

Affektív zavarok

Szily Erika

SE – PPK

2017. 02. 07.

Depresszió?

Roszkedv, szomorúság

≠

Depresszió

Depresszió?

Affektív zavar

≠

Depresszió

Depresszió?

- A mindennapi élettel együtt járó szomorúság, rosszkedv
 - Jól körülhatárolt helyzetre vonatkozik
 - Pszichológiailag beleérezhető
 - A probléma megoldódásával elmúlik
 - Jól körülírt „panaszok”
 - A vegetatívum (alvás, étvágy, szex, stb.) valamint a pszichomotoros funkciók nem károsodottak

Depresszió?

- A depresszió orvosi értelemben vett betegség
 - Meghatározott tünetek (min. 5)
 - Meghatározott ideig (min. 2 hét)
 - Meghatározott genetikai, biológiai és pszichoszociális komponensek
 - Meghatározott terápiákra gyógyul

Depresszió?

- Diagnózisalkotás első szintje
 - TÜNETEK
 - Pl. dysthymia
- Diagnózisalkotás második szintje
 - KERESZTMETSZETI KÉP = SZINDRÓMÁK
 - Pl. közepes súlyosságú depressziós epizód
- Diagnózisalkotás harmadik szintje
 - HOSSZMETSZETI KÉP = DIAGNÓZIS
 - Pl. bipoláris zavar II. típus

Affektív betegségekben megfigyelhető pszichopatológiai tünetek – „depresszió”

Hypoprosexia – nehezen felkelthető figyelem

- Monoideizmus – beszűkült, egy témánál megtapadó gondolkodás
- Önvádolás
- Insufficiencia-érzés
- Perspektívatlanság
- Csökkent önértékelés
- Anhedonia – örömképtelenség
- Dysthimia – alacsony fekvésű hangulat
- Dysphoria – rossz közérzet
- Irritabilitás, anxietas – szorongás

Affektív betegségekben megfigyelhető pszichopatológiai tünetek – „depresszió”

- Hypobulia – akarat csökkenése, vagy hiánya
- Anergia
- Psychomotoros meglassultság
- Agitáció
- Pszichotikus tünetek
 - holothym téveszmék (a hangulattal kongruens tartalmak)
 - hallucinációk (általában akusztikus)
- **öngyilkossági gondolatok!!**

- Alvászavar
- Étvágyváltozás
- Szexuális diszfunkció
- Szomatikus panaszok – larvált depresszióban ezek vannak előtérben

Affektív betegségekben megfigyelhető pszichopatológiai tünetek – „mánia”

- Hyperthymia
- Euphoria/Dysphoria
- Irritabilitás
- Logorrhoea
- Gondolatrohanás
- Szekunder inkoherencia
- Grandiozítás
- Pszichotikus tünetek – holothym téveszmék
- Pszichomotoros felgyorsultság
- Agitáció
- Hyperbulia
- Kritikátlanság
- Hyperprosexia
- Betegségbelátás hiánya

Depressziós epizód – DSM-5

A lenti tünetekből legalább 5 kell a diagnózishoz, az első kettőből egy mindenképpen.

- 1. Depresszív hangulat, lehangoltság
- 2. Érdeklődés, öröm csökkenése (anhedonia)
- 3. Jelentős súlycsökkenés, vagy gyarapodás az elmúlt időszakban
- 4. Insomnia, vagy hypersomnia
- 5. Motoros agitáció, vagy gátoltság
- 6. Fáradtság, vagy anergia
- 7. Értéktelenség érzete, inadekvát büntudat, lelkiismeretfurdalás
- 8. Csökkent gondolkodási, koncentrációs, döntési képesség
- 9. Halálvágy, öngyilkossági szándék

Depressziós epizód – DSM-5

- **A tünetek legalább két hétig fennállnak**
- A tünetek jelentős szenvedést, funkciócsökkenést okoznak.
- A tüneteket nem magyarázza szerhatás, vagy egyéb testi betegség.
- A tüneteket nem magyarázza jobban a szkizofrénia, vagy szkizoaffektív betegség.
- **A depresszió legsúlyosabb szövődménye az öngyilkosság. Depressziós betegnél mindig rá kell kérdezni az esetleges öngyilkossági gondolatokra!**

Mániás epizód – DSM-5

- Hyperthymia, vagy irritábilítás (az egyik mindenképpen kell a diagnózishoz)

A továbbiakból 3 szükséges a diagnózishoz (ha a hangulat csak irritált, akkor 4)

- Fokozott önértékelés, grandiozitás
- Csökkent alvásigény
- Logorrhea
- Gondolatrohanás
- Szórt figyelem
- Megnövekedett aktivitás, vagy agitáció
- Meggondolatlan, veszélyes cselekedetek, döntések

Mániás epizód – DSM-5

- A tünetek legalább egy hétig (4 napig) fennállnak
- A tüneteket nem szerhatás, vagy megvonás okozza.
- A tünetek rontják a beteg funkcionalitását, vagy hospitalizációt eredményeznek.
- Mánia vagy hypománia?
 - Funkcionalitás
 - Tünetek száma?
 - Egészségesekben is (pl. alvás megvonás)

Kevert tünetegyüttesek

- Kevert affektív epizód (Mánia + Major depresszió egyszerre)
- Diszfóriás mánia (mánia + 2 v. több depr. tünet)
- Kevert depressziós epizód (major depresszió + 3 v. több hipomán tünet)

- **Fokozott suicid veszély!**
- **Diagnózis, terápia gyakran nem egyszerű**

Státusz 1.

- Éber, **lazábban integrált tudat**. Minden tekintetben orientált. Figyelme felkelthető, **nehezebben terelhető**, célképzetet tartja. Vizsgálati szituációt felismeri, kooperatív, **magatartása fellazult** de kereteket nem sért. Percepció zavar nem explorálható, viselkedése sem ráutaló. Képzetek, fogalmak iskolázottsági szintnek megfelelnek. Gondolkodása felgyorsult, csapongó, nehezebben hozzáférhető, megalomán színezetű religiózus tartalmak explorálhatók. A megjegyzés, megtartás felidéző emlékezés, amennyire megítélhető épnek imponál. **Hangulata esékeny** vizsgálat közben is többször változik a szélsőségek között. **Érzelmileg inkontinens, többször lacrimál.** **Dysphoriás.** Szorongás tünetei nem észlelhetőek. **Aktivitása, cselekvő készsége** a beteg elmondása alapján az utóbbi időben **nőtt.** **Pszichomotorium kissé nyugtalan**, mimika élénk, a közölt tartalomnak megfelelő. **Beszéde kissé felgyorsult, logorrhoeás**, formailag szabályos. Mnestic-intellektuális funkciók, tájékozódóvizsgálattal kornak és iskolázottságnak megfelelők. Szuicid szándék vizsgálatakor nem explorálható. **Betegségbelátás hiányzik.**

Státusz 2.

- Hypervigil, csökkent integritású tudat. Időben részlegesen orientált, térben és autopszichésen tájékozott. Figyelme felkelthető, nehezebben terelhető, csapongó, spontán térül. Vizsgálati szituációt felismeri, kooperál. Percepció zavar nem explorálható. Gondolkodása felgyorsult, szekunder inkoherenciába hajló, megalomán színezetű, doxasma nem kerül felszínre. A megjegyző, megtartó és felidéző emlékezés épnek imponál. Hangulata emelkedettebb nívón. Anxietas nincs. Euphoria. Pszichomotorium kissé felgyorsult, mimika, pantomimika a közölt tartalomnak megfelelő. Beszéde gyorsult, nehezebben követhető. Alvásigénye csökkent (3-4 óra naponta), étvágya csökkent. Szexuális érdeklődése aktuálisan fokozódott. Iniciatívák, motivációk fokozottak, hyperbulia. Akitivitása, cselekvőkészsége nőtt. Kritikai készsége csökkent. Kognitív funkciók megtartottak. Szuicid szándék nem explorálható. Betegségbelátás részleges.

Státusz 3.

- Éber, integrált tudat. Orientáció valamennyi tekintetben intakt. Figyelme felkelthető, helyenként nehezebben terelhető és rögzíthető. Vizsgálati szituációt felismeri, kooperál. Percepcióban alteráló élményzavar nem tárható fel, de fokozott autoinspekció, bizarr szintet el nem érő homológ szervérzések. Gondolkodása meglassult, tartalmilag szervérzésekre, testi panaszokra centrált, mellette kiüresedett perspektívák, bizalmatlanság, kissé paranoid készenlét. Szuicid ideákról számol be, de szándékot, készletést határozottan negál. Hangulata deprimált. Közérzete diszfóriás. Enyhe szorongás. Szomatizációs tendencia. Aktivitása, cselekvőkészsége anamnesztikus adatok alapján a korábbiakhoz képest eltérést nem mutat. Pszichomotorium formai zavart nem mutat, mimika, pantomimika a közölt tartalomnak megfelelő. Beszéde átlagos gyorsaságú, formailag és nyelvtanilag szabályos, összességében érthető, követhető. Magatartása képes az alapvető konvenciók tartására, kritikai funkciók valamelyest csökkentek. Mnestic-intellektuális funkciók érdemi hanyatlása nem merül fel. Betegségbelátás parciális, betegségtudat fokozott.

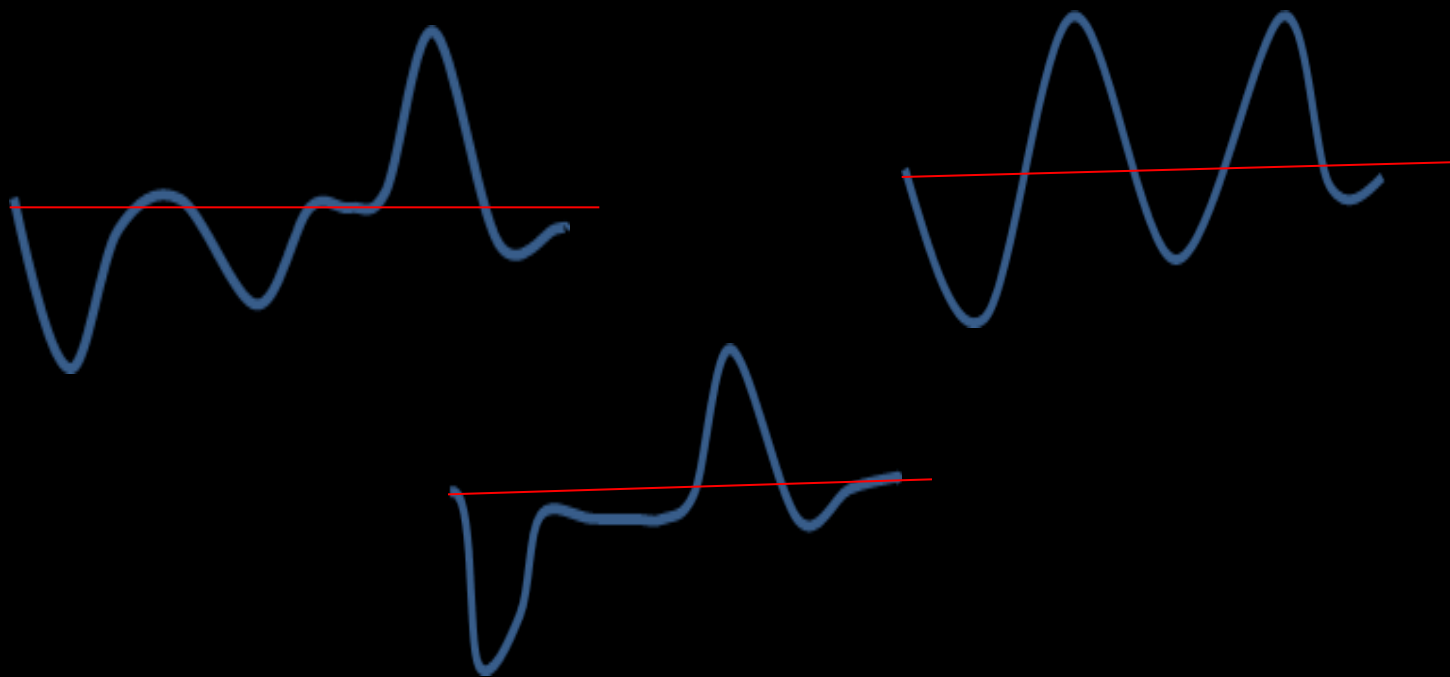
Keresztmetszeti diagnózisok

- 1. Súlyos diszfóriás mánia (kevert tünetegyüttes!) pszichotikus tünetekkel
- 2. Kp. Súlyos mániás epizód
- 3. Súlyos depressziós epizód (szomatikus tünetekkel)

Hosszmetszeti diagnózisok – az
affektív betegségek zajlásának
„alapesetei”

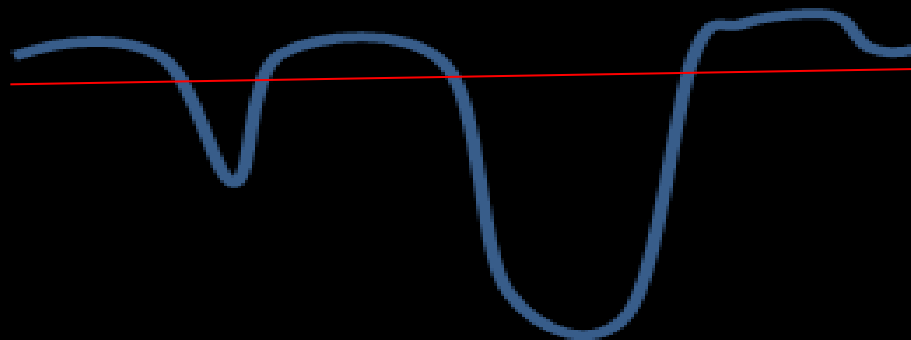
Bipoláris zavar I. típus

- Mániás és depressziós fázisok is vannak
- Köztük általában vannak euthym időszakok



Bipoláris zavar II. típus

- A depressziós epizódok mellett hypomániás időszakok az anamnézisben
- Megkülönböztetése unipoláris depressziótól nehéz és fontos!



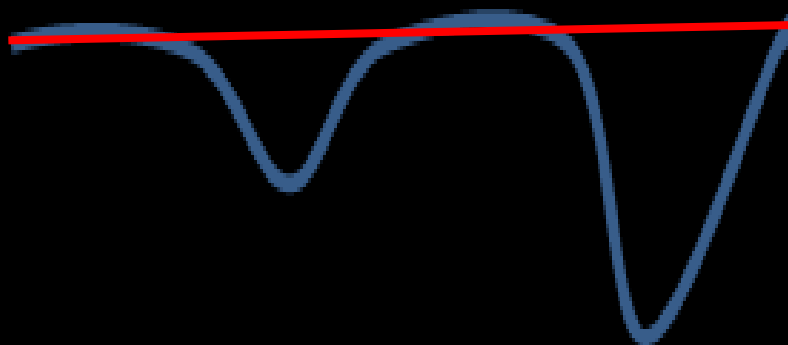
Ciklotímia

- fokozott hangulati, aktivitásbeli hullámzás
- a hangulatváltások nem érnek el patológiás szintet
- Funkcionalitás enyhe zavara, ill. komorbid szerhasználat gyakori



Unipoláris depresszió

- Csak depressziós epizódok, nincs hypománia vagy kevert állapot



Disztímiás zavar

- A hangulatzavar általában nem éri el a depresszió kritériumait
- Sokszor személyiségzavar talaján alakul ki



Első depressziós epizód: unipoláris vagy bipoláris zavar?

BP-I és BP-II betegeknél az első epizód 55-65 % -ban depressziós epizód

Inkább bipoláris zavarra utal:

- Korai (gyermekkori!) kezdet
- Bipoláris betegség a családban
- Pszichotikus depresszió, extrém gátolt depresszió
- 3 vagy több depressziós epizód
- DSM -IV atípusos depresszió
- Komorbid szerhasználati zavar
- Több szuicidium a családban, szuicid kísérlet az anamnézisben
- hipertím vagy ciklotím személyiség
- 2 vagy több hatástalan antidepresszívum

Anamnézis 1.

- 55 éves nő, 30 éve áll kezelés alatt. Hat osztályos kezelés, mindannyiszor akut felvétel, négy alkalommal hirtelen viselkedésváltozás (pl. nyugtalanság, költekezés, családtagokkal szembeni agresszivitás, otthonról történő elkóborlás, esetenként furcsa, nagyzasos gondolatok hangoztatása) miatt, kétszer pedig suicid kísérletet (gyógyszerbevitel, Dunába ugrás) követően, utóbbi alkalommal stuporosus állapotot írtak le, ECT kezelés történt.
- Ezen epizódok között jól volt, idegenvezetőként, tolmácsként dolgozott, családban él. Hangulatát, aktivitását, teljesítményét kissé hullámzónak írja le a család. Osztályos kezeléseket után jellemzően két-három évig járt kontrollokra, gyógyszereit (lítiumra, olanzapinra, Prozacra emlékeznek) rendre elhagyta. Szerhasználat nincs az anamnézisben, de felhangolt állapotokban súlyos alkohol abúzusok előfordultak.
- Családban anyai nagyanya befejezett suiciduma ismert. Apa krónikus alkoholista volt.

Anamnézis 2.

- 45 éves férfi. 22 éves kora óta évente-kétévente kerül kórházba felhangoltság, viselkedésváltozás, koncentráció nehézsége, munkaképtelenség, megalomán téveseszmék miatt, általában saját kérésére. Gyógyszereit (lithium, clozapin) rendszeresen folyamatosan szedi.
- Egyébként dolgozik, programozóként, fordítóként, „rendes” munkahelye sosem volt. Nem nősült meg, néhány tartósabb kapcsolata volt. Imételt rákérdezéssel tárhatók fel negatív hangulati eltéréssel, aktivitáscsökkenéssel járó, néhány hétig tartó, valószínűleg nem túl súlyos, jellemzően őszi-téli időszakban jelentkező epizódok. Szuicid kísérlet nem volt.
- Túlsúlyos, vércukrával és koleszterinszintjével problémái vannak, terheléses EKG-ra is előjegyezték. Szerhasználat nem volt.
- Családi anamnézis negatív.

Anamnézis 3.

- 65 éves hölgy, a jelenlegi a negyedik kórházi kezelése – összes kezelése az elmúlt két évben történt. Négy gyógyszeres suicid kísérlete volt az elmúlt két évben. Hospitalizációi fentiekkel egyező tünetek miatt történnek. A gyógyszeres kezelésre jellemzően jól reagál, tüneteik javulnak, azonban gyógyszereit (AD+AP) a betegségbelátás hiánya miatt rendre elhagyja, szomatikus orvosokhoz kezd járni testi panaszai miatt.
- Távolabbi pszichiátriai anamnézis nem ismert. Jó funkcionalitás jellemzi. Néhány éve szociálisan izolálódott, aktivitása beszűkült, egyedül érzi magát, magányos.
- Testi betegsége nem ismert. Utóbbi időben enyhe feledékenységet panaszol.
- Családi anamnézisben major pszichiátriai kórkép nem ismert, több felmenője időskori elbutulásban szenvedett.

Diagnózisok

- 1. Bipoláris affektív zavar I. típus, jelenleg súlyos, diszfóriás mánia (kevert tünetegyüttes!) pszichotikus tünetekkel
- 2. Bipoláris affektív zavar I. típus, jelenleg kp. súlyos mániás epizód
- 3. Unipoláris rekurrens depresszió, felmerülő organikus eredettel, jelenleg súlyos depressziós epizód (szomatikus tünetekkel)

A DSM-5 diagnózisai

3. Bipoláris és kapcsolódó zavarok

- Bipoláris I zavar
- Bipoláris II zavar
- Ciklotímiás zavar
- Szerhasználat, ill. szomatikus betegség okozta zavar

4. Depresszív zavarok

- Diszruptív hangulatszabályozás zavar
- Major depresszív zavar
- Tartósan fennálló depresszív zavar (disztimia)
- Premenstruális diszfóriás zavar
- Szerhasználat, ill. szomatikus betegség okozta zavar

+ a gyász nem kizáró ok a major depresszív zavar
diagnózishoz

Diszruptívhangulatszabályozás zavar (DMDD)

- A gyermekkori bipoláris zavar helyett
- Súlyos, ismétlődő hangulati kitörések, irritált vagy dühös hangulat
- Legalább heti három alkalommal
- Első alkalommal 6 és 18 éves kor között adható diagnózis
- 10 éves kor előtt induló tünetek
- Legalább 12 hónapon át fennálló tünetek esetén
- Otthon, iskola, kortársak közül legalább két területen, legalább az egyikben súlyosan

Premenstruális diszfóriás zavar (PMDD)

- A menstruációs ciklusok legnagyobb részében minimum 5 tünet a menzesz előtti héten, a menzesz kezdetét követő napokban javul, majd a menzesz után minimálisra csökken vagy megszűnik.
- Affektív labilitás; irritabilitás, düh, inter-perszonális konfliktusok; depressziós hangulat; szorongás, feszültség, izgatottság stb.

(Differenciál)diagnosztika

- Fennáll-e affektív tünetegyüttes?
- Van-e szuicid veszély? Milyen súlyos?
- Depressziós, mániás, vagy kevert epizódnak megfelelő kép?
- Szomatikus ok fennáll-e?
- Szerhasználathoz köthető?
- Hosszmetszeti kép melyik DSM-5 diagnózisnak felel meg?
 - Bipoláris zavarok?
 - Unipoláris zavarok?
 - Szkizoaffektív zavar?
 - Szkizofréniához társuló hangulatzavar?
 - Feltárható-e komorbid zavar? (Személyiségzavar? Szorongásos zavar? Szerhasználat? Egyéb? Testi betegség?)

Depresszió es öngyilkosság

- Az öngyilkosok 65-87%-a (nem kezelt) depresszióban szenved a halál idején
- A nem kezelt depressziós betegek 15-19%-a öngyilkosságban hal meg
- Az öngyilkosok 30-44%-ának már volt megelőző szuicid kísérlete
- Az öngyilkosok 34-66%-a jár orvosnál az utolsó 4 heten belül
- A sikeresen kezelt depressziós betegek öngyilkossági rizikója tizedére csökken
- Az orvosi (pszichiátriai) ellátás alapvető az öngyilkosság megelőzésében

- Rihmer et al. Curr Opin Psychiat 2002, 15: 83-87.
- Rihmer, Curr Opin Psychiat 2007, 20: 17-22.

Az öngyilkosság rizikófaktora

- Elsődleges (orvosi, pszichiatriai) rizikofaktorok
 - Depresszió, schizophrenia, alk/drog-betegség
 - Megelőző szuicid kísérlet (poz.családi anamn.)
 - Halálvagy, szuicid szándék kommunikációja
- Másodlagos (pszicho-szociális) rizikófaktorok
 - Negatív élet-események, munkanélküliség stb.
- Harmadlagos (demográfiai) rizikófaktorok
 - Férfiak, fiatalok/idősek, tavasz/kora nyár

Affektív zavarok terápiája

- Pszichoedukáció
- Gyógyszeres terápiák
- Egyéb biológiai terápiák
 - ECT
 - alvásmegvonás
 - fényterápia, TMS
- Pszichoterápiák
 - egyéni támogató (szupportív)
 - egyéni célzott (IPT)
 - csoportterápia
 - családterápia
 - kognitív/magatartásterápia

Affektív zavarok terápiája

- Bipoláris és unipoláris zavarok terápiája alapvetően különbözik!!!!
- Bipoláris zavar
 - Fázisprofilaktikum
 - Második generációs antipszichotikum
 - Esetleg antidepresszívum
- Unipoláris zavar
 - Antidepresszívum
 - Esetleg FP, AP

Fokozhatják-e az AD-ok az öngyilkossági veszélyt?

- IGEN
- NEM

IGEN

Hatásuk lassan (2-4-6 hét) alakul ki, viszont

- 1. Terápia első napjaiban fokozott szorongás, nyugtalanság léphet fel
 - Teendő: **betegtájékoztatás, BZD**
- 2. Motiváció, energia korábban javul, mint a hangulat és a gondolkodás tünetei
 - Teendő: **szoros kontroll, sz.e. hospitalizáció**
- 3. **Nem felismert bipoláris zavarban kevert állapotot indukál az AD**
 - Teendő: **részletes anamnéziszfelvétel, pontos diagnózis!**