

PSZICHÓZISOK

„PSZICHÓZIS”: A valósággal való adekvát kapcsolat megszakadása

GYANÚJA MERÜL FEL, HA

Valakinek a viselkedése úgy változik meg, hogy a változás:

- Társadalmilag **indokolatlan**
- Az egyén szempontjából **megmagyarázhatatlan.**

ETIOLÓGIAI SZEMPONTÚ FELOSZTÁS

- **Organikus:** háttérben ismert testi betegség (pl. epilepszia, neurodegeneratív)
- **Exogén:** háttérben ismert anyag
- **Reaktív:** lelki eseményekből, különleges szituációkból megérthető, pl akut stress, posttraumás stress, személyiségzavar
- **Endogén:**
 - **Szkizofrénia**
 - **Szkizoaffektív pszichózisok**
 - **Affektív pszichózis**

SZKIZOFRÉNYIA

- Morel (1856) – démence précoce (első részletes leírás - az intellektus és magatartás gyors leépülését hangsúlyozta)
- Kahlbaum -dementia paranoides (1863), katatónia (1870)
- Hecker (1870)- hebefrénia
- Kraepelin – felismerte, hogy a fentiek egy betegség különböző formái, korai kezdet, kedvezőtlen kimenetel, kognitív hanyatlás jellemzi
- Bleuler (1911) – a betegségkezdet szélesebb tartományban mozog (15-45 éves kor között), az érzelmi élet területén is vannak deficitek, a pszichés funkciók szétesése - részleges átmeneti remissziók– szkizofrénia – széles tüneti variabilitás - heterogén betegségcsoport

SZKIZOFRÉNIA

- Klinikai szindróma, változatos tünettani megjelenéssel (időben és a páciensek között is)
- A személyiség és a gondolkodás torzulása: Az észrevezés, gondolkodás, érzelmi élet, motiváció, valóságérzékelés, magatartás kóros eltérései jellemzik. A személyiség érintettsége azon funkciókat érinti, amelyek a személyiség egyéniségérzését, egyediségének tudatát biztosítják.
- *Újabb elképzelések szerint több, heterogén etiológiával rendelkező betegségek csoportja*
- Súlyos és hosszantartó betegség, általában az életminőség súlyos romlásához vezet

SZKIZOFRÉNIA

- Világszerte a lakosság kb. 1%-át érinti (0,4-1,4%) (de! A pszichózisok prevalenciája 3%)
- Férfiak és nők aránya kb. Egyenlő
- Az incidencia és a prevalencia világszerte megegyező (egyés urbanizált területeken és geográfiai régiókban magasabb, pl. Izlandon a prevalencia szokatlanul magas. Az egyes régiók között világszerte ötszörös eltérések is lehetnek: 7.7-43/100000, gyakoribb városban születetteknél)
- Nincs kultúrához vagy társadalmi berendezkedéshez köthető különbség
- Betegségkezdés leggyakoribb ideje a fiatal felnőttkor:
 - 15-25 év férfiakban
 - 25-35 év nőkben, 40-45 éves korban, a menopauza előtt egy második csúcs is észlelhető.
 - A kezelésben résztvevő páciensek 90%-a 15-55 év között van.

SZKIZOFRÉNIA

- A kimenetel nők esetében valamivel jobb:
- Férfiak esetén gyakoribb a negatív tünettán
- Nők esetében valószínűbb a jobb szociális funkcionalitás és az affektív tünettán
- Pszichotikus tünetekben nincs különbség.

ETIOLÓGIA

Nincs egyetlen ok:

- Erős genetikai meghatározottság (komplex multigénes háttér)
- Kóros idegfejlődés
- Biokémiai faktorok (dopamin, glutamát, szerotonin, GABA)

Kialakuláshoz környezeti tényezők is szükségesek:

- Cannabis használat (COMT val158 hordozóknál Rutter és mtsai (2015)
15x-ös rizikót azonosítottak)
- Emigráció
- Stressz

ETIOLÓGIA

Komplex, multigénes háttér (dysbindin, neuroregulin, DISC1, G72 stb)

Rizikó allélek: gyenge individuális hatás, multiplex interakciók

Egyik allél sem szükséges vagy elégséges a megbetegedéshez

A környezeti hatások is jelentős szerepet játszanak (befolyásolhatják az egyes gének expresszáldását)

Erős családi halmozódást mutat (egy szkizofrén szülő esetén: 9-16%, mindkét szkizofrén szülő esetén 40-68%, másodfokú rokonság esetén 1-8% esélye van a megbetegedésnek. Konkordancia egypetéjű ikreknél 23-42%, kétpetéjű ikreknél 5-10%)

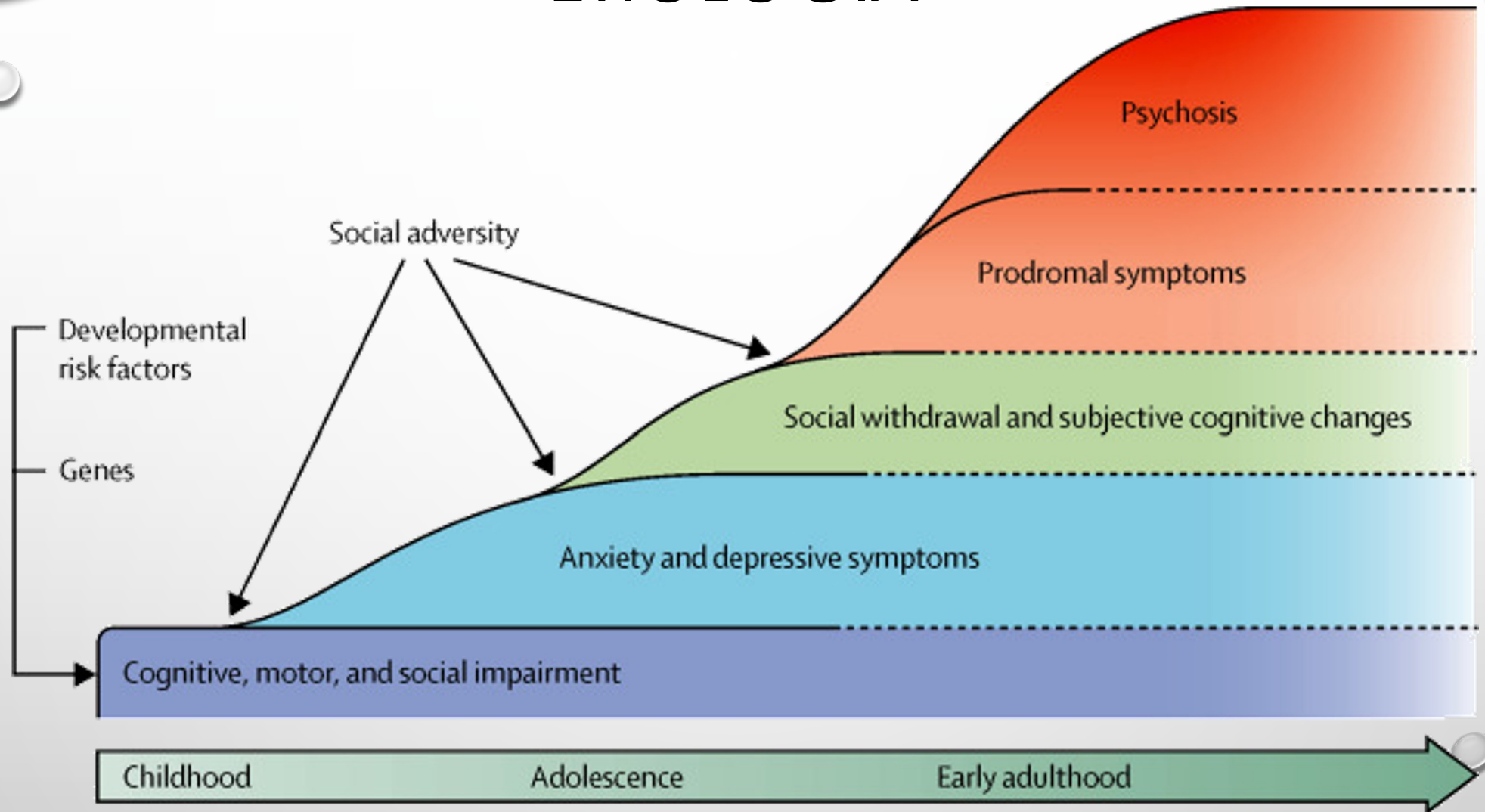
ETIOLÓGIA

- A rizikó gének valószínűleg az idegfejlődésre hatnak
- Elégtelen az idegsejtek közötti kommunikáció:
 - Ami szerepet játszhat: több, normál határon belüli minor variáció kedvezőtlen kombinációja
 - A minor variációk önmagukban semlegesek.
 - Ezek a vonások megoszlanak a populáción belül is (egyedi variációkat, furcsaságokat eredményeznek)

ETIOLÓGIA

- Idegfejlődési elmélet: Az intrauterin életben, feltehetően az első két trimeszterben elszenvedett károsodás következtében nem alakul ki a normális citoarchitektúra (lehetséges következmény: programozott sejtmigráció és szinaptikus elimináció zavara)
- Hosszú távon strukturális elváltozások megfigyelhetők (kamratágulat, frontális és temporalis lebenyben kifejezettebb volumen csökkenés, csükkent corticalis gyűrődések, normál asszimetria elvesztése)
- Tüneti késés – amikor az idegrendszer érése (fiatal felnőttkor) befejeződik, ilyenkor a környezeti terhelés megnő (tanulás, önállósodás)

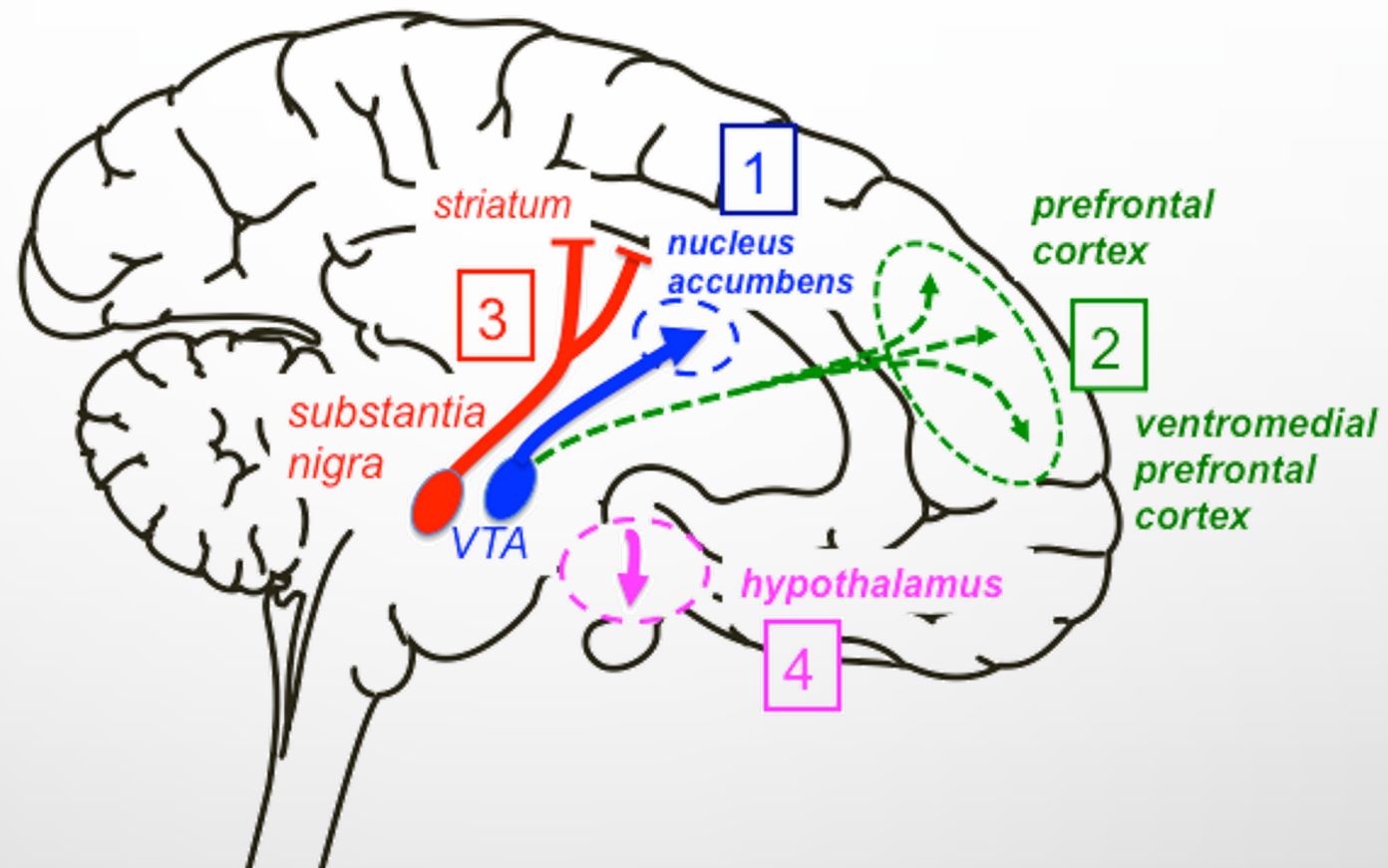
ETIOLÓGIA



The trajectory to schizophrenia showing the evolution of symptoms and the main risk factors

Oliver D Howes, Robin M Murray, Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model, The Lancet, Volume 383, Issue 9929, 2014, Pages 1677-1687

Four Dopamine Pathways & Schizophrenia



- 1) Mesolimbic (SCZ - increase in DA causes positive symptoms)
- 2) Mesocortical (SCZ – DA hypoactivity: negative & cognitive & and affective symptoms)
- 3) Nigrostriatal (Drugs - EPS & TD drug side effects)
- 4) Tuberohypophyseal (Drugs - hyperprolactinemia side effects)

The background of the image is a light gray gradient. It is decorated with several realistic water droplets of various sizes and shapes. Some droplets are large and prominent, while others are small and scattered. The droplets have a glossy, reflective surface with highlights and shadows, giving them a three-dimensional appearance. They are distributed across the top and bottom edges of the frame, with a few smaller ones in the middle.

TÜNTEK

EUGEN BLEULER(1857-1939)

schizophrenia 1911

hasadás a magatartás, az emóció és a gondolkodás között

alap tünetek: 4 A

affektív elsivárosodás

asszociáció zavara

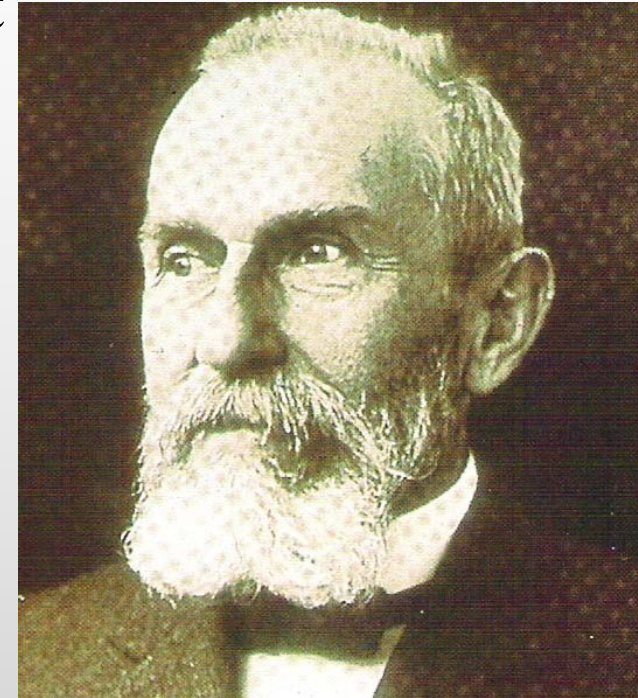
autizmus

ambivalencia

szekunder tünetek: (nem tartotta a schizophrenia kizárólagos jellemzőinek, azok más betegségben is előfordulhatnak.)

téveszmék, hallucinációk

Regresszív magatartás



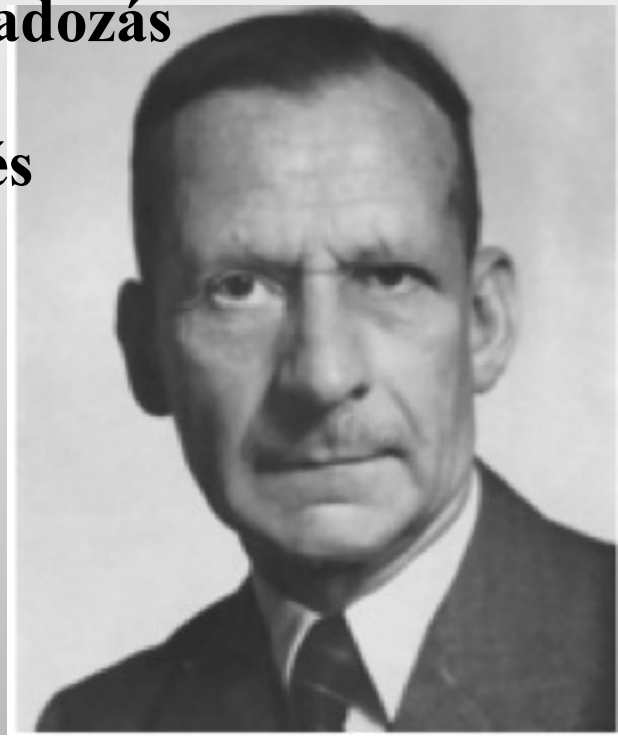
KURT SCHNEIDER (1887-1967)

elsőrangú tünetek

- gondolatok felhangosodása
- kommentáló, párbeszédés hanghallások
- gondolatelvonás gondolatbeültetés
- téveszmék
- befolyásoltatottsági élmények

másodrangú tünetek

- egyéb érzékcsalódás
- tanácstalanság
- hangulatingadozás
- érzelmi elszegényedés



A SZKIZOFRÉNIA TŰNETI DIMENZIÓI

- Pozitív tünetek
 - Normál pszichés élménymódhoz és működéshez nem tartozó többlet élmény
 - Pszichotikus tünetek – realitás érzékelés sérülése (pl. hanghallásokat, téveszméket valóságosnak éli meg)
- Negatív tünetek
 - Egyes pszichés funkciók elvesztése, hiánya (pl. érzelmek elsivárosodása, az örömképesség elvesztése)
- Kognitív tünetek
 - Emlékezési, tanulás, figyelmi problémák, szociális kogníció zavara (különösen mentalizáció)
- Affektív tünetek, leggyakrabban depresszió

POZITÍV TÜNETEK

- **Téveszmék:** gyakran bizarr, többféle, töredezett
 - Gondolat elvonás, behelyezés, átvitel, befolyásoltatás, grandiozitás vonatkoztatás, üldöztetés
- **Hallucinációk:** Valódi inger nélküli téves percepció
 - Bármely érzékszervi modalitás terén megjelenhet
 - Leggyakoribbak a hangzási hallucinációk (hang formájában 60-70%)
 - Látási hallucinációk előfordulása 10% (de:organikus kórkép!!!)
 - Szaglási hallucináció leggyakoribb temporalis epilepsziában
 - Taktilis hallucináció gyakoribb, mint amennyiről beszámolnak a betegek

POZITÍV TŰNETEK

• **Dezorganizált gondolkodás és viselkedés:**

- Fellazult asszociációk, inkoherencia, logikátlan, kusza, szétesett gondolkodás
- Viselkedés dezorganizációja (céltalan, szervezetlen, széteső magatartás)
- **Pszichomotoros tünetek:** Mozgásos sztereotípiák, izgatottság, gátoltság (katatónia)
 - Stupor, flexibilitas cerea, negativizmus, rigiditás, cristallisatio
– excessiv motoros aktivitással váltakozhat



NEGATÍV TÜNETEK

- Érzelmi eltompulás
- Alogia: gondolkodás elszegényedése
- A beszéd produktívitasának csökkenése
- Anhedonia
- Szociális visszahúzódás
- Gyenge kapcsolatteremtő képesség
- Indítékszegénység

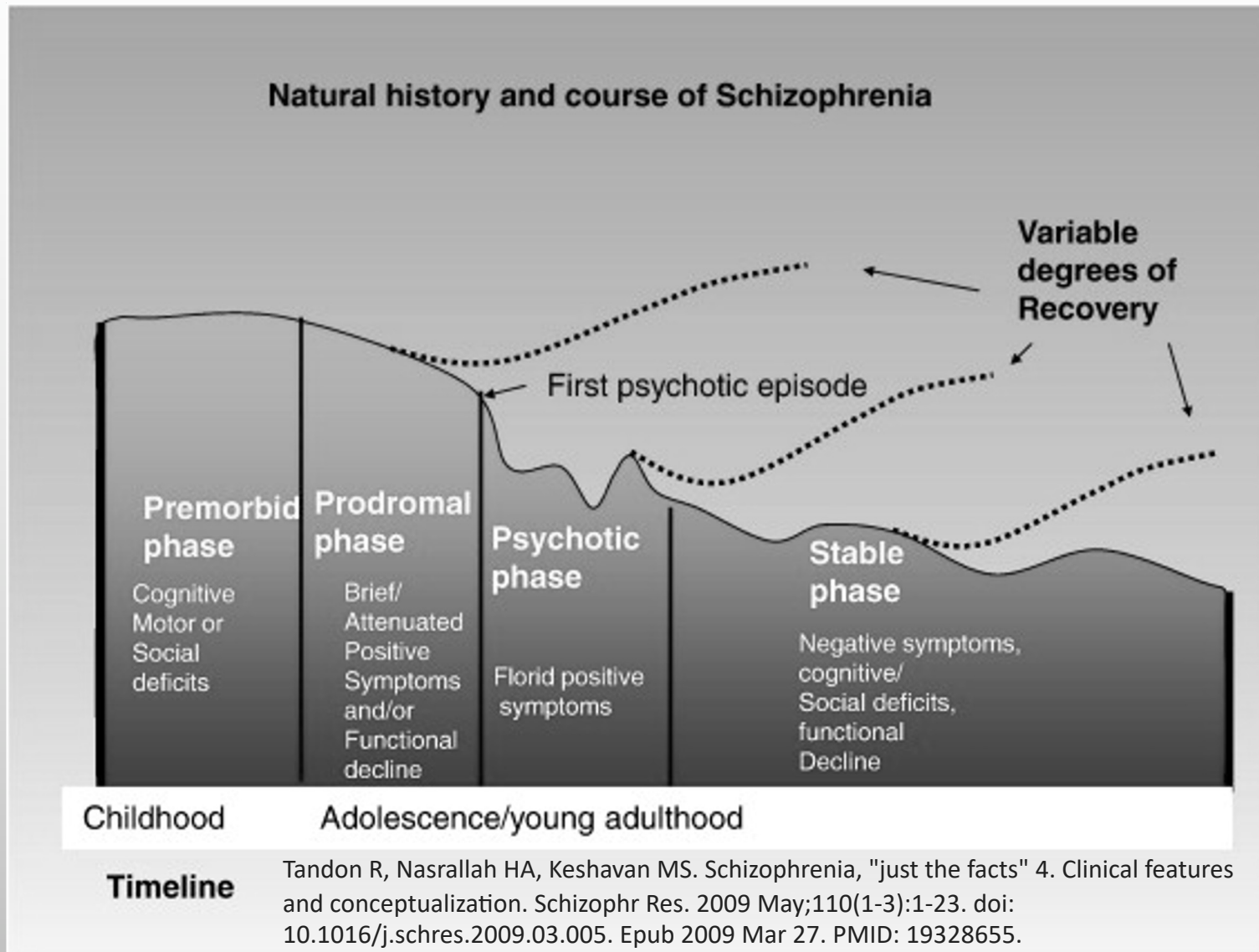
KOGNITÍV TÜNETEK

- Csökkent koncentráció, memóriazavar, figyelemzavar
- Neurokognitív eltérések:
 - Figyelem
 - Végrehajtó funkciók
 - Munkamemória
 - Feldolgozási sebesség
- Már a betegség jelentkezése előtt jelen vannak
- Az első epizód után kifejezett romlás –utána relatív stabilitás
- Jelentősen befolyásolja a betegség kiemenetelét
- Szociális kogníció eltérések: érzelempercepció, mentalizáció, társas attribúció

AFFEKTÍV TÜNETEK

- A betegség korai időszakában (negatív tünetek nem olyan hangsúlyosak) – de előfordulhat bármelyik fázisban
- A betegek jelentős részénél előfordul depresszió
- Posztpszichotikus depresszió
- Szuicid veszély

A SZKIZOFRÉNIA JELLEMZŐ IDŐBELI LEFOLYÁSA



KÓRLEFOLYÁS

- Aktív szakaszok és remissziók
- Jaaskeinen és mtsai (2012) alapján a betegek 10-20—a egyetlen epizódon megy keresztül. A felépülés becsült aránya 13.5%
- A betegek 15%-ánál tartósan tünetek észlehetők remisszió nélkül, progresszív funkciócsökkenés mellett (European Brain Policy Forum, 2010)
- Kb 28%-ánál számos pszichotikus epizód zajlik progresszív funkciócsökkenéssel (European Brain Policy Forum, 2010)
- Kb 35%-nál számos pszichotikus epizód zajlik, de progresszív állapotromlás nélkül (European Brain Policy Forum, 2010)

A SZKIZOFRÉNIA SZÖVŐDMÉNYEI

- Magasabb mortalitás
- Öngyilkosság 15-20%
- Komorbid betegségek
- Szerhasználat (30-50%)
- Baleseti halálozás

Kórkimenetelt befolyásolja

- premorbid személyiség
- kórkép indulása, zajlása
- tünettan (nozológia)

Kórkimenetel megítélése történhet

- Pszichopatológiai tünetek változása alapján (PANSS skála sefítségével)
- Funkcióképesség alapján
- Életminőség (szubjektív, objektív) alapján (Pl. Lancashire Quality of Life profile alapján)

Diagnózis (DSM 5)

Legalább kettő az alábbiakból (mely kettő közül minimum az egyik az első 3-ból kerüljön ki):

- **Téveszmék**
- **Hallucinációk**
- **Dezorganizált beszéd**
- **Dezorganizált vagy katatón viselkedés**
- **Negatív tünetek**
- Legalább **1 hónap** aktív fázis
- Összesen legalább **6 hónapos** lefolyás (bele tartoznak a prodromális és reziduális tünetek is)

Szkizofrénia altípusai

- Paranoid: Döntően üldöztetési téveszmék és akusztikus érzékcsalódások
- Dezorganizált: Döntően inadekvát affektusok, dezorganizált beszéd és viselkedés
- Katatón: Döntően a motoros aktivitás eltérései – immobilitástól mozgásviharokig
- Nem differenciált: egyik csoportba sem sorolható
- Reziduális: Maradványtünetek (szokatlan perceptuális élmények és/vagy gondolatok, negatív tünetek)

SZKIZOFÉRNIA SZIMPLEX

- A tünetek szinte észrevétlenül alakulnak ki
- Egyre kifejezettebben normától eltérő, gyakran különc viselkedés észlelhető
- A szociális elvárásoknak nem tud megfelelni
- Teljesítménye minden téren hanyatlak
- A negatív tünetek pszichotikus epizód nélkül alakulnak ki

SZKIZOAFFEKTÍV PSZICHÓZIS

- A./ Major depresszív, mániás vagy kevert epizód egyidejűleg van jelen a szkizofrénia A kritériumainak megfelelő tünetekkel**
- B./ Legalább 2 hétig fennállnak téveszmék vagy hallucinációk, előtérben álló hangulati elemek nélkül**
- C. / A hangulatzavar kritériumai tartósan jelen vannak
- D. / A zavar nem pszichoaktív szer vagy organikus folyamat következtében jött létre

EGYÉB PSZICHÓZISOK ÉS DIFFERENCIÁLDIAGNÓZIS

- Paranoid pszichózisok
- Szkizoaffektív pszichózis
- Szkizotípiás zavar
- Mindig gondolni kell nem pszichiátriai okokra:
 - Pszichoaktív anyagok (pl amfetamin, hallucinogének, alkohol)
 - Neurológiai betegségek (pl tumor, trauma, epilepszia)
 - Egyéb szomatikus betegségek (pl. endokrin, metabolikus, mérgezés)
- Kizárandó pszichiátriai betegségek:
 - Rövid pszichotikus zavar, delúzív zavar
 - Szkizoaffektív zavar
 - Hangulatzavarok
 - Autizmus
 - OCD
 - Személyiségzavarok

• A SZKIZOFRÉNIA DIAGNOSZTIKÁJA

- Tünettani diagnózis (DSM5, BNO10, BNO11)
 - Pozitív tünetek
 - Negatív tünetek
 - Kognitív tünetek
- Strukturált diagnosztikus interjúk (MINI)
- Pszichológiai tesztek (Rorschach, MMPI)
- Tünetbecslő skálák (PANSS, CGI)

KEZELÉS



MA MÁR HATÉKONYABB KEZELÉSEK ELÉRHETŐK. JAVASOLT AZ INTEGRÁLT KEZELÉS

- Az integrált kezelés célja:
 - Tünetek redukciója
 - Relapszusprevenció
 - Funkcionalitás megőrzése
 - Életminőség javítása

Kutatási eredmények alapján a legjobb kimenetel a pszichofarmakológiai és pszichoszociális kezelések kombinációjától várható.

● KEZELÉS PRODROMÁLIS FÁZISBAN

- Australian clinical guidelines for early psychosis:
- Első vonalban:
 - Omega-3 zsírsav, kognitív viselkedés terápia, szupportív tanácsadás
 - Antidepresszívumok adása
 - Családi pszichoedukáció
 - Antipszichotikum szedése nem ajánlott (az útmutató rövid, kb egy hetes szub-pszichotikus tünetek elején nem javasolja antipszichotikum adását)
- Legfontosabb alapelv: lépcsőzetesség, először a biztonságosabb kezelési formákkal kezdünk (az esetek 2-/3-ban nem alakul ki pszichózis)

AZ ANTIPSZICHOTIKUS TERÁPIA JELLEMZŐI

- Markáns hatás a pozitív és dezorganizált tünetekre
 - A 2-4 hetes válaszkészség prediktív a hosszú távú hatékonyságra (klasszikusan 4-6 hetet szoktak javasolni a hatékonyság megítélésére)
 - Korai fázisban nagyobb arányú és gyorsabb válaszkészség
 - A maximális hatás hónapok alatt érhető el
- A negatív tünetekre csekély hatás (Cariprazine)
- A pozitív tünetekhez kapcsolódó depresszív tüneteket javítják (pl üldöztetés miatti feszültség, lehangoltság)
- Kognitív funkciókra nincs érdemi hatás, második generációs szerek hatására vonatkozó vizsgálatok ezen a területen ellentmondásos eredményekhez vezettek

EGYENSÚLYOZÁST IGÉNYLŐ PROBLÉMÁK A KEZELÉS SORÁN

- beleérzés - distancia a tüneteket illetően
- a patológiás tartalom (téveszme, hallucináció) elfogadása - cáfolata
- közvetlenség - távolságtartás a viselkedésben
- önállóság – segítség elfogadás
- betegség hangsúlyozása a fenntartó gyógyszeresedés érdekében - gyógyultság hangsúlyozása a rehabilitáció (munka,...) érdekében

LEHETSÉGES MELLÉKHATÁSOK

Receptor Type	Adverse Effects
Dopamine	Extrapyramidal symptoms, weight gain, endocrine effects, akathisia, tardive dyskinesia, increased prolactin, sexual or reproductive system dysfunction
Serotonin	Weight gain, diabetes, increased appetite
Histamine	Weight gain, diabetes, sedation
Muscarinic	Dry mouth, blurred vision, urinary retention, diabetes, memory problems, cognitive problems, tachycardia, hypertension
Adrenergic	Postural hypotension, dizziness, syncope

C. Correll. "Assessing and maximizing the safety and tolerability of antipsychotics used in the treatment of children and adolescents." *J Clin Psychiatry* 69, suppl. 4 (2008):26-36. Also see, C. Correll, "Antipsychotic use in children and adolescents." *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 47 (2008):9-20.

KONVENCIONÁLIS ANTIPSZICHOTIKUMOK

- Hatékonyak a pozitív tünetekre és az agitációra
- Megrövidítik a pszichotikus epizódok idejét
- Csökkentik a visszaesések számát
- Különböző formában hozzáférhetőek (oldat, iv, im. depó inj)
- Lehetséges mellékhatások:
 - Extrapyramidális mellékhatások (akatózia, rigiditás, tremor, tardív diszkinézia)
 - Antikolinergiás mellékhatások (szájszárazság, homályos látás, obstipáció, tachycardia, vizeletvisszatartás, kognitív károsodás, zavartság, delirium)
 - Antihistamin hatások (szedáció, súlyemelkedés)
 - Antiadrenerg hatás (ortosztatikus hypotenzió)

Antipsychotic Medications

Conventional Antipsychotics	Atypical Antipsychotics
Chlorpromazine	Aripiprazole
Fluphenazine	Clozapine
Haloperidol	Olanzapine
Loxapine	Paliperidone
Molindone	Quetiapine
Perphenazine	Risperidone
Pimozide	Ziprasidone
Prochlorperazine	
Thiothixene	
Thioridazine	
Trifluoperazine	

A SZKIZOFRÉNIA KOMPLEX KEZELÉSE

- Farmakoterápia (per os antipszichotikum vs hosszú távú (depot) injekció)
- Szükség esetén ECT
- Pszichoszociális intervenciók (stresszredukció, támogató környezet, foglalkozásterápiák, pszichoedukáció, adherencia terápia)
- Közösségi gondozás
- Pszichoterápiás intervenciók (kognitív viselkedésterápia, avatar terápia, metakognitív terápia)
- Családtagok bevonása, edukálása (egyéné is)
- Általános orvosi ellátás

● REHABILITÁCIÓS KEZELÉS SZEREPE

- A betegség bármely stádiumában alkalmazható
- Általában speciális pszichiátriai rehabilitációs osztályon történik
- Célja a felépülés elősegítése, funkcionalitás javítása, közösségi reintegráció
- Fontos:
 - Meglévő készségek figyelembe vétele, ehhez illesztett készségfejlesztés
 - Személyes célok felmérése és fókuszba helyezése
 - Az aktuális funkciószintet figyelembe véve az alábbi területek érintésének mérlegelése: önellátás, munka, társas kapcsolatok, szórakozás

ASSZERTÍV KÖZÖSSÉGI KEZELÉS

- A kezelés a páciens szociális szférájában történik – esetmenedzselés (nem medikáli személyzet, rendszeresen látogatja a betegeket , segítséget nyújt dolgaik intézésében, facilitálja szociál is működésüket, kapcsolatot tart a beteg kezelőorvosával is)
- Támogatás, kapcsolatok fenntartása és facilitálása hangsúlyos
- Alkalmazása szakirodalmi adatok alapján szignifikánsan csökkenti a rehospitalizáció szükségességét (rehospitalizációs ráta 37 %-ról 23 %-ra)

KÖSZÖNÖM A FIGYELMET!