

**Neuropsychopharmacologia
Hungarica**

a Magyar Pszichofarmakológusok
Társasága tudományos folyóirata
Official Journal of the Hungarian
Association of Psychopharmacology
VI. évf. 4. szám, 2004. december
Vol. VI. No. 4. December 2004

Alapító főszerkesztő: Gaszner Péter
Felelős szerkesztő: Faludi Gábor

Rovatvezetők:

Bánki M. Csaba (esettanulmányok) Péter
László (folyóirat referátum) Degrell István
(eredeti közlemények) Kovács Gábor (rövid
közlemények és szerkesztőségi levelek)
Molnár Gyula (könyvreferátum)

Szerkesztőbizottság:

Thomas A. Ban, Borvendég János, Fürst
Zsuzsanna, Pavel D. Hrdina, Janka Zoltán,
Lipcsey Attila, Magyar Kálmán, Palkovits
Miklós, Perényi András, Szabadi Elemér,
Szirmai Imre, Szűcs Attila, Tringer László,
Trixler Mátyás
Olvasószerkesztő: Biró Sándor

Felelős kiadó:

Magyar Pszichofarmakológusok Társasága

Levelezési cím (és hirdetésfelvétel):
Neuroline, 1286 Budapest, Pf. 12

Megjelenik negyedévente

A kéziratokat – három példányban – kérjük a
következő címre küldeni:
Dr. Faludi Gábor
1125 Budapest, Kútvolgyi út 4.
Tel/fax: (36-1) 355-84-98
E-mail: faludi@kut.sote.hu

Kiadja a Neuroline

Tel: 06 30 999-32-08

A kiadásért felel a Magyar

Pszichofarmakológusok Társasága elnöke

Szerkesztőség:

1021 Budapest, Hűvösvölgyi út 116.

Nyomdai előkészítés:

Animula, 1281 Budapest Pf. 12

Készült: Printing Kft.

Felelős vezető: Lázits Gyula

Előfizethető a szerkesztőségben

(1021 Budapest, Hűvösvölgyi út 116.)

Számlaszám: 10400212-02104090

Előfizetési díj egy évre: 2600.- Ft

Egyes szám ára: 480.- Ft

INDEX HU ISSN:1419-8711

MEDLINE/INDEX MEDICUS

A borítón Bosch: Szénásszekér (oldalkép)

Founding chief editor:

Peter Gaszner (Budapest)

Editor in chief: Gábor Faludi (Budapest)

Publisher's e-mail: faludi@kut.sote.hu

Editors:

Original articles: István Degrell (Debrecen)

Case reports: Csaba M. Bánki (Nagykálló)

Short communications and letters: Gábor

Kovács (Budapest)

Books: Gyula Molnár (Budapest)

Articles-referats: László Péter (Budapest)

Editorial Board:

Thomas A Ban (Toronto), János Borvendég

(Budapest), Zsuzsanna Fürst (Budapest),

Pavel D. Hrdina (Ottawa), Zoltán Janka

(Szeged), Attila Lipcsey (Budapest), Kálmán

Magyar (Budapest), Miklós Palkovits (Buda-

pest), András Perényi (Melbourne), Elemér

Szabadi (Nottingham), Imre Szirmai (Buda-

pest), Attila Szűcs (Kecskemét), László

Tringer (Budapest), Mátyás Trixler (Pécs)

Editorial address:

1021 Budapest, Hűvösvölgyi út 116.

Phone: (36-1) 391-5337; Fax: (36-1) 391-5336

Manuscripts: Gabor Faludi, 1125 Budapest,

Kútvolgyi út 4. Phone/Fax: (36-1) 355-8498

Subscription: annual (5 issues) 2600 HUF
one issue 480 HUF

ANTIDEPRESSZÍVUMOK ÉS ÖNGYILKOSSÁG

Mostanában sok pszichiátert foglalkoztat a sajtóban egyre gyakrabban megjelenő téma, mely az antidepresszívumok és a szuicidalitás viszonyáról szól, pl. hogyan válaszoljanak a páciensek, hozzátartozók és a laikusok kérdéseire azzal a figyelmeztetéssel kapcsolatban, hogy az antidepresszívumok fokozzák az öngyilkosság kockázatát.

Az első SSRI-t, a fluoxetint 1987-ben vezették be a klinikai gyakorlatba és nem sokkal ezután a többi SSRI is elérhetővé vált. Az elmúlt kb. 17 évben több millió – ha nem több tízmillió – recept került felírásra és ezt követően – a mai napig is – számtalan beteg és orvos beszélhet teljes elégedettséggel a kezeléssel. Ha az SSRI-ekkel kapcsolatos szuicidalitás valóban olyan nagy probléma, nehéz megérteni, hogy ez miért éppen most aktualizálódott. Ezzel a témával már az 1990-es évek elején foglalkozott néhány tanulmány, de ezeket elvetették, mint kivételes eseteket. Nem teljesen tiszta tehát, hogy miért kerül ez a téma most, 2004-ben hirtelen reflektorfénybe. Hangsúlyozni kell, hogy milyen fontosak az SSRI típusú antidepresszívumok sokak életminőségének javításában. Ezek a szerek, jelenlegi negatív sajtóvisszhangjuk ellenére nagyon hatékonyak a depresszió terheinek csökkentésében: mellékhatás profiljuk relatíve jó, bár nem zéró, és a túladagolásnál mindenképpen biztonságosabbak, mint elődeik, ami jelentősen csökkenti a szuicidium kockázatát.

Fontos nyíltan elismerni ugyanakkor ezen gyógyszerek okozta öngyilkossági kockázatot. Ez valóságos és jól érthető, legalábbis a gyakorlott pszichofarmakológusok körében. Kétféle mechanizmust ismerünk, mely a szereket potenciális „szuicidalitás fokozónak” tüntethet fel. Az egyik nagyon ritka, de jelentős, a másik enyhébb, de gyakoribb. A ritka: az SSRI-ok akatíziát okozó tulajdonsága. Ez a mozgászavar, amely általában az antipszichotikumoknál fordul elő, lehet ritka mellékhatása az SSRI-oknak is. Ez az erős nyugtalanság olyan dysphoriát okozhat a betegeknél, hogy inkább az öngyilkosságot választják. Erre az orvosnak figyelmeztetni kell betegét, és oda kell rá figyelni, mert jól kezelhető kiegészítő szerekkel.

A második mechanizmus a depresszióból való gyógyulás természetéből adódik. Ha a betegséget hatékonyan kezelik, számos tünete mégsem egy időben szűnik meg. Klasszikusan a depresszió fizikai tünetei (energiahiány, koncentrációs zavar, alvás- és evészavar) javulnak először, a szubjektív rossz hangulat szűnik meg utoljára. A kezelt páciensnek – ahogyan gyógyul – lehet ugyan

Advisory Board /Tanácsadó bizottság

Helmut Beckmann (Würzburg)

Jacques Bradwejn (Ottawa)

Angelos Halaris (Chicago)

Brian E. Leonard (Galway)

Juan J. Lopez-Ibor (Madrid)

Herbert Y. Meltzer (Nashville)

Stuart A. Montgomery (London)

Hans-Jürgen Möller (München)

Ahmed Okasha (Kairó)

Eugene S. Paykel (London)

Oakley Ray (Nashville)

Norman Sartorius (Genf)

több energiája, aktivitása, motivációja, de ezzel egyidőben demoralizált érzésekkel, szubjektív rossz hangulattal küszködhet. Ez növeli a szuicidalitás kockázatát mivel a kezelés előtt lehet, hogy hiányzott az energiája az öngyilkossághoz. A páciens legnagyobb veszélynek a kezelés megkezdése utáni 7- 10. napon van kitéve, és 2-3 héttel később ez a kockázat csökken és eltűnik. Gyakorlott klinikusok ezt a jelenséget a betegség funkciójának tekintik, és nem a specifikus kezelésnek tulajdonítják, odafigyelnek erre, figyelmeztetik a családot és a barátokat. A problémát felnagyíthatta az a trend, hogy házi orvosok is kezelnek depressziót. Ők általában 10-15 percig találkoznak a beteggel, és ritkán gyakrabban, mint havonta.

Miért téma ez most? Mi történt? Milyen okok indították el ezt a folyamatot, vetették fel a kérdéseket, hogy vajon ezek a gyógyszerek biztonságosak-e, és mi legyen az ún. felírási „küszöbük”?

Úgy tűnik, az egész Nagy-Britanniában kezdődött, mikor az angol „FDA” gyermekeken végzett gyógyszervizsgálati adatokat kezdett vizsgálni. A kapcsolatot, amit a kutatók kimutattak, nagymértékben félreértették. Nem azt mondták, hogy ezek a gyógyszerek rutinszerűen öngyilkosságot okoznak; hanem azt: nagyon kevés a valószínűsége annak, hogy ezek a gyógyszerek hatékonyak gyerekeknek. Placebóval összehasonlítva, a gyógyszert szedő gyermekek nem kerültek jobb állapotba. Így a gyógyszerelésnek csak kismértékű előnyét találták, és mivel volt még néhány szuicidális magatartás (gyakorlatilag nem volt befejezett szuicidium ezekben a vizsgálatokban), az előnyöket összevetve a kockázattal nem igazolódott az, hogy ezeket a gyógyszereket érdemes rendelni gyerekeknek.

Számos oka van annak, hogy a gyerekeknek végzett placebo-kontrollált antidepresszívum vizsgálatokban gyakran gond a gyógyszer- és a placebo-csoportra adott válaszok elkülönítése. Ismert, hogy a gyógyszervizsgálatokban résztvevők több figyelmet kapnak, gyakran jönnek vizitre és gyakran beszélnek a depresszióról. Ez a beszélgetés azt okozhatja, hogy gondolkozzanak a depresszióról, mely valójában de facto kognitív terá-

pia lehet. Ha figyelembe vesszük azt a tényt, hogy a gyerekek befolyásolhatóbbak mint a felnőttek, ez magyarázhatja, hogy a gyermekkori depresszióban használatos szerek miért nem tűnnek olyan nagyon jónak egy klinikai vizsgálatban. Ha bárkinek kétségei vannak az újabb generációs antidepresszívumok hatékonyságával kapcsolatban a gyermekkori depresszió kezelésében, az beszéljen gyermekpszichiáterekkel. Nagy a lelkesedés ezen gyógyszerek iránt azok között az orvosok között, akik farmakológiailag gyógyítják a gyermekkori depressziót. Ha nem működnének jól, ők azt biztosan tudnák.

Mostanában a sajtó tele van szívszorogató történetekkel fiatal emberekről, akik elkezdtek szedni antidepresszívumot, majd röviddel ezután szuicidáltak. Senki nem kételkedik ezeknek a történeteknek az igazában. Mindannyian, akik szülők vagyunk, elképzeltük azt a horrort, amit ezeknek az áldozatoknak a szülei átéltek. Ezekből az esetekből sokban – ha nem az összesben – talán soha nem értjük meg teljesen, hogy mi történt. Talán néhányuknál akatizia alakult ki, néhányuknál pedig olyan mértékű volt a javulás, hogy negatív gondolkodásuk arra motiválta őket, hogy cselekvéssel reagáljanak arra az érzésre, hogy nem érdemes tovább élni. Ezeknek a riportoknak a szenzációhajhászása a közvéleményt – ami korábban kitörő lelkesedéssel fogadta ezeket a gyógyszereket – nagyon rövid memóriával látja el. Ha ennek a negatív sajtóvéleménynek az a következménye, hogy visszatartja az embereket attól, hogy terápiát kérjenek depressziójukra, vagy még specifikusabban arra készíti őket, hogy visszautasítsák a kezelést súlyos depresszióban, ez magában még több öngyilkosságot okoz, mint a gyógyszer valaha is. Az öngyilkossági veszély akkor csökken legdrámaibb módon, ha a betegek kezelést kapnak, és azzal együttműködnek. Az összes praktizáló pszichofarmakológus felelőssége, hogy mindent megtegyen azért, hogy ezt a folyamatot megerősítse. Mi vagyunk azok, akiknek gyakorlatuk van ezekkel a gyógyszerekkel. Láttuk a sikereket és a hibákat. Teljes mértékben tisztáznunk kell, hogy az előbbi lényegesen meghaladja az utóbbit.

Faludi Gábor