



FÓKUSZBAN A DEPRESSZIÓ

Az olvasók kérdéseire szakértő válaszol

*A téma szakértője:
dr. Ribmer Zoltán,
az Országos Pszichiátriai
és Neurológiai Intézet
professzora*



– A depresszió: hangulatzavar. A házi orvos gyakran találkozik olyan szomorú, levert beteggel, akinél gyász, családi vagy munkahelyi konfliktusok állnak a háttérben. Milyen jelek esetén gondoljunk arra, hogy ezek a reakciók túllépik az egészséges határt?

– A „depresszió” orvosi értelemben vett betegség, tehát meghatározott tüneteknek (kilenc tünetből legalább öt) meghatározott ideig (minimálisan két hét) kell fennállniuk ahhoz, hogy a diagnózist felállíthassuk, függetlenül attól, hogy volt-e kiváltó tényező vagy sem. A depresszió hivatalosan deklarált kilenc tünete, amelyből az első kettő közül az egyiknek mindenképpen, összességében pedig minimálisan ötnek jelen kell lennie a következők: depressziós, levert hangulat; az érdeklődés és örömkészség elvesztése; csökkent vagy fokozott étvágy, tehát fogyás vagy hízás; csökkent vagy fokozott alvási igény; pszichomotoros nyugtalanság vagy gátoltság; fáradtság, anergia; értéktelenség érzése; önvádolás, bűntudat; csökkent gondolkodási, koncentrációs vagy döntési képesség; halálvágy, suicid tendenciák.

– A depresszió társulhat szomatikus betegségekkel. Előidézhethető-e a depresszió szervi betegségeket?

– Igen. A tartósan fennálló, illetve nem kezelt depresszió kifejezetten

hajlamosít cardiovascularis betegségekre (hypertonia, stroke, szívinfarktus), illetve daganatos betegségekre és infekciókra.

– Keletkezhetnek-e szomatikus elváltozások, krónikus betegségek az antidepresszánsok mellékhatásaként?

– Az új generációs, korszerű antidepresszívumok esetében ennek az esélye gyakorlatilag nulla. A régi (egyébként szintén hatékony) tri- és tetraciklikus antidepresszívumok esetén ritkán előfordult kardiotoxikus, illetve hepatotoxikus szövődmény.

– A szorongás az önértékelés zavaraként súlyos hangulatzavarhoz vezethet. Segítségnyújtást-e ennek leküzdésében pszichés edukáció, tréning?

– Valóban, a szorongás, illetve a szorongásos betegségek gyakran mennek át depresszióba. A szorongás megfelelő gyógyszeres vagy pszichoterápiás kezelése (például pszichoedukáció vagy célzott pszichoterápia) lényegesen csökkenti a depresszió kialakulásának esélyét.

– Ritka betegség-e a cyclothymia (cyclophrenia, váltakozó lefolyású kedélyhullámzás)? Ismerjük-e kialakulásának mechanizmusát?

– A cyclothymiát régebben a mániás-depressziós (bipoláris) betegség szino-

nimájaként használták, ma enyhe, pozitív és negatív irányú hangulati hullámzásokat értünk alatta, tehát a cyclothymia a mániás-depresszió enyhe, „alacsony amplitúdójú” formája. A felnőtt lakosság körülbelül 5%-át érinti és körülbelül ugyanilyen gyakori ennek súlyosabb formája, a már mindenképpen betegségnek tekintendő bipoláris (mániás-depressziós) betegség.

– Átmehet-e a cyclothymia súlyos depresszióba?

– Igen, a cyclothymia gyakran megy át súlyosabb (major) depresszióba, illetve mániás-depresszióba.

– Mélyülő depresszió esetén kell-e minden esetben suicid készletéstől tartanunk, és melyek azok a tünetek, jelek, amelyek felhívják a figyelmet a veszélyre? Kell-e számítani az antidepresszánsokat szedő betegeknél a suicid készletés fokozódására?

– Igen. Mélyülő depresszió esetén mindig kell gondolni suicid veszélyre, különösen akkor, ha a betegnek már volt ilyen kísérlete, ha előfordult öngyilkosság az elsőfokú rokonok között, ha egyidejűleg egyéb pszichiátriai betegség (például szorongásos betegség, alkohol- vagy drogbetegség) is fennáll, illetve, ha egyidejűleg negatív életesemények (pszichotrauma, anyagi gondok, vesztesség, gyász stb.) is előfordultak.

Köszönjük olvasóinknak a pszichiátriával kapcsolatos kérdéseket.



A megfelelően kiválasztott antidepresszívum, illetve gyógyszer-kombináció kifejezetten csökkenti a suicid rizikót, de igen ritka esetekben (főleg, ha mániás-depressziós beteg depressziós epizódjának kezelése során nem alkalmaznak hangulatstabilizálókat is) az antidepresszívum nyugtalanságot, agitációt provokálhat, amely növeli az öngyilkosság esélyét. Kétségtelen azonban, hogy az antidepresszívumok alkalmazása mellett a depressziós betegek suicid halálózása kifejezetten csökken.

– Mániás-depresszióban kell-e heteroagresszióra számítani a mániás fázisban úgy, ahogy suicid készítésre a depresszív fázisban?

– Igen. Ahogy depresszióban az autoagresszió (suicid kísérlet vagy befejezett suicidium), úgy mániában a heteroagresszió gyakoribb. Ez sokszor csak verbális szinten jelentkezik, de gyakran fizikai értelemben is, főleg ha a mániás beteget korlátozzák kórosan felfokozott készletéseiben.

– Van-e kapcsolat a depresszió, mint gyakori pszichiátriai kórkép és egyéb, súlyosabb pszichózisok, mint például a paranoia között?

– Nozológiai értelemben nincsen. A depresszió és a szkizofrénia egymástól elég élesen elkülönülő betegségcsoportok, de ritkán a kettő keveredik egymással (úgynevezett szkizoaffektív betegség). Ugyanakkor tüneti szinten gyakran látni, hogy a súlyos depressziós vagy mániás betegeknek a hangulatnak megfelelő, többnyire abból következő téveszmék jelennek meg, de ez nem jelent szkizofréniaival való ötvöződést.

– Ismert, hogy bizonyos gyógyszerek folyamatos szedése során kialakulhat depresszió (például a reserpin). Milyen gyógyszerek, gyógyszer-csoportok alkalmazása esetén kell számolni ennek a veszélyével?

– A reserpinen kívül (amit már kivontak a forgalomból) a nagy adag, többnyire helytelen indikáció alapján adott béta-receptor-blokkolók, illetve a szteroidok és az alfa-interferon provokálhatnak depressziót. Az anti-

pszichotikumok is okozhatnak depressziót, főleg, ha mániás betegnél a mániá kezelése során a javulással párhuzamosan nem csökkentik azok adagját.

– Milyen szempontok alapján választjuk az egyik vagy a másik szert a depresszió kezelésére alkalmazott gyógyszerek közül?

– Több szempont együttes mérlegelése szükséges a választáshoz. Ha a beteg (vagy elsőfokú rokona) régebben valamilyen antidepresszívumra jól (vagy rosszul) reagált, hasonló válaszra számíthatunk betegünk esetében is. Gátolt, anhedoniás, apátiás depresszió esetén inkább kettős hatású antidepresszívumot (venlafaxin, mirtazapin, bupropion, moclobemid stb.), míg agitált, szorongásos, suicidális depresszióban inkább a szelektív szerotoninreceptor-gátló (SSRI) készítményeket (citalopram/escitalopram, fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin, sertralin) célszerű választani, sokszor anxiolyticumokkal kombinálva. Bipoláris depresszióban mindig adjunk hangulatstabilizálót (például lítium, valproát) is.

– Egyre több fórumon hallani, hogy a depresszió kezelésében az első lépéső a háziorvos kell, hogy legyen. Miért nem írhatunk fel korszerű antidepresszánsokat pszichiátriai javaslat nélkül?

– Ennek sajnos – jelenleg még – anyagi és szemléletbeli okai vannak. Az Egyesült Államokban, Kanadában, Angliában, tehát a „fejlett egészségügyi ellátással” rendelkező országokban a depressziós betegek több mint kétharmadát a háziorvosok kezelik. A nem komplikált, nem suicidális depresszió felismerése és kezelése nem nehezebb feladat, mint a hipertonia vagy a diabetes diagnosztizálása és kezelése. Ahogy a háziorvosok kezelik, illetve beállítják az újonnan felfedezett hipertóniás beteget a megfelelő terápiára (és csak akkor küldik tovább a páciens, ha extrém súlyosnak ítélik az állapotát vagy nem kellően reagál a terápiára), ugyanúgy lehet eredményesen gyógyítani a depressziós beteget is a háziorvosi praxisban. A nem kellően reagáló vagy

közvetlen suicid készletést mutató beteget kell pszichiáterhez irányítani. A háziorvosok rendszeres depresszió-továbbképző programja nagy segítséget jelent abban, hogy előbbutóbb ők is felírhatják az antidepresszívumokat pszichiátriai javaslat nélkül.

– Kombinálhatóak-e a különböző antidepresszív gyógyszerek a mellékhatások nemkívánatos fokozódása nélkül?

– Igen, elsősorban az új, korszerű antidepresszívumok. Kombinációjukra ritkán kerül sor, elsősorban a részlegesen reagáló betegeknek (például SSRI-re részlegesen reagáló betegnél SSRI és kettős hatású szer kombinációja javasolható).

– A monoaminoxidáz- (MAO-) gátlóról tudjuk, hogy más gyógyszerekkel (sőt, élelmiszerekkel) együtt adva nemkívánatos kölcsönhatások alakulhatnak ki. Melyek azok a leggyakrabban használt gyógyszer-csoportok, amelyekkel nem alkalmazhatók együtt?

– A MAO-bénítőkat (hazánkban jelenleg csak a moclobemid és az l-deprenyl van forgalomban, utóbbit elsősorban a Parkinson-betegség kezelésében használjuk) nem szabad kombinálni szimpatikomimetikumokkal, johimbinnel és csak kivételes esetben (pszichiátriai rendelésben vagy osztályon) egyéb típusú antidepresszívumokkal. Utóbbi esetekre az úgynevezett terápiarezisztens depressziók esetén kerülhet sor.

– Be lehet-e állítani a bipoláris beteg kezelését úgy, hogy egyensúlyba kerüljön, azaz ne okozzon a szedatívum depressziót, az antidepresszáns pedig ne fokozza a mániát?

– Igen. A bipoláris betegeknek már kezdettől fogva kell hangulatstabilizálót (lítium, valproát, karbamazepin, lamotrigin stb.) alkalmazni. Az aktuális depressziós fázis lecsengése (ez általában négy–nyolc hónapig tart) után az antidepresszívumot, a mániás fázis megszűnése után az antimániás szert abba kell hagyni, és a beteg csak hangulatstabilizálót szedjen.



– Mi az elsőként választandó antidepressívum enyhe, közepes és súlyos depresszióban?

– Az antidepressívum kiválasztásában a depresszió súlyossága nem játszik döntő szerepet, a kiválasztás szempontjai egy megelőző kérdésre adott válaszban olvashatók.

– Létezik-e gyermekkori – különösen kisgyermekkori – depresszió? Milyen tünetekre, magatartásbeli eltérésekre kell figyelniük?

– A depresszió megjelenhet gyermekkorban, és különösen kisgyermekkorban is, elsősorban ott, ahol a szülők között előfordult hasonló betegség. A gyermekkori, kisgyermekkori depresszió tüneteiben jelen vannak, de kevésbé dominálnak a hangulati szimptomák, ugyanakkor gyakori a nyugtalanság, figyelemzavar, tanulmányi visszaesés, magatartászavar és a szomatizáció (hasi, mellkasi stb. panaszok) is.

– Gyakori-e a drog- vagy alkoholabúzus következtében kialakuló depresszió?

– Igen. Az alkohol- vagy drogbetegek körülbelül 20–30%-ánál alakul ki később depresszió, már csak azért is, mert a kezdődő depresszió vagy szorongásos betegség enyhe tüneteit a betegek (ha nem fordulnak orvoshoz) öngyógyításként gyakran „elisszák”, mivel depressziójukat, szorongásaikat alkohollal vagy drogokkal próbálják enyhíteni.

– Van-e összefüggés a kávéivás és a depresszió között?

– A túlzott kávéfogyasztás depressziót nem, de pánikbetegséget provokálhat, amely viszont később gyakran megy át depresszióba. A depressziós betegek gyakrabban és többet kávéznak depressziójuk alatt (talán éppen az aktivitásukat növelendő).

– A depresszióról tudjuk, hogy létezik genetikailag determinált formája. Vannak-e olyan szűrővizsgálatok, amelyek segíthetik a háziorvost a betegek kiválasztásában?

– A depressziók kialakulásában jelentős, de nem 100%-os mértékben meg-

határozó a genetikai háttér, ami a központi idegrendszer szerotonin-, noradrenalin- vagy dopamin-anyagcseréjének sérülékenységében nyilvánul meg. Számos szóba jöhető gént izoláltak, de bonyolult és költséges voltak miatt ezeknek a mindennapi gyakorlatban való felhasználása még több évig várat magára. A depresszió „genetikai megalapozottságának” legjobb klinikai markere az elsőfokú rokonok között előfordult depresszió, mániás-depresszió vagy suicidium.

– A depresszió szezonális típusában javasolják a szolárium-, illetve kvarckezeléseket, amelyek csökkentik a depresszió súlyosságát. Milyen más „technikai” megoldásokkal próbálkozhat a háziorvos depresszióban szenvedő vagy arra hajlamos betegénél?

– A téli, illetve bármely típusú depresszió esetén a szolárium- vagy kvarckelés nem segít, de téli depresszióban a fényterápia nagyon hatékony. A fény-

terápia gyakorlati kivitelezése: 1500–2000 lux intenzitású fény expozíciója naponta három órán keresztül. A javulás 10–12 nap múlva következik be, de a terápiát tünetmentesség esetén is folytatni kell a tavasz beálltáig.

– Az atípusos depressziókra jellemző lehet a hypersomnia, a hyperphagia és a hangulati labilitás. Alkalmassak-e az antidepresszánsok például a túlsúlyos beteg kövérségének kezelésére, a túlevés csökkentésére vagy az alvászavarok megoldására?

– Az atípusos depresszióban éppen a megnövekedett étvágy miatt gyakran hízik a beteg. A megfelelő és sikeres antidepresszív terápiára a testsúly is csökken, gyakran normalizálódik.

– A szorongásos kórképek közül manapság „divatos” entitás a pánikbetegség. Mi a differenciáldiagnosztikai különbség a pánikbetegség és a major depresszió között?

MAGYARORSZÁGON FORGALOMBAN LÉVŐ ANTIDEPRESSZÁNS GYÓGYSZEREK HATÓANYAGA ÉS GYÁRI ELNEVEZÉSE:

Melipramin	imipramin
Anafranil	clomopramin
Sapient	trimipramin
Noveril	dibenzepin
Teperin	amitriptilin
Ludiomil, Maprolu	maprotilin
Apo-fluoxetin, Deprexin, Flefluzin, Floxet, Fluoxetin-Chinoín, Huma-Fluoxetin, Portal, Prozac	fluoxetin
Citalowin, Citagen, Citalon, Citalopram-ratiopharm, Citapram, Dalsan, Seropram, Serotor, Zyloram	citalopram
Apodepi, Paretin, Parogen, Paroxat, Paroxetin Ratiopharma, Rextin, Seroxat	paroxetin
Sertralin-Ratiopharma, Sertadepi, Sertwin, Asentra, Serlift, Sertagen, Sertralin Hexal, Stimuloton, Zoloft	sertralin
Fevarin	fluvoxamin
Cipralex	escitalopram
Aurorix, Maorex, Moclopharm, Mocrim	moclobemid
Helarium Hypericum, Hyperikan, Remotiv	extractum hyperici
Welbutrin	bupropionium
Mianserin, Tolvon	mianserin
Depsan, Trittico	trazodon
Mirtadepi, Mirzaten, Mizapin, Remeron	mirtazapin
Coaxil	tianeptin-nátrium
Efectin, Velaxin	venlafaxin
Edronax	reboxetin
Cymbalta	duloxetin

A szerkesztőség összeállítása. Forrás: www.pharmindex.hu



– Valóban, a pánikbetegséggel az utóbbi időben sokat foglalkozunk, de nem azért, mert divatos, hanem mert gyakori (így aztán persze „divatos” is lesz). A depresszióval szemben, amelyre a tartósan depresszív hangulat és csökkent pszichomotoros tevékenységek jellemzők, a pánikbetegnél a teljes jólét közepette hirtelen, rohamszerűen megjelenő szorongás, szívdobogás, remegés, izzadás, halálfélelem dominál, amely tünetek 10–30 percen belül általában megszűnnek és a beteg – legalábbis a következő rohamig – tünet- és panaszmentes. Mivel a rohamok gyakran közlekedés közben jelentkeznek, egy idő múlva a beteg nem mer egyedül közlekedni, agorafóbia alakul ki.

– Hajlamosítanak-e a depressziós megbetegedések egyéb pszichiátriai kórképek kialakulására?

– Igen. A depressziós betegség nagyon gyakran hajlamosít alkohol- és drogbetegségre, és a legújabb vizsgálatok szerint a hosszú távon fennálló vagy visszatérő depresszió – bár csekély mértékben – demenciára is.

– Van-e és ha igen, milyen szituációkban kellhet parenteralis gyógyszerelést alkalmazni depressziós betegnél?

– Az antidepresszívumok parenteralis alkalmazására (intramuscularis vagy infúziós adagolás) legtöbbször felszívódási zavar vagy gyógyszer-negati-

vizmus esetén van szükség. Infúziós antidepresszív kezelés során a hatás néhány nappal korábban jelentkezik, mint tablettás kezelés esetén.

– Van-e a depressziós betegek számára kiépített betegellátó hálózat, vagy az ideggondozói rendszer keretében zajlik kezelésük és gondozásuk?

– A depressziós betegek részére jelenleg még külön kiépített betegellátó hálózat nincs, ennek a feladatnak az ellátása a kiépített pszichiátriai gondozói hálózatra, illetve súlyos esetekben a pszichiátriai osztályokra tartozik.

VÁRJUK KÉRDÉSEIKET!

JÚNIUS: ONKOLÓGIA

A rosszindulatú daganatok mortalitása egyre inkább megközelíti a halálozási statisztikákat vezető szív- és érrendszeri betegségek mortalitását. A daganatos betegségek korai felismerése, helyes diagnózisa, időben megkezdett kezelése és a daganatos betegségben szenvedők gondozása nagy feladat, amelyben a háziiorvosnak is jelentős szerepe van.

A kérdésekre dr. Ésik Olga, a Pécsi Tudományegyetem Onkoterápiás Intézetének vezetője válaszol.

JÚLIUS: PERIFÉRIÁS ÉRBETEGSÉGEK

Az elhízás, a diabetes, a hipertonia, a mozgásszegény életmód stb. külön-külön is, de együtt hatványozottan veszélyezteteti érrendszerünk épségét. Az érfal károsodása a vérkeringés romlásához, érelzáródáshoz, elhalásához vezet. A visszerek betegségei már fiatal korban esztétikai és komoly egészségügyi problémát jelentenek.

A kérdésekre dr. Meskó Éva, a Flór Ferenc Kórház főorvosa válaszol.

AUGUSZTUS–SZEPTEMBER: DIABETOLÓGIA

Ez az egyre több embert sújtó „civilizációs” betegség állandó aktualitásánál fogva folyamatosan az érdeklődés homlokterében áll. Noha Háziiorvosi Fórum rovatunk 2005. márciusában a diabetológiával indult, a téma fontossága miatt ismét teret biztosítunk az időközben felmerült kérdéseknek és válaszoknak.

A kérdésekre prof. dr. Jermendy György és prof. dr. Winkler Gábor válaszol.

A kérdések beküldési határideje: május 29.

Kérdéseiket maximum 10 sorban, reflexióikat egy kéziratoldal terjedelemben fogalmazzák meg! A válaszok a felkért szakemberek egyéni szakmai tapasztalatát és véleményét tükrözik.

Kérjük, hogy leveleiket az alábbi címre küldjék:
DR. KRAMER IMRE

Postacím: Lege Artis Medicinae,
1539 Budapest, Pf. 603.
E-mail: haziorvosiforum@lam.hu