétel-totál korreláció: 1. faktor	Korrigált tétel-totál korreláció: 2. faktor
1 - egészség miatti aggodás	1.93	0.72	0.69	
2 - testi fájdalmak	2.09	0.84	0.43	
3 - testi érzések tudatosítása	3.07	0.77	0.09	
4 - betegséggel kapcsolatos gondok elhessegetése	1.94	0.73	0.71	
5 - félelem komoly betegségtől	1.70	0.74	0.77	

6 - betegszerep elképzelése	1.84	0.65	0.58	
7 - figyelem elterelése az egészségről	1.61	0.75	0.56	
8 - megkönnyebbülés orvosi megnyugtatóra	1.35	0.68	0.56	
9 - betegség feltételezése	1.65	0.65	0.57	
10 - testi változások interpretációja	2.27	0.81	0.53	
11 - komoly betegség kockázata	1.91	0.83	0.67	
12 - komoly betegség gondolata	1.55	0.67	0.73	
13 - megmagyarázhatatlan testi érzéssel foglalkozás	2.03	0.81	0.61	
14 - mások véleménye a kitöltő egészséggel való foglalkozásáról	2.04	0.70	0.46	
15 - élet élvezete	2.21	0.77		0.69
16 - orvostudományba vetett bizalom	1.83	0.74		0.43
17 - életminőség	1.74	0.89		0.75
18 - méltóság	1.93	0.90		0.59

Megjegyzés: a SHAI korrigált tétel-totál korrelációja alapján a 3. tétel megbízhatósága kérdéses

A korrigált tétel-totál korreláció a megbízhatóságot hivatott tükrözni, és értéke 0.2 alatt problémás. Ezek alapján felmerül a lehetősége, hogy a 3-as tétel esetleg hátrányos, és ezért kivehető a kérdőívből, de megvizsgálva a kérdőív belső megbízhatóságát ezen faktor nélkül, nem kapunk érdemben jobb eredményt, így kivétele nem indokolt. Ezt a 4.12. táblázat mutatja be.

4.12. táblázat: A SHAI belső konzisztenciája az első faktor egyes tételeinek kihagyása esetén

Eltávolított tétel	Cronbach α
1	0.849
2	0.864
3	0.879
4	0.848
5	0.845
6	0.855
7	0.855
8	0.855
9	0.855

10	0.857
11	0.850
12	0.848
13	0.853
14	0.861

Megjegyzés: az első faktor egyes tételeinek kihagyása esetén kapott Cronbach alfa

A kétfaktoros modellnek a magyar validáló tanulmánynak megfelelően elvégzett megerősítő faktorelemzése segítségével megnéztük az egyes tételek sztenderdizált regressziós együtthatóit, melyet a 4.13. táblázatban mutatunk be.

4.13. táblázat: A kétfaktoros modell esetében az egyes tételek megerősítő faktorelemzéssel kapott sztenderdizált regressziós együtthatói

Tétel száma	1. Beteggé válás észlelt valószínűsége	2. Betegség észlelt következménye
1	0.501	
2	0.367	
3	0.052	
4	0.530	
5	0.570	
6	0.373	
7	0.410	
8	0.390	
9	0.380	
10	0.401	
11	0.568	
12	0.486	
13	0.483	
14	0.293	
15		0.553
16		0.295
17		0.708
18		0.575

Megjegyzés: a SHAI sztenderdizált regressziós együtthatói a 3., 14. és 16. tételeknél vetnek fel kérdéseket

A sztenderdizált regressziós együtthatók lényege, hogy megmutatják, hogyan járul hozzá a faktor előre jelzéséhez az adott tétel: magasabb érték erősebb előrejelző erővel bír. Ennek és a

tétel korreláció alapján is a 3-as, 14-es és a 16-os tételek tűnnek a leggyengébbnek, viszont összességében jók az illeszkedésmutatók, így nem szükséges kivenni ezen tételeket.

4.2.1. A hallgatók egészségszorongás szintjét mérő tanulmány szerzői hozzájárulásai

Az összes szerzőtársammal (Szemán-Nagy Anita, Ahmad S. Mohamed, Harsányi Szilvia, Ocsenás Dorottya, Rekenyi Viktor, Ala'a B. Tammemi és Kolozsvári László Róbert) közösen terveztük meg a vizsgálatot, ahogyan a résztvevők toborzását a cikk szövegezését, szerkesztését és átdolgozását is együtt végeztük. Ocsenás Dorottyával és Rekenyi Viktorral együtt kezeltük az adatokat és elemeztük azokat. Az eredmények értelmezésében szintén részt vett az összes szerző közösen.

Az értekezés írásakor jelentős mértékű utómunkálatot végeztem az eredeti cikkhez képest: a Rövidített Egészségszorongás-kérdőív belső konzisztenciájának kiszámítását, a megerősítő faktoranalízist és a korrigált tétel-totál korrelációt utólag végeztem el a rendelkezésre álló adatok és Hőgye-Nagy Ágnes segítségével.

5. Megbeszélés

Az általunk kapott eredmények alapján elmondhatjuk, hogy a gyakorló klinikus számára olyan egyszerűen használható eszközöket sikerült azonosítanunk, melyek hozzájárulhatnak a háziorvosi praxisban egyébként rejtetten megjelenő mentális problémák felismerési esélyének megnöveléséhez. Azonban az értekezés ebben a fejezetben kifejti, hogy ezen két szűrőteszt nem panacea. Ahogy gyakorta az egészségügyi problémáknak sincs egyetlen konkrét kiváltója és ennek megfelelően egyértelmű terápiája, ahogyan azt korábban gondolták a biomedikális modellben a fertőző betegségeket alapul véve, úgy számtalanszor az egészségügyi ellátás problémáinak sincs egyetlen konkrét kiváltója és ennek megfelelően egyértelmű kezelési módja. Ahogyan paradigmaként inkább a biopszichoszociális modell kerül előtérbe folyamatosan az orvoslásban, úgy ennek megfelelően a dolgozat is az embert és az egészségügyet is egészként kívánja tekinteni. Az értekezés sorra veszi, mely területeken nyílik beavatkozási pont, ahol javítani lehet a mentális problémák felismerését az alapellátásban, és kontextusba helyezi, hogy hol foglalhatja el a neki megfelelő helyét a szűrőtesztek alkalmazása ezek közül. Ezen túl a dolgozat igyekszik megfogalmazni egyszerűbb iránymutatásokat is, melyek betartásával könnyedén javíthatók a megfelelő ellátás mutatói.

Az értekezést nem úgy kell értelmezni, hogy a háziorvosok képességeit marasztalnánk el. Éppen ellenkezőleg: a háziorvosok depressziót vagy demenciát megállapító képessége nem tér el negatív irányban a többi nem közvetlen mentális egészséggel foglalkozó kollégáétól. [242] Célunk inkább az, hogy meglássuk az okokat, hogy hol történhetnek kisiklások, és azokra rávilágítva javítani tudjuk az alapellátásban megjelenő pszichés zavarokkal jelentkező páciensek diagnosztizálásának esélyét és terápiájának kimeneteli lehetőségeit.

5.1. Edukáció és antistigma

Az egyik ok lehet az edukáció hiányossága. Ezen a területen rengeteg fejlődésre volna lehetőség, melyet könnyedén ki lehet aknázni. Sokan az irodalomban jutottak arra a következtetésre, hogy az átlaglakosság edukációja hasznos lehet, növelve ezáltal az egészségműveltséget. Ilyen edukációs pontok lehetnek a problémák kezelésének előnyeit vázoló lépések is. [56]

Az ESEMeD szerzői szerint lényegesek lennének olyan speciális programok egyrészt a publikum másrészt az egészségügyi szektor számára, melyek felhívják a figyelmet a mentális zavarokra, valamint a felismerés és a kezelés fontosságára az alapellátásban. Továbbá úgy vélik, fontos lenne, hogy az alapellátásban dolgozók fontolóra vegyék az emberek egészségét,

legyen az akár szomatikus, akár mentális, és felajánlanák szolgálatukat a pszichológiai problémák kezelésére is, mert ezáltal csökkenthető lenne a stigmatizáció is. [36] Nem tekinthető újkeletű problémának ez, mivel régebbi szerzők is úgy vélik, hogy a sok felismert mentális zavar miatt a háziorvosra nehezedő többletteleher igazolásához elengedhetetlen a kezeléssel és az eredménnyel kapcsolatos ismeretek megszerzése. [241]

Magyar kutatók azt a javaslatot teszik, hogy figyeljen oda az orvos, ha a páciens megfoghatatlan, általános tünetekről számol be, vagy bonyolult testi panaszokat mond, különösen akkor, ha diszkrepancia van az elmondott szenvedés és a várható között; ha a szomatikus terápia hatástalan; ha szorongásos tüneteket panaszol a páciens; és a páciens külső megjelenése alapján is felmerülhet a gyanú. [64]

Egy 2012-es ajánlás szerint bár időben stabilan 29% körüli az élettartam prevalenciája a szorongásos zavaroknak, a kezelés gyakorisága mégis emelkedett, ahogy nőtt a tudatosság a szorongásos zavarokat illetően, és a vágy, hogy javítsák az abban szenvedők életminőségét. A szorongásos zavaroktól szenvedő emberek gyakran veszik igénybe a sürgősségi és az alapellátás szolgáltatásait, és fokozott a rizikójuk az öngyilkossági kísérleteket és a szerhasználati zavarokat illetően, tehát ezekre mindenképp külön hangsúlyt érdemes fektetni, és figyelni a gyanújelekre. [244]

A korábban említett adat, miszerint a háziorvosokat gyakran keresik fel az öngyilkosságukat megelőző hónapban az áldozatok, különösképp az idősek és a nők két okból lehet fontos: egyrészt a szorongásos zavarok az öngyilkossági kísérletek megemelkedett rizikóját okozzák, másrészt a háziorvosok figyelmét felhívják arra, hogy az idősek és nők között kiemelten fontos keresni a szuicídium rizikótényezőit. [40] Az öngyilkosság megelőzésében szerepet játszhat az orvosok edukációja a depresszió felismerésében és kezelésében, valamint a halálos eszközök hozzáféréseinek korlátozása. [245]

A kezelésben is része lehet a pszichoedukációnak. Jövedelmező lehet információval ellátni az egyéneket a jelentkező aggályaik természetéről és a potenciális stratégiákról, melyekkel megcélozhatók ezek az aggályok. Gyakran érzelemregulációs stratégiák (mint pl. relaxációs technikák) is megtaníthatók számukra a pszichoedukáció keretein belül. A csoportos pszichoedukáció hasonlóan hatásosnak bizonyult, mint az egyéni. Következésképpen csökkent az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének gyakorisága. [203]

5.2. Tréningek

A mentális egészséggel kapcsolatos képességeket fejlesztő tréningek megemelhetik az ellátás minőségét, azonban ezek önmagukban nem elégségesek. [54] Többen is azt találták, hogy tréningekkel lehet javítani a felismerés képességét a háziorvosok körében. [63,69]

Egy átfogó tanulmányban azt találták, hogy ezeknek a képzéseknek mélyrehatóbbnak kell lenniük, mint a szokásos szintentartó tréningeknek. [59]

AZ ESEMeD kutatásban résztvevők szerint tréning és szolgáltatási programokat kellene végrehajtani, hogy segítsük az embereket, akiknek pszichológiai zavaruk van. Az alapellátásban dolgozók tréningje a mentális zavarok felismerését és kezelését illetően magas prioritást érdemel. A mentális egészség problémáinak fontosságát ki kell hangsúlyozni az alapellátásban az egészségügyi tréningek szintjén, beleértve az alap háziorvosi képzési tervet és még tovább visszamenve az orvostanhallgatók tantervét is. Minden, az alapellátásban dolgozót úgy kell felkészíteni, hogy megszerezze az alapvető készségeket, melyekkel lehetővé válik a mentális zavarok ellátása az alapellátásban. A mentális egészségügyi szakembereknek foglalkoznia kell a hatásos kezelési stratégiák fejlesztésével és terjesztésével az alapellátásban, és alkalmazni kell ezen szakembereket a tréningprogramokon. [36]

Feltűnik tehát az orvosok képzésének fontossága nemcsak a diploma megszerzése után, hanem annak előtte is. Ez azonban nem újkeletű probléma, generációnként felvetődik ennek fontossága és problémája, tehát feltételezhető, hogy eltérő nézőpontok és iskolák időszakosan felszínre törő ellentétéről, vitájáról van szó. Engel, amúgy korszakalkotó és szemléletváltoztató cikkében arról ír, hogy az orvosok és az orvosi iskolák, szemléletek nem könnyen megváltoztathatók. Szerinte egy újabb kritikai esszé közreműködése nemigen hoz jelentős változást az orvosok attitűdjében. A probléma aligha újkeletű, írja 1977-ben, mert az első erőfeszítések, amelyek egy holisztikusabb megközelítést vezettek be az egyetemi orvosi tantervbe, valójában Adolph Meyer Johns Hopkins-i programjára nyúlnak vissza, amelyet 1920 előtt indítottak el. [119]

Sokkal inkább vélem úgy tehát, hogy mentalitásokról, hozzáállásokról, nézőpontokról van szó, és ezeken kisebb elmozdulásokat tud előidézni tréning vagy a képzés, bár ez utóbbi talán még eredményesebb lehet, ha valóban az egyetemi képzőhely biopszichoszociális attitűddel rendelkezik, és annak a mentalitását sikerül átadni a hallgatók számára.

5.3. Szűrőtesztek

Több amerikai és magyar tanulmány szerzői ajánlják a szűrőtesztek használatát, mellyel növelhető a pszichés zavarok felismerése a háziorvosi gyakorlatban. [20,33,64,167,246]

Egy vizsgálat során azt találták, hogy a háziorvos a szűrőteszt használatával kevesebb falsz pozitív diagnózist állítottak fel, de könnyebben mulasztották el a pszichiátriai eseteket, és hogy a szenzitivitásuk 50-ről akár 95%-ra is javítható. [247]

A szűrés segíthet, főleg akkor, ha azonnali a visszajelzés, főként a magas rizikójú betegcsoport felé. [54] Ebben a visszajelzésben megfelelő eszköz lehet az általunk validált TYM-Hun teszt, ugyanis könnyen, egyszerűen kiértékelhető, az pontozás megtanulását egy rövid videó segíti a kollégák számára. És vizsgálataink során is azt kaptuk, hogy jól esett az érdeklődő pácienseknek, akik kitöltötték a tesztet, hogyha visszajelzést kaptak eredményüket illetően. Ugyanúgy a SHAI szintén gyorsan kiértékelhető, és a vágóértékek használatával a rizikócsoportba eső páciensek felé elindulhat egy óvatos érdeklődés és edukáció.

Más szerzők is ajánlják a kérdőívek és klinikai interjúk használatát a szűrés során. Ugyan a pszichiátriai okok miatt igényelt vizsgálatok a leggyakoribbak között vannak, további pszichiátriai szűrés még több pszichiátriai megbetegedés felfedését eredményezheti. [243]

Már a hetvenes évektől ajánlják a szűrőteszt alkalmazását, mivel azok jó arányban ismerik fel a mentális zavarokat, [50,248] és ez nem változott a nyolcvanas és kilencvenes években sem [49,63]. Azonban hozzátesszik, hogy vannak hátrányai is az általuk javasolt szűrőtesztnek, a GHQ-nak, például az egyes alteszt nem differenciálnak a különböző pszichés zavarok között [249], és hogy a változó tünetekre érzékeny, de a krónikus betegségeket nem jól szűri, [250] vagy hozzátesszik, hogy második lépésben érdemes, ha egy interjú követi a tesztet, mert ez tovább növelheti a felismerés arányát. [251]

A HADS kérdőívet vizsgálva azt találták, hogy az megfelelő szűrőtesztje a háziorvosi praxisban a depresszióknak és a szorongásnak, de a dysthymiának nem. [252] Hasonlóan jó eredményeket értek el több pszichés zavarra vonatkozóan a Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) tesztet használva is. Ezen túlmenően azt találták, hogy az addig nem diagnosztizált esetek az összes 48%-át tették ki, és ezeknek az újonnan, a szűrőteszttel felfedezett eseteknek a 62%-ának indult el valamilyen formájú kezelése: gyógyszeres terápiája, vagy tovább ajánlása szakember felé. [253] A PRIME-MD-t pedig már megfelelőnek találták a dysthymia és a szomatoform zavarok szűrésére is. [60]

Egy 2008-es metaanalízisben, amiben a szűrőteszt hatékonyságát vizsgálták depressziót illetően azt találták, hogy a felismerést szerényebb mértékben előmozdították a tesztek, azonban a kimenetelt illetően jelentős változást nem sikerült elérni. [254] Hasonló eredményt találtak

egy másik átfogó vizsgálatban a szűrőteszteket illetően: bár javítják mind a felismerést, mind a kezelési kimenetelt, nem szignifikáns mértékben. [59]

Többen az irodalomban azt találták, hogy az ellátás eredménye csupán akkor javítható, ha a szűrés a mentális problémával érkezők ellátására szervezett rendszerekkel párosul. [55]

Egy viszonylag kis elemszámú, egyéves utánkövetéses vizsgálatban azt találták, hogy a mentális zavarok felismerése a háziorvos által nem változtatott a pszichopatológia egyéves kimenetelén, de megmutatkozott a rokkantság szintjének csökkenésében foglalkozási téren és a betegek önbevallása alapján. [255] Ez pedig arra utal, hogy már az is értékes és gyógyító hatású lehet a mentális zavaroktól szenvedő emberek számára, ha lelki problémáikat felismerik a testiek hátterében, és elkezdenek azzal foglalkozni a szakemberek.

A szakértők nem találták alkalmasnak az MMSE-t EKZ szűrésére. [256,257] Azonban a kutatók felvetik, hogy sok fals-pozitív eredményt is találtak a vizsgálatuk során, ami arra enged következtetni, hogy egy második lépésben végzett felmérés javíthatna a pontosságon. [53] Így a magyar gyakorlatban alkalmazott MMSE helyett már első lépésben ajánlható a TYM-Hun, mely érzékenyen képes jelezni már az EKZ-t is. Ennek megfelelően az Egészségügyi Szakmai Kollégium 2023. március 31-ei, praxisközösségben végzett prevencióra irányuló szakmai irányelvében az általunk magyarra validált TYM-Hun tesztet ajánlja az EKZ szűrésére. [258] Ennek bejelzése esetén pedig valóban érdemes lehet egy interjú, amely során pontosítani lehet, hogy a klinikai kép együtt jár-e teszteredménnyel, amikor is érdemes lehet megfontolni a szakemberhez való irányítást.

5.4. Idő

Egy 2022-es tanulmány szerint az egyik legnagyobb akadályozó tényező a mentális zavarok felismerését és ellátását illetően az időnyomás volt. [259] Ajánlott tehát hosszabb időt biztosítani a konzultációra, és egy konzultáció alatt csak egy problémára szorítkozni. [69] Ezen az időnyomáson enyhíthet a TYM-Hun azoknál a pácienseknél, akik feledékenységet élnek meg, vagy akiknek hozzátartozója ilyenről számol be, vagy akinek az esetében a szakemberben felvetődik a gyanú, és ugyanígy a SHAI azoknál a pácienseknél, akik többször keresik fel háziorvosukat az átlagosánál, és számos szomatikus panaszt említenek. Ezek az egyszerű szűrőeszközök ugyanis segíthetnek felvetni a mentális probléma lehetőségét, mely alapján már könnyebben megközelíthető a valódi zavar.

5.5. Együttműködés

Ez jelenti egyrészt a páciensekkel történő szorosabb kapcsolatot, továbbá a praxison belüli kollaborációt, valamint a mentális szakemberekkel való közelebbi együttműködést is.

Még akkor is, ha a páciens továbbirányítása sikeres, a betegnek továbbra is fel kell keresnie az alapellátó orvost és a pszichiátert. A pszichiáter és az háziorvos közötti folyamatos együttműködés jobb eredményekhez vezet. [165]

Az ESEMeD kutatói szerint a mentális egészségügyi ellátásnak az alapellátás integráns részének kellene lennie. Ezen a szinten lehetne a betegeket kezelni, ahol legtöbbször jelentkeznek. [36] Azt javasolják egyes kutatók, hogy a háziorvosi személyzet többi, a háziorvoson kívüli tagját is érdemes bevonni a diagnosztikába. [260]

A pszichiáterek és az háziorvosok közötti megerősített kapcsolat potenciálisan hasznos eszköz a teljes probléma megértésének növelésére. [45,64,243] Magyar szerzők szerint a konzultációs-kapcsolati pszichiátria képes lenne hozzájárulni a mentális zavarok nagyobb arányú felismeréséhez, és kifejtik, hogy ideális esetben egy pszichiáter tartozna egy csoportpraxishoz, aki segíthetné a háziorvosokat a mentális zavarok felismerésében és megfelelő ellátásában. [67]

Egy 2012-es kanadai kutatásban azt találták, hogy a háziorvosok igen jutalmazónak és kényelmesnek élték meg, hogy kezelhették a gyakori pszichés zavarral élő embereket a praxisukban. A pszichológusokkal és/vagy pszichiáterekkel történő együttműködés kulcstényezőt jelentettek a mentális zavar helyes kezelésében. [69]

Egy meta-analízis szerint a háziorvosok számára előnyös lehet, ha döntési segédletet kapnak, és ha jobb kapcsolatokkal rendelkeznek a szakorvosok felé. [53]

5.6. Kezelés

Egy 2007-es tanulmányban, ahol három korábbi vizsgálat adatait elemezték közösen, azt találták, hogy a következő tényezők megnövelték az esélyét annak, hogy valaki gyógyszert vagy terápiát kapjon: a helyes diagnózis, a páciens életkora és neme, komorbid betegségek száma és súlyossága, és a spontán pszichológiai tünetek mennyisége. [261] Ez alapján kimondható, hogy az általunk vizsgált két szűrőteszt, a TYM-Hun és a SHAI használatával, azáltal, hogy a helyes diagnózis felállításában segíti a szakemberek munkáját, megnövelhető az esélye annak, hogy valaki terápiát kapjon. Ezen túl fontos lehet figyelni, hogy a tüneteket nemtől és életkortól függetlenül értékeljük, vegyük figyelembe a társbetegségek számát és súlyosságát, és kérdezzünk rá pszichológiai tünetekre, még ha a páciens magától nem is mondja azokat.

Az ESEMeD vizsgálat tanulságai értelmében a háziorvosok a felfedezett esetek 77.8%-ának ajánlottak fel valamilyen kezelést: 52.9%-ban ez konzultáció volt, 26.3%-ban szedatív medikáció, míg 15%-ban antidepresszívum. A tanulmányban azt állapították meg, hogy a felajánlott kezelés gyakran nem volt összefüggésben a kutatásban megállapított diagnózissal. [36] Ezen a téren szintén sokat javíthat a megfelelő diagnózis felállítása, melyhez hozzájárulhat a szűrőeszközök alkalmazása.

Nagyobb szabadságot és kompetenciát lehetne biztosítani a háziorvosok számára, melyhez hozzájárulhatna a pszichiáter elérhetősége, konzultációs lehetőség biztosítása. Vizsgálataink során ezen kapcsolódások kialakultak és eredményesen működtek is, azonban elszigetelt, de példaértékű esetekről van szó, és kiterjesztésük mindenképp támogatandó. Amennyiben sikerülne a háziorvosoknak a praxisban kezelniük a szorongó pácienseiket, a következő terápiás javaslatokat is figyelembe vehetnék: a szelektív szerotonin visszavétel gátlók alkalmazását javasolják nemzetközi irányelvek, melyek bármely szorongásos zavar esetén alkalmazhatók, míg a szerotonin-norepinefrin visszavétel gátlók néhányban (GAD, PTSD, pánikzavar), a pregabalin pedig a GAD-ban használható. A gyógyszer és a kognitív-viselkedés/expozíciós terápia kombinációja a klinikailag kívánt kezelés. [244]

Hogy érzékelhető legyen, mi felé lenne érdemes haladni, álljon itt néhány példa a nyugati országokból. Az F4-gyel kezdődő BNO-10 diagnózissal rendelkező páciensek 91%-át Németországban kizárólag a háziorvos vagy a szomatikus orvoslás szakemberei látják el [262], míg az antidepresszívumok 79%-át nem mentális egészségügyi szolgáltatók írják fel az Egyesült Államokban. [22] Igen fontos szempont továbbá, hogy úgy becsülik, a mentális egészségügyi ellátások kb. 60%-a az alapellátás területén valósul meg az Egyesült Államokban [21]

Erre vonatkozóan fontos, hogy az ajánlásokat ismerjék a háziorvosok és a szomatikus ellátásban résztvevők, és hogy lehetőségeiknek megfelelően alkalmazzák ezen előírásokat. [263]

5.7. Összefoglalás és ajánlások

Az előzőek összefoglalásaként és kiegészítéseként a holisztikus szemlélet jegyében elmondhatjuk, hogy a fentiekre mind együtt és egyszerre, továbbá hosszú időn keresztül van szükség egy minőségi ellátás megszervezése érdekében. Ugyanis az irodalom tüzetes tanulmányozása rámutat arra, hogy egyedül egyik intervenció sem ér célzt, tartósságuk pedig szintúgy megkérdőjelezhető. Biztatóan nyilatkozik erről a szorongás két kutatója Taylor és

Asmundson. Véleményük szerint közelítünk egy biopszichoszociális megoldás felé, mely segítséget jelenthet a pácienseknek a multidiszciplináris megközelítés útján. [4]

Egy követéses vizsgálatban azt találták, hogy még a sokrétű, kollaboratív ellátást elősegítő intervenciók hatása is abbamaradt, amikor az egészségügyi szolgáltató visszatért a szokásos ellátási módhoz. [264] Magyar szerzők is csüggedtségüket fejezik ki azzal kapcsolatban, hogy a konzultációs-kapcsolati pszichiátria alapítványi támogatással jó eredménnyel működött a korábbi években családorvosi praxisokban, majd a program végeztével ez a pozitív hatás elmaradt. [67]

A mentális zavarok alul-diagnosztizálását elemző tanulmány szerint a szervezeti átstrukturálás segíthet depresszióban és pánikban is. Ezalatt azt értik, hogy a kívánt eszközök és célok a kollaboratív betegellátás, az intenzív tréning és pszichiáter közreműködése a praxisban. Kétoldalas kell, hogy legyen a cikk szerint a fejlesztés: a közösség felől emelni kell a tudatosság szintjét a pszichés zavarokat illetően és bizonyos „szakértő” páciensekre is szükség lehet, akik bizonyítottan jó eredménnyel tudják a közösséget az antistigmatizáció felé elmozdítani. Ezek a szakértő páciensek olyan pszichés zavarral küzdő személyek, akik vállalják ezen betegségüket, és tapasztalati szakértőként, hitelesen megosztják a lakossággal a nehézségeiket, és hogy hogyan küzdöttek meg azokkal. Az orvosok részére pedig egy úgynevezett „úttörő” képzés tud hasznos lenni. [54]

A szorongásos zavarok háziorvosi praxisban történő ellátását vizsgáló áttekintő tanulmány eredményei szerint a szorongásos betegek ellátásának minősége javítható. A szakmai és szervezeti beavatkozások olyan kombinációja tűnik a legígéretesebbnek, amelynél külső szakértő bevonására kerül sor. Úgy tűnt, hogy a szakmai és szervezeti beavatkozások növelik a felismerést, a beutalásokat és a receptek írásának gyakoriságát és javítják a szorongásos kimeneteleket. A cikkben elemzett professzionális beavatkozásokkal foglalkozó tanulmányok nagy részében – valamint mindegyik szervezeti beavatkozási vizsgálatban – külső szakértőt (például ápolóterapeutát vagy pszichológust) vezettek be a szorongásos zavarokkal küzdő betegek oktatásában vagy ellátásában való aktív részvétel javítása érdekében. Egy ilyen szakértő bevezetése kulcsfontosságú tényező a szorongásos betegek ellátásának minőségének hatékony javításában, ezért az ilyen beavatkozás nagyobb figyelmet érdemel. [265] Egy másik vizsgálat szerint az ápolók bizonyultak a legalkalmasabb terapeutának. Annak tulajdonítják ezt, hogy az ápolók nagyobb tudással rendelkeztek a betegséget illetően, mely feljavította a terápiás kapcsolatukat a páciensekkel. Úgy vélik, a kiképzett ápolók alkalmasabbak lehetnek a CBT-HA alkalmazására, mint a pszichológusok vagy más szakemberek. [266]

Személyes tapasztalatok alapján a páciensek mentális problémáiról való érdeklődést és edukációt óvatosan érdemes bevezetni az egészségszorongó páciensek számára, mert a túl gyors konfrontáció elutasításhoz vezethet. Ezt támogatják a szakértők is, akik szerint a súlyos hipochondriától szenvedő egyének tipikusan elutasítanak minden más értelmezést azon kívül, hogy az ő állapotukat valamely betegség okozza. [203] A terápiás céloknak eleinte szerénynek kell lenniük, és olyan kis, elérhető előnyökre kell korlátozódniuk, mint például az orvosi látogatások számának csökkenése, az egyetlen háziorvos iránti elkötelezettség és a szükségtelen vizsgálatok és beavatkozások elkerülése. Az orvosnak fel kell készülnie a beteg iránti hosszú távú elköteleződésre. A szakorvosi konzultációkat korlátozni kell, és azokra az esetekre kell redukálni, amelyekben bizonyítottak a komorbid fizikai állapotok. [165]

Peter Tyrer, az egészségszorongás kutatója szerint, az egészségszorongás egy tökéletes példája a mentális és fizikai betegségek közötti egyenlőség hiányának, és nem valószínű, hogy ez változni fog, amíg nem lesz nagyobb a mentális egészségműveltség az általános kórházi személyzetben. Gyakran előfordul más betegség jelenlétében, nem utolsósorban azért, mert egészségszorongást válthat ki egy egészségügyi esemény. Mivel az egészségszorongás gyakrabban jelentkezik a háziorvosi és másodlagos orvosi ellátásban, mint a pszichiátriai környezetben, a pszichiátrián kívüli egészségügyi szakembereknek jobban fel kell ismerniük jelenlétét és következményeit. Az alap- és szakellátásban dolgozók számára tökéletesen lehetséges a patológiás egészségszorongás azonosítása és kezelése. De ez nem lesz könnyű. Jelentős attitűdváltásra lesz szükség, és annak sokkal jobb megértésére, hogy a mentális és testi betegségek nem különálló betegségek, hanem oszthatatlanok. [199] Ennek az azonosításnak a megkönnyítésében játszhat jelentős szerepet az az egyszerű önkitöltős kérdőív, melyet vizsgálatunk tárgyává tettünk, a SHAI. Továbbá az orvosnak fontolóra kell venni az egészségszorongást, ha a páciense túlzott aggodalomról számol be az egészségét illetően, mely szenvedést és károsodást okoz számára. El kell kerülni a páciens rutinszerű megnyugtatótatását, és helyette fel kell ismerni, hogy a páciens aggódik, és olyan ajánlatot kell tenni, mely ennek megcélzására keresi a módot. [202]

A páciens, a mentális egészségügyi szakember és az orvosok közötti kommunikációnak az empátiára, a nyílt párbeszédre, a vizsgálatok koordinálására és az üzenetek következetes kézbesítésére kell összpontosítania, hogy elkerülhető legyen a jatrogén károsodás, a szükségtelen vizsgálatok, a nem javallott kezelés, valamint hogy csökkentsék annak kockázatát, hogy elutasító és becsmérő attitűddel tekintsenek a betegre. [182]

Még az igen fejlett Kanadában is leginkább az intuícióikra hagyatkoztak a legtöbben a háziorvosok közül, és csak kevesebb klinikai eszközt használtak, de szorosan utánkövezték betegeiket. Elsősorban farmakoterápiát ajánlottak betegeiknek, valamint szupportív terápiát és pszichoedukációt. A praxis sajátosságai, mint például az órábérben történő díjazás, vagy a pszichoszociális team elérhetősége, erős informális hálózat, valamint a háziorvosok egyéni sajátosságai támogatták a mentális zavarok megfelelő kezelését. [69]

A korábban említett meta-analízis szerzői szerint az edukáció vagy az ajánlások csupán akkor mondhatók hatásosnak, ha össze vannak kapcsolva szervezeti ösztönzőkkel vagy a demenciával élőkkel foglalkozó szakemberekkel. [53] Mások is azt találták, hogy az oktatási tevékenységek csak akkor hatékonyak, ha egy komplex szervezeti beavatkozás részeként léteznek. [267,268] További kutatók is megerősítik, hogy az együttműködésnek, szakmai intervencióknak sem önállóan kell lennie, hanem egy szervezeti beavatkozásba kell ágyazni őket. [59,269]

2009-ben átfogó metaanalízist végeztek el a háziorvosi praxisban történő depresszió szűrésére vonatkozóan. Következtetéseik értelmében a csupán a depresszió szűrésére irányuló programok, az alapvető személyzet által asszisztált, depresszióra irányuló ellátás nélkül ritkán járnak a depresszió kimenetelének javulásával. Ugyanis a leggyakoribb probléma a hosszútávú gyógyulást illetően inkább az elégtelen kezelés. Annak érdekében erőfeszítéseket javasolnak, hogy javítsák a megfelelő kezelést, melynek alapja a helyes felismerés, és fejlesszék a páciens adeherenciáját a kezeléshez, mivel ezek járnak a legnagyobb hatással. Mivel a háziorvosokra nagy nyomás hárul, így nem meglepő, hogy a legnagyobb eredmények azokban a programokban láthatók, melyekben más kezelőszemélyzet biztosít ellátást a depresszió kezelésében. A betegség menedzsment és a kollaboratív kezelés általánosan hatásos és kevésbé költséges. Úgy vélik, hogy ezek hatékonysága több dolognak a következménye: megnövekedett kezelési adherencia a szorosabb kezelési tolerálhatóság és válasz követésén keresztül; ha ezek nem kielégítőek, akkor a terápia módosítása; valamint a pszichoszociális támogatás. A legátfogóbb program olyan elemeket tartalmazott, mint az orvosok tréningje, kezelési protokollok biztosítása, tájékoztató anyagok a pácienseknek, a rendelői személyzet tréningje és részvétele az ellátást követő utánkövetésben, valamint a mentális egészségügy felé történő referálhatóság. Különösen ajánlják a szoros követését azoknak, akiknél antidepresszívum terápiát indítottak, főleg, ha azok 30 évnél fiatalabb páciensek. [270]

Azt támogatandó, hogy miért érdemes biztatni a háziorvos kollégákat a mentális zavarokkal élők ellátására több megfigyelés szolgál bizonyítékkul. Azt találták, hogy amennyiben sikerült, valóban jövedelmezőnek élték meg a háziorvosok a mentális zavar kezelését, ugyanis a

páciensek hálások voltak és jobban együttműködtek az egészségügyi ajánlásokkal, mint a többi beteg, így pedig jobbak voltak a kezelési eredmények. Ennek megfelelően javasolható multidiszciplináris háziiorvosi praxisok létrehozása a jobb bérek, vagy órabéres díjazás bevezetése, a pszichoterapeuta vagy pszichiátriai szakértőkhöz való könnyebb hozzáférés, és egy esetmegbeszélő tréning, amely a helyi háziiorvosi hálózatokat és mentális zavarokkal foglalkozó specialistákat foglalja magában, hogy ezzel bátorítsák a tudásátadást és a megosztott esetmenedzsmentet. [69]

Egy 2022-es dán vizsgálat felvetésében ennek a megosztott esetmenedzsment modellnek, amikor mentális egészségügyi szakemberek segítségével kezelnek mentális zavarokat a háziiorvosi praxisban, a megvalósítását és eredményeik publikálását tervezik. [271]

Egy áttekintő tanulmány megerősíti, hogy a többrétű, speciális, egy adott terület igényeire szabott beavatkozások hatásosabbak, mint a csupán egy rétegre fókuszálók, és a tartósságra különös figyelmet kell szentelni. [59]

Regressziós elemzés segítségével bizonyították, hogy Angliában a demencia diagnosztizálási aránya alacsonyabb volt az nemzeti demencia stratégia elindítása előtt, és jelentősen nőtt az elindítása után. Az antidemencia gyógyszer-felírások száma és az antidemencia gyógyszerek költsége a praxisközösség felírás teljes költségéhez viszonyítva 2009 után jelentősen nőtt. A demencia diagnózis háziiorvosi rögzítése erősen korrelált a kolinészteráz gátlók és a memantin ugyanazon a területen történő felírásával évente. [272] Egy hasonló nemzeti demencia stratégia itthoni elindítása egyik eszközüül szolgálhatna a TYM-Hun mint szűrőteszt.

A magyar viszonyokra specializálva a kutatók a következőket fejtik ki. A nemzeti mentális egészségprogram mind lehetőségeket, mind kihívásokat is rejt magában. A fő feladat, hogy egy kollaboratív ellátási modellt sikerüljön kialakítani, azok számára, akik pszichiátriai zavarral élnek, mely modell magában foglalja az alapellátást és a közösségi pszichiátriai szolgáltatókat. Az alapellátásban fejleszteni kell a kompetenciát, hogy azonosítani és kezelni tudják az embereket, akiknek gyakori mentális zavarai vannak, és be kell vonni a konzultálásba szakpszichológusokat. A fő feladatai a szakpszichológusoknak a szűrés, információátadás, a páciensek számára az optimális betegút kijelölése, pszichoedukáció és alacsony intenzitású pszichológiai beavatkozások lennének. A szakpszichológusok képezhetnék a cikk szerint a hidat az alapellátás és a pszichiátriai ellátás között. Ezzel elérhetővé válna a páciensek ellátásának áthelyezése a kórházakból a közösségi ellátásba. Az ellátás folytonosságát a pszichiáterek úgy tudnák létrehozni, ha felelősek lennének a kezelési tervért és a betegutakért, beleértve az utánkövetés gyakoriságát, és annak eldöntését, hogy háziiorvosi vagy pszichiátriai

ellátás indokolt-e a beteg számára. Bizonyos területeken szükséges lenne speciális teamek létrehozása, azonban a humán erőforrás jelentős problémát képez, ugyanis az ápolók és a pszichiáterek száma elégtelen. [273] Mások szerzők szintén úgy vélik, a betegközpontú ellátás meg tudja célozni egyszerre a szomatikus és mentális betegségeket, és hogy van lehetőség csökkenteni a kezelési hiatust a mentális egészségügy terén. [27] Sajnálatos tény, hogy a közelmúltban a háziorvosok szakképzésében szereplő kéthónapos pszichiátriai gyakorlatot egy hónapra csökkentették, ami nem a biopszichoszociális és holisztikus szemléletben való elmélyülés felé mutató út.

Magyarországon 2013 és 2017 között működött egy ún. Alapellátás-fejlesztési Modellprogram, melynek célja az volt, hogy növelje az alapellátás kompetenciáját, és ehhez a háziorvosokkal együttműködést alakított ki többek között pszichológusokkal, gyógytornászokkal és dietetikusokkal. Többek között azt találták programban résztvevő praxisközösségekben, hogy az átlaghoz képest jelentősen növekedett a prevenciós rendelésen megjelenő páciensek aránya. Egy igen kiemelt eredményét részletesebben néznénk meg a Modellprogramnak, nevezetesen pedig az egészségpszichológiai szolgáltatásait. Ennek keretén belül az elvégzett felmérések segítségével azt állapították meg a program lezárulását követően, hogy magasabb depresszivitást és rosszabb általános egészséget mutatókat sikerült elsősorban megszólítaniuk, közülük is inkább a nőket és a magasabb iskolai végzettségűeket. Az egészségpszichológiai intervenciók, legyenek azok egyéni vagy csoportosak, hatására javultak a depresszivitás, az észlelt stressz és az érzelmi jóllét mutatói. A résztvevők között a szubjektív egészségi állapot értékei szintén javulást mutattak. Csökkent az idős, krónikus betegséggel élők körében az izoláció, megtapasztalhatták a társas támogatást és növekedett önbizalmuk, aktivitásuk, látókörük tágult. Kifejezetten jó eredményt értek el azzal, a stigmatizációt csökkentendő, hogy sikerült a közösségekben a pszichológiai segítséget ismeretét és elfogadását normává tenni, ami korábban szégyent és elutasítást jelentett. Következtetésként levonják, hogy „az alapellátásban megjelenő egészségpszichológiai szolgáltatás szükséges és hatékony ellátási forma. Az alapellátásban működő pszichológusokra ezért nagy szükség van.” Javasolják, hogy terjesszék ki a program megszólító képességét, és hogy stabilan működtessék tovább a programot, mert csak ezáltal érhető el valódi közösségi szintű változás. [274]

A Prevenció az alapellátásban című könyv egyik fejezete, a Pszichológiai szolgáltatások az alapellátás szintjén, részletezi a Modellprogram egyes részeit és ajánlásokat tesz. A Bugán által írt fejezet szerint a korszerű egészségpszichológia csatlakozása az alapellátáshoz rendkívüli prevenciós potenciált jelenthet. Az egészségpszichológia, a korábban már említett módon, az

emberi viselkedést az egészség és a betegség vonatkozásában vizsgálja. A Modellprogram központi elméleti eleme az egészségpromóció, vagyis inkább az egészségre fókuszál, semmint a betegség elkerülésére. Ennek alapeleme, hogy az egyén képes legyen az egészséges életvitelre, amit a tudatos kontroll által képes elérni. Ennek segítségével tudja a saját viselkedését, kapcsolatait, társadalmi helyzetét alakítani. A család- és gyermekorvosok meghatározó szereplői lehetnek a pszichoszociális ellátásnak és rehabilitációnak az egészségpszichológusok segítségével, különösen a vidéki területeken. Bugán szerint kifejezetten fontos a pszichológusok mentálhigiénés, prevenciós munkájához az, hogy a szervezeti szerepeiket megfelelően kialakítsák, hogy kimenjenek a közösségekbe, emberi kapcsolatokat hozzanak létre, és hogy a hétköznapi emberek nyelvén szólaljanak meg. A pszichológus munkáját szerinte transzparenssé kell tenni, demisztifikálni, mert a hagyományos szereptulajdonítás nem megfelelő attitűdöt von maga után sem a felhasználó, sem a szakember oldaláról. Úgy találták, hogy a mentálhigiénés ellátás legjelentősebb buktatója a hagyományos szemlélet alapján történő megközelítés volt, a pozitív tapasztalatok pedig a pszichológus közösségi integrációja és transzparens működése által voltak elérhetőek. Fontos az alapellátásban működő egészségpszichológusoknak ugyanakkor a klinikai pszichológiával is kialakítani a kölcsönös együttműködést. Megfogalmazza, mely pszichológiai módszerek alkalmazhatók az alapellátásban, és rögtön a szűrővizsgálatokkal indít. Ennél kiemeli, hogy a felmérés eredményéről tájékoztatni kell az adatszolgáltatót, aki elvárhatja az eredmények interpretációját is. Történhet ez akár egyéni, akár csoportos formában is. Következő lehetőségként a pszichodiagnosztikát írja le, amelyre ritka esetekben lehet szükség, leginkább a háziorvos kérésére, ha pl. demencia gyanúja merül fel. A másik példa, melyet részletesen hoz a funkcionális szomatikus szindrómák esete. Ebben az esetben a személyiségdiagnosztika abban is segíthet, hogy a szomatoform zavarban szenvedő klienst eltérítse a betegszerep felvételétől, a tartós táppénzbe vonulástól. Ezután a csoportmódszert nevezi meg, ahol a csoportnak mindig a résztvevők igényei szerint kell szerveződnie, és valós problémákkal kell foglalkozniuk. A konzultációs tevékenység szintén fontos szerepet játszik a pszichológusok intervenciós repertoárjában, ezzel segítve a szakembereket. Ilyen lehetőség lehet esetmegbeszélő csoportok tartása, képzés, továbbképzés. Kiemeli itt is, hogy ezek a tevékenységek az adott közösség vagy rendszer keretén és célkitűzésein belül maradjon. Végül a tanácsadást említi mint intervenciós lehetőséget. Hangsúlyozza ismételten, hogy az egészségpszichológusok integrálását az alapellátásba megnehezítheti a szemléleti rigiditás.

[275]

Azt a következtetést vonhatjuk le a fentiekből, hogy rendszerszintű változás bekövetkezésére van szükség, melynek tartósnak kell maradnia, és nem elég a rendszer egyes elemeit megcélózni. Tehát valamennyi résztvevőre szükség lesz, hogy az ellátás minőségét emelni tudjuk: a páciensre, aki jól edukált és van pszichés betegségbelátása; a háziorvosra, aki érzékeny a pszichés zavarokat illetően és több ideje van a diagnózis felállítására; a hozzátartozóra, aki segíti a páciens elindulni az úton a visszajelzéseivel; a pszichiáterre és pszichológusra, aki konzultációs lehetőséget biztosít a háziorvosnak; a kutatókra, akik validált és megbízható önkitöltős teszteket alkotnak; és legvégül a döntéshozókra, akik segítségével mindez tartósan elérhetővé válik egy helyen és egy időben. Megvannak tehát az elméleti alapok, hogy mi a követni kívánt eljárás, a következő lépés annak gyakorlatba való átültetése, kiterjesztése nemzeti szintre, és tartós üzemeltetése.

6. Összefoglalás

Az értekezés a pszichometriai szűrőeszközök háziiorvosi gyakorlatban, gyakran nehezen felismerhető alakban jelentkező, mentális problémák azonosításában betöltött szerepét vizsgálja meg. Az alapellátásban megjelenő páciensek nem elhanyagolható része szenved mentális problémától, ugyanakkor igen gyakori, hogy az orvosnak elmondott panaszaikban nem erről számolnak be, azonban szűrőeszközök használatával javítható a felismerés hatékonysága.

A szűrőeszközök és a mentális zavarok közül is kettőt emel ki a dolgozat. Az első eszköz a Test Your Memory (TYM-Hun) teszt, a hozzá kapcsolódó, sokszor a környezet és kliens tüneteket elfedő attitűdje miatt nehezen felismerhető mentális probléma pedig az enyhe kognitív zavar (EKZ), mely az esetek felében a demenciát megelőző állapotnak tekinthető. A második eszköz a Rövidített Egészségsszorongás-kérdőív (SHAI), mely az alapellátásban sok esetben szomatikus betegségként mutatkozó mentális probléma, az egészségsszorongás, vagy annak szélsőséges megjelenési formája, a hipochondria lehetőségének felvetésében segíti a klinikust.

Vizsgálataink segítségével sikerült bizonyítani, hogy a TYM-Hun az EKZ felismerésében igény érzékeny mérőeszköz, mely a 44/45-ös vágóérték használatával a valódi pozitív esetek 80%-át felismeri, míg a valódi negatív esetek mindössze 4%-át azonosítja pozitívként. Ez alapján javasolt alkalmazása a háziiorvosi gyakorlatban, és önkitöltős jellegénél fogva ez könnyedén kivitelezhető is az esetek többségében a rövidebb rendelkezésre álló idő esetén is. A SHAI esetében a kérdőív belső konzisztenciáját kifejezetten jónak találtuk, a kétfaktoros modellt használva az első faktorra, a Beteggé válás észlelt következményére vonatkozóan a Cronbach alfa értéke 0.865, McDonald's omega 0.874 és a theta 0.880, míg a második faktorra, a Betegség észlelt következményére is elfogadható mutatókat kaptunk, ezek rendre a következők: 0.732; 0.742 és 0.736.

A háziiorvosi praxisban megjelenő magas arányú mentális problémától szenvedő páciens felismerésének esélyét több tényező alkalmazásával lehet megnövelni, melyek közül kiemelhető a pszichoedukáció; a továbbképzés; a rendszerszintű változások, beleértve a praktizálás körülményeinek javítását és együttműködésen alapuló betegellátási modell tartós gyakorlását; és nem utolsósorban a naprakész nemzetközi irányelvek alkalmazása a gyakorlatban, beleértve a szűrőeszközök használatát is.

6. Summary

The thesis examines the role of psychometric screening tools in the identification of mental problems that are often difficult to recognize in general practice. A non-negligible part of the patients who appear in primary care suffer from a mental problem, but at the same time, it is very common that they do not report this in their complaints to the doctor, however, the efficiency of recognition can be improved by using screening tools.

The thesis highlights two of the screening tools and related mental disorders. The first tool is the Test Your Memory (TYM-Hun) test, and the mental problem associated with it, which is often difficult to recognize, due to the relative's and the client's attitude that covers up the symptoms, the mild cognitive impairment (MCI) which in half of the cases can be considered a pre-dementia condition. The second tool is the Short Health Anxiety Inventory (SHAI) which helps the clinician to raise the possibility of a mental problem, health anxiety, or its extreme manifestation, hypochondria which often manifests as a somatic illness in primary care.

With the help of our tests, we were able to prove that the TYM-Hun is a sensitive measuring instrument in the detection of EKZ, which, using the cut-off value of 44/45, recognizes 80% of the true positive cases, while only 4% of the true negative cases are identified as positive. Based on this, its utilization is recommended in general practice, and due to its self-administered nature, it can be easily implemented in the majority of cases, even in the case of shorter available time. In the case of the SHAI, the internal consistency of the questionnaire was found to be good, using the two-factor model, for the first factor, the Illness Likelihood, the value of Cronbach's alpha was 0.865, McDonald's omega 0.874 and theta 0.880, while for the second factor, the Illness Severity, these were also acceptable and we obtained the following indicators respectively: 0.732; 0.742 and 0.736.

The chances of recognizing a high proportion of patients suffering from mental problems appearing in general practice can be increased by using several factors, among which the following can be highlighted: psychoeducation; continuing education; systemic changes, including improving the conditions of practice and the sustained practice of a collaborative patient care model; and last but not least, the application of up-to-date international guidelines in practice, including the use of screening instruments.

7. Irodalomjegyzék

7.1. Hivatkozott közlemények jegyzéke

1. Bradford, A., Kunik, M. E., Schulz, P., Williams, S. P., & Singh, H. (2009). Missed and delayed diagnosis of dementia in primary care. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 23(4), 306–314. <https://doi.org/10.1097/wad.0b013e3181a6bebc>
2. Kvello-Alme, M., Bråthen, G., White, L. R., & Sando, S. B. (2021). Time to diagnosis in young onset alzheimer's disease: A population-based study from Central Norway. *Journal of Alzheimer's Disease*, 82(3), 965–974. <https://doi.org/10.3233/jad-210090>
3. Galvin, J. E., Sadowsky, C. H., & NINCDS-ADRDA (2012). Practical guidelines for the recognition and diagnosis of dementia. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*, 25(3), 367–382. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2012.03.100181>
4. Antony, M. M., Stein, M. B., Steven, T., & Gordon, A. J. G. (2009). Hypochondriasis and Health Anxiety. In *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders* (pp. 525–540). Oxford University Press.
5. *Háziorvosok és Házi Gyermekorvosok.* KSH Honlapja. https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0007.html
6. H., W. C. A., Watts, B. M., & Wyndham, P. J. D. (1952). *Psychiatry in general practice*. Churchill.
7. Goldberg, D., Kay, C., & Thompson, L. (1977). Psychiatric morbidity in general practice and the community. *Psychological Medicine*, 6(4), 565–569. <https://doi.org/10.1017/s0033291700018183>
8. Shepherd, M. (1966). *Psychiatric illness in general practice*. Oxford Univ. Pr.
9. Schulberg, H. C., & Burns, B. J. (1988). Mental disorders in primary care: Epidemiologic, diagnostic, and treatment research directions. *General Hospital Psychiatry*, 10(2), 79–87. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(88\)90092-8](https://doi.org/10.1016/0163-8343(88)90092-8)
10. Kendrick, T., Stuart, B., Newell, C., Geraghty, A. W. A., & Moore, M. (2015). Changes in rates of recorded depression in english primary care 2003–2013: Time Trend analyses of effects of the economic recession, and the GP Contract Quality Outcomes Framework (QOF). *Journal of Affective Disorders*, 180, 68–78. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.03.040>

11. Sartorius, N., Üstün, T. B., Lecrubier, Y., & Wittchen, H.-U. (1996). Depression comorbid with anxiety: Results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *British Journal of Psychiatry*, 168(S30), 38–43. <https://doi.org/10.1192/s0007125000298395>
12. Alonso, J., Ferrer, M., Romera, B., Vilagut, G., Angermeyer, M., Bernert, S., Brugha, T. S., Taub, N., Mccolgen, Z., Girolamo, G. D., Polidori, G., Mazzi, F., Graaf, R. D., Vollebergh, W. A. M., Buist-Bowman, M. A., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., Palacín, C., ... Bruffaerts, R. (2002). The European study of the epidemiology of Mental Disorders (esemed/MHEDEA 2000) project: Rationale and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 11(2), 55–67. <https://doi.org/10.1002/mpr.123>
13. Goldberg, D. (1994). A bio-social model for common mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90(s385), 66–70. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb05916.x>
14. Roca, M., Gili, M., Garcia-Garcia, M., Salva, J., Vives, M., Garcia Campayo, J., & Comas, A. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119(1–3), 52–58. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.014>
15. Mergl, R., Seidscheck, I., Allgaier, A.-K., Möller, H.-J., Hegerl, U., & Henkel, V. (2007). Depressive, anxiety, and somatoform disorders in primary care: Prevalence and recognition. *Depression and Anxiety*, 24(3), 185–195. <https://doi.org/10.1002/da.20192>
16. Serrano-Blanco, A., Palao, D. J., Luciano, J. V., Pinto-Meza, A., Luján, L., Fernández, A., Roura, P., Bertsch, J., Mercader, M., & Haro, J. M. (2009). Prevalence of mental disorders in primary care: Results from the diagnosis and treatment of mental disorders in Primary Care Study (DASMAP). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(2), 201–210. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0056-y>
17. Haller, H., Cramer, H., Lauche, R., & Dobos, G. (2015). Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. *Deutsches Ärzteblatt International*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0279>
18. Alonso J, Lépine JP, ESEMeD/MHEDEA 2000 Scientific Committee. Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2007 ;68 Suppl 2:3-9. PMID: 17288501.
19. King, M., Nazareth, I., Levy, G., Walker, C., Morris, R., Weich, S., Bellón-Saameño, J. Á., Moreno, B., Švab, I., Rotar, D., Rifel, J., Maaroos, H.-I., Aluoja, A., Kalda, R., Neeleman, J., Geerlings, M. I., Xavier, M., de Almeida, M. C., Correa, B., & Torres-Gonzalez, F. (2008).

- Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *British Journal of Psychiatry*, 192(5), 362–367. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.039966>
20. Leon, A. C., Olfson, M., Broadhead, W. E., Barrett, J. E., Blacklow, R. S., Keller, M. B., Higgins, E. S., & Weissman, M. M. (1995). Prevalence of mental disorders in primary care. Implications for screening. *Archives of family medicine*, 4(10), 857–861. <https://doi.org/10.1001/archfami.4.10.857>
 21. Frank, R. G., Huskamp, H. A., & Pincus, H. A. (2003). Aligning incentives in the treatment of depression in primary care with evidence-based practice. *Psychiatric Services*, 54(5), 682–687. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.5.682>
 22. Mark, T. L., Levit, K. R., & Buck, J. A. (2009). Datapoints: Psychotropic Drug Prescriptions by Medical Specialty. *Psychiatric Services*, 60(9), 1167–1167. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.9.1167>
 23. Bitter I. (2000). Mental disorders and economic change--the example of Hungary. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4), 505–506.
 24. Buchman-Wildbaum, T., Paksi, B., Sebestyén, E., Kun, B., Felvinczi, K., Schmelowszky, Á., D. Griffiths, Mark., Demetrovics, Z., & Urbán, R. (2018). Social rejection towards mentally ill people in Hungary between 2001 and 2015: Has there been any change? *Psychiatry Research*, 267, 73–79. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.051>
 25. Rurik, I., Jancsó, Z., Kalabay, L., Láncki, L., Mester, L., Móczár, C., Nánási, A., Semanova, C., Schmidt, P., Szidor, J., Tamás, H., Torzsa, P., Ungvári, T., Végh, M., Vraukó, K., & Kolozsvári, L. (2020). *Evaluation of Primary Care Services in Hungary*. <https://doi.org/10.21203/rs.2.22555/v1>
 26. Heim S., Vajda N. (2015). A háziorvosok szerepe és lehetőségei az időskori demenciák ellátásában. Interprofesszionális Demencia Alapprogram Támop 5.4.12-14/1-2015-0007
 27. Sipos, K., Bodo, M., May, Z., Lendvai, B., Piros, A., Spitzer, N., Pataky, I., Nagy, Z., & Bányász, A. (2008). Risk of mental disorders, their changes and somatic consideration in rural Hungary. *Ideggyógyászati szemle*, 61(3-4), 97–105.
 28. Füredi, J., Rózsa, S., Zámboi, J., & Szádóczy, E. (2003). The role of symptoms in the recognition of mental health disorders in primary care. *Psychosomatics*, 44(5), 402–406. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.44.5.402>
 29. Szádóczy E. (2004). Szorongásoldás a háziorvosi gyakorlatban. Hippocrates, 6:63-66, 2004.

30. Eory, A., Gonda, X., Lang, Z., Torzsa, P., Kalman, J., Jr, Kalabay, L., & Rihmer, Z. (2014). Personality and cardiovascular risk: association between hypertension and affective temperaments-a cross-sectional observational study in primary care settings. *The European journal of general practice*, 20(4), 247–252. <https://doi.org/10.3109/13814788.2013.868431>
31. Szádóczy, E., Rózsa, S., Zámbo, J., & Füredi, J. (2004). Anxiety and mood disorders in primary care practice. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 8(2), 77–84. <https://doi.org/10.1080/13651500310004966>
32. Balázs, J., Bitter, I., Lecrubier, Y., Csiszér, N., & Ostorharics, G. (2000). Prevalence of subthreshold forms of psychiatric disorders in persons making suicide attempts in Hungary. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 15(6), 354–361. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(00\)00503-4](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(00)00503-4)
33. Torzsa, P., Hargittay, C., & Kalabay, L. (2017). A szorongás és a depresszió jelentősége a csaláadorvosi gyakorlatban [The importance of anxiety and depression in family practice]. *Neuropsychopharmacologia Hungarica : a Magyar Pszichofarmakologiai Egyesület lapja = official journal of the Hungarian Association of Psychopharmacology*, 19(3), 137–146.
34. Fernández, A., Saameño, J. Á., Pinto-Meza, A., Luciano, J. V., Autonell, J., Palao, D., Salvador-Carulla, L., Campayo, J. G., Haro, J. M., & Serrano, A. (2010). Burden of chronic physical conditions and mental disorders in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 196(4), 302–309. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074211>
35. Spitzer, R. L. (1995). Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the prime-MD 1000 study. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 274(19), 1511–1517. <https://doi.org/10.1001/jama.274.19.1511>
36. Üstün, T. B., & Sartorius, N. (1995). *Mental illness in general health care: An international study*. John Wiley & sons.
37. Olfson, M., Fireman, B., Weissman, M. M., Leon, A. C., Sheehan, D. V., Kathol, R. G., Hoven, C., & Farber, L. (1997). Mental disorders and disability among patients in a primary care group practice. *American Journal of Psychiatry*, 154(12), 1734–1740. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.12.1734>
38. Linzer, M., Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J. B., Hahn, S., Brody, D., & deGruy, F. (1996). Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: Results from the prime-MD 1000

- study. *The American Journal of Medicine*, 101(5), 526–533. [https://doi.org/10.1016/s0002-9343\(96\)00275-6](https://doi.org/10.1016/s0002-9343(96)00275-6)
39. Grandes, G., Montoya, I., Arietaleanizbeaskoa, M. S., Arce, V., & Sanchez, A. (2011). The burden of mental disorders in primary care. *European Psychiatry*, 26(7), 428–435. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.11.002>
 40. Luoma, J. B., Martin, C. E., & Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and Primary Care Providers before suicide: A review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 909–916. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.6.909>
 41. Ahmedani, B. K., Stewart, C., Simon, G. E., Lynch, F., Lu, C. Y., Waitzfelder, B. E., Solberg, L. I., Owen-Smith, A. A., Beck, A., Copeland, L. A., Hunkeler, E. M., Rossom, R. C., & Williams, K. (2015). Racial/ethnic differences in health care visits made before suicide attempt across the United States. *Medical Care*, 53(5), 430–435. <https://doi.org/10.1097/mlr.0000000000000335>
 42. Zámboi, J., Szádóczy, E., Rózsa, S., & Füredi, J. (2002). Cost-outcome of anxiety treatment intervention in primary care in Hungary. *The journal of mental health policy and economics*, 5(3), 115–120.
 43. Oberfrank, F., Donka-Verebes, & Boncz, I. (2017b). Health insurance cost of psychotic disorders in Hungary: A cost of illness study. *Value in Health*, 20(9). <https://doi.org/10.1016/j.jval.2017.08.1888>
 44. Oberfrank, F., Donka-Verebes, & Boncz, I. (2017a). Health insurance cost of affective disorders in Hungary: A cost of illness study. *Value in Health*, 20(9). <https://doi.org/10.1016/j.jval.2017.08.1889>
 45. Becze, Á., Hargittay, C., Kalabay, L., Torzsa P. (2018) A generalizált szorongásos zavar szűrése, terápiája a háziorvosi gyakorlatban. *Lege Artis Medicinae*, 28(3), 131-137.
 46. Andersen, S. M., & Harthorn, B. H. (1989). The recognition, diagnosis, and treatment of mental disorders by primary care physicians. *Medical care*, 27(9), 869–886. <https://doi.org/10.1097/00005650-198909000-00003>
 47. Skuse, D., & Williams, P. (1984). Screening for psychiatric disorder in general practice. *Psychological medicine*, 14(2), 365–377. <https://doi.org/10.1017/s0033291700003615>

48. Walters, K., Rait, G., Griffin, M., Buszewicz, M., & Nazareth, I. (2012). Recent trends in the incidence of anxiety diagnoses and symptoms in primary care. *PloS one*, 7(8), e41670. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0041670>
49. Goldberg D. Identifying psychiatric illness among general medical patients. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1985;291(6489):161-162. doi:10.1136/bmj.291.6489.161
50. Goldberg DP, Blackwell B. Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *Br Med J*. 1970;1(5707):439-443. doi:10.1136/bmj.2.5707.439
51. Munk-Jørgensen, P., Allgulander, C., Dahl, A. A., Foldager, L., Holm, M., Rasmussen, I., Virta, A., Huuhtanen, M. T., & Wittchen, H. U. (2006). Prevalence of generalized anxiety disorder in general practice in Denmark, Finland, Norway, and Sweden. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 57(12), 1738–1744. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.12.1738>
52. Hickie, I. B., Davenport, T. A., Scott, E. M., Hadzi-Pavlovic, D., Naismith, S. L., & Koschera, A. (2001). Unmet need for recognition of common mental disorders in Australian general practice. *The Medical journal of Australia*, 175(S1), S18–S24. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2001.tb143785.x>
53. Mitchell, A. J., Meader, N., & Pentzek, M. (2011). Clinical recognition of dementia and cognitive impairment in primary care: a meta-analysis of physician accuracy. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 124(3), 165–183. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01730.x>
54. Tylee, A., & Walters, P. (2007). Underrecognition of anxiety and mood disorders in primary care: why does the problem exist and what can be done?. *The Journal of clinical psychiatry*, 68 Suppl 2, 27–30.
55. Mitchell, A. J., Vaze, A., & Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet (London, England)*, 374(9690), 609–619. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60879-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60879-5)
56. Verhaak, P. F., Schellevis, F. G., Nuijen, J., & Volkers, A. C. (2006). Patients with a psychiatric disorder in general practice: determinants of general practitioners' psychological diagnosis. *General hospital psychiatry*, 28(2), 125–132. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2005.11.001>
57. Jorm A. F. (2000). Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 177, 396–401. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.5.396>

58. Sartorius N. (2007). Stigma and mental health. *Lancet* (London, England), 370(9590), 810–811. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61245-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61245-8)
59. Kroenke, K., Taylor-Vaisey, A., Dietrich, A. J., & Oxman, T. E. (2000). Interventions to improve provider diagnosis and treatment of mental disorders in primary care. A critical review of the literature. *Psychosomatics*, 41(1), 39–52. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(00\)71172-8](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(00)71172-8)
60. Ansseau, M., Dierick, M., Buntinx, F., Cnockaert, P., De Smedt, J., Van Den Haute, M., & Vander Mijnsbrugge, D. (2004). High prevalence of mental disorders in primary care. *Journal of affective disorders*, 78(1), 49–55. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00219-7](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00219-7)
61. Priest RG, Vize C, Roberts A, Roberts M, Tylee A. Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. *BMJ*. 1996;313(7061):858-859. doi:10.1136/bmj.313.7061.858
62. Pollock, K., & Grime, J. (2002). Patients' perceptions of entitlement to time in general practice consultations for depression: qualitative study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 325(7366), 687.
63. Wright AF. Unrecognized psychiatric illness in general practice. *Br J Gen Pract*. 1996;46(407):327-328.
64. Torzsa, P., Szeifert, L., Dunai, K., Kalabay, L., Novák, M. (2009). *A depresszió diagnosztikája és kezelése a családorvosi gyakorlatban = Diagnosis and therapy of depression in primary care*. *Orvosi Hetilap*, 150 (36), 1684-1693.
65. Imre, N., Balogh, R., Papp, E., Kovács, I., Heim, S., Karádi, K., Hajnal, F., Kálmán, J., & Pákáski, M. (2019). Knowledge of general practitioners on dementia and mild cognitive impairment: A cross-sectional, questionnaire study from Hungary. *Educational Gerontology*, 45(8), 495–505. <https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1660137>
66. Bridges, K. W., & Goldberg, D. P. (1985). Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *Journal of psychosomatic research*, 29(6), 563–569. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(85\)90064-9](https://doi.org/10.1016/0022-3999(85)90064-9)
67. Füredi, J., & Németh, A. (2015). Pszichiátria a háziorvosi gyakorlatban. In *A pszichiátria magyar Kézikönyve* (886-895). Medicina Könyvkiadó Zrt.
68. Munitz, Hanan & Valevski, Avi & Weizman, Abraham & Prilipko, L. & Baudis, P. & Skoda, C. & Boussaid, F. & Moussaoui, Daoud & Belyanchikova, M.A. & Bobrov, A.E. & Tsirkin, S. & Yifang, G. & Channabasavanna, S.M.. (2000). Recognition and treatment of depression in

primary care settings in 6 different countries: A retrospective file analysis by WHO. *European Journal of Psychiatry*. 14. 85-93.

69. Fleury, M. J., Imboua, A., Aubé, D., Farand, L., & Lambert, Y. (2012). General practitioners' management of mental disorders: a rewarding practice with considerable obstacles. *BMC family practice*, 13, 19. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-19>
70. Millar, T., & Goldberg, D. P. (1991). Link between the ability to detect and manage emotional disorders: a study of general practitioner trainees. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 41(350), 357–359.
71. Marks, J. N., Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. *Psychological medicine*, 9(2), 337–353. <https://doi.org/10.1017/s0033291700030853>
72. Van der Pasch, M., & Verhaak, P. F. (1998). Communication in general practice: recognition and treatment of mental illness. *Patient education and counseling*, 33(2), 97–112. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(97\)00057-8](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(97)00057-8)
73. Joukamaa, M., Lehtinen, V., & Karlsson, H. (1995). The ability of general practitioners to detect mental disorders in primary health care. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 91(1), 52–56. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09742.x>
74. Kessler, D., Lloyd, K., Lewis, G., & Gray, D. P. (1999). Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *BMJ (Clinical research ed.)*, 318(7181), 436–439. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7181.436>
75. Maginn, S., Boardman, A. P., Craig, T. K. J., Haddad, M., Heath, G., & Stott, J. (2004). The detection of psychological problems by General Practitioners. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(6). <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0751-7>
76. Carr, M. J., Steeg, S., Webb, R. T., Kapur, N., Chew-Graham, C. A., Abel, K. M., Hope, H., Pierce, M., & Ashcroft, D. M. (2021). Effects of the COVID-19 pandemic on primary care-recorded mental illness and self-harm episodes in the UK: a population-based cohort study. *The Lancet. Public health*, 6(2), e124–e135. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30288-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30288-7)
77. Williams, R., Jenkins, D. A., Ashcroft, D. M., Brown, B., Campbell, S., Carr, M. J., Cheraghisohi, S., Kapur, N., Thomas, O., Webb, R. T., & Peek, N. (2020). Diagnosis of physical and mental health conditions in primary care during the COVID-19 pandemic: A retrospective

cohort study. *The Lancet Public Health*, 5(10). [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(20\)30201-2](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(20)30201-2)

78. Armitage R. (2021). Antidepressants, primary care, and adult mental health services in England during COVID-19. *The lancet. Psychiatry*, 8(2), e3. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30530-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30530-7)
79. Xu, Z., Fan, J., Ding, J., Feng, X., Tao, S., Zhou, J., Qian, L., Tao, K., Hambly, B. D., & Bao, S. (2021). The Impact of COVID-19 on Primary Care General Practice Consultations in a Teaching Hospital in Shanghai, China. *Frontiers in medicine*, 8, 642496. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.642496>
80. Balogh, S., Diós, E., & Papp, R. (2020). A COVID–19-járvány jótékony hatása a háziorvosi gyakorlatra: a távkonzultáció és a telemedicina a racionalizálás lehetősége. *Orvosi Hetilap* 161(34), 1431. <https://doi.org/10.1556/650.2020.34M>
81. Hossain, M. M., Tasnim, S., Sultana, A., Faizah, F., Mazumder, H., Zou, L., McKyer, E. L. J., Ahmed, H. U., & Ma, P. (2020). Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. *F1000Research*, 9, 636. <https://doi.org/10.12688/f1000research.24457.1>
82. COVID-19 Mental Disorders Collaborators (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet (London, England)*, 398(10312), 1700–1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
83. Pogány, L., Horváth A. Á., Slezák, A., Rózsavölgyi, É., & Lazáry, J. (2020). A COVID-19 járvány miatt elrendelt első veszélyhelyzet a pszichiátriai betegek szemszögéből: gondozói felmérés. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 22(4), 144-153.
84. Wong, S. Y. S., Zhang, D., Sit, R. W. S., Yip, B. H. K., Chung, R. Y., Wong, C. K. M., Chan, D. C. C., Sun, W., Kwok, K. O., & Mercer, S. W. (2020). Impact of COVID-19 on loneliness, mental health, and health service utilisation: a prospective cohort study of older adults with multimorbidity in primary care. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 70(700), e817–e824. <https://doi.org/10.3399/bjgp20X713021>
85. Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *The New England journal of medicine*, 383(6), 510–512. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>

86. Ashcroft, R., Donnelly, C., Dancey, M., Gill, S., Lam, S., Kourgiantakis, T., Adamson, K., Verrilli, D., Dolovich, L., Kirvan, A., Mehta, K., Sur, D., & Brown, J. B. (2021). Primary care teams' experiences of delivering mental health care during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. *BMC family practice*, 22(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01496-8>
87. Rohilla, J., Tak, P., Jhanwar, S., & Hasan, S. (2020). Primary care physician's approach for mental health impact of COVID-19. *Journal of family medicine and primary care*, 9(7), 3189–3194. https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_513_20
88. Vajer, P., Csenteri, O., Szabó, J., Tamás, F. & Kalabay, L. (2020) Háziorvoslás a COVID–19-járvány idején. *ORVOSI HETILAP*, 161 (40). pp. 1699-1705. <https://doi.org/10.1556/650.2020.31954>
89. Frank, H. E., Grumbach, N. M., Conrad, S. M., Wheeler, J., & Wolff, J. (2021). Mental health services in primary care: Evidence for the feasibility of telehealth during the COVID-19 pandemic. *Journal of affective disorders reports*, 5, 100146. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100146>
90. Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., Franssen, E. S., Kluger, A., Mir, P., Borenstein, J., George, A. E., Shulman, E., Steinberg, G., & Cohen, J. (1988). Stage-specific behavioral, cognitive, and in vivo changes in community residing subjects with age-associated memory impairment and primary degenerative dementia of the alzheimer type. *Drug Development Research*, 15(2–3), 101–114. <https://doi.org/10.1002/ddr.430150203>
91. Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P., & Kaplan, H. I. (2017). Neurocognitive Disorders. In *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (1177–1262). (10th ed.). Wolters Kluwer.
92. Winblad, B., Palmer, K., Kivipelto, M., Jelic, V., Fratiglioni, L., Wahlund, L. O., Nordberg, A., Bäckman, L., Albert, M., Almkvist, O., Arai, H., Basun, H., Blennow, K., de Leon, M., DeCarli, C., Erkinjuntti, T., Giacobini, E., Graff, C., Hardy, J., Jack, C., ... Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment--beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *Journal of internal medicine*, 256(3), 240–246. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2004.01380.x>
93. Petersen R. C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of internal medicine*, 256(3), 183–194. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x>

94. Albert, M. S., DeKosky, S. T., Dickson, D., Dubois, B., Feldman, H. H., Fox, N. C., Gamst, A., Holtzman, D. M., Jagust, W. J., Petersen, R. C., Snyder, P. J., Carrillo, M. C., Thies, B., & Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association*, 7(3), 270–279. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.008>
95. Mayo Foundation for Medical Education and Research. (2023, January 18). *Mild cognitive impairment (MCI)*. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/mild-cognitive-impairment/diagnosis-treatment/drc-20354583>
96. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association
97. World Health Organization (WHO). (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. World Health Organization.
98. World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). <https://icd.who.int/>
99. Sachdev, P. S., Lipnicki, D. M., Kochan, N. A., Crawford, J. D., Thalamuthu, A., Andrews, G., Brayne, C., Matthews, F. E., Stephan, B. C., Lipton, R. B., Katz, M. J., Ritchie, K., Carrière, I., Ancelin, M. L., Lam, L. C., Wong, C. H., Fung, A. W., Guaita, A., Vaccaro, R., Davin, A., ... Cohort Studies of Memory in an International Consortium (COSMIC) (2015). The Prevalence of Mild Cognitive Impairment in Diverse Geographical and Ethnocultural Regions: The COSMIC Collaboration. *PloS one*, 10(11), e0142388. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142388>
100. Luck, T., Riedel-Heller, S. G., Kaduszkiewicz, H., Bickel, H., Jessen, F., Pentzek, M., Wiese, B., Koelsch, H., van den Bussche, H., Abholz, H.-H., Moesch, E., Gorfer, S., Angermeyer, M. C., Maier, W., & Weyerer, S. (2007). Mild cognitive impairment in general practice: Age-specific prevalence and correlate results from the German study on ageing, cognition and dementia in primary care patients (agecode). *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 24(4), 307–316. <https://doi.org/10.1159/000108099>
101. Artero, S., Petersen, R., Touchon, J., & Ritchie, K. (2006). Revised criteria for mild cognitive impairment: validation within a longitudinal population study. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 22(5-6), 465–470. <https://doi.org/10.1159/000096287>

102. Juncos-Rabadán, O., Pereiro, A. X., Facal, D., Lojo, C., Caamaño, J. A., Sueiro, J., Bóveda, J., & Eiroa, P. (2014). Prevalence and correlates of mild cognitive impairment in adults aged over 50 years with subjective cognitive complaints in primary care centers. *Geriatrics & gerontology international*, 14(3), 667–673. <https://doi.org/10.1111/ggi.12157>
103. Vos, S. J., Verhey, F., Frölich, L., Kornhuber, J., Wiltfang, J., Maier, W., Peters, O., Rütther, E., Nobili, F., Morbelli, S., Frisoni, G. B., Drzezga, A., Didic, M., van Berckel, B. N., Simmons, A., Soininen, H., Kłoszewska, I., Mecocci, P., Tsolaki, M., Vellas, B., ... Visser, P. J. (2015). Prevalence and prognosis of Alzheimer's disease at the mild cognitive impairment stage. *Brain : a journal of neurology*, 138(Pt 5), 1327–1338. <https://doi.org/10.1093/brain/awv029>
104. Gauthier, S., Reisberg, B., Zaudig, M., Petersen, R. C., Ritchie, K., Broich, K., Belleville, S., Brodaty, H., Bennett, D., Chertkow, H., Cummings, J. L., de Leon, M., Feldman, H., Ganguli, M., Hampel, H., Scheltens, P., Tierney, M. C., Whitehouse, P., Winblad, B., & International Psychogeriatric Association Expert Conference on mild cognitive impairment (2006). Mild cognitive impairment. *Lancet (London, England)*, 367(9518), 1262–1270. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68542-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68542-5)
105. Leifer B. P. (2003). Early diagnosis of Alzheimer's disease: clinical and economic benefits. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(5 Suppl Dementia), S281–S288. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.5153.x>
106. Milne, A. (2010). Dementia screening and early diagnosis: The case for and against. *Health, Risk & Society*, 12(1), 65–76. <https://doi.org/10.1080/13698570903509497>
107. de Vugt, M. E., & Verhey, F. R. (2013). The impact of early dementia diagnosis and intervention on informal caregivers. *Progress in neurobiology*, 110, 54–62. <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2013.04.005>
108. Burns, A. (2012). The benefits of early diagnosis of dementia. *BMJ*, 344(may22 1). <https://doi.org/10.1136/bmj.e3556>
109. Iliffe, S., Manthorpe, J., & Eden, A. (2003). Sooner or later? Issues in the early diagnosis of dementia in general practice: a qualitative study. *Family practice*, 20(4), 376–381. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm407>
110. Hansen, E. C., Hughes, C., Routley, G., & Robinson, A. L. (2008). General practitioners' experiences and understandings of diagnosing dementia: factors impacting on early

diagnosis. *Social science & medicine* (1982), 67(11), 1776–1783.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.020>

111. De Roeck, E. E., Engelborghs, S., & Dierckx, E. (2016). Next Generation Brain Health Depends on Early Alzheimer Disease Diagnosis: From a Timely Diagnosis to Future Population Screening. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(5), 452–453.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.02.015>
112. Lam, L. C., Chan, W. C., Leung, T., Fung, A. W., & Leung, E. M. (2015). Would older adults with mild cognitive impairment adhere to and benefit from a structured lifestyle activity intervention to enhance cognition?: a cluster randomized controlled trial. *PloS one*, 10(3), e0118173. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0118173>
113. Cummings, J., Apostolova, L., Rabinovici, G. D., Atri, A., Aisen, P., Greenberg, S., Hendrix, S., Selkoe, D., Weiner, M., Petersen, R. C., & Salloway, S. (2023). Lecanemab: Appropriate Use Recommendations. *The journal of prevention of Alzheimer's disease*, 10(3), 362–377. <https://doi.org/10.14283/jpad.2023.30>
114. Sadowsky, C. H., & Galvin, J. E. (2012). Guidelines for the management of cognitive and behavioral problems in dementia. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*, 25(3), 350–366. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2012.03.100183>
115. Qaseem, A., Snow, V., Cross, J. T., Jr, Forciea, M. A., Hopkins, R., Jr, Shekelle, P., Adelman, A., Mehr, D., Schellhase, K., Campos-Outcalt, D., Santaguida, P., Owens, D. K., & American College of Physicians/American Academy of Family Physicians Panel on Dementia (2008). Current pharmacologic treatment of dementia: a clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians. *Annals of internal medicine*, 148(5), 370–378. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-148-5-200803040-00008>
116. Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő. NEAK.
http://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/gyogyszer_segedeszkoz_gyogyfurdo_tamogatas/egeszsegugyi_vallalkozasoknak/pupha/Vegleges_PUPHA
117. Tyrer, H. (2013). *Tackling health anxiety: A CBT handbook (3-13)*. Royal College of Psychiatrists.
118. World Health Organization. (2006). Constitution of the World Health Organization – Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement.

119. Engel G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
120. Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine*. Norton.
121. Schur, M. (1955). Comments on the metapsychology of somatization. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 10(1), 119–164. <https://doi.org/10.1080/00797308.1955.11822553>
122. Mitscherlich, A. (1956). *Krankheit als Konflikt*. Frankfurt am Main: Suhrkamp
123. Sifneos P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 22(2), 255–262. <https://doi.org/10.1159/000286529>
124. Matarazzo J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *The American psychologist*, 35(9), 807–817. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.35.9.807>
125. American Psychological Association. *Apa Dictionary of Psychology*. American Psychological Association. <https://dictionary.apa.org/anxiety>
126. Mentzos, S. (2010). *A Konfliktus-Feldolgozás neurotikus módjai: Pszichoanalitikus Neurózistan Klasszikus És Új Megközelítésben*. Lélekben Otthon Kiadó.
127. Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (2004). *A szorongásos Zavarok És főbiák kognitív szemlélete*. Animula.
128. Freud, S., Strachey, J., Freud, A., Strachey, A., & Tyson, A. (2001). Inhibitions, Symptoms and Anxiety. In *The standard edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 75–176). Vintage. Idézi: Gabbard, G. O. (2016). *A Pszichodinamikus Pszichiátria Tankönyve*. Oriold.
129. Freud, S., Strachey, J., Freud, A., Strachey, A., & Tyson, A. (2001). On The Grounds for Detaching a Particular Syndrome From Neurasthenia Under The Description 'Anxiety Neurosis.' In *The standard edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 85–115). Vintage. Idézi: Gabbard, G. O. (2016). *A Pszichodinamikus Pszichiátria Tankönyve*. Oriold.
130. Freud, A. (1994). *Az én és az elhárító mechanizmusok*. Párbeszéd Könyvek.

131. Vaillant, G. E. (1977). *Adaptation to Life*. Boston, MA: Little Brown and Co.
132. Haan, N. (1963). Proposed model of Ego functioning: Coping and defense mechanisms in relationship to IQ change. *Psychological Monographs: General and Applied*, 77(8), 1–23. <https://doi.org/10.1037/h0093848>
133. Zeidner, M., & Endler, N. S. (1996). *Handbook of coping: Theory, research, applications*. Wiley.
134. Strongman, K. T. (1995). Theories of Anxiety. *New Zealand Journal of Psychology*, 24(2): 4-10
135. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1985). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
136. Lazarus R. S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic medicine*, 55(3), 234–247. <https://doi.org/10.1097/00006842-199305000-00002>
137. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2010). *Sématerápia: Gyakorlati Kézikönyv*. Magyar Viselkedéstanulmányi és Kognitív Terápiás Egyesület.
138. Lucock, M. P., & Morley, S. (1996). The Health Anxiety Questionnaire. *British Journal of Health Psychology*, 1(Part 2), 137–150. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.1996.tb00498.x>
139. Warwick H. M. (1989). A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis and health anxiety. *Journal of psychosomatic research*, 33(6), 705–711. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(89\)90086-x](https://doi.org/10.1016/0022-3999(89)90086-x)
140. Abramowitz, J. S., & Braddock, A. E. (2008). *Psychological treatment of health anxiety and hypochondriasis: A biopsychosocial approach*. Hogrefe & Huber Publishers.
141. Tyrer, P., & Tyrer, H. (2018). Health anxiety: Detection and treatment. *BJPsych Advances*, 24(1), 66–72. <https://doi.org/10.1192/bja.2017.5>
142. Eisenberger N. I. (2012). The pain of social disconnection: examining the shared neural underpinnings of physical and social pain. *Nature reviews. Neuroscience*, 13(6), 421–434. <https://doi.org/10.1038/nrn3231>
143. Hoffmann, S. O., & Hochapfel, G. (2000). *Neuróziselmélet, pszichoterápia és pszichoszomatikus medicina (100-105)*. Medicina Könyvek.
144. Otto F. Kernberg. (2019). Súlyos személyiségzavarok kezelése. Az agresszió feloldása és az erotika felépülése (98-99). Oriold és Társai.

145. Williams, P. G. (2004). The psychopathology of self-assessed health: a cognitive approach to health anxiety and hypochondriasis. *Cognitive Therapy and Research*, 28(5), 629–644. <https://doi.org/10.1023/b:cotr.0000045569.25096.44>
146. Hawton, K., & Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide. In *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (235–276). Oxford University Press.
147. Warwick, H. M., & Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 28(2), 105–117. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90023-C](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90023-C)
148. Görgen, S. M., Hiller, W., & Witthöft, M. (2014). Health anxiety, cognitive coping, and emotion regulation: a latent variable approach. *International journal of behavioral medicine*, 21(2), 364–374. <https://doi.org/10.1007/s12529-013-9297-y>
149. Hadjistavropoulos, H. D., Janzen, J. A., Kehler, M. D., Leclerc, J. A., Sharpe, D., & Bourgault-Fagnou, M. D. (2012). Core cognitions related to health anxiety in self-reported medical and non-medical samples. *Journal of behavioral medicine*, 35(2), 167–178. <https://doi.org/10.1007/s10865-011-9339-3>
150. Rachman S. (2012). Health anxiety disorders: a cognitive construal. *Behaviour research and therapy*, 50(7-8), 502–512. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.05.001>
151. Marcus, D. K., Gurley, J. R., Marchi, M. M., & Bauer, C. (2007). Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: a systematic review. *Clinical psychology review*, 27(2), 127–139. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.09.003>
152. Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behaviour research and therapy*, 24(5), 597–602. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90041-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90041-0)
153. Barsky, A. J., & Klerman, G. L. (1983). Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *The American journal of psychiatry*, 140(3), 273–283. <https://doi.org/10.1176/ajp.140.3.273>
154. Whitehead, W. E., Crowell, M. D., Heller, B. R., Robinson, J. C., Schuster, M. M., & Horn, S. (1994). Modeling and reinforcement of the sick role during childhood predicts adult illness behavior. *Psychosomatic medicine*, 56(6), 541–550. <https://doi.org/10.1097/00006842-199411000-00010>

155. Garraalda M. E. (1996). Somatisation in children. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 37(1), 13–33. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1996.tb01378.x>
156. Livingston, R., Witt, A., & Smith, G. R. (1995). Families who somatize. *Journal of developmental and behavioral pediatrics : JDBP*, 16(1), 42–46.
157. Lucock, M. P., White, C., Peake, M. D., & Morley, S. (1998). Biased perception and recall of reassurance in medical patients. *British Journal of Health Psychology*, 3(3), 237–243. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.1998.tb00570.x>
158. Salkovskis, P. M., & Clark, D. M. (1993). Panic disorder and hypochondriasis. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 15(1), 23–48. [https://doi.org/10.1016/0146-6402\(93\)90002-j](https://doi.org/10.1016/0146-6402(93)90002-j)
159. Salkovskis, P. M., Clark, D. M., & Gelder, M. G. (1996). Cognition-behaviour links in the persistence of panic. *Behaviour research and therapy*, 34(5-6), 453–458. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(95\)00083-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(95)00083-6)
160. Fergus, T. A., & Russell, L. H. (2016). Does cyberchondria overlap with health anxiety and obsessive-compulsive symptoms? An examination of latent structure and scale interrelations. *Journal of anxiety disorders*, 38, 88–94. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.01.009>
161. McMullan, R. D., Berle, D., Arnáez, S., & Starcevic, V. (2019). The relationships between health anxiety, online health information seeking, and cyberchondria: Systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 245, 270–278. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.037>
162. Doherty-Torstrick, E. R., Walton, K. E., & Fallon, B. A. (2016). Cyberchondria: Parsing Health Anxiety From Online Behavior. *Psychosomatics*, 57(4), 390–400. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2016.02.002>
163. Muse, K., McManus, F., Leung, C., Meghreblian, B., & Williams, J. M. (2012). Cyberchondriasis: Fact or fiction? A preliminary examination of the relationship between health anxiety and searching for health information on the internet. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 189–196. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.11.005>

164. Herbert, B. M., & Pollatos, O. (2012). The body in the mind: on the relationship between interoception and embodiment. *Topics in cognitive science*, 4(4), 692–704. <https://doi.org/10.1111/j.1756-8765.2012.01189.x>
165. Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P., & Kaplan, H. I. (2017). Somatic Symptom and Related Disorders. In *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (1827–1844). (10th ed.). Wolters Kluwer.
166. Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of nervous and mental disease*, 174(12), 727–735. <https://doi.org/10.1097/00005053-198612000-00004>
167. Combs, H., & Markman, J. (2014). Anxiety disorders in primary care. *The Medical clinics of North America*, 98(5), 1007–1023. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2014.06.003>
168. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* Fourth Edition, Text Revision, American Psychiatric Association, Washington DC
169. Bailer, J., Kerstner, T., Witthöft, M., Diener, C., Mier, D., & Rist, F. (2016). Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. *Anxiety, stress, and coping*, 29(2), 219–239. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1036243>
170. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR), Washington, DC
171. Remes, O., Brayne, C., van der Linde, R., & Lafortune, L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and behavior*, 6(7), e00497. <https://doi.org/10.1002/brb3.497>
172. Toft, T., Fink, P., Oernboel, E., Christensen, K., Frostholm, L., & Olesen, F. (2005). Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. results from the functional illness in primary care (FIP) study. *Psychological medicine*, 35(8), 1175–1184. <https://doi.org/10.1017/s0033291705004459>
173. de Waal, M. W., Arnold, I. A., Eekhof, J. A., & van Hemert, A. M. (2004). Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 184, 470–476. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.6.470>

174. Weck, F., Richtberg, S., & Neng, J. (2014). Epidemiology of hypochondriasis and health anxiety: Comparison of different diagnostic criteria. *Current Psychiatry Reviews*, 10(1), 14–23. <https://doi.org/10.2174/1573400509666131119004444>
175. Gureje, O., Ustün, T. B., & Simon, G. E. (1997). The syndrome of hypochondriasis: a cross-national study in primary care. *Psychological medicine*, 27(5), 1001–1010. <https://doi.org/10.1017/s0033291797005345>
176. Escobar, J. I., Gara, M., Waitzkin, H., Silver, R. C., Holman, A., & Compton, W. (1998). DSM-IV hypochondriasis in primary care. *General hospital psychiatry*, 20(3), 155–159. [https://doi.org/10.1016/s0163-8343\(98\)00018-8](https://doi.org/10.1016/s0163-8343(98)00018-8)
177. Piccinelli, M., & Simon, G. (1997). Gender and cross-cultural differences in somatic symptoms associated with emotional distress. An international study in primary care. *Psychological medicine*, 27(2), 433–444. <https://doi.org/10.1017/s0033291796004539>
178. Creed, F., & Barsky, A. (2004). A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Journal of psychosomatic research*, 56(4), 391–408. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00622-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00622-6)
179. Tyrer, H., Ali, L., Cooper, F., Seivewright, P., Bassett, P., & Tyrer, P. (2013). The Schedule for Evaluating Persistent Symptoms (SEPS): a new method of recording medically unexplained symptoms. *The International journal of social psychiatry*, 59(3), 281–287. <https://doi.org/10.1177/0020764012438484>
180. Tyrer, P., Cooper, S., Crawford, M., Dupont, S., Green, J., Murphy, D., Salkovskis, P., Smith, G., Wang, D., Bhogal, S., Keeling, M., Loeberberg, G., Seivewright, R., Walker, G., Cooper, F., Evered, R., Kings, S., Kramo, K., McNulty, A., Nagar, J., ... Tyrer, H. (2011). Prevalence of health anxiety problems in medical clinics. *Journal of psychosomatic research*, 71(6), 392–394. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.07.004>
181. Sunderland, M., Newby, J. M., & Andrews, G. (2013). Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 202(1), 56–61. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.103960>
182. Scarella, T. M., Boland, R. J., & Barsky, A. J. (2019). Illness Anxiety Disorder: Psychopathology, Epidemiology, Clinical Characteristics, and Treatment. *Psychosomatic medicine*, 81(5), 398–407. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000691>

183. Newby, J. M., Hobbs, M. J., Mahoney, A. E. J., Wong, S. K., & Andrews, G. (2017). DSM-5 illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: Comorbidity, correlates, and overlap with DSM-IV hypochondriasis. *Journal of psychosomatic research*, 101, 31–37. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.07.010>
184. Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 327–335. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow>
185. Kurlansik, S. L., & Maffei, M. S. (2016). Somatic Symptom Disorder. *American family physician*, 93(1), 49–54.
186. Harris, A. M., Orav, E. J., Bates, D. W., & Barsky, A. J. (2009). Somatization increases disability independent of comorbidity. *Journal of general internal medicine*, 24(2), 155–161. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0845-0>
187. Häuser, W., Bialas, P., Welsch, K., & Wolfe, F. (2015). Construct validity and clinical utility of current research criteria of DSM-5 somatic symptom disorder diagnosis in patients with fibromyalgia syndrome. *Journal of psychosomatic research*, 78(6), 546–552. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.151>
188. Stone, J., Zeman, A., Simonotto, E., Meyer, M., Azuma, R., Flett, S., & Sharpe, M. (2007). FMRI in patients with motor conversion symptoms and controls with simulated weakness. *Psychosomatic medicine*, 69(9), 961–969. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31815b6c14>
189. Naliboff, B. D., Derbyshire, S. W., Munakata, J., Berman, S., Mandelkern, M., Chang, L., & Mayer, E. A. (2001). Cerebral activation in patients with irritable bowel syndrome and control subjects during rectosigmoid stimulation. *Psychosomatic medicine*, 63(3), 365–375. <https://doi.org/10.1097/00006842-200105000-00006>
190. Bouma, E. M., Riese, H., Ormel, J., Verhulst, F. C., & Oldehinkel, A. J. (2009). Adolescents' cortisol responses to awakening and social stress; effects of gender, menstrual phase and oral contraceptives. The TRAILS study. *Psychoneuroendocrinology*, 34(6), 884–893. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2009.01.003>
191. Taylor, S., Thordarson, D. S., Jang, K. L., & Asmundson, G. J. (2006). Genetic and environmental origins of health anxiety: a twin study. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 5(1), 47–50.

192. Alberts, N. M., Hadjistavropoulos, H. D., Sherry, S. B., & Stewart, S. H. (2016). Linking Illness in Parents to Health Anxiety in Offspring: Do Beliefs about Health Play a Role?. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 44(1), 18–29. <https://doi.org/10.1017/S1352465814000319>
193. Pennebaker, J. W. (1982). *The Psychology of Physical Symptoms*. Berlin: Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-1-4613-8196-9>
194. Robbins, J. M., & Kirmayer, L. J. (1996). Transient and persistent hypochondriacal worry in primary care. *Psychological medicine*, 26(3), 575–589. <https://doi.org/10.1017/s0033291700035650>
195. Easterling, D. V., & Leventhal, H. (1989). Contribution of concrete cognition to emotion: neutral symptoms as elicitors of worry about cancer. *The Journal of applied psychology*, 74(5), 787–796. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.74.5.787>
196. Kirmayer, L. J., Groleau, D., Looper, K. J., & Dao, M. D. (2004). Explaining medically unexplained symptoms. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 49(10), 663–672. <https://doi.org/10.1177/070674370404901003>
197. Barsky, A. J., & Ahern, D. K. (2004). Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: a randomized controlled trial. *JAMA*, 291(12), 1464–1470. <https://doi.org/10.1001/jama.291.12.1464>
198. Van Beek, M. H., Zuidersma, M., Lappenschaar, M., Pop, G., Roest, A. M., Van Balkom, A. J., Speckens, A. E., & Voshaar, R. C. (2016). Prognostic association of cardiac anxiety with new cardiac events and mortality following myocardial infarction. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 209(5), 400–406. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.174870>
199. Tyrer P. (2018). Recent Advances in the Understanding and Treatment of Health Anxiety. *Current psychiatry reports*, 20(7), 49. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0912-0>
200. Olatunji, B. O., Kauffman, B. Y., Meltzer, S., Davis, M. L., Smits, J. A., & Powers, M. B. (2014). Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Behaviour research and therapy*, 58, 65–74. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.002>

201. Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P., & Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC medicine*, 8, 38. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-38>
202. Hedman-Lagerlöf, E., Tyrer, P., Hague, J., & Tyrer, H. (2019). Health anxiety. *BMJ (Clinical research ed.)*, 364, 1774. <https://doi.org/10.1136/bmj.1774>
203. Asmundson, G. J., Abramowitz, J. S., Richter, A. A., & Whedon, M. (2010). Health anxiety: current perspectives and future directions. *Current psychiatry reports*, 12(4), 306–312. <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0123-9>
204. Khare, S., & Srivastava, M. N. (2017). Validity of Current Treatment Protocols to Overcome Hypochondriasis. *Journal of clinical and diagnostic research : JCDR*, 11(1), VE01–VE04. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/22509.9262>
205. Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő. NEAK. http://neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/gyogyszer_segedeszkoz_gyogyfurdo_tamogatas/Szakembereknek
206. olde Hartman, T. C., Borghuis, M. S., Lucassen, P. L., van de Laar, F. A., Speckens, A. E., & van Weel, C. (2009). Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review. *Journal of psychosomatic research*, 66(5), 363–377. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.09.018>
207. Schweitzer, P. J., Zafar, U., Pavlicova, M., & Fallon, B. A. (2011). Long-term follow-up of hypochondriasis after selective serotonin reuptake inhibitor treatment. *Journal of clinical psychopharmacology*, 31(3), 365–368. <https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e31821896c3>
208. Bobevski, I., Clarke, D. M., & Meadows, G. (2016). Health Anxiety and Its Relationship to Disability and Service Use: Findings From a Large Epidemiological Survey. *Psychosomatic medicine*, 78(1), 13–25. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000252>
209. Tomenson, B., McBeth, J., Chew-Graham, C. A., MacFarlane, G., Davies, I., Jackson, J., Littlewood, A., & Creed, F. H. (2012). Somatization and health anxiety as predictors of health care use. *Psychosomatic medicine*, 74(6), 656–664. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31825cb140>
210. Barsky, A. J., Ettner, S. L., Horsky, J., & Bates, D. W. (2001). Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Medical care*, 39(7), 705–715. <https://doi.org/10.1097/00005650-200107000-00007>

211. Fink, P., Ørnbøl, E., & Christensen, K. S. (2010). The outcome of health anxiety in primary care. A two-year follow-up study on health care costs and self-rated health. *PloS one*, 5(3), e9873. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0009873>
212. Mykletun, A., Heradstveit, O., Eriksen, K., Glozier, N., Øverland, S., Maeland, J. G., & Wilhelmsen, I. (2009). Health anxiety and disability pension award: The HUSK Study. *Psychosomatic medicine*, 71(3), 353–360. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31819cc772>
213. Nimnuan, C., Hotopf, M., & Wessely, S. (2001). Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities. *Journal of psychosomatic research*, 51(1), 361–367. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(01\)00223-9](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(01)00223-9)
214. Barsky, A. J., Orav, E. J., & Bates, D. W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of general psychiatry*, 62(8), 903–910. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.8.903>
215. Rode, S., Salkovskis, P., Dowd, H., & Hanna, M. (2006). Health anxiety levels in chronic pain clinic attenders. *Journal of psychosomatic research*, 60(2), 155–161. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.07.005>
216. Noyes, R., Jr, Kathol, R. G., Fisher, M. M., Phillips, B. M., Suelzer, M. T., & Woodman, C. L. (1994). Psychiatric comorbidity among patients with hypochondriasis. *General hospital psychiatry*, 16(2), 78–87. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(94\)90049-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(94)90049-3)
217. Barsky, A. J., Wyshak, G., & Klerman, G. L. (1992). Psychiatric comorbidity in DSM-III-R hypochondriasis. *Archives of general psychiatry*, 49(2), 101–108. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820020021003>
218. Berge, L. I., Skogen, J. C., Sulo, G., Igland, J., Wilhelmsen, I., Vollset, S. E., Tell, G. S., & Knudsen, A. K. (2016). Health anxiety and risk of ischaemic heart disease: a prospective cohort study linking the Hordaland Health Study (HUSK) with the Cardiovascular Diseases in Norway (CVDNOR) project. *BMJ open*, 6(11), e012914. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012914>
219. Kaplan, R. M., Saccuzzo, D. P. (2004). *Psychological Testing : Principles, Applications, and Issues*. Wadsworth Publishing.
220. Brookes, M. (2004). *Extreme Measures: The Dark Visions and Bright Ideas of Francis Galton*. Blumsbury Publishing.

221. Rózsa, S., Nagybányai, N. O., & Oláh, A. (2006). *A pszichológiai mérés alapjai elmélet, módszer és gyakorlati alkalmazás*. Bölcsész Konzorcium.
222. Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P., & Kaplan, H. I. (2017). Diagnosis and Psychiatry: Examination of the Psychiatric Patient. In *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (1046–1078). (10th ed.). Wolters Kluwer.
223. Ozsváth, K. (2011). *Pszichiátriai Lexikon*. Oriold és Társa.
224. Mérei, F., & Szakács, F. (1988) *Pszichodiagnosztikai vademecum*. Nemzeti tankönyvkiadó
225. Füredi, J., & Németh, A. (2015). Diagnosztikus kérdőívek és tünetbecslő skálák. In *A pszichiátria magyar Kézikönyve* (157-168). Medicina Könyvkiadó Zrt.
226. Rózsa, S., Tárnok Z., & Nagy, P. (2020) A gyermekpszichiátriában alkalmazott kérdőívek, interjúk és tünetbecslő skálák.
227. Brown, J., Pengas, G., Dawson, K., Brown, L. A., & Clatworthy, P. (2009). Self administered cognitive screening test (TYM) for detection of Alzheimer's disease: cross sectional study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 338, b2030. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2030>
228. Brown JM (2017) TYM (test your memory) testing. In: Larner AJ (ed) Cognitive screening instruments. A practical approach, 2nd edn. Springer, Cham, pp 209–229
229. *The tym test*. Tym Test. <http://www.tymtest.com/>
230. Hancock, P., & Larner, A. J. (2011). Test Your Memory test: diagnostic utility in a memory clinic population. *International journal of geriatric psychiatry*, 26(9), 976–980. <https://doi.org/10.1002/gps.2639>
231. Brown, J. M., Wiggins, J., Dawson, K., Rittman, T., & Rowe, J. B. (2019). Test Your Memory (TYM) and Test Your Memory for Mild Cognitive Impairment (TYM-MCI): A Review and Update Including Results of Using the TYM Test in a General Neurology Clinic and Using a Telephone Version of the TYM Test. *Diagnostics (Basel, Switzerland)*, 9(3), 116. <https://doi.org/10.3390/diagnostics9030116>
232. Brown, J., Wiggins, J., Lansdall, C. J., Dawson, K., Rittman, T., & Rowe, J. B. (2019). Test Your Memory (TYM test): diagnostic evaluation of patients with non-Alzheimer dementias. *Journal of neurology*, 266(10), 2546–2553. <https://doi.org/10.1007/s00415-019-09447-1>

233. National Institute for Health and Care Excellence, London. (2018) Dementia: Assessment, Management and Support for People Living with Dementia and Their Carers; National Institute for Health and Care Excellence (UK): London, UK
234. Kolozsvári, L. R., Kovács, Z. G., Szöllösi, G. J., Harsányi, S., Frecska, E., & Égerházi, A., (2017). Validation of the Hungarian version of the Test Your Memory. A Teszteld a memóriádat (Test Your Memory) magyar változatának validálása. *Ideggyógyászati szemle*, 70(7-8), 267–272. <https://doi.org/10.18071/isz.70.0267>
235. Warwick, H. M. C., & Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive and behavioural characteristics of primary hypochondriasis. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 18(2), 85–92. <https://doi.org/10.1080/16506078909455848>
236. Perczel-Forintos, D., Ajtay, G., Barna, C., Kiss, Z., & Komlósi, S. (2012) Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában (22-25). Semmelweis Kiadó.
237. Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M., & Clark, D. M. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological medicine*, 32(5), 843–853. <https://doi.org/10.1017/s0033291702005822>
238. Köteles, F., Simor, P., & Bárdos, G. (2011). Validation and psychometric evaluation of the Hungarian version of the Short Health Anxiety Inventory (Shai). *Mentálhigiéné És Pszichoszomatika*, 12(3), 191–213. <https://doi.org/10.1556/mental.12.2011.3.1>
239. Alberts, N. M., Hadjistavropoulos, H. D., Jones, S. L., & Sharpe, D. (2013). The Short Health Anxiety Inventory: a systematic review and meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, 27(1), 68–78. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.10.009>
240. University of Debrecen. *University of Debrecen facts and figures*. <https://www.edu.unideb.hu/p/facts-and-figures>
241. Chan Y. H. (2003). Biostatistics 104: correlational analysis. *Singapore medical journal*, 44(12), 614–619.
242. Cepoiu, M., McCusker, J., Cole, M. G., Sewitch, M., Belzile, E., & Ciampi, A. (2008). Recognition of depression by non-psychiatric physicians--a systematic literature review and meta-analysis. *Journal of general internal medicine*, 23(1), 25–36. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0428-5>

243. Eastwood, M. (1971). Screening for psychiatric disorder. *Psychological Medicine*, 1(3), 197-208. doi:10.1017/S0033291700041829
244. Bandelow, B., Sher, L., Bunevicius, R., Hollander, E., Kasper, S., Zohar, J., Möller, H. J., WFSBP Task Force on Mental Disorders in Primary Care, & WFSBP Task Force on Anxiety Disorders, OCD and PTSD (2012). Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 16(2), 77–84. <https://doi.org/10.3109/13651501.2012.667114>
245. Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., ... Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, 294(16), 2064–2074. <https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064>
246. Perczel Forintos, D., Rózsa, S., Pilling, J., & Kopp, M. (2013). Proposal for a short version of the Beck Hopelessness Scale based on a national representative survey in Hungary. *Community mental health journal*, 49(6), 822–830. <https://doi.org/10.1007/s10597-013-9619-1>
247. Goldberg, D., & Bridges, K. (1987). Screening for psychiatric illness in general practice: the general practitioner versus the screening questionnaire. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 37(294), 15–18.
248. Johnstone, A., & Goldberg, D. (1976). Psychiatric screening in general practice. *The Lancet*, 307(7960), 605–608. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(76\)90415-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(76)90415-3)
249. Cleary, P. D., Goldberg, I. D., Kessler, L. G., & Nycz, G. R. (1982). Screening for mental disorder among primary care patients. Usefulness of the General Health Questionnaire. *Archives of general psychiatry*, 39(7), 837–840. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1982.04290070065012>
250. Wilkinson, M. J., & Barczak, P. (1988). Psychiatric screening in general practice: comparison of the general health questionnaire and the hospital anxiety depression scale. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 38(312), 311–313.
251. Schmitz, N., Kruse, J., Heckrath, C., Alberti, L., & Tress, W. (1999). Diagnosing mental disorders in primary care: the General Health Questionnaire (GHQ) and the Symptom Check

- List (SCL-90-R) as screening instruments. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 34(7), 360–366. <https://doi.org/10.1007/s001270050156>
252. Bunevicius, A., Peceliuniene, J., Mickuviene, N., Valius, L., & Bunevicius, R. (2007). Screening for depression and anxiety disorders in primary care patients. *Depression and anxiety*, 24(7), 455–460. <https://doi.org/10.1002/da.20274>
 253. Spitzer, R. L., Williams, J. B., Kroenke, K., Linzer, M., deGruy, F. V., 3rd, Hahn, S. R., Brody, D., & Johnson, J. G. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA*, 272(22), 1749–1756.
 254. Gilbody, S., Sheldon, T., & House, A. (2008). Screening and case-finding instruments for depression: a meta-analysis. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 178(8), 997–1003. <https://doi.org/10.1503/cmaj.070281>
 255. Pini, S., Perkonig, A., Tansella, M., Wittchen, H. U., & Psich, D. (1999). Prevalence and 12-month outcome of threshold and subthreshold mental disorders in primary care. *Journal of affective disorders*, 56(1), 37–48. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(99\)00141-x](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(99)00141-x)
 256. Cruz-Orduña, I., Bellón, J. M., Torrero, P., Aparicio, E., Sanz, A., Mula, N., Marzana, G., Begué, C., Cabezón, D., & Olazarán, J. (2012). Detecting MCI and dementia in primary care: effectiveness of the MMS, the FAQ and the IQCODE [corrected]. *Family practice*, 29(4), 401–406. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm114>
 257. Trenkle, D. L., Shankle, W. R., & Azen, S. P. (2007). Detecting cognitive impairment in primary care: performance assessment of three screening instruments. *Journal of Alzheimer's disease : JAD*, 11(3), 323–335. <https://doi.org/10.3233/jad-2007-11309>
 258. Szakmai Irányelvek. Index - Szakmai kollégium. <https://kollegium.aeek.hu/Iranyelvek/Index>
 259. Wittchen, H. U., Mühlig, S., & Beesdo, K. (2003). Mental disorders in primary care. *Dialogues in clinical neuroscience*, 5(2), 115–128. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2003.5.2/huwittchen>
 260. Perera, A., Scanlon, T., Helowicz, R., & Evans, P. (1996). Improving the detection of mental illness in general practice. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 46(412), 690–691.

261. Lecrubier Y. (2007). Widespread underrecognition and undertreatment of anxiety and mood disorders: results from 3 European studies. *The Journal of clinical psychiatry*, 68 Suppl 2, 36–41.
262. Gaebel, W., Kowitz, S., Fritze, J., & Zielasek, J. (2013). Use of health care services by people with mental illness: secondary data from three statutory health insurers and the German Statutory Pension Insurance Scheme. *Deutsches Arzteblatt international*, 110(47), 799–808. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0799>
263. Schaefer, R., Hausteiner-Wiehle, C., Häuser, W., Ronel, J., Herrmann, M., & Henningsen, P. (2012). Non-specific, functional, and somatoform bodily complaints. *Deutsches Arzteblatt international*, 109(47), 803–813. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0803>
264. Lin, E. H., Katon, W. J., Simon, G. E., Von Korff, M., Bush, T. M., Rutter, C. M., Saunders, K. W., & Walker, E. A. (1997). Achieving guidelines for the treatment of depression in primary care: is physician education enough?. *Medical care*, 35(8), 831–842. <https://doi.org/10.1097/00005650-199708000-00008>
265. Heideman, J., van Rijswijk, E., van Lin, N., de Loos, S., Laurant, M., Wensing, M., van de Lisdonk, E., & Grol, R. (2005). Interventions to improve management of anxiety disorders in general practice: a systematic review. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 55(520), 867–874.
266. Tyrer, P., Wang, D., Crawford, M., Dupont, S., Cooper, S., Nourmand, S., Lazarevic, V., Philip, A., & Tyrer, H. (2021). Sustained benefit of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients (CHAMP) over 8 years: a randomised-controlled trial. *Psychological medicine*, 51(10), 1714–1722. <https://doi.org/10.1017/S003329172000046X>
267. Gilbody, S. M., Whitty, P. M., Grimshaw, J. M., & Thomas, R. E. (2003). Improving the detection and management of depression in primary care. *Quality & safety in health care*, 12(2), 149–155. <https://doi.org/10.1136/qhc.12.2.149>
268. Gilbody, S., Whitty, P., Grimshaw, J., & Thomas, R. (2003). Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*, 289(23), 3145–3151. <https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3145>

269. Bower, P., & Sibbald, B. (2000). On-site mental health workers in primary care: effects on professional practice. *The Cochrane database of systematic reviews*, (3), CD000532. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000532>
270. O'Connor, E. A., Whitlock, E. P., Beil, T. L., & Gaynes, B. N. (2009). Screening for depression in adult patients in primary care settings: a systematic evidence review. *Annals of internal medicine*, 151(11), 793–803. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-11-200912010-00007>
271. Marcussen, M., Berring, L., Hørdér, M., Søndergaard, J., & Nørgaard, B. (2022). Development of a model for shared care between general practice and mental healthcare: a protocol for a co-production study. *BMJ open*, 12(10), e061575. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061575>
272. Mukadam, N., Livingston, G., Rantell, K., & Rickman, S. (2014). Diagnostic rates and treatment of dementia before and after launch of a national dementia policy: an observational study using English national databases. *BMJ open*, 4(1), e004119. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004119>
273. Németh A. (2019). Potential directions of development of the Hungarian Mental Health System. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiatriai Tarsasag tudományos folyoirata*, 34(4), 380–392.
274. Semmelweis Egyetem. https://semmelweis.hu/emk/files/2020/02/Z%C3%A1r%C3%B3_%C3%89rt%C3%A9kel%C3%A9s_SH_8_1_WP8_SE_EMK_2017.pdf
275. Ádány, R. & Papp, M. (2017) Pszichológiai szolgáltatások az alapellátás szintjén. In Prevenció az alapellátásban. Medicina Könyvkiadó Zrt.

7.2. Saját közlemények jegyzéke



**DEBRECENI
EGYETEM**

**DEBRECENI EGYETEM
EGYETEMI ÉS NEMZETI KÖNYVTÁR**

H-4002 Debrecen, Egyetem tér 1, Pf.: 400
Tel.: 52/410-443, e-mail: publikaciok@lib.unideb.hu

Nyilvántartási szám: DEENK/126/2023.PL
Tárgy: PhD Publikációs Lista

Jelölt: Garbóczy Szabolcs

Doktori Iskola: Egészségtudományok Doktori Iskola

A PhD értekezés alapjául szolgáló közlemények

1. **Garbóczy, S.**, Szemán-Nagy, A., Ahmad, M. S., Kolozsváriné Harsányi, S., Ocsenás, D., Rekenyi, V., Al-Tammemi, A. B., Kolozsvári, L. R.: Health anxiety, perceived stress, and coping styles in the shadow of the COVID-19.
BMC Psychol. 9 (1), 1-13, 2021.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s40359-021-00560-3>
IF: 2.588
2. **Garbóczy, S.**, Magócs, É., Szöllősi, G. J., Kolozsváriné Harsányi, S., Égerházi, A., Kolozsvári, L. R.: The use of the Hungarian Test Your Memory (TYM-HUN), MMSE, and ADAS-Cog tests for patients with mild cognitive impairment (MCI) in a Hungarian population: a cross-sectional study.
BMC Psychiatry. 20 (1), 571-577, 2020.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-020-02982-6>
IF: 3.63





További közlemények

3. Kolozsvári, L. R., Rekenyi, V., **Garbóczy, S.**, Högye-Nagy, Á., Szemán-Nagy, A., Sayed-Ahmad, M., Héjja-Nagy, K.: Effects of Health Anxiety, Social Support, and Coping on Dissociation with Mediating Role of Perceived Stress during the COVID-19 Pandemic.
Int. J. Environ. Res. Public Health. 20 (8), 1-21, 2023.
DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph20085491>
IF: 4.614 (2021)
4. Rekenyi, V., **Garbóczy, S.**, Szemán-Nagy, A., Al-Tammemi, A. B., Sayed-Ahmad, M., Kolozsvári, L. R.: The Effects and Differences of Social Support, Depression, and Vital Exhaustion during the COVID-19 Pandemic among International and Domestic University Students.
Int. J. Environ. Res. Public Health. 20 (2), 1-14, 2023.
DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph20021502>
IF: 4.614 (2021)
5. Szemán-Nagy, A., Kolozsvári, L. R., **Garbóczy, S.**, Rekenyi, V., Almássy, Z., Högye-Nagy, Á., Bernáth, Á., Ocsenás, D., Mohamed, S. A., Ala'a B., T., Szerdahelyi, B.: A Debreceni Egyetemen tanuló magyar és külföldi hallgatók pszichopatológiai tüneteinek összehasonlító vizsgálata a pandémia különböző fázisaiban.
In: A világjárvány pszichológiája. Szerk.: V., Komlósi Annamária, Polonyi, Tünde, Oriold és Társai Kiadó, Budapest, Magyarország, 43-48, 2022.
6. **Garbóczy, S.**: A kiegész: hogyan válik valaki lelkes, elhivatott dolgozóból eltávolodott, cinikus emberré?
Háziorv. továbbk. szle. 27 (5), 246-249, 2022.
7. Rekenyi, V., **Garbóczy, S.**, Szemán-Nagy, A., Ala'a B., T., Mohamed, S. A., Kolozsvári, L. R.: The Effects of Social Support on Depression and Vital Exhaustion during the COVID-19 Pandemic.
Preprints 12, 1-13, 2022.
DOI: <http://dx.doi.org/10.20944/preprints202212.0149.v1>
8. Kolozsvári, L. R., Bérczes, T., Hajdu, A., Gesztelyi, R., Tiba, A., Varga, I., Al-Tammemi, A. B., Szöllősi, G. J., Kolozsváriné Harsányi, S., **Garbóczy, S.**, Zsuga, J.: Predicting the epidemic curve of the coronavirus (SARS-CoV-2) disease (COVID-19) using artificial intelligence: an application on the first and second waves.
Informatics in Medicine Unlocked. 25, 1-13, 2021.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.imu.2021.100691>





9. **Garbóczy, S.**, Szemán-Nagy, A., Ahmad, M. S., Kolozsváriné Harsányi, S., Ocsenás, D., Rekenyi, V., Tischler, P., Al-Tammemi, A. B., Kolozsvári, L. R.: The Emergence of Dissociative Experiences as a Function of Perceived Stress Among University Students During the COVID-19 Lockdown.
Research Square. 2021, 1-18, 2021.
DOI: <http://dx.doi.org/10.21203/rs.3.rs-145432/v1>
10. **Garbóczy, S.**, Kolozsvári, L. R.: A pánikzavar kezelésének jelene és jövője.
Med. Tribune. 18, 24-25, 2019.
11. Égerházi, A., Kovács, Z. G., Magócs, É., Szőlősi, G. J., Kolozsváriné Harsányi, S., **Garbóczy, S.**, Kolozsvári, L. R.: Teszteld a memóriád (Test Your Memory) kérdőív magyar változatának (TYM - HUN) alkalmazhatósága.
Magy. gerontol. 11 (37-38), 25-34, 2019.
DOI: <http://dx.doi.org/10.47225/MG/11/37-38./7897>

A közlő folyóiratok összesített impakt faktora: 15,446

**A közlő folyóiratok összesített impakt faktora (az értekezés alapjául szolgáló közleményekre):
6,218**

A DEENK a Jelölt által az iDEa Tudóstérbe feltöltött adatok bibliográfiai és tudománymetriai ellenőrzését a tudományos adatbázisok és a Journal Citation Reports Impact Factor lista alapján elvégezte.

Debrecen, 2023.04.25.



8. Tárgyszavak

Alapellátás, mentális zavarok, enyhe kognitív zavar, egészségsszorongs, hypochondria, szűrőeszközök, TYM-Hun, SHAI

Primary care, mental disorders, mild cognitive impairment, health anxiety, hypochondria, screening tools, TYM-Hun, SHAI

9. Köszönetnyilvánítás

Mindenekelőtt köszönetemet szeretném kifejezni témavezetőm és mentorom, dr. Kolozsvári László Róbert felé, aki lehetőséget adott számomra, hogy a pszichiátria és a háziorvostan iránt érzett érdeklődésemet kombinálhassam tudományos téren. Köszönöm, hogy biztattál, és utat mutattál, amikor már elveszettnek hittem az utat, és reményt öntöttél belém!

Köszönöm mindazoknak, akikkel együtt dolgoztunk a tudományos cikkeken! Külön köszönöm a közlemények megírásában tanúsított közreműködését az elméleti tanácsadóknak, akik nagy hatással voltak rám: dr. Égerházi Anikónak az első cikket, és dr. Szemán-Nagy Anitának a második cikket illetően. Köszönöm támogatásokat pszichoterápiás utam egyengetéséért is!

További külön köszönet illeti azokat, akik elviselték ismerethiányomat a statisztika világában, és akik formálták tudásomat ezen a téren! Név szerint említeném elsőként dr. Rekenyi Viktort, akinek barátságáért is hálát adok, továbbá az első cikkben jelentős szerepet játszó Szöllősi Gergő Józsefet, majd a második cikkben szignifikáns segítséget nyújtó Nagyné Ocsenás Dorottyát, és ezt a sort Hőgye-Nagy Ágnessel zárnám, aki a disszertáció megírásakor nyújtott átfogó támogatást.

Köszönöm azoknak is, akik új szempontokat hoztak be a vizsgálatokba, ezzel szélesítve a látómezőmet! Köszönöm dr. Magócs Évának, aki az első vizsgálat során kedves volt hozzám, továbbá dr. Mohamed Sayed Ahmadnak, aki a második vizsgálatunk alkalmával segített a hallgatókkal való kapcsolat felvételében, valamint dr. Ala'a B. Al-Tammeminek a lendületéért, amiből valamennyi rám is átragadt.

Köszönöm a kollégáimnak azon a két fő munkahelyemen, ahol dolgoztam, amíg tanulmányaimat és kutatásainkat végeztem és a disszertációmát írtam! Köszönöm így tehát a Kenézy Gyula Kórház Pszichiátriáján és a Debreceni Egyetem Pszichoterápiás Klinikáján dolgozóknak a támogatását! Köszönöm továbbá azoknak a háziorvosi ügyeleteken dolgozó munkatársaimnak a segítségét és barátságát, akikkel találkozhattam az öt év leforgása alatt, míg háziorvosi ügyeletet láttam el! Egészen biztos vagyok benne, hogy a kutatás miatt a betegellátás terén áldozatokat kellett hoznom, amely üresket ti töltöttétek ki helyettem azokban az időkben, amikor engem elvont a kötelesség a tudományok felé, és hálás vagyok azért, hogy segítettetek nekem ebben.

Köszönöm továbbá azoknak az embereknek, akik részt vettek kutatásainkban! Hálásan gondolok rájuk, és a személyes tesztfelvételek emberei gyakran jutnak eszembe, mi lehet most velük.

Köszönöm a pácienseimnek, akik mindig meglepnek engem leleményes emberségükkel, és akiktől rengeteget tanultam akár saját magamról is. Az Önök érdekében történt végső soron ez az egész. Igyekszem a későbbiekben is a belém vetett bizalmukat meghálálni és visszaforgatni, az Önök érdekében felhasználni, amit kapok Önöktől.

Köszönöm a hallgatóimnak is, akik sokszor tudtukon kívül támogattak és motivációt jelentettek számomra! Mentalitásom irányukban a hálám kifejeződése, és igyekszem képviselni és számukra átadni azt a holisztikus szemléletet, amelyet a dolgozatban is kifejtettem. Meglepő módon sokat tanulok tőlük, és alakulnak nézeteim apránként hatásukra.

Végül, de egyáltalán nem utolsó sorban köszönöm a családomnak a támogatását, és annak elviselését, hogy figyelmem középpontjába gyakran a tanulmányaim miatt nem ők estek! Köszönöm kifejezetten feleségemnek, Zsuzsinak és kisfiamnak, Botinak a türelmét és támogatását.

10.3. A Test Your Memory magyar verziója

TESZTELD A MEMÓRIÁD
A TYM teszt

KÉREM ÍRJA LE A TELJES NEVÉT.....

MILYEN NAP VAN MA?.....

A MAI DÁTUM:.....(ÉV).....(HÓNAP).....(NAP)

HÁNY ÉVES?.....ÉVES

MIKOR SZÜLETETT?.....(ÉV).....(HÓNAP).....(NAP)

10

KÉREM MÁSOLJA LE A KÖVETKEZŐ MONDATOT:

A REMEK SZAKÁCSOK MINDIG CSOKIS KEKSZET SÜTNEK.

.....

KÉREM, OLVASSA EL ÚJRA A MONDATOT ÉS PRÓBÁLJA MEGJEGYEZNI!

2

KI A MINISZTERELNÖK?.....

MELYIK ÉVBEN KEZDŐDÖTT A SZABADSÁGHARC, MELYRE MÁRCIUS 15-ÉN EMLÉKEZÜNK?.....

3

SZÁMÍTÁSOK:

20-4 =

16+17 =

8 x 6 =

4 + 15 - 17 =

KÉREM, SOROLJON FEL 4 „K” BETŰVEL KEZDŐDŐ ÉLŐLÉNYT (PÉLDÁUL: KESELYŰ)

1. K.....

2. K.....

3. K.....

4. K.....

4

4

MI A KÖZÖS A SÁRGARÉPÁBAN ÉS A BURGONYÁBAN?.....

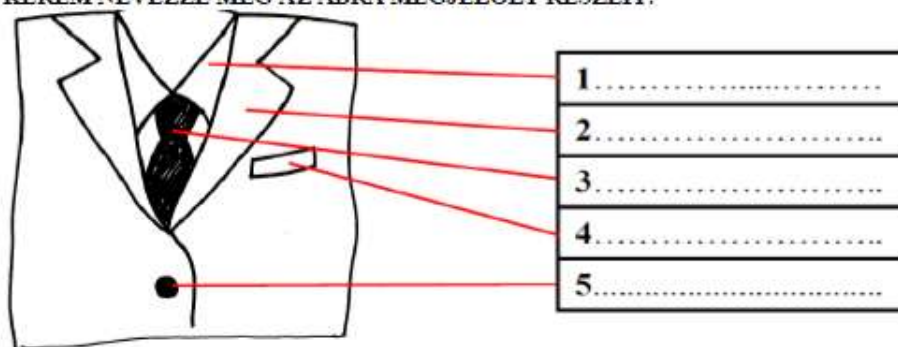
MI A KÖZÖS AZ OROSLÁNBAN ÉS A FARKASBAN?.....

4

EMLÉKEZTETŐ: A REMEK SZAKÁCSOK MINDIG CSOKIS KEKSZET SÜTNEK.

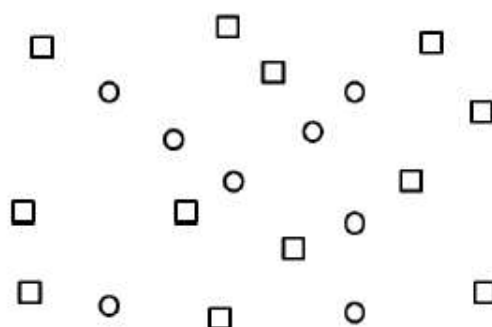
KÉREM FORDÍTSA MEG A LAPOT!

KÉREM NEVEZZE MEG AZ ÁBRA MEGJELÖLT RÉSZEIT!



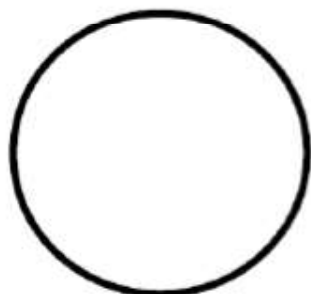
5

KÉREM KÖSSÉ ÖSSZE A KÖRÖKET ÚGY, HOGY EGYETLEN BETŰ JÖJJÖN LÉTRE (A VONAL NE ÉRINTSE A NÉGYZETEKET)



3

KÉREM RAJZOLJA BE AZ ÓRA SZÁMLAPJÁT, ÍRJA BE AZ ÖSSZES SZÁMOT 1-TŐL 12-IG ÉS ÁLLítsA A MUTATÓKAT 9 ÓRA 20 PERCRE



4

ANÉLKŰL, HOGY MEGFORDÍTANÁ A LAPOT, KÉREM ÍRJA LE A MONDATOT, AMIT KORÁBBAN LEMÁSOLT:

6

A TESZTELŐNEK SEGÍTSÉGNYÚJTÁS MÉRTEKE: SEMMI/TRIVÁLIS/KEVÉS/MÉRSEKELT/NAGYMÉRTEKŰ
RAKJON PÍPÁT A NÉGYZETBE HA A VÁLASZOKAT LE KELLETT ÍRNI A BETEG HELYETT

www.tymtest.com © jmbrown 2008



5

/50

10.4. A Rövid Egészségszorongás-kérdőív magyar változata

Kérjük, olvasson el figyelmesen minden állítást, azután válassza ki azt, amelyik a legjobban jellemzi az Ön érzéseit az elmúlt hat hónapban. Jelölje a megfelelő állítást az előtte lévő betű bekarikázásával.

1.

- (a) Nem aggódom az egészségem miatt.
- (b) Időnként aggódom az egészségem miatt.
- (c) Sokat aggódom az egészségem miatt.
- (d) Szinte mindig aggódom az egészségem miatt.

2.

- (a) Ritkábban fáj valamim, mint a legtöbb (korombeli) embernek.
- (b) Annyiszor fáj valamim, mint a legtöbb (korombeli) embernek.
- (c) Gyakrabban fáj valamim, mint a legtöbb (korombeli) embernek.
- (d) Állandóan fáj valamim.

3.

- (a) Általában nem vagyok tudatában testi érzéseimnek, változásaimnak.
- (b) Néha tudatában vagyok testi érzéseimnek, változásaimnak.
- (c) Gyakran tudatában vagyok testi érzéseimnek, változásaimnak.
- (d) Folyamatosan tudatában vagyok testi érzéseimnek, változásaimnak.

4.

- (a) Sosem okoz gondot elhessegetni a betegséggel kapcsolatos gondolatokat.
- (b) Többnyire el tudom hessegetni a betegséggel kapcsolatos gondolatokat.
- (c) Megpróbálom elhessegetni a betegséggel kapcsolatos gondolatokat, de sokszor nem sikerül.
- (d) A betegséggel kapcsolatos gondolataim annyira erősek, hogy meg se próbállok ellenállni nekik.

5.

- (a) Általában nem félek attól, hogy komoly betegségem lenne.
- (b) Néha félek attól, hogy komoly betegségem van.
- (c) Gyakran félek attól, hogy komoly betegségem van.
- (d) Folyamatosan félek attól, hogy komoly betegségem van.

6.

- (a) Nem tudom magam betegnek elképzelni.
- (b) Időnként el tudom képzelni, hogy beteg vagyok.
- (c) Gyakran képelem el, hogy beteg vagyok.
- (d) Állandóan betegnek látom magam.

7.

- (a) Nem okoz gondot, hogy eltereljem a gondolataimat az egészségemről.
- (b) Időnként gondot okoz, hogy eltereljem a gondolataimat az egészségemről.

- (c) Gyakran okoz gondot, hogy eltereljem a gondolataimat az egészségemről.
- (d) Semmi sem tudja elterelni a gondolataimat ez egészségemről.

8.

- (a) Hosszú időre megkönnyebbülök, ha az orvosom azt mondja, nincs semmi bajom.
- (b) Kezdetben megkönnyebbülök, de később néha ismét elkezdek aggódni.
- (c) Kezdetben megkönnyebbülök, de később mindig újra aggódni kezdek.
- (d) Nem könnyebbülök meg, ha az orvosom azt mondja, nincs semmi bajom.

9.

- (a) Ha egy betegségről hallok, sosem gondolom azt, hogy nekem is lenne.
- (b) Ha egy betegségről hallok, néha azt gondolom, hogy nekem is van.
- (c) Ha egy betegségről hallok, gyakran gondolok arra, hogy nekem is van.
- (d) Ha egy betegségről hallok, akkor mindig arra gondolok, hogy nekem is van.

10.

- (a) Ha valami testi változást észlelek magamon, nem gondolkodom azon, hogy mit jelenthet.
- (b) Ha valami testi változást észlelek magamon, gyakran gondolkodom azon, hogy mit jelenthet.
- (c) Ha valami testi változást észlelek magamon, mindig azon gondolkodom, hogy mit jelenthet.
- (d) Ha valami testi változást észlelek magamon, akkor muszáj megtudnom, hogy mit jelent.

11.

- (a) Általában nagyon kicsinek érzem annak a kockázatát, hogy komolyan megbetegedjek.
- (b) Általában meglehetősen kicsinek érzem annak a kockázatát, hogy komolyan megbetegedjek.
- (c) Általában közepesnek érzem annak a kockázatát, hogy komolyan megbetegedjek.
- (d) Általában nagynak érzem annak a kockázatát, hogy komolyan megbetegedjek.

12.

- (a) Sosem gondolom azt, hogy komolyan beteg vagyok.
- (b) Néha úgy gondolom, hogy komolyan beteg vagyok.
- (c) Gyakran gondolom úgy, komolyan beteg vagyok.
- (d) Általában azt gondolom, hogy komolyan beteg vagyok.

13.

- (a) Ha valami megmagyarázatlan testi érzést észlelek magamon, akkor nem esik nehezemre másra gondolni.
- (b) Ha valami megmagyarázatlan testi érzést észlelek magamon, akkor néha nehezemre esik másra gondolni.
- (c) Ha valami megmagyarázatlan testi érzést észlelek magamon, akkor gyakran nehezemre esik másra gondolni.
- (d) Ha valami megmagyarázatlan testi érzést észlelek magamon, akkor mindig nehezemre esik másra gondolni.

14.

- (a) A családom/barátaim azt mondanák, hogy nem törődöm eleget az egészségemmel.
- (b) A családom/barátaim azt mondanák, hogy normálisan viszonyulok az egészségemhez.
- (c) A családom/barátaim azt mondanák, hogy túl sokat aggódok az egészségemért.
- (d) A családom/barátaim azt mondanák, hogy hipochonder vagyok.

A következő kérdéseknél gondoljon arra, milyen lenne, ha súlyos betegsége lenne (pl. szív-roham, rák, szklerózis multiplex stb.). Természetesen nem tudhatja, hogy milyen lenne pontosan, de arra kérjük, próbálja minél jobban elképzelni azt, hogy mi történne, annak alapján, amit magáról és a betegségről általánosságban tud.

15.

- (a) Ha súlyos betegsége lenne, akkor is nagyon tudnám élvezni az életem eseményeit.
- (b) Ha súlyos betegsége lenne, valamennyire akkor is tudnám élvezni az életem eseményeit.
- (c) Ha súlyos betegsége lenne, szinte egyáltalán nem tudnám élvezni az életem eseményeit.
- (d) Ha súlyos betegsége lenne, akkor egyáltalán nem tudnám élvezni az életem eseményeit.

16.

- (a) Ha súlyosan megbetegednék, jó esély volna arra, hogy a modern orvostudomány képes meggyógyítani.
- (b) Ha súlyosan megbetegednék, volna némi esély arra, hogy a modern orvostudomány képes meggyógyítani.
- (c) Ha súlyosan megbetegednék, nagyon kis esély volna arra, hogy a modern orvostudomány képes meggyógyítani.
- (d) Ha súlyosan megbetegednék, nem volna esély arra, hogy a modern orvostudomány képes meggyógyítani.

17.

- (a) Egy súlyos betegség tönkretenné az életem egyes részeit.
- (b) Egy súlyos betegség tönkretenné az életem sok részét.
- (c) Egy súlyos betegség tönkretenné az életem szinte minden részét.
- (d) Egy súlyos betegség tönkretenné az életem minden részét.

18.

- (a) Egy komoly betegség esetén sem érezném úgy, hogy elveszítettem a méltóságomat.
- (b) Egy komoly betegség esetén úgy érezném, hogy kissé elveszítettem a méltóságomat.
- (c) Egy komoly betegség esetén úgy érezném, hogy eléggé elveszítettem a méltóságomat.
- (d) Egy komoly betegség esetén úgy érezném, hogy teljesen elveszítettem a méltóságomat.