

Pszichózisok



dr Mersich Beatrix
Semmelweis Egyetem,
Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika
Neuropszichológus képes
2018.okt.10.

BNO diagnózisok-pszichotikus zavarok

- Szkizofrénia (F20..)
- Szkizotípiás zavar
- Tartós paranoid zavar (F22..)
- Akut polimorf pszichotikus zavar (F23...)
- Szkizoaffektív zavar (F25..)
- Egyéb, nem organikus pszichotikus zavar (F28..)

Mentális zavarok pszichotikus tünetekkel BNO

- Depresszió pszichotikus tünetekkel
- Bipoláris zavar pszichotikus tünetekkel (mánia, depresszió)
- Demenciához társuló pszichotikus tünetek
- Szerhasználatához társuló pszichotikus tünetek
- Organikus ok miatti pszichotikus zavar pl. epilepszia, agytumor, stb...

DSM 5 categories of psychotic disorders

- Schizophrenia
- Brief Psychotic Disorder
- Schizophreniform Disorder
- Schizoaffective Disorder
- Delusional Disorder
- Shared Psychotic Disorder
- Psychotic Disorder due to a General Medical Condition
- Substance-induced Psychotic Disorder
Psychotic Disorder Not Otherwise Specified

Szóhasználat

Pszichózis ≠ Szkizofrénia!

A pszichózis egy mentális állapot.

A szkizofrénia egy mentális zavar (betegség).

**SZKIZOFRÉNYIA SPEKTRUM ZAVAR---szemlélet:
azaz a betegség különböző súlyosságú és heterogén
tünetekkel jár**

Pszichózis= a valósággal való kapcsolat megszakadása.

De akkor mi a szkizofrénia....?

A szkizofrénia

- fogalma
- epidemiológiája
- okai
- lefolyása-fókuszban az első epizód
- tünetei
- lehetséges terápiák

Az első epizód ellátása: akut, szubakut és stabilizációs fázis

A szkizofrénia spektrum zavar fogalma

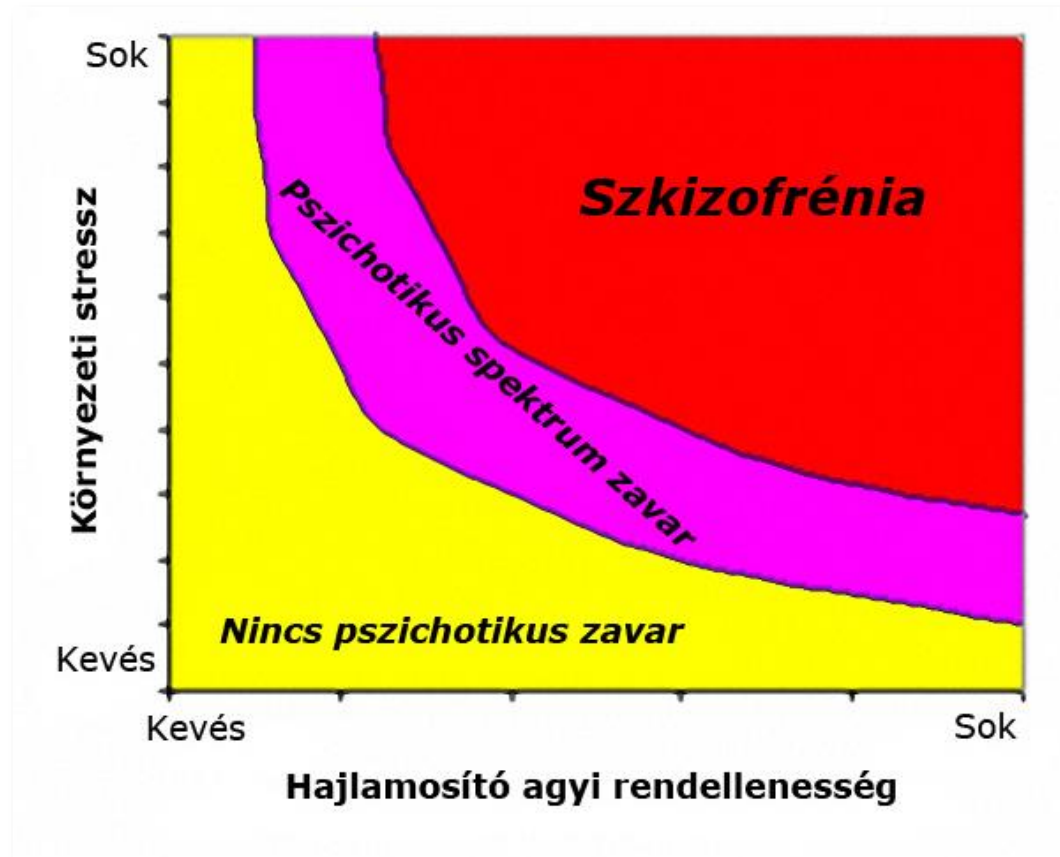
- A pszichózisok olyan csoportja, amelyben a gondolkodás, az érzékelés, az érzelmek széttöredeznek
- Krónikus betegség: lappangó fázist követően epizódokban jelentkezik
- Az epizódok hossza is tartós (min. 1 hónap)
- Az epizódok között (általában részleges) tünetmentesség
- Funkcionális károsodást okoz: mindennapi életvitelben nehézségek, társas kapcsolatok zavara!



A szkizofrénia epidemiológiája

- Előfordulási gyakorisága: kb. 1%
- Nemek közötti megoszlásban nincs különbség
- A férfiakra a korábbi kezdet (15 – 25 év) a jellemző és gyakoribbak a negatív tünetek
- Nőkre a későbbi kezdet (25 – 35 év), és a jobb szociális funkciók jellemzőek
- Az első pszichotikus tünetek 20-40% jelentkeznek 20 éves kor előtt
- A szkizofrén páciensek kb. 10%-a öngyilkosság következtében hal meg
- Gyakori a drogabúzus- vagy függőség
- A leggyakoribb az alkoholfüggőség (30 – 50%) együttes előfordulása

A szkizofrénia kialakulásának okai

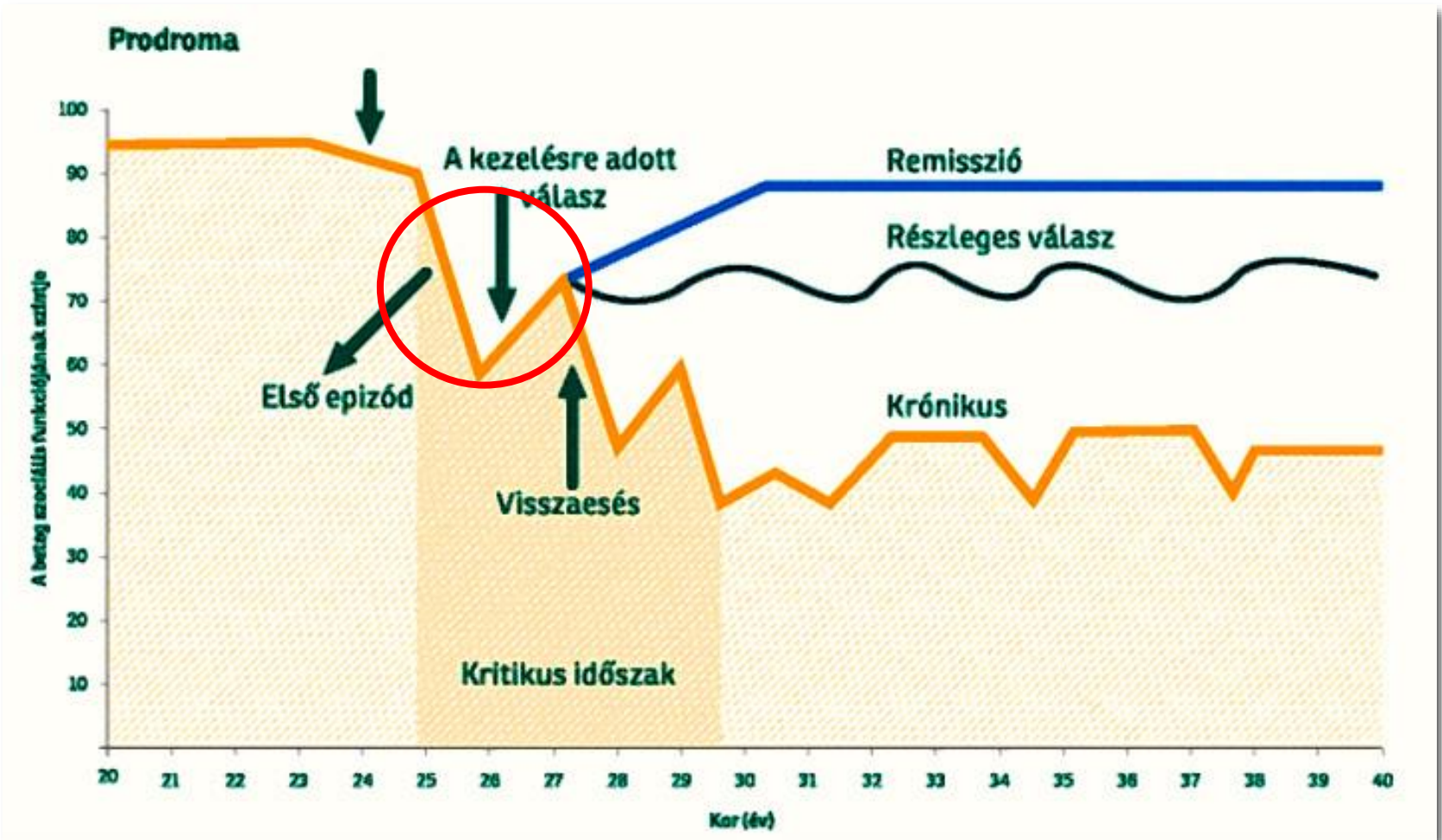


- genetikai tényezők
- környezeti tényezők
- egyéni pszichés érzékenység

A szkizofrénia okai

- **Stressz-vulnerabilitás** modell: a központi idegrendszer betegség iránti érzékenységéhez bizonyos stressz faktorok adódnak hozzá, és ez eredményezi a betegség kialakulását. Önmagában sem a sérülékenység, sem a stressz nem vált ki betegséget.
- **A sérülékenység (vulnerabilitás) lehetséges okai:**
 - **Genetikai tényezők**
 - **Biológiai/környezeti tényezők**
 - **Pszichoszociális (stressz) faktorok**
 - lelki, fizikai vagy szellemi megterhelés pl. középiskolában, egyetemen, katonaságnál
 - megterhelő életesemények, veszteségélmények
 - szociális feszültségek
 - központi idegrendszer működését befolyásoló szerek, elsősorban kábítószer

Szkizofrénia: a betegség jellemző lefolyása



A szkizofrénia lefolyása

PREMORBID FÁZIS

- gyermekkor, korai serdülőkor
- kisfokú eltéréseket mutathatnak korosztályukkal összehasonlítva, de ez még nem tekinthető kórosnak. pl. visszahúzódóbb, befelé fordulóbb, mint társai; kevesebb barátja van; tanulási vagy beszédfejlődési nehézségek
- ezek a tünetek, hasonlóan a prodroma fázis tüneteéhez, nem specifikusak a betegségre
- utólag azonosítható



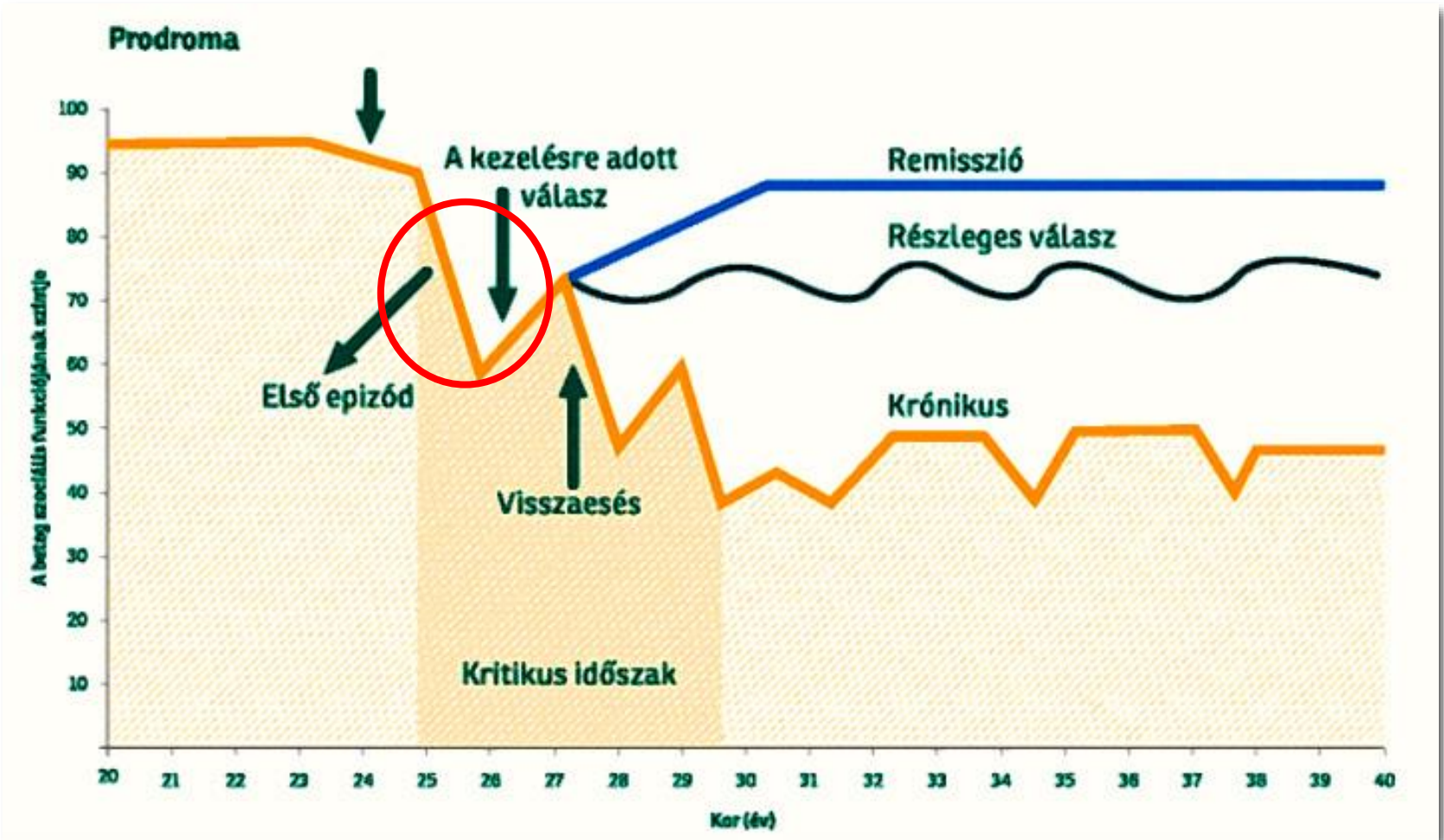
A szkizofrénia lefolyása

PRODROMA



- az első epizódot közvetlenül megelőző időszak
- hónapoktól évekig tarthat
- a betegsége nem specifikus tünetek jellemzik (pl. előérzetek, kóros jelentőségadás, külső erők befolyásának érzete, sejtelmes összefüggések észlelése, én-határok elmosódása, vonatkoztatások)
- hasonlóság a kamaszkorban fellépő lelki jelenségekkel
- gyakran csak utólag lehet megállapítani, hogy a környezet számára furcsának, érthetetlennek tűnő jellemzők tulajdonképpen a pszichózis bevezető, korai szakaszának tünetei voltak
- Szkizofrén beteg családtagjánál megjelenő pszichotikus(~jellegű) tünet esetén pszichoedukáció

Szkizofrénia: a betegség jellemző lefolyása



Első epizód: miért kiemelkedően fontos a megfelelő kezelés?

- A betegek első epizódja (sokkal) jobban reagál a kezelésre, mint a rákövetkezők.
- DE!már az első epizód során gyakori a csak részleges javulás, és nagy a visszaesés kockázata.
- Minden egyes visszaesés egyre súlyosabb funkciózavarral jár, egyre kisebb az esély a betegség előtti állapot visszanyerésére.

Terápiás céljaink szkizofrénia korai fázisában

- a tünetek megszüntetése
- funkcionális kimenetel javítása: a beteg egyéni/társadalmi szerepeinek visszaállítása: párkapcsolat, család, munka, barátok
- az önálló életvitelhez való visszatérés
- csökkenteni a betegséggel járó terheket (stigma)

Harvey et al. J Clin Psychiatry 2004;65:361–372 ; Harvey & Bellack. Schizophr Bull 2009;35:300–306; 2. Falkai et al. World J Biol Psychiatry 2006;7:5–40; Falkai et al. World J Biol Psychiatry 2005;6:132–191; http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Scientific_Discussion/human/000746/WC500034928.pdf

A szkizofrénia tünetei

Pozitív tünetek

- Valamely normál funkció excesszív vagy torz megjelenése, „plusz”ként jelenik meg a normális gondolatokra, érzelmekre, viselkedésre rakódva
- Könnyű felismerni, általában ezek miatt történik kórházi beutalás
- antipszichotikumra általában jó terápiás válasz

Pozitív tünetek

1. Téveszmék
2. Konceptuális dezorganizáció (gondolkodás alaki zavara)
3. Hallucinációk
4. Izgatottság
5. Grandiozitás
6. Gyanakvás/üldöztetési gondolatok
7. Ellenségesség (hosztilitás)

Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull. 1987;13(2):261-76.

Téveszmék

Én-re vonatkozó téves ítélet, hiedelem, mely legtöbbször korrigálhatatlan (külső ellentétes bizonyítékok sem tudják megváltoztatni)

Tartalom szerinti csoportosítás, pl.:

- paranoid- üldöztetési
- vonakoztatási
- befolyásoltatási
- gondolatbeültetés-elvonás
- bűnösségi, nihilisztikus /pl.depresszió/
- nagyozási /mánia/
- vallási
- testi (cönesztézia)
- személy kicserélése (Capgras, Fregoli)
- erotomán
- meglopási
- elszegényedési

P1 Téveszmék

Téveszmék: Megalapozatlan, valótlan és idioszinkratikus hiedelmek.

Értékelés alapja: a gondolattartalom megjelenik az interjúban, ill. az ápoló személyzet vagy a család ennek a beteg társas kapcsolataira és viselkedésére gyakorolt hatásáról számolnak be.

- „Az utóbbi időben jól mennek a dolgai? nyugtalanítja-e valami?”
- „Mit gondol az életről, annak céljáról?”
- „Van-e konkrét életfilozófiája?”
- „Néhányan azt állítják, hisznek az Ördögben. Ön mit gondol?”
- „Tud esetleg olvasni mások gondolataiban? Ellenőrzi-e valaki a gondolatait?”

P2. Fogalmi dezorganizáció (gondolkodás alaki zavara)

Dezorganizált gondolkodási folyamat, amelyben megszakad a célorientált sorrendi szerveződés, pl. körülmény-függőség, érintőlegesség, laza asszociációk, torz érvelés, durva logikátlanság, vagy súlyos mentális blokk jelenik meg.

Értékelés alapja: az **interjú** során megfigyelt kognitív-verbális folyamatok.

- „Jó napot, a nevem ...A következő 30-40 percben Önről és a jelenlétének okairól fogunk beszélgetni. Talán kezdhetnénk azzal, hogy pár szót szól önmagáról és a családi háttéréről!”

A gondolkodás alaki zavarai 1.

- **Fellazult asszociációk:** a szavak és mondatok közti logikai kapcsolat elvész, a mondatok közti kapcsolat lehet indirekt vagy teljesen hiányozhat is
- **Rím asszociációk:** a szavak hangalakját vagy fonetikus hasonlóságát használják a jelentés helyett „feszült vagyok a frontoknál Frontint szeretnék”
- **Neologisma:** új, jelentés nélküli szó alkotása pl „altera”
- **Tangencialitás:** a beteg a témától fokozatosan eltér, az asszociációk más témára vezetik át, de ezek között a kapcsolat a figyelő számára még felismerhető

A gondolkodás alaki zavarai 2.

- **Inkoherencia:** a mondatok mintázata követhetetlen, értelmetlen, a logikai kapcsolatok teljesen hiányoznak. Szélsőséges esetben: *szósaláta*. Pl”Hogy hívják?Salinda, tamarisz Tatjana...repülőgép töltőállomás...jelek jajaja ...”majd angolul énekel
- **Cicumstancialitás:** szükségtelenül sok részletet ad meg, melyek érintőlegések, irrelevánsak. Nehezen ad direkt választ, de képes visszatérni az eredeti témára.
- **Gondolat-blokk:** a gondolkodás folyamatának hirtelen, kifejezett és tartós megszakadása.
- **Echolalia, (echopraxia):** az utolsóként hallott hang, v szó (gesztus, cselekvés) ismétlése

P3. Hallucinációk

A szóbeli beszámoló vagy a viselkedés olyan percepciókra utal, amelyeket nem külső ingerlés hozott létre. Ezek a hallási, látási, szaglási, vagy szomatikus szférában jelentkezhetnek.

Értékelés alapja: szóbeli beszámoló és fizikai megnyilvánulások az interjú során, ill. az ápoló személyzet vagy a család ezekre vonatkozó beszámolóit.

- „Vannak-e olykor szokatlan vagy furcsa élményei?”
- „Az emberek néha azt állítják, hogy a fejükben zajokat, hangokat hallanak, amelyet mások nem hallanak. Önnel mi a helyzet?”
- „Néha kap személyre szabott üzenetet a TV-ből?/Istentől?/Ördögtől?”
- „Mit mondanak a hangok? „
- „Adnak-e utasítást? Azt követi-e?”
- „Mit gondol, honnan jönnek ezek a hangok?”

Hallucinációk 1.

Akusztikus hallucináció:

- ez a leggyakoribb (sch betegek 50-70%-nál)
- lehet kommentáló vagy imperatív
- sokszor fenyegető tartalmú
- lehetnek mondatok vagy csak szavak, utasítások
- hallucinációra adott válasz: akut szakban félelem, viselkedés változás, ritkán: szuicidum, homicidum, chr. szakban: csekély érzelmi-és viselkedés válasz
- Gondolat-felhangosodás (pszeduohallucináció): saját gondolatokat hangosan hallja a fejében

Hallucinációk 2.

Vizuális hallucináció:

- sch-ban ritkábban fordul elő, tipusosan deliriumban v organikus (pl.drog) pszichózisban
- Emberek, alakok, színek, tárgyak, állatok—társulhatnak taktilis hallucinációval pl. alkohol megvonásos deliriumban apró állatok

Tapintási hallucináció:

- Fizikai érzékelés (pl. érintés, hideg-meleg, áramütés) észlelése vagy a test megváltozottságának észlelése
- Ekbom

Olfaktorikus hallucináció:

- Szokatlan, mások számára nem észlehető illatok észlelése
- Gyakran ízézzel együtt
- Üldöztetéses tematika, temporális lebeny epilepszia

P4. Izgatottság

Hiperaktivitás, amely felgyorsult motoros viselkedésben, az ingerekre felerősödött válaszkészségben, hipervigilanciában, vagy szélsőséges hangulatingadozásban jelentkezik.

Értékelés alapja: az interjú során megnyilvánuló **viselkedés**, ill. az ápoló személyzettől vagy a családtól származó beszámolók.

- Agitáció
- Nyugtalanság
- Kiabálás
- Tettlegettség

P5. Grandiozitás

Eltúlzott önértékelés, és felsőbbrendűségről szóló irreális meggyőződés, amely magában foglalja a rendkívüli képességekről, gazdagságról, tudásról, hírnévről, hatalomról, és erkölcsi feddhetetlenségről szóló téveszméket.

Értékelés alapja: az interjú során megnyilvánuló gondolat-tartalom, ill. ennek viselkedésre gyakorolt hatásáról szóló, az ápoló személyzettől vagy a családtól származó beszámolók.

- „Ha önmagát egy átlagemberhez viszonyítja, ön kicsivel jobb vagy rosszabb vagy kb ugyanolyan?”
- „Különlegesnek tartja-e magát ?”
- „Rendelkezik-e különleges képességekkel?”
- „Ön rendkívül jó módúnak/okosnak/híresnek tekinthető-e?”
- „Vallásos-e? Lehet, hogy Isten küldötte vagy megbízottja?”
- „Van-e különleges küldetése az életben?”

P6. Gyanakvás/üldöztetés

Üldöztetésről szóló irreális és eltúlzott képzetek, ami fokozott őrkedésben, bizalmatlan attitűdben, gyanakvó hipervigilanciában vagy abban a nyilvánvaló téveszmében jelentkezik, hogy mások kárt akarnak okozni a betegeknek.

Értékelés alapja: a gondolat-tartalom megjelenik az interjú során, ill. ennek viselkedésre gyakorolt hatását az ápoló személyzet vagy a család szóbeli beszámolóí megerősítik.

- „Hogyan tölti mostanában az idejét?”
- „Inkább egyedül szeret lenni vagy inkább társaságban?”
- „Fél az emberektől vagy szereti őket?...beszéljen erről”
- „Sok barátja van?ők közeli barátok?”
- „Gondolja, hogy az emberek többségében megbízhat?”
- „Vannak-e olyan emberek, akikben nem bízunk?Miért nem..?”
- „Előfordul-e, hogy néha veszélyben érzi magát?veszélyben forog-e az élete?”
- „Fordult-e már segítségért a rendőrséghez?”

P7. Ellenségesség

A düh és neheztelés szóbeli vagy nem-verbális kifejezése, ami szarkazmust, passzív-agresszív viselkedést, szóbeli becsmérlést, és támadási hajlamot foglal magában.

Értékelés alapja: az interjú során megfigyelhető interperszonális **viselkedés**, és az ápoló személyzettől vagy a családtól származó beszámolók.



A szkizofrénia tünetei

Negatív tünetek

- Valamely **normál funkció** (érzelmek, akarat, energia, motiváció) **csökkenése, elszegényedése, hiánya**
- Gyakori tünetek szkizofréniaiban
- Sokszor megelőzik az első epizódot, már a prodromában jelen vannak
- primer anhedonia, affektusok ellaposodása és beszűkülése, beszéd elszegényedése, szociális izoláció
- Stabilak, kevésbé befolyásolhatóak gyógyszeresen

Negatív tünetek



1. Eltompult érzelmek
2. Érzelmi visszahúzóds
3. Gyenge rapport (kapcsolat)
4. Passzív/apatikus szociális visszahúzóds
5. Az absztrakt gondolkodás nehézsége
6. Spontaneitás és a beszéd áramlásának hiánya
7. Sztereotíp gondolkodás

Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull. 1987;13(2):261-76.

N1. Érzelmi eltompulás

Csökkent érzelmi válaszkészség, amit az arcsmimika, az érzelmi moduláció és a nemverbális gesztusok csökkenése jellemez.

Értékelés alapja: az érzelmi tónus fizikai megnyilvánulásainak és az érzelmi válaszkészség megfigyelése az interjú során

- Külső ingerekre mutatott **érzelmi válasz csökken** vagy hiányzik
- Kifejező **gesztusok szegényessége**: az egyén nem képes az ingerek által kiváltott érzelmeit gesztusok segítségével kifejezni pl. kézmozgások csökkenése
- **Hangszín és hanghordozás hiánya**: a beszéd monoton, egyhangú, hangszín változtatással nem képes érzelmeket kifejezni

N2. Érzelmi visszahúzódás

Az élet eseményeivel kapcsolatos érdeklődés, részvétel, és érzelmi elköteleződés hiánya.

Értékelés alapja: az ápoló személyzet vagy a család beszámolója a beteg működéséről, ill. az interjú során megfigyelt interperszonális viselkedés.

- Nem- vagy alig reagál érzelmileg telített témáknál sem pl. haláleset, baleset, örömhír
- Az élet eseményeihez szükséges **érzelmi bevonódás hiánya**
pl. anya-gyerek kapcsolat –nem érdeklődik, nem aggódik „kívül marad” – üvegbúra

N3. Gyenge rapport

Az interperszonális empátia, a beszélgetés iránt való nyitottság, a közelség, az érdeklődés és a kapcsolat hiánya az interjúkészítővel. Mindezt az interperszonális távolságtartás, ill. a csökkent verbális és nemverbális kommunikáció támasztja alá.

Értékelés alapja: interperszonális viselkedés az interjú során.

- Kevés vagy hiányzó **szemkontaktus**
- Kérdésekre adott válaszok hiánya
- Empátia hiánya**—nem tudnak vigasztalni, „kívül marad” -- üvegbúra
- Kerülik a másokkal való érintkezést**
- Személyes információk másokkal való közlésének **csökkése**—nem osztja meg a félelmet vagy örömet, de sokszor fel sem ismeri—érzelem felismerési deficit
- Mentalizációs deficit: mások érzelmi szükségleteit nem ismeri **fel—kapcsolatok kölcsönösségének hiánya**

N4. Passzív/apatikus szociális visszahúzódás

Csökkent érdeklődés és kezdeményezőkézség a társas interakciók terén, ami passzivitásból, apátiából, energia- vagy akarathiányból ered. Ez csökkent interperszonális kapcsolatokhoz és a mindennapi tevékenységek elhanyagolásához vezet.

Értékelés alapja: az ápoló személyzettől vagy a családtól, a beteg társas viselkedésére vonatkozó beszámolók

- Szociális kapcsolatok száma csökken
- Beszéd készlet hiánya, alogia
- Inaktív, csökkent energia szint, csak passzív cselekvést végez, pl. tv-nézés
- Csökkent önellátás és higiéné
- Nehézség a munkakeresésben, munkahely fenntartásában
- Csökkent szexuális érdeklődés és aktivitás
- Nincs barátjuk vagy csak kevés, többnyire magányosak
- Másokkal kialakított kapcsolatuk rövid, feszínes

N5. Absztrakt gondolkodás nehézsége

Az absztrakt-szimbolikus gondolkodás alkalmazásának gyengülése, amit az osztályozás, az általánosítás nehézsége, és annak a képességnek a hiánya jelöl, hogy a beteg a problémamegoldási feladatokban túl tudjon lépni a konkrét és egocentrikus gondolkodásmódon.

Értékelés alapja: a hasonlósági kérdésekre és a mondás-értelmezésre adott válaszok, ill. a konkrét vs. absztrakt gondolkodásmód használata az interjú során.

- Szópárokban mi a közös?: alma-banán
válasz pl. „mindkettőnek bőre van” „meg lehet enni” „kicsik”
- közmondás értelmezés Nem a ruha teszi az embert.
Válasz pl. „Ruha kell mindenkinek.” „Jó, ha van rajtunk ruha”
- Biblia szó szerinti értelmezése

N6. A spontaneitás és a beszélgetés folytonosságának hiánya

A kommunikáció normál folyamatának lelassulása, ami apátiával, akarathiánnyal, defenzivitással, vagy kognitív deficittel jár együtt. Ezt a verbális interakció fluiditásának és eredményességének csökkenése bizonyítja.

Értékelés alapja: az interjú során megfigyelt kognitív-verbális folyamatok

Alogia: a gondolkodás és beszéd csökkent gördülékenysége és produktivitás, mely **apátiával és akarati hiánnyal** társul

- A beteg **érdeklődése és személyes aktivitása csökkent**
- Világ aktuális dolgairól csak felületes ismeretei vannak
- Beszéd szegényessége:** spontán keveset beszél, a kérdésekre rövid, konkrét, színtelen válaszokat ad, vagy nem válaszol
- Párbeszéd fenntartása a másik fél aktív közreműködésén múlik
- Beszéd tartalmi elszegényedettsége.** Mennyisége megfelelő vagy néha sok is, de kevés információt tartalmaz, mert csapongó, túl absztrakt vagy konkrét, repetitív, sztereotíp
- Válasz latencia megnövekedése—távolinak tűnik a beteg

N7. Sztereotip gondolkodás

A gondolkodási folyamat csökkent áramlása, spontaneitása, és flexibilitása, ami a rigid, ismétlődő és üres gondolat-tartalomban nyilvánul meg.

Értékelés alapja: az interjú során megfigyelt kognitív-verbális folyamatok.

- **Ismétlődő és sivár gondolati elemek**, melyek interferálnak a gondolkodással „és akkor jött a szomszéd című fejezet...” reggel a korai kelés című fejezet...”
- újra-meg újra visszatér egy adott témára, **gondolkodási automatizmusként** ismételteti
- **Merev hiedelmeket** tartanak fenn, melyek sokszor túlzóak, értelmetlenek, „aki nem néz a szemedbe, az gonosz ember”
- Az extrém állítások közötti **árnyalatok hiányoznak**
- Súlyos esetben a beszélgetés egy-két témára szűkül be, amely károsítja a beszéd mennyiségi és tartalmi minőségét

Általános pszichopatológiai tünetek

1. Testi aggódás
2. Szorongás
3. Bűnösségi érzések
4. Feszültség
5. Manírosság és pózolás
6. Depresszió
7. Motoros retardáció
8. Együttműködés hiánya
9. Szokatlan gondolati tartalom
10. Deorientáció
11. Figyelemzavar
12. **Betegségbelátás hiánya**
13. ~~Az akarati élet zavara~~
14. Gyenge impulzus-kontroll
15. Gondolati elmerülés
16. Aktív társas elkerülő viselkedés

Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull. 1987;13(2):261-76.

GI. Szomatikus panaszok

Testi betegségre vagy működési zavarra vonatkozó fizikai panaszok vagy hiedelmek. Ezek a betegség homályos érzetétől a végzetes testi betegségről körvonalazódott téveszméjéig terjedhetnek.

Értékelés alapja: az interjú során kifejezésre jutó gondolat-tartalom

- Egészségileg hogyan érzi magát az utóbbi időben?
- Van-e valamilyen orvosi értelemben vett betegsége?
- Testének bármely része okozott-e problémát?
- Rendben van a feje/szíve/gyomra?

G2. Szorongás

Az idegesség, aggodalom, szorongás vagy nyugtalanság szubjektív érzése, ami a jelen vagy jövő miatti túlzott aggodalomtól a pánik érzéséig terjedhet.

Értékelés alapja: szóbeli beszámoló az interjú során és az annak megfelelő testi megnyilvánulások.

- Feszült, ideges volt az elmúlt időszakban?
- Mi váltotta ki a feszültségét?
- Érzett-e reszketést, szapora szívverést?
- Könnyen kerül pánikba?
- Alvási, evési szokásai vagy tevékenységekben való részvétele változtak-e az elmúlt időben?

G4. Feszültség

A félelem, szorongás és nyugtalanság, mint pl. merevség, tremor, erőteljes izzadás, és nyughatatlanság nyílt testi tünetei.

Értékelés alapja: szorongásról szóló szóbeli beszámoló, és a feszültség testi megnyilvánulásainak megfigyelése az interjú során.

- Kéz remegés
- Elcsukló hang
- Izzadás
- Kéz tördelés
- Fészkelődés
- hiperventilláció

G3. Bűntudat

Tényleges vagy képzelt múltbeli vétséggel kapcsolatos bűntudat vagy önvádolás.

Értékelés alapja: bűntudatról szóló verbális beszámolók az interjú során, melyek hatással vannak az attitűdökre és a gondolatokra.

- Tett-e bármikor rosszat, olyan dolgot, ami miatt rossz érzése van vagy bűntudatot érez?
- Úgy érzi, büntetést érdemel ezért?
- Milyen jellegű büntetést?
- Gondolt-e már arr, hogy megbünteti magát?

G5. Manírosság és pózolás

Természetellenes mozgások vagy testtartás, ami darabos, erőltetett, dezorganizált, vagy bizarr formát ölt.

Értékelés alapja: a testi megnyilvánulások megfigyelése az interjú során, ill. az ápoló személyzettől vagy a családtól származó beszámolók.

- flexibilitás cerea,
- krisztallizáció
- abnormális vagy bizarr testhelyzet felvétele
- darabos mozgás

G6. Depresszió

A szomorúság, elesettség, tehetetlenség és pesszimizmus érzése.

Értékelés alapja: a depressziós hangulatról szóló beszámolók az interjú során, és ennek az attitűdre és viselkedésre gyakorolt hatása, amit az ápoló személyzet vagy a család beszámolója megerősít.

- Milyen a hangulata?
- Gyakran érzi magát szomorúnak?
- Sírt-e az utóbbi időben?
- Alvása/étvágya rendben van-e?
- Megfordult-e a fejében, hogy kárt okoz magában?
- Volt-e öngyilkossági gondolata/kísérlete?

G7. Motoros retardáció

A motoros aktivitás csökkenése, ami a mozgások, a beszéd lelassulásában vagy csökkenésében, az ingerekre való korlátozott válaszkészségben és elgyengült testtónusban nyilvánul meg.

Értékelés alapja: az interjú során tapasztalható megnyilvánulások, ill. az ápoló személyzettől vagy a családtól származó beszámolók

- Csökkent mozgási aktivitás
- Szélsőséges esetben teljes mozdulatlanság (stupor)

G8. Együttműködés hiánya

A szignifikáns személyeknek való engedelmeskedés aktív elutasítása, beleértve az interjúkészítőt, kórházi személyzetet, vagy a családot, mely viselkedés bizalmatlansággal, defenzivitással, makacssággal, negativizmussal, a tekintély elutasításával, ellenségességgel, vagy agresszivitással járhat együtt.

Értékelés alapja: az interjú során megfigyelt interperszonális viselkedés, ill. az ápoló személyzet vagy a család beszámolóí.

G9. Szokatlan gondolat-tartalom

A gondolkodásban szokatlan, fantasztikus vagy bizarr elemek jelennek meg, ami a távoli, vagy atipikus gondolatoktól az eltorzított, illogikus és nyilvánvalóan abszurd gondolat-tartalmakig terjed.

Értékelés alapja: a gondolat-tartalom megjelenik az interjúban

Ld. Téveszméknél kérdések

- „Az utóbbi időben jól mennek a dolgai?nyugtalanítja-e valami?”
- „Mit gondol az életről, annak céljáról?”
- „Van-e konkrét életfilozófiája?”
- „Néhányan azt állítják, hisznek az Ördögben. Ön mit gondol?”
- „Tud esetleg olvasni mások gondolataiban?Ellenőrzi-e valaki a gondolatait?”
- „Vannak-e misztikus élményei?”

G10. Dezorientáció

A beteg nincs tudatában a környezete és közte fennálló viszonyoknak, ideértve a személyekkel kapcsolatos, a helyi, és az idői viszonylatokat, ami zavartság vagy visszahúzódás következményeként jelentkezhet.

Értékelés alapja: az interjú orientációs kérdéseire adott válaszok.

- Dátum
- Hely
- Kezelőorvos neve
- Neves személyek pl. miniszterelnök, köztársasági elnök

G11. Gyenge figyelem

A koncentrált figyelem hiánya, amit a gyenge koncentráció, a belső és külső ingerek általi elterelhetőség, illetve a figyelem lekötésének, fenntartásának és az új ingerre való átváltásának zavara jelöl.

Értékelés alapja: az interjú során tapasztalható megnyilvánulások

- elrévedés
- szórt/diszraktibilis figyelem

G12. Ítélet és belátás hiánya /anosognosia/

A beteg nincs teljesen tudatában, vagy nem érti saját pszichiátriai állapotát és élethelyzetét. Nem képes felismerni a múltbeli vagy jelenlegi pszichiátriai betegségét vagy tüneteit, tagadja a pszichiátriai kórházi ápolás vagy kezelés szükségességét, döntéseit a következmények gyenge anticipációja, ill. irreális rövid és hosszú távú tervezés jellemzi.

Értékelés alapja: az interjú során kifejezésre juttatott gondolat-tartalom.

- „Mióta kezelik?Szükség volt-e kórházi kezelésére?”
- „Van-e Önnek pszichiátriai betegsége?”
- „Szüksége van-e gyógyszerekre?”
- „Ezek miben segítenek?”
- „Elbocsátása után kell-e gyógyszert szednie?”
- „Mik a tervei?”

G13. Az akarat zavara

Az akarati kezdeményezés zavara, a gondolatok, a viselkedés, a mozgás és a beszéd fenntartásának és ellenőrzésének zavara.

Értékelés alapja: az interjú során megnyilvánuló gondolat-tartalom és viselkedés.

- Ambivalens
- Nehezen dönt vagy döntésképtelen
- Mindennapi tevékenységében csökkent hajtóerő (pl. öltözködés, tisztálkodás)
- Nehezen ösztönözhető

G14. Gyenge impulzus-kontroll

A belső hajtóerőkből eredő cselekvések szabályozásának és kontrolljának zavara, ami hirtelen, modulálatlan, önkényes, vagy célt tévesztett feszültség- és érzelem-levezetést eredményez, amely nincs tekintettel a következményekre.

Értékelés alapja: az interjú során megnyilvánuló viselkedés, amit az ápoló személyzet vagy a család beszámolója megerősít.

- „Könnyen elveszíti az önuralmát?”
- „Szokott-e veszekedni?”
- „Ez milyen gyakran fordul elő?”

G15.Gondolati elmerülés

Belsőleg generált gondolatokban és érzésekben való elmélyedés, autisztikus élményekkel, ami a valóság-orientációt és az alkalmazkodást hátrányosan befolyásolja.
Értékelés alapja: az interjú során megfigyelt interperszonális viselkedés.

- Túlzott foglalkozás a személyes szükségletekkel, témákkal
- Csökkent érdeklődés mások iránt
- Önmagába mélyed, mintha álmodozna
- Belső élményvilága köti le
- Üres tekintet, motyogás, magában beszél, sztereotíp motoros mintákat produkál (pl. fel-le járkál)

G16 Aktív társas elkerülés

Csökkent társas aktivitás, ami indoklatlan félelemmel, ellenségességgel, bizalmatlansággal jár együtt.

Értékelés alapja: ápoló személyzettől és családtól származó információk a társas funkciókra vonatkozóan.

- Kényelmetlenül érzi magát másokkal
- Jobban szeret egyedül lenni
- Kényszeredetten vesz részt közös tevékenységben
- Félelem-és dühérzettel marad távol sok szociális interakciótól
- Rábeszélésre sem vonható be

A szkizofrénia terápiája

Gyógyszeres kezelés

- Antipszichotikumok
 - atípusos antipszichotikumok
 - hagyományos (típusos) antipszichotikumok , pl. haloperidol
 - depot készítmények
- Egyéb gyógyszerelés
- ECT (elektrokonvulzív terápia)

Pszichoterápiás/pszichoszociális kezelés

- egyéni vagy csoportos pszichoterápia
- pszichoedukáció
- családterápia
- közösségi gondozás

Első epizód ellátása: akut fázis

Mikor?

- (kórházi) betegfelvétel + első néhány nap
- szinte mindig valamilyen pozitív tünet miatt

Kezelés: elsősorban gyógyszeres

- lehetőleg szájon át folyadék vagy tablettá formájában
- ha nem lehetséges:

antipszichotikum (pl.haloperidol) i.m injekció formájában

nyugtató (benzodiazepin) i.v. injekció formájában

- Túl kevés és túl sok gyógyszer is káros!

Első epizód: szubakut fázis

Mikor?

- betegfelvételt követő 2-4 hét
- nagy egyéni változékonyság az időtartamot illetően
- antipszichotikumok és egyéb gyógyszerek hatása már észlelhető, de még vannak pszichotikus tünetek

Kezelés:

- gyógyszeres
- egyszerűbb pszichoterápiás technikák használata (pl. normalizálás) pl.””
- psichoedukáció elkezdődhet (beteg+család!)

Első epizód: stabilizációs fázis

Mikor?

- betegfelvételt követően >4 héttel
- nagy egyéni változékonyság az időtartamot illetően
- a beteg számára megfelelő antipszichotikumot beállítottuk, a beteg állapotában egyértelmű javulás észlelhető, de még lehetnek pszichotikus tünetek
- részleges vagy teljes remisszió

Kezelés:

- gyógyszeres (dózis, adagolás mérlegelése, depot inj.kérdése)
- pszichoedukáció (beteg+család!)
- pszichoterápia
- közösségi gondozás

Pszichoedukáció

- betegek és a családjának!!!
- a betegség legfontosabb jellemzőinek, tüneteinek ismertetése
- félreértések, hiedelmek tisztázása, pontos információnyújtás
- a kezeléshez és gyógyszerekhez való hozzáállás felmérése
- gyógyszeresedés előnyei/hátrányai
- gyógyszerelhagyás veszélyei
- hosszútávú célok (pl. munka) előtérbe állítása
- hiteles források (könyv, internet, blog) ajánlása
- a diagnózis közlése, a családtagok felvilágosítása orvosi kompetencia

Xavier Amador: Nem vagyok beteg, nincs szükségem segítségre! Lélekben Otthon Kiadó

<http://www.drinfo.eum.hu/drinfo/>

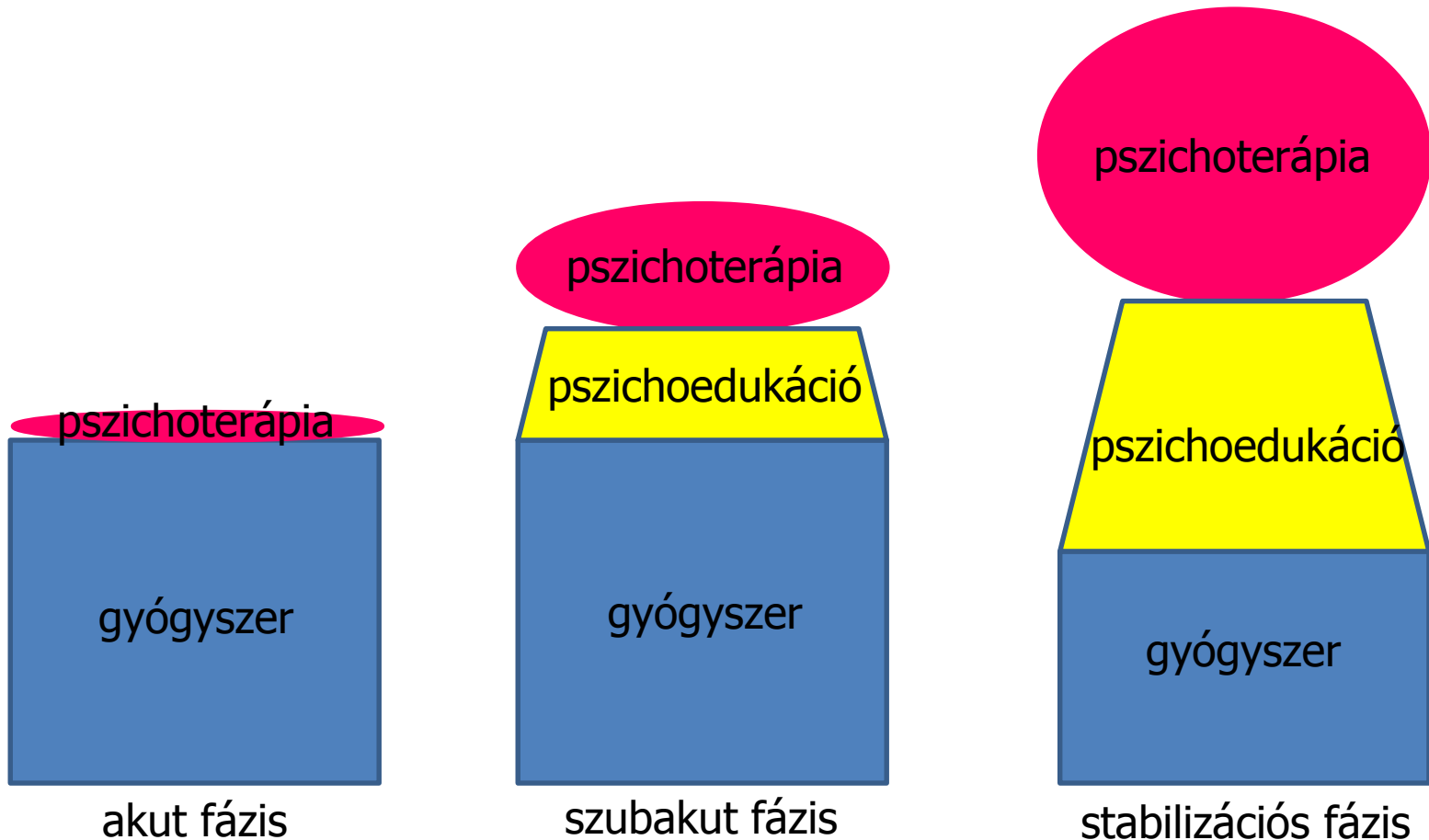
Szkizofrénia egy anya szemszögéből: www.skizoteria.blog.hu

Első epizód: stabilizációs fázis

Pszichoterápiák

- Kognitív terápia (cél tünet: hallucinációk, téveszmék, vonatkoztatás) *egyénileg vagy csoportban*
- Kognitív remediáció (cél tünet: emlékezet, logika, végrehajtó funkciók) *egyéni*
- Szocioterápiák, szociális készségeket javító tréning (cél tünet: negatív tünetek, szociális visszahúzódás, érzelmi eltompulás) *csoportos*
- Művészetterápiák (cél tünet: pozitív és negatív tünetek): *egyéni és csoportos is*

Az első epizód terápiás lehetőségei



A kezelés/ápolási nehézségei

Antipszichotikumok mellékhatásai a napi gyakorlatban

A MELLÉKHATÁSOK MÁR AZ ELSŐ ADAGNÁL JELENTKEZHETNEK!

- Extrapiramidális (az izmokat és a mozgást érintő) mellékhatások
 - Dystonia – nem tud nyelni, görcsöl a nyaka, elferdül a törzse
 - Akathisia – állandóan járkál, lépeget, nyugtalan
 - Rigor – mint egy robot
- Keringési rendszert érintő mellékhatások – ezért kell vérnyomást mérni (és lassan emelni az adagot!)
 - Tachycardia
 - Hypotonia
- Étvágy növekedése – állandóan enni akarnak
- Aluszékonyosság – állandóan kávézni akarnak
- Székrekedés – állandóan panaszkodnak
- Vizeletelakadás
- Homályos látás

Gyógyszerszedéssel kapcsolatos ellenállás

Ok:

- betegségbelátás hiánya
- paranoid téveszmék
- félelem a kellemetlen mellékhatásoktól
- A beteg állapota miatt nem képes bevenni a gyógyszert (katatón stupor)
- a beteg elfelejti a gyógyszerbevételt
- nem váltja ki a receptet

A compliance (együtműködés) kérdései

Az együtműködés hiányának egyéb okai:

- *Bizalmatlanság*: a beteg nem bízik abban, hogy a gyógyszer segíteni fog a tünetek megszűnésében
- *Pszichotikus tünetek*: a zavarodott gondolkodás, üldöztetési téveszmék a gyógyszerrel/kezelőorvossal kapcsolatban
- *Tájékozatlanság*: a beteg nem tudja, miért kell szedni a gyógyszert, hogyan hat, mi a következménye a gyógyszer elhagyásának
- *Mellékhatások*
- *Stigmatizáció*: nyilvános helyen, munkahelyen, iskolában a gyógyszerbevitel nehéz lehet
- *A fenntartó kezeléssel kapcsolatos értetlenség*
- *Feledékenység*, mely a betegség egyik tünete is lehet
- *A gyógyszerek költségei*. Bár az antipszichotikumokhoz a szkizofrén betegek térítésmentesen jutnak hozzá, a kiegészítő gyógyszerek sokba kerülhetnek.

A társas kapcsolatok zavara

Ok:

- Másokkal szembeni gyanakvás, bizalmatlanság
- Társas izoláció, visszahúzódás (negatív tünet)
- Következményes konfliktus lehet a környezettel

Teendők:

- A téveszmékkal nem kell szembe helyezkedni, erre a betegtársakat is fel kell kérni
- Mérgeztetéses téveszme esetén kerülni kell az olyan helyzeteket, amely a beteg gyanakvását kiterjesztheti az ápolóra
- Visszahúzódás esetén biztatjuk a társas kapcsolatokra

Mások vagy önmaga elleni erőszak kockázata

Ok:

- A téves gondolatokra vagy hallucinációkra adott akut válaszreakciók

Teendő:

- Elfogadó légkör
- Fokozott ápolói felügyelet – hallucinációk tartalma fontos!
- Orvos értesítése, sz.e. elrendelt gyógyszer adása

Kritikátlan magatartás

A beteg nem képes a szociálisan elfogadott viselkedési mintákat követni

Ok:

- nagyfokú pszichomotoros nyugtalanság, izgatottság
- téveszmék/élményzavar hatása alatt áll
- szociális normák leépülése

Teendő:

- Fokozott felügyelet, irányítás
- Egyszerű, egyértelmű utasítások
- Kerüljük a bonyolult körmondatokat és a moralizáló hangnemet!
- Megfelelő magatartás esetén dicséret

Az akaratlagos mozgás hiánya

Ok:

- Mozgást tiltó parancshallucinációk—stupor!—súlyos, potenciálisan életet veszélyeztető állapot, gyors beavatkozást igényel
- Mozgásszegény életmód az akarati élet zavara miatt (negatív tünet)

Teendők:

- stupor gyanúja esetén az orvos értesítése!
- negatív tünet esetén a beteget tevékenység esetén jutalmazzuk

Fokozott motoros aktivitás

Ok:

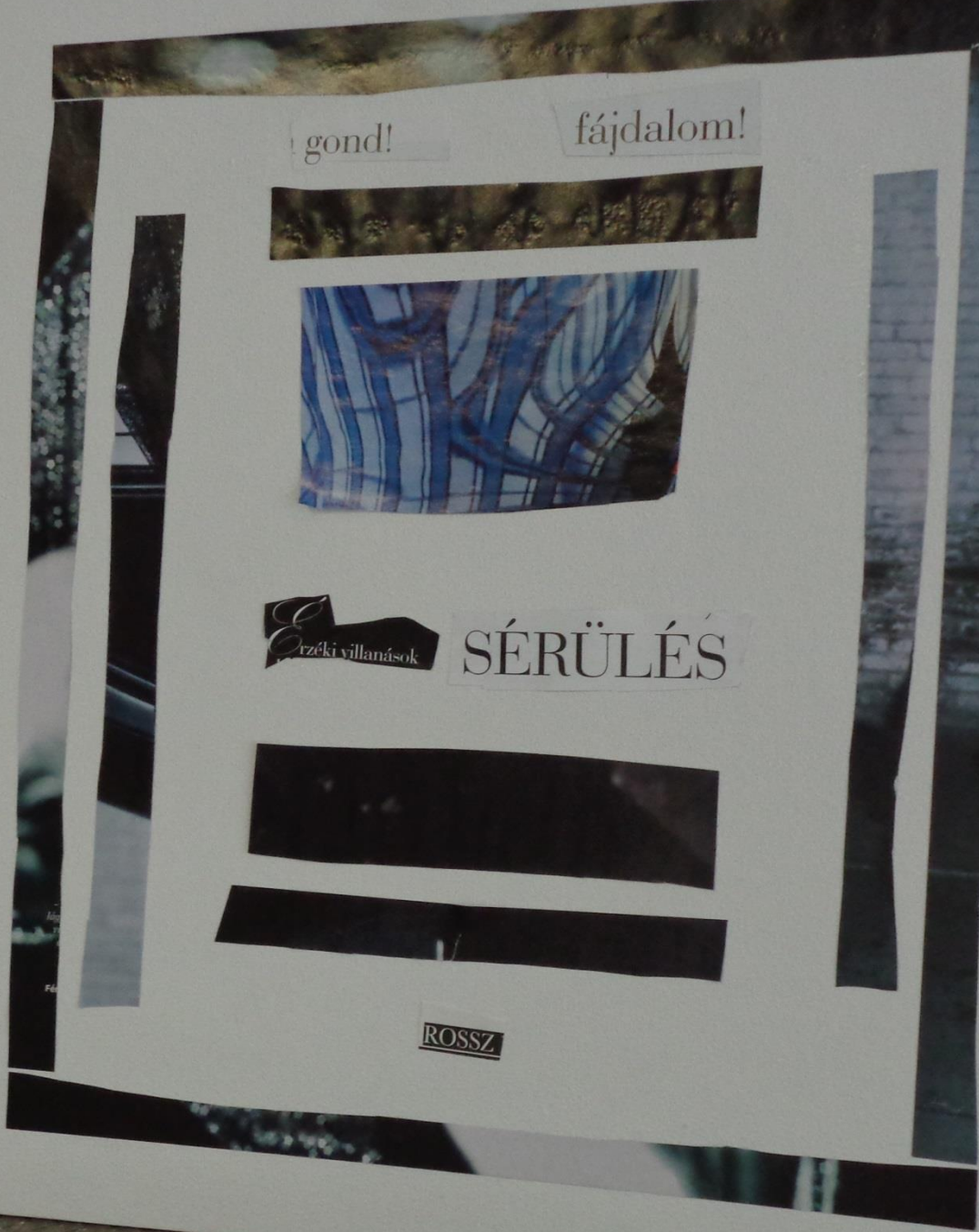
- Általában mániás vagy kataton tünet
- Lehet gyógyszer mellékhatás is

Teendő:

- gyógyszeres beavatkozás (AP, BZD)
- mellékhatás kezelése (propranolol)
- leromlás megakadályozása, a beteg pihenjen, jutalmazhatjuk érte
- torna, séta

LÉLEKMÉRGEK

Fokozott nappali aluszékonyosság



gond!

fájdalom!



Érzéki villanások

SÉRÜLÉS

ROSSZ

a STRESSZ

A nagy ingadozások

Igenek és nemek harca
a leg...
2000...
a tr...
Kör...

Harca

betegségnek!
szárazság (100-200)

mentő munka

Számtalan
élmény

kívül-belül lomtalanság

TEKINTS EL

Mindenkinek van egy legjobb oldala...

Szedjük fel a hangonyt.



ELENGEDÉS

A VILÁGOT
FORMÁLÓ
VÁLASZTÁSAINK

választhatunk!

ITT A BÚCSÚ IDEJE

ÖNKÉPZÉS

SEGÍTŐTÁRS

A LEGFONTOSABB
KIEGÉSZÍTŐ



A szeretet
NYELVEI



szabad!

és

Az
újjászületés.
ereje

megújult

SEMÉLYIS

BETEGSÉG

„Lelkivilágunk, vagyis az emberi psziché, saját valóságát
jobbára a saját múltjával azonosítja.”

„Állandóan fejlesz-
nie kell.”

VEGE

Ne maradjon le az utolsó
lehetőségről!

ÁTFOGÓ VÉNAVÉDELEM

DSM 5 categories of psychotic disorders

- Schizophrenia
- Brief Psychotic Disorder
- Schizophreniform Disorder
- Schizoaffective Disorder
- Delusional Disorder
- Shared Psychotic Disorder
- Psychotic Disorder due to a General Medical Condition
- Substance-induced Psychotic Disorder
Psychotic Disorder Not Otherwise Specified

Brief psychotic disorder

- Symptoms for at least 1 day, no more than 1 month
- Can have postpartum onset

Schizophreniform disorder

- Symptoms for at least 1 month but less than 6 months

Schizoaffective disorder

- Uninterrupted period of illness
- Major Depressive Episode
- Manic Episode or a Major Depressive Episode,
- Manic Episode or a Mixed episode with concurrent psychotic symptoms
- In the same period, there have been 2 weeks of delusions/hallucinations without mood symptoms
Bipolar type, Depressive type

Delusional disorder I .

- Well-systematized, encapsulated, non-bizarre delusions
- lasting for at least 1 month
- involving situations that occur in real life (non bizarre)
- Well-preserved personality
- Absence of hallucinations
- No mental deterioration
- Erotomanic, grandiose, jealous, persecutory, somatic

SHARED PSYCHOTIC DISORDER „Folie à deux”

- Person develops delusion based on a relationship with a psychotic individual
- Uncommon
- Treatment: Separation
- Treat ill individual with medications/counselling

PSYCHOTIC DISORDERS DUE TO GENERAL MEDICAL CONDITION I

Neurological conditions:

- Stroke
- Epilepsy (temporal lobe)
- Huntington's/Pick's disease
- Alzheimer's disease
- Multi-infarct dementia
- Leukoencephalopathies
- Multiple sclerosis (rare)
- Migraine headaches (rare)

PSYCHOTIC DISORDERS DUE TO GENERAL MEDICAL CONDITION II

- Ionic/endocrine imbalances
- Hyperthyroidism Hypercortisolism
- Cushing's syndrome/disease
- **Corticosteroids/anabolic steroid use/abuse**
- Auto-immune disorders
- Porphyria
- Iron storage diseases
- Copper storage disease (Wilson)
- Trauma
- Infections
- Vitamin deficiency

OTHER MENTAL DISORDERS WHICH PRESENT WITH PSYCHOSIS

- **Mood disorder with psychotic features** (common in severe mood disorders)
- **Dementia with psychotic features** (delusional disorders and hallucinations are quite common)

Substance induced psychosis

- Alcohol
- Barbiturates
- Stimulants (Amphetamines)
- Marijuana
- Hallucinogens (L S D)
- Cocaine
- Anticholinergic
- Designer drugs
- Etc...



Köszönöm a figyelmet!

A valóságtesztelés nehézségei....

