

# A gyógyszerváltás nehézségei – clozapin/aripiprazol váltás ambuláns keretek között

RADICS JUDIT

*Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Alvászavar-szakrendelés és Szociálpszichiátriai Gondozó, Győr*

Bár jól kidolgozott szakmai ajánlások állnak rendelkezésre azon esetekre, amikor a páciens érdekében szükségessé válik az egyik antipszichotikum átváltása egy másik készítményre, a gyakorlatban azonban nemritkán kerülünk szembe olyan helyzettel, amikor a szakmai szabályokon, ajánlásokon túlmenően komoly figyelmet kell fordítanunk a páciens, esetleg a hozzátartozók, a családtagok igényeire, elképzeléseire is. Jelen közleményben egy olyan esetet ismertetünk, ahol ilyen szituációval találkoztunk. A 48 éves, feleségével élő, paranoid szkizofréniában szenvedő extrém obesez férfibetegnél részben maradványtünetek (jelentős iniciatívahiány, súlyos alulmotiváltság, emocionális szintelenség, nagyfokú passzivitás) perzisztálása, részben túlsúlyossága és ennek következményei (metabolikus szindróma fennállása) miatt vetődött fel az antipszichotikus terápia módosítása. Az alábbiakban azt követhetjük végig, hogyan valósult meg a komplex pszichoedukáció, és miként történt meg a clozapin/aripiprazol csere.

**Kulcsszavak:** aripiprazol, clozapine, extrém obezitás, antipszichotikum-váltás

**A** mindennapi klinikai gyakorlatban gyakran kerülünk szembe olyan helyzetekkel, amikor a szakmai szabályokon, ajánlásokon túlmenően komoly figyelmet kell fordítanunk a páciens, esetleg a hozzátartozók, családtagok terápiával kapcsolatos igényeire, elképzeléseire is. Jelen esetismertetésben egy olyan középkorú, feleségével élő, paranoid szkizofréniában szenvedő extrém obesez férfibeteg esetéről lesz szó, akinél részben maradványtünetek (jelentős iniciatívahiány, súlyos alulmotiváltság, emocionális szintelenség, nagyfokú passzivitás) perzisztálása, részben túlsúlyossága és ennek következményei (metabolikus szindróma fennállása) miatt vetődött fel az antipszichotikum-váltás szükségessége. A páciens clozapin-terápiában részesült, melyről a váltás más antipszichotikumra a szakmában elterjedt anekdotikus nézet szerint szinte lehetetlen (1,2), de felmerült egy ennél sokkal komolyabb nehézség is: a feleség és a hozzátartozók részéről a gyógyszerváltás lehetőségének szóba kerülésekor általunk nem várt, eleinte áttörhetetlen ellenállás mutatkozott.

## ESETISMERTETÉS

A középkorú (48 éves) férfibeteg első alkalommal 25 évvel ezelőtt került kórházi pszichiátriai felvételre súlyos szorongás és depresszió tüneteivel, melyet követően

többszöri hospitalizációra került sor, mivel tartósan kompenzált pszichés állapotot nem sikerült elérni. A gyógyszeres terápia ekkor anxiolitikus (clonazepam) és antidepresszáns (maprotiline) gyógyszerek alkalmazásából állt. A későbbi évek, a hosszmetetszeti követés során azonban pozitív, paranoid tünetekkel, valamint kifejezett negatív pszichotikus tünetképződéssel járó szkizofrénia képe bontakozott ki nála. A negatív tünetekre az érzelmi rezonancia gyakorlatilag teljes hiánya, emocionális kiüresedtség és jelentős iniciatívahiány, alulmotiváltság, passzivitás volt jellemző. Többféle antipszichotikum beállításával is próbálkoztak akkori kezelőorvosai –, míg végül a clozapin (400mg/nap) volt az a készítmény, mely a beteg adaptációs készségét jelentősebb mértékben javította. Ennek beállítását követően a beteg gyógykezelése ambuláns formában folytatódott, az ismételt kórházi osztályos pszichiátriai kezelések, felvételek elkerülhetővé váltak. Ennek természetesen nem csupán a beteg, de családja is örült, eközben azonban egyrészt jelentős túlsúly, extrém fokú obezitás, metabolikus szindróma tünetei alakultak ki nála, másrészt pedig az otthoni téltelenség, kifejezett passzivitás nem változott.

Ekkor kerültem kapcsolatba a beteggel és feleségével, és ezen tények birtokában javasoltam a gyógyszer-váltást olyan készítményre gondolva, melytől nemcsak

a pszichopatológiai tünetek javulása, de a mellékhatások, így a testsúly csökkenése is várható volt. A nagyfokú obezitás már hozzájárult a mozgáskorlátozottsághoz is. A választás az aripiprazol terápiára esett, mivel e szer mentes a metabolikus szindróma-indukáló hatástól, és napi egyszeri alkalmazása dózírózását kedvezővé teszi (3). A tervezett intervencióról, a terápiás módosítás részleteiről mind a beteg, mind a hozzátartozó korrekt és teljes körű felvilágosítást kapott (4,5).

Nem várt módon azonban a következő kontrollra a beteg felesége egy pszichiátriai szakorvosi véleményt, egy „igazolást” hozott magával. Kiderült, hogy miután megbeszéltük a gyógyszercsere részleteit, a beteg és különösképpen felesége megrettent, és felkerestek egy másik pszichiátert, akivel megbeszélték, hogy a clozapin szedésére a jövőben is szükség van. Ez a lépés markáns jelzés volt részükről arra vonatkozóan, hogy félelemmel tölti el a beteget és a hozzátartozókat (a feleséget) egy esetleges állapotrosszabbodás, a pszichopatológiai tünetek fellángolásának lehetőségére, hiszen egy pszichiátriai beteg akut betegség tünetei jelentős terhet róhatnak környezetére (például agresszív, hosztilis magatartás, hetero- vagy autoagresszív megnyilvánulások, a beteg esetleges hospitalizálásának lehetősége, a hozzátartozó kiesése a munkából a kórházi látogatások miatt).

Így a fentiek nyomán stratégiát és taktikát változtattunk: az egyéni és párban történő szupportív, pszichoedukatív elemeket tartalmazó pszichoterápiára, a személyes kapcsolat elmélyítésére helyeztük a hangsúlyt, és időbeli intervallumot biztosítottunk a belátási készségek kialakulására és kellő megszilárdulására. Ezt követően azonban ismét felajánlottuk a terápia módosítását, hangsúlyozva, hogy a pszichés státus további javulását, az aktivitás fokozódását és a testsúly csökkentését, a belgyógyászati paraméterek korrekcióját várjuk tőle. Ekkor már mind a beteg, mind a felesége teljes mértékben együttműködő volt, jó kooperabilitást tapasztaltunk, azonban a fenti előzmények birtokában a szokásosnál jóval óvatosabban, körültekintőbben jártunk el.

A clozapin/aripiprazol gyógyszercsere eredménye igen kedvező volt már a terápia kezdeti szakaszában is. A bevezetést követő első vizitre (2. hét vége) a beteg mosolyogva érkezett, és járása, mozdulatai a korábbiakhoz képest határozottan élénkebbek voltak. A következő kontrollok alkalmával hangsúlyos javulást detektálhattunk a beteg aktivitásában: az aktivitás-fokozódás egyértelműen azon területen jelentkezett, melyek korábban kedvenc időtöltései voltak: újból horgászni kezdett, vásárolt egy kiskutyát, melyet maga

gondozott, rádiót hallgatott, tv-t nézett, melyek mellett – eleinte családi instrukciók, majd később egyéni kezdeményezés nyomán – mérsékelten belefolyt a ház körüli munkákba, kertészkedésbe is.

A clozapin-terápiát nagy óvatossággal építettük le, a havonkénti vizitek során 25-50 mg-os dóziscsökkenéssel. Ily módon relapszus jeleit nem észleltük, illetve gyógyszer mellékhatás sem jelentkezett. Az aripiprazol napi adagját 30 mg-ban véglegesítettük. A testsúly a terápiás módosítás kezdeti időszakában nem változott, a későbbi hónapokban azonban – részben a clozapin elhagyásával, részben a beteg pszichomotoros aktivitásának fokozódásával is magyarázhatóan – fokozatosan csökkenni kezdett. A szupportív pszichoterápiás intervencióba egyébként diétás tanácsokat is beépítettünk a további javulás elérésére.

## MEGBESZÉLÉS

Hosszmetszetében értékelve a sikeres antipszichotikum-váltást elmondható, hogy a terápia során fontos figyelmet fordítani a páciens pszichopatológiai tüneteinek alakulására, és amennyiben felvetődik, hogy további javulás érhető el, vagy az adott antipszichotikum alkalmazása során nemkívánatos, esetleg kifejezetten káros mellékhatások jelentkeznek, úgy feltétlenül a váltás mellett kell döntenie. Szembesülhetünk azonban azzal, hogy az ambuláns keretek között kezelt, és családi körben élő páciens hozzátartozói számára a gyógyszercsere a relapszus veszélyének lehetőségével lehet egyenlő, és ijesztőleg hathat.

Mindenképpen hangsúlyozandó, hogy Gondozónk team-munkában, a gondozónőkkel közös kooperációban tudta elérni a fentieket, a kontrollvizitek során bizalomteli légkört nyújtva nem csupán a betegnek, de feleségének is. Hosszú terápiás folyamat kellett tehát ahhoz, hogy a kívánt előnyös gyógyszercsere megtörténjék, ennek eredményeképpen azonban mindenki elégedett lett.

## KÖVETKEZTETÉSEK

A pszichotikus állapotok tünettana és az ezzel járó gyógykezelési folyamat nemcsak a betegek, de hozzátartozóik, különösen közvetlen környezetük számára is megterhelő lehet. Így teljes mértékben érthető, hogy a tünetredukciót eredményező gyógyszerbeállítást követően nemcsak a beteg, hanem a környezet is örül a kompenzált pszichés állapotnak, és annak, hogy a terápia a továbbiakban ambuláns keretek között folytatható. Nem ritkán részben bizonyos pszichopatológiai tünetek újbóli megjelenése, hullámozó affektív

megnyilvánulások, részben gyógyszer mellékhatások tehetik indokolttá a gyógyszerelváltást. Dózismódosítás, terápiás kiegészítés vagy akár a teljes „gyógyszerpark” cseréje is szükséges lehet. A gyógyszerelváltás azonban még abban az esetben is nehézséget jelenthet a kezelőorvosnak, ha mind a beteg, mind a hozzátartozók számára teljesen nyilvánvaló pszichés zavarok, pszichiátriai tünetek vannak jelen, mivel félelmeik lehetnek egy esetlegesen bekövetkező állapotrosszabbodással kapcsolatban. Aktuálisan egy olyan esetet ismertettem mely során az extrém obezításban szenvedő szkizofrénbeteg negatív pszichotikus tünetei igen erőteljesen voltak jelen az aktuálisan alkalmazott pszichofarmakoterápia mellett, azonban sem a beteg, sem a közeli hozzátartozó nem egyezett bele a terápia módosításába, és különböző, inadekvát és mindnyájuk számára hátrányosnak mondható módszerekhez folyamodtak a terápiás váltás elkerülése érdekében. A végeredményt jelentő aripiprazol-terápia bevezetése azonban olyan mértékű állapotjavulást eredményezett a betegnél, mellyel a hozzátartozók teljes mértékben elégedettek voltak.

**Nyilatkozat.** A szerző nem jelölt meg támogatási forrást a közleményben ismertetett kutatáshoz és nem számolt be érdekkonfliktusról.

**Levelezési cím:** Radics Judit  
e-mail: radicsjudit@freemail.hu

## IRODALOM

1. Moncrieff J. Does Antipsychotic Withdrawal Provoke Psychosis? Review of the Literature on Rapid Onset Psychosis (Supersensitivity Psychosis) and Withdrawal-Related Relapse. *Acta Psychiatrica Scand.* 2006 Jul; 114(1):3-13. Review.
2. Tuunainen A, Wahlbeck K, Gilbody SM. Newer Atypical Antipsychotic Medication versus Clozapine for Schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000; (2):CD000966. Review.
3. Komossa K, Rummel-Kluge C, Schmid F, Hunger H, Schwarz S, El-Sayeh HG, Kissling W, Leucht S. Aripiprasol versus Other Atypical Antipsychotics for Schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Oct 7; (4):CD006569. Review.
4. Chue P, Stip E, Remington G, Kopala L. Switching Atypical Antipsychotics: a Review. *Acta Neuropsychiatr* 2004;16:301-313.
5. Edlinger M, Baumgartner S, Eltanaihi-Furrtmüller N, Hummer M, Fleischacker WW: Switching Between Second-Generation Antipsychotics : Why and How? *CNS Drugs* 2005, 19:27-42.

## Difficulties of Changing Drugs – from Clozapine to Aripiprasol at Outpatient Department

Although there are well-established psychiatric procedures available concerning switching of antipsychotic drugs, in practice we often face a situation where we have to consider not only the patient's demands, but also requests from relatives. In this article we describe a case where we encountered this situation. Our patient was a 48-year-old married man suffering from paranoid schizophrenia with extreme obesity. We had to consider the modification of the antipsychotic treatment because of the patient's persistent residual symptoms (significant lack of initiative, serious under-motivation, emotional plainness, considerable passivity) his overweight and its consequences (metabolic syndrome). In our paper we describe the psychoeducational process and the clozapine/aripiprazol switch.

**Keywords:** aripiprazol, clozapine, extreme obesity, switching of antipsychotics

## 2010

## KONGRESSZUSI NAPTÁR

- Április 10 – 14. **2010 Schizophrenia International Research Society Congress**  
*Florence, Italy*
- Április 16 – 19. **International Society for Affective Disorders (ISAD)  
5th Biennial Conference**  
*Vancouver, Canada*
- Május 12 – 14. **The 10th International Review of Bipolar Disorders (IRBD)**  
*Budapest, Hungary*
- Május 20 – 22. **65th Annual Scientific Convention & Meeting of the Society of  
Biological Psychiatry**  
*New Orleans, LA, United States*
- Május 22 – 27. **163rd Annual Meeting of the American Psychiatric Association**  
*New Orleans, LA, United States*
- Június 6 – 10. **XXVII. CINP Congress**  
*Hongkong, China*
- Augusztus 28 – Szeptember 1. **23rd Congress of The European College of Neuropsychopharma-  
cology (ECNP)**  
*Amsterdam, Netherlands*
- Augusztus 30 – Szeptember 4. **15th World Congress of Psychophysiology - the Olympics  
of the Brain - IOP 2010**  
*Budapest, Hungary*
- Szeptember 23 – 26. **60th Annual Conference of the Canadian Psychiatric Association**  
*Toronto, Canada*
- Október 3 – 7. **XVIIIth World Congress on Psychiatric Genetics**  
*Athens, Greece*
- Október 7 – 9. **XIII. Magyar Neuropszichofarmakológiai Kongresszus**  
*Tihany, Hungary*
- Október 14 – 17. **2010 American Psychiatric Association Institute Meeting**  
*Boston, United States*
- December 5 – 9. **2010 Annual Meeting of the American College  
of Neuropsychopharmacology**  
*Miami Beach, United States*