

tizációs tendencia volt megfigyelhető. Emellett szuicid fantáziák, kilátástalanság élmények voltak explorálhatók. Alvászavart említett. Megállapítható volt, hogy a korábbi enyhe szorongás közepes mértékűvé fokozódott, disztimia, diszforia kifejezett volt. Kevert szorongásos és depressziós zavar, F 41,2, kórismét állítottak fel.

Megbeszélés

A neurotikus depresszió nemrég még a leggyakoribb pszichiátriai diagnózis volt. Ma ezt az állapotot leginkább a disztimias zavar fedi le. A disztimia diagnózisát a DSM IV szerint a tünetek legalább két éves fennállása esetén állíthatjuk fel. Ki kell zárni primér, biológiailag determinált depresszió esetleges fennállását. Meg kell fogalmaznunk a diagnózist pozitív kritériumok alapján. E kritériumok döntően a személyiség elemzéséből adódnak. Többnyire jellegzetes személyiség struktúra talaján bontakozik ki. Tisztázandó, hogy az önértékelési zavar a személy állandó tulajdonsága-e, vagy pedig élesen elüt a korábban megszokott vonásoktól.

A depresszióknak akár neurotikus, akár biológiailag determinált alakjai gyakran testi betegségek formájában jelentkeznek. Ezeket az állapotokat „maszkírozott” vagy „larvált” depresszióknak is nevezik. A BNO 10 „ismétlődő depresszió szomatikus tünetekkel” kategóriája részben fedi ezt a hagyományos megjelölést.

A neurotikus depresszió szorongással szövődhet, kapcsolódhat öngyilkossági gondolatokkal, kísérletekkel. A depressziósok mintegy 20%-a öngyilkossággal fejezi be az életét. Társulhat pánik zavarokkal és fóbiás tünetekkel. Ezen említett folyamatok kezeléssel kedvezően befolyásolhatók. Kapcsolódhat a hisztéria tünetcsoportba tartozó szomatizációs zavarokkal is. Utóbbi betegség azonban krónikus lefolyást mutat és terápiára nem, vagy alig reagál. A testi tünetek rendkívül szerteágazóak, komoly differenciáldiagnosztikai problémákhoz vezethetnek. A pontos diagnózishoz a DSM IV rendszere meghatározott számú és típusú tünet meglétét követeli meg, (legalább négy fájdalom, két gasztrointesztinális tünet, egy-egy szexuális és pseudo-neurológiai tünet, 7, 18, 19).

1. A beteget 6 éve kezelte a területileg illetékes ideggondozó intézet depresszió tünetei miatt. Nála primér biológiailag determinált depresszió kizárható volt. Konfliktuozus gyermekkorra volt visszavezethető személyisége vulnérabilitása. Pessimista beállítottságát tükrözték „idegeimmel mindig is baj volt” adatai. Két éve kezdődtek szomatikus panaszai.

Első szakértői vizsgálatkor előtérben álltak hipochondriás tartalmak, megoldatlan familiáris konfliktusokra centrálás, továbbá szomatizációs tendencia. Disztimia, enyhe szorongás, emocionális inkontinencia jellemezték. Egy éve, részben átmenetileg jelentkező DSM III R szerinti limitált pánik rohamokról tett említést.

(6). Köztük deperszonalizáció, derealizáció, részben anticipátoros félelemmel kísérten is szerepeltek. Beszámolt DSM IV szerinti „pánikzavar agorafobiával” tüneteknek megfelelő zavarról is. Klinikai kivizsgálásakor ismétlődő depresszió, szomatikus tünetekkel kapcsolódó közepes depressziós epizód vélemény volt kialakítható.

Második vizsgálatokor egyrészt észlelhetők voltak a korábban is fennállott depressziós tünetek. Másrészt új tünetekről is beszámolt. Alvászavart, szuicid fantáziákat, kilátástalanság élményeket említett. Nemrég követte el 3. öngyilkossági kísérletét. – A pánik zavarok és fóbiás tünetek megszűntek.

A szomatizációs tendencia változatlan volt. Depressziója tünetei folyamatosan fennállottak. Ezeket megoldatlan familiáris konfliktusok súlyosbították. A korábbi enyhe mértékűvel szemben, ekkor már közepes fokú szorongás jellemezte a kifejezett depresszió mellett pszichés állapotát, 1. táblázat.

2.

Változó lokalizációval jelentkező, ismétlődő fejfájásokat említett. Nyaki és ágyéki gerinc elfajulásra utaló panaszai miatt végzett radiológiai vizsgálat enyhe eltéréseket mutatott ki. Magas vérnyomás tünetei fél éve kezdődtek. Ugyanezen idő óta jelentkeztek vertebrobasilaris területi keringés zavar okozta rosszulletei.

Whisnant és mtsai (20) osztályozása szerint a TIÁ-k - transient ischemic attack-ok, múltó ischaemiás rohamok – általában 2–15 percig tartanak, 24 órán belül megszűnnek. Leggyakoribb a motoros tünet. A vertebrobasilaris rendszer rosszulleteiben az irány nélküli szédülés – lásd alább, továbbiakban szédülés – nem jellegzetes tünet és hasonlóan az egyensúlyzavar, vertigo, diplopia, diszfágia, dizartria tünetekhez izoláltan nem fordul elő.

Whisnant és mtsai felfogásától több szempontból eltérően foglal állást Sturzenegger és mtsai (14, 15). Értékeli a tünetek pozicionális fellépését is. Megfigyelése szerint másodpercekig tartó rosszulletek is jelentkeznek, továbbá izoláltan is felléphet irány nélküli szédülés. Utóbbi a vertigohoz hasonlóan a leggyakrabban, az esetek 40–85%-ában fordul elő. Az irány nélküli szédülés organikus okkal való összefüggése, illetve vertebrobasilaris területi keringés zavarban való fellépése az irodalomban vitatott. Szerzők egy része a felfogás mellett (3, 10, 15, 17, 20), másik része ellene foglal állást (5, 9, 11).

Sturzenegger és mtsai (14, 15) hivatkozással Bruyn (4) adataira, két közleményben is megállapítja, hogy pozicionális vertebrobasilaris ischaemia előfordulhat és meghatározott klinikai tüneteket válthat ki. A vertebrobasilaris területen átmeneti ischaemia tüneteket okozhat embólia és hemodinamikai zavar. – Szerző cerebrovaszkuláris szakrendelésen hemodinamikai vertebrobasilaris ischaemia gyanúja alapján, 14 betegen végzett, két éves időszak alatt vizsgálatokat, fejmozgás és testhelyzetváltozás kiváltotta szédülés, vertigo és látászavar tünetek miatt. A rosszulleteket