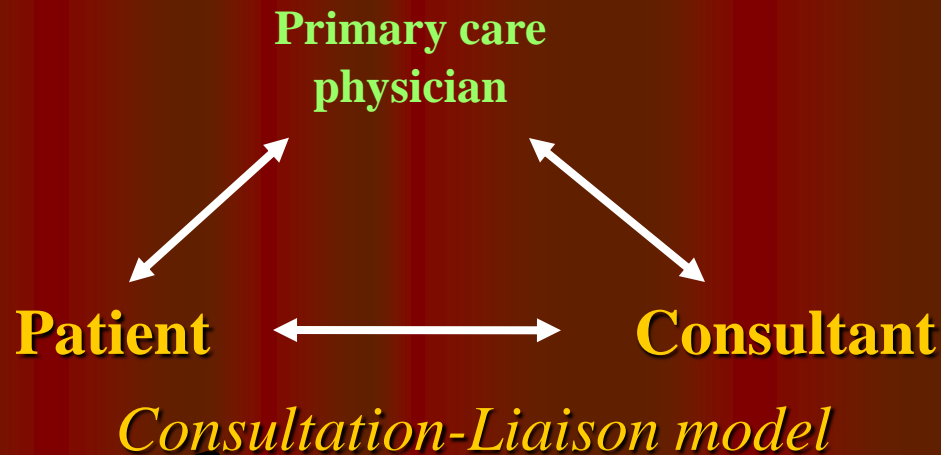
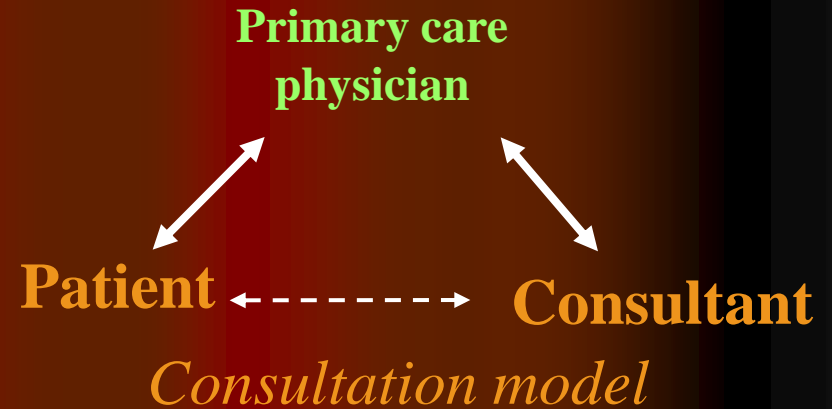
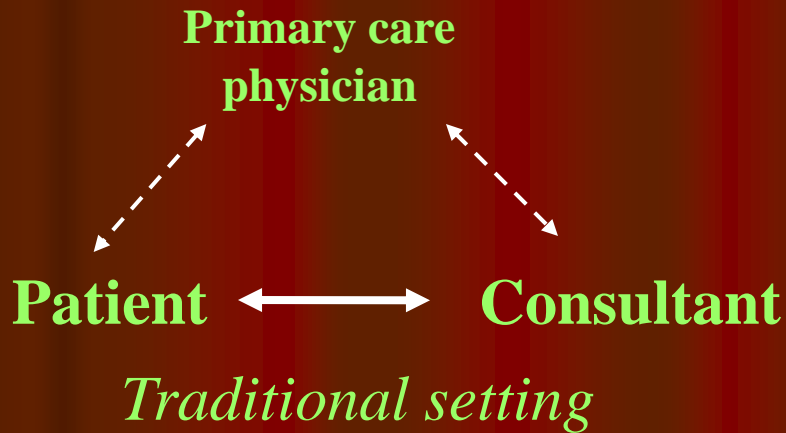


Pszichés zavarok a társzakmák mindennapi gyakorlatában

Dr. Gazdag Gábor
címzetes egyetemi docens

Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház,
I. Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály

Kapcsolati minták



A "formális" konziliárius

A hagyományos pszichiátriai ellátórendszerben dolgozik, onnan indul és oda tér vissza.

A konzultációs-kapcsolati pszichiáter

A szomatikus orvoslás és a pszichiátria határterületén dolgozik

A "formális" konziliárius

- Diagnózist állít fel
- Terápiát javasol
- Diszpécser szerepet tölt be

- A "felmentő sereg"

A konzultációs- kapcsolati pszichiáter

- **Konzultál**
 - – beteg központú
- **Kapcsolatot épít**
 - – személyzet központú

- **Tagja a személyzetnek**

Konzultációs-kapcsolati pszichiátria

Definíció

- A konzultációs-kapcsolati pszichiátria a pszichiátria szubspecialitása, amely magába foglalja a klinikai munkát, az oktatást és a kutatást a pszichiátria és a szomatikus orvoslás határterületein.
(Lipowski, 1983)

Definíciója

- **Liaison pszichiátria, konzultációs pszichiátria, vagy konzultációs-kapcsolati pszichiátria** (avagy, **pszichoszomatikus orvoslás**) a pszichiátria azon ága, amelyik a más orvosi szakterületek és a pszichiátria érintkezési területére specializálódott és amit általában kórházban, vagy más egészségügyi intézményben végeznek. A „konziliáriust” akkor hívják, ha a beteg ellátását végző személyzetnek a beteg mentális állapotával kapcsolatos kérdése van, vagy ha arra kíváncsiak, hogy a beteg mentális állapota hogyan befolyásolja a kezelést. A konziliárius „kapcsolatként” működik az ellátó személyzet és a beteg között. A felmerülő kérdések körébe tartozik a beleegyezésre való képesség megítélése, a kezelőszeméllyzettel kialakult konfliktus kezelése, valamint a fizikai és a mentális problémák egymásra hatásainak kérdései. (Wikipedia)

A konzultációs-kapcsolati pszichiátria elnevezés eredete

VOL. II.

JULY, 1922.

No. 1.

AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY

THE BROADENED INTERESTS OF PSYCHIATRY.*

By ALBERT M. BARRETT, ANN ARBOR, MICHIGAN.

Presidential honors bring responsibilities that cannot help but weigh heavily upon the recipient. While not wishing to avoid these, I hope one may be pardoned for confessing to a feeling of inadequacy that comes to him as he prepares the address that the custom of this association expects of its presiding officer.

This feeling of inadequacy comes from a keen personal appreciation of an inability to do the task as well as he might wish and especially because of a bewilderment as he tries to collect from out the mass of present day psychiatric interests something that might be concretely considered on an occasion such as this.

There was never a time in the world's history when there was such a widespread interest in the mind and its disorders in their relation to human life in its social and medical aspects. Interest in psychology and psychiatry is no longer confined to the teachings of class rooms and laboratory investigations carried on in schools and colleges, nor to the clinics and hospitals specially concerned with mental disorders. Its scope is apparent to all who keep informed regarding present progress.

Human character and behavior is being analyzed and measured in respect to standards of mental health. Individual successes and failures, and social problems are explained, excused or condemned in terms of mental qualities. Our periodicals carry in their pages stories woven around themes of mental strangeness, and essays and discussions on social and industrial problems in which the writer sees a psychiatric problem. We have the psychological novel and the psychological play. In art and music moods and desires for expression find outlets in symbolic forms that only

* Presidential Address at the seventy-eighth annual meeting of The American Psychiatric Association, Quebec, Canada, June 6, 7, 8, 9, 1922.

A konzultációs-kapcsolati pszichiátria története

- Az általános kórházakban az 1920-as években nyitották az első pszichiátriai osztályokat.
- A pszichoszomatikus szemlélet, az érzelmek és a pszichológiai tényezők szerepe az organikus betegségek kialakulásában és fennmaradásában ekkor került előtérbe.
- A konzultációs-kapcsolati pszichiátria így vált a pszichoszomatikus orvoslás alkalmazott formájává (EACLPP-EAPM 2012).

A konzultációs-kapcsolati pszichiátria pozíciója az USA-ban

- The American Board of Psychiatry and Neurology: szubspecialitásnak javasolta a Konzultációs-kapcsolati Pszichiátriát 'Psychosomatic Medicine' néven
- 2001 június: American Psychiatric Association támogatta a javaslatot
- 2003: American Board of Medical Specialties jóvá hagyta a javaslatot
- ***Psychosomatic Medicine néven a 7. szubspecialitás lett a pszichiátriában***

A konzultációs-kapcsolati pszichiátria pozíciója Európában

- **Németország:** konzultációs-kapcsolati ellátás szinte minden általános kórházban folyik Németországban. Az ellátás nagyrészt a pszichiátriai és a pszichoterápiás ellátás keretében zajlik, kisebb részben a pszichoszomatikus orvoslás keretében. A pszichoszomatikus orvoslás Németországban a pszichiátriától független szakterület. (Diefenbacher, 2005)
- **Magyarország:** az általános kórházak többségében formális konzultációk történnek, csak néhány specializált konzultációs-kapcsolati szolgálat létezik (Szt. László Kh., Korányi Pulm. Int., ORFI) A Magyar Pszichiátriai Társaságon belül létrejött egy munkacsoport 2007-ben, amely 2 évente rendez konzultációs-kapcsolati kurzusokat.

A konzultációs-kapcsolati pszichiáter feladatai (Goldman, Lee, Rudd, 1983)

1. A konzíliumkérés okának tisztázása az elsődleges (és nem mindig könnyű) feladat.

- Írásbeli kéreésre végzi a vizsgálatot.

- Beszél a konzultációt kérő klinikussal és az ápolószeméllyel a vizsgálat előtt.

-

Egyesített Szt István és Szt László Kh
1097 Budapest, Gyáli út 5-7.
Pszichiátriai, Addiktológiai Szakr.
Osztályvezető: Gazdag Gábor László dr.
Tel: 455-8125

Telj.az. 1775659 Vizsgálatkérő lap

Beteg neve.....
Születési dátum..... TAJ.....
Anyja neve.....
Lakcím.....
Beküldő.....
Beküldő orvos, pecsét: 24100 Fekete Sándor dr.

Vizsgálat időpontja:2012.10.03 12:06
Ellátást igazoló adat: 50003258

Rendelési adatok
Iránydiagnózis:
Iránydiagn.:
D6490 Anaemia k.m.n.
Rendelési megjegyzés
Kérem betegem szives vizsgálatát.

2012.10.03
XXXXX

Főv. Önk. Egyesített Szt István és Szt László Kórház - Hematológiai Szakambulancia
1097 Budapest, Gyáli út 5-7.

Példák konzíliumkérésre

Egyesített Szt István és Szt László Kh
1097 Budapest, Gyáli út 5-7.
Pszichiátriai, Addiktológiai Szakr.
Osztályvezető: Gazdag Gábor László dr.
Tel: 455-8125

Telj.az. 1742858 Vizsgálatkérő lap
Beteg neve..... TAJ.....
Születési dátum.....
Anyja neve.....
Lakcím....., Gellérthegy u.2/b
Beküldő..... JFLM..... IV. Infektológiai Osztály - Térítési kat.: 1
Beküldő orvos, pecsét: 44986 Szlávik János dr.

Vizsgálat időpontja: 2012.09.03 09:19
Ellátást igazoló adat: 50003867

Rendelési adatok

Iránydiagnózis:
Iránydiagn.: B24H0 HIV betegség k.m.n.
Rendelési megjegyzés
Tisztelt Gazdag Gábor Főorvos Úr!
Kérem betegem szíves szakvizsgálatát. Szorongásos-depresszió

Köszönettel:
dr. Szlávik János

2012.08.30
XXXXX

120/9
Egyesített Szt István és Szt László Kh
1097 Budapest, Gyáli út 5-7.
Pszichiátriai, Addiktológiai Szakr.
Osztályvezető: Gazdag Gábor László dr.
Tel: 455-8125

Telj.az. 1780018 Vizsgálatkérő lap
Beteg neve..... M..... TAJ.....
Születési dátum.....
Anyja neve.....
Lakcím....., Ákác köz 1 2/6
Beküldő..... FB40 0102..... IV. Infektológiai Osztály Térítési kat.: 1
Beküldő orvos, pecsét: 43347 Fried Katalin dr.

Vizsgálat időpontja: 2012.10.08 11:15
Ellátást igazoló adat: 201286592/1

Rendelési adatok

Iránydiagnózis:
Iránydiagn.: K5210 Toxikus gastroenteritis és colitis
Rendelési megjegyzés
Kérem betegünk vizsgálatát. Heveny gastroenteritise lezajlóban van, elektrolit zavara volt. A betegről érdemi anamnesis nem nyerhető, régi leletei nem állnak rendelkezésre. Unokájával sikerült néhány napja beszélni, évek óta fokozódó feledékenységet említett, emiatt infúziós kurákra jár.
Ma hajnal óta zavart lett, izgatott, zokog. Eddig semmiféle psychiatriai készítményt nem szedett.

2012.10.08
XXXXX

- adatok a szomatikus betegségről
- fokozódó feledékenység az utóbbi években
- nyugtalanra és agitáltra vált ma reggelre
- eddig gyógyszeres kezelésben nem részesült

A konzultációs-kapcsolati pszichiáter feladatai:

2. Megállapítja a sürgősség szintjét. (Goldman, Lee, Rudd, 1983)

A pszichiátriai konzíliumok főbb típusai sürgősség szempontjából:

Sürgős (1 órán belül elvégzendő):

- 1. Vizsgálat **öngyilkossági, vagy gyilkossági szándék hangoztatása** miatt.
- 2. Vizsgálat **akut nyugtalanság, agitáció, pszichotikus tünetek** miatt.
- 3. Vizsgálat **akut megvonási tünetek** miatt (delírium)

A pszichiátriai konzíliumok főbb típusai sürgősség szempontjából:

Halasztható (24-48 órán belül elvégzendő):

- 1. Vizsgálat **pszichiátriai betegség gyanúja, pozitív pszichiátriai előzmény, vagy pszichofarmakon szedése** miatt.
- 2. Vizsgálat súlyos szervi betegség következtében kialakuló **szorongásos-depresszív tünetek** miatt.
- 3. **Szerhasználat** miatti vizsgálat.
- 4. **Jogi okból** végzett vizsgálat (beleegyezésre való képesség vizsgálata) - nem pszichiátriai okból lehet sürgős is.
- 5. Vizsgálat a beteg kérésére(?).

A konzultációs-kapcsolati pszichiáter feladatait (Goldman, Lee, Rudd, 1983)

- 3. Alaposan átnézi a beteg dokumentációját.
- 4. Részletes pszichiátriai, és ha szükséges fizikális vizsgálatot is végez
- 5. Szükség esetén heteroanamnézist szerez be
- 6. Felállítja a diagnózist
- 7. Felsorolja a differenciáldiagnosztikai szempontból szóba jövő kórképeket
- 8. További diagnosztikus vizsgálatokat javasol

A konzultációs-kapcsolati pszichiáter feladatait (Goldman, Lee, Rudd, 1983)

9. Szükség esetén pszichofarmakoterápiát javasol és tisztában van a várható gyógyszerkölcsonhatásokkal.

- **Pszichoterápia:** egyénre szabottan lehetőség szerint
- **Farmakoterápia:**
 - a konzíliumok **35%**-a tartalmaz gyógyszeres javaslatot
 - Az esetek **10%–15%**-ában kell csökkenteni, a korábban beállított gyógyszerek dózisát, vagy elhagyni azokat.
 - A gyógyszeres kezelésre vonatkozó javaslat előtt gondosan mérlegelni kell az alapbetegséget, a potenciális gyógyszerkölcsonhatásokat és a kontraindikációkat.

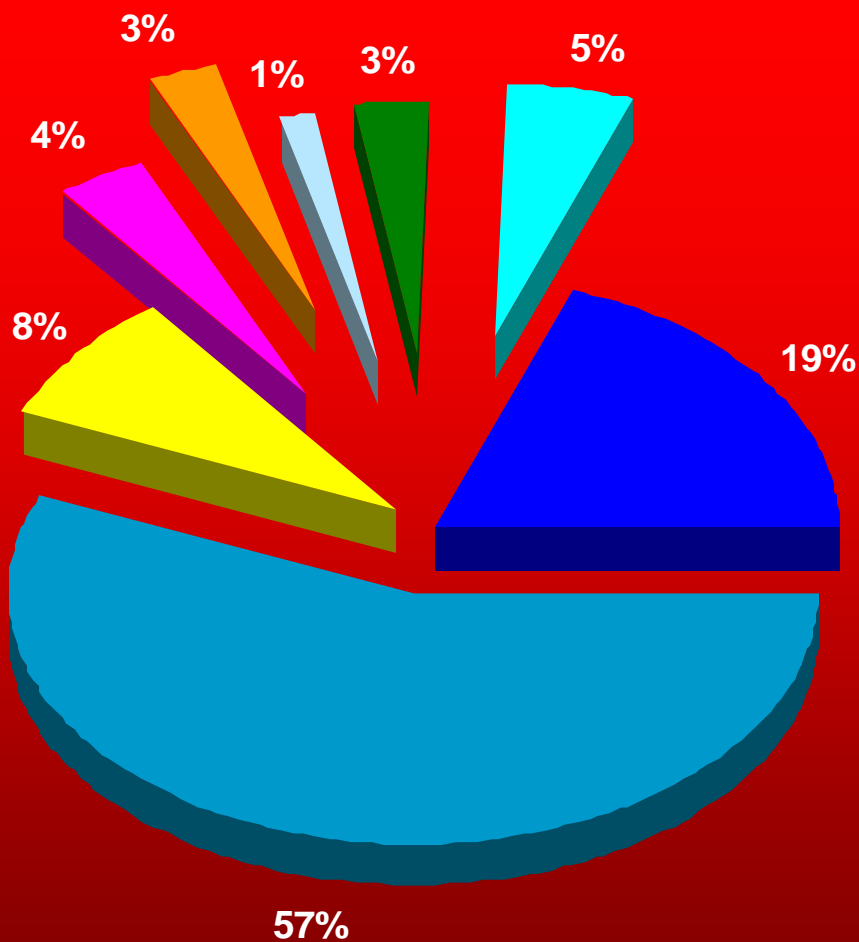
A konzultációs-kapcsolati pszichiáter feladatai (Goldman, Lee, Rudd, 1983)

- 10. Rövid, célirányos véleményt készít, ami mentes a pszichiátriai zsargontól.
- 11. Lehetőség szerint személyesen megbeszéli a vizsgálat eredményét a kezelőorvossal
- 12. Tájékoztatja a beteget, hogy a vizsgálat megrendelője a kezelőorvos (aki felé a konziliáriusnak információadási kötelezettsége van, nincs titoktartás)

A konzultációs-kapcsolati pszichiáter feladatai (Goldman, Lee, Rudd, 1983)

- 13. Követi a beteg sorság az elbocsátásig, vagy a konzílium céljának megvalósulásáig (?)
- 14. Igény esetén megszervezi a beteg további gondozását
- 15. Nem veszi át a beteg kezelését a kezelőorvostól (csak tanácsot ad).
- 16. Követi más szakterületek fejlődését.

Konzíliumkérelések okai (saját vizsgálat)



- Not known
- Psychiatric symptoms
- No organic basis for the symptoms
- Noncompliance
- Positive psychiatric history, therapy revision request
- Legal reason
- follow up
- More contemporal reasons

Esetismertetés 1: konzílium

Fővárosi Önkormányzat Szent László Kórház
1097 Budapest, Gyáli út 5-7.
Pszichiátriai addictológiai szakren
Osztályvezető: Gazdag Gábor László dr.
Tel: 455-8125

Telj.az. 499085

V i z s g á l a t k é r ő l a p

Beteg neve.....:
Születési dátum...:
Anyja neve.....:
Lakcím.....:

Beküldő.....: FB70 0109 VII. Fert. Belgyógyászati osztály Térítési kat.: 1
Beküldő orvos, pecsét: 61929 Máthé András dr.

Vizsgálat időpontja: 2008.01.09 16:26

Ellátást igazoló adat: 200870350/1

Rendelési adatok

Iránydiagnózis:

R0700 Torokfájás

Rendelési megjegyzés

4 éve alhasi, gáttáji panaszai kezdődtek. Húgyúti infekciónak gondolták, kezdetben antibiotikumot kapott. 1,5 hónap után azt mondták, hogy gomba infekció lehet. 2003-tól 2006-ig számos antibiotikumot és antimycotikumot kapott. Az urológiai panaszok mellett torokfájása miatt, ami azóta is fennáll és a fő panaszát képezi. Ezt szintén Candida infekciónak tartják, többször tenyésztettek ki gombát a torkából. Bőrén fényérzékeny elváltozások jelentek meg. 1 éve ízületi fájdalom és parotis duzzanat alakult ki. Ez utóbbi objektív. Eddigi immunvizsgálatai negatívak lettek, de esetleg autoimmun betegség még szeronegatív periódusa is lehetne. Ezirányban is vizsgáljuk. Az objektívizálható eltérések mellett sok szubjektív elváltozása van.

2008.01.08
XXXXX

.....
Máthé András dr.



Esetismertetés 2: jelen panaszok

Jelen panaszok

4 éve gáttáji, alhasi, herefájdalma és fitymagyulladás lett. Urológustól többfajta antibiotikumot illetve antifungális szert kapott eredménytelenül. 2005-ben fényérzékenység, arcon bőrpír jelentkezett, ezért immunológiai vizsgálat történt, negatív eredménnyel. Anti-HCV pozitivitást találtak, C-PCR 2x negatív lett. Évek óta torokfájása van, ami antibiotikum kezelés mellett fokozódik, antifungális kezelésre csökken. Láza ezekhez soha nem volt. Többször torokváladékban Candidát találtak (C. glabrata, C. albicans-2007. nov.). 2006. aug. j. hallójárat gyulladás, amit gombás eredetűnek tartottak. 2006. nov-ben prostata masszátumban C. glabrata nőtt. 2007-ben alakult ki kétoldali parotisduzzanata, ápr-ban CT vizsgálat történt: mk. parotis az átlagosnál tömegesebb, szabályos szerkezetű, mko-n számos kisebb nyacsomó a nyakon. 2007. okt-ben nyaki UH: jobb parotis megnagyobbodott, bal parotis norm. nagyságú, mellettük 14x5, illetve 13x6 mm-es nyacsomók. Parotis biopsziát terveztek. 2007. közepe óta ízületi fájdalmai vannak (kéz, térd, váll), időnként nem tud ágyból kiszállni emiatt. 2007. máj-ban ismételt immunológiai vizsgálat negatív, HIV at. többször negatív, legutóbb 2007. dec-ben. Szemszárazság miatt szemészeten kezelik. Étvágya jó, 15 kg-ot hízott. Dohányzaskor jobb oldali mellkasi dyscophort jelentkezik. Időnként alhasi fájdalma van. Széklete, vizelete norm. Gyógyszerei: 150 mg Aprovel, E: 1 vagy 2 tbl Frontin 0,25 mg. Gyógyszerérz. nem ismert.

F45 Szomatoform zavar

- Legjellemzőbb tulajdonsága az **ismételt testi panaszok**, melyekkel újból és újból orvoshoz fordulnak a betegek, annak ellenére, hogy a vizsgálatok és az orvos is megerősíti, hogy a panaszok háttérében nem áll szervi megbetegedés.
- Ha bármilyen szervi megbetegedés előfordul is, az **nem magyarázza meg** a tünetek kiterjedtségét és természetét, valamint azt az aggodást (distresszt) és tünetekkel való folytonos foglalkozást, ami a páciensnél tapasztalható.
- A tünetek keletkezése és fennmaradása valamint kellemetlen életesemények, nehézségek, konfliktusok között **szoros összefüggés** található, a páciens mégis elutasító a pszichológiai ok-okozati összefüggések megtárgyalását illetően.
- Mind a páciens mind a doktor számára **frusztráló** lehet a megértésnek az a foka ami elérhető a tünetek magyarázata terén, legyen szó fizikai vagy pszichológiai okokról.
- Gyakran találkozhatunk **figyelemfelkeltő (hisztrionikus) magatartással**, különösen azon pácienseknél, akik hibáztatják saját magukat, amiért nem győzték meg orvosukat a betegségük szervi tüneteinek minél részletesebb átvizsgálására.

F45.0 Szomatizáció(s zavar)

- Legalább 2 éve több, visszatérő, gyakran változó testi panaszok jellemzik, melyek több évvel az első pszichiátriai konzílium előtt már fennálltak. Az anamnezis hosszú és bonyolult, számtalan negatív családorvosi és szakorvosi vizsgálatról esetleg eredménytelen laparotomiákról (explorativ műtétekről) szól. A legkülönbözőbb testrészekből származhatnak a panaszok, de gasztrointesztinális panaszok (fájdalom, büfögés, regurgitáció, hányás, hányinger), és bőrérzések (égő. szúró érzések, zsibbadás, érzékenység, stb.) a leggyakoribbak. Szexuális és menstruációs panaszok szintén gyakoriak.

F45.0 Szomatizáció(s zavar)

- Kifejezett depresszió és szorongás gyakran észlelhető és megfelelő szorongásoldó vagy antidepresszáns kezelést igényelhet.
- A lefolyás krónikus és hullámzó, általában megzavarja a családi, interperszonális vagy szociális viselkedést. A zavar sokkal gyakoribb nőknél mint férfiak körében, és rendszerint fiatal felnőttkorban indul.
- Gyógyszer dependencia vagy abúzus (rendszerint szedatívumok vagy fájdalomcsillapítók) gyakran a túlzott orvosi vizsgálatok eredményeként alakul ki.

Diagnosztikus útmutató

- A definitív diagnózishoz az alábbiak szükségesek:
- Legalább 2 éve fennálló multiplex és változatos testi panaszok, melyre organikus magyarázatot nem lehet találni;
- Számos orvos megnyugtatójának vagy tanácsának elvetése, folyamatos elutasítása.
- A tünettán része a szociális és családi funkciók romlása, valamint a másodlagosan kialakuló viselkedés.

Szigorlati tételek

- A - A szomatikus betegségek (pl. endokrinológiai, kardiovaszkuláris, pulmonológiai, onkológiai, infektológiai, traumatológiai) fontosabb pszichiátriai vonatkozásai: komorbiditás, kórlefutást és kórkiímenetelt befolyásoló állapotok (pl. szorongás, depresszió, öngyilkosság, delírium, demencia).
- B - A biológiai (genetika, balesetek, infekciók, gyulladások, tumorok, degeneratív folyamatok, egyéb neurológiai, belgyógyászati stb. kórképek) tényezők szerepe a pszichiátriai kórképekben

Pszichiátriai zavar (depresszió) – szomatikus betegség lehetséges összefüggései (depresszió, HIV, HCV, szívbetegség, DM)

- A szomatikus betegség, vagy annak kezelése okoz depressziót
- A depresszió, vagy annak kezelése rontja a szomatikus betegség tüneteit, vagy a kezelés hatékonyságát
- A szomatikus betegségekre és a depresszióra alkalmazott terápiák között alakul ki kölcsönhatás

A szomatikus betegség, vagy annak kezelése okoz depressziót

● **Biológiai úton**

- Enkefalopátiás hatáson keresztül (HIV, HCV)
- Pontosán nem ismert hatással (AMI, COPD – hypoxia?)
- A szomatikus betegség kezelésének mellékhatása (IFN)

● **Pszichológiai úton**

- Életveszély tudata (AMI, daganatos betegség)
- Stigmatizáció (HCV, HIV)

● **Szociális következményeken keresztül**

- Munkahely elvesztése
- Anyagi nehézségek

A hangulatzavarok gyakorisága (%)

	<i>Élettartam</i>	<i>1 éves</i>	<i>1 hónapos</i>
<i>Nemzetközi adatok</i>			
● Major depresszió	4,6-15,7	3,4-5,2	1,5-5,2
● Bipoláris (mániás-depressziós) bet.	0,5-5,5	0,3-1,7	0,1-0,6
<i>Hazai adatok</i>			
● Major depresszió	15,1	7,1	2,6
● Bipoláris (mániás-depressziós) bet.	5,1	1,1	0,5

Szádóczky et al, J Affect Disord 1998, 50: 153-162.

Rihmer és Angst, Compr Textbook of Psychiatry, 2005.

HIV – hez társuló depresszió

Depresszió a HIV fertőzött betegek között (Bing et al 2001)

Table 2. Percentage of People Screening Positive for Conditions*

Condition	% Screening Positive (95% CI)	
	HCSUS (N = 2864)	NHSDA (N = 22 181)
Major depression	36.0 (33.6-38.3)	7.6
Dysthymia	26.5 (23.5-29.5)	...
Generalized anxiety disorder	15.8 (14.0-17.7)	2.1
Panic attack	10.5 (8.0-13.0)	2.5
No drug use	49.9 (46.0-53.7)	89.7
Marijuana use only/ no dependence	12.1 (10.2-14.8)	...
Other drug use/ no dependence	25.6 (22.1-29.1)	...
Drug dependence	12.5 (10.2-14.8)	...

*CI indicates confidence interval; HCSUS, HIV [human immunodeficiency virus] Cost and Services Utilization Study; NHSDA, National Household Survey on Drug Abuse; and ellipses, these conditions were not assessed.

ORIGINAL ARTICLE

Psychiatric Disorders and Drug Use Among Human Immunodeficiency Virus-Infected Adults in the United States

Eric G. Bing, MD, PhD, MPH; M. Audrey Burnam, PhD; Douglas Longshore, PhD; John A. Fleishman, PhD; Cathy Donald Sherbourne, PhD; Andrew S. London, PhD; Barbara J. Turner, MD, MSEd; Ferd Eggan, MA; Robin Beckman, MPH; Benedetto Vitiello, MD; Sally C. Morton, PhD; Maria Orlando, PhD; Samuel A. Bozzette, MD, PhD; Lucila Ortiz-Barron, MD; Martin Shapiro, MD, PhD

Background: There have been no previous nationally representative estimates of the prevalence of mental disorders and drug use among adults receiving care for human immunodeficiency virus (HIV) disease in the United States. It is also not known which clinical and sociodemographic factors are associated with these disorders.

Subjects and Methods: We enrolled a nationally representative probability sample of 2864 adults receiving care for HIV in the United States in 1996. Participants were administered a brief structured psychiatric instrument that screened for psychiatric disorders (major depression, dysthymia, generalized anxiety disorders, and panic attacks) and drug use during the previous 12 months. Sociodemographic and clinical factors associated with screening positive for any psychiatric disorder and drug dependence were examined in multivariate logistic regression analyses.

Results: Nearly half of the sample screened positive for a psychiatric disorder, nearly 40% reported using an il-

licit drug other than marijuana, and more than 12% screened positive for drug dependence during the previous 12 months. Factors independently associated with screening positive for a psychiatric disorder included number of HIV-related symptoms, illicit drug use, drug dependence, heavy alcohol use, and being unemployed or disabled. Factors independently associated with screening positive for drug dependence included having any HIV-related symptoms, being younger, being heterosexual, having frequent heavy alcohol use, and screening positive for a psychiatric disorder.

Conclusions: Many people infected with HIV may also have psychiatric and/or drug dependence disorders. Clinicians may need to actively identify those at risk and work with policymakers to ensure the availability of appropriate care for these treatable disorders.

Arch Gen Psychiatry. 2001;58:721-728

Depresszió hatása az antiretrovirális kezelésre (Turner et al., 2001)

Table 4. Adjusted Odds for Each Mental Health Factor Entered Separately in Multivariate Models Predicting 2 Outcomes Including Antiretroviral Therapy (ART) and HAART Among ART Users

Factor*	Adjusted Odds Ratio (95% CI)†	
	ART vs None	HAART vs Non-HAART
Any mental disorder	0.88 (0.70 to 1.11)	1.31‡ (1.05 to 1.63)
Depression	0.86 (0.66 to 1.11)	1.12 (0.86 to 1.47)
Dysthymia	0.74‡ (0.58 to 0.95)	1.12 (0.84 to 1.48)
Generalized anxiety disorder	0.97 (0.62 to 1.50)	1.61‡ (1.12 to 2.33)
Panic disorder	1.15 (0.67 to 1.98)	0.93 (0.68 to 1.29)
Number of psychiatric disorders (linear)	0.93 (0.83 to 1.05)	1.08 (0.96 to 1.21)
Mental health provider care	0.71‡ (0.52 to 0.98)	1.51‡ (1.13 to 2.01)

POPULATIONS AT RISK

Effects of Drug Abuse and Mental Disorders on Use and Type of Antiretroviral Therapy in HIV-infected Persons

Barbara J. Turner, MD, MEd, John A. Fleishman, PhD, Neil Wenger, MD, Andrew S. London, PhD, M. Audrey Bumam, PhD, Martin F. Shapiro, MD, Eric G. Bing, MD, PhD, Michael D. Stein, MD, Douglas Longshore, PhD, Samuel A. Bozette, MD

OBJECTIVE: To distinguish the effects of drug abuse, mental disorders, and problem drinking on antiretroviral therapy (ART) and highly active ART (HAART) use.

DESIGN: Prospective population-based probability sample of 2,267 (representing 213,308) HIV-infected persons in care in the United States in early 1996.

MEASUREMENTS: Self-reported ART from first (January 1997–July 1997) to second (August 1997–January 1998) follow-up interviews. Drug abuse/dependence, severity of abuse, alcohol use, and probable mental disorders assessed in the first follow-up interview. Adjusted odds ratios (AORs) and 95% confidence intervals (CIs) estimated from weighted models for 1) receipt of any ART, and 2) receipt of HAART among those on ART.

RESULTS: Of our study population, ART was reported by 90% and HAART by 61%. Over one third had a probable mental disorder and nearly half had abused any drugs, but drug dependence (9%) or severe abuse (10%) was infrequent. Any ART was less likely for persons with dysthymia (AOR, 0.74; CI, 0.58 to 0.95) but only before adjustment for drug abuse. After full adjustment with mental health and drug abuse variables, any ART was less likely for drug dependence (AOR, 0.58; CI, 0.34 to 0.97), severe drug abuse (AOR, 0.52; CI, 0.32 to 0.87), and HIV risk from injection drug use (AOR, 0.55; CI, 0.39 to 0.79). Among drug users on ART, only mental health treatment was associated with HAART (AOR, 1.57; CI, 1.11 to 2.08).

CONCLUSIONS: Drug abuse-related factors were greater barriers to ART use in this national sample than mental disorders but once on ART, these factors were unrelated to type of therapy.

KEY WORDS: anti-HIV agents; substance-related disorders; substance abuse, intravenous drug abuse; mental disorders; HIV infections.

J GEN INTERN MED 2001;16:625-633.

Welcome recent advances in treatment have significantly reduced the morbidity and mortality associated with human immunodeficiency virus (HIV) type 1 infection.^{1,2} Yet access to these improved treatments has been inequitable,³ with serious deficiencies reported in the antiretroviral treatment of drug users,⁴⁻⁶ After first detection of an elevated viral load, delay before starting protease inhibitors has been reported to be longer for drug users and persons with depressive symptoms.⁷ Mental disorders are highly prevalent in HIV-infected persons⁸ as well as in substance abusers,⁹ and many persons with HIV are current or former drug users. Thus the relative contributions of drug abuse, mental disorders, and alcohol use to deficient ART prescribing patterns for HIV-infected persons merit examination. Health care and social support programs should be especially attentive to addressing such potentially key barriers to antiretroviral treatment.

We used data from a nationally representative sample of persons in care for HIV in 1996 to examine the effects of previous substance abuse and probable mental disorders on 2 outcomes: 1) any antiretroviral treatment and 2)

DM-hez társuló depresszió

Depresszió II. típusú diabéteszes betegek között CSO (Sweileh et al., 2014)

Sweileh et al. *BMC Public Health* 2014, **14**:163
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/163>



RESEARCH ARTICLE

Open Access

Prevalence of depression among people with type 2 diabetes mellitus: a cross sectional study in Palestine

Waleed M. Sweileh^{1*}, Hanadi M. Abu-Hadeed², Samah W. Al-Jabi³ and Sa'ed H. Zyoud¹

Abstract

Background: Diabetes mellitus is a common chronic metabolic disorder and one of the main causes of death in Palestine. Palestinians are continuously living under stressful economic and military conditions which make them psychologically vulnerable. The purpose of this study was to investigate the prevalence of depression among type II diabetic patients and to examine the relationship between depression and socio-demographic factors, clinical factors, and glycemic control.

Methods: This was a cross-sectional study at Al-Makhfiah primary healthcare center, Nablus, Palestine. Two hundred and ninety-four patients were surveyed for the presence of depressive symptoms using Beck Depression Inventory (BDI-II) scale. Patients' records were reviewed to obtain data pertaining to age, sex, marital status, Body Mass Index (BMI), level of education, smoking status, duration of diabetes mellitus, glycemic control using HbA1C test, use of insulin, and presence of additional illnesses. Patients' medication adherence was assessed using the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8).

Results: One hundred and sixty four patients (55.8%) of the total sample were females and 216 (73.5%) were < 65 years old. One hundred and twenty patients (40.2%) scored ≥ 16 on BDI-II scale. Statistical significant association was found between high BDI-II score (≥ 16) and female gender, low educational level, having no current job, having multiple additional illnesses, low medication adherence and obesity (BMI ≥ 30 kg/m²). No significant association between BDI score and glycemic control, duration of diabetes, and other socio-demographic factors was found. Multivariate analysis showed that low educational level, having no current job, having multiple additional illnesses and low medication adherence were significantly associated with high BDI-II scores.

Conclusion: Prevalence of depression found in our study was higher than that reported in other countries. Although 40% of the screened patients were potential cases of depression, none were being treated with anti-depressants. Psychosocial assessment should be part of routine clinical evaluation of these patients at primary healthcare clinics to improve quality of life and decrease adverse outcomes among diabetic patients.

Keywords: Diabetes mellitus, Depression, Palestine

Depresszió hatása a szomatikus kezelésre (DM) (Sweileh et al., 2014)

Table 2 Multivariate analysis of factors associated with depression

Variables		β	S.E.	Wald	p-value	Odds ratio with 95% CI
Gender	Female					Reference
	Male	-0.04	0.31	0.02	0.898	0.96 (0.52-1.77)
Education	Illiterate					Reference
	Elementary	-0.33	0.31	1.15	0.284	0.72 (0.39- 0.32)
	High school	-0.85	0.45	3.61	0.057	0.43 (0.18- 1.03)
	College	-1.42	0.52	7.57	0.006	0.24 (0.09-0.66)
Occupation	Yes					Reference
	No	1.02	0.42	6.05	0.014	2.78 (1.23-6.27)
Additional illness	≤ 1					Reference
	≥ 2	0.59	0.28	4.55	0.033	1.81 (1.05-3.11)
BMI	< 25					Reference
	25 - < 30	0.50	0.52	0.92	0.336	1.65 (0.60-4.58)
	≥ 30	0.86	0.50	3.00	0.083	2.36 (0.90-6.23)
<u>Medication adherence score</u>	< 6					Reference
	≥ 6	-1.17	0.27	14.17	0.001	0.31 (0.18- 0.53)

Abbreviations: CI confidence interval, β coefficient of predictor variables, BMI Body Mass Index, MMAS-8 Morisky Medication Adherence Scale-8 items, OR Odds Ratio.

Depresszió kezelése befolyásolja a szomatikus betegséget?

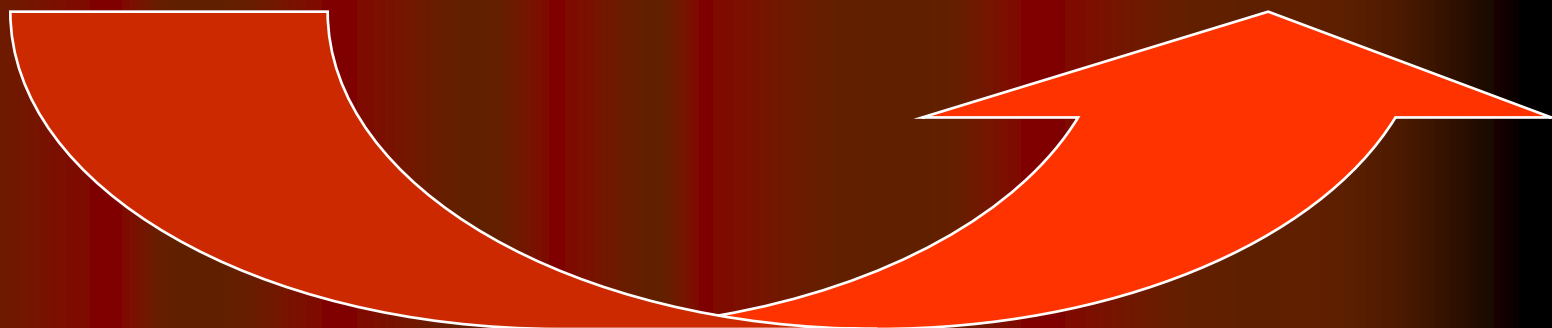
Pszichofarmakológiai
kezelés



Komorbid pszichiátriai
zavar tünetei



Szomatikus betegség
tünetei



Diabéteszhez társuló depresszió kezelése

van der Feltz-Cornelis CM, et al.: Effect of interventions for major depressive disorder and significant depressive symptoms in patients with diabetes mellitus: a systematic **review and meta-analysis**.

Gen Hosp Psychiatry. 2010 Jul-Aug;32(4):380-95.

- 1) Antidepresszív farmakoterápia (sertralin – vércukor kontroll, más AD nem)
- 2) Collaborative care (pszichoterápia+farmakoterápia családorvosi szinten) – depresszív tünetek↓, vércukor kontroll ∅

DM kialakulásának kockázata tartós AD kezelés hatására (populációs vizsgálat, Finnország)

Antidepressant Medication Use, Weight Gain, and Risk of Type 2 Diabetes

A population-based study

MIKA KIVIMÄKI, PHD^{1,2}
 MARK HAMER, PHD¹
 G. DAVID BATTY, PHD^{1,3}
 JOHN R. GEDDES, MD, FRCPsych⁴

ADAM G. TABAK, MD, PHD^{1,5}
 JAANA PENTTI, MSc⁶
 MARIANNA VIRTANEN, PHD⁶
 JUSSI VAHTERA, MD, PHD^{6,7}

OBJECTIVE — To examine antidepressant medication use as a risk factor for type 2 diabetes and weight gain.

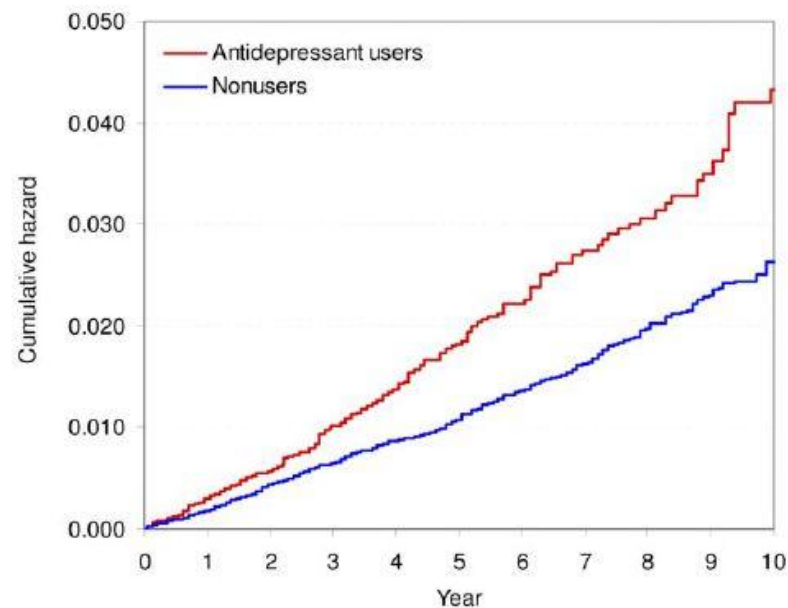
RESEARCH DESIGN AND METHODS — A series of nested studies within a prospective cohort of 151,347 working-aged men and women including 9,197 participants with continuing antidepressant medication, 224 with severe depression, and 851 with incident type 2 diabetes during a mean follow-up of 4.8 years, as indicated by national health and prescription registers (the Public Sector study, Finland 1995–2005).

RESULTS — In the first analysis, the case subjects were individuals with incident type 2 diabetes compared with matched diabetes-free control subjects. Antidepressant use of ≥ 200 defined daily doses was associated with a doubling of diabetes risk in both participants with no indication of severe depression (odds ratio 1.93 [95% CI 1.48–2.51]) and participants with severe depression (2.65 [1.31–5.39]). In further analyses, the exposed group was antidepressant users and the reference group was nonusers matched for depression-related characteristics. The 5-year absolute risk of diabetes was 1.1% for nonusers, 1.7% for individuals treated with 200–399 defined daily doses a year, and 2.3% for those with ≥ 400 defined daily doses ($P_{trend} < 0.0001$). An average self-reported weight gain, based on repeated surveys, was 1.4 kg (2.5%) among nonusers and 2.5 kg (4.3%) among users of ≥ 200 defined daily doses ($P_{trend} < 0.0001$). Separate analyses for tricyclic antidepressants and selective serotonin reuptake inhibitors replicated these findings.

CONCLUSIONS — In these data, continuing use of antidepressant medication was associated with an increased relative risk of type 2 diabetes, although the elevation in absolute risk was modest.

with limited information on consumption of antidepressants (type, dose, and duration). Second, owing to the absence of direct monitoring for diabetes risk and short follow-up periods (typically months), randomized controlled trials on antidepressants have, thus far, been unable to robustly examine the long-term antidepressant-diabetes association (6,14). Third, if antidepressant use does indeed influence the risk of diabetes, the mechanisms responsible, such as weight gain, a major risk factor for diabetes, need to be ascertained.

Study members in the present epidemiological cohort have been linked to complete national pharmacy records from which the daily dose of antidepressant medication, based on World Health Organization (WHO) definitions of average maintenance dose (15), can be captured. In addition, participants' responses to surveys at study baseline and follow-up enable determining change in self-reported weight over time. Accordingly, the aim of this study is to examine whether exposure to antidepressant medication use is associated with type 2 diabetes risk in a large population of men and women (Aim 1) and whether there is



No. at Risk											
Users	9197	9169	7759	6532	5313	4243	3212	2392	1820	1311	819
Nonusers	45,658	45,575	38,696	32,779	26,847	21,501	16,357	12,225	9,295	6,688	4,220

Figure 1—Cumulative hazard function for incident type 2 diabetes for participants with long-term antidepressant medication use (≥ 200 defined daily doses 1 year) and their individually matched control subjects with no record of antidepressant use.

SSRI-k hatása a metabolikus paraméterekre

Relationship between SSRIs and Metabolic Syndrome Abnormalities in Patients with Generalized Anxiety Disorder: A Prospective Study

Murat Beyazyüz¹, Yakup Albayrak², Oğuzhan Bekir Eğilmez³, Neslihan Albayrak⁴ and Elmas Beyazyüz⁵

¹Göbaşı Hasvak State Hospital, Department of Psychiatry, Ankara, Turkey

²Kırklareli State Hospital, Department of Psychiatry, Kırklareli, Turkey

³Adıyaman State Hospital, Department of Psychiatry, Adıyaman, Turkey

⁴Kırklareli State Hospital, Department of Cardiology, Kırklareli, Turkey

⁵Ankara Numune Education and Research Hospital, Department of Psychiatry, Ankara, Turkey

Objective SSRIs are some of the most widely prescribed medications in the world. In addition to their effectiveness, SSRIs were reported to be associated with the side effects of weight gain, sexual dysfunction, drug interactions, extrapyramidal symptoms and discontinuation symptoms. However, the effects of SSRIs on metabolic parameters are poorly understood.

Methods This study aims to describe the effects of SSRIs on the metabolic parameters of drug-naïve first episode patients with generalized anxiety disorder. Ninety-seven female patients aged 20-41 years without any metabolic or psychiatric comorbidity were included in the study. Fluoxetine, sertraline, paroxetine, citalopram and escitalopram were randomly given to the patients. Metabolic parameters, including BMI, waist circumference and the levels of fasting glucose, total cholesterol, triglyceride, HDL, LDL and blood pressure, were measured before and after 16 weeks of treatment.

Results In the paroxetine group, there was a significant increase in the parameters of weight, BMI, waist circumference, fasting glucose, total cholesterol, LDL and triglyceride after 16 weeks of treatment. There were significant increases in the levels of triglyceride in the citalopram and escitalopram groups. In the sertraline group, the total cholesterol level increased after treatment. In the fluoxetine group, there were significant reductions in the parameters of weight, total cholesterol and triglyceride.

Conclusion To our knowledge, this study is the first to prospectively describe metabolic syndrome abnormalities in patients with first episode generalized anxiety disorder. Although the effectiveness of the different SSRIs is similar, clinicians should be more careful when prescribing SSRIs to patients who have cardiac risk factors. Larger and lengthier controlled clinical trials are needed to explore the associations between SSRI use and metabolic syndrome.

Psychiatry Investig 2013;10:148-154

Key Words Metabolic syndrome, SSRI, Side effect, Prospective, Anxiety.

Table 2. The effects of SSRIs on metabolic parameters after 16 weeks

	Time	Fluoxetine +	Sertraline 0	Paroxetine -	Escitalopram	Citalopram
Weight (kg)	0	61.75±7.71	58.45±6.83	59.7±3.46	59.47±5.05	58.33±7.44
	16 weeks	58.50±6.90 p<0.001	58.40±6.96 p=0.180	62.31±3.86 p<0.001	58.73±5.69 p=0.180	58.72±7.06 p=0.336
BMI (kg/m ²)	0	22.77±3.37	21.20±2.13	21.65±1.72	21.52±2.22	21.56±2.84
	16 weeks	21.59±3.14 p<0.001	21.17±2.05 p=0.778	22.61±2.09 p<0.001	21.26±2.51 p=0.276	21.71±2.79 p=0.345
Waist C. (cm)	0	78.01±6.94	73.82±6.19	77.32±6.11	77.42±5.91	75.33±7.12
	16 weeks	75.70±6.72 p<0.001	73.71±6.09 p=0.625	78.71±6.25 p=0.002	76.36±6.71 p=0.052	75.52±7.15 p=0.512
Fasting glucose (mg/dL)	0	90.15±10.51	94.80±13.46	92.35±11.07	94.26±12.69	92.33±12.79
	16 weeks	90.80±12.63 p=0.925	98.15±16.63 p=0.422	101.65±11.52 p<0.001	98.26±13.28 p=0.432	92.22±11.58 p=0.828
TC (mg/dL)	0	172.60±18.63	160.90±21.39	168.85±16.97	167.21±19.01	167.44±21.06
	16 weeks	163.70±19.3 p=0.001	164.75±23.19 p=0.027	186.05±15.82 p<0.001	166.31±20.14 p=0.354	168.83±21.72 p=0.710
LDL (mg/dL)	0	99.30±20.12	93.65±22.12	90.45±22.88	97.10±22.15	85.11±23.08
	16 weeks	89.80±19.00 p<0.001	92.40±23.52 p=0.821	103.60±22.6 p<0.001	96.21±21.48 p=0.408	85.77±22.21 p=0.565
HDL (mg/dL)	0	55.65±5.52	54.80±4.39	54.01±4.85	53.63±4.48	55.83±6.55
	16 weeks	55.35±4.69 p=0.746	55.31±4.37 p=0.684	53.71±6.46 p=0.322	53.73±4.65 p=0.775	53.83±6.68 p=0.160
TG (mg/dL)	0	110.90±21.19	103.40±25.09	92.25±19.41	105.52±25.02	90.55±21.34
	16 weeks	104.00±20.92 p=0.016	101.35±21.66 p=0.643	129.95±40.61 p<0.001	172.57±53.08 p<0.001	109.44±28.46 p=0.001
Blood pressure (mm Hg) (S)	0	122.31±16.11	110.92±15.01	121.80±10.91	125.43±12.81	115.80±14.01
	16 weeks	119.43±17.30 p=0.54	116.13±12.20 p=0.24	110.93±17.10 p=0.143	122.40±17.62 p=0.56	119.00±15.00 p=0.34
Blood pressure (mm Hg) (D)	0	80.80±8.31	82.81±8.40	80.81±8.30	80.60±8.09	80.71±8.21
	16 weeks	81.30±7.92 p=0.64	81.01±7.63 p=0.44	80.33±8.92 p=0.74	79.31±8.93 p=0.34	81.22±7.93 p=0.52

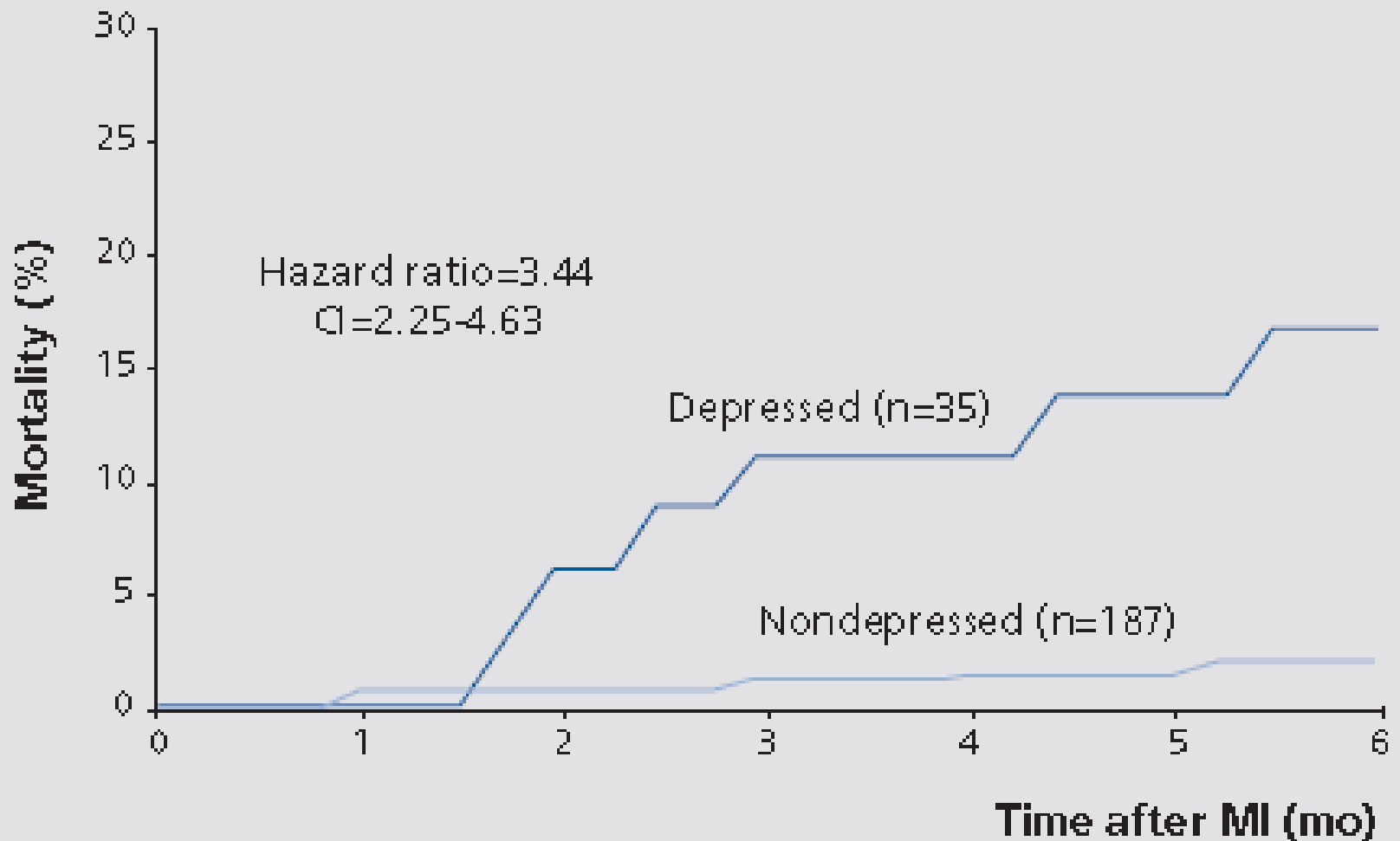
BMI: body mass index, Waist C: waist circumference, TC: total cholesterol, LDL: low-density lipoprotein, HDL: high-density lipoprotein, TG: triglyceride, S: systolic, D: diastolic

Depresszió – kardiovaszkuláris betegség

A depresszió incidenciája miokardiális infarktus után

- A DSM-IV szerinti major depresszió incidenciáját miokardiális infarktus után 16%-osnak találták (Schleifer et al., 1989; Frasure-Smith et al., 1993). Az önkitöltő kérdőívvel végzett vizsgálatokban ez az arány akár 50%-ot elért.
- *Jiang W, Xiong GL. Epidemiology of the comorbidity between depression and heart disease. In: Depression and Heart Disease. Glassman AH, Maj M, Sartorius N (eds). Chichester: Wiley, 2010.*

Lesperance at al., Circulation 2002;105:1049-1053



AD kezelés hatása a kardiovaszkuláris esemény kockázatára



European Heart Journal (2011) 32, 437–442
doi:10.1093/eurheartj/ehq438

CLINICAL RESEARCH
Coronary heart disease

Antidepressant medication use and future risk of cardiovascular disease: the Scottish Health Survey

Mark Hamer¹*, G. David Batty^{1,2,3}, Adrie Seldenrijk⁴, and Mika Kivimaki¹

¹Department of Epidemiology and Public Health, University College London, 1-19 Torrington Place, London WC1E 6BT, UK; ²Medical Research Council Social and Public Health Sciences Unit, Glasgow, UK; ³Centre for Cognitive Ageing and Cognitive Epidemiology, University of Edinburgh, Edinburgh, UK; and ⁴Department of Psychiatry, Vrije Universiteit Medical Center, Amsterdam, The Netherlands

Received 19 August 2010; revised 29 September 2010; accepted 13 October 2010; online published ahead of print 30 November 2010

Aims

The association between antidepressant use and risk of cardiovascular disease (CVD) remains controversial, particularly in initially healthy samples. Given that antidepressants such as selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) are now prescribed not only for depression, but also for a wide range of conditions, this issue has relevance to the general population. We assessed the association between antidepressant medication use and future risk of CVD in a representative sample of community-dwelling adults without known CVD.

Methods and results

A prospective cohort study of 14 784 adults (aged 52.4 ± 11.9 years, 43.9% males) without a known history of CVD was drawn from the Scottish Health Surveys. Of these study participants, 4.9% reported the use of antidepressant medication. Incident CVD events (comprising CVD death, non-fatal myocardial infarction, coronary surgical procedures, stroke, and heart failure) over 8-year follow-up were ascertained by a linkage to national registers; a total of 1434 events were recorded. The use of tricyclic antidepressants (TCAs) was associated with elevated risk of CVD [multivariate-adjusted hazard ratio (HR) = 1.35, 95% confidence interval (CI), 1.03–1.77] after accounting for a range of covariates. There was a non-significant association between TCA use and coronary heart disease events (969 events, multivariate-adjusted HR = 1.24, 95% CI, 0.87–1.75). The use of SSRIs was not associated with CVD. Neither class of drug was associated with all-cause mortality risk.

Conclusion

Although replication is required, the increased risk of CVD in men and women taking TCAs was not explained by existing mental illness, which suggests that this medication is associated with an excess disease burden.

Keywords

Antidepressants • Cardiovascular disease • Epidemiology • Mortality

Table 2 Hazard ratios (95% confidence interval) for the relation between use of antidepressant medication and risk of cardiovascular disease events

	Events/total N	Model 1, HR (95% CI)	Model 2, HR (95% CI)	Model 3, HR (95% CI)	Model 4, HR (95% CI)
All cardiovascular disease events ^a					
Non-medicated	1333/14 055	1.00 (ref)	1.00	1.00	1.00
TCAs	58/324	1.96 (1.50–2.55)	1.59 (1.21–2.08)	1.34 (1.02–1.76)	<u>1.35 (1.03–1.77)</u>
SSRIs	31/299	1.63 (1.14–2.33)	1.34 (0.93–1.92)	1.24 (0.86–1.78)	1.11 (0.77–1.60)
Other	12/106	1.47 (0.83–2.60)	1.05 (0.59–1.86)	0.99 (0.55–1.75)	0.88 (0.49–1.57)
Any [yes vs. no (reference)]		1.77 (1.45–2.18)	1.42 (1.15–1.75)	1.26 (1.02–1.55)	1.19 (0.97–1.48)
Coronary heart disease events ^b					
Non-medicated	909/14 055	1.00 (ref)	1.00	1.00	1.00
TCAs	35/324	1.78 (1.27–2.49)	1.45 (1.03–2.04)	1.24 (0.87–1.75)	<u>1.24 (0.87–1.75)</u>
SSRIs	16/299	1.21 (0.74–1.99)	0.99 (0.60–1.63)	0.90 (0.55–1.49)	0.81 (0.49–1.33)
Other	8/106	1.40 (0.70–2.81)	1.00 (0.49–2.02)	0.92 (0.46–1.87)	0.80 (0.40–1.63)
Any [yes vs. no (reference)]		1.53 (1.17–1.99)	1.22 (0.93–1.60)	1.08 (0.82–1.42)	1.00 (0.76–1.32)

Model 1: adjusted for age and sex. Model 2: additional adjustment for psychological distress (GHQ-12 ≥ 4) and psychiatric continuous inpatient stays. Model 3: additional adjustment for socioeconomic group, marital status, physical activity, smoking, alcohol, and body mass index. Model 4: additional adjustment for CVD medication and hypertension (physician diagnosed or BP > 140/90 mmHg).

^aIncludes CVD death, non-fatal myocardial infarction, coronary artery bypass, percutaneous transluminal coronary angioplasty, stroke, and heart failure.

^bIncludes CHD death, non-fatal myocardial infarction, coronary artery bypass, and percutaneous transluminal coronary angioplasty.

AD kezelés hatása a kardiovaszkuláris halálozás kockázatára



European Heart Journal (2011) 32, 437–442
doi:10.1093/eurheartj/ehq438

CLINICAL RESEARCH
Coronary heart disease

Antidepressant medication use and future risk of cardiovascular disease: the Scottish Health Survey

Mark Hamer^{1*}, G. David Batty^{1,2,3}, Adrie Seldenrijk⁴, and Mika Kivimaki¹

¹Department of Epidemiology and Public Health, University College London, 1-19 Torrington Place, London WC1E 6BT, UK; ²Medical Research Council Social and Public Health Sciences Unit, Glasgow, UK; ³Centre for Cognitive Ageing and Cognitive Epidemiology, University of Edinburgh, Edinburgh, UK; and ⁴Department of Psychiatry, Vrije Universiteit Medical Center, Amsterdam, The Netherlands

Received 19 August 2010; revised 29 September 2010; accepted 13 October 2010; online publication ahead of print 30 November 2010

Aims

The association between antidepressant use and risk of cardiovascular disease (CVD) remains controversial, particularly in initially healthy samples. Given that antidepressants such as selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) are now prescribed not only for depression, but also for a wide range of conditions, this issue has relevance to the general population. We assessed the association between antidepressant medication use and future risk of CVD in a representative sample of community-dwelling adults without known CVD.

Methods and results

A prospective cohort study of 14 784 adults (aged 52.4 ± 11.9 years, 43.9% males) without a known history of CVD was drawn from the Scottish Health Surveys. Of these study participants, 4.9% reported the use of antidepressant medication. Incident CVD events (comprising CVD death, non-fatal myocardial infarction, coronary surgical procedures, stroke, and heart failure) over 8-year follow-up were ascertained by a linkage to national registers; a total of 1434 events were recorded. The use of tricyclic antidepressants (TCAs) was associated with elevated risk of CVD [multivariate-adjusted hazard ratio (HR) = 1.35, 95% confidence interval (CI), 1.03–1.77] after accounting for a range of covariates. There was a non-significant association between TCA use and coronary heart disease events (969 events, multivariate-adjusted HR = 1.24, 95% CI, 0.87–1.75). The use of SSRIs was not associated with CVD. Neither class of drug was associated with all-cause mortality risk.

Conclusion

Although replication is required, the increased risk of CVD in men and women taking TCAs was not explained by existing mental illness, which suggests that this medication is associated with an excess disease burden.

Keywords

Antidepressants • Cardiovascular disease • Epidemiology • Mortality

Table 3 Hazard ratios (95% confidence interval) for the relation between use of antidepressant medication and risk of death

	Events/total N	Model 1, HR (95% CI)	Model 2, HR (95% CI)	Model 3, HR (95% CI)	Model 4, HR (95% CI)
All-cause mortality					
Non-medicated	1155/14 055	1.00	1.00	1.00	1.00
TCAs	44/324	1.65 (1.22–2.23)	1.21 (0.89–1.64)	1.09 (0.80–1.49)	1.09 (0.80–1.49)
SSRIs	23/299	1.29 (0.85–1.95)	0.97 (0.64–1.47)	0.84 (0.56–1.29)	0.82 (0.55–1.26)
Other	16/106	2.47 (1.51–4.04)	1.43 (0.86–2.35)	1.43 (0.86–2.35)	1.40 (0.85–2.31)
Any [yes vs. no (reference)]		1.63 (1.30–2.04)	1.16 (0.92–1.46)	1.05 (0.83–1.33)	1.05 (0.83–1.32)
Cardiovascular disease death					
Non-medicated	348/14 055	1.00	1.00	1.00	1.00
TCAs	18/324	2.23 (1.39–3.60)	1.72 (1.06–2.79)	1.38 (0.84–2.26)	1.39 (0.85–2.28)
SSRIs	6/299	1.10 (0.49–2.47)	0.87 (0.38–1.96)	0.77 (0.35–1.78)	0.74 (0.33–1.70)
Other	3/106	1.56 (0.50–4.87)	0.94 (0.30–2.95)	0.86 (0.27–2.70)	0.83 (0.26–2.50)
Any [yes vs. no (reference)]		1.75 (1.18–2.60)	1.31 (0.87–1.97)	1.11 (0.74–1.68)	1.09 (0.72–1.65)
Cancer death					
Non-medicated	433/14055	1.00	1.00	1.00	1.00
TCAs	13/324	1.27 (0.73–2.21)	1.09 (0.62–1.91)	1.04 (0.59–1.81)	1.02 (0.58–1.79)
SSRIs	9/299	1.32 (0.70–2.56)	1.13 (0.58–2.21)	1.01 (0.51–1.96)	0.99 (0.50–1.93)
Other	4/106	1.60 (0.60–4.30)	1.21 (0.45–3.28)	1.27 (0.46–3.41)	1.23 (0.45–3.33)
Any [yes vs. no (reference)]		1.33 (0.89–1.98)	1.12 (0.79–1.69)	1.06 (0.70–1.59)	1.04 (0.69–1.57)

Model 1: adjusted for age and sex. Model 2: additional adjustment for psychological distress (GHQ-12 ≥ 4) and psychiatric continuous inpatient stays. Model 3: additional adjustment for socioeconomic group, marital status, physical activity, smoking, alcohol, and body mass index. Model 4: additional adjustment for CVD medication and hypertension (physician diagnosed or BP > 140/90 mmHg).

Szomatikus betegség
kezelésére használt szer
okoz depressziós tüneteket

Alfa interferon okozta Major depresszió

- Előfordulása 30-50%, a diagnosztikai kritériumok és a dózistól függően
- Pegilált interferonnal kezelt hepatitis C fertőzött betegeknél a valódi major depresszió előfordulása ennél jelentősen ritkább.

Depressziót kiváltó gyógyszerek

(Kirilly et al. 2013, OH)

1. táblázat | Bizonyítottan vagy feltételezhetően szorongást és/vagy depressziót okozó gyógyszerek listája

BIZONYÍTOTT szorongást és/vagy depressziót okozó mellékhatás	FELTÉTELEZETT szorongást és/vagy depressziót okozó mellékhatás
NEUROLÓGIAI GYÓGYSZEREK	
<i>Antiepileptikumok</i>	
<i>Barbiturátok:</i> például fenobarbitál <i>Egyéb:</i> vigabatrin, topiramát	Tiagabin, zonisamid, levetiracetam, felbamát
<i>Parkinson-kór kezelésére alkalmazott gyógyszerek</i>	
	Levodopa, amantadin
<i>A migrén gyógyszerei</i>	
Flunarizin	
<i>Sclerosis multiplex kezelésére alkalmazott gyógyszerek</i>	
	Interferon- β
ELHÍZÁSELLENES SZEREK	
Rimonabant*	
KERINGÉSRE HATÓ SZEREK	
Rezerpin*	β-blokkolók: propranolol, metoprolol methyldopa
ANTIMIKROBÁS ÉS PARAZITAELENES SZEREK	
	<i>Antibiotikumok:</i> fluorokinolon, metronidazol
	<i>Antituberkulotikumok:</i> ciklonerin, etionamid, kinolonok
<i>Vírusellenes szerek</i>	
Efavirenz	Oseltamivir
<i>Gombaellenes szer:</i> amphotericin B	
	<i>Maláriaellenes szer:</i> mefloquin
<i>Giardiasis és trichomoniasis elleni gyógyszerek</i>	
	Metronidazol

Depressziót kiváltó gyógyszerek

(Kirilly et al. 2013, OH)

ONKOLÓGIAI GYÓGYSZEREK	
<i>Direkt DNS-károsító szerek</i>	
Cisplatin, busulfan	Procarbazin, carmustin
<i>Mitotikus orsókra ható szerek</i>	
<i>Taxánok:</i> paclitaxel, docetaxel	<i>Vinca alkaloidok:</i> vincristin, vinblastin
<i>Antimetabolitok</i>	
Pemetrexed	
<i>Multikinázgátlók</i>	
	Sunitimib, sorafenib
<i>Tirozinkináz-gátlók</i>	
	Imatinib, dasatinib, nilotinib
IMMUNMODULÁNS SZEREK	
<i>Citokinterápia</i>	
Interleukin-2, interferon- α	
AKNE KEZELÉSÉRE ALKALMAZOTT GYÓGYSZER	
Izotretinoin	
HORMONTERÁPIA	
<i>GnRH-agonisták:</i> leuprolid, goserelin	<i>Progeszterontartalmú orális fogamzásgátlók</i>
<i>Antiösztrogén:</i> tamoxifen, clomifen	
<i>Aromatázgátló:</i> anasztrozol	
<i>Kortikoszteroidok</i>	
HÖRGŐTÁGÍTÓ	
	Montelukast

*Hazánkban nincs forgalomban.

Kihívás: gyógyszerkölcsonhatás CYP3A4 enzim

● Induktorok:

- Carbamazepin
- Diphedan
- **Orbánfű** *

● Metabolitok:

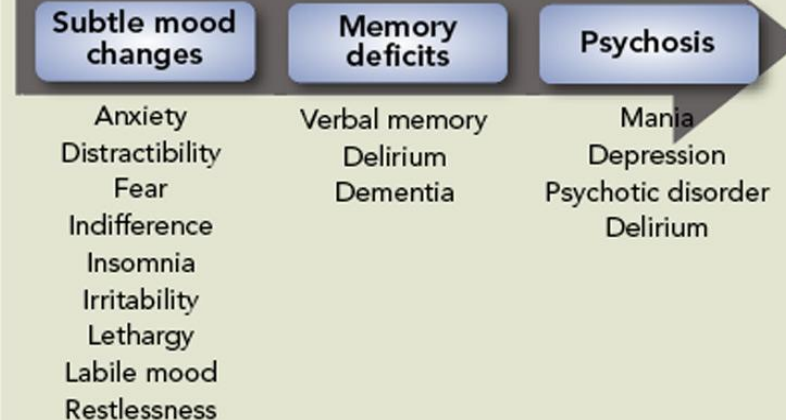
- Alprazolam (Xanax, Frontin)
- Midazolam (Dormicum)
- Escitalopram (Cipralex)
- Clozapin (Leponex)
- Zolpidem (Stilnox)
- Lithium
- Sildenafil (Viagra)
- Tadalafil (Cialis)

Szteroid indukálta pszichózis

- Mánia, hypománia: 35%
- Depressziós tünetek: 28%
- Pszichotikus tünetek: 24%

(Gagliardi et al., 2010,
Rheumatologist)

Figure 1: Spectrum of psychiatric symptoms associated with corticosteroid use³⁸⁻⁴²



Depresszió fokozza a
szomatikus betegség
kialakulásának kockázatát

Depresszió → GERD

Martín-Merino E, Ruigómez A, García Rodríguez LA, Wallander MA, Johansson S.: Depression and treatment with antidepressants are associated with the development of gastro-oesophageal reflux disease.

Aliment Pharmacol Ther. 2010 May;31(10):1132-40. Epub 2010 Feb 25.

- Populációs vizsgálat az alapellátásban, UK
- 3,3 éves utánkövetés
- 40 362 depressziósból 1854 GERD
- 44 511 nem depressziós kontrollból 1210 GERD
- OR: 1,72

Antidepresszív kezelés → GERD

Martín-Merino E, Ruigómez A, García Rodríguez LA, Wallander MA, Johansson S.: Depression and treatment with antidepressants are associated with the development of gastro-oesophageal reflux disease.

Aliment Pharmacol Ther. 2010 May;31(10):1132-40. Epub 2010 Feb 25.

	GERD cases (<i>N</i> = 1854) <i>n</i> (%)	Controls with depression but no GERD diagnosis (<i>N</i> = 4785) <i>n</i> (%)	OR*	95% CI
Antidepressants	550 (29.7)	1317 (27.5)	1.02	0.85–1.24
TCA†	112 (6.0)	182 (3.8)	1.71	1.34–2.20
TCA-ser	94 (5.1)	156 (3.3)	1.67	1.28–2.19
TCA-nor	18 (1.0)	27 (0.6)	1.68	0.91–3.09
SSRI	381 (20.6)	995 (20.8)	0.93	0.79–1.10
SNRI	56 (3.0)	113 (2.4)	1.20	0.86–1.67
MAOI	0 (0)	1 (0.02)	–	–
Other	36 (1.9)	78 (1.6)	1.19	0.79–1.78
Antipsychotics	81 (4.4)	153 (3.2)	1.45	1.09–1.92
Anxiolytics	60 (3.2)	93 (1.9)	1.66	1.19–2.32
Hypnotics	77 (4.2)	200 (4.2)	0.97	0.74–1.28

Magyarázat

- Antikolinerg szerek hatása
 - Az alsó nyelőcső szfinkter nyomását csökkentik
 - Késleltetik a gyomor ürülését
 - Gátolják a nyelőcső perisztaltikát
 - Gátolják a nyálképződést

GERD – TCA összefüggés

van Soest EM, Dieleman JP, Siersema PD, Schoof L, Sturkenboom MC, Kuipers EJ.: Tricyclic antidepressants and the risk of reflux esophagitis.
Am J Gastroenterol. 2007 Sep;102(9):1870-7.

- Populációs vizsgálat (Hollandia)
- 1462 GERD beteg
- GERD kockázata a TCA szedők között:
1,61
- Szerspecifikus elemzés eredménye: csak clomipramin:4,6 OR
 - Függ a kezelés időtartamától (OR>7,1 180 nap felett)
 - Alkalmazott dózistól

Köszönöm a figyelmet!