

VODNIK ZA UPORABO PSIHOTROPNIH ZDRAVIL

**PRIROČNIK S KORISTNIMI INFORMACIJAMI ZA OSEBE Z DUŠEVNIMI
MOTNJAMI IN NJIHOVE SVOJCE.**

VODNIK ZA UPORABO PSIHOTROPNIH ZDRAVIL

**PRIROČNIK S KORISTNIMI INFORMACIJAMI ZA OSEBE Z DUŠEVNIMI
MOTNJAMI IN NJIHOVE SVOJCE.**

Pripravila: Roberto Mezzina
Francesca Santoro

Koordinacija: Peppe Dell'Acqua

UVOD

1. PSIHOTROPNA ZDRAVILA: KAKO DELUJEJO

1.1 PSIHOTROPNA ZDRAVILA IN NEVROTRANSMITERJI

1.1.1 PSIHOTROPNA ZDRAVILA: MEHANIZEM DELOVANJA

1.2 PSIHOTROPNA ZDRAVILA: NI JIH LAHKO JEMATI

1.3 PSIHOTROPNA ZDRAVILA: KAKO JIH JE NAJBOLJE JEMATI

1.4 PSIHOTROPNA ZDRAVILA: KAJ STORITI ZA NJIHOVO BOLJŠO UPORABO

2. POGLAVITNE DUŠEVNE MOTNJE

2.1 ANKSIOZNE MOTNJE: STRAH, ANKSIOZNOST, PANIKA

2.2 MOTNJE RAZPOLOŽENJA: DEPRESIJA IN BIPOLARNA MOTNJA

2.3 PSIHOTIČNE MOTNJE IN SHIZOFRENIJA

3. RAZLIČNI RAZREDI PSIHOTROPNIH ZDRAVIL

3.1 ANKSIOLITIKI IN SEDATIVNO-HIPNOTIČNA ZDRAVILA

3.2 ANTIDEPRESIVI

3.3 STABILIZATORJI RAZPOLOŽENJA

3.3.1 ANTIKONVULZIVNA ALI ANTIEPILEPTIČNA ZDRAVILA

3.4 ANTIPSIHOTIKI

3.4.1 TIPIČNI ALI NEVROLEPTIČNI

3.4.2 NETIPIČNI ALI ANTIPSIHOTIKI NOVE GENERACIJE

3.5 ANTIHOLINERGIKI ALI ZDRAVILA PROTI PARKINSONOVI BOLEZNI

4. KORISTNA LITERATURA

5. KORISTNI NASLOVI

UVOD

Človek je že od nekdaj poskušal najti kakšno sredstvo, ki bi spremenilo njegova občutja, zmanjšalo ne samo fizično, temveč tudi psihično bolečino, okrepilo prijetna občutja. Zgodovina farmakološke terapije duševnih motenj pa ne sega tako daleč nazaj: v preteklosti, vse do druge polovice dvajsetega stoletja, so se uporabljale pretežno fizične terapije, denimo vroče in hladne kopeli, omejevanje, elektrošok ali druge oblike šoka, ki jih povzroča inzulin, ali pa terapije z mrzlico, ki so jo vzpodbudili s klicami malarije ali drugimi toksičnimi snovmi, vse to pa se je izmenjevalo s predpisovanjem zdravil, v tistem času še zelo nedodelanih in s približnimi učinki, kot so barbiturati.

V petdesetih letih se je pričelo preskušanje skupine zdravil, tako imenovanih fenotiazinov, ki so pomenili korenit preobrat pri zdravljenju duševnih motenj, zlasti shizofrenije. Od takrat je bilo za zdravljenje vseh duševnih motenj uvedenih veliko število psihotropnih zdravil.

Namen tega vodnika je torej ponuditi nekaj osnovnih podatkov o delovanju in uporabi psihotropnih zdravil pri zdajšnjem zdravljenju duševnih motenj. Opisane se koristi, ki jih lahko pričakujemo, pa tudi neželeni učinki, do katerih lahko pride pri njihovi uporabi. Namen tega vodnika je izboljšati znanje ljudi v zvezi z duševnimi motnjami in njihovim farmakološkim zdravljenjem, ki ga, kljub temu, da je potrebno in v nekaterih primerih nenadomestljivo, ne moremo šteti za edino obliko terapije same motnje, temveč ga moramo postaviti ob bok drugim terapevtskim in rehabilitacijskim oblikam, ki se oblikujejo neposredno skupaj s prizadeto osebo ter na podlagi njenih potreb.

Informacije in vedenje spodbujajo zavestno sodelovanje ljudi pri načrtovanju zdravljenja, zato so bistveni pogoj za vzpostavitev odnosa sodelovanja, izmenjave in vzajemnosti med delujočimi na področju mentalnega zdravja in oseb, ki gredo skozi izkušnjo duševne motnje oziroma tako izkušnjo doživljajo.

V življenju se lahko vsakdo sreča z duševno motnjo. Dejansko skoraj 40 % ljudi v svojem življenju izkusi duševno motnjo. Nekateri zbolijo za določeno obdobje in nato popolnoma ozdravijo; drugi pa v življenju doživijo različne epizode bolezni. V vsakem primeru pa se je z duševno motnjo mogoče uspešno spopasti in jo pozdraviti.

Ljudje z duševno motnjo potrebujejo enako stopnjo razumevanja ter enako podporo kot ljudje s fiziološko boleznijo, čeprav se žal še danes glede teh motenj soočamo z napačnimi prepričanji, ki vodijo do stigmatizacije, diskriminacije in socialne osamitve. Nekatera najpogostejša napačna prepričanja pri splošni populaciji so, na primer, naslednja:

Z duševno motnjo se rodimo.

Ne, vzroki za pojav duševne motnje so lahko raznovrstni: genetska predispozicija, stres, socialna osamitev, družinske težave in psihološki dejavniki.

Duševna motnja je kronična in neozdravljiva.

Ne. Razvoj duševne motnje je spremenljiv in je lahko odvisen od vrste dejavnikov individualne, socialne, družinske in institucionalne narave.

Za uspešen izid zdravljenja je nujno potrebno, da se bolnik zaveda svoje tegobe ter se nanjo poskuša na konstruktiven način odzvati. Pri psihičnih tegobah je enako pomembno da osebe, ki so s čustvenega vidika pomembne za obolelega, seveda če obstajajo, pozitivno podpirajo postopek ozdravitve.

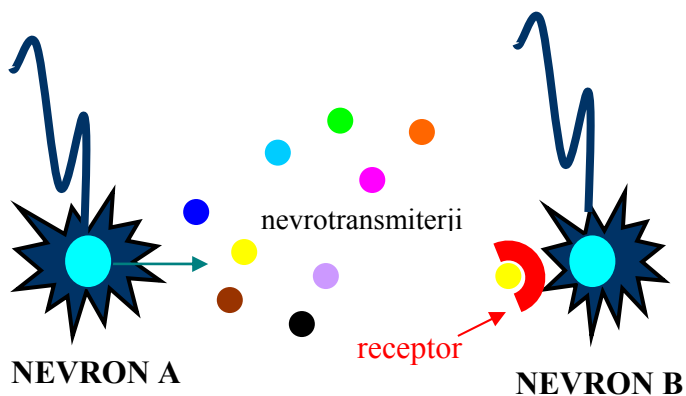
Ljudje z duševno motnjo so nevarni.

Ne. Nevarnost ni sama po sebi povezana z duševno motnjo. Osebe so lahko napeljane k agresivnim dejanjem do sebe ali do drugih v posebnih okoliščinah, denimo v primeru osamljenosti, osamitve, odsotnosti socialnih stikov, takrat, ko izkušenj, čustev, emocij ne morejo deliti z osebami, ki so s čustvene plati zanje pomembne, pa tudi takrat, ko se čutijo zapuščene s strani pristojnih služb, ki jim niso sposobne nuditi ustreznega zdravljenja in ustrezne podpore.

1. PSIHOTROPNA ZDRAVILA: KAKO DELUJEJO

1.1 PSIHOTROPNA ZDRAVILA IN NEVROTRANSMITERJI

Možgane sestavlja na milijarde živčnih celic, imenovanih nevroni, ki med seboj nenehno komunicirajo. Ta komunikacija poteka prek kemičnih snovi, NEVROTRANSMITERJEV, ki se gibljejo od ene do druge celice in se vežejo na točno določeno točko nevrona: na receptor.



Vezikel nevrotransmiterja, ki ga sprosti nevron A k receptorju nevrona B, slednjemu omogoča, da prepozna informacijo, ki jo je proizvedel nevron A.

Najbolj znani nevrotransmiterji osrednjega živčevja so: dopamin, serotonin, noradrenalin, acetilholin, glutamat in GABA. Ti nevrotransmiterji medsebojno delujejo v občutljivem dinamičnem ravnovesju, sprememba njihovega ravnovesja pa lahko spodbudi pojav duševne motnje. Kako to, da do tega pride? Kako to, da se v naših možganih “poruši” ravnovesje? Odgovor na to vprašanje ni enostaven, saj ni nobenega pripoznanega vzroka, ki človeka pripelje do duševne motnje.

V resnici se zgodi, da lahko nekateri zelo stresni dogodki v življenju privedejo do sprememb v ravnovesju med nevrotransmiterji, kot odgovor organizma na stres. Če se taki dogodki zgodijo bolj “občutljivim” osebam in v zelo posebnih življenjskih okoliščinah, ko je človek bolj ranljiv, ko je njegova obrambna zmožnost in zmožnost reagiranja na take dogodke manjša (denimo zato, ker preživlja “kritično obdobje”, na primer prehod iz otroštva v adolescenco, ali pa zato, ker oseba ni vključena v družinski oziroma socialni kontekst, od katerega bi bila deležna pozitivne podpore), se pri takem človeku pojavi tveganje za razvoj duševne motnje.

DOPAMIN

V možganih so štiri področja, ki za prenos informacij uporabljajo dopamin:

- *Nigrostriatna pot*: nadzira držo in gibanje. Degeneracija nevronov te poti je podlaga za klinični pojav Parkinsonove bolezni.
- *Mezolimbična pot*: vključena je v uravnavanje občutkov ugodja ter evforije pri zlorabi drog. Po biološki teoriji naj bi povečanje aktivnosti dopaminergičnih nevronov na tej poti determiniralo razvoj delirijev in halucinacij v psihozo.
- *Mezokortikalna pot*: vključena je v uravnavanje čustvovanja in afektivnosti. Po biološki teoriji naj bi imelo zmanjšanje aktivnosti dopaminergičnih nevronov na tej poti pomembno vlogo pri razvoju negativnih simptomov psihoze.
- *Tuberoinfundibularna pot*: uravnava izločanje prolaktina, hormona, ki ga izloča hipofiza, njegova funkcija pa je stimuliranje proizvodnje in izločanja mleka v mlečnih žlezah pri ženski po porodu.

SEROTONIN

Prenos informacij prek serotonina zadeva skoraj vse predele možganov in pride tudi do hrbtenjače. Zdi se, da je pglavitna vloga tega neurotransmitterja uravnavanje številnih fizioloških funkcij, pa tudi nekaterih cerebralnih dejavnosti, med katerimi so:

- uravnavanje spanja
- tek in način prehranjevanja
- čustva, anksioznost, panika
- razpoloženje
- spolnost
- prag bolečine
- telesna temperatura

NORADRENALIN

Večji del nevronov, občutljivih na noradrenalin v osrednjem živčevju, se nahaja v posebnem delu, imenovanem *Locus Coeruleus*. Pglavitna funkcija tega področja je ugotoviti, proti kateremu izmed dražljajev, ki prihajajo iz možganov, je najbolj pomembno usmeriti pozornost, pri čemer je med dražljaji potrebno prepoznati in razločiti tiste, ki so potencialno nevarni. Verjetno je, da je tak sistem soudeležen pri motnjah anksioznosti, kjer ustvarja neosnovane občutke preplaha in strahu. Zdi se, da noradrenalin in *Locus Coeruleus* pomembno vplivata na osrednji nadzor kognitivnih funkcij, razpoloženja, čustev in gibanja.

ACETILHOLIN

Zdi se, da ima acetilholin v osrednjem živčevju pomembno vlogo pri kognitivni funkcijah, kot so spomin, učenje, pozornost (na cerebralni ravni je bilo ugotovljeno znižanje acetilholina pri osebah, obolenih za Alzheimerjevo boleznijo). Zdi se, da je ravno tako pomemben pri

uravnavanju drugih funkcij, kot so razpoloženje, zaznavanje bolečine, motorične funkcije, nevroendokrine in nevrovegetativne.

GLUTAMAT

Je ekscitatorni nevrottransmitter na ravni osrednjega živčevja. Če je prisoten v velikih koncentracijah, je lahko toksičen.

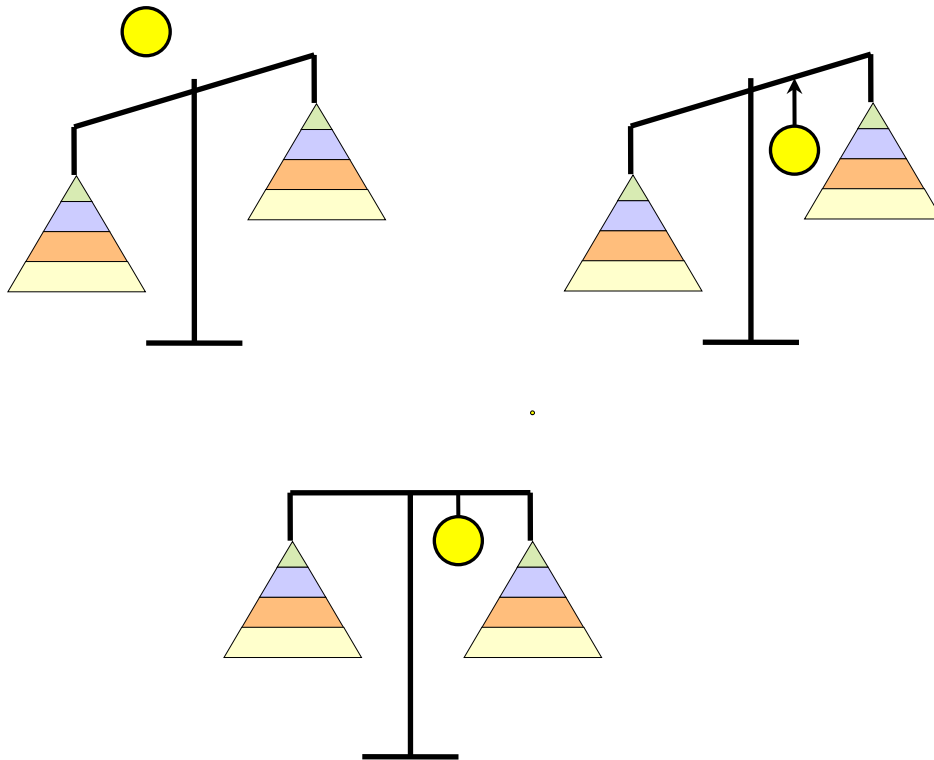
GABA

Ta nevrottransmitter je zelo razširjen po vseh možganih, njegova poglavitna funkcija pa je inhibitorna (preprečuje prenos informacij od enega nevrona do drugega, s čimer oba hkrati postavi "v mirovanje"). Zdi se, da ima pomembno vlogo pri uravnavanju anksioznosti: povečano delovanje tega nevrottransmitterja učinkuje anksiolitično.

1.1.1 PSIHOTROPNA ZDRAVILA: MEHANIZEM DELOVANJA

Psihotropna zdravila so zdravila, ki delujejo na ravni osrednjega živčevja in lahko rečemo, da lahko uravnavajo oziroma ohranjajo ravnovesje pri medsebojnem delovanju nevrotromiterjev tam, kjer je tako delovanje spremenjeno.

PSIHOTROPNO ZDRAVILO



Psihotropna zdravila delujejo tako, da kvantitativno spreminjajo nekatere osnovne dejavnosti: pospešujejo ali upočasnjujejo, filtrirajo ali podaljšujejo tok emocij, pri čemer vplivajo na hitrost produkcije misli in omejujejo hitrost mentalnih asociacij, ter na govor. Ta zdravila ne morejo, kot se včasih zmotno verjame, spremeniti kakovosti misli, “izbire”, življenja ljudi, ki ta zdravila jemljejo.

Različna psihotropna zdravila delujejo na različne nevrotromiterje, ki povzročijo različno delovanje.

- Zdravljenje z vsemi psihotropnimi zdravili je simptomatsko: to pomeni, da ne delujejo na vzroke psihične motnje, temveč zgolj na simptome, ki jih take motnje povzročijo.
- Uporaba psihotropnega zdravila mora biti prilagojena posamezniku, tako glede količine, kot tudi načina jemanja, ravno tako je potrebno upoštevati psihofizično stanje osebe, ki se ji taka zdravila predpišejo.
- Pomembno je, da se med delujočimi na zadevnem področju in tistimi, ki se na ustrezne službe obrnejo po pomoč, vzpostavi zaupen odnos. Zato je pomembno, da se

o indikaciji zdravila, o njegovi učinkovitosti, o pričakovani koristi ter o tveganjih, povezanih z zdravljenem, posreduje natančna in posamezniku prilagojena informacija.

1.2 PSIHOTROPNA ZDRAVILA: NI JIH LAHKO JEMATI

Večina oseb z duševno motnjo, zlasti če gre za resnejšo motnjo, se mora daljše obdobje zdraviti s psihotropnimi zdravili. S tem pa se je iz številnih razlogov pogosto zelo težko sprijazniti. Nekateri bolezen zanikajo. Spet drugi, ko se počutijo bolje, lahko mislijo, da so že ozdraveli, zato ne razumejo, da še vedno potrebujejo zdravila za vzdrževanje dobrega počutja in preprečitev ponovnega poslabšanja. Nekateri menijo, da se z jemanjem takih zdravil razvije neka določena odvisnost, in ravno to je razlog, da se po prenehanju jemanja teh zdravil počutijo slabo: zato se ponovnemu jemanju zdravil odločno upirajo, tudi takrat, ko je to potrebno.

S tem, ko oseba privoli v jemanje zdravil, se znajde v paradoksnem položaju: za ozdravitev mora jemati zdravila, hkrati pa je prepričana, da se bo z jemanjem zdravil kakovost njenega življenja poslabšala. Prepričana je, da je konec njenemu upanju, da je takšna kot drugi.

“...če privolim v jemanje zdravil, priznam, da jih potrebujem in da sem bolan. Duševno bolan. Postal bom peto kolo, v družbi padel na zadnjo stopničko. ...če sem duševno bolan, pomeni, da ne bom nikoli več ozdravel, da ne bom mogel delati ...za vedno bom v breme ...”

Če človek želi premagati tako prepričanje, ki je močno zaznamovano z običajnimi predsodki, prepričanje, ki lahko sčasoma postane boleče in nevzdržno, se mora “odločiti”, da bo jemal zdravila, skupaj z njimi pa sprejeti tudi položaj bolnika. Vendar pa je dandanes na artikulirane načine že mogoče prevzemati in ohranjati mnogostranske vloge in identitete, ki se bodo med seboj prekrivale, identiteta bolnika pa tako postaja zelo relativna.

Tako razmišljanje je prisotno pri vsakomur, ki se znajde v položaju, ko se mora odločiti za farmakološko terapijo za daljše obdobje svojega življenja (npr. zdravljenje sladkorne bolezni, visokega krvnega tlaka, bolezni srca itd.): čeprav je težko “izbrati vlogo” bolnika, pa možnost, da kljub temu živimo polno in zadovoljujoče življenje omogoča, da svojo motnjo, bodisi fizično, bodisi psihično, sprejmemo z manjšim strahom.

Psihotropna zdravila ne spremenijo kakovosti in vsebine mišljenja, lahko pa predvsem spremenijo kakovost toka emocij, čustev, ki na ta način postanejo sprejemljiva za večino ljudi in jih je z večino ljudi mogoče tudi deliti.

Včasih pa imajo zdravila neprijetne stranske učinke, zlasti fizične, ki osebo spodbujajo k temu, da zdravil ne jemlje več.

Zdravnik bi moral upoštevati te, pa tudi druge težave, s katerimi se pri jemanju zdravil sooča oseba, ki jo zdravi. Potrebno je torej poiskati dogovor z osebo o nujnosti jemanja zdravil za prebroditev akutne faze ali za preprečitev ponovnega nastopa simptomov. Oseba, ki jemlje zdravila, bi se z zdravnikom morala pogovoriti o vzrokih za morebitno željo po prenehanju jemanja zdravil, skupaj bi jih morala poskušati preseči, ter skupaj izbrati (ob upoštevanju potreb in preferenc) najprimernejšo vrsto zdravila za zdravljenje konkretne motnje.

Na podlagi natančne ocene skupaj z zdravnikom in ekipo, ki skrbi za zdravljenje lahko pride do skupnega dogovora o prekinitvi farmakološke terapije ter do natančne opredelitve različnih poti in strategij, njihov namen pa je ohranitev doseženega dobrega počutja.

1.3 PSIHOTROPNA ZDRAVILA: KAKO JIH JE NAJBOLJE JEMATI

Za doseganje maksimalnih koristi je pomembno stalno jemanje zdravil in pri tem upoštevati načrt, dogovorjen z zdravnikom. Ta obveznost pa včasih lahko predstavlja tudi težavo, saj številne osebe, ki trpijo za duševno motnjo, ne priznajo potrebe po jemanju zdravil ali pa pozabijo zdravila redno jemati. Zato je zelo pomembno, da se vzpostavi zaupanje med ekipo, ki skrbi za zdravljenje in se odloči za začetek farmakološkega zdravljenja ter osebo, ki bo tako zdravljenje morala sprejeti. Če je izdelan dovolj jasn načrt zdravljenja in vzpostavljen intenziven ter afektivno trden odnos, se je mogoče odprto pogovarjati o vseh dejanjih in vseh načrtih, ki se izvajajo skupaj. Med njimi ima še posebno veljavo pogovor o okoliščinah, ki vodijo do izbire določenega zdravila. Pomembno je, da se zdravilu ne pripiše popolna odgovornost za uspeh zdravljenja, temveč se pojasni, da je uspeh odvisen tudi od drugih okoliščin in je relativen. Poleg tega bi si moral uživalec zdravila beležiti vse predhodne terapije, zabeležiti imena zdravil, doziranje, morebitne stranske učinke, še posebej pa bi si moral zapomniti, katera zdravila so bila najbolj učinkovita. Tak dnevnik bo v veliko pomoč v primeru menjave zdravnika, pri selitvi v drug kraj ali v primeru, ko je po določenem časovnem obdobju prekinitve potrebno ponovno pričeti z jemanjem zdravil.

1.4 PSIHOTROPNA ZDRAVILA: KAJ STORITI ZA NJIHOVO BOLJŠO UPORABO

- V dogovoru z zdravnikom poiskati omejeno število psihotropnih zdravil in ne zahtevati pogosto njihove zamenjave brez tehtnih razlogov. Dobro zdravljenje s psihotropnimi zdravili običajno nikoli ne zahteva več kot dveh zdravil.
- Vedno se moramo zavedati, da imajo psihotropna zdravila simptomatski učinek (torej lahko z delovanjem na možgane ublažijo ali odpravijo simptome, ne ublažijo ali odpravijo pa “vzrokov” psihične motnje, trpljenja in slabega počutja osebe), zato so samo del terapevtskega načrta.
- Znati moramo ločevati med terapevtskimi učinki in neželenimi učinki.
- Zdravnika moramo seznaniti z boleznimi in vsemi ostalimi zdravili, ki jih jemljemo (vključno z “alternativnimi” zdravljenji).
- Zapomniti si moramo, da psihofarmakološka terapija ne sme postati najpomembnejši del našega obstoja.
- S posvetovanjem z zdravnikom poskušamo doseči najmanjšo možno učinkovito dozo.
- Na ustrezen način prevzamemo odgovornost za jemanje predpisanih zdravil, ne da bi nam jih morali dajati drugi (svojci).
- S psihotropnimi zdravili ne ravnamo po načelu “sam svoj mojster”, temveč se vselej posvetujemo z zdravnikom. Ko se na primer dobro počutimo, ne smemo pozabiti, da je to pogosto povezano z zdravilom, zato se moramo o zmanjšanju ali prekinitvi jemanja zdravil pogovoriti z zdravnikom.

- Vedeti moramo, da je zdravilo zelo koristno v akutni fazi in je učinkovito pri preprečevanju ponovnega poslabšanja.

Brez tehtnega razloga, s katerim se strinja tudi ekipa, ki skrbi za zdravljenje, ne prekinemo jemanja zdravil, četudi je imelo zdravilo zelo pozitivne učinek že v prvih dneh zdravljenja.

2. POGLAVITNE DUŠEVNE MOTNJE

2.1 ANKSIOZNE MOTNJE: STRAH, ANKSIOZNOST, PANIKA

Anksioznost je čustvo, ki ga v teku življenja vsi pogosto občutimo.

Ko smo v položaju, ko občutimo ogroženost, je anksioznost normalno občutenje in je le del reakcije preživetja, opredeljene z motom "zbeži ali se bori". Če se znajdemo v nevarnosti (na primer: napada nas tiger z ostrimi čekani), je strah, ki ga občutimo, koristen za to, da si rešimo življenje, saj smo zaradi tega strahu v znaku pripravljenosti, pomaga pa nam tudi zbrati vso našo energijo in se na hitro odločiti, ali bomo zbežali, ali pa se bomo z nasprotnikom spopadli; to se dogaja zaradi samodejnega izločanja stresnih hormonov, ki povzročajo prehodne fizične spremembe, nujno potrebne za soočenje z vsako nevarnostjo in grožnjo. Anksiozna reakcija se torej prične s psihološko komponento, sestavljeno iz prepoznavanja nevarnosti ali grožnje; tej neposredno sledi fizična komponenta, sestavljena iz samodejnega sproščanja stresnih hormonov, ki organizem fiziološko spremenijo, tako da je pripravljen na napad ali na beg (srce bije hitreje in poveča se dotok krvi v organe, dihanje je hitrejše, razum je bister, smo v stanju pripravljenosti, trebuh se skrči, zenice se razširijo). Tretja anksiozna reakcija je vedenjska: po tem, ko doživimo nevaren ali grozeč dogodek, si prizadevamo preprečiti ponovitev takega dogodka. Tako vedenje, ki se ga je človek učil skozi tisočletja, spremljajo ali podpirajo fizične spremembe.

Anksioznost postane patološka, ko ni odvisna od situacije dejanske nevarnosti (kot bi se počutili ogrožene tudi brez kake dejanske grožnje). Osebe, ki trpijo za anksiozno motnjo, si lahko fizične spremembe anksiozne reakcije razlagajo kot hude fizične patologije (npr. srce, ki hitro bije - tahikardijo – vzbuja bojazen, da smo doživeli infarkt). Težijo torej k preprečevanju situacij, ki se jih bojijo in k nenehnemu iskanju ohrabritev iz zunanjega okolja. Ko se neka oseba začne izogibati običajnih vsakodnevnih situacij (npr. nakupovanja) in ne more več počenjati tistega, kar se ji je v preteklosti zdelo prijetno (npr. obisk kina, gledališča), anksiozna motnja negativno vpliva na kakovost življenja te osebe, ki sedaj potrebuje ustrezno zdravljenje.

Anksioznost lahko postane primarna težava, lahko pa je zgolj simptom, ki spremlja številne druge duševne motnje, zato se je o tem vedno bolje pogovoriti s svojim izbranim zdravnikom, da skupaj poiščemo način, kako se ponovno vrniti v stanje dobrega počutja.

2.2 MOTNJE RAZPOLOŽENJA: DEPRESIJA IN BIPOLARNA MOTNJA

KLINIČNI ASPEKTI MOTENJ RAZPOLOŽENJA

Motnje razpoloženja pogosto imenujemo afektivne (čustvene) motnje. Trajajo lahko različno dolgo in na različnih ravneh. Depresija (ekstremna žalost, melanholija, izguba samozavesti in upanja v prihodnost) in manija (brezmejna euforia) sta pogosto obravnavani kot ekstremno nasprotje spektra, ki zajema vsa afektivna razpoloženjska stanja: depresija je najnižji pol razpoloženja, manija pa najvišji.

Depresija je stanje duha, ki ga doživi vsak posameznik v določenem obdobju svojega življenja. Pogosto je ločevati med običajnim občutkom depresije in depresivno motnjo, ki zahteva zdravniško terapijo, zelo težko za tiste, ki nimajo izobrazbe s področja psihiatrije. Napačne informacije s tem v zvezi povzročajo zelo razširjeno zmoto, da je depresivna motnja le malce več kot značajska slabost, ki jo je z voljo mogoče premagati.

Enako težko je pri človeku ločevati med "dobrim počutjem" in "več kot dobrim počutjem" ter njegovim tako ekspanzivnim in razdražljivim počutjem, da kaže znake, značilne za manično motnjo.

V klasičnem pomenu predstavljata depresija in maničnost različna "pola", iz česar izhajata izraza "unipolarna depresija", ko človek doživlja le izkušnjo depresije, ter "bipolarna motnja", ko gre za menjavanje maničnega in depresivnega stanja. Nekateri pa celo hkrati doživljajo značilna stanja depresije in manije: tako stanje je znano kot "mešano" razpoloženje.

Za postavitev diagnoze neke čustvene motnje morajo biti poleg spremembe razpoloženjskega tonusa (visok, manija; nizek, depresija) prisotni tudi drugi simptomi, ki zadevajo vegetativne funkcije (spanec, tek, telesna teža, spolna sla), kognitivne funkcije (zbranost, spomin), impulzivnost, obnašanje (motivacija, zadovoljstvo, interesi, utrudljivost) ter fizične komponente (glavobol, bolečine v trebuhu, mišična napetost).

Glede na pogostnost, ozdravljivost in potencialne nevarnosti za življenje pri čustvenih motnjah je zato zelo pomembno, da se osebi, ki za takimi motnjami trpi, na najboljši možen način pomaga, da motnjo premaga in da se na najprimernejši način njeno trpljenje prizna in se osebi prisluhne.

2.3 PSIHOTIČNE MOTNJE IN SHIZOFRENIJA

KLINIČNI ASPEKTI PSIHOZ

Psihoza je izraz, ki ga je težko definirati in ki se pogosto nepremišljeno uporablja v časopisih, kinematografih, na televiziji, spodbuja napačna prepričanja in stigmatiziranje oseb s tovrstnimi motnjami. Če se želimo taki situaciji izogniti, je potrebno splošno populacijo bolj korektno informirati.

Psihотиčno motnjo lahko imamo za skupek simptomov, pri katerih so zmožnost prepoznavanja stvarnosti, komunikacije in sklepanja odnosov z drugimi, ter afektivni odgovor osebe s tako motnjo drugačni od tistih, ki jih kaže večina splošnega prebivalstva.

Psihотična motnja se lahko združi z nekaterimi drugimi splošnimi psihiatričnimi in zdravstvenimi stanji.

Poglavitni simptomi pri psihozi se razvrščajo in definirajo zelo različno. Sedanja psihiatrija predlaga razlikovanje med pozitivnimi in negativnimi simptomi.

POZITIVNI SIMPTOMI

Tako jih imenujemo, ker se zdi, da odražajo pretiranost normalnih funkcij in porajajo nova vedenja. Zanje sta značilna spremenjeno zaznavanje zunanje realnosti (halucinacije¹) in spremenjena zmožnost vrednotenja te realnosti (o deliriju² govorimo, ko možgani porajajo zamisli, ki niso podvržene kritiki: človek je prepričan v take ideje in ne sprejema razpravljanja o njih. Najpogostejša prepričanja so: bolnik verjame, da mu nekdo sledi, ima občutek krivde, verjame, da ima nenavadno moč, da ga nekdo od zunaj kontrolira). Pogoste so tudi spremembe v govoru, komunikaciji in obnašanju, ki se večini ljudi zdijo nenavadne.

NEGATIVNI SIMPTOMI

Tako jih imenujemo, ker veljajo za zmanjšanje običajnih funkcij in človeku odvzemajo kakovost in sposobnosti. Negativni simptomi so: plitko čustvovanje (zmanjšana sposobnost čustvovanja), apatičnost ali brezvoljnost, anhedonija ali nemožnost občutenja ugodja, manjša zbranost, alogija oziroma nezmožnost oblikovanja kompleksnih misli in stavkov

Motnje, pri katerih je za postavitev diagnoze potrebna prisotnost psihotičnih simptomov, so naslednje: shizofrenija, psihotična motnja zaradi zlorabe določenih snovi, shizoafektivna motnja (shizofrenična motnja z velikimi nihanji razpoloženja), delirijske motnje, kratka psihotična motnja, sekundarna psihotična motnja in splošne zdravstvene patologije. Motnje, ki lahko imajo psihotične simptome, so naslednje: depresija, manija, nekatere kognitivne motnje, kot denimo Alzheimerjeva bolezen. Vsa ta stanja imajo indikacijo za uporabo antipsihotikov. Najpogostejša in najbolj znana psihotična motnja je shizofrenija.

V svetu trpi za shizofrenijo več kot 45 milijonov ljudi, starih nad 18 let (po depresiji je to najbolj razširjena psihiatrična motnja, ki prizadene 1 % prebivalstva).

Motnja je razširjena pri vseh narodih in za časa življenja lahko vsakdo zboli za shizofrenijo, neodvisno od kulture, družbenega položaja, tako moški kot ženske.

Tako negativni kot pozitivni simptomi se izražajo v določenih oblikah vedenja, ki se v različnih primerih kažejo različno in pri isti osebi v različni meri. Nikoli ne smemo pozabiti, da se vsak človek razlikuje od drugih ljudi, zato se simptomi in vedenje pri vsakem človeku kažejo na samosvoj način, v tesni povezavi z lastno osebno zgodbo, v tistem kontekstu in v tisti družini.

OPOMBE:

1 Halucinacija iz “halucinirati” oziroma preslepiti, omračiti, zamegliti pogled z močno svetlobo. Figurativno lahko pomeni tudi povzročiti zmedenost ter zmedenost misli in občutenj. Iz latinskega “*alucinari*”, kar pomeni “stoje spati, zabavati se, sanjati”. Psihološki pojav, pri katerem gre za pozunanjanje notranjih predstav v resničnosti.

2 Delirij iz “delirirati”, kar pomeni “odstopati od prave smeri, odmakniti se od kolesnice”. Skratka, nespametno razmišljati. Izhaja iz latinskega “*lira*”, kar pomeni prava smer, brazda, ki jo začrta plug. Opredeljuje torej mentalno spremembo, pri kateri inteligenca nekritično poraja zamisli, ki se zaradi tega zdijo absurdne in se ne ujemajo z realnim stanjem stvari.

3. RAZLIČNI RAZREDI PSIHOTROPNIH ZDRAVIL

3.1 ANKSJOLITIKI IN SEDATIVNO-HIPNOTIČNA ZDRAVILA

❖ BENZODIAZEPINI (BDZ)

To so zdravila, ki se najpogosteje uporabljajo pri zdravljenju anksioznosti in nespečnosti zaradi njihovega anksiolitičnega ter hipnotično-sedativnega učinka. Učinkujejo tudi kot miorelaksanti (spodbujajo sproščanje mišic) in delujejo antikonvulzivno (proti epileptičnim krčem).

Zdravila, ki se najpogosteje uporabljajo kot anksiolitiki, so diazepam (VALIUM, ALISEUM, ANSIOLIN, TRANQUIRIT), desmetildiazepam (EN), bromazepam (LEXOTAN, COMPENDIUM), alprazolam (XANAX, FRONTAL, VALEANS), lormetazepam (MINIAS) in lorazepam (TAVOR, CONTROL, LORANS).

Zdravila, ki se najpogosteje uporabljajo kot hipnotiki, so flurazepam (FLUNOX, FELISON, DALMADORM, VALDORM), triazolam (HALCION, SONGAR) in brotizolam (LENDORMIN).

Običajne indikacije za uporabo BDZ:

- anksiozne motnje
- anksioznost, povezana z zdravstvenim stanjem
- abstinenca od alkohola in sedativov
- akatizija (stanje motorične nemirnosti, torej nenehno premikanje nog; akatizija je lahko simptom anksioznosti, lahko pa se pojavi tudi kot neželen učinek med zdravljenjem z nevroleptiki)
- akutna psihomotorična vznemirjenost
- akutna anksiozna kriza

Zdravljenje z benzodiazepini ne bi smelo trajati več kot štiri tedne zaradi njihove nevarnosti povzročanja odvisnosti. V nekaterih primerih se lahko pokaže, da je jemanje teh zdravil potrebno podaljšati za zelo dolga časovna obdobja.

RAZVRSTITEV BENZODIAZEPINOV:

BDZ lahko na podlagi trajanja njihovega učinka razdelimo na:

- BDZ z dolgo razpolovno dobo (učinkujejo več kot 24 ur): diazepam, flurazepam, desmetildiazepam.
- BDZ s srednjo razpolovno dobo (učinkujejo med 24 in 48 ur): bromazepam,
- BDZ s kratko razpolovno dobo (učinkujejo maj kot 24 ur): lorazepam, lormetazepam, alprazolam.

- BDZ z zelo kratko razpolovno dobo (učinkujejo od 1 –7 ur): triazolam, brotizolam.

Pomembno je, da pri izbiri vrste takega zdravila upoštevamo naslednje vidike: pri kratkotrajnem zdravljenju je bolj priporočljiva uporaba BDZ z dolgo razpolovno dobo (jemljemo jih lahko le enkrat na dan, pri prekinitvi zdravljenja so odtegnitveni simptomi manjši), v teku dolgotrajnejših zdravljenj pa je bolj priporočljiva uporaba BDZ s kratko razpolovno dobo (ne kopičijo se v organizmu). Vsekakor mora biti prenehanje zdravljenja z BDZ postopno in dogovorjeno z zdravnikom, s postopnim zmanjšanjem odmerka zdravila.

Neželjeni učinki BDZ:

- sedacija, zaspanost
- ataksija (težave pri artikuliranju gibov, zlasti pri starejših)
- naključni padci, zlasti pri starejših
- zmedenost, zlasti pri starejših
- namerno čezmerno uživanje
- dezinhibicija ali agresivnost
- amnezije
- odtegnitveni simptomi po prekinitvi jemanja

Kontraindikacije za jemanje BDZ:

- ugotovljena preobčutljivost na zdravilo
- zloraba ali odvisnost od alkohola in zdravil
- nosečnost in dojenje
- hude respiratorne bolezni
- otroci in mladostniki

3.2 ANTIDEPRESIVI

Antidepresivi so se izkazali za učinkovite pri dolgotrajnem zdravljenju unipolarne in bipolarne depresije, anksiozne motnje, anksiozno depresivnih sindromov in nekaterih zdravstvenih stanj.

ZA ZAČETEK PSIHOFARMAKOLOŠKEGA ZDRAVLJENJA Z ANTIDEPRESIVI SE ODLOČIMO NA PODLAGI ZELO NATANČNE OCENE ZDRAVNIKA, NAMEN TAKEGA ZDRAVLJENJA PA JE DIFERENCIRATI DEPRESIVNO MOTNJO IN ANKSIOZNO MOTNJO OD PSIHOLOŠKE STISKE, PRI KATERI FARMAKOLOŠKO ZDRAVLJENJE NI POTREBNO.

Antidepresive v času zdravljenja jemljemo vsak dan.

Počakati je potrebno najmanj tri tedne (v nekaterih primerih celo do šest tednov), da občutimo pozitiven učinek na razpoloženje, medtem ko do izboljšanja simptomov anksioznosti običajno pride po prvem tednu rednega jemanja zdravila.

Priporočljivo je, da zdravljenje pričnemo z nižjim odmerkom zdravila, nato odmerek povečamo, če nam tako svetuje zdravnik.

Pri antidepresivih lahko pride do medsebojnega delovanja z drugimi zdravili: zdravnika moramo seznaniti z vsemi zdravili in naravnimi sredstvi, ki jih jemljemo.

Antidepresive razvrščamo v različne skupine glede na njihovo kemijsko sestavo ali glede na mehanizme njihovega delovanja na ravni nevrottransmiterjev. Danes se najpogosteje uporabljajo naslednji razredi antidepresivov:

- triciklični antidepresivi (TCA)
- zaviralci privzema serotonina (imenovani tudi SSRI)
- zaviralci privzema noradrenalina (imenovani tudi NRI)
- zaviralci privzema serotonina in noradrenalina (imenovani tudi SNRI)
- noradrenergični in selektivni serotoninski antidepresivi (imenovani tudi NaSSA)

TRIKIKLIČNI ANTIDEPRESIVI

Tako so poimenovani zaradi kemične strukturne formule iz treh obročev. Najpogosteje se uporabljajo: klomipramin (ANAFRANIL), amitriptilin (LAROXYL), desimipramin (NORTIMIL). Danes je njihova uporaba omejena zaradi možnih neželenih učinkov, in sicer: suha usta, zaprtost, motnje uriniranja, zamegljen vid, tahikardija, aritmije, ortostatska hipotenzija, mentalna konfuznost, povišanje telesne teže, zaspanost, vrtoglavice, siljenje na bruhanje, bruhanje, diareja.

SELEKTIVNI ZAVIRALCI PONOVNEGA PRIVZEMA SEROTONINA (ANTIDEPRESIVI RAZREDA SSRI)

Ta zdravila se danes najpogosteje uporabljajo pri terapiji depresije in anksioznosti; toleranca nanje je najvišja, so najbolj varni, saj nimajo nekaterih nadležnih neželenih učinkov, značilnih za triciklične antidepresive: zaradi tega se je njihova uporaba neizmerno razširila, predpisujejo se celo v situacijah, ko farmakološka terapija ni potrebna.

Ta zdravila delujejo prek povišanja serotonina in so naslednja: fluoksetin (PROZAC, FLUOXEREN), paroksetin (DAPAROX, SEROXAT, SEREUPIN), citalopram (ELOPRAM, SEROPRAM), escitalopram (CIPRALEX), sertralin (ZOLOFT), fluvoksamin (FEVARIN, MAVERAL).

Pojavijo se lahko naslednji neželeni učinki: siljenje na bruhanje, glavobol, nespečnost, zaspanost, diareja, spremembe na področju spolnosti. Če se ob začetku zdravljenja ti učinki pojavijo, večinoma med samim zdravljenjem tudi izginejo.

SELEKTIVNI ZAVIRALCI PONOVNEGA PRIVZEMA NORADRENALINA (ANTIDEPRESIVI RAZREDA NRI)

Ta razred zdravil deluje z dvigom ravni noradrenalina; pri depresiji so se pokazala za učinkovita kot triciklični in kot selektivni zaviralci ponovnega privzema serotonina. Najpogosteje uporabljano zdravilo iz tega razreda je reboksetin (DAVEDAX, EDRONAX). Za to zdravilo se odločimo pri simptomih depresije, ki jih spremlja psihomotorična upočasnenost, napor, apatičnost, pomanjkanje zbranosti in koncentracije. Pojavijo se lahko naslednji neželeni učinki: anksioznost, nemir, tremor, hitro utripanje srca, povišanje arterijskega tlaka. Če se ob začetku zdravljenja ti učinki pojavijo, se nato v nadaljevanju zdravljenja ublažijo.

SELEKTIVNI ZAVIRALCI PRIVZEMA SEROTONINA IN NORADRENALINA (ANTIDEPRESIVI RAZREDA SNRI)

V ta razred zdravil sodi venlafaksin (EFEXOR, FAXINE) ki, v majhnih odmerkih, deluje zlasti z zviševanjem ravni serotonina, pri večjih odmerkih pa zvišuje raven serotonina in noradrenalina. Zdravilo se je izkazalo kot učinkovito pri motnjah depresije in anksioznosti. Pojavijo se lahko naslednji neželeni učinki: vrtoglavice, suha usta, nespečnost, zaspanost, spremembe na področju spolnosti, zaprtost, siljenje na bruhanje. Zlasti pri visokih odmerkih lahko pride do povišanja arterijskega tlaka.

NORADRENERGIČNI IN SELEKTIVNI SEROTONINSKI ANTIDEPRESIVI (NaSSA)

V ta razred zdravil sodi mirtazapin (REMERON), ki se je izkazal za učinkovitega, toleranca nanj je dobra (brez možnih neželenih učinkov na spolnost). Povzroča lahko povišanje telesne teže in sedacijo – blažitev strahu in razburjenosti (zato je zdravilo priporočljivo jemati zvečer, za boljši nočni počitek).

V ZADNJIH LETIH UPORABA ANTIDEPRESIVOV MED SPLOŠNO POPULACIJO ZASKRBLJUJOČE NARAŠČA.

VEDNO POGOSTEJE OPAŽAMO NAGNJENOST K UPORABI TEH ZDRAVIL V TEŽKIH SITUACIJAH, STISKAH, V SITUACIJAH PSIHOLOŠKE BOLEČINE.

NE GRE POZABITI, DA ANTIDEPRESIVI POMAGAJO DEPRESIVNI OSEBI VRNITI SE K "NORMALNEM ŽIVLJENJU", NE MORE PA SE ČLOVEK ZARADI NJIH POČUTITI BOLJE, KOT SE POČUTI OBIČAJNO.

ČLOVEKOVI STISKI, PSIHOLOŠKI BOLEČINI JE POTREBNO PRISLUHNITI, JO SPREJETI, JO SKUPAJ S PRIZADETIM POSKUŠATI ANALIZIRATI IN ODPRAVITI NJENE VZROKE, PRI TEM PA NE SMEMO UPATI, DA BOMO TAKO STISKO "UTIŠALI" Z NEPREMIŠLJENO UPORABO PSIHOTROPNIH ZDRAVIL, KI V TEM PRIMERU NE PONUJAJO REŠITVE, TEMVEČ LAHKO Z NJIMI TVEGAMO, DA SE BO STOPNJA OSEBNEGA TRPLJENJA LE ŠE POVEČALA.

3.3 STABILIZATORJI RAZPOLOŽENJA

To so zdravila, koristna pri preprečevanju in nadzoru patoloških nihanj razpoloženja: prehajanje iz depresivnega stanja v evforično, razburjenje, neukrotljiva maničnost in obratno. Gre za skupino med seboj zelo različnih zdravil, ki se uporabljajo pri bipolarni motnji: v ta razred sodijo litijev karbonat in nekatera antikonvulzivna zdravila (uporabljajo se proti epileptičnim krčem).

LITIJEV KARBONAT

To je najpogosteje uporabljano zdravilo pri zdravljenju bipolarni motnje. Uporabno je v manični fazi ter pri preprečevanju ponovnega zapadanja v depresijo.

Potrebno je opraviti vrsto krvnih preiskav, zato da se ugotovi ledvična funkcionalnost (raven kreatinina) in ščitnice (raven ščitničnih hormonov: TSH, FT3, FT4) preden pričnemo s terapijo z litijevim karbonatom, te preiskave na začetku zdravljenja ponovimo vsake 2-3 mesece, v nadaljevanju pa pri daljšem zdravljenju na vsakih 6 mesecev. Pri osebah nad 65-im letom starosti ter v posebnih situacijah je potrebno spremljati tudi funkcionalnost srčne mišice (z elektrokardiogramom).

Litijev karbonat je kontraindiciran v nosečnosti in med dojenjem, nepopolnem delovanju ledvic, pri zmanjšani funkciji ščitnice oziroma hipotiroidizmu, pri boleznih srca.

Litij je dobro združiti z jemanjem drugih zdravil (antipsihotiki, BDZ) pri akutni maniji, pri terapiji za vzdrževanje stanja pa ga je bolje jemati samega. Ne sme se jemati skupaj s posebnimi diuretiki, antiinflamatornimi sredstvi, antibiotiki.

Neželeni učinki, ki se lahko pojavijo pri terapiji z litijem, so: siljenje na bruhanje, bruhanje, diareja, tresenje rok, povečanje telesne teže, motnje v delovanju ščitnice (hipotiroidizem) in ledvic, polidipsija in poliurija (huda žeja in pogosto izločanje urina).

KOLIČINO LITIJA V KRVNI V PRVEM MESECU ZDRAVLJENJA MERIMO NAJMANJ ENKRAT NA TEDEN, V NADALJEVANJU PA NAJMANJ ENKRAT NA TRI MESECE, SAJ:

- je učinkovitost litija odvisna od njegove koncentracije v krvi, ki mora biti: v akutni fazi 0,8-1,2 mEq/l; v fazi vzdrževanja (pri preprečevanju poslabšanja stanja): 0,5-0,8 mEq/l.
- Če koncentracija litija doseže vrednosti 1,5-2 mEq/l oziroma še višje vrednosti, lahko pride do toksičnih učinkov.

3.3.1 ANTIKONVULZIVNA ALI ANTIEPILEPTIČNA ZDRAVILA

Pri terapiji epilepsije so se nekatera izmed teh zdravil izkazala za učinkovita tudi pri terapiji bipolarnih motenj in pri shizoafektivnih sindromih. Najpogosteje se uporabljajo: valproična kislina (DEPAKIN), karbamazepin (TEGRETOL), lamotrigin (LAMICTAL), gabapentin (NEURONTIN).

VALPROIČNA KISLINA (DEPAKIN)

Pogosto se uporablja pri bipolarni motnji, učinkovita je zlasti pri mešanih stanjih (pri katerih so sočasno prisotni simptomi depresije in manije) ter v situacijah, ko gre za hiter prehod iz stanja depresije v stanje manije.

Pogosto se jemlje z drugimi zdravili: litijem, antipsihotiki in BDZ.

Pomembno je, da pred začetkom terapije s tem zdravilom opravimo splošne preiskave krvi in zlasti spremljamo funkcionalnost jeter; preiskave med zdravljenjem ponovimo na vsakih 6-12 mesecev.

Možni neželeni učinki so: siljenje na bruhanje, bruhanje, izguba teka, sedacija, tremor, spremenjena funkcionalnost jeter in krvnih celic (znižanje krvnih ploščic oziroma trombocitov, znižanje belih krvnih teles).

KARBAMAZEPIN (TEGRETOL)

Uporablja se manj pogosto kot litij in valproična kislina, ker medsebojno deluje s številnimi zdravili in spreminja njihove koncentracije v krvi in s tem tudi njihovo učinkovitost, pa tudi zaradi možnih neželenih učinkov, kot so: sedacija, zamegljen vid, siljenje na bruhanje, vrtoglavice, glavobol, spremembe krvne slike, funkcionalnost jeter in trebušne slinavke, kožne spremembe, vključno z redko in potencialno resno kožno reakcijo. Zato je med zdravljenjem s karbamazepinom pomembno opraviti krvne preiskave in preverjati raven karbamazepina v krvi vsak teden v prvih treh mesecih zdravljenja, nato pa vsake 3 mesece.

LAMOTRIGIN (LAMICTAL)

Izkazalo se je, da učinkovito deluje kot stabilizator razpoloženja in učinkovito preprečuje ponavljanje epizod depresije pri bipolarni motnji.

Zdravljenje z lamotriginom začnemo z zelo majhnimi odmerki in jih postopoma večamo vse do terapevtskega odmerka, s čimer v najvišji možni meri zmanjšamo tveganje za pojav neželenih učinkov, ki so lahko naslednji: kožni izpuščaji, zaspanost, glavobol, želodčno-črevesne motnje

GABAPENTIN (NEURONTIN)

Koristen kot stabilizator razpoloženja, v nekaterih primerih ima lahko naslednje neželene učinke: zaspanost, poslabšanje ravnotežja, siljenje na bruhanje/bruhanje, glavobol, arterijska hipotenzija, znižanje srčne frekvence.

3.4 ANTIPSIHOTIKI

3.4.1 TIPIČNI ALI NEVROLEPTIČNI

Na tržišču so na voljo približno petdeset let; prvi sintetični antipsihotik je bil klorpromazin (LARGACTIL).

Danes obstajajo številna zdravila, uvrščena v ta razred, ki imajo na človeka različne farmakološke in klinične učinke, kar je posledica diferenciranega delovanja na receptorje nekaterih nevrotansmitterjev osrednjega živčevja. Najpogosteje se uporabljajo: klorpromazin (LARGACTIL), promazin (TALOFEN), levomepromazin (NOZINAN), prometazin (FARGANESSE), haloperidol (SERENASE, HALDOL), klotiapin (ENTUMIN), pimozid (ORAP), flufenazin (ANATENSOL, MODITEN), perfenazin (TRILAFON), cuklopentiksol (CLOPIXOL).

Ponavadi ni primerno uporabljati dveh antipsihotikov sočasno, odsvetuje se tudi pogosto menjavanje zdravila, preden ne ugotovimo njegove učinkovitosti.

Indikacije za uporabo teh zdravil zajemajo veliko pogojev. Osnovne pogoje predstavljajo psihotične motnje: shizofrenija, psihotična motnja zaradi uživanja prepovedanih snovi, shizoafektivna motnja (shizofrenična motnja z močnim vplivom na razpoloženje), delirantne motnje, kratka psihotična motnja, sekundarna psihotična motnja in splošne patologije. Uporabljajo se tudi pri zdravljenju drugih duševnih motenj ob prisotnosti psihotičnih simptomov, denimo pri depresiji, maniji, nekaterih kognitivnih motnjah (na primer pri Alzheimerjevi bolezni), ko so prisotni simptomi halucinacije, delirija ali hude vznemirjenosti. Tipični antipsihotiki so se pokazali za učinkovite pri kontroliranju simptomov in spodbujanju ozdravitve pri ljudeh s psihotično motnjo.

SIMPTOMI, KI SE ENOSTAVNEJE IZBOLJŠAJO:

delirij
halucinacije
izguba nadzora nad čustvi
huda vznemirjenost, tesnoba
občutek, da nas nekdo nadzira ali da smo v nevarnosti
strah, da nam nekdo krade misli

SIMPTOMI, KI SE TEŽJE IZBOLJŠAJO:

apatija – pomanjkanje zanimanja za okolico
nagnjenost k osamitvi – umik in socialna osamitev
pomanjkanje energije
depresija
nezmožnost občutenja ugodja in izražanja čustev

DEPO NEVROLEPRIKI ALI DOLGODELUJOČI NEVROLEPTIKI

Nekatera izmed teh zdravil obstajajo tudi v tako imenovani "depo" (depot) različici oziroma z dolgim delovanjem (long-acting) v obliki intramuskularne injekcije. Za tako obliko zdravljenja oziroma za intramuskularno injekcijo enkrat ali dvakrat mesečno se odločimo šele po tem, ko je ugotovljena potreba po zdravilu za omejitev simptomov, v primeru, ko bolnik ne pristane na zdravljenje ali v primeru nestalnega zdravljenja. Vendar pa moramo nujno poskušati doseči pristanek osebe na zdravljenje in predlagati zdravilo, ki se jemlje vsakodnevno. Poleg tega so potrebna pogosta preverjanja, da se oceni pojav morebitnih neželenih učinkov, ki bi lahko bili povezani s kopičenjem zdravila, zaradi česar bi bilo potrebno prekiniti ali odložiti jemanje zdravila, eventualno tudi z zamenjavo depo zdravila s "takojšnjim" (za vsakodnevno jemanje).

Vendar pa se nekateri raje odločijo za injekcijo enkrat na mesec, tako da jim ni treba vsak dan skrbeti o tableti, ki jo je potrebno vzeti.

Uporaba antipsihotikov lahko traja dolgo časovno obdobje. Ni redkost, da osebe dosežejo dobro kontrolo simptomov in dobro delovanje v družinskem in delovnem okolju, pa kljub temu ne morejo prenehati z uporabo zdravil, saj bi se v nasprotnem primeru simptomi znova pojavili.

Tipični antipsihotiki lahko imajo neprijetne neželene učinke, kar lahko privede celo do tega, da se pri človeku pojavi določen odpor do rednega jemanja teh zdravil; neželeni učinki so v pretežni meri neposredna posledica njihovega delovanja (psihotropna zdravila namreč ne delujejo samo tam, kjer je potrebno doseči ali ohranjati medsebojno ravnovesje med neurotransmiterji, temveč se širijo po celotnih možganih).

Tipični antipsihotiki so razred zdravil, sestavljenih iz substanc, ki se med seboj razlikujejo, z različnim profilom pri incidenci in resnosti stranskih učinkov.

Pomembno je, da so oseba, ki jemlje ta zdravila, pa tudi njeni svojci seznanjeni z neželenimi učinki, ter da delavce, vključene v zdravljenje, obvestijo o morebitnem pojavu takih učinkov ter o težavah med zdravljenjem, brez pretiranega strahu glede jemanja zdravil. Stranskim učinkom se je dejansko mogoče izogniti ali jih zmanjšati s spremenjenim odmerkom, z zamenjavo zdravila ali tako, da se predpiše drug tip zdravila, katerega namen je take učinke zavreti.

Neželeni učinki, ki se lahko pojavijo med zdravljenjem z antipsihotiki, so:

1) MOTNJE, KI PRIZADANEJO OSREDNJE ŽIVČEVJE

1A) EKSTRAPIRAMIDI UČINKI:

- Akutna distonija (nehoteno krčenje mišic ust, jezika, oči, vratu). Pojavi se lahko na začetku zdravljenja z antipsihotikom in je reverzibilna.
- Akatizija (občutek nemirnosti, nenehna potreba po gibanju nog).
- Parkinsonov sindrom (tresenje rok, mišična okorelost, upočasnjeni gibi). Sindrom nosi tako ime zaradi podobnosti s Parkinsonovo boleznijo; vendar pa so pri obeh stanjih, torej pri Parkinsonovi bolezni in neželenih učinkih skupni le simptomi: medtem ko gre v prvem primeru za ireverzibilno degenerativno nevrološko bolezen, pa gre v drugem primeru za prehodno in reverzibilno stanje.

- Tardivna diskinezija (nehoteni gibi mišic ust, jezika, čeljusti, nekoordinirani gibi rok in trupa). Gre za enega izmed najhujših in najbolj neprijetnih neželenih učinkov, ki se lahko razvijejo pri ljudeh, ki so dolga leta jemali klasične antipsihotike. Zelo pomembno je, da se pojava tardivne diskinezije takoj zavemo in poiščemo način za njeno odpravo.

1B) DRUGI UČINKI, KI PRIZADANEJO OSREDNJE ŽIVČEVJE:

- Sedacija, astenija (pomanjkanje ali izguba moči), apatija, čustvena otopelost, občutek nemoči, upad zbranosti in sposobnosti koncentracije.
Pri nekaterih osebah pa so astenija, apatija in sedacija lahko v veliko pomoč pri simptomih nemirnosti, prekomernega povečanja aktivnosti in hitre raztresenosti, seveda če so ti prisotni, ki človeku onemogočajo koncentracijo in opravljanje bolj ali manj kompleksnih vsakodnevnih dejavnosti.
- Povečano tveganje konvulzije oziroma krčev skeletnega mišičja, zlasti pri rizičnih osebah (z diagnozo epilepsije, povezano z alkoholom, pri osebah z organskimi cerebralnimi motnjami, povezanimi s psihotično motnjo).

2) MOTNJE AVTONOMNEGA ŽIVČNEGA SISTEMA:

- Občutek suhih ust, zaprtost, hitro utripanje srca, ortostatska hipotenzija, aritmije srca, težave z vidom, zastoj urina, motnje na področju spolnosti.

DRUGI MOŽNI STRANSKI UČINKI:

- Povišanje prolaktina (kar lahko povzroči motnje v menstrualnem ciklusu pri ženskah, spontano odtekanje mleka iz dojke, povečanje mlečne žleze, motnje na področju spolnosti).
- Povišanje telesne teže.
- **MALIGNI NEVROLEPTIČNI SINDROM:** gre za zelo redko (0-2 %), vendar resno komplikacijo, ki se lahko pokaže predvsem na začetku zdravljenja z antipsihotiki, zanjo pa so značilni zelo visoka vročina, potenje, hitro utripanje srca, mišična okorelost, motnje zavesti. Potrebno je zdravljenje.

3.4.2. NETIPIČNI ANTIPSIHOTIKI ali ANTIPSIHOTIKI NOVE GENERACIJE

To je razred zdravil, stavljen iz med seboj zelo različnih molekul, ki pa imajo nekaj podobnih lastnosti, zaradi katerih se razlikujejo od tipičnih antipsihotikov:

- Učinkoviti so pri pozitivnih simptomih psihoze.
- Nekateri izmed njih lahko včasih izboljšajo pozitivne simptome pri ljudeh s shizofrenično motnjo, odporno na tradicionalne antipsihotike.
- Izboljšajo lahko tudi negativne simptome psihoze, celo bolj učinkovito kot tipični antipsihotiki.
- Izboljšajo lahko razpoloženje oseb s psihotično motnjo ali z bipolarno motnjo.
- Nekateri antipsihotiki včasih izboljšajo kognitivno delovanje pri ljudeh s psihotično motnjo ali shizofrenijo.
- Nekateri izmed njih povzročajo manj neželenih učinkov tipa tremor ali mišična okorelost (ekstrapiramidni učinki) kot tipični antipsihotiki.
- Zdi se, da je pri teh antipsihotikih v primerjavi s tipičnimi manjše tveganje za povzročitev tardivne diskinezije.
- Povzročijo lahko pojav hiperglikemije in sladkorne bolezni.

V nadaljevanju so opisane glavne značilnosti netipičnih antipsihotivov, ki se danes najpogosteje uporabljajo: risperidona (RISPERDAL), olanzapina (ZYPREXA), quetiapina (SEROQUEL), amisulprida (SOLIAN), aripiprazola (ABILIFY), klozapina (LEPONEX).

RISPERIDON (RISPERDAL, BELIVON)

Je eden izmed najpogosteje uporabljenih antipsihotikov, nekateri se ravno za to zdravilo najprej odločijo pri novih primerih psihoze. Medsebojno deluje z nevrottransmitterjema serotoninom in dopaminom; učinkovito deluje na pozitivne simptome psihoze, izboljša pa tudi njene negativne simptome. Pri nižjih odmerkih ima manjše ekstrapiramidne stranske učinke kot številni tipični antipsihotiki, ravno tako predstavlja manjše tveganje za tardivno diskinezijo. Povzroča tudi povečanje telesne teže, a v manjši meri kot drugi netipični antipsihotiki. Povzroči lahko povišanje prolaktina.

Nekatere študije pravijo, da lahko to zdravilo izboljša kognitivno delovanje ljudi s psihozo, poleg tega pa ugodno vpliva na razpoloženje pri psihotični motnji in bipolarni motnji. Pred kratkim je bil dan na tržišče dolgodelujoči risperidon za intramuskularno injiciranje, ki traja približno dva tedna, delovati pa začne z latenco približno treh tednov, ko zdravilo ni več aktivno.

INDIKACIJE ZA UPORABO RISPERIDONA:

psihotične motnje
shizofrenija

NEŽELENI UČINKI:

nizek krvni tlak
zaspanost
ekstrapiramidni učinki (zlasti pri visokih odmerkih)
hiperprolaktinemija
povečanje telesne teže
krči
tardivna diskinezija

MALIGNI NEVROLEPTIČNI SINDROM

OLANZAPIN (ZYPREXA)

Tudi to zdravilo se zelo pogosto uporablja, ravno tako je prva izbira pri začetkih psihoze. Medsebojno deluje z nevrottransmitterjema serotoninom in dopaminom; učinkovito deluje na pozitivne simptome psihoze, izboljša pa tudi njene negativne simptome. Incidenca tresenja mišic in mišične okorelosti je nizka (ekstrapiramidni simptomi) in ne povzroča povišanja prolaktina. Prihaja pa do neželenih učinkov, kot so povečanje telesne teže (pogosto), možnost pojava sladkorne bolezni in dislipidemije. Zato je pri osebi, ki se zdravi s tem zdravilom, potrebno spremljati tudi njeno prehrano in dieto.

Nekatere študije pravijo, da lahko to zdravilo izboljša kognitivno delovanje ljudi s psihozo, poleg tega pa ugodno vpliva na razpoloženje pri psihotični motnji in bipolarni motnji.

INDIKACIJE ZA UPORABO OLANZAPINA:

psihotične motnje
shizofrenija
bipolarna motnja (manična epizoda)

NEŽELENI UČINKI

povečanje telesne teže – povečan tek
sladkorna bolezen, dislipidemija
zaspanost
orostatska hipotenzija

MALIGNI NEVROLEPTIČNI SINDROM

QUETIAPIN (SEROQUEL)

Medsebojno deluje z nevrotitransmitterjema serotoninom in dopaminom; učinkovito deluje na pozitivne simptome psihoze, izboljša pa tudi njene negativne simptome. Na splošno se dobro prenaša, ne povzroča tremorjev in mišične okorelosti (ekstrapiramidni simptomi), pa tudi ne povišanja prolaktina. Povzroči lahko povečanje telesne teže, sedacijo, zaspanost, ortostatsko hipotenzijo, zaprtost. Nekatere študije pravijo, da lahko to zdravilo izboljša kognitivno delovanje ljudi s psihozo, poleg tega pa ugodno vpliva na razpoloženje pri psihotični motnji in bipolarni motnji.

INDIKACIJE ZA UPORABO QUETIAPINA:

psihotične motnje
shizofrenija
bipolarna motnja (manična epizoda)

NEŽELENI UČINKI

sedacija – zaspanost
povečanje telesne teže
orostatska hipotenzija
prehodno povišane hepatične transaminaze
zaprtost

MALIGNI NEVROLEPTIČNI SINDROM

AMISULPRID (SOLIAN)

Medsebojno deluje z nevrottransmitterjem dopaminom in ponovno uravnovesi njegovo koncentracijo v delu možganov, kjer je tako ravnovesje spremenjeno.

Njegov učinek je v tesni povezavi z uporabljenim odmerkom zdravila: pri nizkih odmerkih vodi k aktiviranju dopaminergičnega sistema, pospešuje izboljšanje negativnih in depresivnih simptomov psihoze, pri večjih odmerkih pa ima tako imenovan "modulatorski" učinek na dopaminergični sistem, zato je učinkovit tako pri pozitivnih, kot tudi pri negativnih simptomih psihoze. Običajno se dobro prenaša, ne povzroča ekstrapiramidnih simptomov. Povzroči lahko povišanje prolaktina.

ARIPIPRAZOL (ABILIFY)

To je nov netipični antipsihotik. Tudi zanj lahko rečemo, da pomeni prvo izbiro pri zdravljenju novih primerov psihoze. Učinkovito deluje na pozitivne simptome psihoze, izboljšuje pa tudi njene negativne simptome. Najpogostejši stranski učinki, do katerih pride med zdravljenjem s tem zdravilom, so: nespečnost, nemirnost (zato ga je priporočljivo jemati zjutraj), glavobol, občutek omotičnosti, siljenje na bruhanje in bruhanje (priporoča se jemanje po obroku). Ti neželeni učinki se običajno po drugem tednu zdravljenja zmanjšajo. V primerjavi z drugimi antipsihotiki povzroča manj ekstrapiramidnih stranskih učinkov, ne povzroča povišanja prolaktina, pa tudi ne povečanje telesne teže

Če med zdravljenjem s kakim drugim antipsihotikom preidemo na zdravljenje z aripiprazolom je zelo pomembno, da ne prenehamo z jemanjem prejšnjega antipsihotika in ga jemljemo sočasno z nižjimi odmerki aripiprazola, po dveh tednih odmerek povečamo in dosežemo učinkovit odmerek zdravila (10-30 mg/dan), istočasno pa zmanjšujemo odmerek prejšnjega antipsihotika in ga naposled popolnoma prenehamo jemati.

KLOZAPIN (LEPONEX)

To je prvi atipični antipsihotik, ki se je uporabljal.

Klozapin se danes uspešno uporablja pri ljudeh s shizofrenijo, pri katerih ni bistvenega izboljšanja pri zdravljenju psihotičnih simptomov z drugimi antipsihotiki. Njegova učinkovitost v teh primerih je zagotovo vzpodbudna: izboljšuje pozitivne simptome psihoze, pri nekaterih osebah, ki se zdravijo s klozapinom, se raven kognitivnega, delovnega in socialnega delovanja vrne na običajno. Očitna večja učinkovitost klozapina v primerjavi z vsemi drugimi antipsihotiki v določenih okoliščinah opravičujejo njegovo uporabo kljub možnim stranskim učinkom, ki pa jih je z doslednim upoštevanjem priporočenih postopkov mogoče nadzirati in jih preprečiti. Zato je potrebno opraviti krvne preiskave za kontrolo belih krvničk. Krvne preiskave je v prvih 18 tednih zdravljenja potrebno opraviti vsak teden, v nadaljevanju zdravljenja in pri dolgotrajni terapiji pa enkrat mesečno. Klozapin lahko v redkih primerih (v prvih treh mesecih z manj kot 1-odstotno pogostostjo) privede do hude komplikacije, agranulocitoze (zmanjšano število ali celo možna odsotnost belih krvničk v krvi). Večji del epizod agranulocitoze se pojavi do tretjega meseca po začetku terapije, v prvem letu zdravljenja pa se nato zmanjša.

INDIKACIJE ZA UPORABO KLOZAPINA:

shizofrenija, odporna na zdravljenje z drugimi antipsihotiki
neučinkovitost ali netoleranca na tipične antipsihotike

NEŽELENI UČINKI:

agranulocitoza
povečano tveganje za krče (zlasti pri visokih odmerkih in rizičnih osebah)
sedacija
povečanje telesne teže
kolaps krvnega obtoka – orostatska hipotenzija
hitro utripanje srca
povečano izločanje slin
zastajanje urina

MALIGNI NEVROLEPTIČNI SINDROM

KOMBINACIJE, KI SE JIM JE POTREBNO IZOGIBATI:

- vsako zdravilo, ki bi lahko potencialno povzročalo agranulocitozo, kot so denimo posebna protivnetna zdravila in antibiotiki
- vsi drugi antipsihotiki

GLAVNE PREISKAVE:

- štetje belih krvničk vsak teden v prvih 18 tednih zdravljenja, nato enkrat mesečno
- osnovne laboratorijske preiskave
- elektrokardiogram

UGOTOVITVE

TIPIČNI ANTIPSIHOTIKI IN NETIPIČNI ANTIPSIHOTIKI SO SE IZKAZALI ZA UČINKOVITE PRI NADZOROVANJU SIMPTOMOV IN KOT POMOČ NA POTI K OZDRAVITVI LJUDI S PSIHOZO.

VSAK ANTIPSIHOTIK SE OD DRUGEGA RAZLIKUJE GLEDE NEŽELENIH UČINKOV, KI JIH LAHKO POVZROČI MED ZDRAVLJENJEM.

NEŽELENI UČINKI SO VČASIH TAKO ZELO NEPRIJETNI, DA OSEBA ZDRAVIL NOČE VEČ JEMATI; ŽAL PA JE PREKINITEV TERAPIJE POGOSTO POVEZANA Z NEVARNOSTJO PONOVNEGA POSLABŠANJA BOLEZNI, ČE SE O PREKINITVI NE DOGOVORIMO Z EKIPO, KI SKRBI ZA ZDRAVLJENJE IN SE SLEDNJA S PREKINITVIJO NE STRNJA.

GLEDE NA TO, DA OBSTAJAJO ZA ZDRAVLJENJE ISTE MOTNJE RAZLIČNA ZDRAVILA, KI VSAKOMUR POMEMBNO KORISTIJO PRI KONTROLI SIMPTOMOV, GLEDE NA TO, DA JE DOVZETNOST ZA MOŽNE NEŽELENE UČINKE OD POSAMEZNIKA DO POSAMEZNIKA RAZLIČNA, SE JE VEDNO NAJBOLJE O TERAPIJI POGOVORITI S SVOJIM ZDRAVNIKOM IN Z EKIPO, KI BO SKRBELA ZA ZDRAVLJENJE, TER PO MOŽNOSTI SKUPAJ DOLOČITI NAJBOLJŠO STRATEGIJO DELOVANJA (Z ANTIPSIHOTIKOM KOMBINIRATI ZDRAVILO, KI ZAVIRA STRANSKE UČINKE, ZAMENJATI VRSTO ANTIPSIHOTIKA ALI ZMANJŠATI NJEGOV ODMEREK) V PRIMERU NEPRIJETNIH STRANSKIH UČINKOV.

3.5 ANTIHOLINERGIKI ALI ZDRAVILA PROTI PARKINSONOVI BOLEZNI

Ta zdravila se uporabljajo za omilitev ali odpravo ekstrapiramidnih stranskih učinkov (glej stran 26), ki so posledica zdravljenja z antipsihotiki (zlasti s tipičnimi). Najpogostje se uporabljajo: triheksifenidil (ARTANE), biperiden (AKINETON), orfenadrin (DISIPAL). Priporočljivo je, da se ta zdravila predpišejo po tem, ko se ekstrapiramidni simptomi pojavijo, čeprav jih nekateri zdravniki predpisujejo že od samega začetka terapije z antipsihotiki. V vsakem primeru pa prevladuje široko soglasje glede dejstva, da osebam, ki jemljejo tovrstna zdravila v prvi fazi nevroleptičnega zdravljenja, teh zdravil ni treba več jemati, ko se odmerek nevroleptika stabilizira. Zato je koristno prekiniti jemanje antiholinergikov v prvih treh mesecih njihovega jemanja in preveriti morebitno ponovitev ekstrapiramidnih učinkov. Ta zdravila lahko povzročijo določeno odvisnost in včasih so ljudje nagnjeni k njihovi prekomerni rabi.

INDIKACIJE:

zmanjšanje ekstrapiramidnih stranskih učinkov, ki jih povzročajo nevroleptiki
trajanje zdravljenja največ tri mesece.

NEŽELENI UČINKI

zastajanje urina
zaprtost
delirij – oblike zmedenosti v primeru zlorabe

KONTRAINDIKACIJE

nosečnost
preobčutljivost na tovrstna zdravila
hipertrofija prostate

KORISTNA LITERATURA:

KAKO PA KAJ ZUNAJ? (FUORI COME VA?) Družine in osebe s shizofrenijo. Priročnik za optimistično uporabo zdravljenja in zdravstvenih služb. Pepe Dell'Acqua. 2003.

PSIHOTROPNA ZDRAVILA. FARMAKOLOGIJA IN TERAPIJA. Cesario Bellantuono in Matteo Balestrieri.

PRIROČNIK ZA PSIHIATRIJO Renato Piccione, zal. Bulzoni, 1995.

INTEGRIRANI TRETMA ZA MENTALNO ZDRAVJE - Praktični priročnik za zdravstvene delavce in uporabnike. Ian R.H.Faloon, Ecomind Publications, 2000.

KAJ JE SHIZOFRENIJA? Mali ilustrirani priročnik za bolnike s shizofrenijo in njihove svojce, Casacchia in Roncone. Zal. Masson, 1996.

KORISTNI NASLOVI (glej seznam pristojnih služb)

ODDELEK ZA MENTALNO ZDRAVJE, CENTER ZA MENTALNO ZDRAVJE, SLUŽBA
ZA PSIHIATRIČNO DIAGNOSTIKO IN ZDRAVLJENJE (str. 141-144)

ZDRUŽENJA IN DRUŠTVA (str. 149-155)

ODDELEK ZA ZDRAVLJENJE ODVISNOSTI (str. 140)