

# Személyiségzavarok

# Személyiségzavar

Def.: *olyan élménybeli és viselkedésbeli sajátos és tartós mintázat, amely jelentősen eltér az adott kulturális elvárásoktól*

- a populációban 10-20%, azaz minden 5. ember
- az ambuláns betegek 30-50%-ának valamilyen személyiségzavara van.
- az intézetekben fekvők 15%-ának okoz elsődlegesen a személyiségzavar problémát, és több mint a felének másodlagosan, amiről sokszor a kezelés során bizonyosodunk meg

- hosszan és tartósan jellemzi a személyiséget
- a személyiségvonások egoszinton és alloplastikus jellegűek (csak a környezet érzékeli a kóros megnyilvánulásokat, a beteg nem)
- Önmaga és mások eltérő észlelésében, affektivitásban, impulzuskontrollban és az interperszonális kapcsolatokban nyilvánul meg
- adolezcens kortól v. kora felnőttkorban stabilizálódik -> életvezetési hibákat eredményez!!

A személyiségzavaros emberek a mindennapi életben is veszélyeztetettek, életvitelük egyenetlenebb:

- nagyobb a válások száma
- nagyobb eséllyel válnak munkanélkülivé, hajléktalanná
- gyakoribb a gyermekekkel szembeni visszaélés
- nagyobb a balesetezői hajlamuk
- sűrűbben kerülnek kórházba
- kriminális cselekményeket követnek el
- autodesztruktív cselekményt követnek el
- alkohol- és drogdependensek

# Etiológia - genetika

- Ikervizsgálatokban
  - MZ ikrekben nagyobb konkordancia volt észlelhető, mint DZ, külön nevelteknél is
  - az „A” Cluster genetikai kapcsolatot mutat szkizofréniával (legfőképp szkizotípiás zavar), gyakoribbak szkizofréniával élő betegek biológiai rokonai között
- Borderline személyiségzavar
  - Borderline személyiségzavarban szenvedő betegek családjában gyakoribb a depresszió előfordulása
  - bipoláris affektív zavar átfedést mutat – hasonló jegyek, de külön kategóriaként kell megjeleníteniük!

# Etiológia - biológia

- neurobiológiai
  - amygdala szerepe, működése az érzelmi szabályzásban, emocionális minősítésben
  - HPA tengely, prefrontalis-orbitofrontális régiók szerepe - stressz, srorongás, impulzivitás
- magas impulzivitású személyek – magas tesztoszteron és 17-ösztradiol szint
- Szkizotíp személyiségzavar – alacsony trombocita MAO-szint
  - követő szemmozgások zavara került leírásra, hasonlóan mint szkizofrén betegekben
- borderline – hasonló dexamethason szupressziós teszt eredmények kerültek leírásra, mint depresszióban

# Etiológia - pszichológiai faktorok

- Klasszikus pszichodinamikus felfogás szerint: személyiségfejlődés korai szakaszában történő trauma → regresszió, éndefektus → később adaptív funkciók csődje
- újabb csecsemő kutatások fényében ezt nem támasztják alá, a pszichológiai okok szerepe inkább nem specifikus
  - A biológiai, pszichológiai és szociális rizikófaktorok szerepe a személyiségzavarok etiológiájában tehát hangsúlyozottan nem specifikus, s azok egyedi interakcionális mintázata lesz az, mely kirajzolja egy adott beteg kórképének kóreredetét.

# Diagnosztika

- A leginkább elfogadott módszer a félig strukturált interjú gyakorlott, pszichodinamikusan képzett szakember számára.
- Öt területre irányulnak a kérdések:
  - szociális alkalmazkodás
  - öndestruktív impulzivitás (baleset-hajlam, elkóborlás)
  - affektivitás (a depresszió és harag érzései)
  - disszociatív énéllapotok
  - interperszonális kapcsolatok.
- Az önjellemző módszerek használatával nem kapunk megbízható válaszokat



# Klasszifikáció - DSM-IV.

- a DSM-IV. 3 fő csoportot (cluster A-B-C) különböztet meg, deskriptív jelleggel – a tüneti leírás jellemzi, és nem a kialakulás okaira v. kezelhetőségre fókuszál
  - Cluster A – különcök: paranoid, szkizoid, szkizotíp
  - Cluster B – dramatikusak: hisztrionikus, borderline, nárcisztikus, antiszociális
  - Cluster C – szorongók: elkerülő, kényszeres, dependens

# Klasszifikáció - DSM-5

- Több szempont alapján határozza meg a személyiségzavarokat:
    1. Kategoriális beosztás (10 zavar, három nyalábban)
    2. Dimenzionális rendszer – személyiségvonások alapján osztály („Fejlesztés alatt álló mérőeszközök és modellek”)
      - Énfunkciók (személyes funkcióképesség)
      - Interperszonális funkciók
- Ezek egyes területeit 5 fokú skálán mérik

# Terápiás lehetőségek

- A személyiségzavarok korai eredetükből adódóan általában hosszú kezelést igényelnek, sokszor csak mérsékelt eredménnyel.
- *A csoportterápiák, illetve szocioterápiás kezelési formák segítséget jelenthetnek a maladaptív viselkedésminták korrekciójában, társas környezetbe való beilleszkedésben*
- *Kognitív és viselkedésterápiák is szerepet játszhatnak:*
  - Borderline betegek esetében a Marsha Linehan által kidolgozott Dialektikus Viselkedésterápia (DBT) hatékony lehet

# A Cluster – „különcök”

- **Paranoid személyiségzavar**
- **Szkizoid személyiségzavar**
- **Szkizotip személyiségzavar**

# Paranoid személyiségzavar

- A beteget paranoid-szenzitív élményfeldolgozás és projekció jellemzi – állandóan attól tart, hogy becsapják és kihasználják, hiszen mindenki csak rosszat akar neki.
- Gyanakvó, bizalmatlan, túlértékel bizonyos megjegyzéseket – kóros jelentőséget tulajdonít apró dolgoknak (paranoid vonások)
- Érzékeny, nincs humorérzéke, hűvös, érzelemmentes, merev, engesztelhetetlen (szenzitív vonások)
- Gyakorisága az átlagpopulációban 0,5-2,5% között van, gyakoribb a férfiak között, kisebbségi ill. emigráns csoportokban, érzékszervi károsodásban szenvedőknél, szkizofréniával élő betegek családtagjai körében.
- Kezelése
  - Pszichoterápiás kezelést a beteg bizalmatlansága nehezíti. Csoportterápia, kognitív-viselkedésterápia hatékony lehet.
  - Szükségessé válhat gyógyszeres kezelés is, ez esetben az anxiolitikumok mellett kis dózisú antipszichotikum adása is szerepet kaphat.

# Szkizoid személyiségzavar

- Érzelmileg hideg-rideg, elkülönülő, zárkózott, humortalan, magába forduló, társas kapcsolatra nem vágyik - nincs közeli barátja, magányos marad élete során (választott magányosság), és általában magányos tevékenységeket, időtöltést választ. Krónikus örömtelenség jellemzi. Szexuális érdeklődése általában csökkent
- Hajlamos a fantáziálásra, de ezek érzelmi tartalma is hiányzik (inkább intellektuális problémák foglalkoztatják)
- Gyakorisága 5%, a férfi-nő arány 2:1
- Terápia: kognitív és viselkedésterápia, csoportterápia javasolt.

# Szkizotíp személyiségzavar

Jellemzői a különc megjelenés, viselkedés és gondolkodás, gyakran furcsa, excentrikus öltözködés. A beteget rossz kapcsolatteremtő készség, elzárkózás jellemzi, interperszonális kapcsolatai szegényesek. Furcsa hiedelmek vagy mágikus gondolkodás mellett gyanakvás vagy paranoid túlértékelések, időnként téveszmére emlékeztető gondolatok is lehetnek jelen.

E mellett előfordulhatnak szokatlan érzékszervi élmények, szomatoszenzoros vagy egyéb illúziók, deperszonalizáció, derealizáció. Affektusai gyakran beszűkültek, vagy nem a helyzethez illőek. Időnként átmeneti pszichotikus állapotok (külső provokáció nélkül) alakulhatnak ki.

A zavar 2-3%-os gyakorisággal fordul elő, szkizofréniával élő rokonai közt gyakoribb.

Terápiája szempontjai hasonlóak a szkizoid személyiségzavaréhoz, támogató, a realitást képviselő terápiás kapcsolat jótékony hatású lehet e betegeknél. Szükségessé válhat antipszichotikumok alkalmazása is.

## B Cluster – „dramatikusak”

- **Hisztrionikus személyiségzavar**
- **Borderline személyiségzavar**
- **Narcisztikus személyiségzavar**
- **Antiszociális személyiségzavar**



# Hisztrionikus személyiségzavar

A beteget a dramatizáció, a teatralitás, az újdonság és élménykeresés jellemzi az életben - akkor érzik jól magukat, ha pezseg körülöttük az élet. Túlzottan egocentrikus, állandó külső megerősítést igényel.

Megjelenése gyakran attraktív, csábító (a szexuálisan provokatív viselkedése gyakran frigiditással párosul), az állandó színjátszása miatt képtelen önmaga lenni, mert elsősorban másoknak akar tetszeni. Idővel fárasztóvá válnak; dührohamáival, érzelmi megnyilvánulásaival, demonstratív öngyilkossági kísérleteivel zsarolja a környezetét.

Előfordulása 2-3% körülire tehető, a nők között gyakoribb.

Kezelésében, az egyéni pszichodinamikus pszichoterápiák mellett, csoportterápia jöhet szóba. Tünetileg farmakoterápia - antidepresszív, anxiolitikus - alkalmazható.

# Borderline személyiségzavar

A leggyakoribb személyiségzavar – a beteganyag 12-15%-át képezi, a populációban gyakorisága 2-3%. A beteget hangulati labilitás, kiszámíthatatlan, változatos érzelmi, indulati reakciók jellemzik. A gyakran megjelenő depresszív hangulat, üresség-, és unalomélmény elkerülése céljából folyamatosan akciókba menekül. Társas kapcsolataira az ambivalencia (idealizáció és lebecsülés/gyűlölet) jellemző, óriási az igény a törődésre, ugyanakkor képtelen stabil kapcsolatot fenntartani másokkal. A szeparáció szorongást provokál bennük, ezért mindent megtesz, hogy elkerülje ezeket a helyzeteket.

Indulatait, szorongásait nehezen kontrollálja, impulzív magatartás, önsértések, visszatérő öngyilkossági fenyegetés vagy kísérletek jellemzik. Előfordulhat autódetruktív magatartás (alkohol, drog), evészavar, promiszkuitás. Előfordulhatnak átmeneti – stresszhez kapcsolódó – pszichotikus (paranoid), disszociatív tünetek.

Kezelésük alapvetően pszichoterápiás módszereken alapul. A Kernberg nevéhez fűződő áttétel fókuszú pszichoterápia, esetében a Marsha Linehan féle Dialektikus Viselkedésterápia (DBT) mellett újabb terápiás irány a Fonagy által kidolgozott mentalizáció bázisú pszichoterápia. A pszichoterápiás módszerek mellett szükséges lehet az agresszivitás, hangulati ingadozás, impulzivitás, és szorongás gyógyszeres kezelése is (anxiolitikumok, antidepresszívumok, antipszichotikumok)

# Narcisztikus személyiségzavar

A narcisztikus személyiségzavaros beteget énközpontúság, a feljogosítottság érzése gőg, saját különlegességével kapcsolatos grandiózus fantáziák jellemzik. Kapcsolatai felszínesek, egyirányúak, empátiára alig képes, kizárólag elismerést és dicsőítést vár el a másiktól, szélsőséges esetben a másik gondolatait, érzéseit teljesen figyelmen kívül hagyja. Magatartását sokszor irigynek, érezzük, mindent magának akar megszerezni.

Már enyhe kritikára is erős indulattal reagál, könnyen sértődössé, ellenségessé válhat. Segítséget is leginkább akkor kér, ha személyét kudarc éri, és e miatt depresszív tünetei jelentkeznek.

Prevalenciája az átlagpopulációban 1% körüli, ám klinikai populációban 2-16% között mozog.

Kezelésében egyéni, pszichodinamikus háttérű terápiák mellett csoportterápia jön szóba.

# Antiszociális személyiségzavar/disszociális személyiségzavar

Cleckley (1964.) *pszichopátiás személyiségként* írta le (triász: „nem szeret, nem szorong, nem tanul a tapasztalataiból”). Prevalenciája férfiak között 3%, nők között 1%, börtönpopulációban 75% !

Az egocentrizmus olyan szélsőséges esete, aki az amorális cselekedetektől sem riad vissza, és a másik embert gátlástalanul, lelkipurdalás nélkül kihasználja a saját céljai érdekében. A beteg a másik érzéseit semmibe veszi – intimitásra, otthonteremtésre képtelen. Alacsony frusztrációs tolerancia, impulzivitás, agresszivitás jellemzi, nehéz számára a társadalmi normák betartása. Gyakran jól kommunikálnak, könnyen bizalmat keltenek, melyet manipulatív célokra, mások kihasználására, félrevezetésére használnak

A zavar tüneteinek mintázata gyakran 15 éves kor előtt kezdődik, gyermekkorban gyakran csavarognak, iskolát kerülnek, állatokat kínoznak, felnőttként alkohol-, drogélvezet, számos rendőrségi ügy jellemző.

A zavar hátterében genetikai faktor is valószínűsíthető, melyet ikerkutatások és az örökbefogadásos vizsgálatok is alátámasztanak.

Kezelésük börtönben vagy katonai közegben lehet sikeres, valamint önsegítő csoportok is szóba jöhetnek. Farmakoterápia alkalmazása esetén figyelembe kell venni a gyógyszerabúzus veszélyét! Az impulzív viselkedés csökkentésére antiepileptikumok (karbamazepin, valproát) alkalmazásával történtek próbálkozások, különösen EEG abnormalitások jelenlétében.

# C Cluster – „szorongók”

- **Elkerülő, szorongásos személyiségzavar**
- **Kényszeres személyiségzavar**
- **Dependens személyiségzavar**

# Elkerülő személyiségzavar

A beteg túlzottan fél az elutasítástól, kritikától. Érzelmileg rezonábilis, alacsony az önértékelése, emiatt hiperérzékeny, könnyen zavarba hozható, fél a szociális kapcsolatoktól, ezért elkerüli, kiiktatja őket az életéből, de ugyanakkor nagyon vágya rá, hogy a közösségben megtalálja a helyét (a szkizoiddal személyiségzavarral ellentétben).

Gyakorisága 1-10% közöttire tehető. Kialakulása háttérében a szülők ill. később a kortársak visszautasításai feltételezhetőek.

Terápia: támogató pszichoterápia, szociális készséget javító tréning, csoportterápia mellett szükség esetén anxiolitikumok, SSRI.

# Obszesszív-kompulzív személyiségzavar

A betegre a szabályokhoz való merev ragaszkodás jellemző. Kitartó a feladatvégzésben, munkavégzése igen magas elvárások szerint zajlik, perfekcionizmus vezérli, bár sokszor elvész a részletekben. A döntési helyzetekben tétova, folyton tanácsokat kér a mérlegelés érdekében.

A kritikára nagyon érzékeny, de mindig igyekszik kontrollálni az érzelmeit, és megbántottságot, haragot alig mutat.

Kezelésében dinamikusan orientált pszichoterápia, magatartásterápia illetve csoportterápia lehet hatékony. Gyógyszeres kezelés céljából SSRI antidepresszívumok ill. clomipramin adandóak.

# Dependens személyiségzavar

Gondoskodás iránti szükséglet, önbizalomhiány jellemzi, szolgálatkészséget mutat a másik ember kívánságainak teljesítésére. Önállótlan, szüksége van mindig egy erős másikra, aki mellette áll.

A beteg fél a véleménynyilvánítástól, a döntésektől, az egyedülléttől, fél visszautasítani bármit. Kapcsolatait befolyásolja a másik iránti szükséglet, ha házasságot köt, a társ rendszerint komplementer szerepet vállal.

Kezelése: egyéni pszichoterápia, csoportterápia, kognitív-viselkedésterápia. Főleg depresszív, szorongásos tüneteik miatt fordulnak orvoshoz, és gyakran a terapeutával is dependens kapcsolatot keres (a terapeuta túlvédő magatartása megerősíti a függőséget)