

Depresszió és a hozzá kapcsolódó zavarok

Simon Mária
PTE KK
Pszichiátriai és
Pszichoterápiás Klinika

A képen Robert Burton 1621-ben megjelent, a Melankólia anatómiája c. könyvének első oldala látható.

Mi a depresszió?

Szomorúság, bánat
≠
Depresszió

Hangulatzavar
≠
Depresszió



A depresszió nem azonos a hétköznapi bánattal vagy szomorúsággal. A klinikai depresszió jól körülírt és definiált tünetekkel jellemezhető, és releváns ideig tart.

Ugyanakkor a klinikai hangulatzavar nem minden esetben jelent depressziót. A depresszív zavarok a hangulatzavarok egy részét képezik csak.

A diagnózisalkotás szintjei hangulatzavarokban:

1. szint: tünetek (pl. disztímia/ nyomott hangulat)
2. szint: szindrómák (pl. major depresszió)
3. szint: a hosszmetszeti kép (unipoláris vs. bipoláris hangulatzavar)

A depresszió fontosabb tünetei

1. Affektív tünetek
2. Kognitív tünetek
3. Testi/vegetatív tünetek
4. Szociális és interperszonális nehézségek

A depresszió tünetei 4 tüneti klaszterbe sorolhatók.

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, bűntudat 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

Depresszióban megfigyelhető néhány jellegzetes pszichopatológiai tünet:

Hypoprosexia – nehezen felkelthető figyelem

Hypertenacitás – fokozottan rögzülő figyelem

Monoideizmus – beszűkült, egy témánál megtapadó gondolkodás

Önvádolás

Insufficiencia-érzés

Perspektívátlanság, kilátástalanság, reményvesztettség

Csökkenő önértékelés

Anhedonia – örömképtelenség

Dysthymia – alacsony fekvésű hangulat

Dysphoria – rossz közérzet

Irritabilitás, anxietas – szorongás

Hypobulia – akarat csökkenése, vagy hiánya

Anergia

Psychomotoros meglassultság

Agitáció

Pszichotikus tünetek

holothym téveszmék (a hangulattal kongruens tartalmak, pl. bűnösségi, elszegényesedési, hypochondriás vagy negativisztikus téveszmék)

öngyilkossági gondolatok!!

Alvászavar

Étvágyváltozás

Szexuális diszfunkció

Szomatikus panaszok – az ún. *larvált depresszióban* ezek vannak előtérben

EPIDEMIOLOGIA

- 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

Rihmer & Angst, 2009

Világszerte jellemző, hogy a nők körülbelül kétszer gyakrabban szenvednek major depresszív zavarban, mint a férfiak. A hormonális tényezők, a gyermekszülés, és a nőket érő, eltérő pszichoszociális stresszorok szerepével magyarázható ez a különbség - a gender-specifikus viselkedési modellek valamint a nők körében gyakoribb tanult tehetetlenség mellett.

A major depresszió kezdeti átlagéletkor 40 év, az esetek 50%-a 20 és 50 éves kor között kezdődik. Ugyanakkor ismertek gyermekkorban valamint idős korban kezdődő formák. A legfrissebb epidemiológiai vizsgálatok azt találják, hogy a 20 évesnél fiatalabb korosztályban emelkedik a depresszió aránya. Ez összefüggést mutat az alkohol és drogfogyasztás arányának növekedésével ebben a korosztályban.

ETIOLÓGIA

- Genetika: relatíve alacsony heritabilitás

Gén x Környezet interakció
[korai stressz + genetikai sérülékenység] + aktuális stresszorok

- Klasszikus monoamin diszregulációs modell
- A stressz szabályozás zavara → HPA tengely diszregulációja
- Kronobiológiai eltérések
- Agyi strukturális és funkcionális eltérések
- Személyiségfejlődés, affektív temperamentum típusok
- Pszichológiai elméletek:
 - Kognitív elméletek
 - Pszichodinamikus elméletek (pl. Freud → befelé fordított agresszió, az elvesztett szeretett személy introjektálása)

A major depresszió (MD) etiológiáját illetően újabban hangsúlyeltolódás figyelhető meg. Egyre inkább háttérbe szorulnak azok a klasszikus elméletek, melyek az egyes neurotranszmitter rendszerek zavarát hangsúlyozták. Ezzel párhuzamosan a depresszió komplex neuro-behaviorális elméleteit hangsúlyozó kutatások kerülnek fókuszba, melyek a depresszió kialakulásában szerepet játszó neuronhálózatokat és idegrendszeri szabályozó mechanizmusokat (különösen az hangulati érzelmi szabályozás rendszereit) vizsgálják.

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

Gén x Környezet interakció:

[korai stressz + genetikai sérülékenység] + aktuális stresszorok

- Klasszikus monoamin diszregulációs modell → SER, NA, DA rendszerek
 - Aktuálisan fokozódó eltolódás figyelhető meg a neurotranszmitter rendszerekről a neuronhálózatok, és a szabályozó mechanizmusok irányába.
- A stressz szabályozás zavara → 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 → következő dia
 - Pszichodinamikus elméletek (pl. Freud → befelé fordított agresszió, az elvesztett szeretett személy introjektója)

➤ A depresszió kognitív elméletei:

▪ A depresszió sajátos kognitív torzítások eredménye →

→ **depressziogén kognitív sémák**

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

▪ Aaron Beck - a depresszió kognitív triásza:

1, negatív én-kép

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

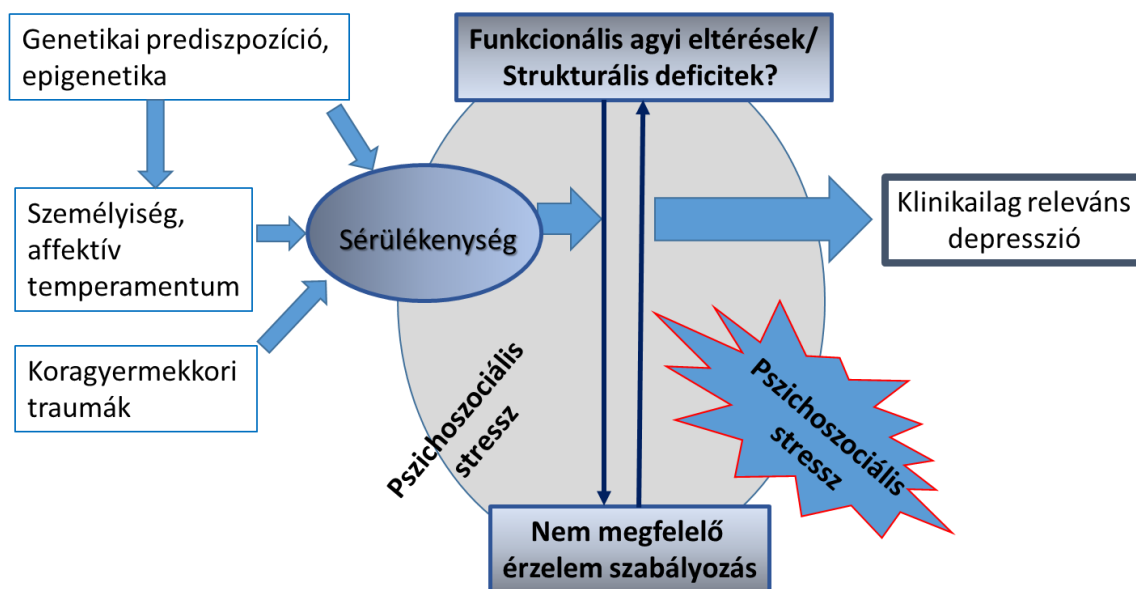
3, negatív jövőkép → a jövő szenvedést és bukást hoz

▪ **Tanult tehetetlenség**

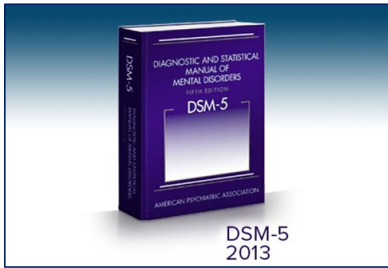
Kapcsolat a depressziós jelenségek és a korábban átélt, kontrolálatlan negatív élmények között. → Tanult passzivitás, a kontroll feladása, alacsony önértékelés és -érvényesítés.

Kognitív és viselkedésterápiák !!

A depresszió komplex etiológiai modellje



DSM 5 – Depresszió és a hozzá kapcsolódó zavarok



1. Major depressziós zavar
2. Diszruptív hangulatszabályozási zavar
3. Tartós depressziós zavar
4. Premenstruális diszfóriás zavar

A DSM-5-ben a korábbi disztímia diagnózis már nem szerepel, helyette a disztímia és krónikus depresszió összevonásából kialakított diagnózis, a *tartós depressziós zavar* jelenik meg, mely a depresszió tartós fennállását hangsúlyozza.

A diszruptív hangulatszabályozási zavar gyermekeknél egy olyan diagnosztikus kategória, ahová a nyugtalan, ingerült gyermekeket sorolják, akiknél jellemzőek a dühkitörések. A követéses vizsgálatok azt igazolták hogy ezeknél a gyermekeknél később nagyobb valószínűséggel alakul ki depresszió, így ma ezt a zavart is a depresszióhoz kapcsolódó kórképek közé sorolják.

A premenstruális diszfóriás zavar hangulatzavarokkal mutatott rokonsága már régóta ismert, a DSM-5-ben a depresszióhoz kapcsolódó zavarok között említik.

MAJOR DEPRESSZIÓS ZAVAR

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

Időkritérium: legalább 2 hét.

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

- 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!

Klasszikus tünet major depresszióban:

Veraguth redő

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

A szájug 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.)
- A diagnózis pontosításához hosszmetszeti felmérés:
 - Unipoláris vagy bipoláris depresszió?
 - Szkizoaffektív zavar?
 - Szkizofréniához társuló depresszió?
 - Milyen komorbid pszichiátrai zavarok állnak fenn? (Személyiségzavar? Szorongásos zavar? Szerhasználati zavar? OCD? Egyéb?)

Első depressziós epizód: unipoláris vagy bipoláris zavar?

A bipoláris I-es és bipoláris II-es zavarban szenvedő betegeknél az első epizód 55-65 % -ban depressziós epizód

Inkább bipoláris zavarra utal:

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

Depresszió - öngyilkosság

- A nem megfelelően diagnosztizált és kezelt depresszió kockázata a szuicídium.
- Nők körében világszerte több a szuicid 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 → → Jegyzet!!!
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

FARMAKOTERÁPIA

- 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.

NÖVELHETIK-E AZ ANTIDEPRESSZÍVUMOK A SZUICIDIUM KOCKÁZATÁT?

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 depresszió, nagy szuicid kockázat!!!
→ Gondos anamnézis, heteroanamnézis, kérdőívek → Ha bipoláris zavar igazolódik, AD csak hangulatstabilizálóval 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.