

A depresszió és a szorongásos zavarok

Dr. Jekkel Éva
Semmelweis Egyetem



„Nagyon megszürcült bennem a világ,
És benne nagyon megszürcültem én.
Elnémultak a szelíd áriák,
Elapadott forrásuk, a remény.”

(*Juhász Gyula*)

A depresszió definíciója

HANGULATZAVAR,

DE **NEM** csak a hangulat zavara!!!

REGULÁCIÓS ZAVAR

- érzelmi
- kognitív
- magatartás
- szomatikus

szinten

A depresszió diagnózisa

- Legalább két hétig tart
- Vezető tünet a **depresszív hangulat és/vagy az öröm/érdeklődés elvesztése**
- korábbi magatartás megváltozása
- tünetek jelentős szenvedést vagy szociális károsodást okoznak

A depresszió diagnózisa

D = Deprimált hangulat

E = Energiahiány

P = Produktivitás hiánya

R = Retardáció (meglassultság)

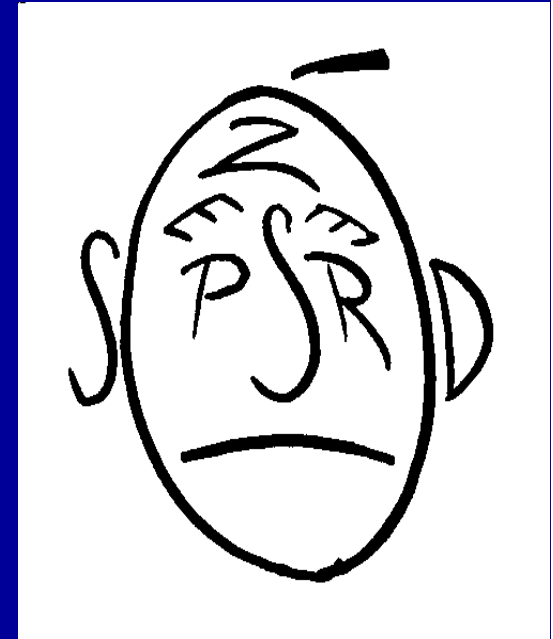
E = Evési zavar (étvágy változása)

S = Súlyváltozás

SZ = Szexuális érdeklődés csökkenése

I = Inszomnia

O = Organikus ok kizárható



5/8

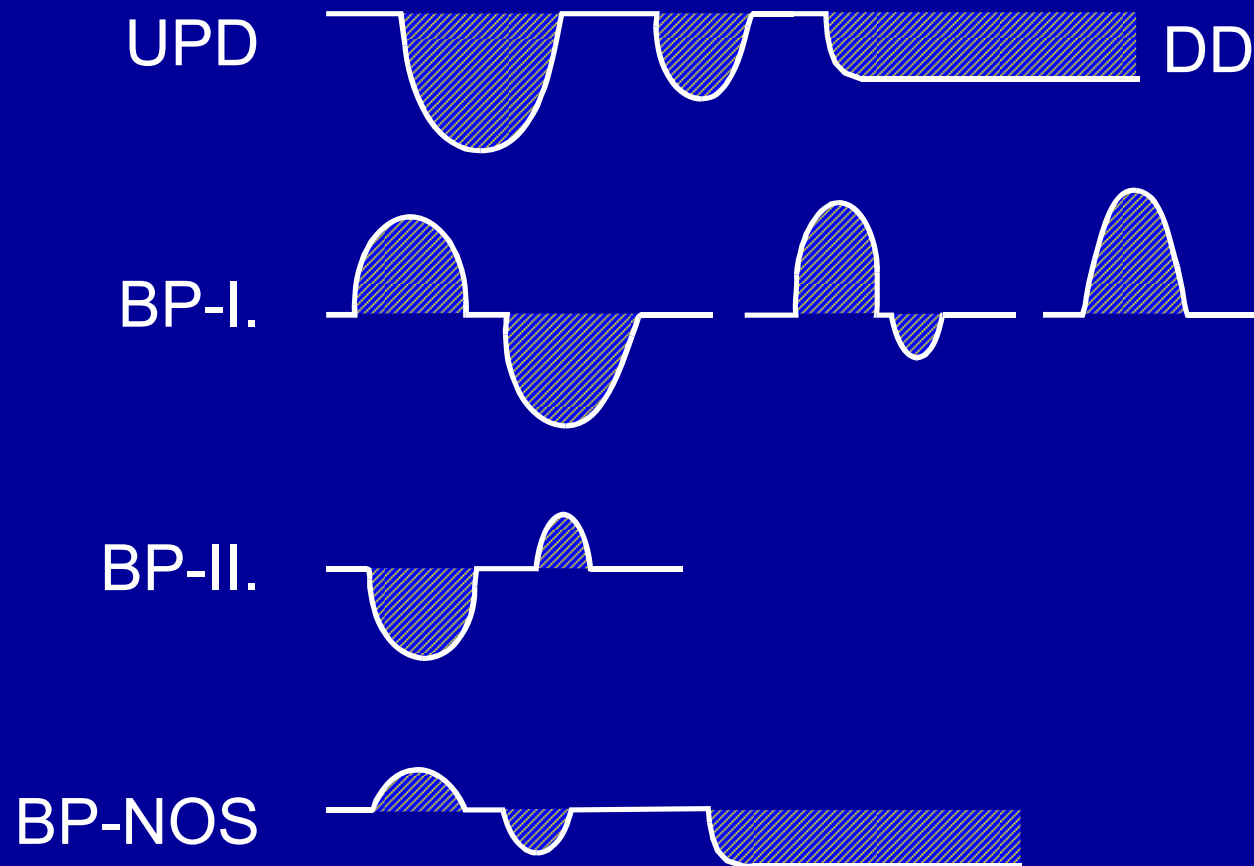
Epidemiológia

Prevalencia	Major depr.	Dysthymia
• élettartam :	15.1 %	4.5 %
egy éves :	7.1 %	0.8 %
egy hónapos :	2.6 %	0.5 %

- kezdet 20-as évek eleje
- női túlsúly (2x)
- szezonális

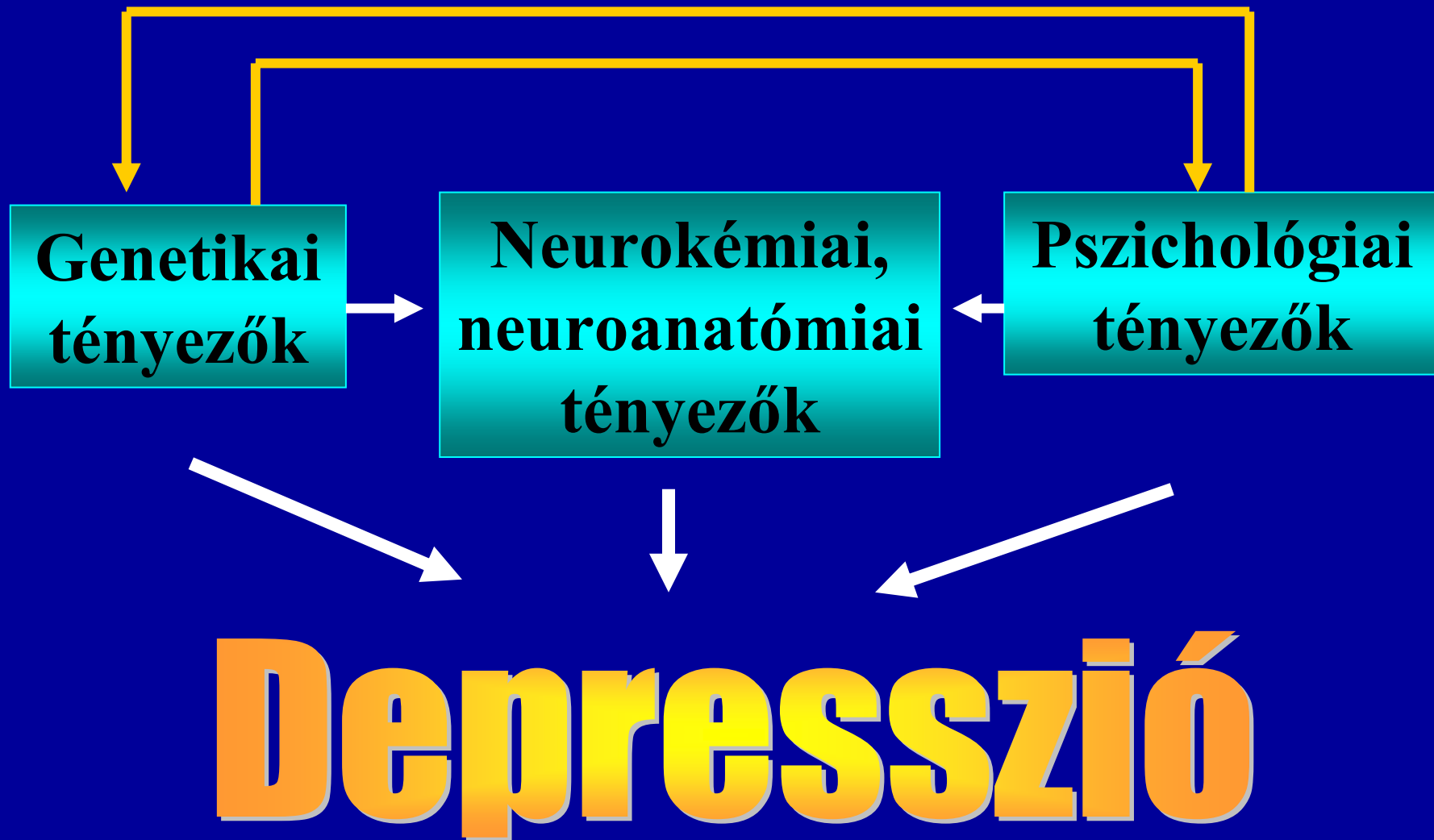
(Szádóczy és mtsai, 2000)

Unipoláris – bipoláris spektrum



Rihmer Z.

Etiológia



Klinikai tünetek

Noradrenalin

Szerotonin

Apátia,
Érdeklődés
elvesztése

Anxietas

Impulzivitás,
feszültség

Hangulat,
Kognitív
funkc.

Fáradékonyság,
aktivitáshiány

Szex.zav.
Alvás zav.
Étvágy zav.

Örömmérség elvesztése,
Iniciatívahiány

Dopamin

Leonard, Healey, 2000

A depresszió kockázati tényezői

- Krónikus fájdalom
- Mozgáskorlátozottság
- Krónikus szomatikus betegség

Depresszió és fájdalom

A depressziós tünetegyüttes

Affektív + kogn. t-k

- Disztímia
- Örömezés elvesztése
- Értéktelenség / bűnösségérzés
- Reménytelenség / halálvágy / szuic.

Vegetatív tünetek

- Alvászavar
- Étvágyzavar
- Libidó csökk.



Szomatikus panaszok

- Belgy., neur. stb.
- Fejfájás + egyéb fájdalmak
- Fáradékonyság



Mire hatnak az antidepresszívumok?

Depresszió prevalencia (ECA - 1984)

„Tiszta” depresszió

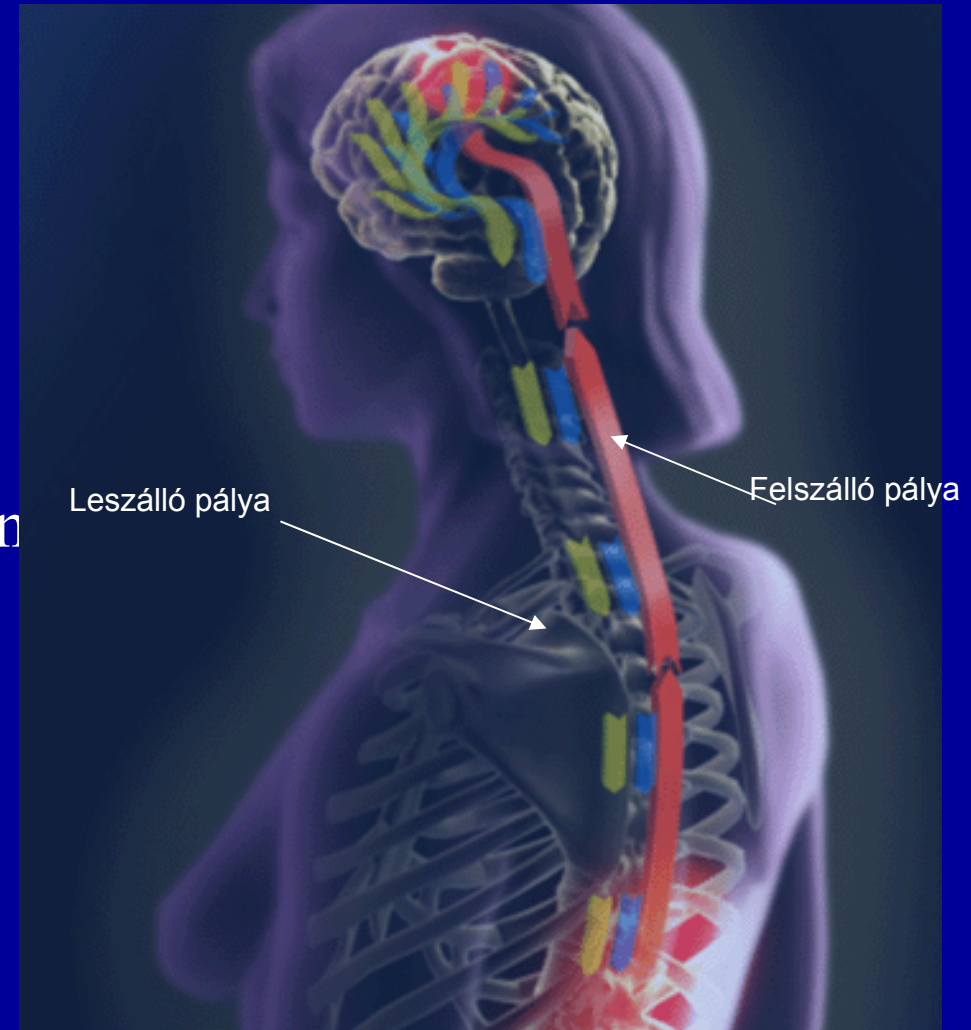
- Prevalencia
 - 2.3 % (nők)
 - 1.7 % (férfiak)
- Nő : Férfi = 4 : 3

Szomatikus depresszió

- Prevalencia:
 - 2.8 % (nők)
 - 1.4 % (férfiak)
- Nő : Férfi = 2 : 1

A neurotranszmitterek szerepe

- A szerotonin (5-HT) és a noradrenalin (NA) rendszer diszregulációja az agyban szorosan összefügg a depresszióval
- Az 5-HT és a NA rendszer diszregulációja a gerincvelőben magyarázhatja a depressziós betegek fokozott fájdalomérzését¹⁻³
- Az 5HT és a NA egyensúlyzavara magyarázhatja az érzelmi és a testi tünetek jelenlétét depresszióban



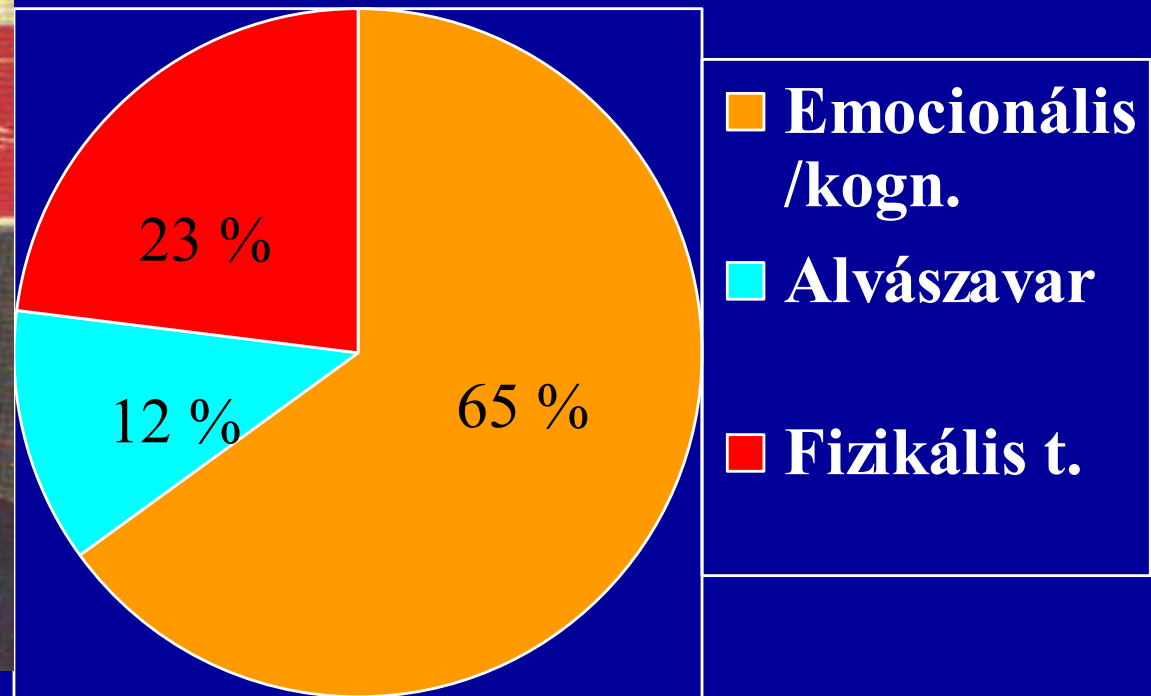
References:

1. Stahl SM. *J. Clin Psych.* 2002;63:203-220.
2. Verma S, et al. *Int Rev Psychiatry.* 2000;12:103-114.
3. Blier P, et al. *J Psychiatry Neurosci.* 2001;26(1):37-43.

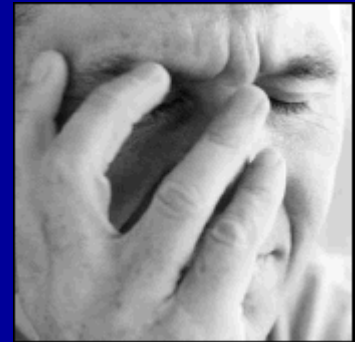
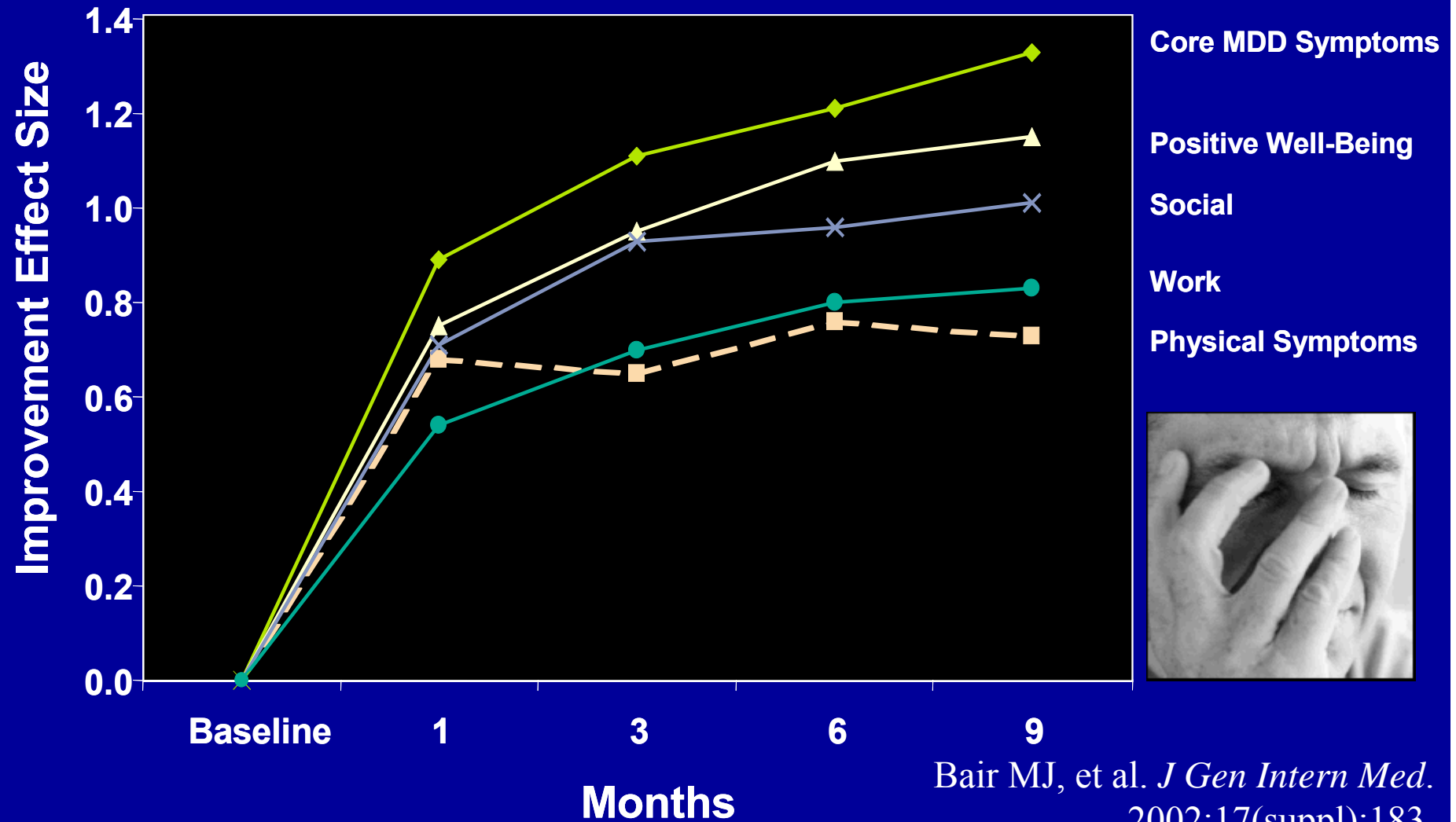
Hamilton Depressziós skála (17 kérdés)



E. Munch: Melancholia



Az SSRI-ok legkevésbé a fizikális tüneteket javítják



Bair MJ, et al. *J Gen Intern Med.*
2002;17(suppl):183.

Depresszió és alkohol

- „double trouble”



Primer vs. szekunder

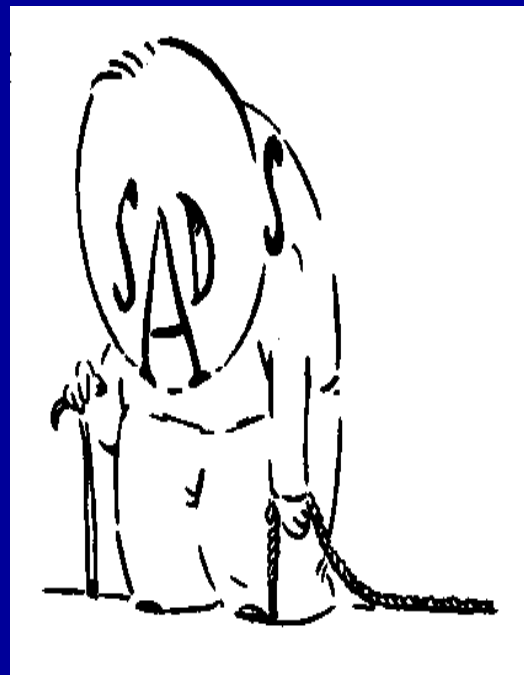
Öngyilkosság és depresszió

Suicid veszélyeztettség, ha az anamnézisben:

S = Suicid tentamen

A = Alkohol vagy drogabúzus

D = Depresszív epizód



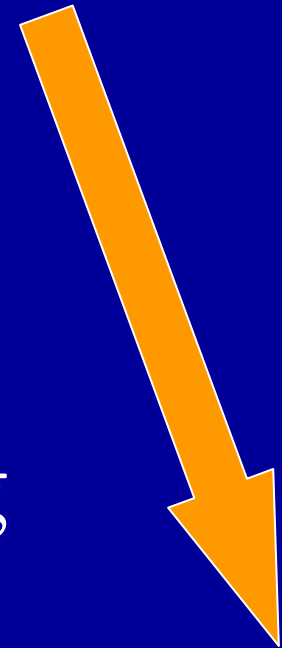
Depresszió és öngyilkosság

- Suicidiumot elkövetők 50-90 %-a depressziós
- Leghatékonyabb suic. prevenció: a depressziósok kiszűrése és megfelelő th.-ja
- Antidepresszívum felhasználás és suicidium
- Suicid ráta csökkenés

A depresszió kezelési lehetőségei

- **Gyógyszeres terápia**
- **Pszichoterápia**
 - kognitív-behavior terápia
 - interperszonális terápia
- **Fényterápia**
 - téli depresszió (SAD)
- **Alvásmegvonás**
- **Elektrokonvulzív terápia (ECT)**

Antidepresszívumok fejlődése



Szelektivitás

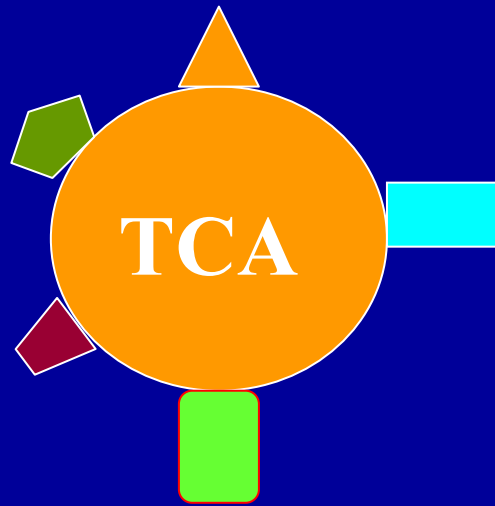
Hatékonyság

Gyorsabb hatás

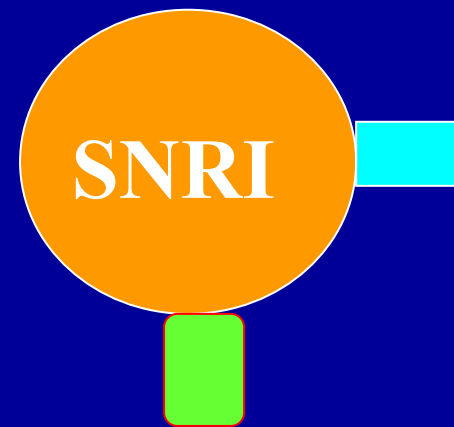


Mellékhatás <<

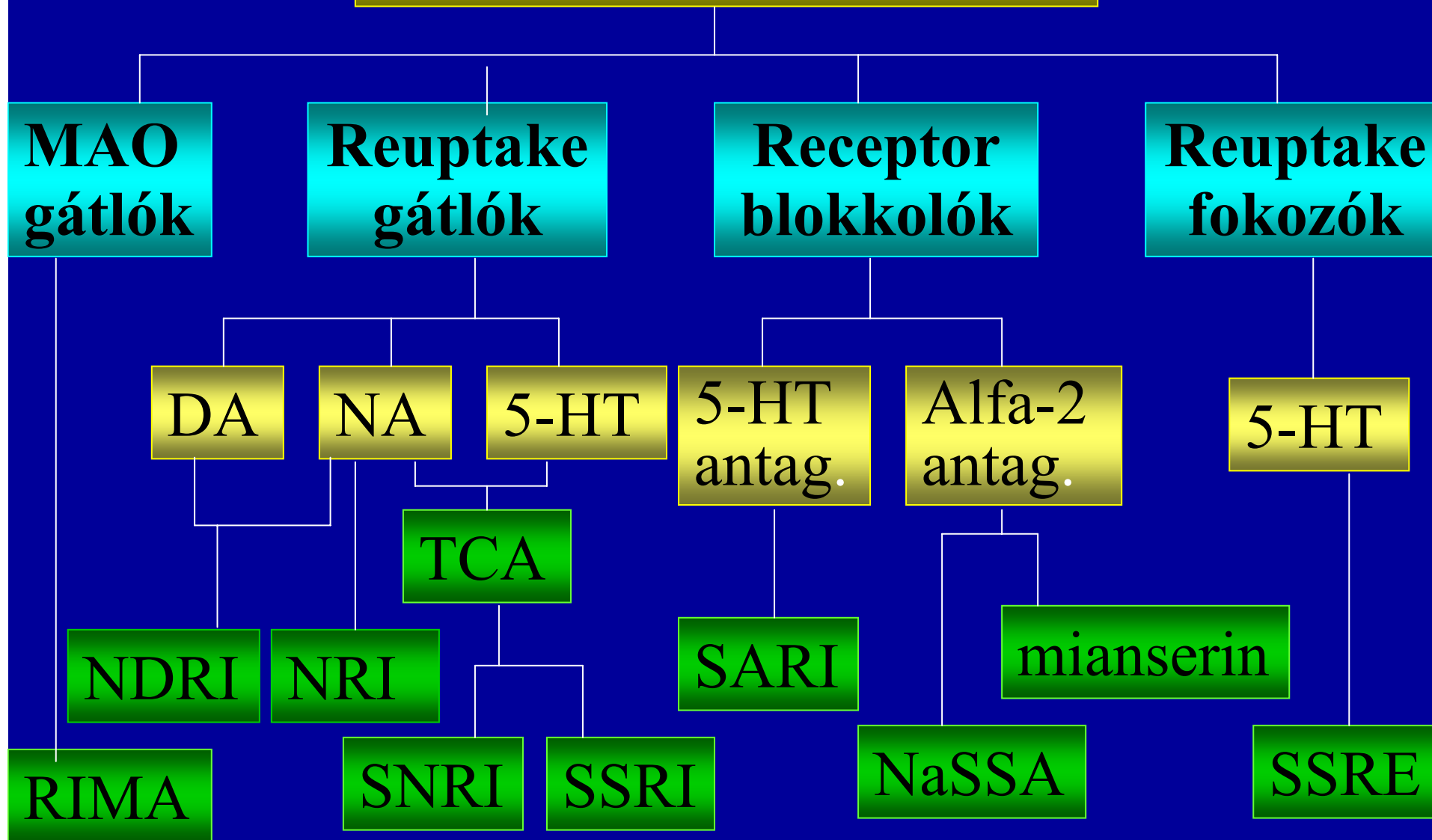
Szelektivitás



- antimuscarinerg (m-1)
- antihistamin (H-1)
- alfa-1 antagonist



Antidepresszívumok



Szelektív szerotonin reuptake gátlók (SSRI)

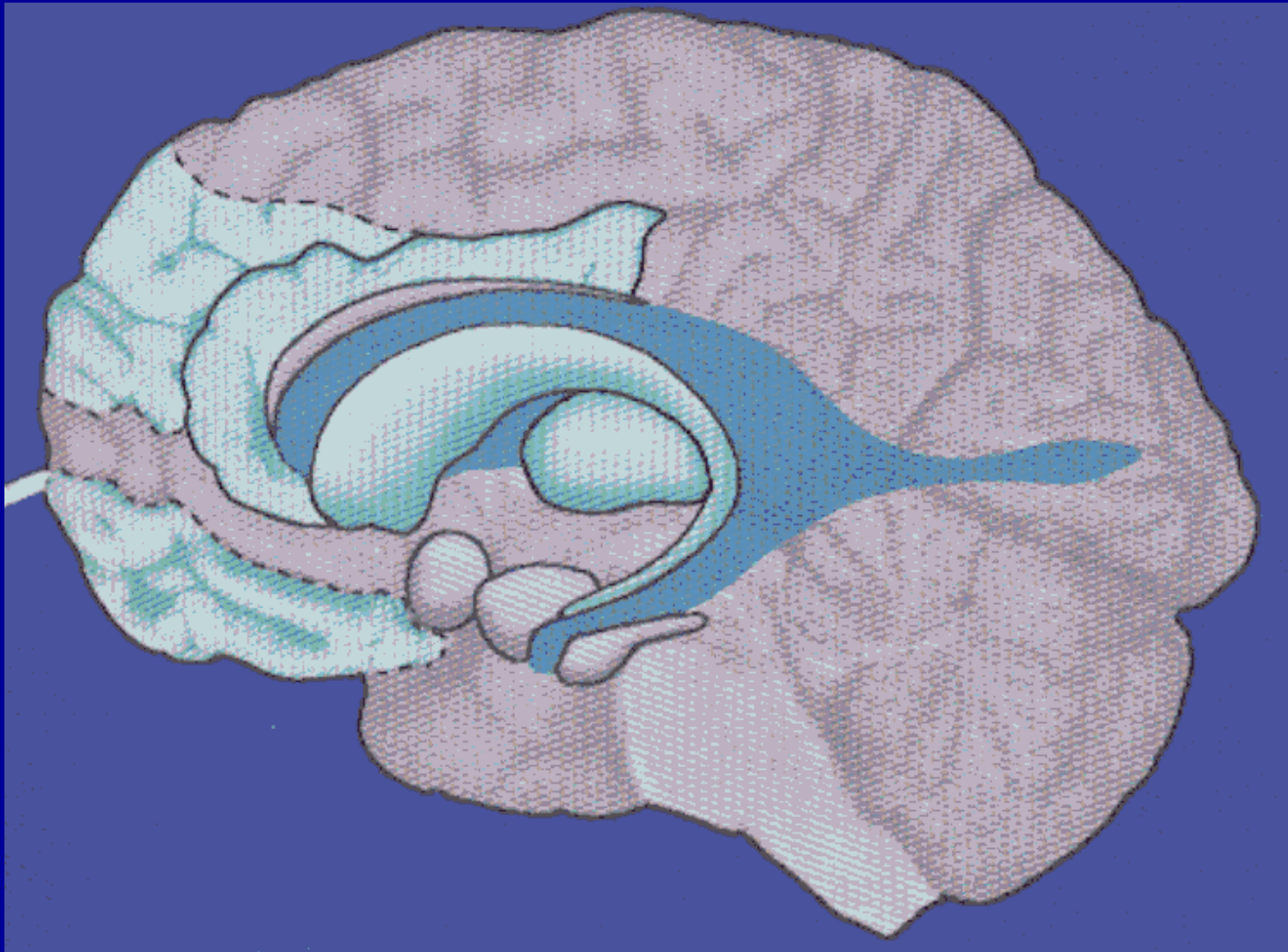
	Terápiás dózis <i>mg/die</i>	Max. dózis <i>mg/die</i>
citalopram (Seropram)	20-40	80
fluoxetin (Prozac)	20-40	80
fluvoxamin (Fevarin)	50-200	300
paroxetine (Seroxat)	20-40	80
sertraline (Zoloft)	50-100	200

Előnye: szelektivitás, biztonságosság

Leggyakoribb mellékhatások:

- gasztrintestinális mellékhatások
- szexuális mellékhatások

Depresszió



Homloklebeny – hippocampus - amygdala

Antidepresszívum választás

Antidepresszívum

1. Hatékonyság
2. Hatás kezdete
3. Mellékhatás profil
4. Interakciók (alc., gyógysz.)
5. Toxicitás
6. Biztonságosság

Beteg

1. Előzőleg hatékony
2. Családi anamnézis
3. Depresszió súlyossága
4. Depresszió típusa
5. Szomatikus komorbiditás
6. Mellékhatások (szex)
 - Egyéni érzékenység
7. Adagolás módja
8. **Költség**

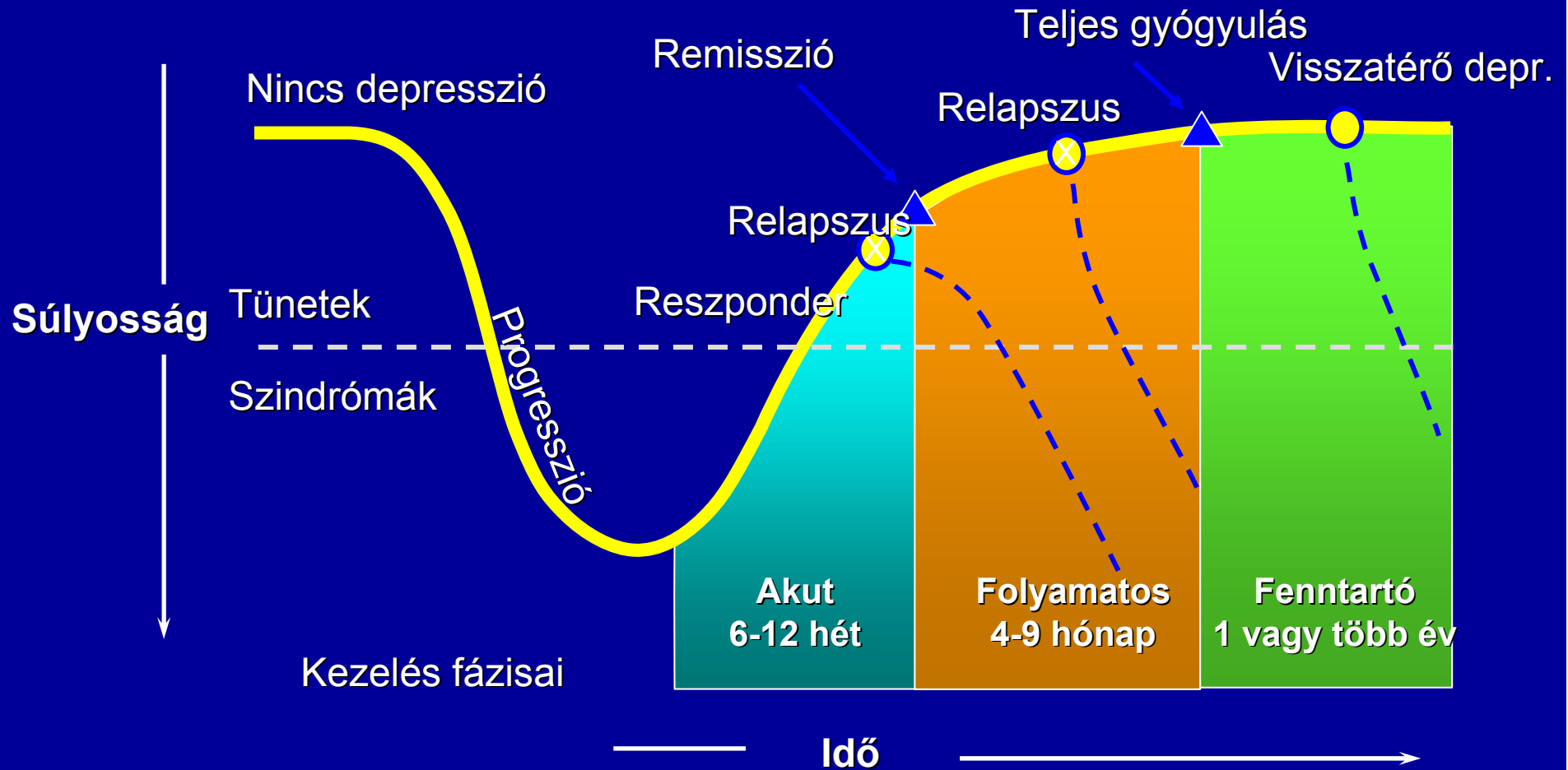
Az elsőként választott antidepresszívum várható hatása



Blier, 2003

- *Nincs lehetetlen, csak tehetetlen!???*

A depresszió kórlefordyása



A depresszió kezelése - összefoglalás

Terápiás alapelvek:

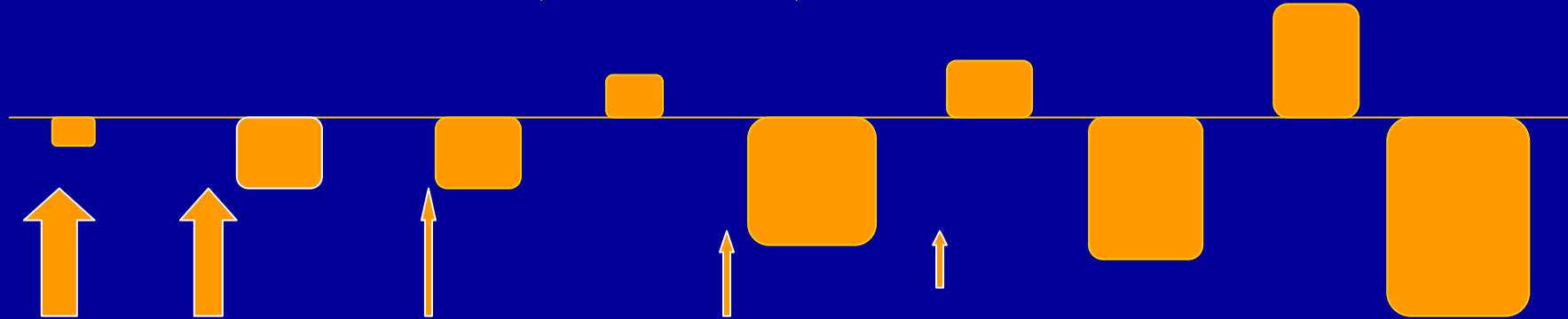
- Megfelelő dózisban, megfelelő ideig (min. 6-8 hónap) kezeljük a depressziós betegeinket,
- A farmako- és a pszichoterápia egymás hatását potencirozza,
- Befejezett öngyilkosságot jelentős részben a nem vagy a nem megfelelően kezelt depressziós betegek követik el.

Reális cél-e a (tartós) remisszió?

- Részleges reszponder vs. teljes reszponder
- Kik azok, akiknél nem érünk el teljes remissziót?
- Társult szomatikus tünetek / kórképek?
- Emocionális tünetek vs. fizikális tünetek
 - Betegségbelátás
 - Compliance

Depresszió - Kindling mechanizmus

Szenzitiválódás (*Post, 1994*)



súlyos stressz
súlyos stressz
enyhe stressz

min. stressz

minor epizód
major epizód
major epizód

“spontán” epizódok



A relapszus (visszaesés) kockázata

- Minél hosszabb idő telik el a felépüléstől, annál kisebb a relapszus kockázata
- Minden újabb relapszus 16 %-kal növeli a következő epizód kockázatát.
- Akinek már 5 epizód volt az életében, annak több mint 2x-es az esélye az újabb visszaesésre, mint akinek csak egy epizódja volt.



A relapszusok prediktív tényezői



A korábbi epizódok száma

- Keller et al, 1983
- Kiloh et al, 1988
- Kupfer és Frank, 1992
- Winokur et al, 1993
- Van Londen et al, 1998
- Kessing et al, 1998
- Mueller et al, 1999

Reziduális tünetek jelenléte

- Faravelli et al, 1986
- Georgotas et al 1988
- Thase et al, 1992
- Fava et al, 1994
- Paykel et al, 1995
- Van Londen et al, 1998
- Fava, 1999

Egyéb tényezők: tüneti súlyosság?, életkor?

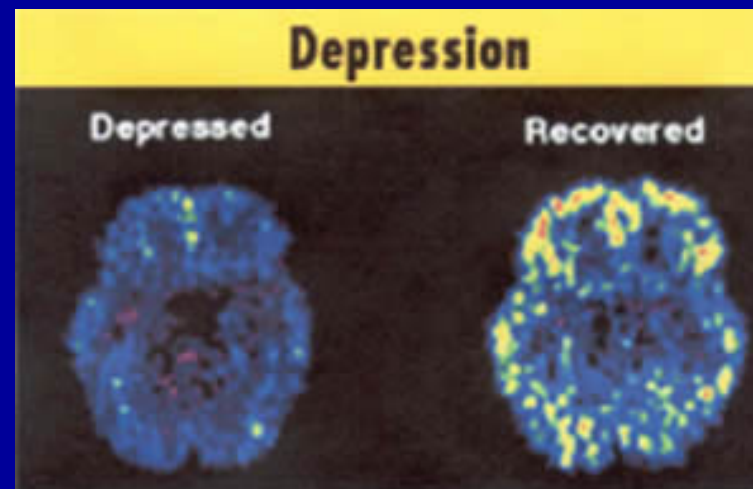
Teljes vagy részleges felépülés? I.

- 12 éves (átlag: 9.4 év) követéses naturalisztikus vizsgálat
- Első major depressziós epizód utáni prognózis
- N=70 (tünetmentes) vs. N=26 (szubklinikai t-k)
- Újabb MD epizód jelentkezése 2.35x nagyobb kockázat a szubklinikai csoportban

Prediktív tényezők sorrendje – II.b.

1. Részleges v. teljes remisszió (8x-os különbség)
2. Tüneti súlyosság az adott epizódban
3. Fiatalabb életkor az adott epizód idején
4. Előző epizódok száma

A teendők összefoglalása



Célok

1. Tünetmentesség
2. Relapszusprevenció
3. Munkaképesség + szociális kapcs. fenntartása

Eszköz, módszer

- megfelelő antidepresszív szer kiválasztása
- Fenntartó farmakoth. + pszichoth.-s vezetés

A lélek hibái olyanok,
mint sebek a testen:
gyógyítsuk bármily
gondosan, a forradás
mégsem tűnik el, és a seb
bármely pillanatban
felszakadhat.

(La Rochefoucauld)



Mit tehetünk az adequát kezelés érdekében?

- Felismerés
- Megfelelő dózisban (min.-max. szabály)
- Megfelelő időtartamban
- Szükség esetén kombinált th. (+ pszichoterápiával is!)
- Fenntartó kezelés (gondozás) (coping ↑)
- Compliance (terápiahűség ≠ orvoshűség)

Köv.: leszázalékolás ↓ sec. addikció ↓ szuic. ↓

Remisszió?

Remisszió:

- „Olyan, mint régen”
- több, mint tünetmentesség?



Depresszió gazdasági vonatkozásai

A rokkantossághoz vezető leggyakoribb okok:

1. Major depresszió	10.7 %
2. Vashiányos anémia	4.7 %
3. Balesetek	4.6 %
4. Alkoholbetegség	3.3 %
5. Krónikus obstruktív tüdőbetegségek	3.1 %
6. Bipoláris hangulati betegség	3.0 %
7. Veleszületett fejl. rendellenességek	2.9 %
8. Osteoarthritis	2.8 %
9. Szkizofrénia	2.6 %
10. Kényszerbetegség	2.2 %

(Murray, Lopez, 1996)

A depresszió szövődményei

- Ok-okozati összefüggés
- Kölcsönhatás

- Öngyilkosság
- Alkohol- és drogdep.
- Szomatikus kórképek

Ok vagy okozat? - Komorbiditás

Lakosság

Szkizofrénia

Alkoholabúzus

Drogabúzus

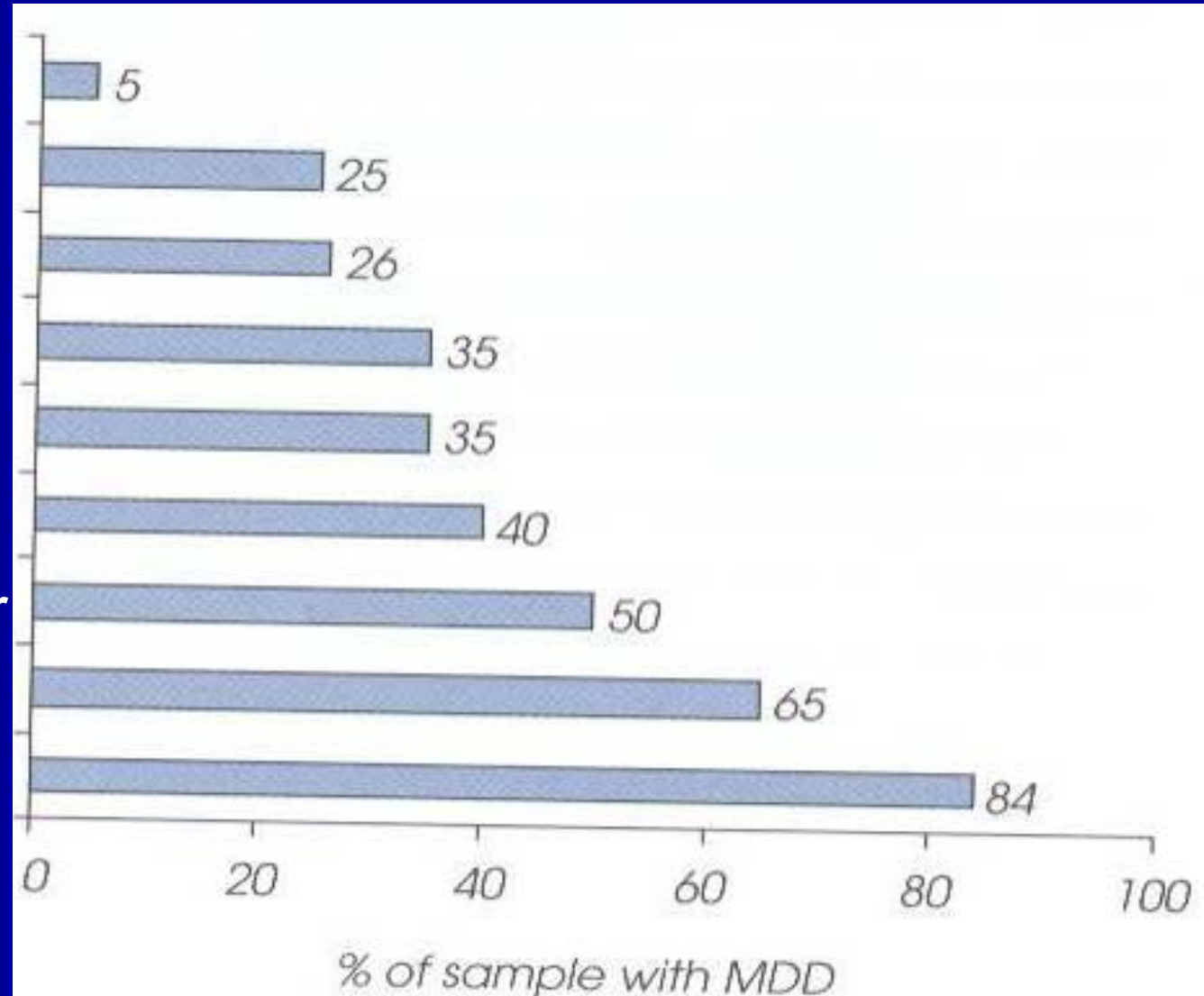
Személyiségzavar

ADHD

Szorongásos zavar

Bulimia nervosa

Anorexia nervosa



Ok vagy okozat? - Komorbiditás

Lakosság

Alzheimer kór

HIV / AIDS

Szívbetegség

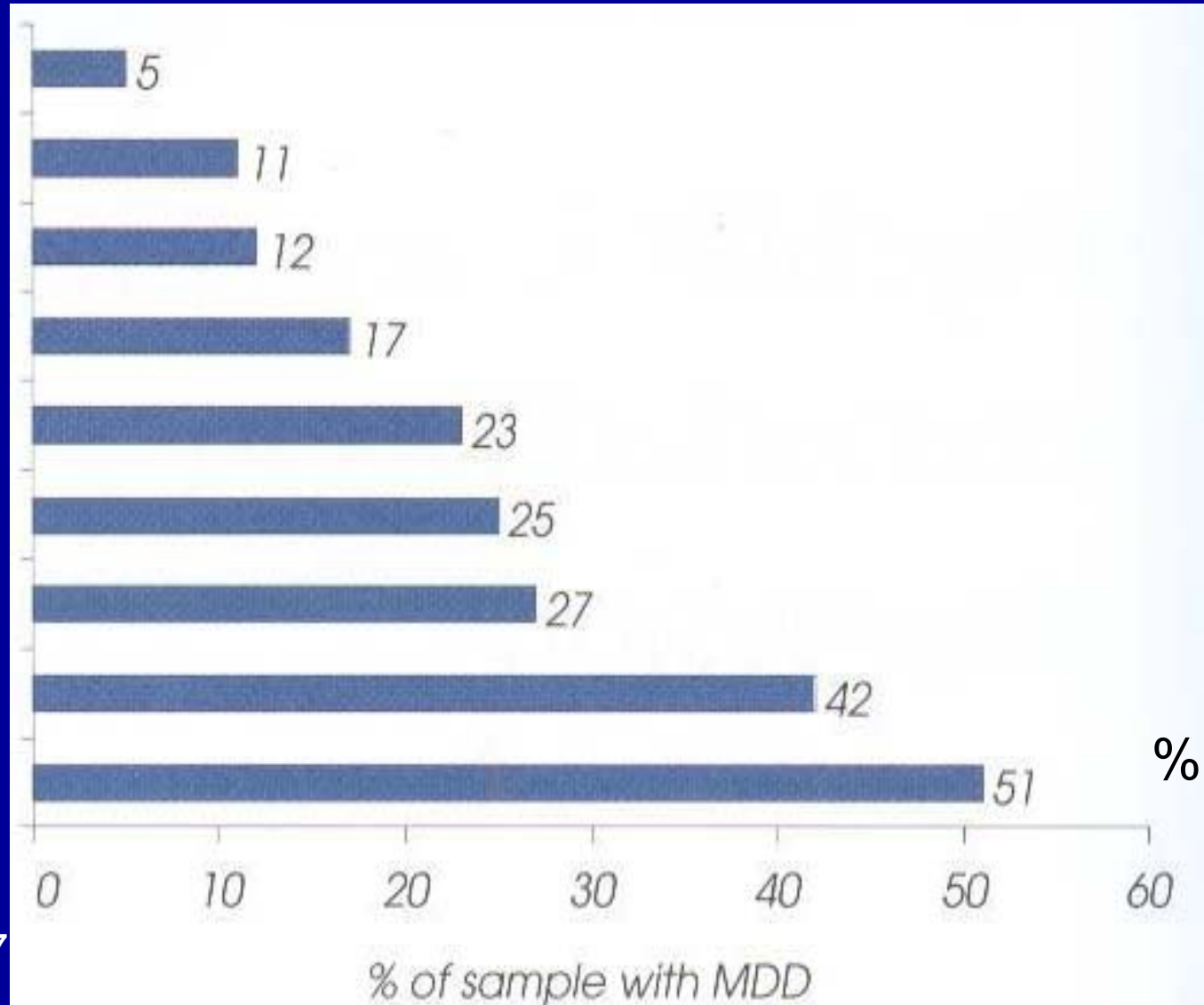
Stroke

Myocard. Inf.

Diabetes

Carcinoma

Parkinson kór



Kennedy et al, 2007

Unipoláris depresszió: magasabb mortalitás

- Relatív halálozási rizikó:

Dep : nem-D = 1.81

(Cuijpers, 2004)

férfiak RR : 2.25

nők RR : 1.62

Okok:

- szuicid halálozás
- biológiai diszregulációk
- komorbid betegségek
- életmód
- rossz compliance

Depresszió - komorbiditás

- Aszthma: 13%
- Diabetes: 17%
- Cardiovascularis kórképek: 19%

Stressz – depresszió – szomatikus betegség

- Betegség, mint stresszor

A betegségre adott válasz (stressz-válasz) függ:

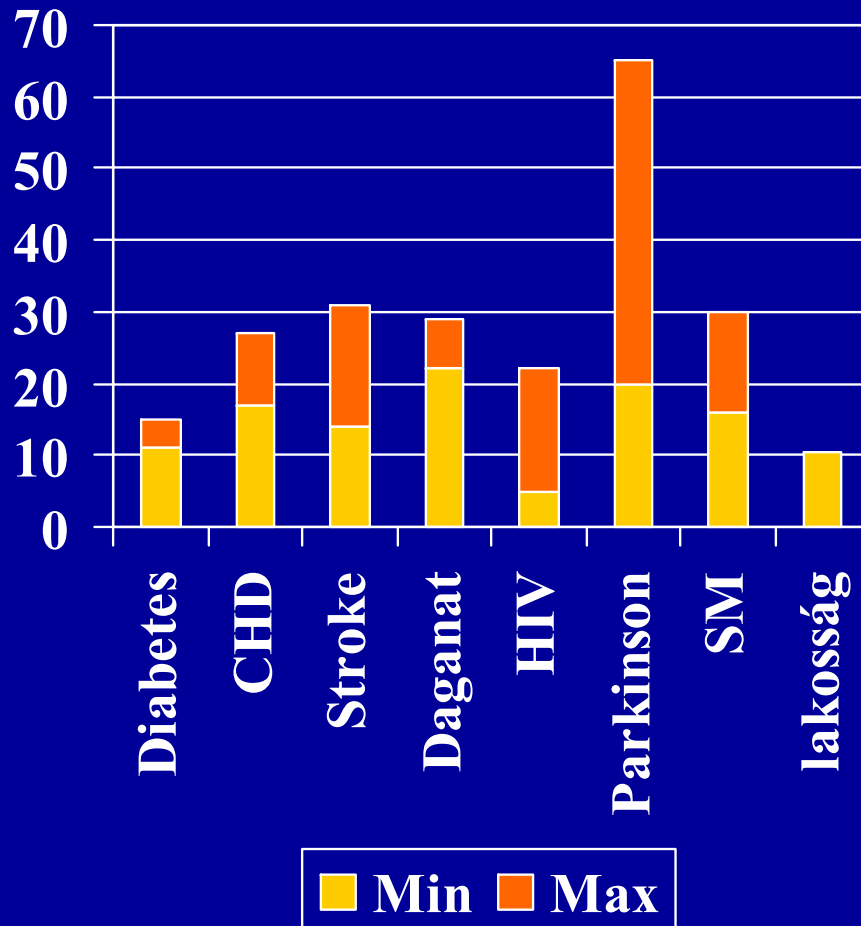
- Betegséggel kapcsolatos hiedelmek / információk (pszichoedukáció)
- Coping (megküzdési) képesség
- Vulnerabilitás
 - Biológiai
 - Pszichológiai

Vulnerabilitás

Pszichológiai vulnerabilitás függ:

- Személyiségvonások (aggodalmaskodásra való hajlam)
- Családi minta (hasonló betegség)
- Az illető aktuális pszichés állapota
- Korábbi pszichotraumák

Affektív zavar szomatikus betegek között



- Depresszív epizód és depr. tünetegyüttes diff.dg.-a nehéz
- A depr. szomatikus tüneteit kizárták
- **A betegek 25-30%-a kimerítette a Major depresszió dg. kritériumait**
 - Szomatikus betegek: *Wancata 1996, Friedrich et al. 2002*
 - Daganatos betegek: *Potash & Breitbart 2002, Sharpe et al. 2003*

Depresszió és Szomatikus kórképek

- Morbiditás
- Túlélés
- Kórházi ápolási idő
- Compliance a terápiával
- Életminőség
- Költség

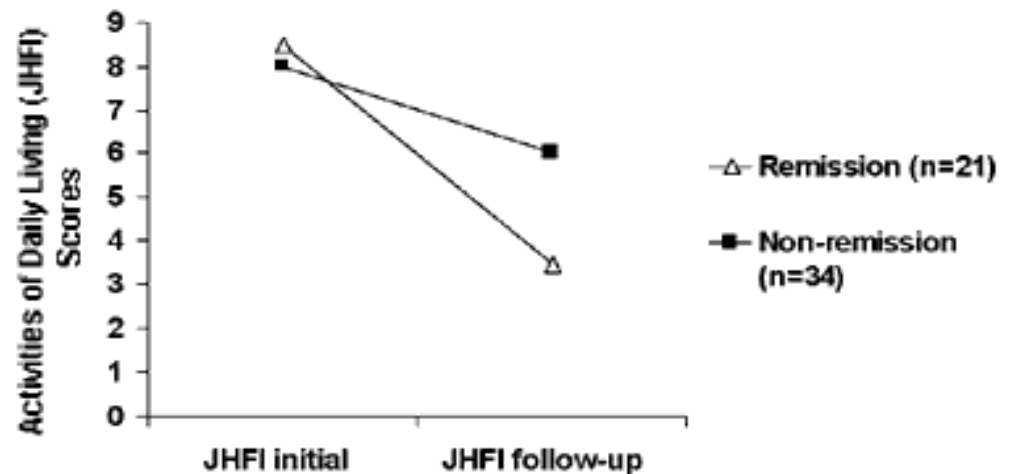
A szomatikus kórképekhez társuló depresszió rontja a prognózist

- Myocardialis infarctus mortalitása

- Post-stroke állapot

- Diabetes

In-hospital and at 3- or 6-months follow-up of ADL in post-stroke patients with and without remission of depression



Robinson, 1998

Post-stroke depresszió

CVA után 3-6 hónappal

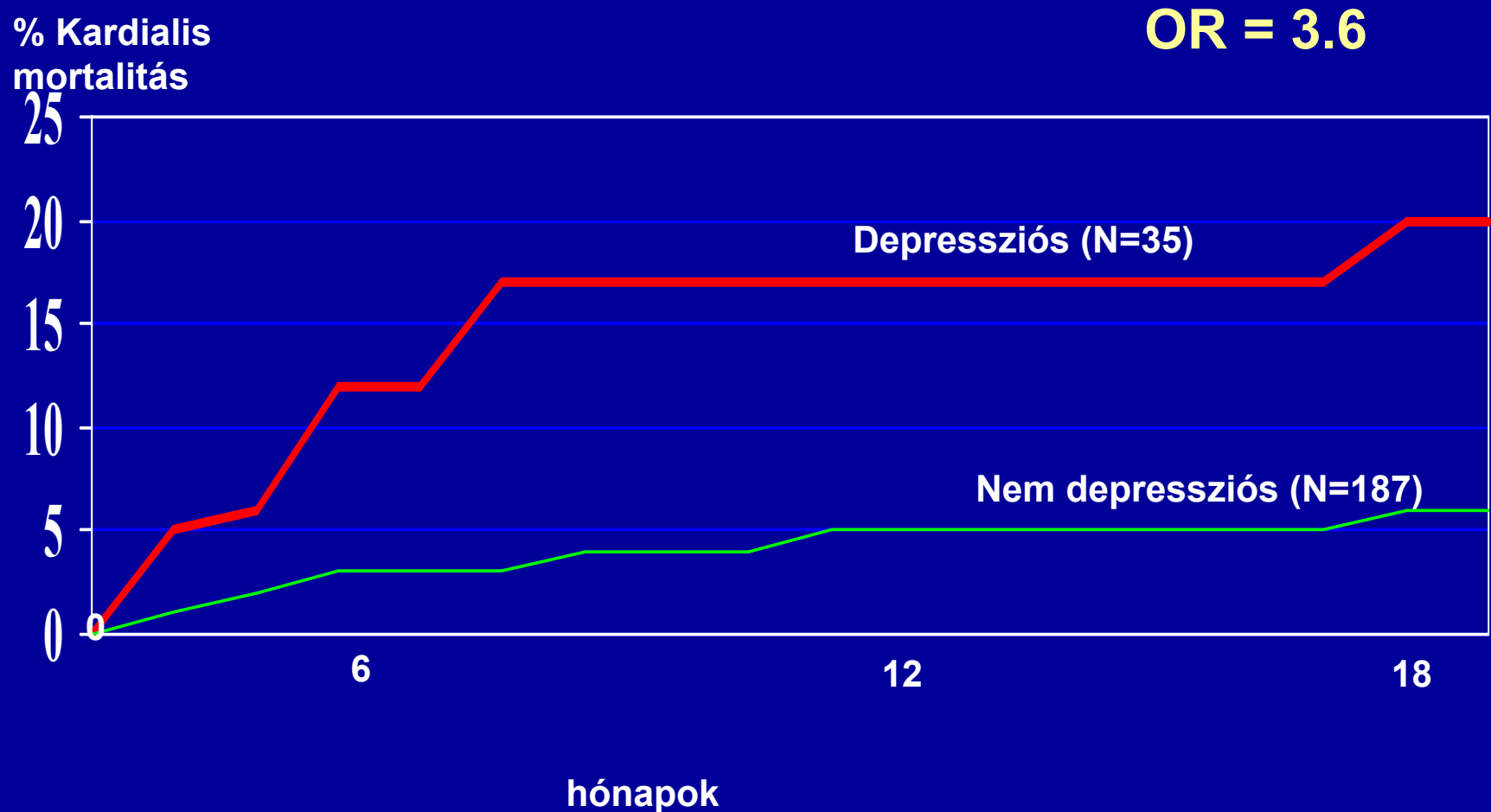
- Prominens vegetatív tünetek
- Agyi lézió kifejezett
- Patogenezis: elsősorban biológiai

CVA után 12-24 hónappal

- Kevesebb vegetatív tünet, inkább apátia
- Szignifikáns szociális és fizikális károsodás

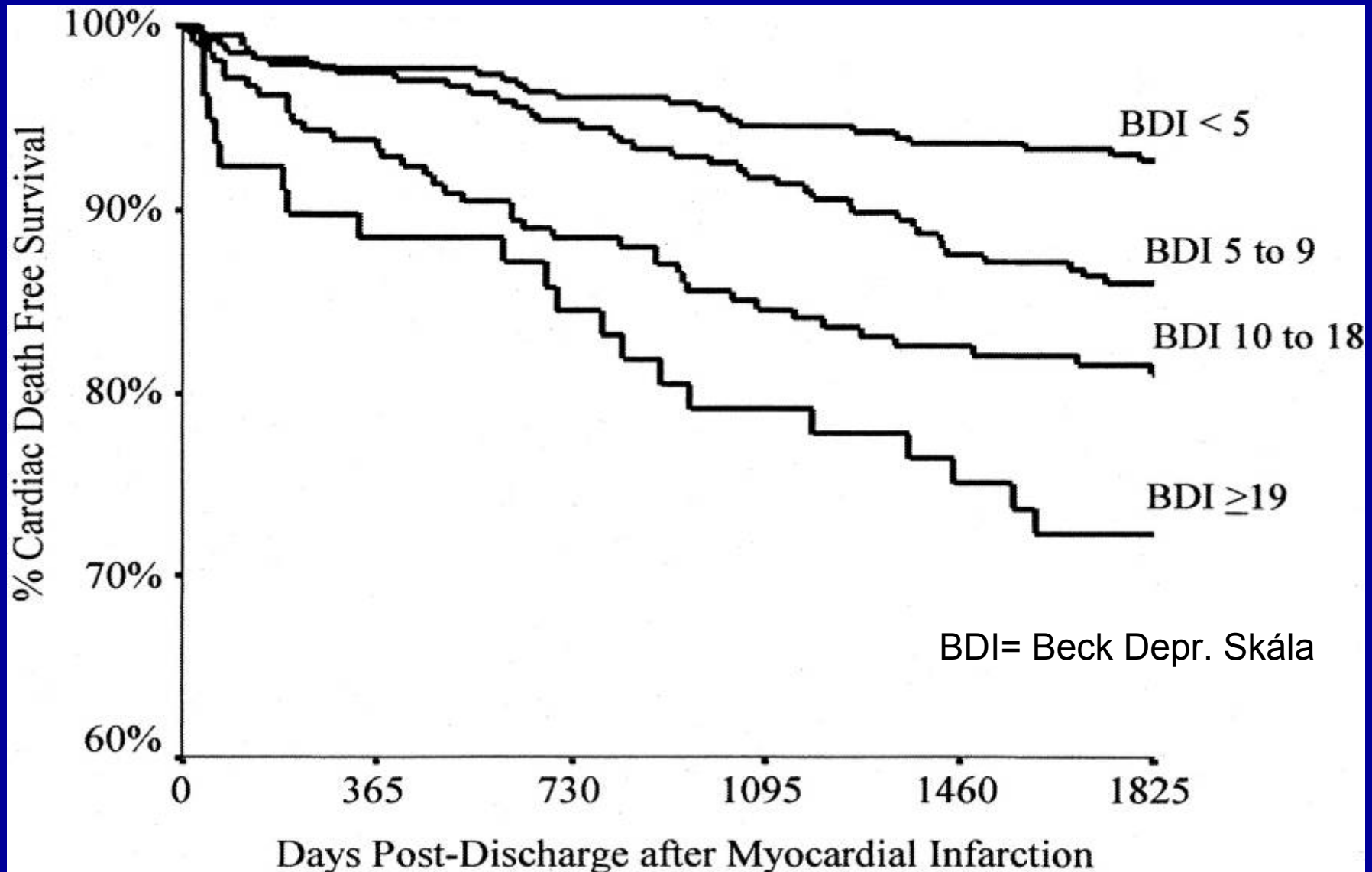
Kardiovaszkuláris kórképek

Major Depresszió: Post-MI túlélés



Frasure-Smith, Lesperance, 1998

Depresszió és kardiális halálozás



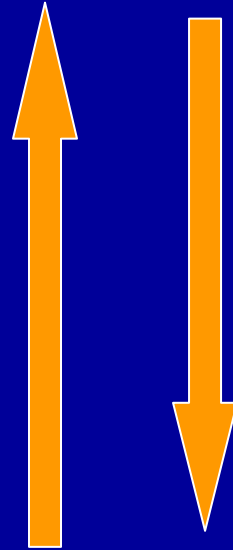
BDI = Beck Depressziós Skála

Lesperance et al, 2002

DEPRESSZIÓ és SZOMATIKUS BETEGSÉG

DEPRESSZIÓ

- fájdalom
- krónikus lefolyás



- étvágytalanság
- alvászavar
- immunrendszer <

SZOMATIKUS BETEGSÉG

Depresszió, mint kardiovaszkuláris rizikótényező

Major Depresszióban

- hipertonia 27-39 %
- diab. mell. II 9-27 %
- dohányzás 55-80 %

(Rihmer, 2003)

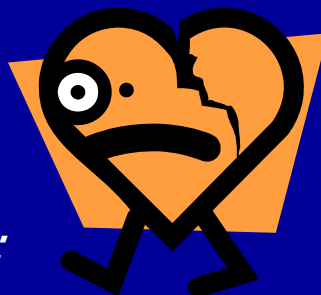
Kardiális betegeknél

- Koronáriabeteg: 18 %
- MI után: 16-22 %

Eu. Kardiol. Társaság: MD független rizikófaktor

SADHART
vizsgálat

369 beteg *(kevés!)*:
MD+ MI



Kardiovaszkuláris esemény

sertralin: 14.5 %

placebo: 22.4 %

Kardiális mellékhatás

sertralin=placebo

ENRICHD study: MI – CBT – M. depresszió (statisztikai hibák)

Ágoston, 2007

A FÁJDALOM

- Ingere: bármely olyan intenzitású inger, amely szöveti károsodást okozhat.
- Lehet: nyomás, hőmérséklet, elektromos áram, ingerlő vegyi anyag
- → hatásukra a bőrben kémiai anyagok szabadulnak fel, melyek magas küszöbvel rendelkező receptorokat ingerelnek

A fájdalom minősége

Fázisos fájdalom

- A sérülést azonnal követi
- Ált. rövid, gyorsan nő és csökken, szaggatott

Tónusos fájdalom

- A sérülés után jelentkezik
- Ált. hosszan tartó és állandó mértékű

- A két fájdalmat különböző idegpályák közvetítik az agyban
- A tónusos fájdalom gyakran nagyon komoly
→ daganat, égési sérülés

Enyhítése: morfium – akik krónikus fájdalom legyőzése érdekében kapják, nem válnak függővé

Fájdalom és kultúra

- A fájdalom intenzitását és minőségét nagymértékben befolyásolják a közvetlen ingeren kívüli tényezők:
 - Kultúra
 - Korábbi tapasztalatok
 - A személy attitűdje

Kultúra

- India egyes területein: horoghinta-szertartás:
- A kiválasztott férfi szerepe, hogy az év egy adott időszakában néhány faluban megáldja a gyermekeket és a termést.
- A horgot a bőr és az izmok alá fúrják, annál fogva lógatják fel egy szekérré

A fájdalom kapu elmélete (Melzack)

- A fájdalom érzése → a bőrben lévő receptorok aktiválódnak
- + a gerincvelőben nyitva kell legyen az „idegi kapu”, hogy a fájdalmat továbbengedje az agy felé
- A kaput az agyból lefelé küldött jelek zárják
=> a fájdalom észlelt erősségét a mentális állapot is befolyásolja!!

Fájdalom csillapítás

- Nyomásinger zárja a kaput => masszírozás
 - Ingerléses érzéstelenítés: kp. Agy egy területének ingerlése fájdalomcsillapítóként hat → így hasi műtét végezhető el patkányon
 - Akupunktúra: nagyobb műtétek végrehajtását is lehetővé teszi a tudatánál lévő betegnél
- vsz. azokat az idegrostokat ingerlik a tűk, melyek zárják a fájdalomkapukat

Hipnózis

Krónikus fájdalomi szindróma

- „A testi fájdalom csak a lelki fájdalom büntetése és tükörképe”

(Pascal)



Krónikus fájdalomi szindróma

„Anyámnak fáj a feje -
anyámnak fáj a Semmi,
Anyámnak fekete rózsa,
nem tud kiszínesedni.”



Csoóri Sándor: Anyám fekete rózsa

Az antidepresszívumok hatékonyságát kimutató meta-analízisek krónikus fájdalmakban

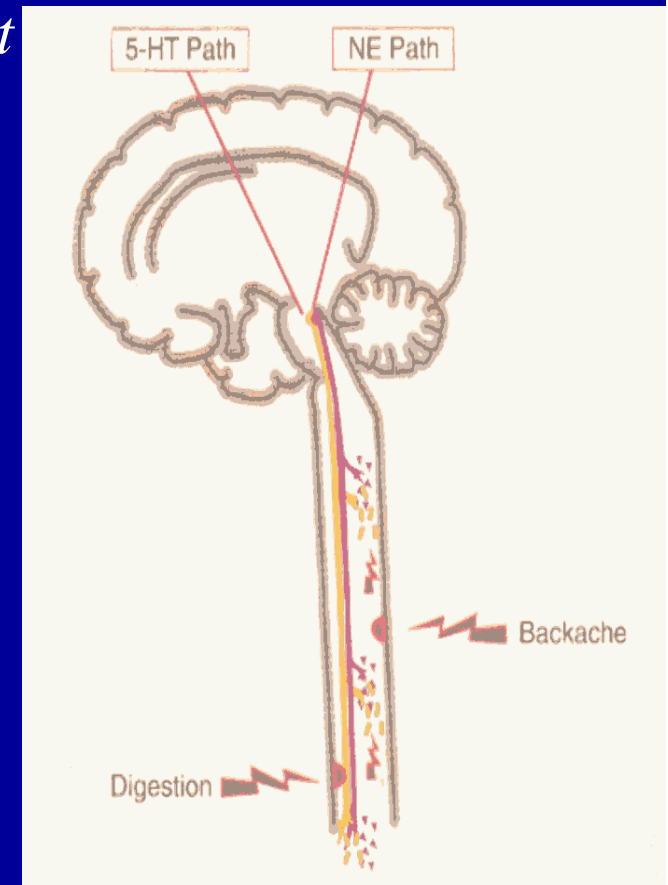
Krónikus derékfájdalom (*Salerno et al, 2002*)

- Depresszió: 3-5x gyakoribb (*Bartkó, Linka, 1997*)

Postherpetikus neuralgia
(*Hempenstall et al, 2005*)

Krónikus fejfájás (*Tomkins et al, 2001*)

Fibromyalgia (*O'Malley et al, 2000*)



Az antidepresszívumok hatékonysága krónikus fájdalomban

- ❑ Az antidepresszívumoknak direkt fájdalomcsillapító hatásuk is van (*Pain, 2003:103:49-55*)
- ❑ Triciklikus szerek hatékonysága felülmúlja az SSRI-okét, de több a mellékhatásuk!
- ❑ Új típusú kettős-hatású szerek (SSNRI)
 - ❑ Venlafaxin
 - ❑ Duloxetin



Major depresszió és Diabetes mellitus

Depresszió, mint a DM kockázati tényezője

- ECA study (1981) utánkövetése 13 évvel
- 2x több DM (II. típus) beteg lett a depressziósok között (*Eaton et al, 1996*)

Diabeteses neuropathia, mint a depresszió kockázati tényezője (*Geringer et al, 1988, 1995*)

Major depresszió és Diabetes mellitus

- A depresszió és a vércukor összefüggése
- 24 study meta-analízise (Medline és PsycINFO adatbázisa alapján)
- Depresszió szignifikánsan összefüggött a hyperglycemiával ($Z = 5.4$, $P < 0.0001$).

Major depresszió és Diabetes mellitus

- 28% közepes vagy súlyos depressziós és/vagy szorongásos tünetekről számol be
- A depresszív tünetek és a magas Hgb A1C szint között szignifikáns összefüggés a férfiakban

Lloyd et.al. Diabet Med 2000 Mar;17(3):198-202

HbA1c : A vérben cukrot megkötő fehérje (glikált hemoglobin). Norm. érték: 6%; 8% fölötti értéknél a diabetes késői szövődményeinek kialakulása nagyon felgyorsul.

Major Depresszió és Diabetes Mellitus

- N=183 afro-amerikai diabeteses férfi
- Jelentős depresszív tünet-együttes: 30% (CES-D >22)
- A depresszív tünetek mértéke szignifikáns összefüggést mutatott a koleszterin és a trigliceridek magasabb szérumszintjével (P<0.050).

Összefoglalás: Ha szükséges AD th.

- Post MI: sertralin
- Chr. fájdalom: duloxetin, venlafaxin
- Daganatos bet.: mirtazapin
- Többféle szomatikus bet.: venlafaxin, citalopram, escitalopram, sertralin

Definíció

„Az öngyilkosság az élettörténetbe ágyazott krízisállapot, amelyből az egyén a kiutat csak önmaga elpusztításában találja meg. Öngyilkos magatartás minden olyan tett, amely szándékos önpusztításra irányul.”
(Tringer)

Becslések szerint a világon manapság évente közel félmillió ember vet véget önként az életének, s ennek ötöde, hatoda Európára jut, ahol 35 éves kor alatt ez a leggyakoribb halálok.

Preszuicidális szindróma (Ringel)

- **Fokozódó dinamikus beszűkülés,**
- **Fordított agresszió, azaz az agresszivitás gátlódása, illetve önmaga ellen fordulása**
- **Menekülés a fantáziavilágba.**

Rizikótényezők (Freeman és Reinecke)

- 1. Akut betegség
- 2. Krónikus betegség
- 3. Öregedés
- 4. Személyes veszteség
- 5. Éhség
- 6. Magányosság
- 7. Fáradtság
- 8. Új körülmények, helyzetek

Rizikótényezők II.

- 9. Krónikus fájdalom
- 10. Csökkent probléma megoldó képesség
- 11. Szenvedélybetegség
- 12. Harag
- 13. Csökkent impulzus-kontroll, self-monitoring hiánya
- 14. Posttraumás stressz reakciók
- 15. Pszichológiai sérülékenység
- 16. Neurológiai sérülékenység

Öngyilkossági kísérletek fődiagnózis szerint

Diagnózis	Százalék (%)
• Szenvedélybetegség + társuló dg.	3
• Reaktív állapotok	32
• Neurotikus állapotok	2
• Szenvedélybetegség	1
• Személyiségzavar	1
• Affektív pszichózis	4
• Szkizofrénia	6
• Organikus pszichózis	2
Egyéb	4

Az öngyilkosságok megoszlása az elkövetés módja szerint Tringer alapján.

• Mód	Férfi	Nő
• Önakasztás	1691	317
• Mérgezés	329	363
• Leugrás	128	96
• Lőfegyver	85	4
• Vízbeugrás	61	46
• Vágó, szűrő eszköz	58	17
• Gáz	15	3
• Egyéb	111	45

Nemi különbségek

- **Nem:** A férfiak szuicidium miatti halálózása kb. háromszor gyakoribb minden életkorban, mint a nőké.
- **Életkor** szempontjából veszélyeztetettebbek az idősebbek. Férfiaknál a 45, nőknél az 55 éves korosztályban van a szuicidium miatti halálózás csúcsértéke. Idősebb korban több a befejezett öngyilkosság.

Az öngyilkosság biológiai háttere

- Kiemelendő a neurotranszmitterek szerepe: öngyilkosok liquor-ában csökkent szerotonin szint, különösen *violens* szuicidiumot megkísérlőknél.
- DE! Az öngyilkosság mint extrém stressz, átmenetileg emeli a szerotonin szintet.

Kapcsolódó vizsgálatok

Szerző	Prediktív tényező
1. Castrogivanni	reménytelenség
2. Mann	agresszió, impulzív magatartás
3. Uncapher	depresszivitás, reménytelenség

Szerző	Prediktív tényező
4. Mendonca és Holden	reménytelenség, szokatlan gondolkodás
5. Negron	reménytelenség, izolálódás, szuicid fantáziák elhallgatása
6. Hall	reménytelenség, impulzivitás, segélytelenség, anhedonia

Szerző	Prediktív tényező
7. Fawcett	reménytelenség
8. Loas	anhedonia
9. MacLoad	kevesebb pozitív esemény anticipálása
10. Beck	reménytelenség

Öngyilkosság

- Széchenyi István
- Juhász Gyula, József Attila
- Osvát Ernő, Márai Sándor
- Latinovits Zoltán, Sós Imre, Jobba Gabi ...

Öngyilkosság (Steppacher, Mausner, 1974 - USA)

- Nemi arány (férfi : nő) = 3 : 1
- Orvosok: 2x

Öngyilkosság

Kockázati tényezők

- Pszichiátriai
 - Mentális zavarok
- Pszichoszociális
 - életesemények
- Demográfiai
 - Férfiak
 - Idősek

Befejezett szuicidium

- első kísérletek 56 %-a
(Isometsa, Lonquist, 1998)

Teátrális szuic.?

- 10x-es kockázat

Öngyilkosság

Kockázati tényezők

- Pszichiátriai dg. (I. tengely): ≥ 90 %
 - Major depr. epizód: 56-87 %
 - Szerfüggőség: 26-55 %
 - Szkizofrénia: 6-13 %

Öngyilkosság illetve kísérlet

Affektív kórképek:

- Major depr. epizód: 78-89 % (UP és BP)
- Diszfóriás mánia: 11-20 %
- „állapotfüggő jelenség”
(state-dependent)

Öngyilkosság kockázati tényezői I.

Elsődleges (pszichiátriai)

- Pszich. dg I. axis
- Korábban suic. kísérlet / jelenleg suic. gondolat
- Komorbid személyiségzavar (Cluster B)
- Suic. a családban

Másodlagos (pszichoszoc.)

- Child-abuse az anamnézisben
- Neg. életesemények
- Akut pszichoszociális stresszor

Harmadlagos (demográfiai)

- Férfi nem
- idősek (mk. nem)
- kisebbségek

Öngyilkosság kockázati tényezői II.

Major depressziós epizód

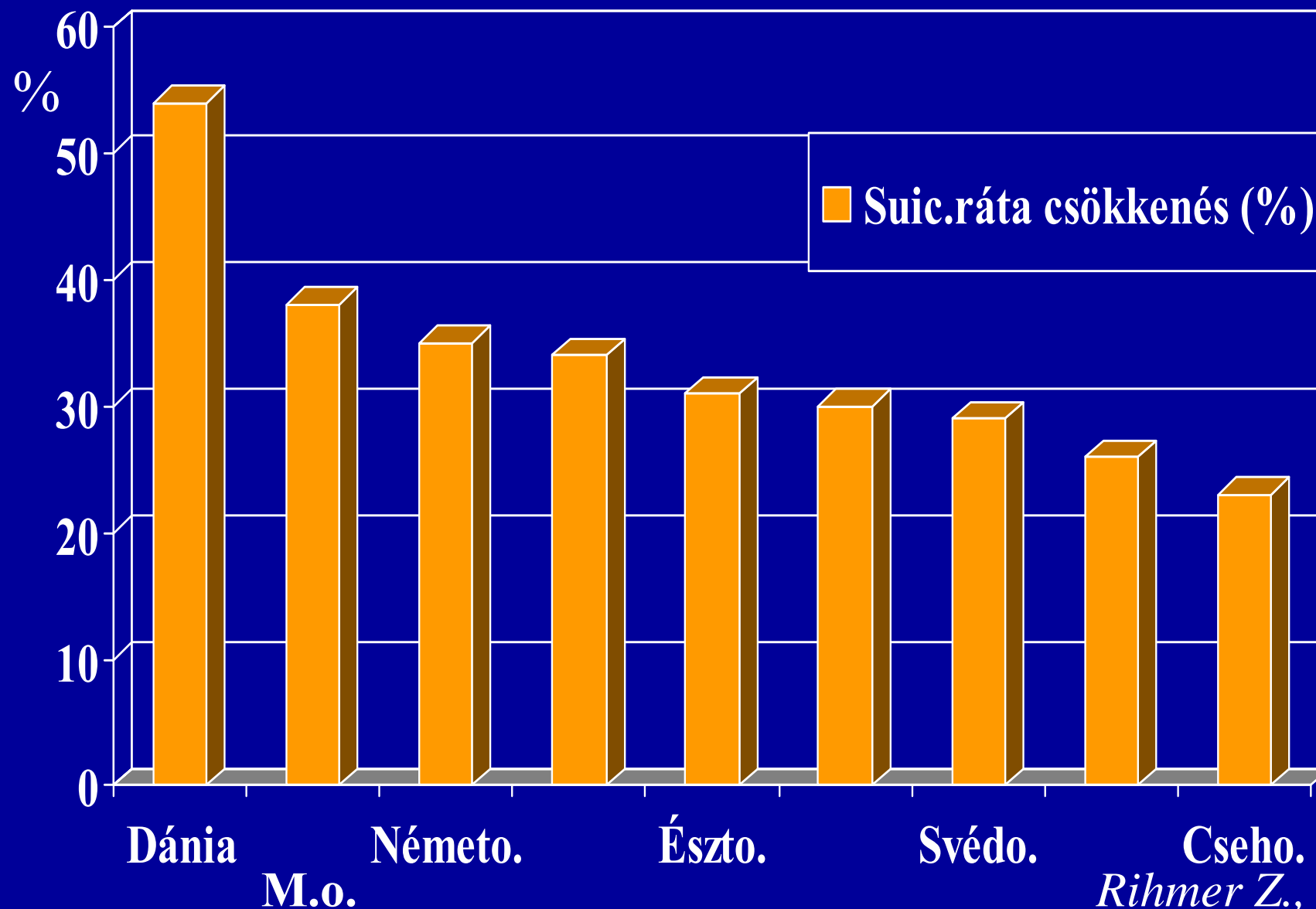
- Suic. gondolat, terv
- Korábbi kísérlet
- Reménytelenség-, ill. bűnösségérzés
- Kh-ban v. kiírás után
- BP II > BP I > UP
- Agitáció (kevert depr.)
- Cyclothym premorbid személyiség
- Pszichotikus tünetek
- Komorbid anx., szerfüggőség, szomatikus betegség

Mánia

- Diszfóriás mánia
- Komorbid anx., szerfüggőség, szomatikus betegség

Kevert major affektív epizód

Suicid ráta csökkenés 1980-2000 között



Rihmer Z., 2004

A suic. kockázat becslése és prevenciós stratégia

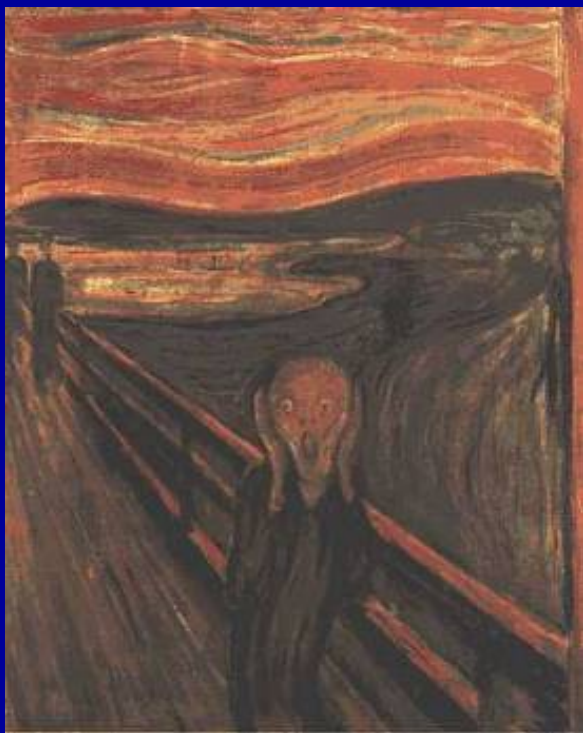
Prediszponáló kockázati tényezők

- Korábbi kísérlet
- Suic. a családban
- Agresszivitás és/vagy impulzivitás
- Komorbid (cluster B) személyiségzavar
- Koponyatrauma az anamnézisben
- Dohányzás (!)
- Férfi nem, fehér, egyedül élő

Aktuális kockázati tényezők

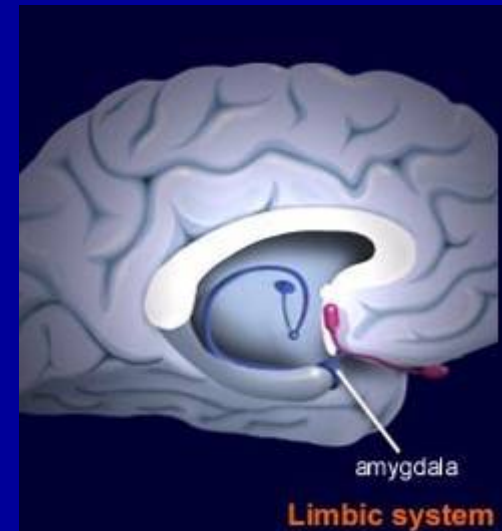
- Suic. gondolat, terv
- Major depressziós epizód
- Közvetlen kh-i kiírás után
- Jelenlegi szerhasználat
- Aktuálisan neg. életesemény
- Elérhető módszer (*ld. Kína: vidék-város*)

SZORONGÁSOS ZAVAROK



Szorongás

- önmagában élettani jelzés (vészjelző)
- bizonyos formái genetikusan kódoltak
(asphyxia, kígyó, izoláció)
- kondicionálható
- anatómiai alapok
- zavar: ha a működés diszfunkcionális



A szorongásos zavarok kialakulása

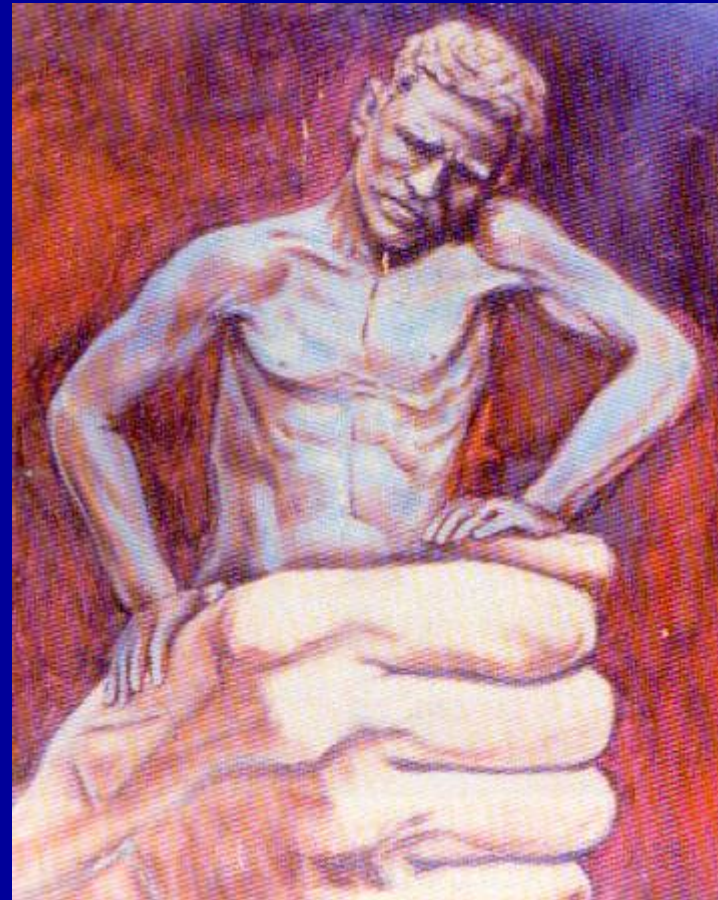
ÖRÖKLETES HAJLAM \rightleftharpoons KÖRNYEZETI HATÁSOK



SZORONGÁS, mint tünet

Szinonimák

- aggodás
- idegesség
- feszültség
- irritábilítás
- nyugtalanság
- szomatizáció

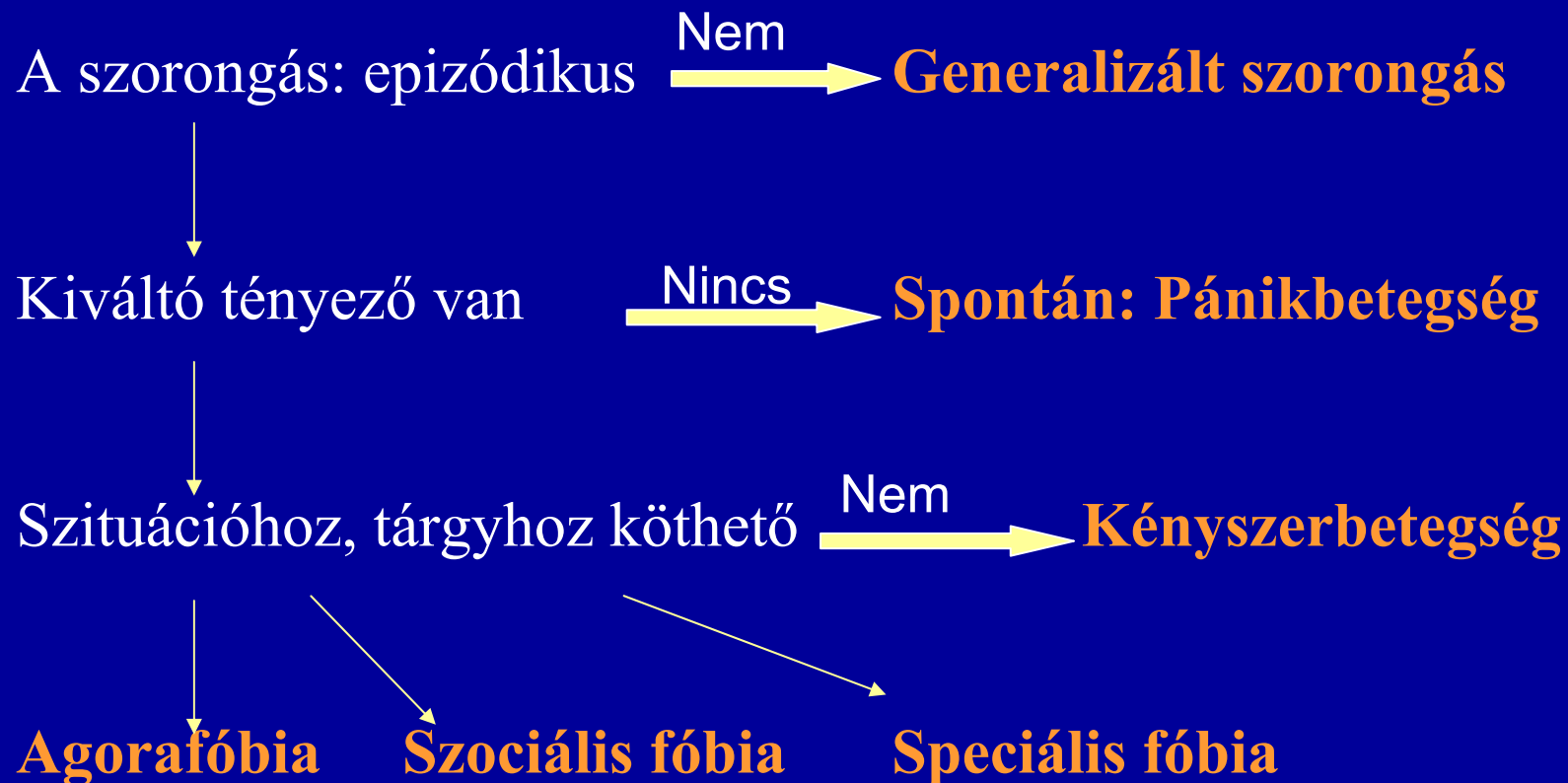


Ango-, angere → anxietas

Szorongásos zavarok elkülönítése

1. **Pánik** : rosszullét, szituációtól független
2. **Agorafóbia**: félelem zsúfolt terektől, elkerülés
3. **Szociális fóbia**: rosszullét társas szituációban
4. **Egyszerű (speciális) fóbia**: konkrét helyzet
5. **Kényszer**: visszatérő gondolat, ill. cselekvés
6. **Poszttraumás stressz**: nem átlagos trauma után
7. **GAD**: krónikus aggodás, feszültség

Diagnosztikus algoritmus



(Hollander, Klein, 1989)

Szorongás, mint szomatikus tünet

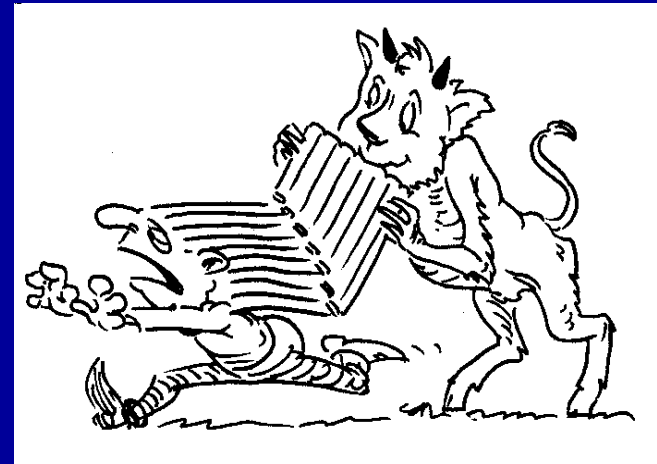
- Légszomj
- Gombócérzés
- Mellkasi fájdalom
- Szájszárazság
- Anorexia
- Hasi fájdalom
- Motoros nyugtalanság
- Tremor
- Gyengeség
- Szédülés
- Izzadás
- Gyakori vizelési inger
- Tenziós fejfájás

Pánikbetegség



Szorongásos rohamok

- spontán
- visszatérő
- súlyos szorongásos tünetek
 - szomatikus
 - pszichés
- ijesztő, de veszélytelen

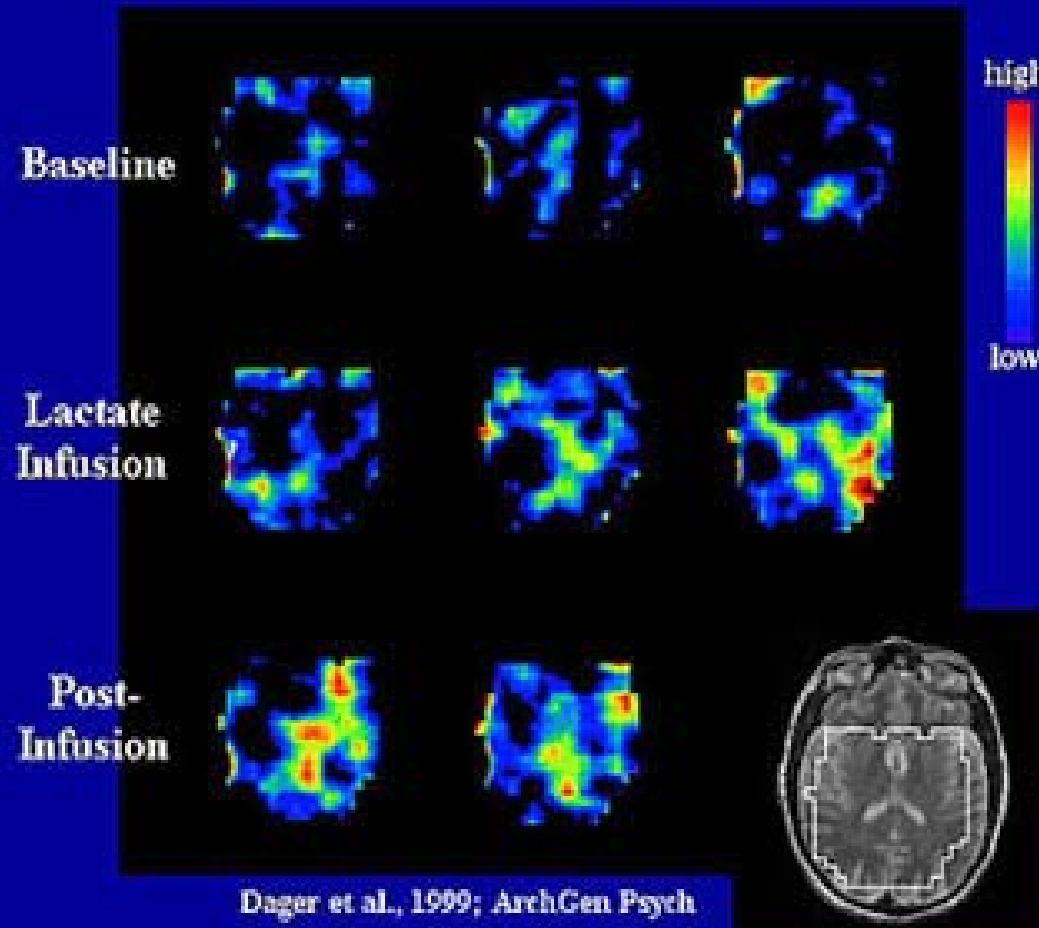


Anticipátoros szorongás

BNO-10 és DSM-IV kritériumok szerint

Pánikbetegség

Brain Chemistry in Panic Disorder



Laktát infúzió

- PET

Agorafóbia



Agorafóbia

- Félelem olyan helyzetben, ahonnan az elmenekülés nehéz
- pánikattakkal vagy anélkül

Anticipátoros szorongás



Nem gyógyszeres kezelés



Farmakoterápia

1. Akut ellátás : adni vagy nem adni?

- per os vs. im. BZD

2. Tartós kezelés:

- Antidepresszívumok
- Nagypotenciálú BZD-ek (NP-BZD)



Farmakoterápia

BZD - nagypotenciálúak

- alprazolam
(Ballenger, 1988)
- clonazepam
(Chouinard, 1983)

Antidepresszívumok

- TCA
- SSRI-k
 - valamennyi igazolt
 - TCA-nál jobban tolerálhatók
 - 8 hét alatt betegek 50-80%-a reszponder
- SSNRI: venlafaxin
(Silverstone, 2004)

Döntési szintek a terápia során

1. szint: elsőként választandó: SSRI
2. szint : váltás SSRI-2 vagy TCA vagy NP-BZD
3. szint: venlafaxin
4. szint : kezelés 6-12 hónap után havonta 25 %-kal csökkentve

Szociális fóbia (SAD)



Szorongásos tünetek olyan szituációban, ahol mások figyelmének van kitéve – „emberfóbia”

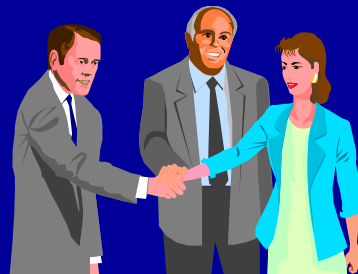
- LEGGYAKORIBB SZORONGÁSOS ZAVAR!

(3. pszichiátriai)

- Formái:

generalizált

specifikus
(körülírt)



SAD terápiája

Farmakoterápia

- **Benzodiazepinek**
 - clonazepam
 - alprazolam
- **Antidepresszívumok**
 - RIMA
 - SSRI
(paroxetin,
fluvoxamin, fluoxetin,
escitalopram)
 - SSNRI : venlafaxin

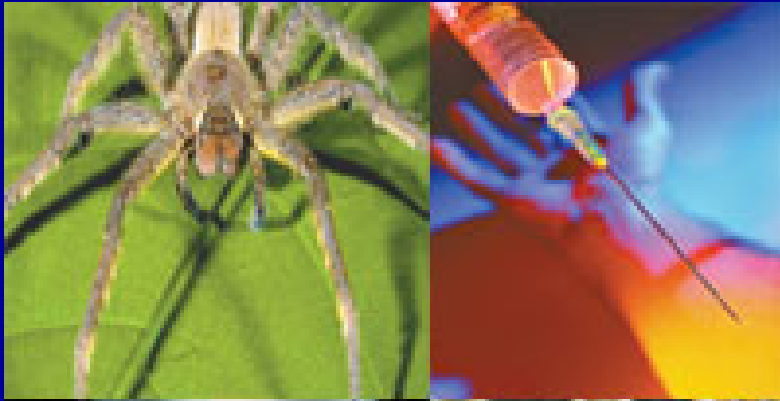
Pszichoterápia

- **Viselkedésterápia**
 - in vivo
- **Kognitív terápia**
 - fókusz: megszégyenüléstől való félelem
- **Egyéb:**
 - relaxáció,
 - önértékelés javítása

Döntési szintek SAD terápiájában

1. **szint:** elsőként választandó: SSRI
2. **szint:** Váltás SSRI-2 vagy RIMA vagy venlafaxin vagy NP BZD
3. **szint:** fenntartó terápia legalább 12 hónapig

Specifikus fóbiák



Th.: CBT

A Generalizált szorongás (GAD) tünetei

Hipervigilancia

- idegesség, „felhúzottság”
- Koncentráció zavarok, „gondolkodásképtelenség”
- alvászavar

Aggodalom (félelemteli várakozás)

Motoros tenzió:

- remegés, reszketés
- izomfeszültség
- fáradékonyság

Vegetatív hiperaktivitás

- fulladásérzés
- palpitáció
- izzadás
- vizelési inger

Generalizált szorongás

- Distresszt okozó excesszív, pervazív és kontrollálatlan szorongás a különböző eseményekre, aktivitásokra vonatkozóan

– Egészség 

Hipochondria

– Iskolai (munkahelyi) teljesítmény



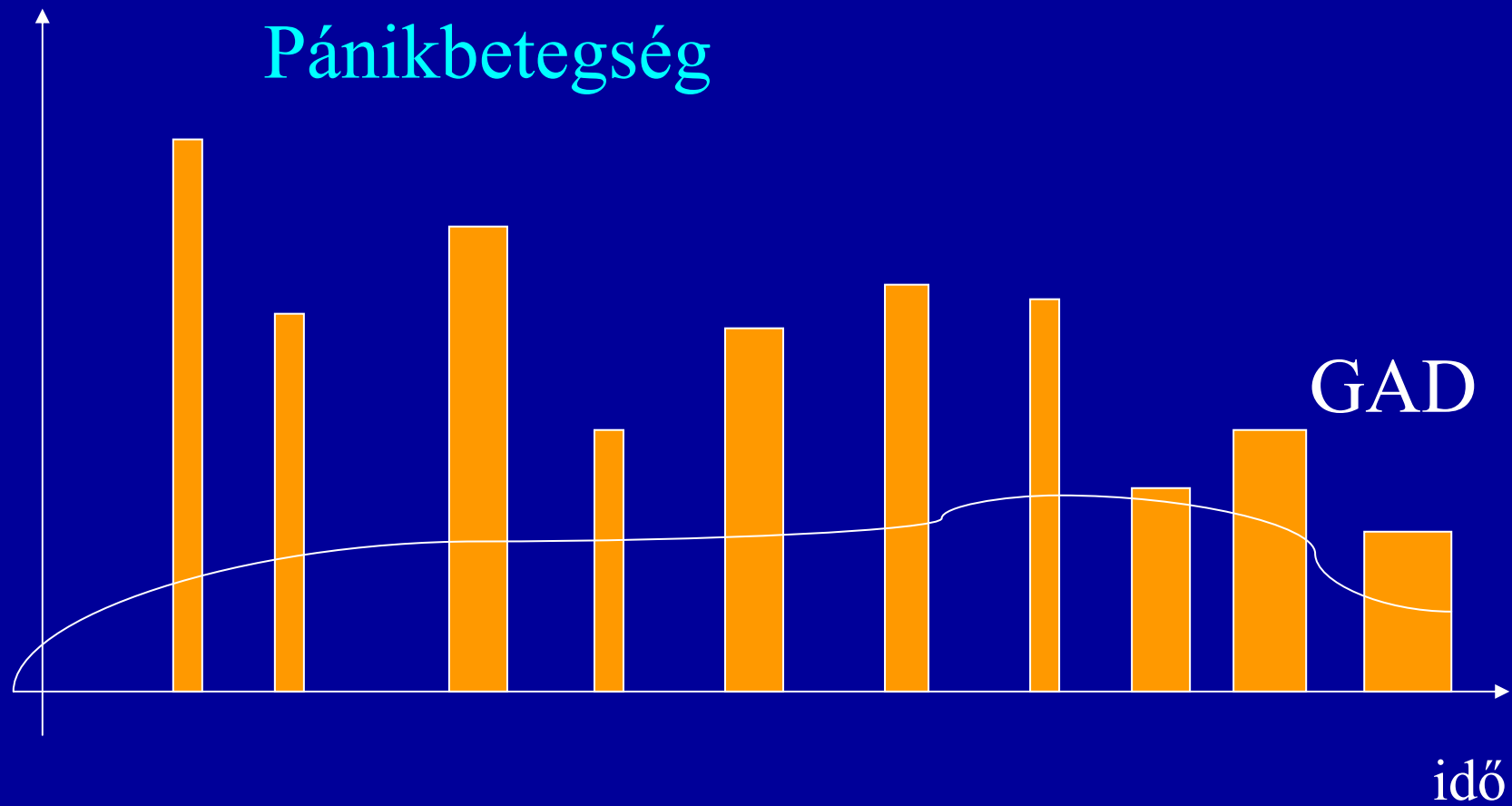
Szociális fóbia

OCD

– Család

?

GAD vs. pánik



Generalizált szorongásból depresszió?

Hangulattal kongruáló kognitív torzítás



- figyelem
- interpretáció (inf. feldolg.)
- emlékezés



„Igen, de ...”

Beck féle kognitív triád

- Negatív énkép
- Tapasztalataink negatív értelmezése
- Negatív jövőkép

Generalizált szorongás th.

Farmakoterápia

- BZ
- Buspiron
- **Antidepresszívum**
- Egyéb



Pszichoterápia

- relaxációs technikák
- Kognitív-viselkedés terápia (CBT)

Szociális fóbia (SAD)



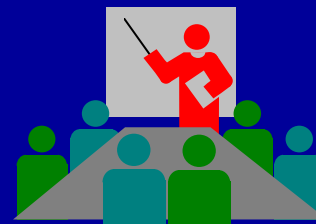
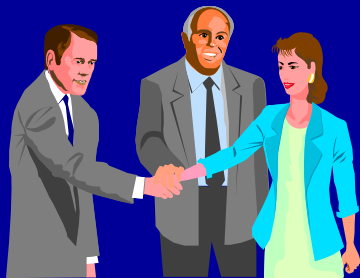
Szorongásos tünetek olyan szituációban, ahol mások figyelmének van kitéve – „emberfóbia”
(Pontos definíció BNO, DSM szerint)

- **LEGGYAKORIBB SZORONGÁSOS ZAVAR!**
(3. pszichiátriai)

- Formái:

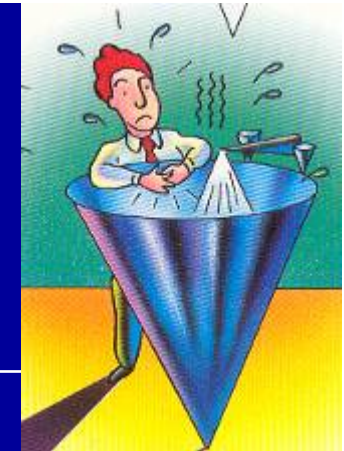
generalizált

specifikus (körülírt)





Kényszerbetegség (OCD)



Obszessziók

- Akarattól függetlenül
- Visszatérő.
- Szorongást keltő
- Énidegen

Gyakoriság:

- kontaminációs 72 %
- agresszív 63 %
- vallási 47 %
- szimmetriával kapcs.
- szexuális tartalmúak 27 %

(Treuer, Németh 2001)

Kompulziók

- Obszesszióra adott válasz
- Célja: a szorongás csökkentése
- Repetitív
- Túlzott mértékű v. értelmetlen

Gyakoriság

- tisztálkodási 75%
- ellenőrzési 72%
- ismétléses 66%
- megszámlálásos 35%
- imádkozási 15 %

(Treuer, Németh 2001)

A kényszerbetegség terápiája

Farmakoterápia

1. SSRI-k- mind, de magasabb dózisban
2. Clomipramin (CMI)
3. Atípusos antipszichotikum
4. NP-BZD: clonazepam

integratív szemlélet

Pszichoedukáció

Pszichoterápia

- viselkedésterápia



- kognitív terápia
- családterápia

Döntési szintek

1. **szint:** elsőként: SSRI
2. **szint:** váltani SSRI-2 vagy Clomipramin
3. **szint:** Fenntartó terápia: min. 12 hónap, de akár egész életen át



Poszttraumás stressz zavar

- Egyre gyakoribb!
- Trauma: 50-60 %-ban, PTSD kb 3 %
- Trauma után PTSD rizikója függ:
 - trauma típusa (violens történések főleg)
 - biológiai faktorok (genetika, nem)
 - személyiségvonások
 - szociális tényezők (támogatottság, szülői szorongás)
 - korábbi traumatizáló hatások, szor. zavar



(Seedat and Stein, 2001)

PTSD terápiája

Farmakoterápia

- **antidepresszívum**
 - TCA
 - RIMA
 - SSRI: első választás
(sertralin, fluoxetin, paroxetin)
- **hangulatstabilizálók**
 - CBZ, valproát, vigabatrin, topiramate, lamotrigine

Pszichoterápia

- **kognitív terápia**
- **kognitív-viselkedésterápia**
- **csoportterápia**
- **Szocioterápia**

A szorongásos zavarok alaptünetei



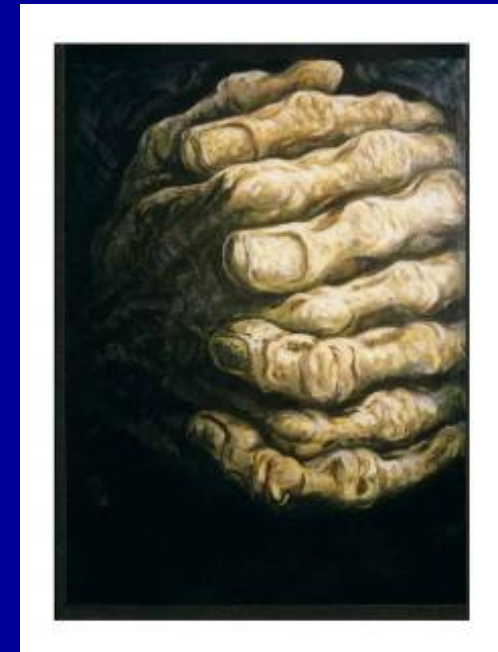
Németh, 2003

Kezeletlen szorongás következményei

- Depresszió → öngyilkosság
- Öngyógyítás → alkohol v. drogfüggőség
- Hipochondriázis → vizsgálatok
- Dependenciahajlam → familiáris konfl.-ok
- Kardiovaszkuláris mortalitás 2-3-szoros!

Farmakoterápia közös vonásai

1. **lépés:** diagnózis felállítása
2. **lépés:** lehetséges komplikációk felmérése
 - súlyosság
 - komorbiditás
 - depresszió
 - alkohol vagy drogabuzus
 - szomatikus betegség
 - idős kor
 - terhesség, szoptatás



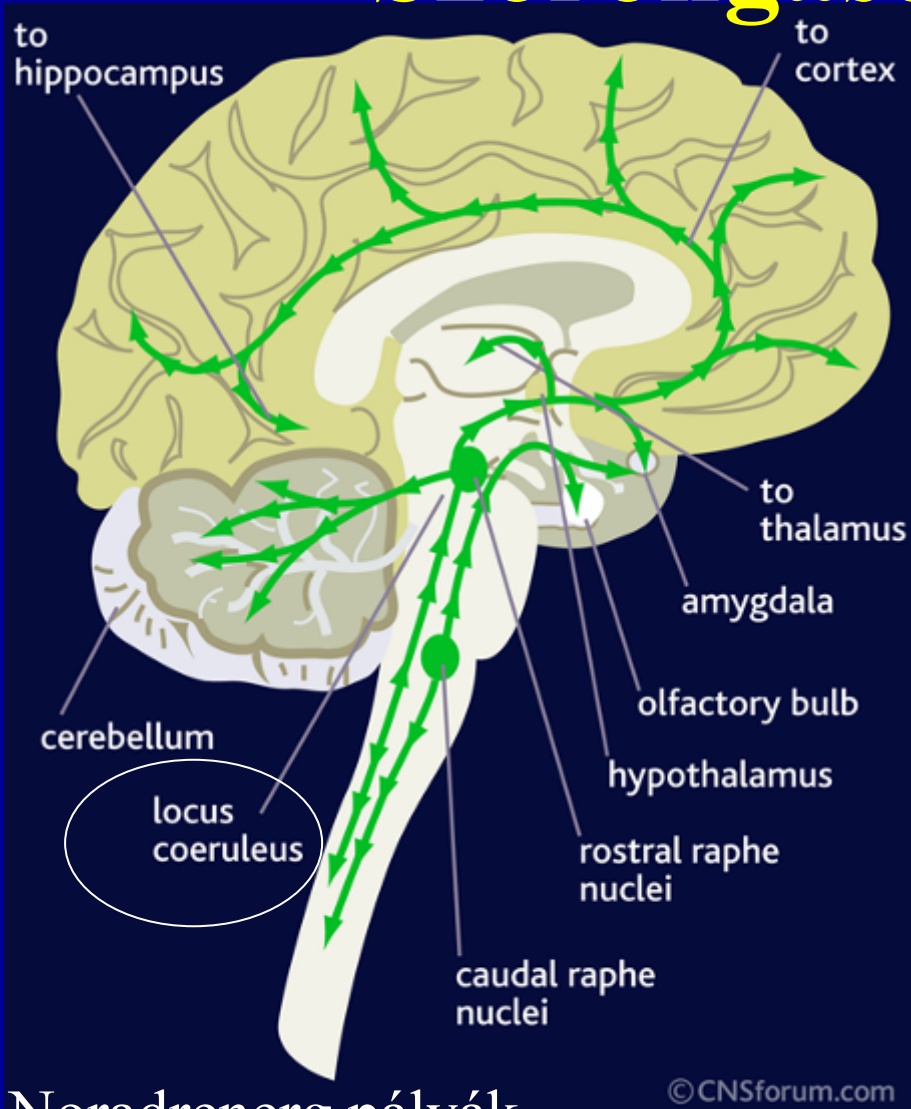
A kezelés stratégiája



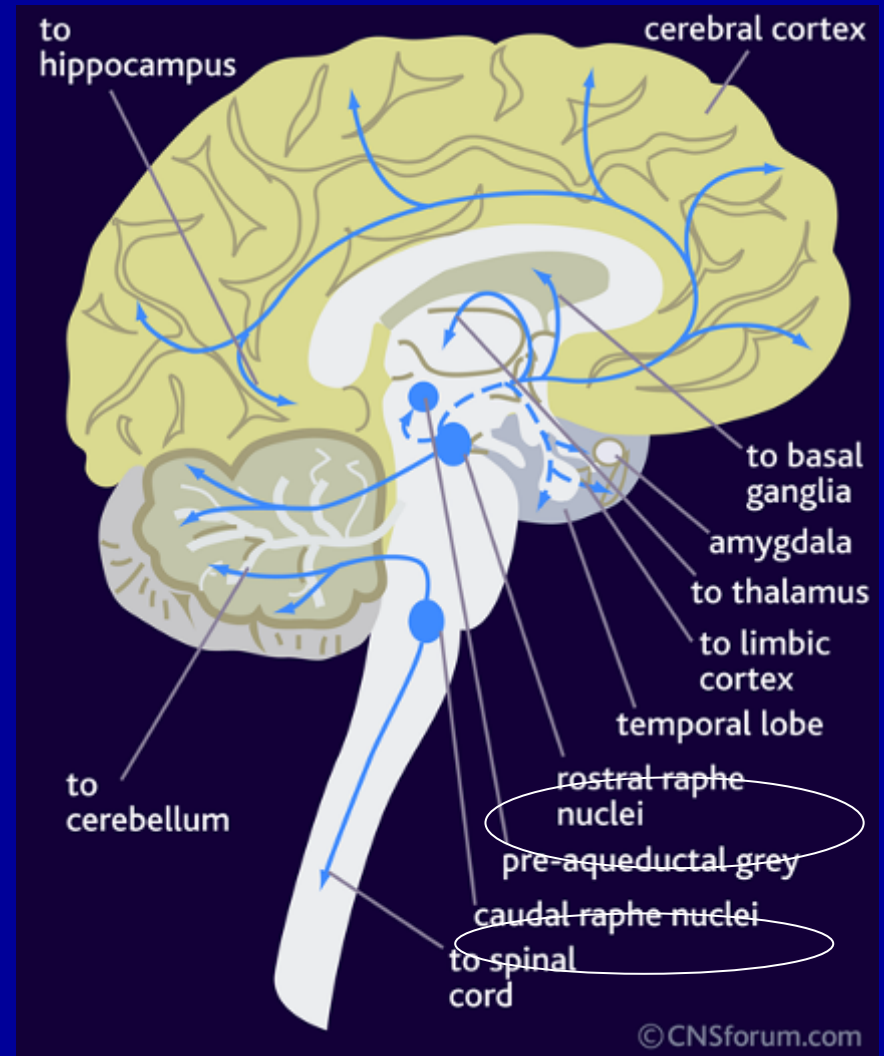
1. Diagnózis felállítás, betegtájékoztató
2. Terápia indítás: kis dózissal („start low – go slow”)
3. Mellékhatás monitorozás
4. Komorbid állapotok diagnózisa és kezelése
5. Cél: teljes remisszió
6. Betegtájékoztató újra (gyógyszerszedési compliance)
7. terápia minimum 6 hónap, de inkább 12-24 hó!!!
8. Gyógyszerelhagyás több hónap alatt!

(Pollack, 2003 alapján)

Szorongásos zavarok




Noradrenerg pályák



Szerotonerg pályák

Életesemények - stressz - genetika

A géneexpresszió *kölcsönhatásban* van a környezeti tényezőkkel. (Kandler et al, 1998)

GÉNEXPRESSZIÓ  **KÖRNYEZET**

A gének úgy növelik a kockázatot, hogy megváltoztatják az *egyén érzékenységét* az életeseményekre.

(Dudás, Janka, 2000)

Pszichoszomatikus zavarok

(testi zavarokat befolyásoló pszichés tényezők)

Pszichés ↔ szomatikus

Pszichés tényezők: lelki betegségek, pszichopatológiai tünetek, személyiségvonások, megküzdési módok, kóros egészségmagatartás

Diagnózis: olyan általános testi zavar van jelen, melyet pszichés tényezők adverz módon befolyásolnak (kialakulást; kezelés eredményességét; további rizikótényezőket hozva létre; a stresszhez társuló fiziológiai válaszok a tüneteket előhozzák vagy súlyosbítják); kivétel konverzió, szomatoform zavar, hipochondriázis, olyan testi tünet, mely gyakran mentális zavarhoz társul, pszichoaktív szer kóros használatához társuló testi tünet

A pszichoszomatikus fogalom

- Ókor, középkor: test és lélek (tabu, vallásos bűntudat, „hited meggyógyított”), mágikus gyógy módok természeti népeknél
- Virchow XIX.sz.: a test betegségei a sejtek betegségei – természettudományos egyoldalúság
- Heinroth: tőle származik a fogalom, bár még csak a fejfájásokra alkalmazta
- Jacobi: terjesztette ki általánosságban
- Pszichoanalízis

A pszichoszomatikus orvostudomány megszületése

- Holisztikus nézőpont általánosságban a specializált, technicizált vizsgálatokkal szemben, minden betegségben szerepet kapnak pszichoszociális tényezők is
- Bizonyos betegségeknél a keletkezés és kórlefolyás során e tényezők különösen fontos szerepet kapnak (pszichoszom.bet.)
- Freud: konverziós modell, elfojtott ösztönkonfliktusok
- Ferenczi S.: speciális vágyfantáziák colitises betegekénél, TA – veget.ir. – betegség
- F.Alexander: PA.pszichoszomatika elmélet
- Selye J.: stressz-elmélet: vészreakció, ellenállás, kimerülés
- Tanuláselmélet: veget.kondic. - individuális válaszminta

Klasszikus elmélet (F.Alexander)

- Alapkonfliktus: a fejlődés során bekövetkező affektív traumatizáció (pl. korai anya – gyermek kapcsolat, függőségi konfliktus)
- Kiváltó konfliktus (szituáció): aktuális konfliktus, mely az alapkonfliktust aktiválja és a betegséget kiváltja
- Szervlokalizáció („szervválasztás”): „alkati szervcsökkentértékűség”, szimbolizáció, kondicionálás
- Klasszikus psz.kk.: „holy seven”: ulcus duodeni, colitis ulcerosa (ileitis terminalis Crohn), asthma bronchiale, essentialis hypertonia, rheumatoid arthritis, hyperthyreosis, atópiás ekzema (neurodermatitis)

Krónikus stressz

- Életesemények, pszichoszociális feszültségek – a szükséges és a rendelkezésre álló információ jelentős különbsége – túlaktivált állapot (stressz, szorongás)
- GAS: vészreakció – alkalmazkodás – kimerülés
- A chr. stressz a vegetatív ir. egyensúlyvesztésére vezet és az endokrin és immunfolyamatokra is hatással van.
- Következmény: pszichoszomatikus v. egyéb betegség

Magatartás-orvostan

- A magatartás meghatározza: - az egyes betegségek lefolyását - befolyásolja a rehabilitációs kilátásokat
- Chr.stressz – pszichoszomat. Betegség
- Különböző pszichopatológiai állapotok (SZ, D) befolyásolják a testi betegségek lefolyását is
- Pszichés zavarok testi tüneteket is okozhatnak (larvált D)
- Egyes személyiségvonások bizonyos betegségekre hajlamosítanak (pl.: A típusú sz.)
- A magatartás az egyes betegségek lefolyására jelentős befolyással van (pl.:alkohol, dohányzás)

Pszichoszomatikus zavarok Betegségek

- Gyomorfekély
- Asztma
- Krónikus fejfájás
- Magas vérnyomás
- Szívkoszorúér szűkület