

Affektív zavarok, szuicidium, szorongásos zavarok, pszichoreaktív kórképek, szomatoform zavarok, étkezési zavarok, szexuális zavarok I.

Vizin Gabriella
Klinikai szakpszichológus
Pszichoterapeuta

Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika

Vázlat

- Normalitás – abnormalitás – diagnosztika
- Depresszió
- Szuicidium
- Szorongásos zavarok

Miért van szükség pszichiátriai diagnózisra?

- A megfelelő intervenció alkalmazásához pontos diagnózisra van szükségünk.
- Az abnormalitás definiálása nehéz.

Az abnormalitás lehetséges definiálása

1. A normákhoz való alkalmazkodás alapján: statisztikai ritkaság, szociális normák megsértése. DE: minden deviáns beteg?
2. Szubjektív szenvedés (érintett egyén észlelése). DE: nem mindenki szenved, aki beteg! Mennyi szorongás megengedett?
3. Rokkantság vagy funkciózavar (mhelyi, kapcsolati szinten).

Mi az a mentális zavar?

1. A tünetcsoport szükségszerűen szenvedéssel, rokkantsággal vagy problémák megnövekedett kockázatával jár.
2. Az egyénen belüli funkciózavar.
3. Nem minden deviáns viselkedés mentális zavar.

(DSM-IV, 1994)

És miért van szükség diagnózisra?

- A diagnózis szakszerű kategorizálás!
 1. Kommunikációs szerepe van két szakember között
 2. Előmozdítja a pszichopatológiák empirikus kutatását
 3. Lehetővé teszi az etiológiák kutatását (pl. borderline személyiségzavar ← gyermekkori szexuális abúzus)
 4. Kijelöli, hogy a kezelés mely módja lesz hatékony.

Mi segíti a diagnosztikát?

- Pszichiátriai kórképek esetén alkalmazott diagnosztikai rendszer: DSM-IV. , DSM 5. (Diagnostic and Statistical Manual, *Diagnosztikai és statisztikai kézikönyv*)
- DSM-I (1952), DSM-II (1968), DSM-III (1980), DSM-III-R (1987), DSM-IV (1994), DSM-IV-TR (2000), DSM 5. (2013)
- BNO 1900 óta, DE: BNO-6 (1948, mentális zavarok is), BNO-10 (1992)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

7

DSM-IV. tengelyek

- I. tengely: Klinikai zavarok, egyéb klinikai figyelmet igénylő állapotok
- II. tengely: Személyiségzavarok, mentális retardáció
- III. tengely: Általános egészségi állapot
- IV. tengely: Pszichoszociális és környezeti problémák
- V. tengely: A működés átfogó becslése (GAF)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

8

I. tengely zavarai

- Delírium, demencia
- Pszichoaktív szerek okozta zavarok
- Szkizofrénia és egyéb pszichotikus zavarok
- **Hangulatzavarok**
- **Szorongásos zavarok**
- **Szomatoform zavarok**
- Evési, alvási zavarok
- Szexuális és nemi identitás zavarai
- Stb.

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

9

II. tengely zavarai

- Paranoid, szkizoid, szkizotíp személyiségzavar
- Antiszociális, borderline, hisztrionikus, nárcisztikus személyiségzavar
- Elkerülő, dependens, kényszeres személyiségzavar

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

10

DSM 5. diagnosztikai kategóriái

1. Az idegrendszer fejlődési zavarai
2. Szkitofrénia spektrum és más pszichotikus zavarok
- 3. Bipoláris és kapcsolódó zavarok**
- 4. Depresszív zavarok**
- 5. Szorongásos zavarok**
- 6. Kényszeres és kapcsolódó zavarok**
- 7. Traumával és stresszrel összefüggő zavarok**
- 8. Disszociatív zavarok**
- 9. Szomatikus tünet- és kapcsolódó zavarok**
10. Táplálkozási és evészavarok
11. Úrítési zavarok
12. Alvás-ébrenlét zavarok
13. Szexuális diszfunkciók
14. Nemi szerep diszfória
15. Diszruptív-, impulzuskontroll- és viselkedészavarok
16. Szerrel kapcsolatos és addiktív zavarok
17. Neurokognitív zavarok
18. Személyiségzavarok
19. Parafiliás zavarok
20. Egyéb mentális zavarok
21. Gyógyszer kiváltotta mozgászavarok és gyógyszerek egyéb nemkívánatos hatásai
22. Egyéb, klinikailag figyelmet igénylő állapotok

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

11

Affektív kórképek

- Depresszió
- Bipoláris zavarok (mániás depresszió)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

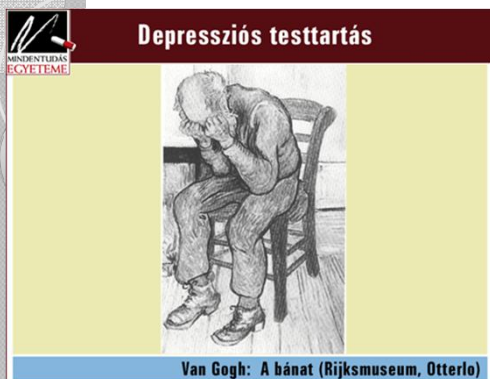
12

A mindennapi élettel gyakran együtt járó rosszkedv, szomorúság

- Jól körülhatárolt helyzetre vonatkozik
- Pszichológiailag motivált (beleérezhető)
- A probléma megoldódásával elmúlik
- Jól körülírt „panaszok”
- A vegetatívum (alvás, étvágy, szex, emésztés, menses stb.) valamint a pszichés és motoros működés nem károsodott

(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak 13



Depresszió

Deprimere (latin) : lenyomni

Hippokratesz : melankolia (melaine chole, fekete epe)

(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak 14

A depresszió főbb tünetei 1.

Vezető tünet

- a depresszív hangulat amely a kedvetlenségtől, a mély, vitális lehangoltságig terjedhet
- az öröm, az érdeklődés elvesztése



(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

15

A depresszió főbb tünetei 2.

gondolkodás

- meglassult
- csökkent koncentráció, figyelemzavar
- csökkent önértékelés és önbizalom
- döntésképtelenség
- önvádítások, bűnösségi gondolatok
- téveseszmék
- öngyilkossági gondolatok, kísérlet

Érzelem nélküliség érzése

- szorongás,
- reménytelenség

pszichomotoros

- gátoltság vagy agitáltság
- aktivitás csökkenés

szomatikus panaszok változatosak

- étvágytalanság
- fáradtság
- alvászavar



(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

16

Lehangoltság




Jean-Jacques Lagrenée: La Mélancholie (Louvre, Paris)

A depressziók osztályozása

- Enyhe depressziós epizód
- Közepes depressziós epizód
- Súlyos depressziós epizód
- Súlyos depresszió pszichotikus tünetekkel (téves eszmék, hallucinációk)
- Atípusos depresszió
- Schizoaffectív pszichózis depressziós típusa
- Disztímia (neurotikus depresszió)


(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak 17



Életszakaszokhoz kötött depressziók I.

- **Gyermek és serdülőkori depresszió :**
„iskolafóbia”, beilleszkedési nehézségek, tanulmányi eredmények hanyatlása, elkóborlások



(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

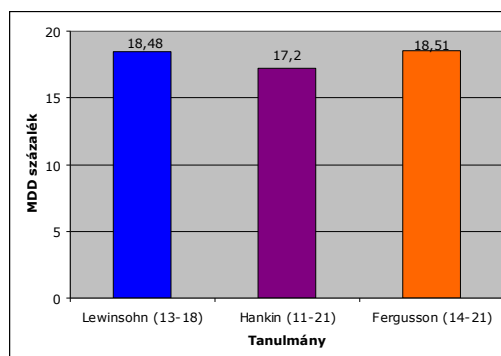
2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak 18

Létezik serdülőkori depresszió?

- 1960-as évekig: nincs gyermekkori depresszió – a hangulatzavar csak átmeneti és a fejlődés velejárója.
- 1970-es évek közepétől: felnőttkori depresszió diagnosztikai kritériumait alkalmazták fiatalokra (*Albert és Beck, 1975*); leírták a gyermek és serdülőkori depresszió jellemzőit (*M. Kovacs, 1997*).
- **Gyermekek 2-3%-a, serdülők 4-8%-a szenved major depresszióban** (*Rózsa, 2001*).
- Normál populációban: gyermek- és serdülőkorú korosztály 14,9% éri el a klinikai depressziós határértéket (*Mayer, 2008*).
- Disztímia: gyerekkorban 0,6-1,7%, serdülőkorban 1,6-8,0%.

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak 19

A depresszió gyakorisága serdülőkorban

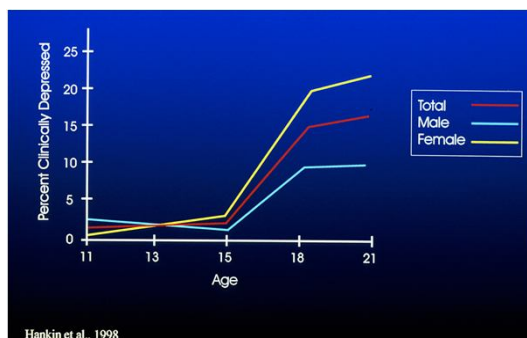


(*Lewinsohn, 1993, Hankin, 1998, Fergusson, 2002, id: Arnarson, 2009*)

A pont prevalencia 5-7%, de az élethossz prevalencia 18%!

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak 20

Klinikai szintű depresszió aránya



(Hankin et al., 1998, id: Arnarson, 2009)

A depressziós epizódok 15 éves kortól jelennek meg nagy gyakorisággal.

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

21

A depresszió komorbiditása serdülőkorban

- **Szuicid magatartás 51-83%**
- Viselkedési és oppozíciós zavar 21-83%
- Szorongás és pánikzavar 30-75%
- Szomatoform zavarok és fejfájás 40-50%
- Drog- és kémiai szer abúzus 23%
- OCD
- PTSD
- Evészavarok



(Csorba, 2009)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

22

Életszakaszokhoz kötött depressziók 2.

Szülést követő depresszió : pár napos lehangoltság többször előfordulhat,

- súlyos esetekben kifejezett depresszió bontakozik ki, pszichotikus tünetekkel



(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak 24

Életszakaszokhoz kötött depressziók 3.

- **Premenstruális diszfória:**

Menstruációt megelőző időszakban

(luteális fázis) : lehangoltság, szorongás, érzelmi labilitás (nők 2-10 %-ban fordul elő)

- **Involucios depresszió :**

50-55 év körül lép fel gyakran hipochondriás, szomatikus tünetek vannak előtérben

(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak 24

Élepszakaszokhoz kötött depressziók 4.

- **Idős kori depresszió**

A depresszió az életkor előre haladtával gyakoribb válik, sokszor organikus komponensei is vannak



2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak 25

Depresszió: etiológia

Genetikai tényezők	Neurokémiai neuroanatómiai tényezők	Pszichológiai tényezők
-----------------------	-------------------------------------------	---------------------------

(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak 26

Depresszió epidemiológia

Prevalencia **Súlyos depr.** **Disztimia**
 élettartam : 15.1 % 4.5 %

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

(Szádóczy és mtsai, 2000)

(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak 27

A depresszió terápiája

A terápiás célkitűzés 3 iránya:

- tünetcsoportok kezelése
- relapszusok megelőzése
- kognitív vulnerabilitás csökkentése

Farmakoterápia: antidepresszívumok,
 fázisprofilaktikumok

Pszichoterápiák

(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak 28

Depresszió - videó

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

29

Gyász : egy szeretett személy elvesztésére adott reakció



2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

30

A gyász szakaszai (Lindemann 1964):

- **A sokk fázisa:** a halálhír vételével kezdődik, bénultság, néhány óráig legfeljebb két napig tart
- **A kontrollált fázis:** temetéssel kapcsolatos teendők , ellenőrzött viselkedés
- **A regresszív fázis:** az elhunythoz kapcsolódó ambivalens érzések, érzelmi visszahúzódás
- **Adaptív fázis:** újbóli odafordulás a környezethez, az elveszett személy „belső világba„ történő valóság-hű beépítése

A gyász állapot többnyire spontán oldódik

Diagnosztikai nehézség: szövődményes gyász
elkülönítése a depressziós zavaroktól

(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak 31

Kóros gyász szindróma

- Lelkismeretfurdalás
- Állandó gondolati jelenlét
- Mintha még élne
- Depressziós tünetek
- Életviteli nehézségek

(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak 32

Mániás tünetcsoport 1.



- Emelkedett hangulat (ingerlékenység , agresszivitás)
- Figyelem hyperprosexiás (a beteg minden apró részlet megragadja, de semmi sem köti le.)
- A gondolkodás az asszociációk felgyorsulnak



(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)



2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

33

Mániás tünetcsoport 2.



- Az én tudat kibővül, (egodiastole)
önmagát felértékeli, téveseszmék
léphetnek fel (feltalálói, megalomán,
vallási)
- Fokozott beszédkésztetés
- Fokozott aktivitás
- Kritikai készség csökkenése, a szociális
normákat figyelmen kívül hagyja, etikai,
ritkán jogi normákat sért (szerencsejáték,
veszélyes üzletek és befektetések,
fokozott szexualitás .)



(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

34

Mániás fázis


euforikus hangulat



(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak 35

Hipománia



A mániával szemben enyhébb állapot: a diagnosztikai kritériumok a mániáétól abban különböznek, hogy az állapot nem okoz lényeges károsodást a munkaképességben és szociális alkalmazkodásban, illetve nem vezet hospitalizációhoz

(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak 36

Bipoláris affektív zavarok (mániás depressziós zavar)

- **A hangulati élet és az aktivitás változásával járó epizódok, amelyek egyrészt a hangulat emelkedését, az aktivitás fokozódását (hipománia, mánia) vagy ennek az ellenkezőjét a hangulat esését, a lelki energiák, az aktivitás csökkenését jelentik**



„Érzelmi hullámvasút”

Prevalencia (nemzetközi) : 0,8- 1.5 %

(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak 37

Bipoláris I. zavar

- Mind a depressziós, mind a mániás zavarok **legalább közepes súlyosságban fordulnak elő.**
- Ezek egymást követő ciklusokban jelentkeznek, és általában a beteget azonos minőségű és súlyosságú tünetek jellemzik.
- A fázisok között a beteg tünetmentes lehet.
- A két állapot szünet nélkül követheti egymást.
- Kevert epizódok amikor a depressziós és a mániás állapot egyazon napon fordul elő.

(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak 38

Bipoláris II. zavar

Hipomán epizódok váltakoznak **súlyos depressziós** időszakokkal.

(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak 39

Ciklotimia

- A **bipoláris zavar enyhe formája**, a hangulat tartós, de enyhe zavarai, amely hol a depresszió, hol a hipománia irányába változik .
 - Tartós stabil periódusok lehetnek. A hangulatváltozások többnyire minden ok nélkül következnek be.
 - a beteg életvitele egyenetlen, szociális kapcsolatai bizonytalanok (drog, alkoholfogyasztás)
- (Kreativitás – ciklotim temperamentum ??
Kreativitás - bipoláris affektív zavar ??)

(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak 40

Öngyilkosság problémája

- **Öngyilkosság:** az **egyén szándékosan keresi a pusztulást**, vagyis az öngyilkosság olyan akaratlagosan, közvetlenül és tudatosan elkövetett cselekmény, amely az egyén saját életének kioltásához vezet
(Edwin Shneidman definíciója, 1993)
- Az élettörténetbe ágyazott krízisállapot, melyből az egyén kiutat csak önmaga elpusztításában lát.
- El kell különíteni az önbántalmazástól (BPD)

(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak 41

Emile Durkheim (1897):

- **Az öngyilkosság részben társadalmi jelenség, az egyén és a társadalom integrációs zavarának egyik tünete !**

(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak 42

Nemzetközi öngyilkossági statisztika

- Minden évben kb. 1 millió ember hal meg öngyilkosság következtében.
- A globális öngyilkossági arány 16/100.000 fi.
- Minden 40. másodpercben meghal valaki öngyilkosság következtében.
- Az elhalálozások 1.8%-a szuicidium világszerte.
- 60%-kal nőtt a végzetes öngyilkosságok száma az utóbbi 45 évben.

(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak 43

Ringel féle preszuicidális szindróma (Erwin Ringel 1949)

- **A személyiség jellegzetes beszűkülése**
- **Nagyfokban gátolt és saját személye ellen fordított agresszió**
- **Élénk öngyilkossági fantáziák**

(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak 44

Ringel féle preszuicidális szindróma

- **Beszűkülés** többféle értelemben jelenik meg: a gondolkodás merev, sematikus, érzelmi beszűkülés, emberi kapcsolatok leértékelődése, izoláció vagy függőség
- **Agresszív indulat:** a beteg frusztrálható, nagy indulati feszültség a pszichológiai gátló folyamatok miatt nem tud megjeleníteni, önmaga ellen fordul
- **Fokozott fantáziáiban** érzékletes képekben jelennek meg problémái, körvonalazódik az öngyilkosság kivitelezése

(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak 45

Cry for help (Edwin Shneidman)

Az öngyilkos nem meghalni szeretne elsősorban, hanem másképp élni !



(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak 46

Magyarország öngyilkossági adatai I. 1920-1975 között 10 évenként

Év	100 ezer főre
1920	24,5
1930	31,5
1950	22,2
1960	25,0
1970	38,5
1980	44,9

(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

2015.11.11.

Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

47

Magyarország öngyilkossági adatai 2. 1980- 2006 között 5 évenként és 2009-ben

Év	Összesen	100 ezer főre	Férfi	Nő
1980	4809	44,9	3344	1465
1985	4725	44,4	3447	1278
1990	4133	39,8	2980	1153
1995	3369	32,6	2478	891
2000	3269	32,0	2463	806
2005	2621	26,0	2028	593
2006	2460	24,4	1861	599
2009	2461	24,55	1902	559

(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

2015.11.11.

Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

48

Az öngyilkosságot elkövetettek kor szerinti eloszlása 2009-ben (KSH adatai)

	összesen	férfi	nő
10-14	7	3	4
15-19	43	35	8
20-24	87	76	11
25-29	80	66	14
30-34	150	122	28
35-39	167	135	32
40-44	206	172	34
45-49	282	227	55
50-54	309	239	70
55-59	304	238	66
60-64	187	134	53
65-69	185	139	46
70-74	148	101	47
75-79	118	89	29
80-89	187	129	62

(Dr. Czerner Zsuzsa díja alapján)

2015.11.11.

Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

49

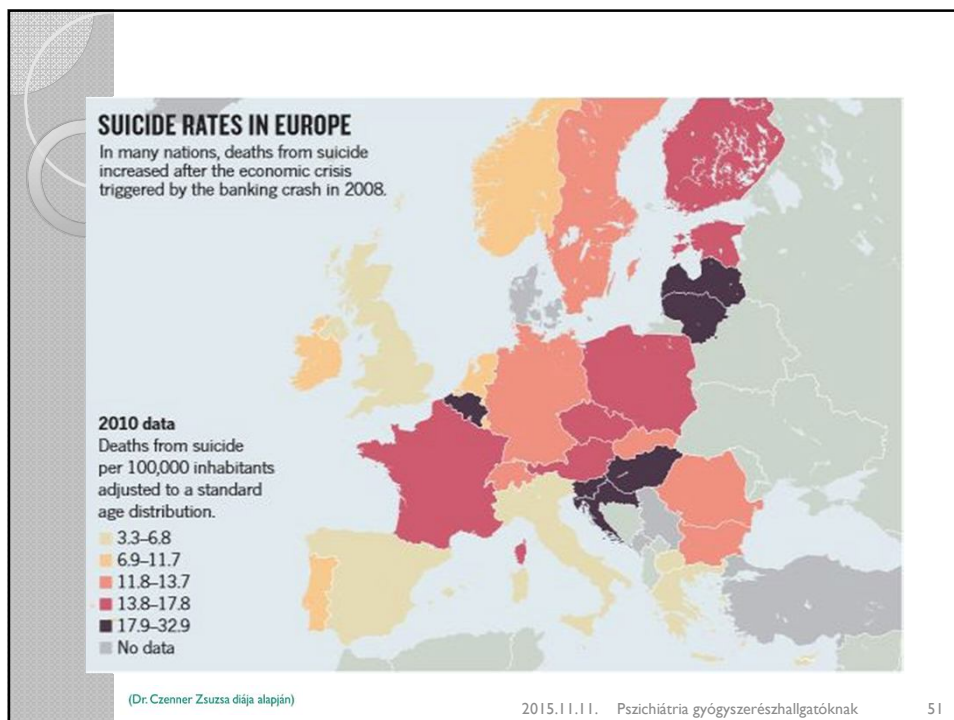
Magyarország öngyilkossági adatai 3.

- Világviszonylatban a 80-as évek első felében világelsőek voltunk a 100.000 főre jutó öngyilkosság tekintetében (1983 :4911 ember halálát jelentette !)
- Hazánkban az öngyilkosságok aránya más országokkal összehasonlítva továbbra is magas.
- Jelenleg négy szovjet utódállam: Litvánia, Fehéroroszország, Oroszország és Kazahsztán áll előttünk
- Öngyilkossági kísérletek száma a férfiaknál 3-5x, nőknél 13-14x több

(Dr. Czerner Zsuzsa díja alapján)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

50



Öngyilkossági kockázat I.

- Megelőző öngyilkossági kísérlet
- Családban előforduló öngyilkosság
- Az öngyilkosságot elkövetők mintegy háromnegyede férfi
- Az öngyilkosságok arányszáma idős korban a legmagasabb
- Magas a 45-55 év közötti életszakaszban is.
- Fiatalkorúak körében nő
- Mentális betegségek: depresszió (bipoláris zavar)
- Alkoholizmus
- Szorongásos zavarok, szkizofrénia stb.
- Súlyos szomatikus betegségek
- Családi állapot : egyedülállók

(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

52

Öngyilkossági kockázat 2.

- Kultúra, vallás : római katolikusok között alacsonyabb mint a protestáns, vagy zsidó vallásúak között
- Rosszabb szociális helyzetűeknél magasabb
- Migráció
- Foglalkozási csoportok Pl. orvosok (pszichiáterek !)
- Előzetesen szuicid minta a családban
- Magyarországon K-Ny, D-É irányban csökken

(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

53

Serdülőkori szuicidium

- A serdülőkori szuicidium hátterében többnyire depresszió vagy borderline tematika áll (impulzuskontroll zavar, emocionális instabilitás, nyomott hangulat, krónikus üresség érzés)
- 15-19 éves korosztályban az öngyilkosság világszerte az 5 leggyakoribb halálok között szerepel. A legtöbb országban az első vagy második helyen!
- USA: rosszindulatú daganatos megbetegedések és fatális balesetek után a 3. helyen áll.
- Franciaország: AIDS után a 2. helyen áll.
- 1990-es évektől számottevően csökkent az öngyilkos magatartás száma, kivéve a kamaszok körében (önsértés, kísérletek ↑ nyugati országokban és Mo-n is!)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

54

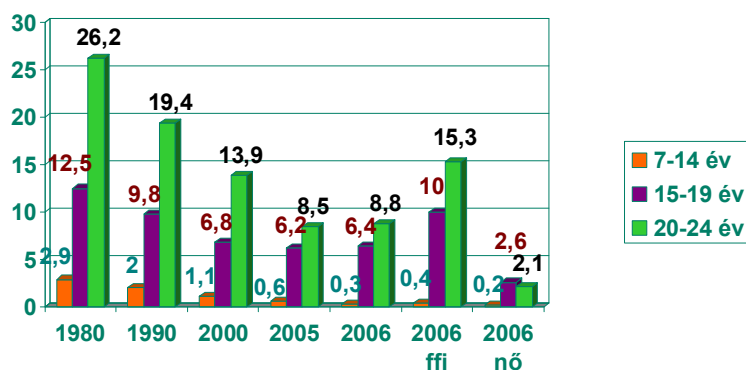
Serdülőkori szuicidium gyakorisága

- Normatív, reprezentatív minta: **serdülők 7,8%-a számolt be szuicid kísérletről** (F/L: 4,6/11,6%), korábbi kísérletek: F/L: 1,6/3,6%. **Öngyilkossági gondolat: 25%** (Vörös és mtsai, 2005)
- Szuicidium 14 éves kor alatt nagyon ritka, de egyre korábbra tolódik!
- **Halálozás: 25-30** adolescens évente Mo-n.
- **Kísérlet 25-50-szer gyakoribb a befejezett öngyilkossághoz képest 15-20 év közötti lányoknál**
- **Az összes szuicid kísérlet 70%-át serdülők követik el** (Czeizel, 1994).
- **Minden 6. fiatal megkísérelt már könnyebb/súlyosabb öngyilkosságot** (Kopp és Skrabski, 1990).
- **Lányok aránya a kísérletezők között háromszor gyakoribb** (Csorba és mtsai, 1998).

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

55

100.000 megfelelő korú lakosra jutó öngyilkosság (Mo.)

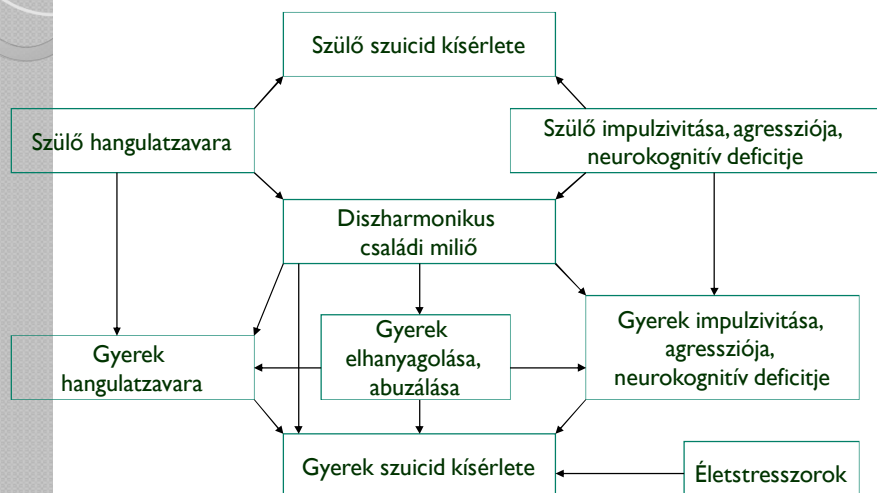


(KSH, 2006)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

56

Öngyilkos magatartás kialakulása gyermek/serdülőkorban



2015.11.11. Pszichiátria Gyógyszerészhallgatóknak (Brent Mann, 2006) 57

Serdülőkori szuicidium komorbiditása

- Normatív, reprezentatív mintán: az öngyilkossági kísérletet elkövetők szignifikánsan magasabb értékeket értek el a szorongás, a depresszió, az impulzivitás vonatkozásában; önértékelésük alacsonyabb volt a kontrollhoz képest. (Vörös és mtsai, 2005).
- Kísérletezők körében magas volt az alkohol- és drogabúzus, dohányzás, szexuális abúzus, gyakran nem a szüleikkel éltek + ineffektív coping!



2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak 58

Veszélyeztetett serdülő felismerése

1. a szokásos tevékenységek iránti érdeklődés elvesztése
2. az iskolai teljesítmény általános romlása
3. a tanórákon felmutatott erőfeszítés csökkenése
4. iskolai rendbontás, deviáns viselkedés
5. ismétlődő igazolatlan hiányzások, iskolakerülés
6. erős dohányzás, alkohollal, könnyű vagy kemény drogokkal való visszaélés
7. összeütközés a rendőrséggel, iskolai erőszak

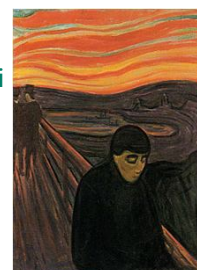


2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

59

Lelki krízis (Caplan 1964)

- Kénytelen veszélyeztető körülményekkel szembenézni, amelyek biológiai, pszichológiai és szociális egzisztencia területén alakulhat ki
- Ezek vagy ezek fenyegető közelsége mindennél fontosabb problémává válik
- A veszélyeket az adott időben sem elkerülni sem megoldani nem tudja
- az adott személyre jellemző szokványos problémamegoldó eszközökkel illetve mobilizálható energiával



Edvard Munch : Kétségbeesés

(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

60

A lelki krízis kimenetele lehet :

- Erők mozgósítása révén megoldás
- Adaptáció, kompromisszum
- Ineffektív megoldás (pszichés zavarok, alkohol, narkománia)
- Összeomlás (szuicidium, pszichotikus állapot)

A krízis megoldása a személyiség érését, kiteljesedését is szolgálhatja !!

(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

61

Szorongásos zavarok



2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

62

Szorongás és félelem

A félelem és a szorongás is normális figyelmeztető jel (harcolj vagy menekülj!)

A vegetatív idegrendszer szimpatikus túlsúlyával jár (ld. testi tünetek)

A szorongásnak nincs valódi tárgya: figyelmeztető jele valamely ismeretlen, belső, bizonytalan, konfliktusos veszélyhelyzetnek

Kóros szorongás: amikor nincs közvetlen testi vagy lelki veszély, vagy amikor az érzelmi reakció mértéke nincs arányban a veszéllyel

A szorongásos zavarok olyan pszichés betegségek, ahol a szorongás a vezető tünet

Szorongásos zavarok

- A szorongásos zavarok a leggyakoribb mentális kórképek közé tartoznak
- Gyakran válnak krónikussá
- A páciens funkcionálását jelentősen befolyásolják
- Gyakran társulnak egyéb pszichiátriai betegségekkel

A szorongás összetevői

- **Kognitív, verbális** : negatív élménymód, bejósolhatatlanság, kontrollálhatatlanságtól való rettegés
- **Viselkedéses -motoros** : viselkedéses repertoár beszűkül : pszichomotoros gátoltság vagy agitáció (nyugtalanság)
- **Szomatikus** tünetek

(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak 65

Szorongás szomatikus tünetei :

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

(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak 66

Szorongásos és depresszív gondolkodás közti különbség

- A **szorongásban** a negatív ítéletek specifikusak, nem vonatkoznak az élet minden területére, szemben a **depresszióval** a hol a negatív ítéletek kiterjedtek általánosak és kizárólagosak
- A **szorongó** beteg jövőre irányultsága megtartott, a **depressziós** feladja.
- A **szorongó** beteg a **depresszióssal** szemben saját hibáit korrigálhatónak tartja, nem tartja magát bűnösnek.
- A **szorongó** beteg a jövőre irányultan anticipálja, hogy valami rossz fog történni, a **depressziós** a múltba tekint, úgy gondolja valami rosszat tett.
- A **szorongó beteg** azokat a helyeket és helyzeteket kerüli amelyre szorongása vonatkozik, a **depressziós** feladja a napi rutin végzését is.
- A sikertelenség anticipációja : a **depressziós** a jövőbeli esemény sikertelenségét úgy tartja mintha már meg is történt volna. A **szorongó** tart a sikertelenségtől de az esemény számára a jövőben van. (Tringer)

(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak 67

Szorongásos zavarok osztályozása DSM-IV szerint

- pánikroham (agorafóbiával vagy anélkül)
- agorafóbia (pánikzavarral vagy anélkül)
- specifikus fóbia
- szociális fóbia
- kényszeres zavar
- akut stressz-zavar
- poszttraumás stressz-zavar
- generalizált szorongás



2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak 68

Epidemiológia

- Egyéves előfordulása a felnőtt lakosság körében: 17,7%, élettartam prevalencia nőknél: 30% (Sadock és Sadock, 2007)

	Egy éven belüli prevalencia	Nő-férfi arány	Első megjelenés ideje
Pánikzavar	2,3%	5:2	15-35év
Agorafóbia	2,8%	2:1	20-40év
Specifikus fóbiák	9,0%	2:1	változó
Szociális fóbia	8,0%	3:2	10-20év
Kényszeres zavar	2,0%	1:1	4-25év
PTSD és akut stressz zavar	0,5%	1:1	változó
Generalizált szorongás	3,8%	2:1	0-20év

2015.11.11. Pszichiátria (Forrás: APA, 1994) 69

Etiológia

- Pszichoanalitikus: tudattalanban rejlő konfliktusok szignálja, amely elfojtási folyamatokat indít el
- Viselkedési: kondicionált válasz egy specifikus környezeti ingerre
- Kognitív: egy adott helyzet lehetséges veszélyeire vonatkozó belső értékelő folyamatok torzítása → sérülékenység túlbecslése, megküzdés alábecslése
- Egzisztencialista: a céltalan univerzumban való élet élménye

(Sadock és Sadock, 2007, Égerházi, 2012)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak 70

Salkovskis kognitív modellje

A tartós szorongás kiváltó tényezőit két csoportba sorolhatjuk:

- (1) az átélt szorongás mértékét növelő tényezők, valamint
- (2) a szorongás magas szintjének fenntartásában közrejátszó tényezők

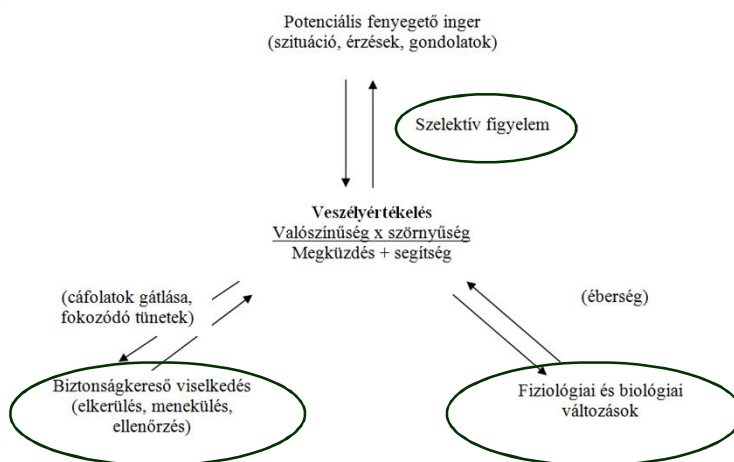
Az átélt szorongás mértékét növelő tényezők

$$\text{SZORONGÁS} = \frac{\text{fenyegetettség becsült valószínűsége} \times \text{veszély becsült kára/szörnyősége}}{\text{becsült képességek a veszély leküzdésére} + \text{becsült „segítő tényezők”}}$$

- A helyzet fenyegető, a becsült kár extrém mértékű és a személy úgy ítéli, nem tud megküzdeni a helyzettel
- Ha a fenyegetettséget kicsinek véljük, de a becsült kárt nagyon nagynak → kényszeres zavar, egészségsszorongás

(Salkovskis, 2000)

A szorongás magas szintjének fenntartásában közrejátszó tényezők



(Salkovskis, 2000)
2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

73

Szorongásos zavarok strukturálódása

Szorongásos zavar	Strukturaképző elem	Jellemző
GAD	strukturálatlan	fluktuáló, megjósolhatatlan lefolyás
Pánik	idő	roham és rohammentes időszakok
Agorafóbia	tér	zárttság, nyitottság, stb.
Szociális fóbia	szociális tér	emberek
Specifikus fóbiák	tárgyak, állatok	fóbiás tárgy távolsága
PTSD	trauma	trauma előtt-után
Obszesszió	kényszer gondolat	szimbolikus tér (kognitív fóbia)
Kompulzió	rituálék	rituálék

(Tringer, 2005)
2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

74

Pánikroham

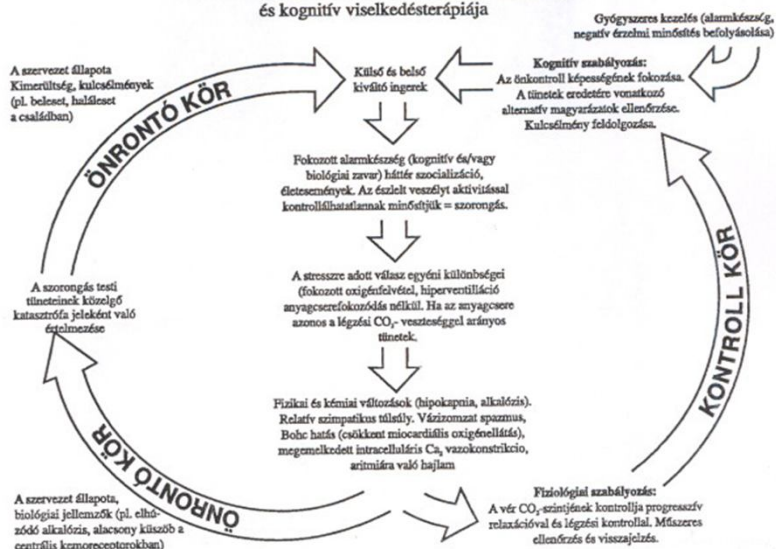
Szorongásos roham intenzív félelemmel vagy diszkomfort érzéssel és az alábbiakból 4 egyidejűleg fennáll (intenzitását 10 perc alatt eléri):



Gyakran visszatérő, váratlan pánikrohamok jelentkeznek, tartós aggodás újabb rohamoktól (agorafobia is kialakulhat)

1. palpitáció,
2. remegés,
3. izzadás,
4. légszomj,
5. mellkasi fájdalom,
6. fuldoklás,
7. szédülés,
8. zsibbadás,
9. hányinger,
10. derealizáció, deperszonalizáció,
11. hidegrázás vagy hevülés,
12. halálfélelem,
13. megőrüléstől való félelem

1. ábra. A szorongás (pánik) pszichofiziológiai modellje és kognitív viselkedésterápiája



(Fóris és Kopp, 1997)

Pánik - videó

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

77

Agorafóbia

- Félelem olyan helyeken, ahol az elmenekülés nehéz vagy nincs kéznél azonnali segítség (egyedül elmenni otthonról, tömegben lenni, hídon lenni, busszal, vonattal, autóval utazni)
- Az ilyen szorongást keltő szituációkat kerüli vagy erős szenvedéssel viseli el.



2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

78

Agorafóbia modellje és kezelése

- Gyakran jár együtt pánikrohammal, de nem mindig.
- Alapja a passzív elkerülés: az egyén a szorongást keltő helyzetből kilép, ezzel csökkenti szorongását és megerősítődik a viselkedése.
- Környezet veszélyes a személyes szabadság, autonómia korlátozása miatt
- ↕
- Egyén önmagát gyengének, dependensnek látja
- Th: expozíciós eljárások, pszichofarmakonok

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

79

Specifikus fóbiák

- Tartós és túlzott félelem, amelyet egy tárgy vagy helyzet jelenléte okoz
- A stimulus azonnali erős szorongást generál
- A személy felismeri, hogy félelme túlzott és igyekszik elkerülni a stimulusokat
- Lehet: állatokkal, környezettel (vihar), vérrel, sérüléssel, szituációval (pl. híd, lift, stb) kapcsolatos.
- Kezelése: expozíciós technikák, pszichofarmakonok

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

80

Szociális fóbia

- Félelem olyan nyilvános helyzetektől vagy cselekvéstől, ahol mások figyelmének, esetleges megítélésének lehet kitéve az egyén
- Attól fél a beteg, hogy ilyen helyzetben kínos, zavaró vagy megalázó helyzetbe kerülhet (megszégyenül)
- A társas helyzetek szorongást provokálnak
- A félelem elkerülő magatartással társul
- Lehet kiterjedt (11 éves kortól) vagy körülírt (22 éves kortól)



Kényszerbetegség

- Kényszer gondolatokból és kényszer cselekedetekből álló szindróma (obszesszív-kompulzív zavar)
- Jellemzője a páciens akarata ellenére visszatérő, betolakodó, nyugtalanító gondolatok és/vagy impulzusok, valamint ismétlődő ritualisztikus cselekedetek
- A tünetek szenvedést okoznak és időigényesek
- Cselekedeteit a szorongás csökkentése miatt végzi (aktív elkerülés)
- A beteg felismeri a gondolatok és cselekedetek túlzó és értelmetlen voltát és igyekszik tenni ellene

Kényszerek gyakorisága

Kényszergondolatok (%)	Kényszercselekedetek (%)
Kontamináció (beszennyeződés) 45%	Ellenőrzés 60%
Patológias kételkedés 42%	Tisztálkodás 50%
Szomatikus 36%	Számlálás 36%
Szimmetria 31%	Kérdezgetés 31%
Agresszív 28%	Szimmetria 28%
Szexuális 26%	Gyűjtögetés 18%

2015.11.11.

Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

(N=250, Rasmussen, 1986)⁸³

Kényszerbetegség etiológiája

Genetikai tényezők (monozigóta ikreknél 63%-os konkordancia)

Biológiai: szerotonin rendszer érintettsége

Tanuláselméleti: aktív elkerülő viselkedés

Kognitív:

- (1) abnormális kockázat és veszélybecslés,
- (2) kóros kételkedés, 100%-os biztonság keresése, kontroll mindenáron, perfekcionizmus, saját felelősség kiterjesztése, valamint
- (3) teljes befejezettség élményének hiánya

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

84

Salkovskis modellje a kényszerről

A kényszer gondolkodás a normális intruzív gondolatokból ered.

Az intruzív kogníciók betolakodó ötletek, gondolatok, képzetek vagy készletések.

A normális intruzív kogníciók és a kényszeres intruzív gondolatok közötti különbség alapvetően a kényszeres páciens értelmezéseiben keresendő:

- Ha az értékelés a kárra vagy veszélyre, valamint a veszteségre vonatkozik, úgy az érzelmi válasz szorongás vagy depresszió lesz.
- Kényszeres mintázat akkor jelenik meg, ha az egyén a tolokodó gondolatokat úgy értelmezi, hogy ő a felelős a kárért vagy annak megelőzéséért.

A felelősség sajátos értelmezése az intruzív kogníció, a megélt diszkomfort, valamint a kényszeres (semlegesítő) viselkedés közötti összekötő láncszem.

(Salkovskis, 2000).

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

85

Kényszerbetegség kórlefolyása

- Gyakran krónikussá válik, leszázalékolás oka lesz
- Kezelése pszichoterápia (vis.th)+ farmakoterápia kombinációja lehet



- 60-80%-uk javul, de tünetváltás gyakori
- Munkaképességet és párkapcsolatok kialakulásának esélyét is rontja

(Csigó, 2010)

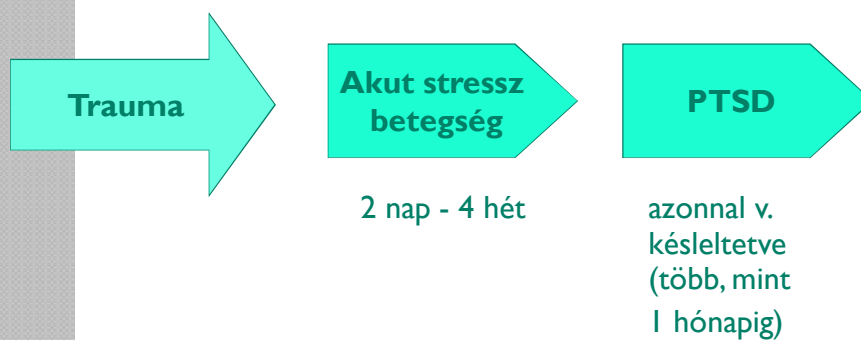
2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

86



Poszttraumás stressz zavar (PTSD)

Pszichológiailag traumatikus eseményeket követően kialakuló szorongásos zavar



PTSD tünetei

A személy olyan eseményt élt át, amelyben valóságos vagy fenyegető haláleset, súlyos sérülés vagy saját vagy mások testi épségének veszélyeztetése valósult meg (természeti katasztrófák, abúzus, háború)

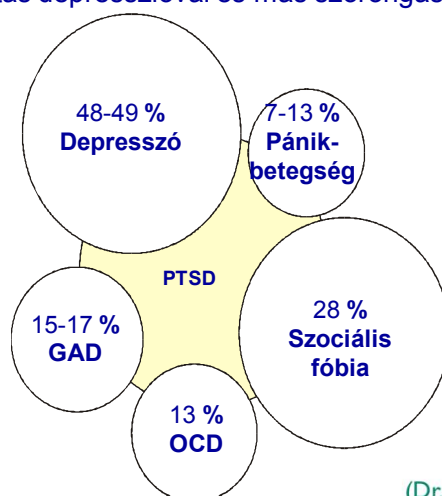
a személy erre intenzív félelemmel, tehetetlenséggel vagy rémülettel reagált

A traumát a személy ismételten újraéli visszaemlékezés vagy álmódás formájában

A traumával összefüggő ingerek tartós kerülése (pl. elidegenedés másoktól)

Fokozott készenlét tünetei (alvászavar, ingerlékenység, koncentrációs nehézség)

Poszttraumás stressz szindróma (PTSD) - komorbiditás depresszióval és más szorongásos kórképekkel^{1,2}



(Dr. Czenner Zsuzsa diája alapján)

Akut stressz zavar

- A traumatizáló eseményt követően
 - szubjektív bénultság érzése, elszakadás élménye vagy emocionális válaszkészség hiánya
 - a valóságos környezetben való tudatos tájékozódás lecsökkenése
 - derealizáció
 - deperszonalizáció
 - disszociatív amnézia
 - a traumát a személy ismételten újraéli (visszatérő képzetek, gondolatok, álmok, illúziók, „flashback”-szerű epizódok)
 - a traumára emlékeztető ingerek észrevehető kerülése
 - szorongás és fokozott készenlét észrevehető tünetei

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak 91

PTSD kezelése

- Prevenció (katasztrófa elhárítás, szociális támogató rendszerek, ventilálás, gyász segítése akár önkéntes segítőkkel)
- Kognitív viselkedésterápia (traumaélmények emocionális feldolgozása és integrálása, elfogadás, maladaptív viselkedésmódok feladása)
- Farmakoterápia



2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak 92

Generalizált szorongásos zavar

Túlzott szorongás vagy aggodalom a legtöbb esemény miatt legalább 6 hónapon keresztül
A személy a szorongást nehezen kontrollálja
Jellemzi:

- Idegesség
- Fáradékonyság
- Koncentrációs zavar
- Ingerlékenység
- Izomfeszülés
- alvászavar



GAD etiológiája

- Biológiai meghatározottság (vérrokonok között a betegség előfordulási gyakorisága 15%, Kendler és mtsai, 1992)
- Pszichológiai tényezők:
 - Pszichodinamikus: freudi neurotikus és morális szorongás, szeparációs szorongás
 - Kognitív: irracionális feltételezés arról, hogy valami veszély fenyeget állandóan + metakognitív – ha nem szorongok, akkor katasztrófa lesz
- Szociokulturális: alacsony SES

GAD terápiája

- Szorongásoldó farmakoterápia
- Relaxációs tréning
- Kognitív viselkedésterápia: átstrukturálás, megküzdési stratégiák tréningje, problémamegoldó készségek fejlesztése

Pszichoterápiás kezelési lehetőségek

Pszichiátriai zavar	Bizonyítottan hatékony eljárások	Egyéb pszichoterápiás lehetőségek
Pánik és agorafóbia	CBT, relaxáció, légzéskontroll, in vivo deszenzitizáció	Családterápia, dinamikus th.
Specifikus és szociális fóbia	Viselkedésterápia	Dinamikus th., hipnózis, családth.
OCD	Viselkedésterápia	Dinamikus th., szupportív th., családth.
PTSD	CBT	Dinamikus th., hipnózis, csoportth, családth.
GAD	CBT	Dinamikus th., szupportív th.

(Égerházi, 2012)

Szomatoform zavarok



(Molière: Képzelt beteg)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

97

Szomatoform zavarok definíciója

- Olyan állapotok, amelyben a személy gyötrődést és teljesítménycsökkenést okozó testi tünetei mögött valódi szomatikus ok nem áll
- A szorongásos reakció testi dimenziója van előtérben
- Emocionális zavarok testi megnyilvánulásáról van szó

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

98

Szomatiform zavarok osztályozása DSM-IV szerint

- Szomatizációs zavar
- Differenciálatlan szomatiform zavar
- Konverziós zavar
- Fájdalom zavar
- Hypochondriasis
- Test-dysmóriás zavar
- Szomatiform zavar MNO

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

99

Szomatiform zavarok gyakorisága

TABLE 1. Diagnostic distribution

ICD-10 Research criteria	SCAN Interviewed, %			Total Sample (N=199) Calculated Prevalence*		Psychiatric Comorbidity, %
	All (N=99)	Males (n=24)	Females (n=75)	%	CI 95%	
Somatization disorder (SD) (F45.0)	6.1	8.0	5.4	5.7	2.4-9.0	83.3
Undifferentiated SD ^b (F45.1)	7.1	8.0	6.8	5.5	2.3-8.8	71.4
Pain disorder (F45.4)	8.1	12.0	6.8	7.3	3.6-11.0	62.5
Hypochondriasis (F45.2)	4.0	8.0	2.7	4.6	1.6-7.5	50.0
Autonomous dysfunction (F45.3)	14.1	12.0	14.9	12.5	7.8-17.2	50.0
Neurasthenia (F48.0)	4.0	4.0	4.1	3.6	1.0-6.3	50.0
Dissociative movement and sensibility (F44.4-6)	3.0	4.0	2.7	3.3	0.8-5.9	33.3
Dissociative other (F44.1-3)	5.1	8.0	4.1	4.4	1.5-7.3	80.0
Above combined	26.3	24.0	27.0	24.8	18.73-30.9	50.0
SD combined (F45.X)	24.2	24.0	24.3	22.3	16.4-28.1	54.2
Excluding autonomous dysfunction	19.2	24.0	17.6	17.4	12.0-22.8	68.4
DSM-IV research criteria						
SD (300.81)	1.0	0.0	1.4	0.8	0.0-2.1	100.0
Undifferentiated SD (300.81)	27.3	36.0	24.3	27.0	20.7-33.1	51.9
Pain disorder ^c (307.8)	8.1	12.0	6.8	7.3	3.6-11.0	62.5
Hypochondriasis (300.7)	4.0	8.0	2.7	4.6	1.6-7.5	50.0
Conversion disorder (300.11)	3.0	4.0	2.7	3.3	0.8-5.8	33.3
Somatiform disorder, not otherwise specified (NOS) (300.81)	29.3	20.0	32.4	27.2	20.9-33.5	20.7
SD combined	59.6	56.0	60.8	57.5	50.5-64.5	35.6
Excluding SD NOS	30.3	36.0	28.4	30.3	23.8-36.9	50.0
Excluding undifferentiated and NOS SD	13.1	16.0	12.2	12.6	7.9-17.4	53.8

Note: SCAN = Schedules of Clinical Assessment in Neuropsychiatry.

^aAn index of definition of 5 or higher on the SCAN interview, excluding the physical section. Percentage of cases.

^bCriteria for SD, except duration <2years and >6 months.

^cDuration ≥6 months.

(Családorvosi praxisban, Fink és mtsai, 1999)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

100

Szomatoform zavarok etiológiája

- **Dinamikus:** Freud – hisztéria gyógyítása, érzelmi konfliktusok szomatikus tünetekbe való konvertálása, Elektra-komplexus
- **Behaviorista:** szomatikus tünetek megerősítése
- **Kognitív:** kommunikációs eszköz – másképpen kifejezhetetlen érzelmeket így közöljük, az ilyen személy számára az érzelmek tudatosítása és kifejezése nehéz

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

101

Szomatoform zavarok jellemzői

Kórkép	Főbb jellemzők
Szomatizációs zavar	30 éves kor előtt megjelenő, megmagyarázhatatlan fizikális tünetek Több éve fennálló tünetek A tünetek között legalább két gasztrointesztinális panasz, négy fájdalom-tünet, egy pszseudoneurológiai rendellenesség és egy szexuális funkció-zavar szerepel
Nem differenciált szomatoform zavar	Legalább 6 hónapja fennálló tünetek Egy vagy több megmagyarázhatatlan fizikális tünet
Konverziós zavar	Egyetlen, az akaratlagos motoros vagy szenzoros működéseket károsodását jelző tünet
Szomatoform fájdalomzavar	A fájdalomtünet dominál A fájdalom percepciójában, létrejöttében, súlyosságában, exacerbációjában vagy állandóságában pszichés tényezők játsszák az elsődleges szerepet
Hipochondriázis	Súlyos, életveszélyes betegségtől való rögeszmés félelem
Testdizmorfiás zavar	Testi hiba beképzése vagy felnagyítása
Közelebből meg nem határozott szomatoform zavar	Megmagyarázhatatlan fizikális tünetek félremagyarázása vagy felnagyítása A tünetek az egyéb szomatoform kórképek egyikének kritériumait sem elégítik ki maradéktalanul

(Oyama és mtsai, 2008)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

102

Szomatizációs zavar

- Számos fizikális panasz, 30 év előtti kezdet, jelentős funkciókárosodás
- Alábbi kritériumok mindegyike teljesül:
 - 4 fájdalom tünet
 - 2 gasztrointesztinális tünet
 - 1 szexuális zavar
 - 1 pszedoneurológiai tünet
- A tüneteket a személy nem szándékosan produkálja
- Nincs szomatikus magyarázat
- F fiatal felnőttkorban kezdődik, nőknél gyakoribb, krónikus lefolyású

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

103

Szomatizációs zavar tünetei

Gasztrointesztinális tünetek (2)

Haspuffadás

Hasmenés

Ételallergia

Émelygés

Hányás

Fájdalom (4)

Hasi

Deréktáji

Mellkasi

Dysmenorrhoea

Dysuria

Végtagi

Fejfájás

Ízületi

Rectalis

Pszedoneurológiai tünetek (1)

Emlékezetkiesés

Aphonia

Vakság

Nyelési nehézség

Kettős látás

Koordinációs zavar

Eszméletvesztés

Paralysis

Paraesthesiák

Vizeletretenció

Szexuális működészavar (1)

Ejakulációs zavar

Erektilis diszfunkció

Terhességi hányás

Rendszertelen menstruáció

Menorrhagia

Szexuális érdeklődés hiánya

(Oyama és mtsai, 2008)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

104

Differenciálatlan szomatoform zavar

- Egy vagy több, megmagyarázhatatlan okkal megjelenő fizikai tünet, melynek háttérében nincs definiálható testi betegség.
- A tünetek szenvedést és funkcióromlást okoznak
- Fennállása legalább 6 hónap
- A tüneteket a páciens nem szándékosan produkálja

Konverziós zavar

- Adott pszichoszociális konfliktus vagy szükséglet fizikai tünetté konvertálódik
- Zömmel neurológiai tünetek jelennek meg (görcs, roham, bénulás, vakság, beszédképtelenség)
- Nőknél kétszer gyakoribb
- Fiatal felnőttkorban kezdődik
- Akut lefolyás

Fájdalom zavar

- Egy vagy több anatómiai területre kiterjedő fájdalom
- A fájdalom kialakulásában pszichoszociális tényező játszik szerepet
- Jelentős szenvedést okoz
- Kialakulása nincs életkorhoz kötve, akár évekig is fennállhat
- Gyakoribb nők körében

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

107

Hypochondriasis

- A páciens egyes testi tüneteit alaptalanul súlyos betegségként értelmezi
- ↓
- Súlyos betegségtől való félelem vagy súlyos betegség meglétének a hite
- A beteg a fizikális tüneteit félreértelmezi
- Állandóan a bajjal foglalkozik, elmegy orvoshoz, de ez nem nyugtatja meg
- Legalább 6 hónapig fennáll (krónikus)
- Fiatal felnőttkorban kezdődik, ffi-nő arány hasonló

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

108

Test dysmorphiás zavar

- Állandóan teste képzelt vagy apró tökéletlenségeivel van elfoglalva
- Emiatt akár plasztikai sebészhez is fordul
- Zömmel serdülőkorban kezdődik
- Gyakran társul személyiségzavarral (BPD)



2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

109

Szomatoform zavarok kezelése

- Pszichoedukáció (testi panaszok lelki eredetének elfogadtatása)
- Kognitív viselkedésterápia
- Aktív egészségmagatartás, stresszkezelés
- Relaxáció, hipnózis, dinamikus terápiák
- Hatékonyságvizsgálat: CBT hatékony (Raine és mtsai, 2002)

2015.11.11. Pszichiátria gyógyszerészhallgatóknak

110

