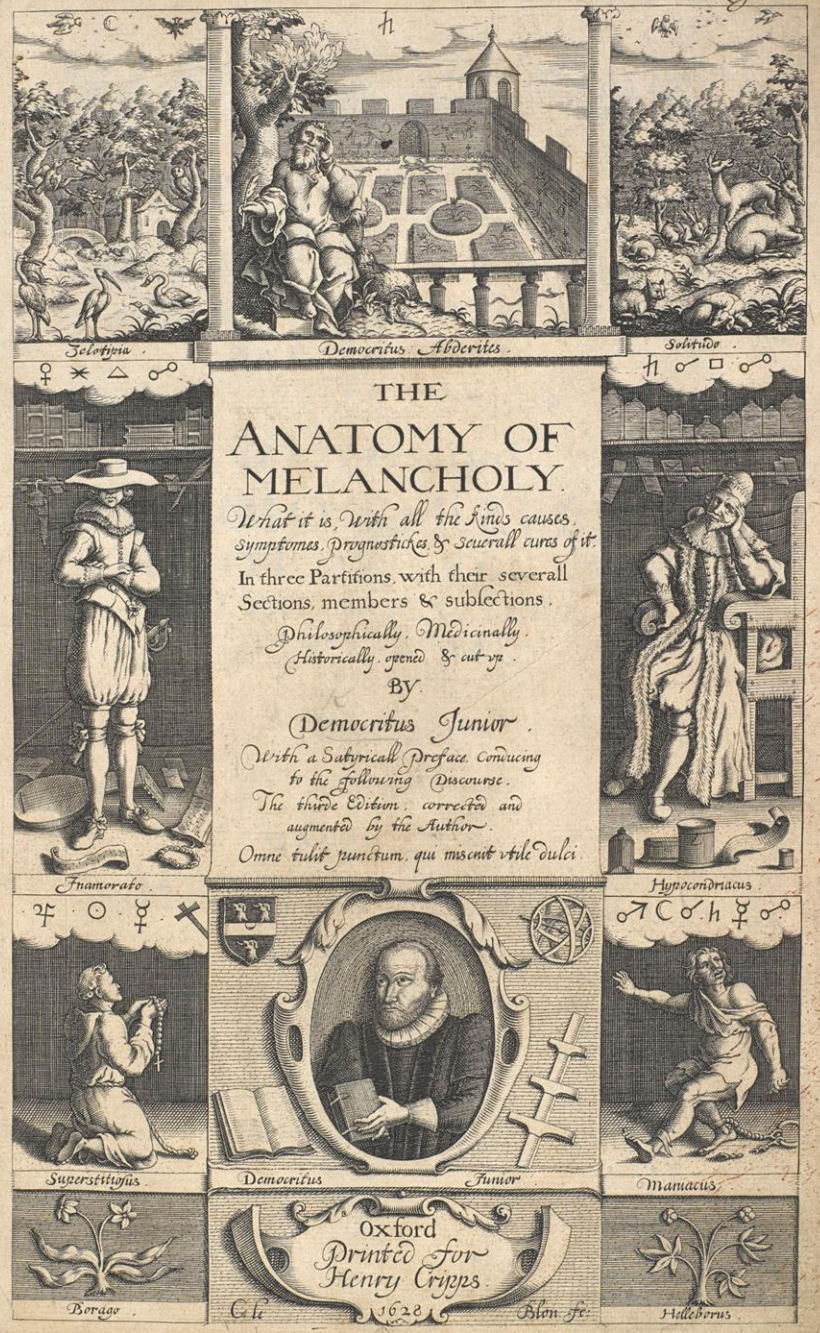


Rog. dubram



THE
ANATOMY OF
MELANCHOLY.

What it is, with all the kinds causes,
symptomes, prognosticks & severall cures of it.
In three Partitions, with their severall
Sections, members & subsections.

Philosophically, Medicinally,
Historically, opened & cut up.

By

Democritus Junior.

With a Satyricall Preface, conducing
to the following Discourse.
The third Edition, corrected and
augmented by the Author.

Omne tulit punctum, qui miscuit utile dulci.



Democritus Junior

Oxford
Printed for
Henry Cripps.
1628

**Robert Burton (1621): The Anatomy of Melancholy,
What it is: With all the
Kinds, Causes,
Symptomes, Prognosticks,
and Several Cures of it. In
Three Maine Partitions
with their severall Sections,
Members, and Subsections.
Philosophically,
Medicinally, Historically,
Opened and Cut Up**

Depressziós zavarok

PTE KK

Pszichiátriai és
Pszichoterápiás Klinika

Mi a depresszió?

Szomorúság, bánat
≠
Depresszió

Hangulatzavar
≠
Depresszió



A. Dürer
(1514):
Melancholia
(metszet)

A depresszió fontosabb tünetei

1. Affektív tünetek: nyomott hangulat, az érdeklődés és örömképesség elvesztése (=anhedonia).

A kóros hangulati nyomottságot a páciens szokásos érzelmeitől minőségileg eltérően éli meg.

2. Kognitív tünetek: figyelem és koncentráció nehezítettség, memóriazavar. Negatív kép magáról és a világról. Veszteségeken, értéktelenségén rágódik, büntudat és öngyilkossággal, halállal kapcsolatos gondolatok gyötrik.

3. Testi/vegetatív tünetek: alvás és étvágy zavarai, testsúlyváltozás, szexuális diszfunkciók, ürítési-emésztési zavarok.

4. Szociális és interperszonális nehézségek: szociális működések károsodtak, szociális visszahúzódás, izoláció.

Epidemiológia

- A major depresszió (MD) prevalenciája: 15.1% (élet), 7.7% (éves inc).
 - Férfi : nő = 1: 2
 - Átlagéletkor a betegség kezdetekor: 40 év (50%-ban 20-50 év között)
 - 20 év alatt egyre gyakoribb (összefügghet a fokozódó alkohol és drogabúzással)

- A szorongásos és affektív zavarok prevalenciája 15% az alapellátásban

Etiológia

Összetett etiológia

- Genetika: A MD heritabilitásis 37% (→ gyenge kapcsolat többszörös genetikai kockázati tényezőkkel)

Gén x Környezet!! (súlyos és/ vagy korai stressz + genetikai sérülékenység)

- Klasszikus monoamin diszregulációs modell → SER, NA, DA
 - Elméleti eltolódás a neurotransmitter rendszerekről a neuronhálózatok, és a szabályozó mechanizmusok irányába.
- A stressz reguláció zavar → HPA tengely diszregulációja
- Kronobiológiai eltérések → a cirkadián ritmus sérülékenysége, felborulása
- Agyi strukturális és funkcionális képzőanyagok eredményei (a hangulat és affektus szabályozást végző agyi területek elváltozásai: prefrontális lebeny, elülső cingulum, amigdala, hippokampusz)
- Személyiségfejlődés, affektív temperamentum típusok
- Pszichológiai elméletek:
 - Kognitív elméletek
 - Pszichodinamikus elméletek (pl. Freud → befelé fordított depresszió, az elveszített szeretet introjektálása)

Összetett etiológia 2

➤ A depresszió kognitív elméletei:

- A depresszió sajátos kognitív torzítások eredménye →

→ *depressziogén sémák*

(= Kognitív mintázatok melyek a belső és külső információkat a korai negatív élményeknek megfelelően → Kognitív sérülékenység/ depressziós karakter)

- Aaron Beck - a depresszió kognitív triásza:

1, negatív én-kép

2, negatív kép a környezetről → a világ ellenséges és követelőző

3, negatív jövőkép → a jövő szenvedést és bukást hoz

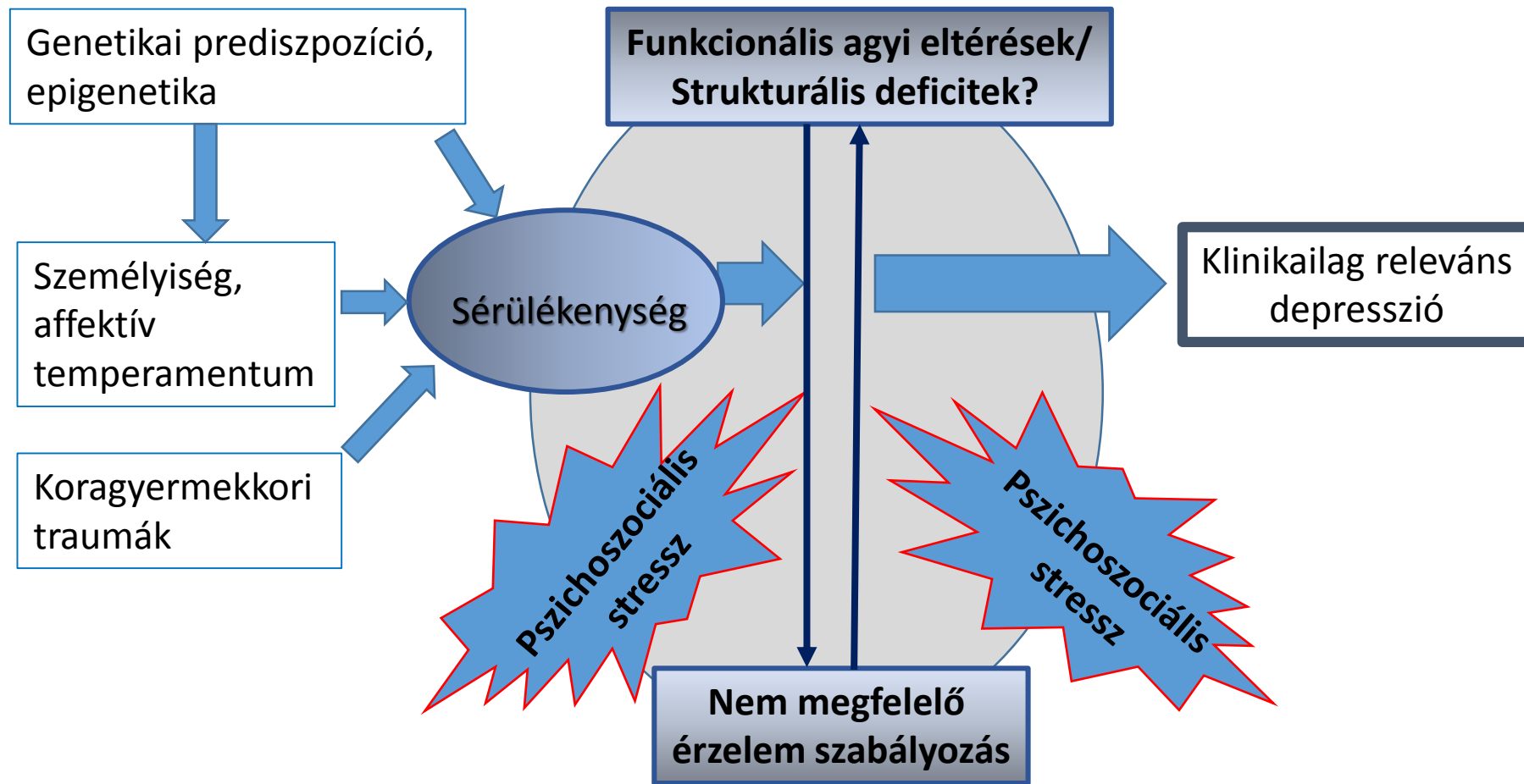
- **Tanult tehetelenség**

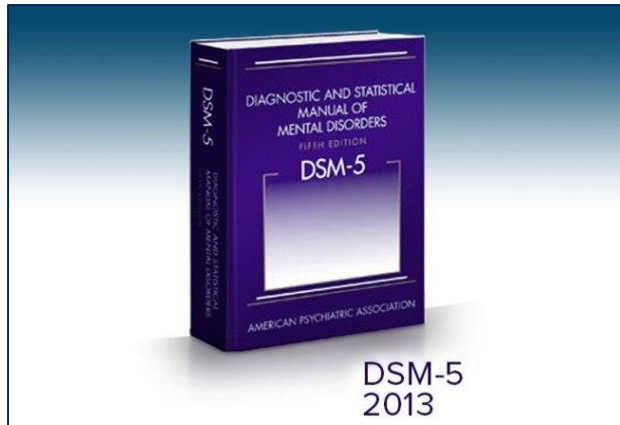
A depressziós jelenségek és az átélt, kontrolálatlan negatív élmények között.

→ Tanult passzivitás, a kontroll feladása, alacsony önértékelés és -érvényesítés.

**Kognitív és
Viselkedésterápiák !!**

A depresszió integratív patogenetikus modellje





Depresszió és a hozzá kapcsolódó zavarok

1. Major depressziós zavar
2. Pervazív hangulatszabályozási zavar
3. Tartós depressziós zavar (korábban disztímia)
4. Premenstruális diszfóriás zavar

Major depressziós zavar (MD) – DSM 5

Öt (vagy több) az alábbiakból:

- 1. Hangulati nyomottság majdnem egész nap, a napok nagy részében,**
- 2. Az érdeklődés és örömképesség hiánya (=anhedonia),**
3. Jelentős fogyás/ hízás, étvágycsökkenés vagy fokozódás,
4. Inszomnia vagy hiperszomnia,
5. Pszichomotoros agitáció vagy gátoltság,
6. Kimerültség, anergia,
7. Értéktelenség érzés, vagy kifejezett és alaptalan bűntudat (akár téveszmés is lehet),
8. A gondolkodás és figyelemkoncentráció nehezítettsége, avagy döntésképtelenség,
9. Visszatérő, halállal és öngyilkossággal kapcsolatos gondolatok, visszatérő szuicid fantáziák, szuicid kísérlet vagy konkrét öngyilkossági terv.

Legalább egyik az 1-es vagy 2-es tünetből

A tünetek jelentős distresszt okoznak, és több életterületen diszfunkciók.

Időkritérium: legalább 2 hét.

A gyász vagy egyéb veszteséggel való egyidejű megjelenés nem kizáró kritérium MD diagnózisát.

Veraguth redő

A felső szemhéjredő felfelé és visszafelé türemkedik.
Otto Veraguth svájci ideggyógyász írta le.

A százug lefelé csüng.
Típusos melankóliás depresszióban,
főképp Európában, avagy európai származású egyéneknél.





Tartós depressziós zavar

A, Nyomott hangulat a napok többségében legalább 2 évig.

B, Kettő vagy több az alábbi tünetekből:

1. Étvágytalanság vagy túlevés
2. Inszomnia vagy hiperszomnia
3. Enerváltság, kimerültség
4. Alacsony önbecsülés
5. Nehezített koncentráció avagy döntésképtelenség
6. Reménytelenség érzés

C, A két éves időszak alatt (gyermekeknél és kamaszoknál 1 év), az egyén soha nem volt két hónapnál hosszabb ideig tünetmentes.

(Az MD tünetei is fennállhatnak 2 éven keresztül.)

Új diagnózis a DSM 5-ben: a krónikus major depresszió és a disztímia összevonásából alakult ki.



Diszruptív hangulat szabályozási zavar (DMDD)

- Súlyos és **visszatérő dühkitörések**, vagy ingerültség és düh. A kitörések hetente min. 3-szor lépnek fel, min. egy éven át.
- A dühkitörések nem tudhatók be életkori sajátosságnak.
- 6-18 éves korig adható.
- A kezdeti életkor 10 év alatt kell legyen.

A korábban gyakran bipolárisként diagnosztizált, krónikusan irritált gyerekek dg-i kategóriája.

Premenstruális diszfóriás zavar (PMDD)

- 5 vagy több depressziós tünet
- Az elmúlt év legtöbb ciklusában,
- Tünetek a luteális fázis utolsó hetében.
- A follikuláris fázis kezdetétől tüneti remisszió.

Típusos tünetek: :

Kifejezett affektív labilitás; tartós düh vagy ingerültség, gyakori interperszonális konfliktusok; kifejezett hangulati nyomottság; feszültség, az túlterheltség szubjektív élménye, fizikális tünetek, stb.

(Differenciál)diagnosztika

- Teljesülnek a kritériumok?
- Van szuicid veszély?
- Okozhatja belszervi vagy neurológiai betegség? (pl. endokrin, gi tumor, kardiovaszkuláris, agytumor, epilepszia, SM, stroke, stb.)
- Okozhatja szerhasználati zavar?
- Lehet farmakológiai oka? (pl. ACE gátló, szteroid, kemoterápiás szer, stb.)
- Hosszmetszeti felmérés:
 - Unipoláris vagy bipoláris depresszió?
 - Szkizoaffektív zavar?
 - Szkizofréniához társuló depresszió?
 - Milyen komorbid pszichiátrai zavarok vannak? (Személyiségzavar? Szorongásos zavar? Szerhasználati zavar? OCD? Egyéb?)

Depresszió - öngyilkosság

- A nem megfelelően diagnosztizált és kezelt depresszió kockázata a szuicídium.
- Nők körében világszerte több a szucid kísérlet.
- A férfi/ nő befejezett szuicídium arány - 1:3.
- A befejezett szuicídiumok hátterében 50-80%-ban, a kísérletek esetében 30-50%-ban feltételeznek depressziót.

A depresszió komplex terápiája

1. Pszichoedukáció
2. Antidepresszív gyógyszeres kezelés → →
3. Egyéb biológiai terápiák
 - ECT (főképp súlyos depressziós stuporban)
 - Alvásmegvonás, fényterápia (komplex kronobiológiai intervenció)
 - TMS
4. Pszichoterápiák (PT-k)
 - Támogató (szupportív) PT
 - Célzott PT-k
 - interperszonális terápia, kognitív és viselkedés terápia, rövid dinamikus PT
 - Csoportterápia
 - Családterápia
 - Relapszus megelőzés: mindfulness-alapú PT

Antidepresszívumok (AD-k)

- Visszavétel gátlók
 - SSRIs (fluoxetine, flovoxamine, paroxetine, sertaline, (es)citalopram)
 - SNRIs (venlafaxine, duloxetine)
 - NDRI (bupropione)
 - NRIs (reboxetine)
- NaSSA-k (mirtazapine, mianserine)
- SARI-k (e.g. trazodone)
- Multimodális (vortioxetine)
- Egyéb (tianeptine, agomelatine)
- Klasszikus AD-k (TCA-k, MAO-gátlók)

Pszichotikus major depresszióban → kombináció atípusos antipszichotikummal

Augmentáció folsavval, omega-3 zsírsavval vagy L-thyroxine terápia rezisztencia esetén.

Fokozhatja-e az AD kezelés öngyilkossági kockázatot?

AD-k nem hatnak azonnal (2-4 hét)

1. A kezelés bevezető szakaszában szorongást agitációt válthatnak ki.

→ pszichoedukáció, + BZD

2. A motoros aktivitás és a késztetés előbb javul, mint a hangulat vagy a gondolkodás zavarai.

→ Korai és gyakoribb kontrollok, kórházi felvétel

3. Ha bipoláris depressziót tévesen unipoláris depressziónak diagnosztizáltak, az AD monoterápia kevert hangulati állapotot indukálhat → agitált depressziós, nagy szuicid kockázat.

→ Gondos anamnézis, heteroanamnézis, kérdőívek → Ha bipoláris zavar igazolódik, AD csak hangulatszabályozóval adható!

Lefolyás és kimenetel

- Az első epizód után a második kockázata 50%.
- A második epizód után a harmadik kockázata 80-90%.
- 15%-ban jelenik meg krónikus rekurrencia.
- A major depressziós zavar tartóssá, krónikussá válhat.