

Az anhedónia diagnosztikai és terápiás jelentősége major depresszióban

Annak ellenére, hogy az anhedónia a major depressziós epizódnak a DSM-rendszerben „hivatalosan deklarált” 9 tünete közül a depressziós hangulat mellett a másik alaptünete, a pszichiátriai szakirodalom meglehetősen kevés figyelmet szentel az anhedónia klinikai és prognosztikai jelentőségének. Az anhedónia az öröm, az érdeklődés, illetve a pozitív érzelmek (öröm, vidámság, lelkesedés, optimizmus stb.) átélésére való képesség elvesztése vagy jelentős csökkenése. A beteg nem talál örömet/élvezetet azon cselekvésekben (családtagokkal, barátokkal való érintkezés, étkezés, szexuális élet, hobbik stb.) amelyek régebben számára kívánatosak és kellemesek voltak. Az anhedónia neurobiológiai hátterét

az agyi „jutalmazó központ” (középvonalbeli limbikus struktúrák és a velük kapcsolatos prefrontális kérgi területek) képezik és neurotranszmitter szinten a dopaminerg, szerotonerg és opioiderg rendszerek komplex interakciója jellemzi (Keedwell et al, 2005; Bánki, 2013). A csökkent központi idegrendszeri dopaminerg aktivitás szerepét depressziós betegek anhedóniájának kialakulásában aláhúzza az a tény, hogy a dopaminerg neurotranszmissziót növelő antidepresszívumok szignifikánsan jobban csökkentik ezeket a tüneteket, mint az SSRI készítmények (Nutt et al. 2007).

Mivel szemben a ma már sztereotípiának számító „Depressziós vagyok” panasszal, a betegek sohasem mondják,

hogy „Anhedóniás lettem”, ezért az anhedónia feltárása céljából célzott kérdéseket kell feltennünk az exploráció során. Ez annál is inkább fontos, mivel a klinikumban leggyakrabban használt tünet-skálák (Zung, Beck, Hamilton depresszió skála, Montgomery–Asberg depresszió skála) aránytalanul kevés figyelmet szentelnek az anhedóniára vonatkozó panaszoknak. Az étvágyra, szexuális életre, a barátokkal, családtagokkal kapcsolatos aktivitásra, kedvenc időtöltésekre, hobbikra, illetve az azokkal kapcsolatos változásokra rákérdezve egyértelmű válaszokat kapunk „nem élvezem még a kedvenc ételeim ízét sem, csak muszájból eszem...” „nem találok örömet a szexuális életben...” „már az unokáimnak sem tudok örülni úgy, mint régen, idegesítenek, alig várom, hogy elmenjenek...” „már nem érdekel a meccs sem a tv-ben” stb. **Ezek a panaszok gyakran reménytelenséghez, életúnsághoz vezetnek és a folyamat a depresszió súlyosbodásával a szuicid magatartás irányába mutat.**

Major depressziós epizódban szenvedő betegek tüneteinek részletes elemzése során a két fő tünechez, a tartósan nyomott, depressziós alaphangulathoz és az anhedóniához kapcsolódó további tünetek, illetve panaszok cluster analízis segítségével elkülöníthetők (Boyer et al, 2000). Gyakorlatilag és elméletileg is egyaránt fontos az a megfigyelés, amely szerint 140 major depressziós epizódban szenvedő beteg sertralin kezelése során a szorongásos clusterben már az első héten, a depressziós clusterben a második és harmadik héten, míg az anhedónia clusterben csak a negyedik hét után következett be szignifikáns javulás (Boyer et al, 2013). Ezzel szemben újabb adatok szerint major depresszióban az agomelatin már az első hét végén szignifikánsan jobban csökkenti az anhedónia tüneteit (39%-os csökkenés) mint a venlafaxin (24%-os csökkenés) míg a depressziós és szorongásos tünetekben megnyilvánuló javulás egyforma volt mindkét szer esetén a 8 hetes vizsgálat során (Martinotti és mtsai, 2012). Az agomelatinnal szemben az anhedónia tehát kevésbé és lassabban reagál SSRI és kettős hatású szerekre és – részben ezért – az anhedónia igen gyakran a major depresszió reziduális tüneteként értékelhető, amely maradványtünetek esetén rossz-



