DEPRESIE

KOMPENDIUM DIAGNÓZY A TERAPIE

PROF.DR.MED.VOLKER FAUST

HIPPOKRATES VERLAG STUTTGART 1989

Slovenská psychoterapeutická spoločnosť

DEPRESIE

KOMPENDIUM DIAGNÓZY A TERAPIE

PROF. DR. MED. VOLKER FAUST

HIPPOKRATES VERLAG STUTTGART 1989

[illegible] psychiatrická
spoločnosť

Úvodom.....
1 Úvod.....
Definícia.....
Klasifikácia.....
Frakencia výskytu.....
2 K diagnóze depresívnych klinických obrazov.....
Prístup k depresívnym ľuďom.....
Dif.diagnostické problémy vo vyššom veku.....
Dif.diagnóza medzi smútkom a depresiou.....
3 Reaktívna depresia.....
4 Neurotická depresia.....
5 Depresia z vyčerpania.....
6 Endogénna depresia.....
7 Somatogénne depresie.....
Symptomatické depresie.....
Organické depresie.....
8 Schizoafektívne psychózy.....
9 Depresie v detskom a mladistvom veku.....
Klinický obraz depresií v závislosti od veku.....
Psychogénne depresie v detskom a mladistvom veku.....
Endogénne depresie v detskom a mladistvom veku.....
Somatogénne depresie v detskom a mladistvom veku.....
10 Depresie vo vyššom veku.....
Psychoreaktívne rozlady vo vyššom veku.....
Involučná depresia.....
K dif.dg.demencie a depresívnej pseudodemencie.....
11 K terapii depresívnych chorobných obrazov.....
Vysvetlenie.....
Základné pravidlá a doporučenia k zaobchádzaniu s depresívnymi pacientami.....
Falošné rady.....
12 Medikamentózna terapia depresií.....
Kontraindikácie.....
Rutinné interné a orientačné neurologické vyšetrenie.....
Dávkovanie.....
Nástup účinku.....
Delenie dávok.....
Dĺžka terapie.....
Ukončenie liečby.....
13 Profil účinku antidepresív.....
Diferenciálna terapia pri určitých depresívnych syndrómoch..
14 Vedľajšie účinky.....
Srdcovocievny a obehový systém.....
Vegetatívne a všeobecné vedľajšie účinky.....
Psychické a psychosociálne vedľajšie účinky.....
Vedľajšie účinky zo strany CNS.....
Zmeny krvného obrazu.....
Varia.....
Antidepresíva a nebezpečie vzniku závislosti.....
15 Terapia s inhibítormi monoamínooxidázy.....
16 L-Tryptophan.....
Klinické aspekty.....
17 Infúzna terapia.....
Prednosti.....
Nedostatky.....
Praktické prevedenie.....
18 Spánková deprivácia.....
Praktické poznámky.....
19 Profylaxia a terapia lítiovými soľami.....
Predpoklady k liečbe a špeciálne upozornenia k th.....
Kontraindikácie,bezpečnostné opatrenia.....
Predbežné vyšetrenia-nastavenie-priebežné kontroly.....
Vedľajšie účinky:diagnóza a terapia.....
Prejavy predávkovania a intoxikácie.....
Alternatívy k terapii lítiom.....
20 K tzv.depresii rezistentnej na terapiu.....
Najdôležitejšie príčiny teraiorezistencie.....
Možnosti liečby terapiorezistentných depresií.....
Záverom.....
21 Skrátený zoznam najdôležitejších pojmov z oblasti depresií a ich synonymá.....
22 Prehľadné tabuľky:Antidepresíva a lítiové soli.....
Zoznam názvov preparátov.....
Monosubstancie.....
Kombinované preparáty.....
Preparáty,ktoré môžu byť nasadené nie iba ako antidepresíva..
Lítiové preparáty.....
23 Doporučená literatúra.....

Úvodom

Depresie sú trýznivé a preto obávané ochorenia.Sú i nebezpečné,zvlášť vtedy,keď prehliadneme latentnú suicidalitu.Ale i napriek tomu majú pri včas stanovenej diagnóze a adekvátnej terapii dobrú prognózu.Ošetrujúci lekár však potrebuje mnoho trpezlivosti,presviedčacej schopnosti i silu nervov a to zvlášť pri depresiách vyššieho veku.Čo sa týka príbuzných týchto treba nielen motivovať k cielenej spolupráci,ale o mnohých sa treba po týchto vyčerpávajúcich týždňoch a mesiacoch i starať.Pretože depresie-či už sa jedná o ich formu úpenlivo bedákajúcu alebo nemo strnulú,či hypochondricky sfarbené alebo sa jedná o utrpenie bez slovného doprovodu, s ťažiskom utrpenia buď na psychickej ,psychosociálnej,alebo somatickej úrovni,sú nesmiernou záťažou pre všetkých zúčast-nených vrátane ošetrujúceho lekára.

K diagnostickým a terapeutickým otázkam,ktoré sa vynárajú v tejto súvislosti sa pokúšajú výjsť v ústrety nasledujúce úvahy.Toto pojednanie vzniklo na základe pretrvávajúcich požiadaviek lekárov z praxe ako i činných na klinikách.Dominujúcimi budú podľa možnosti aktuálne témy podané prehľadným a prax rešpektujúcim spôsobom,ktorý dovoľuje rýchlu informáciu.

1. Ú V O D

Depresií pribúda a/alebo sú častejšie ako také diagnostikované. Ich závažnosť sa často podceňuje.Toto môže mať pri náhle sa prejavujúcej sa suicidalite závažné následky.Depresie patria k najobávanejším psychickým ochoreniam.

Predsa však ochorieť depresiou nemusí byť výrazom nezmeniteľného osudu.Dnešné možnosti liečby,obzvlášť moderné antidepresíva, ďalej psycho- a socioterapeutické postupy umožňujú úplne úspešnú terapiu-pri predpoklade správne stanovenej diagnózy.A o toto pôjde v komprimovanej forme v nasledujúcom texte.

DEFINÍCIA

Rozladenosť,deprimovanosť,tieseň,namosúr-enosť-,rezignovanosť sú všeobecné možnosti prežívania človeka.Pohotovosť k smútku je ürirodzeným spôsobom reagovania.Naproti tomu depresia je fenomenologicky konkrétne popísateľný chorobný obraz,syndróm s množstvom symptómov vo variabilnej kombinácii a vyjadrení.

Depresia je syndróm,ktorý sa skladá z rôzne intenzívne vyjadrených psychických,psychomotorických ako i somatických symptómov.

Dôležitým je určenie /stanovenie/ fenomenologického apektu/klinického obrazu/.

Pritom je dôležitá predovšetkým diferenciácia podľa druhu poruchy impulzácie/Antriebsstörung/:inhibovane-apatická,agitovane -úzkostná,larvovaná prípadne maskovaná.

KLASIFIKÁCIA

Pri rôznych depresívnych stavoch sa môžu objaviť rovnaké depresívne symptómy.Rozhodujúci význam mý väčšinou priebeh ochorenia.Okrem toho musia byť zohľadňované aktuálne konfliktové a záťažové situácie,premorbídna osobnosť,anamnéza,hereditárne faktory,psychické a somatické nálezy ako i celkový pracovný,rodinný a ekonomický rámec.

Napriek rozdielnym názorom a terminológii existuje určitý konsenzus.I keď súdnes viac ako inokedy v pohybe snahy o klasifikáciu, osvedčilo sa praxy vyhovujúce,globálne rozdelenie, o ktoré sa tu opierame.Tak sa v bežnej klinike a praxy diferencujú nasledujúce formy depresií /podľa Kielholza a spol./:

P s y ch o g é n n e d e p r e s i e

- reaktívna depresia /ako reakcia na zážitok,psychoreaktívna/
- neurotická depresia
- jednoduchý depresívny vývoj /napr.depresia z vyčerpania,depresia z vykorenenia/

E n d o g é n n e d e p r e s i e

- periodická depresia: iba depresívne fázy
- cyklická depresia:depresívne a manické fázysa striedajú väčšinou nepravidelne-/cyklothýmia/.
- Involučná depresia: neskoro začínajúca,väčšinou periodická depresia.

S o m a t o g é n n e d e p r e s i e /majúce telesný podklad/.

- organická depresia:majúca podklad v štrukturálnych zmenách mozgu
- symptomatická depresia:sprievodná depresia a následok primárne telesného,predovšetkým extracerebrálneho ochorenia

PRIEBEH:Vo väčšine prípadov depresívny klinický obraz úplne odozneje.

Môže sa však znova objaviť.Nie sú následné zmeny osobnosti.

ČASTOSŤ VÝSKYTU

Obyvateľstvo všeobecne:
Častosť výskytu depresívnych stavov medzi obyvateľstvom sa dá iba odhadovať.Výsledky vyšetrení sledujúcich túto problematiku veľmi kolíšu,a tol podľa špecifík kladených otázok a metodologickej východiskovej polohy.Väčšina výsledkov je rozptýlených v rozsahu 11 až 30 %,čo najskôrf zodpovedá realite.

Prax všeobecného lekára:
V poslednom čase sa vo zvýšenej miere a množstve vyšetrovali pacienti- všeobecných lekárov.Podľa toho-ktorého metodologického prístupu sa každý štvrtý až tretí pacient hodnotil ako psychicky narušený. Podiel depresívnych stavov bol medzi 10 a 23%.

/// Predpokladá sa,že asi každý desiaty až šiesty chorý,ktorý konzultuje svojho lekára,trpí depresívnymi rozladami rozdielnej int-enzity a genézy. ///

Vyšterenia na nepsychiatrických klinikách zamerľané na túto problematiku,predovšetkým na interných oddeleniach ešte viac presahujú tieto pereentuálne údaje.

Neurologická prax
/Nervenpraxis/.Tu depresie predstavujú zďaleka najčastejšiu formu ochorení:medzi 35 až 5o% všetkcých pacientov.Dve tretiny z nich sú ženy.

Záver:
Všetky tieto poznatky potvrdzujú starú neuropsychiatrickú domnienku:
- i nepsychiater má často do činenia s psychicky chorým-a to častejšie,ako sa sám domnieva.
- u nemalej časti mu ostáva psychické pozadie ukryté.

II.. K DIAGNÓZE DEPRESÍVNYCH STAVOV

P r í s t u p k d e p r e s í v n y m ľ u ď o m .

Vonkajší aspekt
sprostredkúva radu viac, či menej charakteristických údajov.Na mnohých pacientoch /i keď nie na všetkých,napr."smejúca sa depresia" -na tvári lehký úsmev,hluboký v srdci ~~XXXX~~ žal-/sa dá ich melanchólia vidieť:pôscbia deprimovane,bez nálady,zúfalc,úzkostne pudený,aledbo psychomotericky inhibovaný,ťažkopádne,dekoncentrovaní,bez iniciatívy,bojazlivo,predovšet-kým ale bezradne čo sa týka množstva psychických,telesných a psychcsociálnych problémov posleddného obdobia.Často sa pacienti týždne alebo mesiace vliekli kol dokola s mätúcimi symptómami,ktorě sa vysvetľovali stresom,prepracovanosťou,ako problémami s prispôsobením sa,situáciou"je najvyšší čas ísť na dovolenku" a pod.

/// Slzy a plač sú pri ťažkých depresívnych stavoch-obzvlášť endogénnej ganézy spočiatku skôr zriedkavými.Schopnosť k uvoľňujúcemu úlavujúcemu plaču- sa dostavuje často až v priebehu medikamentóznej a psychoterapeutickej liečby.Slzy sú prognosticky priaznivým znamením, i keď to neinformovaní príbuzní nesprávne interpretujú spočiatku ako zhoršenie.

Po telesnej stránke
pôsobia pacienti niekedy predčasne zostárlý,čo spätne pôsobí na ich obavy a úzkosti: zhrbený postoj,ťažká chôdza,ochudobnená mimika,unavená alebo roztržitá gestikulácia,bledosť,ochabnutá a zvráskavelá pokožka,unavený výraz tváre,zastretý pohľad,lámavé,suché vlasy bez lesku,tichý a monotónny hlas A pod.

Niektorí chorý pôsobia neupravene,sú neoholení,nedbalo oblečení, medziľudské vzťahy sú im ľahostajné,sú bez účasti,majú rozlady,sú podráždení až nepriateľsky vyslovene naladení toto všetko často v zrejmom protiklade k ich pôvodnému zjavu a správaniu.Mnohí pacienti, ktorí mali povesť- svedomitých,zodpovedných,korektných,presných,poriadnych a v každom prípade usilovných,solídnych a ochotných pomôcť musia zrazu vynakladať námahu aby si udržali tieto pozitívne privlastky.

Treba však mať vždy na zreteli:v prípade,ak tomu tak je,uľahčuje to potom diagnózu.Sú však i takí depresívny,na ktorých ani lekár nič n nespozná a o ktorích ani ich príbuzní nereferujú žiadne podstatné zmeny.Tu potom treba klásť cielené otázky.Dôraz leží na "pýtaní sa".To preto,že mnohí,hlavne psychomotoricky inhibovaní pacienti pôsobia vyslovene ako- byboli skúpy na slovo a odpovedajú jednoslabične.To môže byť- dôvodom chybného hodnotenia či posudzovania stavu.

Práve vo vyššom veku môžu byť depresívne stavy tiež- výrazom telesného ochorenia.Výkyvy nálad predchádzajú občas prepuknutie organického ochorenia.Preto je interné a orientačné neurologické vyšetrenie nielen bazálnym somatickým progr-amom pri depresiách,/Viď tab.č.1/, ale i dobrým,strach a úzkosť zmierňujúcim vstupom na ukľudnenie iritovaného pacienta.

Tab.1:Bazálny somatický program pri depresiách.

Telesné vyšetrenie/anamnéza,internisticko-neurologické/,púlz, TK,FW,KO a diferenciál,Moč plus sediment,hepatálne a obličkové testy elektrolyt-v/K,Ca/,glykémia,WR,hladina Fe v krvi,/event./,vyšetre-

elektrolyty/K,Ca/,glykémia,BWR,Fe v krvy,/event./,ff.GTH.

U pacientov nad &50 rokov s pozitívnou anamnézou:EKG,EEG, RTG hrudníka prípadne lebky a v prípade potreby CT.

Čo sa týka správania sa k duševne chorému je čas tým najdôležitejším,čo môže a má mať lekár k dispozícii.Pocit zneistenia má už i každý somatický pacient,avšak duševne chorý je zmätený,bezradný,vystrašený a vo svojom vnútri môže pociťovať intenzívnu paniku.Nikto ho nechápe,nakoľko on sám seba chápe najmenej.Pozorne sa tu musia registrovať prejavy ako- váhavosť,strhávanie sa,rozrušitosť a neistota,zárazy,nedokončené vety,rezignovane pôsobiace výroky atď./na spôsob,že"čo vypovedá pacient tým,že to nevypovie". Treba starostlivo pátrať, a nepríjemné/napr.zníženie výkonnosti/ alebo trapné situácie/napr.sexuálne zlyhanie/zmierniť niekoľkými uklud-ňujúcimi,zmierlivými,vysvetľujúcimi- v každom prípade však podpornými poznámkami.

Preto najdôležitejším krokom pri prvom kontakte je nevyslovený ale zreteľne vyslaný signál:Mám na vás čas. Prvé minúty v podstatnej miere rozhodujú o tom,či sa dokáže vytvoriť vzťah dôvery.Nebudeme teraz strácať čas popisovaním psychodynamiky vzťahu lekár-pacient, ale uvedi-eme k to-muto niekoľko podnetov.Navonok sa zdajú byť nepodstatné,majú však elementárny význam.K nim patrí:

- Signalizovať záujem,prejavovať náklonnosť,"čas nehrá žiadnu rolu" /pri tomto postoji sa dostaneme predsa len rýchlejšie k cieľu ako v nejakom tenznom a hektickom prostredí/,
- odložiť z ruky pero,pohodlne sa oprieť o operadlo stoličky,snažiť sa o to,aby vyšetrujúci sám pôsobil uvoľneným dojmom,pripravený prijímať informácieod pacienta,
- snažiť sa o zrakový kontakt,častejšie/ale nie schématicky/ opakovať v priebehu rozhovoru meno pacienta.

Je treba pozorne registrovať prvé vety dialógu.Majú obyčajne väčšiu výpovednú hodnotu /informačnú/ ako zbytok rozhovoru.Treba dobre počúvať bez toho,aby vznikol dojem nátlaku.Treba sa pokúsiť "vžiť" do pacienta a histórie jeho utrpenia t.j.preniesť sa do jeho života. Potom sa stratí i problematická tendencia k posudzovaniu núdze iného vlastnými hodnotiacimi kritériami.Keď pacient vyciti,že sa hodnotí podľa meritok platných pre zdravých ,dotknute,rezignovane alebo s pocitom viny zmĺkne.Rozhodujúcim nie je to,že čo "by sa"mohlo /"len keby sa chcelo"/,ale to,čo už pacient v dôsledku svojho ochorenia nedokáže.

Spočiatku bude celkom možné,že lekár hovorí viac ako/napr.psychosomaticky inhibovaný/pacient.Patrí k tomu i to,že mnohí pacienti

pociťujú svoj mnohovrstvový chorobný obraz tak mätúco,nepochopiteľne a nesúvisle,že radšej mlčia,ako by sa mali "znemožniť".A kto by vôbec povedal,že rozladenosť,zníženie výkonnosti,tendencia k hlbaniu,pocit hrče v krku,bolesti srdca a chrbtice,poruchy potencie, pocit ťažkých- nôh,pocit menejcennosti,vinymôžu patriť jednému a tomu istému chorobnému obrazu.Okrem toho sú oslabené elementárne kognitívne schopnosti,pomocou ktorých sa vo všeobecnosti zvykne robiť obraz i o sebe samom.Tohoto sa týka už spomínaná rada o opatrnom a cielenom pátraní po symptómoch.

Aj otázky,ktorými vstupujeme dol rozhovoru musia byť vhodne zvolené.Väčšinou sa začne s tými výkyvmi zdravotného stavu,ktoré sú prítomné každý deň a nemajú pre pacienta charakter výraznej záťaže: pocity napätia,tlaku v hlaved,nechutenstva,poruchy spánku,bolesti krížov a pod.Na strane.....je prehľad najdôležitejších obtiažní somatického rázu,z ktorých sa dajú odvodiť ďalšie "sociálne nezaťažujúce" chorobné príznaky.Pri bolestivých syndrómoch sa ešte zvykne poznamenať,že analgetiká neviedli k žiadnej citeľnejšej úľave.

Bazálne symptómy:

Teraz-sa dá priblížiť k tej časti depresívneho syndrómu,ktorá je interpretovateľná psychicky a psychosomaticky/Vid str...../.Pritom sa majú prebrať predovšet-kým určité základné príznaky choroby tak,ako je to uvedené v nasledujúcich z rôzneho aspektu vypracovaných otázok:

- dokážete sa ešte tešiť?
- Ťažko sa rozhodujete?
- prestali vás zaujímať veci,ktoré predtým pre vás veľa znamenali?
- Ste vo zvýšenej miere zádumčivý?
- trápi vás pocit,že váš život stratil zmysel ?
- cítite sa unavený,malátnyubitý bez primeranej predchádzajú - cej záťaže?
- zle spíte v poslednom čase?
- mávate zrazu nejaké pocity tlaku,nepríjemné papocity,bolesti obzvlášť v oblasti hlavy,hrudníka,chrbta?
- Trpíte nechutenstvom ,prípadne úbytkom na váhe?
- Sú problémy v sexuálnej oblasti?

Aby sme sik učinili postupne komplexný obraz,je treba zhromaždovať ďalšie

Auto-a heteroanamnestické dáta.

Vyvolávajúca príčina:

Je explorovateľná v súvislosti s terajším alebo predchádzajú-

stavmi nejaká vyvolávajúca udalosť ? Nemá však význam tá skutočnosť, že,či sa táto udalosť zdá byť lekárovi významnou ,alebo nie.Rozhodujúcou je mierea zaťažiteľnosti postihnutého resp.jeho reakcia.

Organické alebo medikamentózne príčiny:

Aké organické ochorenia boli doteraz zistené /somatogénna depresia?/.Aká medikamentózna terapia bola nasadená,alebo ešte prebieha /farmakogénna dpresia?/.Pri tomto sa odporúča,aby tieto otázky z psychického aspektu dajúce sa považovať za nezákerné,boli položené na počiatku vyšetrenia a to z toho dôvodu,aby sa zabránilo znepokojujúcemu pocitu ,že sa pátra po diagnóza "duševného ochorenia".

Reaktívne,alebo neurotické faktory:

Sú alebo boli v živote pacienta udalosti,ktoré ho duševne ,alebo psychosociálne zaťažujú a ktoré sú v podstate stále prítomné?

Stav vyčerpanosti:

Je vystavený pacient trvalej záťaži alebo pretrvávajúcej stresovej situácii,napr. v partnerstve,rodine,so susedmi v povolaní?

Priebeh a endogenita:

Prekonal pacient v minulosti raz alebo viackrát depresívne alebo manické alebo maniformné fázy? /event.viazané na určité ročné obdobia?/ U žien je významné zvlášť obdobie po tehotenstve.

Heredita a dispozícia:

Dá sa zistiť u pacineta záťaž v zmysle psychických porúch alebo ochorení zo strany širšieho príbuzenstva,starých rodičov,rodičov alebo súrodencov? V tejto fáze treba začať so vzdialenými príbuznými, i nechať pacientovi dostatok času k premysleniu si otázky a tiež využiť údaje heteroanamnézy.Nesmie sa hneď prechádzať na otázky o event. suicidálnych pokusoch alebo pobytoch v psychiatrických zariadeniach. Treba prebrať najprv indiferentné-indiferentným spôsobom otázky týkajúce sa výkyvoch pocitu normálneho zdravia ako napr.poruchy spánku,stavy úzkosti,ďalej "osudové rany","nervové zrútenia" a pod.

Nebezpečie suicídia:

~~Pokúsil sa až~~ nikedy vo svojom živote o suicídium? Podnikol k tomuto tajné prípravy?Čelil iba ťažko suicidálnym úvahám? Udialo sa alebo traduje sa niečo podobného v bližšom alebo ďalšom príbuzenstve?

DIFERENCIÁLNODIAGNOSTICKÉ PROBLÉMY VYŠŠIEHO VEKU.

Diagnostika depresívnych syndrómov a ich nozologickézaďlenenie je vo vyššom veku mnohokrát ťažšie ,ako u mladších pacientov. Je tomu tak hlavne preto, lrbo v prvom rade endogénne depresie druhej

druhej polovoce života sa v mnohých ohľadoch odlišujú od depresií -hlavne čo sa týka ich symptómového profilu od depresií mladšieho veku.V nasledujúcom ide o zhrnutie spomenutých faktov:/modifikované podľa Lautera a Zimmera/.

1./ Zmena syndrómu:

Symptómy,ktoré sú viac či menej typické pre depresiu,môžu vekom vyblednúť.Namiesto vitálnej trudnomyselnosti či stiesnenosti prichádza často neurčitá úzkosť,morózne rozlady,podráždenosť všeobecná neurastenická nevôľa ako i ťažko vysvetliteľné stavy zlyhania.Namiesto porúch kvality spánku so skorým ranným prebúdzaním sa,výkyvmi nálad v priebehu dňa,anorexiou,chudnutím,zmenou telesného schématu nachádzame u starších pacientov skôr stavy slabosti, vyčerpanosti,ako i ťažnosti na určitú ohraničenú somatickú funkčné poruchy,ako napr.:srdcovocievneho systému,tráviacich orgánov/.Ešte častejšie,ako je tomu v mladších rokoch,dávajú podnet k tomu,aby sa uvažovalo o nejakom telesnom ochorení/larvovaná depresia/.Zriedkavejšie sa tu stretávame tiež s bludmi ochudobnenia,viny či zhrešenia ale za to o to častejšie s hypochondrickými obavami,ktlré sa tématizujú okolo vlastného organizmu a jeho funkcií a dokžu niekedy vziať na seba tú nejskurilnejšiu podobu.

2./ Nesprávne patogenetické hodnotenie:

Zážitky strát sú vo vyššom veku bojné.Vo väčšine prípadov sa spracovávajú v zmysle normálnej smútkovej reakcie /vid str..... diferenciálna diagnóza medzi smútkom a depresiou/.Ak však predsa len dôjde k dlhšie pretrvávajúcim depresívnym reakciám tak,ako tomuaj často býva v tomto období života,ostáva síce obsahová súvislosť medzi vyvolávajúcou udalosťou a depresiou väčšinou zachovalá,býva tu však tiež možný zdroj omylov.Preceňuje na patogenetický význam biografickej záťaže a uspokojuje sa s diagnózou reaktívnej depresie.Pri tom sa však predsa len môže jednať o endogénnu depresiu, vyvolanú danou osoudovcu ranou a tým pádom aj o celkom rozdielny terapeutický prístup ako v prípade depresívnej reakcie.

Preto býva nápomocným,keď sa cielene zisťuje výskyt kvárivej, mučivej a cudzorodej melancholie,ktrá sa nedá,alebo iba nedostatočne zmierniť interpersonálnym príklonom.Avšak nielen duševné záťaže rózneho druhu,ale i rôzne telesné choroby,následky úrazov a nie v neposlednej rade aj lieky/multimorbidita a polypragmázia vo vyššom veku/môžu vyvolať depresiu a zároveň ju aj maskovať.

3./ Vplyv cerebrálnych organických symptómov:

Práve u starších ludí sa zisťujú často ukazovatele organického ochorenia mozgu a to nie iba jednoznačným spôsobom na základe psychopatologických symptómov resp,výsldkov psychologických vyšetrení ale aj neurorádiolcgicky a i inak. Táto viacvrstvovosť môže byť príčinou neadekvátneho zohľadnenia psychického podielu, jeho nesprávneho posúdenia,resp.zbavenia sa problematiky jednoducho tým,že sa označí za reakciu.V treťom veku sú však paralelne prítomné naraz viaceré ochorenia a to často.Tak môžu predovšetkým depresiu spustiť degeneratívnedx ochorenia CNS,ktorá potom získa úplne samostatný priebeh.Reagovala by dobre na antidepresíva v prípade,keby sa dospelo k tomu,aby sa nasadili.Nakoniec sa občas zvykne príliš rýchlo stanoviť predovšetkým organického psychosyndrómu,počínajúcej demencie,alebo "mozgovej arteriosklerózy".V skutku správanie a prejavy strašieho človeka trpiaceho depresiou môže pôsobiť monotónne ,spektrum záujmov redukovane a štru-ktúra osobnosti ako ustrnulá.Nesprávnym smerom zvádzajú i narastajúca zábudlivosť, psychomotorická spomalenosť,zúženie rozsahu myslenia,,úzkostný nepokoj,hypochondrické obavy a poruchy vnímania vlastného tela /Leibgefühlsstörungen/,občas dokonca i groteskné nihilistické bludné výtvory.Tu je rýchlo stanovená diagnóza demenentného procesu- a to so všetkými svojimi následkami.V skutočnosti sa však jedná v nemálo prípadoch o tzv " depresívnu pseudodemenciu",ktorá obraz demencie iba predstiera a zavádza na chybnú terapeutickú koľaj ,prípadne ústi do terapeutického nihilizmu. /Vid str...../.Pritom dávka antidepresív by obraz demencie postupne zatlačila do pozadia.

DIFERENCIÁLNA DIAGNÓZA MEDZI SMÚTKOM A DEPRESIOU

Rozlíšenie medzi depresiou a smútkom sa stalo ťažkým,po tom, ako si sťažujú psychiatri-samotné WHO stanovilo ideálnu formu duševného zdrfavia tak vysoko,že už každé občasné psychické cítenie sa zle,každý výkyv od euthýmie pod záťazou- dňa už má tendenciu byť štylizovaný ako psychická choroba.Pritom veselosť a smútok patria k emocionálnym pólom každého zdravého duševného života.Kde však končí smútok a deprimovaná nálada a kde začína depresia ako ochorenie?

S m ú t o k

Smútok je normálna reakcia na závažú stratu alebo osudovú ranu, vo väčšine prípadov sa jedná o smrť milovaného človeka. Môže sa však

"navonok" jednať aj o menej dramatické stratay. Treba sa pritom vyvarovať hodnotenia podľa vlastých mierok-obzvlášť vo vyššom veku. Čo a aký význam má v živote jedného človeka a miera smútku,ktrá sa prejaví pri strate onoho,je personálnym fenoménom,ktorý sa vo väčšine prípadov vymyká "objektívnemu" hodnoteniu.Tak smrť nejakého domáceho zvieraťa alebo strata alebo zničeinie nejakého predmetu, väčšinou rýchle nahraditelné- nie však v obsahu svojho individuálneho významu-pre postihnutého človeka.Ak sa v takomto prípade ten, ktorý utešuje pridŕža iba týchto "objektívnych" meritok /hodnotových/, nielenže neposkytne žiadnu útechu,ale môže postihnutého roztrpčiť a seba samého dislokovať do úplne negatívnej pozície,nakoľko sa mu "každý pokus o porozumenie vzdaluje".Osvedčuje sa tu staré pravidlo:najprv treba zistiť individuálnu hodnotu straty.A potom neutešovať iba povrchne a povzbudzovať alebo snažiť sa relativizovať stratu ,ale-skôr ticho súcitiť.Delené,alebo lepšie zdielané utrpenie je polovičným utrpením,zatiaľ čo nepochopené,aöebo spochybnené utrpenie bolí dvojnásobne.

Aj pri "jednoduchom smútku" môže dôjsť k vyjadrenému depresívnemu syndrómu s pocitmi ubitosti,stiesnenosti a sprievodnými príznakmi ako nechutenstvo,strata na váhe a poruchy spánku.Ak sa pri smútku vyskytnú pocity viny,potom krúžia spravidla okolo dodatočne zvniklých pochybností na základe predchádzajúcich konflitov,hádok,tenzií, Ak sa objavia myšlienky na smrť,tak sa obvykle obmedzujú na úvahy že by možno bolo lepšie byť tak isto mŕtvym,prípadne odísť spoločne s umretým.Tieto myšlienky predsa len nezvyknú získať rozsah difúznych,alebo dokonca konkrétnych suicidálnych fantázií.V každom prípade však postihnutý považuje svoje pocity v rámci svojej depresívnej rozlady za "normálne",i keď-napr.k zmierneniu svojich potiaží s usínaním vyhladá pomoc.

Tiež môže dôjsť k tomu,že reakcia na stratu sa nedostaví ihneď: občas-i keď sa to stáva zriedkavo,môže sa objaviť až po týždňoch, alebo o dva až tri mesiace neskôr. Doba trvania "normálneho" smútku je-vždy podľa kulturálnych a osobnostných východiskových pozícií-veľmi rozdielne.Pod pojmom spracovávania smútku popisuje psychoanalýza onen proces odohrávajúci sa vo vnútri duše,pri ktorom sa postihnutý pokúša pomaly odpútavať od svojej osobnej straty.V priebehu spracovávania smútku sa zmenšuje záujem o vonkajšie udalosti,ďalej výkonnosť,aktivita,vzťah k druhým ľudom a podobne.Ak sa nepodarí spracovanie smútku a nedôjde k žiadnemu/pravému/ skutočnému trvalému riešeniu,môže dôjsť k dlhšietrvajúcim /neuroticky determinovaným/ s

depresívnym alebo psychosomaticky interpretovateľným stavom.

D e p r e s i a :

Prechod od smútku k depresii je často plynulý,nazriedka je tomu tak práve vo vyššom veku.Toto sa týka obzvlášť reaktívnej depresie.Vo všeobecnosti sa od normálneho smútku odlišuje svojou intenzitou a/alebo trvaním depresívnej symptomatológie.Väčšinou sa nejedná iba o jeden jediný podnet,ale o celý súhrn mnohorakých motívov. Často k poslednému podnetu dochádza v stave zvýšenej citlivosti alebo v období oslabenej reakčnej pohotovosti.Potom môže dôjsť k vypuknutiu reaktívnej depresie a za istých okolností i k suicidálnem impulzom. Preto môže odlšenie spósobovať niekedy problémy.Nasleduje niekoľko údajov,ktoré uľahčujú diferenciálnu diagnózu:

Na depresívnu poruchu chorobnej kvality treba myslieť

- keď rozlada trvá neprerušene a dlhšie,ako iba niekoľko dní,
- keď chorý sám ju prežíva resp.pocťuje ako mučivú,zčasti ako cudziu a ktorej sa nemôže zbaviť
- keď nie je modulovateľná bežným spôsobom zvonku t.j.vplyvom sociálnych kontaktov,
- ak sa stane pre pacienta tak naliehavou,že v dôsledku tejto pretrvávajúcej rozlady vyhľadá pomoc.

V skutku posledný poznatok je starý,jednoduchý a nie neoddôvodnený odlišujúci faktor: Kto je "iba" smutný,nájde k lekárovi.

Tab.2: Depresívny syndróm:psychické symptómy.

Smútok:

rozladenosť,/"deprimovanosť"/,rezignovanosť,pocit nešťastia, stiesnenosť,ubitosť,zúfalosť,mučivý pocit,trudnomyseľnosť/melancholia/,hlboké vzlyky,tiché poplakávanie až k erupciám zúfalstva so záchvatmi plaču.

Bezútešnosť:

Neschopnosť prežívať slasť či pôžitok,pocit presýtenosti,neutešená nálada,neschopnosť tešiť sa alebo vôbec niečo pociťovať-dokonca ani len smútok,neschopnosť plakať /"smútok bez sĺz"/

Strata záujmov:

Zúženie spektra záujmov,strata záujmov,nakoniec úplné ochudobnenie a lahostajnosť na všetkých úrovniach /"fádnosť","prázdnota"/

Strata viery:ústup schopnosti religióznej viery /modlenie sa,chodenie do kostola/ až k úplnej strate schopnosti veriť/čo je ďalším zdrojom utrpenia pre veriacich pacientov/.

Strata energie:

Pasivita,slabosť,strata sily,ľahká a rýchla unaviteľnosť,strata iniciatívy,svižnosti a pudenia,strata vôle,zvädnutosť,nevýraznosť, až apatickosť,občas stupor /"skamenelosť"/

Vnútorný nepokoj:

Nervozita,roztržitosť,vibrovanie,pocit napätosti,pudenie k prázdnej činnosti,bezcielne alebo nepokojné pudenie kol dokola /agitovanosť/,bedákanie,obviňovanie,upínanie sa /zvýšená nebezpečenstvo suicídia/,

Sklúčenosť,smútok:

pocity malomyseľnosti,zúfalosť,bezradné sťahovanie sa,zvýšená iritabilita,pesimizmus,negatívny spôsob nazerania na veci /"cez čierne okuliare"/,preceňovanie všetkých problémov,pocit bezvýchodiskovitosti,pocity beznádeje a bezmocnosti /nebezpečie suicídia!/, deštruktívny životný postoj /resp.prístup k životu-d.Lebenseinstellung/,fatalizmus,neochvejné hľadanie všetkého negatívneho,

Pocity menejcennosti:

Všeobecná neistota,nedostatočné sebahodnotenie /sebadôvera/, negatívne sebahodnotenie,pocity malosti/pritom však na druhej strane nadmerné požiadavky na seba s nekritickým sebapreceňovaním a tým nebezpečenstvo programovaného zlyhania/,mentalita typu buď-alebo,

Stavy úzkosti:

pocit nepotrebnostialebo státtia v ceste,neakceptovania či toho,ktorého nemajú radi,nutkavé obavy /fóbie/ alebo neodôvodnené /bez motívu/ strachy /obavy/ až k panickým atakám.

Nutkania:

nutkavé myslenie,nutkavé konanie,nutkavé obavy

Spôsob emocionálneho prežívania:

senzibilita,ľahká zranitelnosť,urážlivosť,nespokojnosť,vyčítavosť a káravosť /teda tendencia k tomuto/,pocit nepochopenia okolím, malého priklonu okolia,zníženej lásky a starostlivosti,rýchle a bezprostredné reagovanie formou zúfalstva

Dráždivosť:

Rozladenosť,"zle naladený",namrzený,závistlivosť,smutný až agresívny,prípadne skryte alebo otvorene nepriateľský /obzvlášť starší depresívny/,

Poruchy koncentrácie:

pomalé,zdĺhavé,ťažkopádne,namáhavé myslenie,myšlienkové ochudobnenia,zdĺhavosť,zárazy,poruchy pozornosti,zábudlivosť,"pocit prázdnoty v hlave" /pociťované ako trápne a u intelektuálov možnosť suicídálneho konania/

Nerozhodnosť:

nestálosť,rozdvojenosť,nerozhodnosť,váhavosť,pocit potreby domyslieť všetko až do konca,bezcielnosť,úzkostlivo zvyžujúci,neplodné vstupy do diskusie /čo býva zdrvujúce pre príbuzných a spoluzamestnancov/.

Tendencia k hĺbaniu:

sústavné zotrvávanie natých istých obsahoch myslenia so sťaženou zmenou myšlienok /tém/,bývajú však aj asociačné skoky,neschopnosť zotrvať pri probléme,neschopnosť domyslieť veci do konca,cirkumskriptné myslenie /krúženie myšlienok okolo tej istej témy-Gedankenkreisen/,hĺbavosť.

Pocity viny:

Preceňovanie skorších alebo aktuálnych udalostí/väčšinou nepatrných chýb/,čo býva často nadmerne prehnané,nezriedka neoddôvodnené, s pocitmi viny spracovávané zlyhávanie alebo neschopnosť-ktoré sú podmienené chorobou,myšlienky zhrešenia,zčasti sebaobviňovania bez dôvodu /pertnerstvo,manželstvo,povolanie,ba dokonca až kriminálne činy./.

Vzťahové poruchy:

Strata emocionálnych vzťahov a pocitov k iným/"emočná vyprázdnenosť"/,ústup schopnosti empatie a prežívania,úzkostné registrovanie narastajúceho odstupu k prostrediu /"ochladnutie","múr","hrobka", "sklenená stena","sklenený zvon" a pod./,pritom však narastajúci požadovačný postoj vyžadujúci nadmerný príklon a lásku,zčasti v bedákajúco-obžalovávacom tóne.

Myšlienky o schudobnení:

nemať sa s čím pochváliť.nič nevlastniť,v dôsledku svojej choroby iba peniaze míňať,poškodzovať nemocenskú poisťovňu,vystavovať rodinu nebezpečiu núdze,mediálnym idei schudibnenia až po ruinačný blud /"nemám už ani haliera","som na dne"/

Vnútorná prázdnota:

Odumretie všetkých pocitov,cit necitlivosti,všetko je akoby prázdnezaujaté,utlmené,vyprahnuté,zaťažujúce,"telesný smútok","mŕtvy".

Hypochondrické obavy:

Nadhodnocovanie prítomných a/alebo nedokázateľných duševných, predovšetkám však telesných potiaží až k chorobnému prežívaniu zmätených,nepochopiteľných zmien.

Paranoidné-skreslovanie významov:

Vzťahovačné myšlienky:strach pred tajnostkárstvom a ohováraním,

Vzťahovačné myšlienky,strach pred tajnostkárstvom a ohováraním,nedôverčivosť,myšlienky o prenasledovaní /skôr úzkostné a tiesnivé/,občas depresívnemu ladeniu zodpovedajúce zmyslové klamy-predovšetkým akustické /"vnútorné hlasy","hlas svedomia",ale i obrazy a ilúzie/.

Zážitky odcudzenia:

Depersonalizácia/"už som to nie ja "/,derealizácia/všetko je neskutočné,cudzie,odťažito ireálne,časová dystorzia /v mánii zrýchlenie,depr.spomalenie.

Chábajúci pocit choroby:

napriek masívnym poruchám často nie je prítomný žiaden náhľad choroby,obzvlášť pri dominujúcich pocitoch viny /blud previnenia/, skôr je to vyčkávanie na trest "zhora",odmietanie liečby /"som vinný,nie chorý"/.

Nebezpečie suicídia:

akceptovanie iba negatívnych stránok života až k jeho negácii, túžba po odstupe,zabudnutí,pokoji,prestávke,"spánku",nakoniec "už viac nechcem žiť"/"nechajte ma ísť"/.

Tabuľka 3: Depresívny syndróm: somatické prejavy

Poruchy spánku:

Napriek únave poruchy zaspávania a priebehu spánku,skoré budenie sa/"Na svitaní"/,nekľudný,prerušovaný spánok,ťaživé sny.-Občas sa vyskytuje aj zvýšená potreba spánku/častejšie však"útek do postele"zadumanosť/

Poruchy apetítu:

nechutenstvo sostratou na váhe,niekedy rapídnou ,v krátkom časovom úseku ;občas sa vyskytne aj zvýšenie chuti do jedla /a silný smäd/,dokonca až pažravosť so stratou schopnosti kontroly

Gastrointestinálne potiaže:

Nevoľnosť,nauzea,pocit plnosti,meteorizmus,flatulencia,pálenie záhy,singultus,/kyslé/ grganie,povlečený jazyk.-Tlak v žalúdočnej oblasti,spastické žalúdočno-črevné potiaže,pásovité alebo difúzne sa meniace bolesti v brušnej krajine,obstipácia alebo hnačka

Bolesti hlavy:

Difúzny tlak v hlave alebo bolesti hlavy rozličnej lokalizácie: väčšinou tlak na alebo za očami,spazmy v oblasti šije a hlavy až k čelu,"pocit nasadenej helmy","obruče"/

Oči:

Astenopické potiaže,sťažovanie si na nesprávnu alebo nedostatočnú korektúru vízu,chronické zápaly predných oddielov oka,zlé videnie bez objektivizovateľného nálezu,svetloplachosť,odklony okohybných svalov,dvojité videnie a pod.

Zuby:

bolesti zubov napriek nenápadnému nálezu,obzvlášť "neustále zle pasujúca zubná náhrada"-napriek opakovaným odborným zásahom

ORL oblasť:

Pocit globu alebo škrtenia v krku/"knedla"/,pocit tlaku v oboch ušiach,rôzne zvuky v ušiach /zvonenie,šumenie/,bolesti,zníženie sluchu bez organického nálezu,zintenzívnene pri existujúcej hypakúze,precitlivelosť na hluk

Dýchanie:

pocit tiesne na hrudníku siahajúci až ku krku.Tlak na hrudi, "pocit obruče",pocit nedostatku vzduchu,"dychový korzet resp.pocit nasadeného korzetu/,dušnosť,dýchavičnosť,plytké dýchanie,nepravidelný rytmus dýchania,ťaživé dýchanie,"psychogénny"kašeľ

Kardiálne senzácie:

Bolesti v oblasti srdca/pichanie,pálenie,klepanie,tlak,búšenie/, praekordiálna úzkosť,tachykardia,extrasystolia,arytmia,"búšenie srdca pociťované až v krku"

Obehové poruchy:

mihotanie pred očami,závrate,poruchy koordinácie,"mäkké kolená",tendencia ku kolapsom,"ako na vate"

Svaly a kostra:

svalové spazmy v oblasti pliec a ramena,bolesti chrbta ale predovšetkým šije,bolesti zhybov a svalov,zčasti exaktne lokalizované,zčasti difúzne,zčasti migrujúce

Poruchy mechúra:

dysúria,časté nutkanie na močenie,pocity tlaku a ťahania v mechúri,inkontinentio urinae

Všeobecné papocity:

pocity ťaju,trhania,šklbania,akoby pichania ihlami,mravenčenia, "tupý pocit",zčasti difúzne,zčasti lokalizovane,zčasti migrujúco. Pocit tiaže a nepokoja v nohách;pocit so sebou vláčenia nejakej záťaže

Koža a sliznice:

pálenie jazyka,nepríjemná chuť v ústach,foetor ex ore,sucho/vid dalej / v nose/sklon ku krvácaniu z nosa/ ako i v oblasti úst a hltana / a čo už pred započatím terapie antidepresívami ktorá tieto príznaky ešte naviac zhoršuje/.Suchosť vaginálnej sliznice.-Precitlivelosť kože,nejasné "svrbenie",redukovaný turgor,suchá a bledá koža

Vegetatívum:

Návaly tepla /valungy/,zimomravosť,chvenie,precitlivelosť k ~~[illegible]~~ na pokles teplôt /obzvlášť na teplo ale i na chlad/, rýchle zčervenanie "hektické fľaky"-hektische Flecken/,studené končatiny.-Znížená telesná teplota,znížený bazálny metabolizmus,kolísanie krvného tlaku - vid hore/

Sekrécia sĺz a potu:

Zníženie sekrécie sĺz/zahmlený pohľad bez lesku/"smútok bez sĺz"/, znížené vylučovanie potu,avšak i intermitentná lokálna a generalizovaná hyperhidróza

Sexualita:

občas počiatok s "psychickým ochladnutím /schladnutím/" v interpersonálnej oblasti,potom poruchy libida a potencie /poruchy erekcie, frigidita/,fluor vaginalis,potiaže z genitálnej oblasti,poruchy menštruácie až k amenorei,bolesti pri pohlavnom styku /vid hore/

Všeobecný dojem:

tichý,monotónny hlas s často klesajúcou intonáciou;/melodičnosťou/ zvädnutý a unavený výraz tváre,Veraguthova riasa.-Lámavé,strapaté vlasy bez lesku;mdlé a malátne pohyby,zhrbené držanie tela,ťažkopádna chôdza; všeobecne znížená telesná sila a výkonnosť

Tabuľka 4: Depresívny syndróm:psychosociálne následky

Oblasť medziľudských vzťahov:

Redukcia kontaktov s partnerom,deťmi,priateľmi,príbuznými,susedmi, kolegami a iné.Tým pádom nebezpečenstvo izolácie,prerušenia starých vzťahov,emočná osamelosť,stiahnutie sa z prostredia,predovšetkým u naliehavo-obviňujúcich,hypochondrických a starších pacientov.Mnohoraké problémy v bližšom i vzdialenejšom prostredí,napr. v hygienickej oblasti /zanedbávanie oblečenia a telesnej hygieny/

Povolanie:

Neschopnosť vyporiadať sa s každodennými úlohami a s ťažkosťami, ktoré boli doteraz zvládané a riešené bez problémov;znižovanie výkon-

nosti zčasti na vrub psychomotorickej inhibície ale i na vrub prázdnej aktivity pudivo-nepokojných depresívnych ktorí mnohé započnú ale nedokážu nič ukončiť.Nebezpečie preloženia,nevýhodnejšieho pracovného zadelenia alebo-i strata miesta výpovedou od zamestnávateľa alebo daním výpovede pacientom samým /chorobou podmienené pocity menejcennosti a viny/

III. REAKTÍVNA DEPRESIA

Reaktína depresia /depresívna reakcia/ je depresívna a často aj úzkostná rozlada /Verstimmungszustand/ vyvolaná nejakou vonkajšou bolestivou udalosťou a obsahovo vždy centrovaná na tento zážitok.

Vo všeobecnosti sa odlišuje reaktívna depresia od normálneho smútku intenzitou a/alebo trvaním depresívnej symptomatológie.Okrem toho je depresívna reakcia závislá od špecifickej životnej situácie /odvoditeľná?-abhängig/.Väčšinou sa nejdná iba o iba jedinú pohnútku ;ale o celú skupinu mnohotvárnych motívov.Posledný podnet často naráža na mimoriadnu citlivosť alebo zníženú schopnosť reagovania. Potom môže dôjsť k vypuknutiu reaktívnej depresie alebo k suicidálnemu konaniu.

Rozdelenie podľa veku a pohlavia:

predovšetkám v puberte a v strednom veku.U žien nahromadenie v praeklimaktériu,u mužov častejšie tiež v posledných rokoch pred ukončením profesionálnej dráhy.Mladšie ročníky vo všeobecnosti a jednoducho štrukturované charaktery zvlášť majú tendenciu skôr k reakciám obráteným navonok,ktoré sú spupné a agresívne.Starší a diferencovanejší ľudia reagujú častejšie tichým,introvertovaným, inhibovaným a útrpne-bolestným/ustarostemým/ spôsobom.

Trvanie:

vo všeobecnosti v rozsahu niekoľkých dní až týždňov.Vo vyššom veku však aj dlhšie a toto môže spôsobiť diferenciálno-diagnostické ťažkosti.Obzvlášť starší muži sa zdajú mať tendenciu k protrahovaným smutným reakciám.Problematickým býva aj odlíšenie od endogénne -depresívnej fáze vyvolanej nejakou vonkajšou udalosťou /vid str.38/.

Etiopatogenéza:

rôznorodá.Čo sa týka pohlavnej diferenciácie,rozlišuje sa u ženského pohlavia: skôr sklamania v parterstve,manželstve a láske, neverа,manželské nezhody a pod.U slobodných ,ovdovelých

4 NEUROTICKÁ DEPRESIA

Neurotcká depresia je porucha psychického spracovania zážitku vyvolaná čiastočne alebo úplne vytesneným konfliktom.Rozhodujúcou je súhra medzi neurotickou štruktúrou osobnosti a zodpovedajúcimi fa vyvolávajúcimi faktormi alebo faktormi prostredia.

Rozdelenie podľa veku a pohlavia:

Skôr v strednom veku;niektorí chorý sú doprevádzaní po celý život určitými potiažami avšak bez toho,že by boli dakedy vážnejšie obmedzení.Ženy sú o niečo viac zastúpené ako muži.

Trvanie:

v rozmedzí niekoľkých týždňov až viacerých mesiacov,ba až rokov.

Etiopatogenéza:

I v prípade,keď v popredí stojí nejaký konkrétny spúšťací podnet,ako vlastná príčina tu pôsobí väčšinou komplexný súhrn navzájom sa ovlyvňujúcich

ä podmienok daných vlhovo a prostredím.Obzvláštny význam majú dva faktory.Je to osobnostná štruktúra rodičov a ich výchovný štýl-teda dedičné vplyvy na str-ane jednej a v procese učeniazískané vlast-nosti na strane druhej.
Pri skúmaní psychologického pozadia vskutku nachádzame často narušený vzťah rodičia-dieťa.Väčšinou sa pri tom jedná p rodičov, obzvlášť matky,ktoré samé tendujú ku skleslosti,rezignácii alebo k trudnomyseľnosti,ktoré sú usilovné a nadmieru svedomité,avšak neflexibilné,ktoré sú popisované ako chladné a uzavreté,majúce ťažkosti prejavovať svoje pocity a ktoré majú málo sebadôveryi.
Nasledovné výchovné podmienky môžu podnecovať vznik depresie:

- Prehnane na prísne zásady orientovaná výchova.Uľahčuje vznik pocitov viny,potlača prejavovanie agresívnych hnutí/impulzov/, podkopáva sebadôveru
- Chábanie nežnosti a pocitu chránenosti alebo priame odmietanie, tvrdosť a brutalita
- Nedostatok porozumenia detí zo strany rodičov,čím predovšetkým trpí sebahodnotenie a pohotovosť ku kontaktom
- Tabuizácia sexu-ality.Pri tomto sa-často na podklade pseudoreligióznych úvah-všetko,čo sa týka pohlavnsoti neguje,vytesňuje, po potláča alebo trestá ako niečo "špatného"

je to nezriedka strach pred osamelsoťou a izoláciou.

- mužské pohlavie:viac problémy týkajúce sa alebo majúce súvis s povolaním-stagnácia postupu v povolaní,konkurenčné vzťahy,sťažená možnosť profesiálneho vzostupu,neuspokojujúca situácia v zamestnaní,finančné problémy,ale i rodinné problémy v najširšom slova zmysle.

Symptomatológia a priebeh:

Reaktívna depresia je najčastejším depresívnym stavom vôbec. Predtsavuje najväčšiu časť depresií, s ktorými sa stretávajú praktický lekári-v neposlednom rade za suicidálnymi pokusmiy.Väčšina sa necíti byť chorá,majú skôr pocit zúfalej stiesnenosti a ubitosti ranou osudu.Po traume občas dochádza k určitému druhu vútornej strnulosti. Táto reakcia trvá hodiny ,až niekoľko dní.Potom môže uvoľniť miesto pre vyjadrenú ubitosť,beznádej až apatiu.Je zvláštne,že v tejto situácii sa nešťastie samo začalo akoby takmer strácať.Význam nadobúdajú nezáujem,vnútorná prázdnota,pocit stratenosti (Verlorenheit) a pod.Na druhej strane však môže dôjsť i k prevaleniu sa zúfalstva: nepokoj,roztržitosť,nervozita,napätosť,hrubé bránenie sa každému nápomocnému postoju,vzdorovité záchvaty plaču až k prevaleniu sa afektov a k primitívnym reakciám.

Symptomatológia nie je až taká rozmanitá ako je tomu pri ťažkej endogénnej depresii.Rolu hrajú predovšetkým individuálne ako aj pohlavne a vekovošpecifické faktory.V prípade,ak dochádza k cirkadiálnym výkyvom sú skôr večerné ako ranné pesimá.Frakventné sú vegetatívne symptómy a orgánové ťažkosti funkčného pôvodu.

Terapia:

Krízová intervencia,psychoterapia rozhovorom(nechať sa vyrozprávať!),socioterapeutické opatrenia s ťažiskom zamerania na vyvolávajúci faktor,pričom problémy,ktoré sú v popredí,nemusia byť vždy rozhodujúcimi.V prípade potreby sú to krátkodobo podávané antidepresíva opatrne dávkované alebo (nízkopotentné) neuroleptiká -obzvlášť pri agitovaných depresiách s poruchami spánku.V prípade nutnosti krátkodobé nasadenie nejakého trankvilizéru a/alebo hypnotika benzodiazepínového typu.Podľa možnosti čo najviac športovej aktivity-aj po zlepšení symptomatológie-doplňovanej uvoľňovacími technikami (autogénny tréning,yoga a pod.).

Popri zúzkostňujúcich,napätých alebo agresívne sfarbených rodinných vzťahoch škodí aj prehnanou starostlivosťou charakterizované rozmaznávanie.Toto potláča potrebu dieťaťa p postupné osamostatnievanie sa.Obmedzenie môže mať ešte závažnejšie následkyako chýbanie láskyplného príklonu v r-anom detstve.Uzavretí, vážny,životu málo pritakávajúci otcovia a matky pútajú často svoje deti tesne na seba /k sebe/zabraňujú ich sebarealizácii a často držia dlho v závislosti už dospelých synov a dcéry.

Ako s p ú š ť a č e neurotickej depresie pôsobia väčšinou situácie,ktoré súvisia s nadmernou záťažou,skúškou alebo sklamaním: úmrtia v rodine,zostup spoločenský alebo v povolaní,presťahovanie sa,zmena postavenia alebo zamestnania,naopak ale aj povýšenie s nárastom zodpovednosti,stťata doterajších možností daných rutinou,príp.preťaženie.Pri výraznejšej fixácii na domáce prostredie to môžu byť dokonca dovolenkové cesty,u starších ľudí penzionovanie alebo danie do dôchodku.Podporne pôsobia aj biologické krízové obdobia,predovšetkým puberta,tehotenstvo,šestonedelie a roky prechodu.

Symptomatológia:

Osobnostná štruktúra postihnutých nemusí vykazovať bezpodmienenčne neurotické /nápadne/ rysy.Pri podrobnejšom pozorovaní sa však dajú objaviť predsa len častejšie rada tzv. premosťujúcich symptómov /Brückensymptome/,ktoré súdasne prekleňujú niekedy v dávnej minulosti ležiace zážitky s prítomnosťou.Patria k tomu psychické,psychosociálne a psychosomaticky interpretovateľné poruchy poruchy z raného detstva ako obhrýzanie nechtov, pavor nocturnus,pomočovanie,rečové poruchy,problémy s prijímaním potravy,"knedla" v krku,duševne podmienené kardiálne a dýchacie potiaže,úzkostnosť,inhibovanosť,neistota,pocity neschopnosti,nadmerná potreba opory,nutkania,abgresivita,úteky,záškoláctvo,chorobná nadprispôsobenosť a iné.Neskôr postihnutí trpia nízkam sebahodnotením príp.nedostatočnou sebadôverou oproti ktorej však stojí premrštená potreba potvrdzovania vlastnej hodnoty /sebapresadenie _ Selbstwertbestätigung/ a uznania.Ďalej ich trápia často úzkostlivá svedomitosť,premrštený zmysel pre povinnosť,strach zo zanedbania spoločenských noriem,tendencia k závislosti a nesamostatnosti ako aj tendencia potláčať vlastné--agresidge a vyhýbať sa všetkému,čo by mohlo u iných vyvolať či dať podnet k výčitkám albo k nepriateľským postojom.Často sa javí preexponovanou ich

Často sa javí preexponovaným ich vyhľadávanie tepla a blízkosti, ich jednostranná väzba na úzko chápané hodnotové predstavy/ robiť iba to,čo sa robiť má/.Schopnosť kontaktáže v medziľudskej emocionálnej sfére je sťažená.U chorých nakoniec vzniká zvláštny,autodeštruktívny sklon hodnotiť samých seba hyperkriticky a vinu hľadať vždy iba u seba.Toto vedie nutne k vytvoreniu bludného kruhu autoakuzácií a sebatrestajúcich tendencií.U takto labilizovanej osobnosti musí pomaly vzniknúť strach zo situácií,kde musí dokazovať svoje schopnosti a tým aj zosilnená potreba pomoci a podporyi zvonku. Toto nezriedka eskaluje v pokuse pripútať sa na druhých alebo vytvoriť istý druh symbiózy.Z tohoto rezultuje potom precitlivelosť na zážitky straty ako sklamanie a urážka,ktoré sa nutne musia dostaviť pri takto hypertrofovaných pokusoch o naviazanie sa.

I navonok registrovateľný klinický obraz je charakterizovaný popri depresívnych rozladách predovšetkým nemotivovanými,ale- i ohr-aničenými/fobickými/ úzkostnými stavmi,nutkavými mechanizmami ako i potiažami ,ktoré sú interpretovateľné psychosomaticky.Jeden zo základných problémov je neschopnosť nájsť spokojnosť,šťastie,vyrovnanosť a kľud.Prístup k vlastnému vnútru sa zdá byť zablokovaným,chorý často stratil vzťah k vlastnému telu.
Mnohí neurotici nie sú schopní priznať si čo iba raz nepovolené, alebo dokonca nepriateľské pohnútky/impulzy/.Tento fakt vedie k tomu,že mestnajúce sa agresie prítáča sú potláčané a potom,ako jediné možné riešenie,sú obrátené /nasmerované/ voči sebe/samému/. Takéto autoagresívne impulzy môžu ľahko vyvolať fantázie o smrti a nakoniec suicidálne konanie.Preto sa dajú často u /depresívnych/ neurotikov zistiť suicidálne tendencie.V protiklade k akútne-podmaňujúcemu pudeniu k sebazabitiu v rámci endogénnej fáze je nebezpečenstvo suicídia pri neurotických depresiách často podprahové, avšak zdĺhavé a tým pre lekára a príbuzných vyslovene zdrvujúce.

Terapia:

Z horeuvedených dôvodov sa javí ako vhodné odoslať pacientov s neurotickou depresiou k psychiatrovi alebo psychoterapeutovi. Psychoterapia -jedno,že v akej forme- je prostriedkom voľby.Prídatne je možné pokúsiť sa pridať antidepresíva a nízkopotentné neuroleptiká- v opatrnom dávkovaní.A napriek tomu práve tu sú výrazné sťažnosti na ich vedľajšie účinky.Nekritická ordinácia trankvilizérov môže zakryť konflikty,ktoré by bolo potrebné zpracovať a redukovať tlak utrpenia,čo podkopáva motiváciu k liečbe.Zásadne hodnotné doporučenia je : telesná aktivita ako i osvojenie si relaxačných metodík/autogénny tréning,jóga a pod./

5 DEPRESIA Z VYČERPANIA

Depresia z vyčerpania /Erschöpfungsdepression/ patrí medzi tzv. depresívne vývoje. Jej vznik uľahčuje neurotická osobnostná štruktúra /viď ďalej/ ako i určité vyvolávajúce podnety z prostredia./Napr. rtvalá afektívna záťaž/.O čo viac je vyjadrený základný neurotický charakter,o to menšie sa môžu zdať záťaže,ktoré dajú podnet k takémuto depresívnemu vývoju.

Rozdelenie podľa veku a pohlavia:

výskyt je predovšetkým v stredných desťročiach života,prevažujú ženy.

Trvanie: Mesiace až roky,zvláštny priebeh vid nižšie.

Etiopatogenéza:

Rôznorodá.Podľa pohlavia rozlišujeme:

- Mužské pohlavie:

Tendencia k perfekcionizmu,sebaistota,snaživosť,občas egocentrizmus.Vo vedúcej funkcii chýbajúca schopnosť alebo čo i len ochota delegovať niektoré z pridelených povinností.Vysoká náročnosť na seba samého.Nutkanie k neustálemu sebapresadzovaniu a činnosti.Tenddencia prekonávať sa vo výkone výkone.V dôsledku toho narastajúci nepokoj,nervozita,napätie,pudenie,"opotrebovanosť" a nakoniec pokles výkonnosti.

Možné spúšťače:

Skôr konflikty v povolaní ako predbehnutie niekým v postupe, strach zo zlyhania,neustále stresové situácie,časová tieseň nutnosť záväžných rozhodnutí.Ďalej:hlučné a hektické pracovné prostredie,existencné obavy a strach z konkurencie,ale aj povýšenie s nadmernou záťažou.Prídatne eventuálne partnerské alebo rodinné problémy.

- Ženské pohlavie:

zväčša precitlivelé,veciam veľú váhu prikladajúce,občas infantilné,sebaneisté,pôsobiace plocho a sebaneisto.Postihnuté sa často cítia byť neporozumené,nechajú sa vytlačiť do izolácie a tým pádom u nich vzniká o to viac úzkosti,vnútornej neistoty,nedôvery a rezignácie.

Možné spúšťače:

Partnerské,obzvlášť však sexuálne konflikty ako i rpdinné problémy.Prepracovanosť v dôsledku dvojitej záťaže /domácnosť a práca na polovičný alebo celý úväzok/,neuspokojujúca činnosť,finančné starosti ale i osamotenosť a vykorenenosť,nedostatok možností vyrozprávať sa a pod.

Symptomatológia a priebeh:

I keď depresia z vyčerpania nie je žiadnou novou klinickou jednotkou,v dôsledku "moderného" životného rytmu posledných desať rokí získla predsa len na význame.Avšak preto netreba diagnózu nekritický prepínať a každú reakciu na vyčerpanosť /vyčerpanie/ priradiť či zaradiť k "depresiám" z vyčerpania.

// Dôležitým je predovšetkým dôkaz roky pretrvávajúcej trvalej afektívnej záťaže /záťaže bez uvoľnenia/ ako i viac či menej vyjadrenej neurotickej základnej štruktúry.Charakteristickým je relatívne typický priebeh v troch úsekoch:/vid dole/.

Hyperesteticko-astenická prodromálna fáza:

Tu v priebehu mesiacov až rokov dochádza k precitlivelosti,podráždenosti,nervozite,roztržitosti ,prudkosti,rýchlej unaviteľnosti, k poruchám spánku,k nepokojnému spánku,k poruchám koncentrácie, k poklesu výkonnosti,k tendencii inadekvátnych afektívnych erupcií,k explozivite.Uzatvára sa bludný kruh v dôsledku sociálnych následkov-obzvl.z oblasti rodinného a pracovného prostredia/"sviečka horiaca z oboch koncov"/.Čím ďalej ,tým viac má emocionálne napätie dopad na somatickú sféru.A teraz hrozí tzv.

Psychosomatická fáza:

v priebebu rokov mnohoraké a mnohotvárne,často meniace sa vegetatívne a funkčné symptómy,zčast všeobecne-difúzne,zčasti koncentrované na žalúdočno-črevný trakt,srdce a obeh,látkovú premenu,endokrínium a pod.Nezriedka je to pestrý a menlivý algický syndróm.Reakcia na takúto záťaž je síce individuálna,vo všeobecnosti však predpokladateľná:hypochondrické obavy,časté návštevy lekárov alebo ich zmena /"doctor shopping"/,alkoholizácia príp.medikamentózne "obluzení"/pokus o autosanáciu/,nakoniec zúfalstvo siahajúce až k suicidálnym tendenciám.Teraz je dosiahnutá hranica k dekompenzácii,chýba už iba nešpecifický spúšťač:psychické traumatá ale aj nepatrné telesné záťaže,ktoré by za normálnych okolností boli bez problémov spracované/zvládnuté//Infekčné ochorenia,lahšie kraniocerebrálne zranenia,pôrody,potraty,operácie/.Občas môže byť

Občas môže byť dekompenzácia spustená uvoľnením a úspechom/dovolenka,úspešne zložená skúška,povýšenie,úspech pri zdĺhavpm procese a pod./.Naväazuje

Depresívna fáza:

časovo veľmi variabilná,pokaždé podľa závažnosti klinického obrazu zväčša vyslovene zdĺhavá.Má úzkostne-depresívne rysy,vnútorný nekľud,nerozhodnosť,zníženú schopnosť koncentrácie,pocity zlyhania a insuficiencie,pestré obavy z ochorení /rôznych/ktoré sú sýtené poruchymi zaspávania ako i priebehu spánku,precitlivelosť na hluk a bolesť a pod.Výrazná devitalizácia s ovčyvnením pocitu komfortu, svieżosti,činorodosti,rozhodnosti charakerizované narastajúcou vôľovou slabosťou a znižovaním sexuálnej výkonnosti.Tento stav môže nadobudnúť tak plastický obraz,že depresia z vyčerpania dokáže v konečnom štádiu nadobudnúť takmer "endogénny rys".

Terapia:

Socioterapeutické pokusy o korektúru/povolenie,rodina,dvojitá záťaž a iné/ prípadne psychoterapeuticky podporená zmena motivácie /zmena postojov/.Nízkopotentné neuroleptiká a/alebo antidepresíva.Vyhýbať sa trankvilizérom /"terapii stresu"/resp."širokospektrálnym psychosomatikám"/ nakoľko práva tu hrozí tzv."ordina"cný automatizmus" /resp.automatizmus pri predpísovaní farmák/.Telesná aktivizácia /pacienti trpiaci depresiou z vyčerpanja sú charakterizovaní nedostatočnou fyzickou záťažou/.Relaxačné postupy(techniky)+ /Autogénny trénig,jóga a pod./.Včasné psychiatrické konzílium!

6 ENDOGÉNNE DEPRESIE

Endogénna depresia je klasickým typom depresií /"Melanchólia"/. Pri podrobnej explorácii sa nezriedka dá explorovať dedičná záťaž. Za viac alebo menej charakteristické sa rátajú nasledovné znaky: autochtónny vznik,fázický priebeh,poruchy spánku (predovšetkým skoré budenie),ranné pesimá s vyjasnením nálady naveder,devitalizácia už na počiatku ochorenia,hypochondrické bludné myšlienky,bludy ochudobnenia,ochorenia,zhrešenia,autoagresívne impulzy s tendenciou k sebaobviňovaniu a vysoké nebezpečenstvo suicidia,náhle,nemotivované vyjasnenie depresie,nezriadka psychogénny alebo somatogénny spúšťací moment.

Incidencia podľa veku a pohlavia:

Vypuknutie endogénnej depresie v detsve alebo adolescencii

je zriedkavé /viď str.55/.Občas dochádza k manifestácii sa prvej fáze u oboch pohlaví v čase medzi pubertou a druhým príp.tretím decéniom.Často sa však nediagnostikuje ako depresia.U :zien je prvé maximum v treťom decéniu,druhé v prechodových rokoch.U mužov zisťujeme jednotný vrchol v piatom (a šiestom) decéniu.
Čo do pohlavia prevažujú ženy v pomere 2:1 a to už v mladom veku.

Etiopatogenéza:

Endogénne depresie sú prevažne geneticky podmienené biologicky fundované ochorenia- i keď biologický substrát doteraz nemohol byť objektivizovaný.Jednotlivé fázy vznikajú prevažne spontánne a väčšinou bez poznateľného podnetu.Na druhej strane niet pochýb o tom, že vonkajšie podnety môžu dať podnet k vzniku depresívnych fáz. Frekvencia týchto variruje podľa jednotlivých štúdií v širokom rozmedzí.Reálny podnet by mohol existovať v cirka jednej pätine prípadov.Tabuľka č.5 ukazuje prehľad faktorov z psychickej,psychosociálnej a somatickej oblasti,ktoré m by mohli mať význam ako spúšťače.
Ženy reagujú obzvlášť citlivo na duševné"provokácie".Muži skôr na problémy súvisiace s povolaním a tangovanie majetku/vlastníctva/. Väčšinu všetkých psychických spúšťačov tvorí A SITUÁCIE straty /smrť,ochorenie,rozchod,rozvod, a pod./.Menší význam majú chronický stres a skryté či na pozadí konfliktové záťažové situácie.Vonkajšie,obzvlášť situatívne faktory majú význam nielen pri spustení prvej a neskorších fáz,ale aj v ďalšom priebehu. Obdobiami zvýšenej dispozície k ochoreniu sú predovšetkým "biologické krízy " a " zádrhely života":puberta,menštruácia,gravidita, pôrod,šestonedelie-,prechod ale aj obdobie štúdií,vojenskej služby,penzionovania,dania do dôchodku a podobné.

Symptomatológia a priebeh:

Kliinický obraz má síce určité špecifiká a to podľa veku,pohlavia ,druhu a spôsobu priebehu depresie ako ajpodľa individuálnych faktorov.Napriek tomu endogénna depresie vykazuje tú majrôznorodejšiu symptomatiku tak,ako je to uvedené v tab.č.2 až 4.Týka sa to predovšetkým vitálnych porúch("Devitalizácie"),hypocondrických bludných predstáv,bludu ochudobnenia,zrešenia,ochorenia,výkyvov nálad v priebehu dňa /cirkadiálnych rytmov/(väčš.ranné pesimá s večernúym vyjasnením),s permanentne nebezpečnými autoagresívnymi impulzami,so zdravujúcou agitovanosťou alebo otrasnou psychomotorickou inhibovanosťou,ďalej nezáujmom,poruchami myslenia a koncentrácie,zmenamy energetického potenciálu,zmeny vo výkonnosti

sexuálna ľahostajnoť a pod.

Tab.5 Faktory,ktoré by mohli spustiť endogénnu deepresiu /podľa Kiehlholza,modifikované a rozšírené/

I..Psychické a psychosociálne spúšťače:
- .-určité chronické podnety z prostredia ,ktorých kvárivá intenzita by sa nemala hodnotiť objektívne,ale podľa subjektívnej schopnodti spracovania postihnutého.
- dlhotrvajúce afektívne napätia s vegettatímy poruchami a poruchami spánku

Presťahovanie sa alebo zmena bydliska
- Strata podstatných vzťahových osôb,alebo zmena rodinnej či familiárnej sféry ochorením,smrťou alebo rozlukou príbuzních (napr.odchod detí z domu)

Záťaže v konflikty v domed(napr.konflity s nájomíkmi).
- Zmena pracoviska
- Nepovýšenie v zamestnaní,pozabudnutie na povýšeniedale aj povýšenie.
- náhly stav uvolnenia po dlhotrvajúcom psychofyzickom strese
- nové rolové zaradenie,ktorébje ťažko integrovateľné
- ,erotické a sexuálne problémy
- .Ohrozenie sociálnej prestíže /zamestnanie,financie a pod./.

II. Somatické spúšťače::
- Rekreačné a kúpeľné pobyty
- Odtučňovacie kúry s alebo aj bez anorektík
  Chrípkové infekty,pneumónie,hepatitídy,tromboflebitídy, atď.
- Traumy mozgu a lebky pričom treba brať v úvahu aj ľahšie úrazy
- Fraktúry a zranenia iného druhu

strata váhy,sexuálna lahostajnosť a mnohé ďalšie.

F á z i c k ý p r i e b e h patrí k charakteristikám endogénnej depresie.Pritom v klesajúcej frekvencii nachádzame:

- viac depresívnych fáz bez menického obrazu /periodická alebo monopolárna depresia/
- jediná depresívna fáza bez manického stavu /monofázická depresia/
- variabilne sa meniace manické a depresívne fázy /manicko-depresívne ochorenie:cyklothýmia/.

Nakoniec v rámci afektívnej psychózy stále sa navracajúce manické fázy,jedna jediná /monofázická/mánia a - najzriedkavejšie sa vyskytujúce-manickodepresívne ochorenie s prísne sa striedajúcimi manickými a depresívnymi fázami.

T r v a n i e d e p r e s i v n y c h f á z výrazne varíruje. Extrémy sú medzi niekoľkými dňami a viacerými rokmi.Priemerná dĺžka fázy je medzi ca troma až dvanástimi mesiacmi.Najčastejšie sú v približne dvoch tretinách všetkých prípadov relatívne krátke fázy o trvaní troch až siedmych mesiacov.Dlhé fázy nachádzame skôr pri involučných depresiách /viď str. /.Veľmi zriedkavé sú krátkofázické priebehy o trvaní iba niekoľkých dní dokonca iba hodín /"rapid cycler"/.Muži ochorejú sice zriedkavejšie na endogénnu depresiu,zdá sa však,že prežívajú o niečo dlhšie fázy a to obzvlášť v období medzi štyridsiatkou a šesťdesiatkou.S narastajúcim vekom zvyknú mať depresívne fázy tendenciu k plochšiemu a kratšiemu priebehu.Po depresívnych fázach často zisťujeme tednecniu /k viac alebo menej vyjadreným/ hypomanickým výkyvom (do istej miery provokované antidepresívam ?).Typuckým pre endogénnu depresiu je však nie iba časovo neistý počiatok fázy-ale aj často spontánny, rýchlo a nečakane vzniklé ukončenie fázy.Nezriedka sú fázy viazané na ročné obdobia /napríklad jaro,jeseň/.

Terapia:

Antidepresíva, v prípade potreby podoporované nízko-/a vysoko/ potentnými neuroleptikami,podľa okolností krátkodobe aj trankvilizéry.Psychoterapeutická podpora pacientov a ich príbuzných,v prípade nutnosti socioterapeutické korentúry.Telesná aktivácia.Po odoznení fáze naučenie sa nejakej relaxačnej technike /autogénny tréning ,jóga a pod./.Pri recidívach profylaxia lithiom alebo alternatívy /viď str.105,115 /.

Nie v poslednej rade iba kvôli vysokému nebezepčenstvu suicidality zabezpečiť liečbu spolu s psychiatrom!

7 SOMATOGÉNNE DEPRESIE.

Somatogénne depresie sú relatívne časté,ale- čo do množstva ťažko vyčísliteľné.Na psychiatrických klinikých sa s nimi stretávame zriedkavejšie,na interných,neurologických,ortopedických,chirurgických ,gynekologických a podobných oddeleniach o to viac.Vzhľadom na to,že sa väčšinou manifestujú v larvovanej forme,dajú sa ťažko diagnostikovať a tým pádom sa takmer neliečia adekvátne. Primeraná diferenciálno-diagnostická snaha sa vypláca,nakoľko nemálo na liečbu rezistentných somatických ochorení je v uzdravovacom procese v nepolsednom rade inhibovaných nepoznanou sprievodnou depresiou.

Pri dnešných diagnostických a terapeutických možnostiach sa doporučuje rozdelenie na symptomatické a organické depresie.Podrobnosti o možných príčinách a spúšťačoch sú uvedené v tabuľke 6 a 7.

Pritom je však potrebné pri možných depresiogénnych organických chorobných obrazoch/sprievodná depresia/,predovšetkým však pri potencionálne depresiogénnych medikamentoch/farmakogénna depresia/ myslieť na to,že sa tu jedná poväčšine o viacvrstvové chorobné súvislosti ,pri ktorých jedna jediná príčina alebo prpisanie zavyinenia nepostačuje. Pri určitom depresiogénnom chorobnom obraze sú konzekvecie i tak obmedzené,keďže sa už terapeuticky všetko podniklo.Pri lieku,ktorý za určitých okolností môže vyvolať alebo udržovať depresívne stavy,sa treba ponajprv pýtať, že aké alternatívy sú k dispozícii.A takto diagnóza a terapia somatogénnnych depresií je obzvlášť ťažký,viacdimenzionálny a spravidla iba v spolupráci viacerých disciplín riešiteľný problém.Potom však môže pri chorobnom obraze,ktorý dovtedy frustroval lekárov, pôsobil utrpenie pacientovi v rámci nepochopiteľne predĺženého priebehu choroby-dôjsť k náhlemu zlepšeniu,ktoré je hodné tejto spoločnej námahy.

V ďalšom heslovite najdôležitejšie poznámky k symptomatickým a organickým depresiám

SYMPTOMATICKÁ DEPRESIA

Symptomatická depresia je sprievodnou depresiou,sprevádzajúcou telesné ochorenia,prípadne je následkom telesného,predovšetkým extracerebrálneho ochorenia.

Etiopatogenéza:

postinfektčne,postoperatívne,hemodynamicky,toxicky,endokrinne,medikamentózne a pod.

Konkrétne:Po infekcii a v priebehu rekonvalescencie:chrípkové infekty,pneumónia.hepatitída,trombophlebitída a pod.Občas predchádza forsírovaná liečba antibiotikami,príliš včasné prepustenie z hospitalizácie alebo nástup do práce /opätovný/.Pravdepodobne sa tu nejdná iba o toxickypodmienené následné prejavy,ale aj o psychoreaktívne rozlady:znížená výkonnosť,pocit zanedbávania každodenných povinností,príliš rýchly návrat k pôvodnej pracovnej záťaži a i.

Chronické ochorenia srdca a obehu ako aj iné interné ochorenia: kardiálna insuficiencia,ochorenia pľúc,ťažké astmatické záchvaty, ochorenia obličiek (napr.urémia),endokrinné ochorenia,napr.diabetes mellitus,hypothyreóza a iné.Veľmi dôležitým je správanie sa krvného tlaku.Zdá sa,že sa to týka menej absolútnych hodnôt.Tak môže napríklad u hypertonikov viesť iba nepatrné zníženie alebo ako "normalizácia" myslené zníženie krvného tlaku /systolického/ k pasažérnej hemodynamickej dekompenzácii mozgu a pri vhodnej dispozícii vyvolať depresívny stav.Zvláštnu opatrnosť vyžadujú rezerpínové preparáty.Depresívna rozlada sa zdá byť značne nezávislá od trvania hypertenzie,dávkovania,veku a stavu cievného systému..

Endokrinne preladenie vo forme biologických krízových období /puberta,premenstruum,gravidita,šestonedelie,klimaktérium/ ako i endokrinné ochorenia /hypo-a hyperthyreóza,Morbus Cushing,M.Addison a iné.(vid Tab.6).

Nemá sa zabúdať na dlhodobú medikáciu určitých preparátov u doteraz možno nerozpoznanej dispozícii k depresii /vid Tab.7/., a tak isto zneužívanie alkoholu,psychofarmák ba i nikotínu,tak isto i obdobie event.liečby týchto závislostí,ktoré môžu viesť k dysforicko-depresívnym rozladám.

Symptomatológia a priebeh:

Symptomatická depresia sa berie (má sa za) ako nešpecifický reakčný typ. Rozhodujúcu rolu hrajú jak noxa,tak i premorbídny osobnostný typ. Táto forma depresie vzniká zrejme prevažne u tých pacientov,ktorý majú k nej latentnú dispozíciu.Občas sa to dá doložiť zodpovedajúcou rodinnou záťažou,opakovaným prejavením sa zodpovedajúcich symptómov pri rôznych telesných ochoreniach ako aj priaznivá reakcia na medikáciu antidepresív.Pri podrobnejšej explorácii sa dajú - v závislosti od somatického chorobného obrazu-objektivizovať dokonca psychopatologické ťažiská.

Priebeh sa v dôsledku mnohorakosti komplexných vyvolávajúcich mechanizmov začleniť pod jddnotného spoločného menovateľa.

Terapia:

Liečba základného ochorenia,poprípade eliminácia možných nox, resp.za prizvania psychiatra antidepresíva a nízkopotentné neuroleptiká.Psychoterapeutická podpora,poprípade socioterapeutické korektúry ako aj telesné aktivizovanie.Naučenie sa relaxačným technikám.

Tabuľka 6: Chorobné obrazy,pri ktrých treba počítať s depresívnymi stavmi

---

N e u r o l ó g i a: Cervikálny syndróm,epilepsia (predovšetkým temporálna),mozgové nádory(vid ďalej),arteriosklerózа mozgových ciev,tiež chronické poruchy mozgového prekrvenia,mozgová atrofia, mozgové traumy,arteriitis temporalis,Morbus Parkinson,sclerosis multiplex,amyotrofná laterálna skleróza,myasténia,funikulárna myelóza,"algogénny psychosyndróm",progresívna paralýza,Chorea Huntington,Morbus Alzheimer/multiinfarktová demencia,hydrocefalus,subdurálny hematóm,migréna,vazomotorické bolesti hlavy,apoplexia(postapoplektická depresia),meningitída/encefalitída a iné.

E n d o k r i n o l ó g i a:

Hypotyreóza(!),hyperthyreóza,thyreoiditída obrovských buniek, hypo- a hyperparathyreoidizmus,insuficiencia predného laloku hypofýzy(Simmondsova choroba,Sheehanov sybdróm),primárna insuficiencia nadobličiek (Addisonova choroba),hyperkorticizmus Morbus Cushing) feochromocytóm,akromegália a pod.

S r d c o v o c i e v n ý s y s t é m:

Ischemická choroba srdca, srdcové vady /vitia/,esenciálna hypertenzia,pozičná hypotónia,funkčné kardiovaskulárne poruchy,implantácia pacemakeru/môže však pomôcť vysvetliť depresívny syndróm v rámci kardiogénnej hypoxie/,koronárne bypass operácie.

G A S T R O E N T E r o l ó g i a:

Dráždivý tračník,ileitis terminalis,colitis ulcerosa,vírusová hepatitída,hepatálna cirrhóza,Morbus Meulengracht,sprue,encephalopathia pancreatica,encephalopathia hepatica,hepatitída a iné.

N e f r o l ó g i a:

Insuficiencia obličiek s tendenciou k urémii,chronická /pyelo/nefritída,adenóm prostaty,hemodialýza,transplantácia obličiek a i.

P o r u c h y l á t k o v e j v ý m e n y v širšom zmysle:

Anémia /zvl.anaemia pernitiosa/,porfýria,hemochromatóza,hypoglykémia,M.Gaucher,Diabetes mellitus a hyperglykémia,hyper-príp. hypokalémia,hyponátriémia a iné.

I n f e k č n é o c h o r e n i a:

Lues,TBC /pľúc/,brucelóza,toxoplazmóza,infekčná mononukleóza a i.

I n t o x i k á c i e:

Chronické intoxikácie ortuťou,CO,olovom,mangánom a otrava tháliom,ďalej intoxikácie kerozínom,alkoholom a medikamentami/anihypertenzíva,digitális,disulfiram,L-Dopa,anorektiká,barbituráty a pod./, budivé látky,konzum omamných drôg /halucinogény,kokaín,ópiaty a tiež abúzus Metadonu/ a iné.

G y n e k o l ó g i a:

premenštruálny syndróm,klimaktérium,šestonedelie.

R á d i o l o g i a/Ch i r u r g i a:

"postradiačná kocovina",postoperatívne obdobie.

T u m o r y:

Chronická leukóza,karcinóm pankreasu,brochiálny karcinóm,ovariálny karcinóm,paraneoplastická encephalopathia,zvl.rané fázy mozgových nádorov ako napr.tumory čelného laloka /predovšetkým vysoko frontálne/,karcinóm kolónu,karcinoid a iné.

---

1 výber
2 pri zodpovedajúcej dispozícii a/alebo situácii

Tabuľka 7: Medikamnty,ktoré môžu mať súvis s depresívnymi stavmi[1,2]

Analgetiká: Benzydamin,Phenacetin,ópiáty,Pentazocin
Antiflogistiká: Ibuprofen
Antireumatiká:Indometacin,Naproxen,Phenylbutazon
Antibiotiká:Ampicilín,Co-trimoxazol,Cycloserin,Dapson,Ethionamid, Griseofulvín,Izoniazid,Metronidazol,Kys.nalidixínová,Nitrofurantoín, Streptomycín,Sulfónamidy,Tetracyklíny.
Antiepileptiká:Carbamazepin,Phenytoin.
Antihypertoniká: Clonidin,Guanethidin,Methyldopa,Oxprenolol,Prazosin, Propranolol,Rezerpín,Veratrum
Antiparinsoniká:Amantadin,Levodopa
Anorektiká:Fenfluramin,Fermetrazín
Kardiaká: Digitális/intoxikácia/,Lidocain,Procainamid
Hypnotiká/Tranquilizéry: Barbituráty,dlhodobé užívanie benzodiazepínov, Bromidy

Imunosupresíva,cytostatiká:Azathioprin,Bleomycin,Asparagináza, Mithramycin,Fluorouracyl
Antimigrénové preparáty:Methysergid,Pizotifen
Neuroleptiká: Flufenazindecanoat,Haloperidol,Phenotiazíny,Rezerpín
Nootropiká: Piracetam,Flunarizin,Cinnarizín
Oftalmologiká:Acetazolamid /inhibítor carboanhydrázy/.
Steroidy,hormóny:ACTH,Kortikosteroidy,Norethisteron,orálne kontraceptíva.
Varia: Alkohol,Baclofen,Inhibítori cholinesterázy,Cyproheptadin,Diphenoxylat,Disulfiram,LSD Mebeverin,Metoclopramid,Salbutamol,Cimetidin,Protilerin,vitamín A užívaný počas dlhšej doby.

---

1 výber
2 pri zodpovedajúcej dispozícii a/alebo situácii

Omamné drogy a dokonca aj nikotín môže viesť k dysforicko-depresívnym rozladám.

Symptomatológia a priebeh:

Symptomatická depresi-a sa považuje za nešpecifický spôob reakcie.Rozhodujúcu rolu hrá jak noxa ako aj premorbídna osobnosť.K manifestácii tejto formy depresie dochádza zrejme u takých pacientov, ktorí majú k nej latentnú dispozíciu.Občas sa to dá podložiť zodpovedajúcou hereditárnou záťažou,opakovanou manifestáciou zodpovedajúcich symptómov pri rôznych telesných ochoreniach ako aj rpiaznivou reakciou na antidepresíva.Pri dôkladnejšej explorácii sa dajú - zakaždým podľa klinického obrazu vyvolávajúcej telesnej choroby- objektivizovať dokonca psychopatologické ťažiská.
Priebeh sa pre mnohorakosť komplexných spúšťacích mechanizmov nedá uviesť pod spoločného me-novateľa.
Terapia:Liečenie základného ochorenia,prípadne zneškodnenie možných nox.V prípade potreby spolupráca s psychiatrom,antidepresíva a nízkopotentné neuroleptiká-opatrne dávkovať podľa okolností.Psychoterapeutická podpora,poprípade socioterapeutické korektúry ako i telesná aktivizácia.Naučenie sa relaxačným technikám /AT,Yoga/.

ORGANICKÁ DEPRESIA

Organicky podmienené depresie majú svoj základ v štrukturálnych zmenách mozgu.

Etiopatogenéza: Práve organické depresie získali na svojom význame v posledných desaťročiach.Je to v dôsledku prestárnutia obyvateľstva a narastaním zranení lebky a mozgu.

diskutabilné ,resp.dif.dg.významnosť nadobúdajú:zmeny v rámci demencie,posttraumatické syndrómy,depresívne /iniciálne/ syndrómy pri nádoroch mozgu, dysforické rozlady pri epilepsiách,oligofrénii,meningitídach alebo encefaltitídach,a mnohé iné.

Symptomatológia a priebeh:

Poruchy pozornosti a koncentrácie,dezorientácia /miestna,časová,autopsychická/,tendencie ku konfabulácii a perseveverácii,afektívna labilita alebo inkontinencia,zúženie predstavivosti /Einengung der Gedagnenwelt/.Tendencia ku zovšeobecňovaniu,monotonizácia /monotónnosť/,hypochondrické potiaže,pocity viny,sebaobviňovanie,,psychomotirické spomalenie alebo úzkostne agitované správanie s nepokojom, nervozitou,roztržitosťou,tenziou až k bezradnému pseudozamestnávaniu sa.,;občasná nutkavá lakrimozita a organicky podmienené bludné myšlienky.

Somatické potiaže sú pestré,charakterizované hlavne bolesťami hlavy,poruchami spánku,paroxyzmálnymi stavmi závratí,hučaním v ušiach/Ohrgeräusche/ a pod.Ladenie je prevažne depresívne-dysforicky-podráždené a rýchlo sa mení.často nie sú prítomné charakteristické cirkadiálne výkyvy čo do ranných a večerných pesím/.Ťažkú /mozgovo/-organickú deterioráciu /schwere hirnorganische Abbau/ nevylučuje navonok dobre komponovaná /zachovalá/ osobnosť.Konfabulácie a šikovné "protismeče" imitujú často zdanlivo intaktnú fasádu.Správnej diagnóze napomáhajú rýchla unaviteľnosť,opakovanie tých istých otázok, precitlivelosť,poruchy pozornosti a koncentrácie,"strácanie"vecí a pod.

Čo sa týka priebehusú tu krátkotrvajúce fázy ochorenia /tzv.Durchgangssyndrome---prechodové syndrómy/ a na druhej strane dlho pretrvávajúce depresívne epizódy ktorré [illegible] sú manifestné už dlho predtým ,ako sa manifestujú telesné symptómy. Stav končí väčšinou v organicko -depresívnom a nakoniec čisto organicko pôsobiacom obraze.

Terapia: Liečba základného ochorenia,resp.eliminácia zodpovedných nôx./Sapientis sat/-Opatrne dávkované event.antidepresíva, príp. nízko alebo vysokopotentné neuroleptiká /str.74/Podporná psychoterapia pre pacientov a 9ch príbuzních,socioterapeutická pomoc.ytelesná aktivizácia.

8 SCHIZOAFEKTÍVNE PSYCHÓZY

Väačšina osobitných foriem depresie sa dala doteraz zoradiť heslovite,toto však /už/ pri schizoafektívnych psychózach nie je možným.Ich narastajúce množstvo-nech je to už z hocakých dôvodov -núti k vlastnému i keď komprimovanému popisu /podľa Zaudig-a/: POd schizoafektívnou psychózou chápeme endogénnu psychózu,ktorá ponúka jak manickú a/alebo depresívnu ,ale i schizofrénnu symptomatológiu.Podľa príslušnej akcentácie sa tieto chorobné obrazy popisujú na základe najnovšej dohody ako schizomanická.príp. schizodepresívna psychóza.Jednotlivé syndrómy sa môžu prekrývať, prípadne sa objavovať za sebou alebo spoločne.Jednotná definícia však ešte chýba.

Častosť výskytu,rozdelenie podľa veku a pohlavia:

Odhaduje sa,že 2-4% všetkých psychiatrických hospitalizávií sú schizoafektívne psychózy .Toto číslo sa však zdá narastať.Pritom schizodepresívne syndrómy sa vyskatujú asi dvakrát častejšie ako schizomanické.Ženy prevažujú v pomere 2:1.Vek pri prvej manifestácii ochorenia je pri schizomanických psychózach v rozmedzí 24 a 28 rokov,u schizodepresívnych psychóz je to rozmedzie medzi 28-34 rokmi.

Etiopatogenéza:Schizoafektívne psychózy sú endogénne,biologicky podložené ochorenia s častou hereditou.

Symptomatológia je primerane komplexná.V jednotlivostiach:

Schizofrénne symptómy:

bludné myšlienky pestrého obsahu,predovšetkým blud ovplyvňovania,blud kontrolovanosti ako i bizarné bludy iného druhu.Halucinácie,obzvlášť akustické šalebné vnemy v zmysle komentujúcich hlasov,kontrárne verbálne halucinácie a pod.,tieto môžu pretrvávať týždne až mesiace.Občas sú možné i iné formy bludného vnímania ako optické,haptické,olfaktorické a gustatorické halucinácie.Nezriedka sa stretávame s ozvučovaním myšlienok /Gedankenecho/,vkladanie alebo odnímanie myšlienok,rozširovanie myšlienok,bludnú náladu ako i iné schizofrénne poruchy.

Manické symptómy:

Eufória alebo podráždenosť,vystupňovaná aktivita/motoricky,sociálne,sexuálne/,logorhoe,tachypsychizmus,myšlienkový trysk, megalomanické myšlienky /i bludné/,znížená potreba spánku,zvýšená odkloniteľnosť a mnohé iné.

Depresívne symptómy:

Depresívna nálada,nechutenstvo so stratou navâhe,poruchy spánku-niekedy však aj vystupňovaná potreba spánku,únava,úbytok energie,strata záujmu ocbvyklé aktivity,zníženie libida,sebaobviňovanie alebo pocity viny /i bludné/,znížená schopnosť uvažovania a koncentrácie,spomalenie myslenia alebo "neusporiadané"myšlienky,myšlienky na smrť alebo suicídium a iné.

Schizomanický syndróm je charakterizovaný napr.zreteľne elevovanou bujne prekypujúcou základnou náladou ale aj ľahkou vzrušivosťou a dráždivosťou.Ďalej nachádzame hyperaktivitu,zníženú potrebu spánku, stratu dišt-ancu,značnú odklonitelnosť,myšlienkový trysk a iné. Súčasne by mali byť rozpoznateľné najmenej dva,k tejto nálade sa nehodiace/emočne inkongruentné,parathýmne/psychotické symptómy: blud prenasledovania,blud ovplyvňovania,akustické halucinácie nesúvisiace s náladou alebo iné šalebné vnemy,formálne poruchy myslenia /napr.roztrieštenosť/,ďalej príznaky svedčiace pre rozširovanie myšlienok,odnímanie myšlienok a pod.O schizomanickú psychózu sa jedná i v tom prípade,keď sa manický syndróm neobjaví súčasne so schizofrénnym syndrómom ale aj pred ním alebo po ňom.

O schizodepresívnom syndróme sa dá hovoriť vtedy,ak je na jednej strane prítomných dostatok symptómov svedčiacich pre depresívnu poruchu:zjavné poruchy zaspávania a hĺbky spánku,budenie sa skoro ráno,pocit únavy,všeobecný pocit bezfarebnosti života,nedostatku energie,neschopnosť tešiť sa,smútok,a strata záujmov,pocity viny,spomalenosť alebo agitovanosť,suicidalita a pod.Na druhej strane sa musia dať explorovať bud súčasne alebo predtým-popríapade následne-najmenej dva s náladou inkongruentné schizofrénne symptómy tak,ako to bolo uvedené vyššie.

Priebeh: Schizoafektívne psychózy prebiehajú fázicky.Môžu sa pri tom manifestovať čisto manické,čisto depresívne alebo schizomanickéké či schizodepresívne priebehy.Psychóza sa často začína akútne-t.j.v priebehu niekolkých dní alebo hodín.Spočiatku je často prítomná zmes afektívnych /manických a/alebo depresívnych/ako aj schizofrénnych symptómov-pričom liečbou miznú často ako prvé schizofrénne chorobné príznaky.Ochorenie trvá od niekolkých týždňov až po dobu viacerých mesiacov /3-6/.Fáza končí plnou remisiou /nepritomnosťou symptómov/.Reziduálne stavy sú zriedkavé/zbytkové symptómy/.Časté sú recidívy-zvl.pri schizomanických syndrómoch.Prognóza čo do kli-

nického priebehu choroby a rehabilitácie sociálnej a pracovnej je dobrá.Na druhej strane však treba rátať s vysokým nebezpečenstvom suicídia. Nepriaznivými ukazovateľmi priebehu sú priskoré ukončenie liečby resp.predčasné prepustenie z- oddelenia,dlhšie trvanie ochorenia než ako je priemer/viac ako 6 mesiacov/,plíživý počiatok ochorenia ako aj psychosociálne faktory ako chýbajúci partnerský vzťah,rozvod a iné.Ako priaznivé jsie dajú hodnotiť akútny začiatok ochorenia,vyjadrená afektívna symptomatológia/ manická a/alebo depresívna/,nenápadná premorbídna osobnosť,dobré psychosociálne zázemie A VÝKONNOSŤ v povolaní,pevný partnerský zväzok,vyšší vek pri prvomanifestácii sa ochorenia ako i remitujúci priebeh bez tvorby defektu.

Terapia: Pri akútne vzniklej schizoafektívnej psychóze sa doporučuje rýchla stacionárna liečba/kvôli vysokému riziku suicídia/.Vždy podľa dominujúcej symptomatológie sa schizomanické symptómy liečia nízko a vysokopotentnými neuroleptikami čo sa popríapade podporuje lithiom.Pri schizodepresívnom syndróme sú to antidepresíva a/alebo nízkopotentné neuroleptiká popríade podporované lithiom. Ďalej je to psychoterapia,socioterapia,telesná aktivizácia,neskôr naučenie sa relaxačným technikám /napr.autogénny tréning,yoga/.V anglosaskej oblasti sa používa- a zrejme nie neúspešne elektrošoková liečba.

Profylaxia:Lithium ,event.antikonvulzíva /Carbamazepin,kys.valproinová/.,pri zlyhaní týchto liečebných postupov podľa okolností event.depotné neuroleptiká.

9. DEPRESIE V DETSKOM VEKU A ADOLESCENCII.

Deti nie sú dospelí v menšom vydaní.Toto platí hlavne pre psychické poruchy.Po dlhý čas sa duševné ochorenia v detskom veku hodnotili podľa meritek dospelých.Dnes skôr dokážeme zaradiť zodpovedajúce- chorobné zmeny a tám ich aj cielene liečiť.Nasleduje komprimovaný prehľad tohoto narastajúceho problému /podľa Bürgin, Eggers,Lempp,Martinius,Nissen,Strunck a iných/.

Častosť výskytu : údaje o častosti výskytu depresívnych stavov v detstve a adolescencii silne kolíšu a to od 1,4 promile až po takmer 6o%.Táto diskrepancia súvisí s rozdielnymi diagnostickými hodnotiacimi kritériami.Jedni stanovujú za hodnotiaci stupeň iba extrémne zriedka sa vyskytujúcu maniodepresívnu psychózu,iní i frekventnejšie syndrómy.Nakoniec sa jedná práve o depresívne stavy u detí a adolescentov ktoré nie sú často diagnostikované.Nezriedka sa skrývajú za maskou psychosomatických obtiaží alebo tzv.porúch správania včetne agresívnych erupcií.A sú to práve depresie,ktoré

sa vedia skrývať za fasádu pseudoveselosti a živosti.

DEPRESÍVNE POTIAŽE PODĽA VEKU.

V protiklade k relatívne ohraničeným depresívnym stavom dospelých nedajú sa definovať jednotné klinické obrazy v jednotlivých vývojových štádiách medzi kojeneckým vekom a pubertou.Výraznejšie sú determinované vekom a inými- s ním súvisiacimi zvláštnosťami/podľa Nissena/.

V kojeneckom a batolivom veku sa menifestujú predovšetkým psychosomatické syndrómy ako nechutenstvom ,zvracanie,odmietanie stravy, strata na váhe,poruchy spánku,kývanie hlavou /iactatio capitis/ alebo hornou časťou tela,pomočovanie,pošpiňovanie,motorický nekľud, apatia,ďalej poruchové správanie sa pri hrách /odpor,nezáujem,monotónne pohybovanie predmetmyi hry sem a tam,pudenie k niečeniu hračiek/ ale aj zýchvatovité stavy plaču a kriku.

I deti v mladšom školskom veku ponúkajú ponajviac depresívne klinické obrazy psychosomaticky interpretovateľné ako pomočovanie sa,kúsanie nechtov, neustále hranie sa s genitáliami,pavor noctufnus a pod.Popritom sa množia psychické poruchy ako smutná alebo rezignovaná nálada,podráždenosť,neistota,inhibície v hrách,poruchy kontaktov s tendenciou sťahovať sa zo sociálneho poľa,zníženie výkonnosti a schopnosti koncentrácie.Symptomatológia sa začína podobať dospelým depresiám.

S pribúdajúcim vekom sa množia sebaobviňovania a pocity viny, myšlienky zhrešenia,hypochondrické obavy a suicidálne myšlienky, trudnomyselnosť,inhibícia impulzácie,tendencia k hútaniu,úzkostné stavy a nakoniec nechutenstvo a poruchy spánku.Obzvlášť v iniciálnych fázach depresívnych stavov sa v tomto vekovom období objavujú "komické"myšlienky a sny a tiež pocity zmenenosti,inakosti a občas aj pocit duševného alebo nevyliečiteľného ochorenia.

U detí staršieho školského veku a mladistvých sa stále viac hromadia symptómy s depresívnymi znakmi typickými pre dospelých ako zamyslenosť problémy so sebahodnotením,kolísanie nálad alebo hlboká trudnomyselnosť,hypochondrické potiaže,tendencia k izolácii,suicidálne myšlienky až pokusy.Pribúda i potiaží,ktoré sú interpretovateľné psychosomaticky-hlavne bolesti hlavy,poruchy apetítu so stratou na váhe a pod.

V každom prípade je dôležitýpoznatok,že aj hlboká deprimovanosť sa môže manifestovať vagresívnych a disociálnych spôsoboch správania sa i keď býva niekedy ťažkým interpretovať napr.krádeže,vandalizmus,zneužívanie drôg a násilné činy ako depresiu.

V ďalšom budú prezentované najdôležitejšie formy depresií a to podľa typičnosti,ktorá prináleží tomu ktorému veku.

PSYCHOGÉNNE DEPRESIE V DETSKOM A ADOLESCENTNOM VEKU

Smútok je motivovaný ,zrozumiteľný a dá sa domho vcítať.Naproti tomu pri psychogénnych depresiách sú v nepomere /nesúlade/ vyvolávajúce príčiny a depresívne reakcie.

Psychógénne depresie v detskom veku a adolescencii sú pravdepodobne čo do svojho výskytu práve tak časté ako depresie vo veku dospelom a tým pádom sú i najčast-ejšou formou depresií.Odhaduje sa,že asi tri štvrtiny všetkých depresií majú psychogénnu podstatu.Či ich pribudlo-nie je jednoznačné.Najviac sa vyskytujú medzi 11.a 14.rokom, občas v ranodetskom, dokonca v batolivom až kojeneckom veku.Po puberte ich zreteľne pribúda.Diferenciácia podľa pohlavia je taká,ako u dospelých: na dve depresívne dievčatá pripadá jeden depresívny chlapec.

Psychogénne depresie v detskom a adolescentnom veku sa dajú rozdeliť nasledkovným spôsobom:

Anaklitická depresia sa pokladá za "klasickú" psychicky podmienenú depresiu v kojeneckom a ranodetskom veku.Už dávno sa zistilo,že dokonca kojenci ochorejú na depresiu v prípade,keď sú odlúčení od matky.Ešte na prelome storočia "řádil" tento tzv."psychický hospitalizmus" v nalezincoch európy.Dnes je anaklitická depresia zriadkavá.

V každom prípade tieto nižšie vekové stupne reagujú vyslovene citlivejšie na stratu alebo dlhotrvajúce odlúčenie blízkostojacich osôb.Toto sa netýka iba smrti jedného alebo oboch rodičov,ale i rozvodu,rozchodu alebo pobytov v domovoch bez kompenzácie cestou kontinuálnej prítomnosti k dispozícii stojacej "náhradnej matky".Už aj manželské nezhody alebo ťaživé rodinné vzťahy v detstve vedú vo zvýšenej miere k neskorším depresívnym stavom včetne zvýšenej suicidality v dospelosti.

Reaktívne depresie patria k najčastejšie sa vyskytujúcim formám depresií v detskom a adolescentnom veku.,sú vyvolané vonkajšou, bolestnou udalosťou.Nezriadka sa stretávame s depresívnou dispozíciou/resp.dispozíciou k depresii/ alebo získanou tendenciou k depresii čo potom môže spôsobovať ťažkosti s vymedzovaním hraníc vo vzťahu k neurotickej depresii.

Neurotické depresie sa prejavujú u detí často iba skryte,neúplne alebo v náznakoch.Až v neskorom detstve alebo vo veku mladistvom sa stáva klinický obraz komplikovanejším až sa nakoniec manifestuje úplne.Z psychoanalytického hľadiska sa dajú sledovať korene depresívneho vývoja často až do raného destsva.Vznik podporujú dlhotrvajúce záťažové faktory prostredia tak,ako sa s nimi vo zvýšenej miere stretávame u plých alebo polosirôt,obetiach rozvodov alebo u tích detí,ktoré vyrastali v prostredí meniacich sa vzťahových osôb alebo ktorích rodičia boli chorí alebo- pracovne preťažení.

Až zarážajúco často nachádzame u rôznych psychogénnych depresií v detstve a adolescencii depresívnych rodičov /predovšetkým matky/,alebo neprieznivé rodinné vzťahy.Existujú však i deti z intaktných rodín-tieto však nezvyknú ochorieť-až tak skoro.

Takzvaná "depresia zo školy"nie je síce žiadnym vedeckým pojmom,o to však frekventnejším v laických kruhoch.Často sa interpretuje jednostranne ako čistá depresia zo stresu.A predsa však sú takýmito depresívnymi stavmi ohrození citovo labilní resp.intelektuálne preťažení mladiství v prípadoch,keď v dôsledku rodinnej záťaže(sociálne napätia,genetická dispozícia)i tak tendujú k depresívnym stavom.Toto sa týka predovšetkým hrozivým nárastom suicidálnych kríz a činov v mladistvom veku.

ENDOGENNE DEPRESIE V DETSKOM A MLADISTVOM VEKU .

Dlho sa pochybovalo o tom,že či sa v detskom veku psychózy vôbec vyskytujú.Koník krétne popisy týchto sa objavujú až od stredu 19.stor. Častosť výskytu:Endogénne ochorenia pred desiatym až dvanástym rokom života sú extrémne zriedkavé.Častejšie sa vyskytujú v neskorom detskom veku a ešte viac pred, v priebehu a po puberte.Toto platí obzvlášť predepresívne stavy /prevažne dievčatá/.Avšak aj pre ochorenia,pri ktorých sa obmieňajú manické a depresívne fázy.
Symptomatológia:Zriedkavosť exaktne registrovateľných detských endogénnych depresií je podmienená v neposlednom rade tým,že depresívne a manické fázy sú v tomto veku často iba prchavé a ťažko ohraničiteľné.Tiež okolie takmer neregistruje nápadnejšie poruchy správania či povahové nápaditosti tak,ako tomu býva vo veku dospelom.

K lekárovi sa pacient nedostáva väčšinou kvôli fázickým rozladám,ale pre ťažkosti a konflikty v rodine a škole.Opakujúce sa sťažnosti spredmetňujú sa v nasledovných heslách:pohodlnosť,neokrôchanosť/hrubosť,surovosť/,strata švihu, neľajom,nedostatočná spontancita a nakoniec nevysvetliteľná stiesnenosť.

Napriek tomu pri podrobnej explorácii nájdeme i v tomto vekovom období charakteristické psychické symptómy depresie ako frekventnejšie výkyvy nálad,ubitosť a ťažkomyseľnosť bez zistiteľnej príčiny,prehnané sebapozorovanie,pocity menejcennosti s tendenciou k hĺbaniu /zamyslenosť/,ohraničené úzkosti a suicidálne myšlienky.Obzvlášť nápadným je nahromadenie nutkavých symptómov:nutkavé myšlienky,nutkavé obavy, nutkavé konanie,občas sa vyskytnú nutkavé akustické a optické bludné predstavy,ktoré úzko súvisia s nutkavým konaním a obavami mladého depresívneho.
V somatickej sfére sú to predovšetkým pocit tlaku v hlave,bolesti hlavy,nechutenstvo,poruchy spánku a množstvo iných porúch.V psychosociálnej oblasti je to predovšetým zníženie výkonnosti,obmedzovanie kontaktov a tendencia k izolácii,pocity nudy,vyhýbanie sa škole a práci.

K nerozpoznaniu depresívnych stavov v detskom A adolescentnom veku vedú nezriedka mimo iné také skutočnosti ako charkateristicky krátke trvanie fáz a občas rýchla zmena fáz-nezriedka trvajú dva až päť dní.Niekedy sa dá dokonca registrovať zmena nálady-ráno je prítomné ranné pesimum s ťažkými sebaobviňovaniami a večer maniformné až manické stavy s megalomanickými myšlienkami,rozpustilosťou, nevysvetliteľným pudením k činnosti s množstvom nekoordinovaných myšlienok a nápaditými šibalstvami.

Občas depresívne stavy prejdú tiež do schizofrénnej epizódy.Pritom depresívne a schizofrénne spôsoby prežívania sa môžu objaviť u jednej a taj istej osoby.Toto sa zdá byť častejším u skorých včasných ochoreniach na schizofréniu.Obdobie puberty je beztak iniciátprom či spúšťačom ťažko zaraditeľných foriem psychóz.

SOMATOGÉNNE DEPRESIE V DETSTVE A ADOLESCENCII

Nie iba v dospelosti hrajú dominujúcu rolu somatogénne depresie: 10 až 15 detských depresívnych stavov detskom a adolescentom veku v rámci detskopsychiatrickej klintelyi sú somatogénne depresie. V skutku sú organické poškodenia mozgu v detskom veku častejšie príčinou depresívnych stavov oproti tomu,ako je to všeobecne známe./Lempp/. Prejavujú sa predovšetkým v stažnej schopnosti dostatočne rýchlo registrovať podnety z okolia a cielene ich odlišovať.Takéto,čo i len ľahké ranodetské poškodenie mozgu /MBD/ môže viesť postupne k zmenenému prežívaniu prostredia a viesť nakoniec k chorobnému spôsobu reagovania resp.k nápaditostiam v správaní.Dochádza pri tom

k poruchám adaptability,sťaženej duševnej výkonnosti,k zníženiu koncentrácie,zníženiu vytrvalosťi,predráždenosti,zníženej zaťažiteľnosti,k tzv.parciálnym výpadom schopností /častá je kombinácia porúch prfavopisu a čítania/ a predovšetkým k depresívnym rozladám. Uvedené je zčasti podmienené chorobou zčasti ako následok zodpovedajúcich poškodení a obmedzení.

Takéto poklesy ladenia nachádzame predovšetkým tam,kde je tangovaná schopnosť súťaženia s rovesníkmi.Preto musíme pátrať po event.ranodetstkých poškodeniach mozgu v období pred, v priebehu a po pôrode u detí,ktoré sú vážne,uzavrené,tiché,inhibované a depresívne.Občas sú matky schopné referovať,že kojenec bol tichý,kľudný,"pokojný","dobručký",pričom sa dá vytušiť skôr negatívny hodnotiaci podtón.Mnohí mali problémiy pri pití,relatívne neskôr sa naučili hovoriť a chodiť,prekonali buď iba len miernu alebo vôbec žiadnu fázu vzdoru.

Somatogénne depresie zisťujeme tiež ako sprievodný príznak epilepsie. Občas býva pri tom problematické diferencovať medzi rozladami a depresívnymi stavmi podmienenými chorobou alebo medikamentami.Tento druh depresií zisťujeme ďalej pri endokrinných poruchách ,pri infekciách a intoxikáciách prípadne v rámci rekonvalescencie po ťažkých ochoreniach.Predpokladá sa-tak,ako je to i u somatogénnych depresií dospelých-že takéto depresívne syndrómy bývajú relatívne časté,avšak vzhľadom na základné ochorenie,ktoré je v popredí,bývajú registrované iba zriedkavo a tým pádom nie sú ani adekvátne liečené.

K TERAPII DEPRESIÍ V DETSKOM A ADOLESCENTNOM VEKU.

Psychicky choré deti a mladistvých lieči v súčasnosti stále viac expertov a k dispozícii je stále viac terapeutických metód.. Najdôležitejšími kombináciami opatření podľa nozologického rozdelenia sú:

Pychogénne depresie:Individuálna a skupinová psychoterapia/napr. terapia hrou,muzikoterapia,detská psychotarapia,liečba zamestnaním./ ďalej sú to milieuterapia a socioterapia,predovšetkým rodičovské poradenstvo resp.rodinná terapia/štruktúra rodiny,vzťah dieťa-rodičia/, liečebná pedagogika,relaxačné metódy /napr.AT,jóga/,telesné aktivizovanie.Za špeciálnych podmienok/najlepši-e pod pedopsychiatrickým dohľadom/ a primerane /dávkovanie,vedľajšie účinky/ najprv [redacted]

fytofarmaká,prípadne psychofarmaká /antidepresíva,neuroleptiká,podľa okolností krátkodobe tranquilizéry/.

Endogénne depresie: Psychofarmaká /antidepresíva,príp.neuroleptiká event.časovo ohr-aničene tranquilizéry/,najlepšie zabezpečiť pedopsychiatrickú starostlivosť.Ďalej psycho- a socioterapia,rodičovské poradenstvo /vyvarovať sa falošným radám,tak ako u dospelých depresívnych/,telesná aktivizácia,spánková deprivácia /realizovateľná i u depresívnych detí a adolescentov/.Po uzdrfavení relaxačné techniky /AT,yoga a iné/.Pod odborným vedením je terapia líthiom možná.

Somatogénne depresie: Liečba základného ochorenia,najlepšie v spolupráci s tým-ktorým odborným lekárom.Psychofarmaká/antidepresíva,príp. neuroleptiká,podľa okolností tranquilizéry,krátkodobo a hlavne trvanie a dávkovanie prispôsobiť v základe ležiacemu organickému poškodeniu/. Dlhodobejšia psychoterapeutická a liečebnopedagogická starostlivosť /vhodná je skupinová terapia/.Poradenstvo a podľa okolností podpora rodičov a i ďalších príbuzních.Umožniť osvojenie si relaxačných techník /AT,jóga a.i./Telesná aktivizácia,poprípade konzekventná pohybová terapia.

10 DEPRESIE VO VYŠŠOM VEKU.

V poslednom storočí sa odzrkadlila biologická revolúcia:stredná dĺžka života iba v SNR u mužov stúpla zo 40 na 71 a u žien zo 44 na 78 rokov. V súčasnosti tvorí "tretí vek" so svojimi takmer 10 miliónmi príslušníkov ,ktorí majú nad 65 rokov,najviac narastajúcu skupinu obyvateľstva.Avšak vytúžená dlhovekosť má svoju cenu a táto sa nazýva multimorbidita.Množstvo potiaží pribúda vekom a vedie k tomu, že viac ako každý tretí je viacnásobne postihnutý:cievne choroby-zvl. arterioskleróza ciev srdca a mozgu,ochorenia dýchacích orgánov,reumatické potiaže svalstva a zhybov ako i rakovina.Predovšetkým sú to však duševné poruchy,ktoré postihujú ca každého štvrtého nad hranicou penzijného veku.Pri tom je ani nie každý desiaty umiestnený v adekvátnej inštitúcii,teda v nemocnici,starobinci alebo ústave soc. starostlivosti.Prevažná väčšina žije ešte v súkromnej domácnosti. Iba málo z nich je v starostlivosti neuropsychiatra,naproti tomu 90% z nich je v pravidelnom kontakte so svojim domácim lekárom/rodinným/.

Medzi psychickými ochoreniami vo vyššom veku sa najčast-ejšie stretávame s tzv.zážitkovými reakci-ami,ďalej s naurotickými vývojmi a psychoso

poruchami,ktoré sú interpretovateľné ako psychosomatické.Nasleduje vekom podmienené odbúranie duševnej výkonnosti a vážnejšie depresívne stavy.V podstate však u väčšiny ochorení tohto druhu hrajú dôležitú úlohu v nejakej forme depresívne rozlady.Preto v ďalšom nasleduje krátky prehľad.

PSYCHOREAKTÍVNE ROZLADY VO VYŠŠOM VEKU

Najčastejšími sú reaktívne depresívne rozlady.V starobe sú menej determinované ranami osudu do ktorých sa dá vcítiť.Oveľa častejšie sa tu jedná o množstvo situačne podmienených príčin.,prevažne sú to problémy spojené so zážitkom straty rôzneho druhu:zhoršovanie zdravia a výkonnosti,vynútená nečinnosť /"Pensionierungsbankrott","Rentenschock"/,smrť blízkych príbuzných,osamostatnenie sa detí/čo je síce normálnea želané,avšak teraz sa to interpretuje ako bolestivý zásah do rodičovskej role/,konflikty s príbuznými a susedmi,osamelosť,materiálna núdza,ale aj zmena bydliska /lokality/ čo vo vyššom veku môže ľahko viesť k vykoreneniu /"Umzugsdepression"-depresia z presťahovania/ a pod.

Popri týchto prevažne psychoreaktívnych faktoroch majú narastajúci význam aj vekom podmienené procesy odbúrania v CNS.Sú schopné intenzifikovať predovšetkým rozlady a stavy zlyhania.Pritom stav môže navonok imponovať ako jednoznačne psychogénny.Rozhodujúcim je nešťastné spolupôsobenie /sumácia/ oboch vplyvov:vekom podmienená nepriaznivá vonkajšia situácia a organicky podmienená neschopnosť vyrovnať sa s týmito problémami /"život sa stáva stále ťažším a síl k boju sa nedostáva"/.

Popri týchto psychoreaktívnych syndrómoch ktoré buď sú alebo nie sú potencované organicky je treba vo vyššom veku dbať aj na exogénne vplyvy,ktoré môžu depresívne stavy vyvolať alebo zintenzívniť.Sem patria na jednej strane telesné ochorenia a na druhej strane medikamentózna terapia,ktprá sa stala nutnou.Na vekovú skupinu vyššie 65 ročných pripadá takmer štvrtina všetkých preparátov jak viazaných na predpis ako i voľne predajných.Pritom pripadá v priemere na jedného pacienta pol tucta až tucet rozličných substancií.Existuje rada preparátov-medikamentov,ktoré dokážu pri zodpovedajúcej dispozícii vyvolať alebo udržovať depresiu.Hrozia aj medikamentózne interakcie.

Terapia:Ako pri reaktívnych depresiách avšak s ťažiskom na psycho- a socioterapeutické opatrenia.

INVOLUČNÁ DEPRESIA.

Dnes ešte nie je možná jednotná definícia involučnej depresie, i keď sa táto forma depresie diskutovala už v 19.storočí.Vo všeobecnosti za involučnú depresiu považujeme za endogénnu depresiu v involúcii s prevažne depresívnymi fázami.Až po jej manifestáciu sa v anamnéze nedajú zistiť ani depresívne ,animanické fáze.

Rozšírenie podľa veku a pohlavia: vrcholy výskytu sú spravidla medzi 50 a 60 /častejšie ženy/ a 60 a 65 rokmi/skôr muži/.V častosti výskytu podľa pohlavia prevažujú vo všeobecnosti ženy o viac ako dvojnásobok.

Diferenciálno-diagnostické aspekty:Priamy súvis s klimaktériom sa dá zistiť menej často,ako by to predpokladala diagnóza "klimakterickej depresie" ktorá sa občas mylne stotožňuje s involučnou depresiou. Je zaujímavé,že involučné depresie začínajú u žien zväčša nie v čase počínajúceho klimaktéria alebo počiatku menopauzy,ale až roky po tom.Často sa dá stanoviť dedičná záťaž,avšak z okruhu mániodepresívneho v menšom počte ako pri schizofrénnych psychózach či schizoidných osobnostiach.

Etiopatogenéza:Involučná depresia je mimoriadne často vyvolaná duševnými,psychosociálnymi a telesnými traumatami:

- duševné a/alebo psychosociálne faktory:konflikty svedomia,izolácia, osamelosť,domnelá nedbalosť alebo zanedbanie povinností,sklamania, smrť manželského partnera alebo priateľov,materiálne straty,presťahovanie sa,penzionovanie s limitáciou finančných možností,vplyvu a "pozície",odstahovanie sa detí a iné.
- somatické faktory:Infekcie,úrazy /napr,kraniocerebrálne zranenia/, operatívne zákroky/napr.operácia prostaty-prostatektómia/ a pod. Výrazne však prevažujú psychické a psychosociálne spúšťače.

Symptomatológia:Involučná depresia začína často prodromálnou fázou v zmysle"neurastenického"predštádia:postihnutí sa sťažujú na polymorfné,často meniace sa somatické ťažkosti.Väčšinou po ich- vzniku vyhľadajú rôznych terapeutov.Väčšina pacientov sa necháva presvedčiť iba nerado,formálne sa však viažu na lekára.

U väčšiny chorých vidíme úzkostne-agitovaný obraz,približne polovica je s vyjadrenou paranoidnou /nedôverčivo-bludnou/symptomatológiou. Obsahy bludov sa centrujú okolo tém života,majetku,strachu o dušu a pod.Tým dochádza k myšlienkam zhrešenia,schudobnenia,onemocnenia. Iní chorý pôsobia nutkavo,hystericky ("Jammerdepression"-bedákavá depresia),hypochondricky.Chorí často trpia výčitkami svedomia za dávnominulé nedbalosti a pod.Charakteristickou je "devitalizácia"

Pritom získavajú úzkosť- ,nepokoj,,napätie,roztržitosť a nervozita taký hlbokosiahajúci účinok vo všetkých telesných vrstvách. To môže nakoniec vyústiť do nezmyselnej mučivej agitovanosti.
Priebeh:Vo väčšine prípadov zdĺhavý a ~~pixxxxx~~ vleklý.Depresívne rozlady môžu pretrvávať nezvykle dlho.Nemusia síce dosahovať hĺbku endogénne depresívnej fázy,predsa však roky ~~xxxxjxxxxpxixxxxxxxxxxxx~~ pretrvávajúce ochorenie nie je zriedkavosťou.Trvanie fáze v priemere presahuje jeden rok.Riziko suicídia je obzvlášť vysoké.Neliečení pacienti s involučnou depresiou sú vystavení nebezpečiu prechodu do organickej depresie.
Terapia: Antidepresíva a/alebo nízkopotentné /podľa okolností vysokopotentné /neuroleptiká.Opatrne stúpajúca,avšak nie poddávkovaná /"geriatrická"/medikácia.Kontrolovaný prívod tekutín.Podporná psychoterapia,socioterapeutická pomoc.Objasnenie,prípadne medikácia zo strany internistu.Telesná aktivizácia.I vo vyššom veku môžu byť osožné relaxačné techniky /AT,jóga/.Vzhľadom na zdĺhavosť ochorenia a event.suicidalitu súčasná liečba psychiatrom.Trpezlivosť pri liečbe!

DODATKOM:K DIFERENCIÁLNEJ DIAGNOZE DEMENCIE A DEPRESÍVNEJ PSEUDODEMENCIE

Rozpoznanie depresívnych syndrómov a ich nozologické zaradenie vo vyššom veku je často ťažším ako je tomu u mladších pacientov. V druhej polovici života sa hlavne endogénne depresie odlišujú od charakteristického symptómového profilu mladších dospelých.
Čo do možných následkov je najväčším diferenciálno-diagnostickým problémom tzv.
depresívna pseudodemencia:jedná sa tu o popisný pojem a žiadnu novú chorobnú jednotku.I keď-podobne ako larvovaná depresia-sa používal najprv v anglosaskej oblasti a potom i u nás za takýchto mylných predpokladov.
Dementných procesov /Alzheimerova choroba,multi infarktová demencia, kombinované formy/pribúda.To isté platí i podľa počtu podstatne menej zastúpené sekundárne dementné procesy na podklade ochorenia srdca a ciev,ťažkých anémií,porúch funkcie ľadvín,ochorení pľúc, toxických chorobách látkovej premeny,stavoch vitamínovej karencie, následkoch ťažkých infekcií,zneužívania alkoholu a medikamentov,kraniocerebrálnych porananí,expanzívnych intrakraniálnych procesov a pod.Problematickou je i tá okolnosť,že sa demencia a depresia objavujú často spoločne.Prinajmenšom každý desiaty geriatrický pacient s "demenciou" by mal trpieť v skutočnosti pseudodememciou podmienenou

depresiou-ktorá by dobre reagovala na antidepresíva-pokiaľ by sa tieto použili.
Vďalsom preto najdôležitejšie difernciálhodiagnostické charakteristiká.
Pre_depresiu_svedčí:

- časovo ohraničený,rýchly začiatok,
- relatívne prehliadnuteľné trvanie
- rýchle napredovanie klinického obrazu
- duševné poruchy a zodpovedajúca dedičná záťaž v anamnéze /objektívna anamnéza!/
- zvláštna zarazenosť spr-avidla zneistených pacientov,ktorí sa obviňujú a premrštene hovoria o svojich "chybách",kzorý ťažkp znášajú zníženú výkonnosť pamäti čoho sú si vedomí a reagujú na to rezignovane alebo so zúfalstvom,
- keď postihnutý pôsobí síce bezradným dojmom avšak napriek tomu sa dobre orientuje vo svojom prostredí a dokáže vyhľadať pomoc.
- ak sú prítomné pocity viny,zmeny výkonnosti stažovanie sa na zameškanie vecí z nedbalosti
- ak u postihnutého narastá rezignácia,keď sa s úzkosťou alebo zneistene stahuje z diania čím hrozí nebezpečie spoločenskej izolácie.

Pre_demenciu_svedčí_skôr:

- keď je počiatok nenápadný,pomalý a nastupuje plazivo,
- keď ani v dlhšom časovom rozsahu nedochádza k žiadnemu zlepšeniu, a chorobný obraz sa pomaly zhoršuje,
- Keď si pacient nie je vedomý straty pamäti,pozornosti,súdnosti, necíti sa byť v žiadnom prípade "vinným",súvisiace konzekvencie pripisuje iným osobám alebo nepriaznivým okolnostiam,neprejavuje žiadnu neistotu,ba dokonca sa snaží prevziať ďalšie povinnosti,
- keď je novopamäť viac postihnutá ako staropamäť,
- keď sa stávajú pravidlom "takmer správne" odpovede,postupom času ~~xa~~ stále viac sa míňajú pôvodného tématu
- keď dochádza i v dôverne známom prostredí k poruchám orientácie, ku koncu i vo vzťahu k vlastnej osobe,
- ak narastajú stavy nepokoja a zmätenosti a to hlavne večer /v noci/,

- keď nie sú prítomné žiadne tendncie k izoloácii ,pocity viny, ustupovania zo spoločenského diania,pacient naopak sa pokúša aktívne udržovať sociálne kontakty a svoje deficity sa snaží bagatelizovať alebo skotomizovať.

Nemá sa okúňať-hlavne gerontopsychiater- s diagnózou demencie pokiaľ je naozaj táto prítomná.Pri "depresívnej pseudodemencii" po nasadení antidepresív rýchlo mizne "organický kolorit"event.keď je doplnené internistickou medikáciou.Naproti tomu záver "organického poškodenia CNS" ešte stále implikuje zbytočnú rezignáciu siahajúcu až k terapeutickému nihilizmu.Ak sú na zváženie dalekosiahlejšie konzekvencie /týkajúce sa povolania,doporučenie na umiestnenie do starobinca resp,ÚSS/ by sa nejprv mala zvážiť dlhšietrvajúca fáza pozorovania resp.antidepresívnej liečby a to skôr,než by sa takéto rozhodnutie malo podporiť i zo strany lekára-čo by bolo nenapľaviteľné v prípade prítomnosti- depresívnej pseudodemencie.

11 K TERAPII DEPRESÍVNYCH STAVOV

Podľa odhadu by mal každý desiaty až každý šiety pacient,ktorý vyhľadá všeobecného lekára alebo internistu trpieť takým stupňom depresie,ktorá vyžaduje liečbu.Vzhľadom na to,že 9 z desiatich pacientov lieči obvodný /resp.pod./ lekár zvýrazňuje závažnosť problematiky tohoto okruhu.
Dôležitou je predovšetkým včasná diagnóza,nakoľko sa depresívny syndróm môže ukryť za množstvo somatických potiažĺ.Preto sa musia podniknúť čo najskôr nutné terapeutické opatrenia.

POUČENIE

Otázka,či sa má pacient poučiť o charaktere svojho onemocnenia a to bez akýchkoľvek výhrad,závisí od viacerých faktorov:klického obrazu ochorenia,anamnézy,prognózy,štruktúry osobnosti,rodinnej zátaže a i.V prípade depresívneho pacienta platí:

Obšírne a otvorenšé poučenie pacienta odbúra nekontrovateľné úzkosti a môže tak cielene mobilizovať sily potrebné k vyzdraveniu.

Tak sa má chorý informovať a poučiť otvorene a bez falošného prikrášlovania - ktoré by i tak len mobilizovalo nedôveru a tajné obavy-o:

- o diagnóze, s ktorou sú spojené mnohoraké,nepochopiteľné,zčasti protikladné,znepokojujúce symptómy a ktoré ani pacient sám a ani príbuzní nie sú schopný akceptovať ako

jednotlivý symptóm a už vôbec nie ako súčasť psychického ochorenia,
- často fázickom priebehu depresie ktorý sa rezignovane interpretuje ako beznádejná recidíva ochorenia,
- liečbe a jej predpokladanom trvaní,
- možných vedľajších účinkoch ordinovaných psychofarmák nakoľtieto môžu byť bez adekvátneho vysvetlenia interpretované ako ďalšie prehĺbenie existujúceho utrpenia.

ZÁKLADNÉ PRAVIDLÁ A DOPORUČENIA PRE ZAOBCHÁDZANIE S DEPRESÍVNYMI PACIENTAMI.

Základom pre každé diagnostické a terapeutické snaženie ostáva rozhovor lekára s pacientom.Dôležitým je pravidelné naväzovanie kontaktu v odstupoch ca 7 dní /týždňové intervaly/.Za priaznivú dobu sa považuje trvanie terapie v dĺžke 20-30 minút.Pravidlehost kontaktů a jeho dostatočná dĺžka vedú k vzniku konštantného vzťahu a pacient získava takto pocit,žeň jeho choroba je akceptovaná a k jeho potiažam sa bude pristupovať s pochopením.

Čo sa týka obsahovej stránky,má sa pomaly prejsť od explorácie symptomatológie k dialógu,v ktorom sa spracujú faktory ako životná situácia,/depresívna/ osobnostná štruktúra a iné xxxm dôležité spúšťacie alebo xyx udržujúce faktory depresie.
Treba pritom dbať na nasledovné skutočnosti:
Vypočuť chorého,nájsť si dostatok času a predovšetkým tento poskytnúť chorému.
Bezpodmienečne akceptovať obsah a formu /že čo a ako/hovoreného a to i vtedy keď je to v protiklade k vlastnému chápaniu /napr.prírodovedeckému,kulturálnemu,religióznemu/.(vecí).
Akceptácia chorého človeka spôsobom priateľského príklonu a nezameriavať sa iba na jednotlivé problémové okruhy ako určité symptómy, možné vyvolávajúce faktory,medziľudské dôsledky a pod.
Prejavovanie nepredpojatého pochopenia pre situácie individuálneho utrpenia.Tento postoj,ktorý je neľahko zaujať,nemá byť viazaný na žiadne (predchádzajúce) podmienky,ktoré určujú medziľudské vzťahy medzi zdravými-t.j.emocionálny príklon (empatiu) a pocit akceptácie neviazať na žiadne podmienky alebo výkony/služby,povinnosti a pod./

Pacient si musí byť napriek svojim obavám a príp.bolestným skúsenostiam istý,že môže počítať s citlivým pochopením a pomocou i v tom prípade,keď v dôsledku choroby nemôže dodržať niektoré sľuby,keď nie je schopný podávať požadované výkony a keď k stabilizácii nedochádza tak skoro,ako to všetci predpokladajú. Nakoniec aj navonok bezvýhradná a nesamoúčelná pomoc psychicky chorému je v konečnom dôsledku viazaná na nevyslovenú a nepriznanú podmienku: "Za pomoc sa nám odmeň aspoň /čo najskoršou/ úpravou svojho obťažujúceho zdravotného stavu" Keď pacient "nedokáže" tak /rýchlo/ sa vyzdravieť,tak vzniká nebezpečenstvo,že spočiatku pozitívny vzťah sa zmení na zátaž- pre obe strany.

Sledovať spôsoby správania a prejavov,ktoré nesúvisia s depresiou, tieto registrovať a posilňovať.Postupná aktivizácia príp.podnecovanie k vlastnej konzekventnej iniciatíve,predovšetkým vo vzťahu smerujúcim ku zmene depresiogénnych faktorov.

Musia sa pritom posilňovať verbálne alebo nonverbálne prejavy a správanie sa chorého- a to tie,ktoré v sebe obsahujú nejaký pozitívny aspekt.Tým sa prepracuje a vypracuje dôvera vo vlastné schopnosti.Príklady:nechať hovoriť pacienta o tom,že ako prebehol deň,pýtať sa na aktivity,navrhnúť denný alebo týždenný progr-am a kontrolovať ho, pozitívne kvitovať znovuobjavenie sa pôvodných návykov či zvykov a i.

Vyvarovať sa povrchným sľubom:sem patria dobre mienené avšak pre hlboko zneisteného pacienta málo nápomocné povzbudenia ako:"Však si my s tou chorobou poradíme",alebo:"to chce iba tie správne lieky" a pod.Naopak sa osvedčila akcentácia spoločnej snahy lekára a pacienta ,ktorá vedie síce k dobrým úspechom ,avšak vyžaduje na oboch stranách vynaloženie námahy,času a trpezlivosti.

Zainteresovať vzťahové osoby predovšetkým k podnieteniu nutného porozumenia u príbuzných/príp.kolegov z práce,nadriadených,susedov a pod./ a i preto,aby sa zamedzilo známym povrchným sľubom.

Organizovať či zabezpečovať dostatočnú mieru podnetov s vyhnutím sa možnosti preťaženia ale i nedostatku podnetov.Pre depresívnych je dôležitý podnet majúci charakter výzvy,úspechy potom treba pozitívne posilňovať.Toto sa dá konzekventne aranžovať obzvlášť v domácom prostredí,vyžaduje to však medicínske vyškolenie a kontrolu príbuzných a blízkych známych.

Spoločne definovať terapeutický cieľ a síce s priehľadným postupovaním a v spolupráci s blízkym a širším okolím.

Príklady:voliť metódu drobných krokov,najlepšie /nechať/ vyhotoviť štrukturovaný program dňa,aby sa pacient vedel lepšie vyrovnať so samotou.Pri tomto sa môžu objavovať opakujúce sa námietky.Tieto sa

nemajú prejsť iba konštatovaním,že sa jedná o odpor alebo lenivosť, ale treba ich akceptovať otvorene a vážne a spoločne o nich pohovoriť. Pri všetkom pochopení však musia ostať zachované isté povinnosti/záväzky/,ktoré životu aspoň navonok dávajú podobu normality: skoré vstávanie,hygiéna,vykonanie každodenných rutinných povinností,zachovanie kontaktov a trávenie voľného času,neísť príliš včas do postele /"útek do postele"/.a pod.

Využiť princíp "zastupujúcej nádeje"(stellvertretenden Hoffnung):

Pacientov prípad nie je jediným.,mnohým pacientom s takýmto ochorením sa už pomohlo.,prejavy choroby sú síce mučivé ,avšak nie nebezpečné(toto zdôrazňovať hlavne pri vyjadrenej somatickej symptomatológii), trvanie depresií je časove ohraničené a znova odoznievajú bez toho, aby zanechali následky(čo nemusí platiť až tak jednoznačne,avšak tieto zbytkové symptómy majú skôr vedecký/primárne/význam ako praktický.a pod.

Rozdiel týchto pomocných uistení oproti povrchne pôsobiacim sľubom je v ich konkrétnom obsahu.Depresívny v medziľudskej dimenzii môžu stratiť veľa schopností,jedno im však ostáva uchované:cit pre vážnosť a realitu vyhlásenia lekára.

FALOŠNÉ RADY

Pri kontakte s depresívnymi je nutné vyhnúť sa stále sa opakujúcim radám,ktoré sú síce dobrée mienené,ale za určitých okolností môžu mať nepriaznivý až zničujúci dopad.Takéto omyly zisťujeme resp. sa s nimi stretávame väčšinou u neskúsených príbuzných,avšak niekedy aj u lekára.Posledná skutočnosť je o to závažnejšia,že jeho slovo má dvojnásobnú váhu.Ak terapeut v roli sprevádzajúcej autority doporučí alebo vyžaduje niečo,čo postihnutý v dôsledku svojej choroby nedokáže splniť,provokuje tým event.pocity viny a menejcennosti a prehĺby radu strapňujúcich depresívnych symptómov.

Nasledujú najdôležitejšie zdroje chýb tak,ako bo-li popisované predovšetkým Kielholz-om a jeho spolupracovníkmi.

Apely:Je chybou vyzývať alebo podnecovať depresívneho k tomu,aby sa vzchopil,neupúšťal,ovládal,prekonal sa alebo to,držal sa,bol príkladom.Väčšina chorých je beztak v stave beznádeje, s oslabenou vôľou, nerozhodných,inhibovaných,bez švihu a iniciatívy.Takáto výzva môže potom zúfalstvo pacientov intenzifikovať a dokonca akcentovať možné ohrozenie suicídiom.

Odvádzanie pozornosti:nie je správnym nútiť depresívnych aby sa pokúšali rozptýliť,rozveseliť resp.ich k tomu povzbudzovať ("doprajte si to potešenie...").Depresívny by aj chcel,ale nemôže.A to je veľký rozdiel.Je preto nezmyselným,upozorňovať na"krásy tohoto sveta". Práve na týchto ľudí pôsobí obzvlášť deprimujúco,že ich nič nedokáže potešiť a v dôsledku toho u nich vznikajú ešte aj pocity viny.

Presviedčacie pokusy: je chybou snažiť sa depresívnemu nahovoriť,že "v podstate sa mu nevedia až tak zle".Ak sa mu nevedie zle, tak tým pádom už nie je depresívnym a sám to môže pociťovať.Avšak keď ešte je depresívnym,tak takýto výrok pociťuje ako nespoznanie jeho stavu,ako nedorozumenie alebo nedôveru.To isté platí aj pre už hore spomenuté povrchovo pôsobiace uisťovania.

Dovolenka: Je nesprávne poslať depresívneho na dovolenku.V dôsledku svojej psychomotorickej inhibície,porúch pozornosti a koncentrácie, pocitov menjcennosti,straty kontaktov a tým daným nebezpečenstvom izolácie sa s cudzím prostredím vyrovnávajú ešte horšie než je tomu doma.Ich myšlienky sa väčšinou stále viac a viac zameriavajú na depresívnu symptomatológiu.Priam bolestivo je pociťovaná neschopnosť tešiť sa či mať radosť v dôsledku čoho je chorý zahanbene konfrontovaný so svojimi predchádzajúcimi dovolenkovými koníčkami/voda,hory, kultúrne podujatia a pod./s pocitmy ľahostajnosti/"nevďačnosti"/,neúčasti, s úzkosťou alebo s ťažkými pocitmyi viny.

Pobyt v kúpeľoch:Je nesprávnym posielať pacienta trpiaceho depresiou do kúpeľov.V podtste sa tu jedná o podobnú problematiku,ako je tomu na dovolenke.Taktiež väčšina týchto zariadení nie je-či už čo sa týka personálu,vzdelania alebo diagnostického alebo terapeutického zamer-ania pripravených na takýchto pacientov. Depresívnym,navyše so suicidálnymi tenciami sa takto môža stať značnou záťažou pre ošetrujúcipersonál al,e aj pre spolupacientov.

Na druhej strane však za priaznivých rodinných,medikamentóznych,lekárskych a psychosociálnych predpokladoch a niektorých depresívnych stavoch /napr.depresia z vyčerpania/ môže byť dobre zorganizovaná a premyslená dovolenka či kúpeľný pobyt na primeranom mieste plne úspešným.Tomuto by však mala predchádzať podrobná anamnéza priebehového typu ochorenia a fundované prepracovanie organizácie pobytu.

Bludné myšlienky:Je je správnym snažiť sa pacientovi vyvrátiť možné bludné myšlienky.Toto sa týka predovšetkým bludného spracovania choroby ("moja choroba je nevyliečiteľná"),bludu schudobnenia("je bez prostriedkov,má dlhy,v dôsledku choroby príde teraz i o zbytok úspor..."), bludu zhrešenia ("zlý človek,zaslúži si trest").Ani depresívny blud sa nedá korigovať logickými argumentami alebo dôkazmi,ktoré vyvracajú tvrdenia chorého.Ak sa niekto snaží o takúto neplodnú argumentáciu,vystavuje sa nebzepečenstvu,že bludný systém iby prehĺbil.Takáto "nedôvera" terapeuta môže tiež nahlodať vzťah dôvery k zneistenému pacientovi,ankoľko tento sa môže sám seba začať akceptovať v roli nepochopeného,smiešneho alebo atakovaného.

Na druhej strane sa kľudne môže o uvedených symptomoch hovoriť a to bez toho,aby sa s nimi terapeut stotožnil alebo aby s nimi falošne súhlasil.Väčšina pacientov nevyžaduje,aby sa im jednoznačne dávalo za pravdu ,nakoľko im samým sa mnohé z nich nezdajú až tak nepodozrivé.Už i možnosť hovoriť o nich bez toho,aby pacienti narazili na nepochopenie,námietky alebo výčitky môže viesť u nich k uvoľneniu.

Dôležitou je snaha o udržanie alebo zmiernenie možných reakcií pacientov na takýto bludný systém a udržanie ich v určitých hraniciach. To isté platí i pre reakcie ich okolia.Tak môžme napr.pacientov ubezpečiť,že sa na nás môžu vždy obrátiť v prípade nových(bludom podmienených) komplikácií,avšak iba za tej podmienky,že nebudú o tom informovať iných, a predovšetkým nepodniknú žiadne "protiopatrenia" bez toho,aby sa o tom poradili s terapeutom.Je to snaha o zníženie sociálnych škôd,ktoré by mohol pacient utrpieť a to tým,že čo najmenej ľudí z okolia sa dozvie o veciach,ktoré by nutne museli hodnotiť tak,že sú to "výmysly" či " blbosti".Keď takýto depresívny blud v priebehu liečby odozneje a pacient si prekvapene začne uvedomovať,že čo ho to vlastne držalo vo svojich osídlach(resp.sa na to vypytuje svojho terapeuta),chýry a šuškandy začnú mať vlastný život s neblahými dôsledkami a zasahujú stále širšie oblasti-na úkor pacienta,nakoľko i po jeho úplnom uzdravení ostáva i tak niečo vysieť vo vzduchu.

Rozhodovanie: Nie je správne nechať pacienta v priebehu trvania depresie rozhodovať o dôležitých veciach.A to ani v prípade,keď o to dôrazne žiada buď sám, jeho okolie,alebo to má súvis s aktuálnou situáciou.Často sa tu jedná o významné a čo do možných dôsledkov závažné rozhodnutia(tákajúce sa napr.manželstva,rodiny,povolania,kúpy alebo predaja).

Postupným nárastom potiaží sa situácia niekedy zvykne vyhrotiť až do tej miery,že nutnosť rozhodnutia sa stáva prakticky nevyhnuteľnou.Skúsenosť však učí,že väčšina problémov a konfliktov,ktorě sa pred odoznením depresie zdali byť tak neprekonateľne hrozivými,sa dajú u opäť zdravého pacienta s jeho obvyklou schopnosťou koncentrácie,rozhodnosti a vôľových vlastností,z veľkej časti zvládnuť.
Povolanie:V tejto súvislosti by bolo v prvom rade nesprávnym,aby sa počas trvania depresie pripustila hocijaká zmena v povolaní a to i v prípade,keď by mala slúžiť jednoznačnému prospechu postihnutého.

Mnohí (hlavne endogénne) depresívny majú tendenciu k tomu,aby v dôsledku bolestivo pocitovanej neschopnosti a staženej životnej situácie,že hľadajú vinu,ktorá zapríčiňuje ich terajší stav iba v sebe samých.Myslia si o sebe,že sú organicky chorý,že už nestačia požiadavkám svojho povolania,že sú na príťaž svojmu zamestnávateľovi a kolegom a že tejto dilemc sa môžu vyhnúť iba tak,že požiadajú o preloženie inam,nižšie,že dajú výpoveď alebo dokonca žiadosťou o invalidný dôchodok.Tu má kľudné vysvetlenie a konzekventný postoj lekára prinajmenšom taký istý cenu,ako úspešná psycho-či farmakoterapia. Treba sa ochraňujúc postaviť za pacienta tak,aby sa zamestnávateľovi či personálnemu šéfovi stalo jasným,že zneužitie takejto situácie nepadá do úvahy.Po odoznení choroby zamestnávateľ nemusí počítať iba opäť iba s plnou pracovnou výkonnosťou pacienta,ale i s jeho vďakou, t.j. s obvyklou spoľahlivosťou a zvýšenou iniciatívou.

Psycho-a socioterapeutické opatrenia hrajú väčšiu rolu,než ako sa to vo všeobecnosti predpokladá.Je tomu predovšetkým tak u tzv. terapeorezistentných depresií.

12 FARMAKOTERAPIA DEPRESIÍ

Zatiaľ čo používanie trankvilizérov v posledných desaťročiach dosiahlo do istej miery až nekritické rozšírenie čo do ich indikačného spektra- bola dokonca propagovaná ich schopnosť nahradiť antidepresíva-antidepresíva samotné sa hodnotili skôr zdržanlivo,kriticky albo skepticky.Medzitým sa situácia zmenila,avšak neistota a predsudky stále obmedzujú cielenú terapiu antidepresívami, v neposlednej rade v dôsledku možných sprievodných príznakov a rizík.Tieto sú však vlastné každému účinnému medikamentu a v prípade potreby nemôžu predstavovať žiadnu prekážku.Pretože antidepresívny účinok majú iba antidepresíva.Nasleduje niekoľko údajov o najdôležitejších pr-avidlách liečby a o vedľajších účinkoch.(Viď tiež V.Faust:"Antidepresíva a lí-

thium v praxi"/1988/z tohoto súboru).

KONTRAINDIKÁCIE

V tab.č.8 je zachytený výber najdôležitejších kontraindikácií pre tri- a tretracyklické antidepresíva,pre preparáty z "tretej" generácie a inhibítorov MAO.
Tab.8:Kontraindikácie liečby antidepresívami/podľa Wolfersdorfa a Witznika,1985/

Kontraindikácie pre tricyklické antidepresíva: Ileus;stenóza pylorų; ťažký stupeň zadržovania moču;porucha vedomia;akútne otravy hypnotikami;alkoholom,analgetikami a/alebo psychofarmakami;Ťažké kardiálne poruchy(manifestná insuficiencia srdca,AV-blokády vyššieho stupňa,blok Tawarovho ramienka,akútny IM,florídna myokarditída,kongestívna kardiomyopatia;to isté platí aj pre koronárnu insuficienciu a anginu pectoris)
Relatívne kontraindikácie:neliečený glaukóm;hypertrofia prostaty;cerebrovaskulárna insuficiencia;epilepsia;hyper-a hypothyreoidizmus;tehotenstvo (zvl.prvý trimester).
Ďalšie ohrozujúce momenty: pri tricyklických antidepresívach: hypertónia;ťažké poškodenie pečene a obličiek;trombóza;tromboflebitída.Tu dáva stacionárny pobyt lepšie možnosti pre sledovanie stavu ako ambulantná starostlivosť.
Kontraindikácie pre IMAO:Ako pre tricyklické antidepresíva plus hypertónia.
Kontraindikácie pre tetracyklické antidepresíva:a antidepresíva "tretej generácie":V rámci horeuvedených ochorení nie je pre túto skupinu antidepresív absolútna kontraindikácia.To však neznamená,že im netreba venovať primeranú pozornosť.

INTERNÉ A ORIENTAČNÉ NEUROLOGICKÉ VYŠETRENIE.

I keď sa od počiatku vnucuje podozrenie na "psychogénny proces" /dianie/,nesmie nikdy chýbať podrobné organické vyšetrenie.A to vzhľadom na to,že depresívne rozlady môžu byť symptómom aj pri telesnom ochorení.Niekedy zmeny psychického stavu a psychosociálne následky dlho predchádzajú obdobie prepuknutia organického ochorenia.Telesné vyšetrenie treba aspoň parciálne opakovať po určitom čase pri dlhotrvajúcich depresiách a u starších pacientov.

DÁVKOVANIE

Reakcia na psychofarmaká je od pacienta k pacientovi niekedy až výrazne odlišná.Musí byť opatrne vytitrovaná.Zatiaľ čo želaný,náladu

vyjasňujúci efekt necháva na seba čakať,vedľajšie účinky sa zisťujú ihneď.Preto na oddelení /nemocničnom/ môžme dávku zvýšiť po troch dňoch v mabulantných podmienkach treba však vyčkať 5-10 (niekedy aj viac)dní. U starých ľudí má byť toto obdobie podľa konkrétnych okolností ešte dlhšie.Dávka musí byť vždy individuálne prispôsobená.Odporúčania pre toto sú iba nezáväzné smernice- s výnimkou uvádzaných maximálnych dávok.Vznik silnejších vedľajších príznakov signalizuje pásmo hornej oblas ti.

NÁSTUP ÚČINKU

V prípade,ak sa vedľajšie účinky,zvl.sedácia dajú zistiť už po prvých dávkach,k dosiahnutiu anxiozitu potláčajúcich a predovšetkým aktivizujúceho účinku treba obdobie niekoľkých dní.K vyjasneniu nálady dochádza vo všeobecnosti dokonca za 1-2 (občas aj 3)týždne.Parenterálnou formou aplikácie liečiva sa dá tento spomalený nástup účinku o niečo skrátiť.

Prv,ako sa rozhodneme zmeniť antidepresívum pre jeho neúčinnosť,treba počkať aspoň tri týždne.Kto preruší terapiu skôr-pokiaľ sa rozhodne pre nový liek-stráca cenný čas,ktorý je potrebný k dosiahnutiu novej ,efektívnej hladiny účinnosti.

Preto je dôležité už spomínané jasné a otvorené poučenie:Náladu vyjasňujúci účinok môže nechať na seba čakať dlhší čas.Zlepšovanie prebieha často vlnovite.Drobné "recidívy " nie sú vôbec zriedkavé a nemajú byť dôvodom k rezignácii.

ROZDELENIE DÁVOK

Čím ďalej ,tým viac sa z rôznych dôvodov upúšťa od zabehnutého systému "trikrát denne".Pri psychofarmakách to platí už dlhšie.Pri preparátoch,ktoré majú skôr sedujúci účinok (napr.Ludiomil,Laroxyl, Saroten,Tryptizol,Limbatrol /F/,Equilibrin,Tolvin,Aponal,Pantrop ret. a i.)sa už dávno osvedčilo podať hlavnú dávku večer alebo krátko pred spaním.Doporučuje sa to z viacerých dôvodov:

- Sedujúce antidepresíva podnecujú spánok a znižujú nutnosť užívania hypnotík,
- určité obdobie pocitovania vedľajších symptómov sa takto "prespí".
- retardované formy (napr.Saroten retard,príp.Pantrop retard) môžu zachytiť obávané ranné pesimum.

V protiklade k tejto skupine,ktoré má svoje dávkové macimum večer,preparáty ktoré aktivizujú a tie,ktoré zvyšujú impulzáciu ,sa majú podávať iba dopoludnia a na obed,nanajvýš ešte v skoré odpoludnie.Inak podnecujú alebo zhoršujú nespavosť.Napr.Pertofran,Trausabun,Dogmatil,

Fevarin 50,Vivalan ICI,Anafranil,Noveril a tiež Jatrosom a Parnate /IMAO/.

DĹŽKA TRVANIA TERAPIE

Trvanie ambulantnej liečby depresie je individuálne..Nemá však byť kratšia ako liečba na oddelení.Táto variruje v rozmedzí 4-8-12 a občas aj viac týždňov.Liečba endogénnych depresií,príp.zreteľných vitálne-depresívnych syndrómov trvá okolo 6 mesiacov..

Odoznenie depresívnej symptomatológie ešte neznamená úplné vyliečenie Poukazuje iba na dobrý účinok terapie.VSeobecne by mala medikácia antidepresív pokračovať konzekventne ďalej ešte v trvaní niekoľkých týždňov-i po výraznej úprave symptomatológie,resp.i po vymiznutí symptómov.

Pri psychogénnych a somatogénnych depresiách je treba dĺžku liečby prispôsobiť skôr individuálne,avšak i tu má trvať dĺžka dlhšie než ju chce pacient (a i lekár ?) "znášať".

Vzhľadom na to,že dnešné antidepresíva umožňujú liečiť ambulantne aj ťažké formy depresií,nesmieme podľahnúť klamnému názoru,že tým pádom sa môže skrátiť i dĺžka trvania liečby.Naopak: liečba doma znamená opatrnejšie,t.j.pomalšie usposobenie dennej dávky lieku pri zohľadnení všetkých pravidiel.Toto sa musí pacientom zdôrazniť.Prednosti:liečba doma;nevýhoda: o niečo dlhšie trvanie liečby.

Na druhej strane však skutočnosť,že je niekto liečený ambulantným spôsobom neznamená,že by musel byť v každom prípade práce schopným.Sú to práve depresívny pacienti,ktorí svojimi povahovými charakteristikami ako dôkladnosť,nadmerná exaktnosť,s tendenciou k preťaženiu sa a k perfekcionizmu-sa rýchlo vyčerpajú,silou-mocou a z rôznych motívov sa pokúšajú i násilne udržať svoju pracovnú výkonnosť. Tu musí lekár konzekventne poukázať na hroziace dôsledky a dôrazne sa zasadiť pre nutné šetrenie chorého.Doporučujú sa tiež zvl.bezpečnostné opatrenia,ktorých potreba vyplýva-zvlášť v prvej polovici liečby- pri vedení motorového vozidla alebo pri podobných exponovaných činnostiach.

UKONČENIE LIEČBY

Väčšina pacientov si pochopiteľne praje-už pri tom najmenšom zlepšení stavu-vysadiť obťažujúcu a nepríjemnú medikáciu (vedľajšie účinky).Tu sa nesmieme dať oklamať.

Zásadne sa má-i po citeľnej úprave stavu-pokračovať pre istotu v liečbe po dobu niekoľkých-individuálne rozdielne-týždňov.Až potom sa môže pristúpiť k postupnému vysadzovaniu (nie abruptnému!)liekov. Najlepšie je,ak sa postupne redukuje na strednú udržovaciu dávku, ktorá väčšinou zodpovedá polovici predchádzajúcej terapeutickej dávky.

Sedujúce antidepresíva,ktoré majú akcent na večernej maximálnej dávke sa redukujú ponajprv v tých dávkach,ktoré sú podávané cez deň. Aktivizujúce preparáty sa začínajú redukovať vo svojej obednej dávke.

Príliš rýchle vysadzovanie ,alebo dokonca abruptné,náhle vy-

sadzovanie alebo dokonca abruptné,náhle vysadenie môže viesť k patričným varovným symptómom ("príznaky z vysadenia"):nekľud,nadmerné potenie v návaloch,nevoľnosť,nauzea,vomitus,poruchy spánku a i.

Posledné kroky v rámci redukcie dávok sa majú-na oddelení rýchlejšie,v ambulancii pomalšie-realizovať v jedno-až trojtýždňových úsekoch.

Stacionárne liečený depresívny sa nastavia 2-3 týždne pred prepustením na udržovaciu dávku.Touto sa má pokračovať ambulantne ~~maximá~~ ďalších 4-6 týždňov.A to preto,lebo obdobie prepustenia a prvé týždne znovazačleňovania pacienta predstavujú preňho fázu zvýšenej záťaže.Je sprevádzaná reakciami depresie a rezignácie.Po prekonaní depresie je treba v záujme pacienta podhodnocovať jeho schopnosti regenerácie.Pri tom nie je dôležitým ani podstatným,že čo žiada pacient sám ohľadne započatia vysadzovania liekov ako i spôsobu ich váhovej redukcie/jednotlivých dávok/.U neinformovaných pacientov sa často stretávame s predstavou,že "dôjde k automatickej úprave výkonnosti, keď budú konečne preč tie tabletky".Co však jest veliké nedorozumění. Dalej prebiehajúcou udržovacou medikáciou môžu byť lepšie vykryté dodatočné depresívne výkyvy nálad,ktoré nebývajú zriedkavé(a u neinformovaných pacientov môžu viesť k úzkosti a panickým reakciám).Pri akcentovanejších maniformných následných výkyvoch sa doporučuje zámena sedujúceho (predovšetkým však aktivizujúceho) antidepresíva za nízkopotentné neuroleptikum (napr.Melleril,Neurocil,Truxal).

13 K PROFILU ÚČINKU ANTIDEPRESÍV

Klinické pozorovania sa už dávno približovali predpokladu,že rôzne antidepresíva majú rôzny profil účinku.Pri zohľadnení tohoto delenia sa vypracovali tri typy klinicko-terapeutického účinku tak,ako boli ďalej rozpracované Bazilejskou školou (Kielholz a spol.) a ako sú uvedené v tab.9.
Toto tzv.trojkomponentné schéma sa roky používalo bez toho,aby bolo nejak napadnuté.V posledných rokoch je však predsa len vystavené narastajúcej kritike.Niektoré preparáty sa dajú zaradiť iba ťažko alebo vôbec nie.Sú i rôzne názory k principiálnym alebo detailným otázkam.

Odjakživa tento systém zakladá prevažne na klinických dojmoch a neurobiochemických hypotézach-nie na kontrolovaných porovnávacích štúdiách.Rozšírila sa tiež nekritická tendencia k zovšeobecňovaniu tejto schémy ktorá bola myslená iba ako orientačná pomôcka.I keď pre dennú prax má význam diferenciácia na základe profilov účinku,nemali by sa možnosti takéhoto schématického podania forsírovať a predovšetkým neodvodzovať od neho nejaké hodnotové súdy.

Další problém spočíva v tom,že rôzne profily účinku je treba chápať skôr na základe ich ťažiska a nie sú rovnako vyjadrené a platné pre každého pacienta.U psychicky zdravých vedú antidepresíva popri ľahkej až ťažkej sedácii k obmedzujúcej redukcii výkonnosti.U depresívneho dochádza po určitej latencii k zreteľnému vyjasneniu nálady,aktivizácii a k vystupňovaniu výkonnosti.I tu sú však-vždy podľa liečebnej fáze a preparátu-rozličné ťažiská.Tak môže napr.Amitriptylin (Saroten,Tryptizol,Laroxyl a i.) pôsobiť v prvých dňoch sedujúco,v nasledujúcich 2-3 týždňoch vyjasňovať náladu a nakoniec dokonca aktivizujúco.Pôvodný útlm odoznieva,n nakoľko aktivizujúce metabolity substancie získavajú stále väčšiu prevahu

Tab.9: K profilu účinku antidepresív.(Modif.a rozšír.podľa Kielholza)

Fenomenologický aspekt	Doporučené antidepresívum
Depresívna nálada,stiesnenosť,sklúčenosť,avšak bez zreteľnejšie vyjadrenej poruchy impulzácie tým či oným smerom	Antidepresíva pôsobiace primárne na depresiu a zlepšujúce náladu,ktoré výrazne nesedujú a ani nezvyšujú impulzáciu:napr.: Tofranil,Gamonil a i.
Depresívna nálada so psychomotorickou inhibíciou,spomalenosť,oslabenie popudov,apatia,nerozhodnosť a i.	Primárne impulzáciu zvyšujúce antidepresíva,napr.Pertofran,Trausabun,Dogmatil, Fevarin 50,Vivalan ICI,Anafranil,Noveril, Jatrosom a Parnate(IMAO)
Depresívna nálada s úzkosťou,vnútorným nepokojom,napätím,pudením a i.	Sedujúce,uvoľňujúce a anxiolytické antidepresíva,napr.Aponal,Equilibrin,Idom, Laroxyl,Lyidiomil,Saroten(retard),Sinquan, Stangyl,Tolvin,Thombran,Tryptizol,Limbatril,Pantrop retard a i.
Depresívna nálada so silne vyjadrenou úzkosťou,vnútorný nepokoj,napätie a agitovanosť	Neuroleptiká s výrazným tlmivým účinkom na úzkosť,sedujúce,indukujúce spánok, príp.kombinované preparáty,napr.Melleril, (retard),Neurocil,Truxal,Atosil,Eunerpan, Dipiperon, a pod.,príp.Limbatril (F),Pantrop retard.Longopax a i.

Na základe rôznych kompromisných návrhov,ktoré zachovávajú výhody starej trojkomponentnej schémy a pritom sa chcú vyhnúť jej nedostatkom odvodilo Weissenauerské oddelenie depresií nasledovné prognostické úvahy.

DIFERENCIÁLNA TERAPIA PRI URČITÝCH DEPRESÍVNYCH SYNDRÓMOCH

Agitovane-úzkostné depresívne syndrómy:zvlášť keď sú v popredí intenzívne stavy úzkosti a poruchy spánku,malo by byť iniciálne zvolené výrazne sedujúce antidepresívum,napr.Saroten(retard),Triptyzol,Equilibrin,Aponal,Sinquan,Stangyl,Idom, a i.Dobré skúsenosti sú aj s pa-

parenterálnym podávaním tetracyklického Ludiomilu,ktorý má menej anticholinergných vedľajších účinkov ako tricyklické antidepresíva.Pri vyjadrených poruchách spánku pridať nízkopotentné neuroleptiká (Melleril /reterd/,Neurocil,Truxal a i,)Opatrnosť treba pri ordinovaní trankvilizérov(iba časovo obmedzené užívanie).

Inhibovane- apatické depresívne syndrómy:

Tu sa doporučuje Anafranil,Noveril, a pod.(najlepšie v parenterálnej forme).Tiež Dogmatil.Až pri terapiorezistencii skúsiť podľa okolností ~~Prét~~ Pertofran.

Vitálne-depresívny syndróm:

Pri funkčných,vegetatívne-somatických potiažach,coenestopatiách (depresívne pocity tlaku v hrudníku a v hlave) ako i pri výkyvoch nálady v priebehu dňa,sú k dispozícii Tofranil,Anafranil,Aponal,Sinquan,Noveril,Ludiomil,Stangyl,príp.amtidepresíva typu Amitriptylínu, ako Saroten (retard),Triptyizol,Laroxyl,Idom a i.(niektoré možno podať aj parenteralne).

Hypochondrické obsahy v myslení:

Sem patria úzkostne fixované obavy a preceňovanie existujúcich prítomných,resp. neobjektivizovateľných vegetatívne-somatických symptómov,pri ktorých volíme skôr sedujúce antidepresíva a pokiaľ možno s čo nejmenšími vedľajšími vedľajšími účinkami /napr.Ludiomil,Tolvin, Equilibrin, a i./.V prípade potreby kombinácia s nízkopotentnými neuroleptikami (Melleril/retard/,Neurocil,Truxal a pod.).

Kombinácia psychomotorickej inhibície s vnútorným nepokojom a úzkosťou: Tu sa musíme vyvarovať všetkých impulzáciu /pudenie/ zvyšujúcich medikamentov a siahnúť skôr po sedujúcich antidepresívach (Saroten/retard/,Tryptizol,Thombran,Ludiomil,Aponal,Sinquan,Tolvin,Equilibrin, Stangyl,Idom,a i.).Prípadne kombinovať s nízkopotentnými neuroleptikami(Melleril,Neurocil,Trucal,,vo vyššom veku tiežEunergan,Dipiperon a iné.

Pozor treba dávať pri (latentnej)suicidalite,ktorá nezriedka hrozí pri klamlivom vonkajšom zablokovaní,avšak pri nepokoji,ktorý je prítomný vo vnútri-spolu so zvýšenou impulzáciou a úzkosťou.Pôsobením /účinkom/ antidepresív sa spravidla ako prvá odblokuje psychomotorická inhibícia.To môže vystupňovať nebezpečenstvo suicídia,nakoľko depresívna nálada a prežívanie viny spravidla ešte v tom čase pretrvávajú.Je potrebné starostlivé sledovanie,príp.prispôsobenie medikácie;vyššie dávkovať sedujúce antidepresíva alebo neuroleptiká.

Formy depresívneho bludu:

Predovšetkým je to blud zhrešenia,schudobnenia alebo hypochondrický

blud,ktorý v prípade,že je kongruentný s depresívnou náladou,je plne zlučiteľný s depresiou (predovšetkým endogénnou).Bohužiaľ nemálo pacientov trpiacich depresívnymi bludmi sa príliš rýchlo začlení medzi schizofrénie a tám pádom lieči iba jednostranne vysokopotentnými neuroleptikami (Haldol,Glianimon,Tesoprel/Impromen,Fluanxol a i.).V skutočnosti sa tu však doporučujú amitriptylínové preparáty ako Saroten (retard),Tryptizol,Laroxyl,Idom a iné.Pri výraznejšej vnútornej tenzii,nepokoji a pudení sa môže pridať nízkopotentné neuroleptikum ako Melleril (retard),Truxal,Neurocil a i.V niektorých prípadoch sa však nedá vyhnúť kombinovanej liečbe antidepresívum/vysokopotentné neuroleptikum.Pritom sa ordinuje čo do dávkovania opatrne-pre možnú potenciáciu vedľajších príznakov Haldol,Glianimon,Fluanxol,Triperidol,Tesoprel/Impromen a i.

Terapia depresívnych,ktorí majú bludy,však kvôli vysokému nebezpečiu suicídia patrí - i v dôsledku nutnej starostlivosti,ktorej charakter nie je realizovateľný v domácnosti lekárom a ani príbuznými-na psychiatrické oddelenie.Tam sa dajú skôr zmierniť alebo celkom odstrániť opatrným prispôsobovaním jednotlivých dávok aj možné extrapyramidálno-motorické vedľajšie účinky spôsobené vysokopotentnými neuroleptikami.

14

VEDĽAJŠIE ÚČINKY

Všetky doteraz známe antidepresíva majú vedľajšie účinky.Ich prejavy závisia viac-alebo menej od výšky dávkovania.To platí obzvlášť pre začiatok liečby.Hlavne v rámci ambulantnej liečby musi-a byť na ne pacienti vopred upozornení.Inak sa riskuje dôvera pacientak ordinovanému lieku (ale i k lekárovi).Nakoniec môže byť nečakaný vznik takýchto vedľajších príznakov neinformovaným pacientom dezinterpretovaný tiež ako zhoršenie i tak mnohotvárneho,ťažko prehliadnuteľného depresívneho stavu.

Druh a rozsah možných vedľajších účinkov závisia od preparátu,dávkovania,od toho-ktorého obdobia(úseku) terapie,sprievodnej medikácie,individuálnej citlivosti,od psychosociálnych faktorov (napr.stupňa zaťažitelnosti príbuzných),druhu depresie(psychogénna depresia je citlivejšia ako endogénna?) ako i stupňa informovanosti pacienta a príbuzných.

Najčastejšie sa vyskytujúce vedľajšie príznaky sú najmenej závažné.Pacientami sú najskôr tolerované iba vtedy,ak je terapia úspešná i inak.Rada vedľajších príznakov v priebehu terapie zreteľne ustupuje (resp.je trpezlivo znášaná).Relatívne malý počet vedľajších príznakov je neúnosných alebo dokonca nebezpečných a núti potom k vysadeniu preparátu alebo k jeho výmene.

KARDIOVASKULÁRNY SYSTÉM

Reakcie zo strany srdcovocievneho systému pri užívaní tri- a tetracyklických antidepresív nie sú zriedkavé,avšak u pacientov bez predchádzajúceho poškodenia týchto systémov sú bezvýznamné.Ak sa neberie ohľad na kontraindikácie (manifestná kardiálna insuficiencia, AV-blok vysokého stupňa,blok Tawarovho ramienka,stav po akútnom IM, florídna myokarditída,kongestívna kardiomyopatia),môže dôjsť k závažným komplikáciám.Na čo treba dbať?

Zrýchlenie pulzu: je relatívne časté,u zdravých ľudí vo všeobecnosti nepatrné a nie je nebezpečné.Pokus o terapiu:spravidla nie je potrebný.

Ortostatická hypotónia: prejavuje sa mihotaním pred očami,závratmi a tendenciou ku kolapsu.Tak tomu býva zvlášť na začiatku liečby a pri hranične dekompenzovanom obehu.Zrejme je iba málo závislá na dávkach (lieku) a preto na tejto úrovni je prakticky neregulovateľná.Zvlášť problematická býva pri parenterálnej forme aplikácie liečiva. Pokus o terapiu:Vyvarovať sa abruptným zmenám polohy-hlavne ráno,po prebudení,Vhodná je aplikácia masáží,striedavé sprchy teplou a studenou vodou,event.antihypotonikâ (DHE/Dihydergot,Gutron a iné).V krajnom prípade nastavenie na iný (predovšetkým nie tricyklický) preparát.

Kardiotoxické účinky:Možné sú zmeny na EKG u dvoch tretín pacientov so zdravým srdcom.(Predĺženie intervalu PQ alebo QT,rozšírenie QRS-komplexu,zníženie ST-segmentu a iné).U kardiologicky zdravých pacientov nemajú tieto nálezy väčší význam,avšak pri rôznych kardiopatiách je nutná primeraná opatrnosť.Pri podávaní tricyklických antidepresív dochádza i u zdravých jedincov k nepatrnému zníženiu kontraktility myokardu (k negatívnej inotropii).Už dlho známe zmeny repolarizácie na EKG sú však bezvýznamné v prípade,keď sa pacient cíti inak dobre. Pri starostlivej lekárskej opatere sa na základe súčasných poznatkov zdá byť predčasné prerušenie liečby prehnané.Opatrnosti je však treba pri požití vyšších dávok v suicidálnom úmysle.Z vážnejších kardiálnych komplikácií sú to sínusová arytmia,flutter a fibrilácia predsiení, supraventrikulárna tachykardia,ventrikulárna extrasystolia a komorová tachykardia.Pokus o terapiu:prispôsobenie dávky.Podávať skôr kardiálne indiferentné antidepresíva-napr.Fevarin 50,Ludiomil,Dogmatil a Thombran.

VEGETATÍVNE A VŠEOBECNÉ VEDĽAJŠIE ÚČINKY

K najčastejším sprievodným účinkom patria vegetatívne vedľajšie účinky.Tieto sú u tricyklických antidepresív vyjadrené o niečo viac ako u nie tricyklických antidepresív.V globále sa im však úplne vyhnúť nedá.

Suchosť slizníc nosa a úst: Je to častý depresívny symptóm aj u neliečených pacientov.Bohužiaľ je však zosilňovaný mnohými antidepresívami a často je tiež doprevádzaný intenzívnym pocitom smädu.Anticholinergný účinok vadie v priebehu niekoľkých hodín k zníženiu sekrécie slín,niekedy aj slzných žliaz(matné oči bez lesku depresívnych).Pri dlhšietrvajúcej suchosti úst sa zvyšuje nebezpečenstvo tvorby zubného kazu(potrebné sú pravidelné kontroly u zubára).Pokus o terapiu: Vyplachovanie úst a zvýšený príjem tekutín nemá dostatočný efekt. Zmierňujúci účinok má Glandosane-spray(s neutrálnou,alebo citrónovou príchuťou).Neutrálny typ môže byť použitý i k opatrnému zvlhčovaniu vysušenej nosnej sliznice.Osvedčila sa stimulácia vylučovania slín (Mucinol).

Poruchy akomodácie: sú zriedkavé a znepokojujú hlavne nepoučených pacientov.Sú najintenzívnejšie v prvých týždňoch liečby,neskôr dochádza k ústupu a k prispôsobeniu.(u starších pacentov k tomu nedochádza i z fyziologických dôvodov).Poruchy pôsobí rušivo až obmedzujúco pri písaní,ručných prácach či prácach s nástrojmi.Tiež vadí pri čítaní.Občas býva prítomná aj mydriáza (pozor na glaukóm!).Pokus o terapiu:Redukcia dávky ,resp.výmena antidepresíva za tetracyklické.

Hyperhidrosis:V paroxyzmoch sa dostavujúca hyperhidróza,nezávislá na okolitej teplote alebo na dennej či nočnej dobre.Postihnuté sú hlavne:tvár,trup, a ruky.Niekedy aj studený pot,hlavne v noci-na chrbte,pod pazuchami.Obťažuje,ale dá sa vydržať.Pokus o liečbu:Redukovanie dávok liečiva.

Tremor: jemný tremor prstov.Nezrovnávať s parkinsonským tremorom alebo neuroleptickým parkinsonoidom.Nereaguje na antiparkinsoniká. (Napr.Akineton).Niekedy býva vyslovene rušivý.Pokus o liečbu:redukcia dávky, podanie nízkej dávky betablokátoru (napr.Dociton)

Obstipácia:Je častým symptómom,ktorý býva ešte pred liečbou.Antidepresíva ho zvyknú ešte zosilniť.Zriedkavou komplikáciou býva paralytický ileus.-Pokus o liečbu:dostatok tekutín,plnozrnná strava,dostatok balastných látok (balastných),bobtnajúce látky,príp.laktulóza. Podľa konkrétneho prípadu event.laxanciá podávané obmedzenú dobu a za kontroly vzhľadom na nebezpečenstvo možnosti vzniku abúzu laxancií.

Poruchy močenia: Poruchy mikcie predovšetkým u starších pacientov. Tiež v prípade latentnej alebo subdekompenzovanej hypertrofii prostaty.Pokus o liečbu:Redukcia dávky,zmena preparátu,príp.Doryl, Ubretid a iné.

Zvýšenie hmotnosti:Zvýšenie chuti do jedla (na čosa sťažujú hlavne ženy)je na jednej strane dôsledkom vyjasnenia nálady a tým ústupu pre depresiu typického nechutenstva.Na druhej strane je vedľajším účinkom určitých nízkopotentných neuroleptík a antidepresív(žravosť zameraná na uhľohydráty- sladkosti).Príklady takýchto preparátov:Saroten, Tryptizol,Laroxyl,kombinované preparáty ako Limbatril alebo Pantrop retard,predovšetkým Ludiomil.Protichodné pozorovania sú pri Tolvine a Anafranile (žravosť zvl.pri vysoko dávkovanej infúznej terapii?). Dalej sú to IMAO Parnate a Jatrosom.Menej problémov je s Vivalanom, Fevarin 50 a esenciálnou amínokyselinou L-Tryptofánom(napr.Kalma).- Pokus o liečbu:poučenie,disciplína pri príjme potravy.Počas trvania depresie je treba opatrnosti pri odtučňovaní hladovaním a hlavne pri podávaní anorektík.

Poruchy libida a potencie:(Viď tiež G.Kockott."Männliche Sexualität" (1988),príp."Weibliche Sexualität" (1988) z tohoto edičného radu). Sú zapríčinené hlavne nízkopotentnými neuroleptikami (napr.Melleril), ale aj antidepresívami.U žien ústup libida až k vyjadrenému sexuálnemu nezáujmu a k poruchám orgazmu.-Pokus o terapiu:Poučenie(poruchy libida a potencie sú častými symptómami pri depresiách;medikamentózne indukované poruchy sexuálnych funkcií sa normalizujú po ukončení liečby).

Poruchy spánku: sú charakteristickým symptómom pri depresiách.Bývajú zosilnené ľahko až silne aktivizujúcimi antidepresívami a to hlavne v prípade podávania dávok v druhej polovici dňa.(Napr.Vivalan,Anafranil,Noveril,Fevarin 50,Dogmatil,Trausabun,IMAO-Jatrosom a Parnate, ako aj Pantrop).Pokus o liečbu:Aplikácia antidepresív,ktoré majú skôr tlmivý účinok-pri hlavnej dávke podávanej večer./Dve tretiny celodennej dávky/.Dalej podávanie sdd sedujúcich antidepresív v retardovanej forme večer (napr.Saroten retard,príp.Pantrop retard).Možno tiež podať spánok navodzujúce neuroleptiká,ktoré majú aj ľahko stabilizujúci vplyv na náladu (Napr.Melleril retard,Neurocil,Truxal).Prípadne naveèer podať menej(napr.Frisium) alebo silnejšie sedujúce Tr a trankviklizéry benzodiazepínového typu(Librium,Válium,Adumbran a i.). Nakoniec je možné podať hypnotiká benzodiazepínovej rady (napr.Mogadan/Imeson/Eatan N,Somnibel,Dormo-Puren,Noct-amid,Planum/Remestan, Lendormin,Dalmadorm/Staurodorm Neu,Halcion,Sonin,príp.silnejšie pôsobiaci Rohypnol).Už vyššie 100 rokov je k dispozícii Chloralhydrát (Chloraldurat rot,blau,500).

Trankvilizéry a hypnotiká benzodiazepínového typu môžu byť podávané iba časove ohraničenú dobu

PSYCHICKÉ A PSYCHOSOCIÁLNE VEDĽAJŠIE ÚČINKY

Nasledujúce sprievodné príznaky sa vyskytujú síce často,ale vo väčšine prípadov sa dajú vydržať a sú prechodného rázu:

Únava: prítomná už i len v rámci samotného depresívneho syndrómu,avšak častá je tiež ako výraz nežiaduceho vedľajšieho účinku sedujúcich antidepresív (napr.Aponal,Equilibrin,Idom,Laroxyl,Ludiomil,Saroten/retard/, Sinquan,Stangyl,Tolvin,Thombran,Tryptizol,ako aj kombinovaných preparátov ako Limbatril /F/,Pantrop retard a Longopax).Vzniká tiež pôsobením nízkopotentných neuroleptík,ktoré majú mierny vplyv na stabilizáciu nálady (napr.Melleril/retard/,Neurocil,Truxal,Atosil a i.).

Dôležitým je vedieť,že prinajmenšom v priebehu prvých 10 dní liečby dochádza k podstatnejšiemu ovplyvneniu reakčnej schopnosti (a to nielen pri vedení osobného motorového vozidla,motocykla alebo bicykla-ale platí to aj pre peších,hlavne vyššieho veku).Najneskôr po uplynutí dvoch až troch hodín po podaní poslednej dávky je treba počítať s predĺžením reakčného času a so zreteľnou zmenou pohybovej skladby a jej priebehu (Bewegungsablauf).-Pous o liečbu:v rámci ambulantnej terapie započať liečbu v závere týždňa,aby sa využili dni voľna.Hlavnú dávku podať naveèer,príp.krátko pred uložením sa do postele(únavový efekt situovať do doby spánku).Pozor na alkohol=nebezpečie potenciácie.

Vnútorný nekľud:Je častým symptómom depresií-hlavne pri ich agitovaných formách.V podstate je však prítomný i pri väčšine depresívnych stavov,ktoré pôsobia ako psychomotoricky inhibované (treba sa na to pýtať!).Aktivizujúce antidepresíva (napr.Pertofran,Trausabun,Dogmatil, Fevarin 50,Vivalan ICI,Noveril,Anafranil,tiež Jatrosom a Parnate) môžu tento vnútorný nekľud ešte zintenzívniť,resp.zosilniť ho nad doteraz znesiteľný prah.-Pokus o liečbu:Voľba sedujúceho antidepresíva (napr.Aponal,Equilibrin,Laroxyl,Ludiomil,Saroten,Sinquan,Tolvin, Triptyzol,a i.).Prípadne pridať ešte nízkopotentne neuroleptikum (Napr.Truxal,Melleril,Neurocil,Atosil,vo vyššom vekuEunerpan,Dipiperon a iné.).V prípade nutnosti podať(šetrne) trankvilizér(najlepšie v kvapkovej forme):Tranxilium gtt.,Valiquid,Talis gtt.),ovšem podávať za kontroly a v časovo obmedzenej dobe.

Fixné kombinácie antidepresíva s trankvilizérom(napr.Limbatril/F/,Pantrop ret.) môže byť v podobných prípadoch spočiatku osožné.Ich aplikácia však nemá"automaticky" bežať ďalej dlhšiu dobu.Antidepresívum je treba podávať vždy dlho,tr-ankvilizér-

-ak je to vôbec potrebné-iba krátkodobe a nie neopak. prípade,ak je možnosť nedostatočnej spoľahlivosti takejto kombinácie/pevnej/ na začiatku takéjto- voľby, má sa najneskôr po dvoch až troch týždňoch vymeniť táto fixná kombinácia za preparát s podobnou antidepresívnou účinnou substanciou.Príkad:v rámci antidepresívnej komponenty podávať naďalej Saroten,Tryptizol alebo Laroxyl,pričom dávkovanie beží ďalej v rovnakom váhovom množstve.Pri komponente,ktorú tvorí tr-ankvilizér-napr. Librium/Multum-postupne vysadzovanie preparátu.Tak,ako už bllo spomenuté,dávkovanie je výhodnejšie pri kvapkových formách preparátov(napr.Valiquid,Tranxilium alebo Tulis gtt.)

VEDĽAJŠIE ÚČINKY ZO STRANY CENTRÁLNEHO NERVOVÉHO SYSTÉMU

Účinky zo strany CNS sú zriedkavé,avšak v prípade ich vzniku,núti a k rýchlemu a konzekventnému jednaniu.

Cerebrálne paroxyzmy:U zdravých sa nevyskytujú prakticky vôbec;pri predchádzejúcich poškodeniach mozgu(napr.ťažké organické poškodenia mozgovej hmoty,pri chronickom alkoholizme,stavy po zraneniach mozgu),alebo pri podobnej anamnéze či dispozícii sa ich vznik nedá vylúčiť.Opatrnosť je nutná pri už prítomnej epilepsii.Druh antidepresíva sa javí mať iba sekundárnu rolu (najskôr ešte Ludiomil).Dôležitejšiu úlohu hrá dispozícia v dôsledku zníženia prahu záchvatovej pohotovosti.Patologický EEG záznam bez klinickej symptomatológie nemusí byť ešte dôvodom pre zmenu.Okrem toho sa antidepresíva v tomto ohľade zdajú byť menej epileptogénnymi,ako neuroleptiká alebo lítium.-Pokus o liečbu:Vyhnúť sa vysokému dávkovaniu ako aj kombinácii viacerích antidepresív a/alebo neuroleptík.Nemeniť abruptne výšku dávok.Pomalá redukcia dávokči zmena, poprípade pridanie trankvilizérov,ktoré majú určitý antikonvulzívny účinok(napr.Valium,Frizium,pri tendencii k nočným záchvatom pridať podať benzodiazepínové hypnotiká.

Delirantné stavy zmätenosti:vyskytujú sa predovšetkám v noci a vo vyšom veku (po päťdesiatke).Často ich predchádzajú znepokojujúce sny. Naväzujú akútne začínajúce,produktívne-delirantné ako i schizofreniformné symptómy s halucináciami a bludnými obsahmi.Opatrnosť je nutná pri príliš rýchlom zvyšovaní dávok.-Pokus o liečbu:pomalé stúpanie pri dávkovaní,pozorná starostlivosť (príjem tekutín),event.pridať vysokopotentné neuroleptikum(napr,Haldol,Glianimon,Fluanxol,Tesoprel/Impromen). V akútnom prípade vysadiť konkrétne,zapríčiňujúce antidepresívum.

ZMENY KRVNÉHO OBRAZU

Poškodenia hematopoetického systému sú vážnymi vedľajšími účinkami a môžu byť zapríčinené značným počtom medikamentov.Sú to:Analgetiká, antiarytmiká,antidiabetiká,antihistaminiká,medikamenty pôsobiace proti infekciám napr.penicilíny a iné ATB,antikoagulanciá,antikonvúlzíva,

antimalariká,,antireumatiká,tuberkulostatiká,diuretiká,preparáty podávané pri ochoreniach štítnej žľazy a psychofarmaká.

Z okruhu psychofarmák sú to predovšetkým neuroleptiká a antidepresíva.V zásade môžu zapríčiniť leukopéniu a agranulocytózu všetky tricyklické a pravdepodobne i tetracyklické antidepresíva.Výnimku tvoria IMAO (Parnate,Jatrosom).-u týchto neboli pozorované žiadne podobné vydľajšie účinky.To isté platí pre tr-ankvilizéry a hypnotiká benzodiazepínového typu.Cinia sa spoluzodpovednými iba v ojedinelých prípadoch. Najdôležitejšie potenciálne zmeny krvného obrazu pri terapii farmakami s centrálnym účinkom sú makrocytárna a hemolytická anémia,eozinofília, leukocytóza,leukopénia a agranulocytóza ako aj pancytopénia.Treba mať na zreteli vzájomné ovlyvňovanie (vzťah,pôsobenie-Wechselbeziehung) s orálnymi antikoagulanciami a pri plazmatických poruchách zrážania.

AKÚTNA AGRANULOCYTÓZA

Je najobávanejším poškodením krviniek.Objavuje sa spravidla v priebehu prvého až druhého mesiaca po započatí liečby.V niektorých prípadoch však treba s jej vznikom počítať i neskôr po uvedenom období.Ženy majú byť vystavené dvoj-až trojnásobne väčšiemu riziku.Pre obe pohlavia predstavuje stredná a vyšší vek výrazné nebezpečie.V dôsledku väčšinou akútneho začiatku sa nedá agranulocytóza vždy zachytiť v rámci kontrôl krvného obrazu v pr-avidelných časových odstupoch.Preto má veľký význam, aby boli pacienti- upozornení na najčast-ejšie varovné príznaky. Týmito sú:horúčka,bolesti v krku,gingivitída,zápaly ústnej sliznice, ulcerácie sliznice,hnisavá angína,chrípkovité potiaže

Doporučenia k prevencii a k terapii: Diferenciálny krvný obraz pred započatím liečby,pravidelné kontroly krvného obrazu (v nemocničných podmienkach:v prvých troch mesiacoch liečby každý týždeň;v ambulantných: prvých 6 týždňov 1 x týždenne,potom jedenkrát mesačne).Pri každej zmene liečiva je treba myslieť na obnovené riziko a na primerané bezpečnostné opatrenia.Treba byť opatrný pri každom nejasnom infekte doprevadzanom vysokými teplotami.(K ujasneniu napomáha diferenciálny krvný obraz).

Po diagnostikovaní agranulocytózy je nutné vysadiť všetky medikamenty,ktoré nie sú indikované vitálne.Krvný obraz sa spr-avidla normalizuje v priebehu 1-2 týždňov. Je nutné subtílne bakteriologické vyšetrenie(stery zo všetkých manifestných infekčných polí s kultiváciou moča,stolice,krve;primeraná ATB liečba;podľa okolností androgény ,transfúzia granulocytov.Ak je ďalšia liečba antidepresívami alebo neuroleptikami nevyhnutná,má sa pokračovať jedným medikamentom z chemicky odlišnej skupiny.V menej vyjadrených prípadoch môže už polna redukcia alebo krátkodobé vysadenie viesť k zlepšeniu.

VARIA

Niektoré vydlajšie príznaky sú zriadkavé.I napriek tomu je ich však treba mat na zreteli.Nasleduje krátky prehľad:
Psychická sféra:diskrétne zákaly vedomia("zaujatosť" so závratou alebo bez nej,pocit únavy.Izolované mnestické blokády(black-outs),ktoré môžu byť neprijemne pocitované hlavne diferencovanejšími pacientami."Provokácia paranoidne-halucinatórnych symptómov" antidepresívami postihuje najskôr pacientov s(latentnou alebo prekonanou)schizofréniou a týka sa predovšetkým aktivizujúcich antidepresív,hlavne IMAO(jatrosom,Parnate).V niektorých prípadoch dlhotrvajúcej farmakoterapie,hlavne pri tzv.chronifikovaných depresiách kde ochorenie trvá viac rokov, sa stretávame občas s "anergickými,-afektovo otupenými"(anergisch-affektlahmen) pacientami,alebo s "dysforicko-depresívnymi" symptómami(mdlý,inhibovaný,citovo oploštelý,chronicky rozladený): v takýchto prípadoch sa dá ťažko posúdit,že čo ide na vrub farmakogénnej podmienenosti a čo je časťou či súčasťou chronifikovaného ochorenia.-Pokus o liečbu:intenzívna psychagogická starostlivosť.
Neurologická sféra:Záškľby periorálne alebo na iných častiach tela.Ako vegetatívny korelát "efektu z vysadzovania lieku" po dlhodobom podávaní antidepresív sa objavujú občas prejavy podobné akathýzii(prechodný telesný nepokoj,predovšetkým v nohách),občas ľahšie poruchy chôdze a reči(dysartria).Diskrétne parkinsoniformné obrazy,zvl.pri vysokých dávkach,predovšetkým po infúziách (výrazovo chudobnejšia,"prázdna" mimika,naznačená strnulosť pohybov).Prechodné pocity slabosti alebo tiaže v nohách,abruptné motorické blokády v trvaní niekoľkých sekúnd albo minút."Kataleptická" strata tonu s krátkodobým ustrnutím v nehybnosti alebo atonickým "zrolovaním sa" /Zusammensacken/ pri jasnom vedomí.Hemodynamické dysregulácie (drop attacks),predovšetkým vo vertebrobazilárnom riečišti(zakopnutia,upadnutia).
Dermatologická oblasť:Alergické reakcie(od svrbenia cez erytémy až k ekzantémom)Edémy viečok,tváre,kĺbov chodidiel,vypadávanie vlasov.
Gastroenterologická oblasť:Obstipácia,hnačka,zníženie sekrécie žalúdočnej šťavy,sťažovanie sa na pocity tlaku v žalúdku,nauzea,občas zvracanie,zvýšenie alkalických fosfatáz.Intrahepatálny cholestatický ikterus.
Hormonálna sféra:hypothyreoidný typ látkovej premeny,zriedkavo struma. Galaktorea/gynekomastia (napr.po Dogmatile).Zvýšenie hladiny somatotropného hormónu.Amenorhea.

Antidepresíva a NEBEZPEČENSTVO NÁVYKU.

Trankvilizéry a hypnotká benodiazepínového typu vedú k závislosti,čo sa doteraz bagatelizovalo.Naproti tomu žiadne z antidepresív závislosť (s výnimkou trankvilizéru Tafil-u s podporným antidepresívnym účinkom) nespôsobuje.To isté platí aj pre všetky nízko i vysokopotentné neuroleptiká.Naopak: isté antidepresíva (napr.Aponal/Sinquan) a neuroleptiká (napr.Melleril,Neurocil,Truxal a pod.) sa používajú ako podporné preparáty k liečbe drogových závislostí,závislostí na medikamentoch a alkohole.

15. TERAPIA S INHIBÍTORMI MONOAMÍNOOXYDÁZY /IMAO/.

Indikácie:Pred časom sa IMAO,ktoré boli syntetizované v strede pätdesiatych rokov,podávali predovšetkým ťažkým,psychomotoricky inhibovaným depresiám.Dnes sa Parnate a predovšetkým kombinovaný preparát Jatrosom podáva prevažne v prípadoch menej vyjadrených,úzkostne-inhibovaných depresívnych syndrómov.Zdá sa,že ťažké depresívne stavy reagujú na ne menej priaznivo,i keď aj tu ich aplikácia stojí za pokus.Podobne platí aj pre atypické depresie.Často s dobrým úspechom sa podávajú IMAO v prípadoch zistenej rezistencie na terapiu tri- a tetracyklickými antidepresívami.Nemajú iba antidepresívny účinok,ale pôsobia aj na fobické a nemotivované úzkosti.Nakoľko takmer neovlyvňujú kognitívne funkcie,doporučuje sa ich podávanie pri psychoterapeutických a verhaltenstherapeutických technikách.Toto sa však má prenechať odborníkovi.
Prednosti: Rýchlejší nástup účinku(poväčšine v priebehu niekoľkých dní, niekedy už po prvej aplikácii; žiadna sedácia-poprípade iba nepatrná iniciálna únavnosť(vigilita a výkonnosť ostávajú neovlyvnené);takmer žiadna kardiotoxicita.
Nedostatky: IMAO sa nemajú ordinovať nekľudným a agitovaným depresiám. Pacient má byť starostlivo poučený o tom,aby sa počas liečby vyvaroval dole vemenovaným potravinám a požívatinám.
Ďalším rizikovým faktorom je súčasná terapia sympatikomimetickými substanciami ako napr.lokálne anestetiká s prímesou adrenalínu(zubár),antihypnotiká adrenalínového typu ,ako i rezerpínové preparáty.Nesmú sa tiež užívať žiadne stimulanciá a podobné anorektiká.
Možné vedľajšie účinky: (tiež pri dietetických chybách):určité druhy syrov,mäsa,klobás,rýb,ovocia,zeleniny,alkoholu a pod.):nervozita,nespavosť(podávať iba ráno a napoludnie),závrate,bolesti hlavy a nezávisle na dávke-alergické reakcie.Väčšinu problémov zapríčiňujú očakávané hypotónne alebo hypertónne zmeny krvného tlaku.Hypertónne krízy

sa manifestujú predovšetkým tlakom v záhlaví,pocitmy stiesnenosti,úzkosti a nevoľnosti.Toto môže byť nebezpečným napr.u starších sklerotických pacientov (subarachnoidálne krvácanie a iné).Dalšie,skôr zriedkavé vedľajšie účinky sú obstipácia,sucho v ústach,občas poruchy potencie a retardovaná ejakulácia.

Kombinácia s inými antidepresívami: Predchádzajúce skúsenosti hovoria pre nevhodnosť kombinácie IMAO s inými antidepresívami,predovšetkým v ambulantných podmienkach.Pri zmene preparátu sa má dodržať prinejmenšom 8-14 dní trvajúci voľný interval bez podávania medikamentu.Medzitým sa však zistilo,že veľmi opatrné spoločné dávkovanie poskytuje ďalšiu terapeutickú možnosť a to hlavne pri depresiách rezistentných na terapiu.Avšak kombinácia IMAO s inými antidepresívami má byť zásadne vyhradená stacionárnej terapii.

Záverom:Ten,kto sa rozhodne k podávaniu IMAO,ktoré sú t.č.k dispozícii-ich počať sa v súčasnosti stále rozširuje- sa musí zamerať na podrobné poučenie svojich pacientov,t.j.

- obšírne pojednať o tých potravinách a požívatinách,ktorým sa je nutné vyhýbať.Najlepšie je dať k dispozícii vhodnú tabuľku(In V.Faust: "Antidepressiva und Lithium in der Praxis/1988/).Tieto bezpečnostné opatrenia je treba dodržať ešte dva týždne po vysadení.
- Každý lekár,ktorý lieči pacienta a predovšetkým zubár má byť poučený a informovaný o tom,že pacient užíva IMAO.
- Pacient pred užitím musí konzultovať so svojím lekárom každý medikament,ktorý si kúpy.
- Pri objavení sa možných vedľajších účinkov,hlavne silnejších bolestí hlavy,je nutné ihneď vyhľadať ošetrujúceho lekára a skontrolovať TK.

16 L-TRYPTOPHAN

Bežná výživa obsahuje 0,5 g/24 hod.esenciálnej aminokyseliny L-Tryptofánu.Menšia časť z tohoto množstva sa metabolizuje v mozgu na neurotransmitter serotonín.Neuróny mozgu,ktoré syntetizujú a uvoľňujú (Botenstoff) serotonín,hrajú dôležitú úlohu v apetenčnom,sexuálnom a agresívnom správaní, v riadení afektov,pri určitých hormónoch hypofýzy a pri regulácii rytmu spánku a bdenia.

Jedna z katecholamínových hypotéz depresie sa zakladá na poznatku,že určité depresívne stavy sa vyskytujú spolu so zníženými hodnotami serotonínu.Logickým sa preto zdá byť podávanie L-tryptofánu,ktorý je prekurzorom serotonínu a jeho relatívny alebo absolútny nedostatok takto vyrovnať.Pritom sa zdá,že správna výživa hrá určitú rolu:pri vstupe L-tryptofanu do CNS musí substancia konkurovať s inými aminokyselinami o spoločný trfansportný systém.Preto môže efekt L-Tr-yptofánu zlapšiť strava chudobná na bielkoviny a bohatá na uhľovodany.

KLINICKÉ ASPEKTY

Použitie L-tryptofánu sa v širokom merítku presadilo pri poruchách rytmu spánku a bdenia (predovšetkým vo forme intervalovej terapie) a pri L-dopou indukovaných psychózach.O antidepresívnych účinkoch sa referovalo už začiatkom 60.rokov.Pritom sa javilo ako nutné podanie L-tryptofánu jakožto prekurzora serotonínu pri depresívnych stavoch z nedostatku serotonínu.Bohužiaľ doteraz neexistuje žiadna klinická ani biochemická možnosť k diferenciálnodiagnostickému profilovaniu takejto formy depresie.

Speciálnou indikáciou sú ľahké a stredne ťažké depresívne stavy v klimaktériu.U depresívnych žian v menopauze sa zistili značne znížené hodnoty voľného tryptofánu,ktoré sa pohybujú zrejme paralelne s poklesom emočného ladenia.

Pri ťažkých alebo terapiorezistentných formách depresie môže byť osožná kombinovaná terapia antidepresíva s L-tryptofánom.Pri tom sa nezvykne -aspoň pri unipolárnych depresívnych stavoch(iba depresívne fázy)- prekročiť denná dávka šiestich gramov L-tryptofánu.

L-tryptofán nemá obvykle žiadne významnejšie vedľajšie účinky.Proti dlhosobému užívaniu nie sú podľa súčasného stavu poznatkov žiadne námietky.

17 INFUZNA TERAPIA

Všetky doteraz známe antidepresíva majú pri orálnej aplikácii účinnosť okolo 60-70%.Túto hranicu neprekračujú ani v poslednom období vyvinuté preparáty.Preto sa hľadali nové cesty.Jednou z nich bola infúzna terapia.

Preparáty,ktoré sa dajú v súčasnej dob e podať vo forme infúzií sú Anafranil,Aponal,Equilibrin,Ludiomil,Noveril,Saroten,Stangyl,Thombran, a Vivalan.Najznámejším kombinovaným preparátom je Anafranil/Ludiomil (pričom dnešná tendencia sa zdá byť v opätovnom ptíklone k monoter monoterapii.Nasleduje zhrnutie najdôležitejších predností a nedostatkov.

PREDNOSTI

Compliance:Problém "nepravidelného užív bia užívania","nedostatočného dodržiavania ordinovanej terapie(mangelnder Therapietreue)"do veľkej miery rieši infúzna forma terapie.Avšak compliance sa nedá regulovať iba týmto spôsobom.

Plazmatická hladina: Pri perorálnomužití nejakého antidepresíva môže jeho hladina v plazme individuálne kolísať o 10-30 násobok.Infúziami- a tým aj stabilnejšou sérovou hladinou sa dá vyhnúť problémom pri užíi-

vaní,rozdielnym hodnotâm rezorbcie ako i neistote,čo sa týka metabolizácie v črevnej stene a pečeni (_tzv.first-pass-affect).

Rýchlejší nástup účinku:~~Pri-perorálnom-spôsobe-užívania-je-treba-čakať~~ Pomocou infúznej terapie sa dá skrátiť na polovicu a niekedy až na tretinu obdobie nástupu terapeutického efektu,ktorê pri perorálnej terapii obsiaha dobu 1-2 až 3 týždne.

Rýchlejšie posúdenie účinku:Pri perorálnom spôsobe užívania treba čakať najmenej 3-4 týždne,aby sa dal posúdiť terapeutický efekt liečiva pri jeho dostatočne vysokom dávkovaní.V prípade infúznej terapie je tomu tak občas už po 14 dňoch alebo i jednom týždni.Všeobecne sa dá vychádzať z toho,že infúzna liečba ,trvajúca viac ako 10 dní,už neprinesie ďalší úspech v prípade,ak do toho obdobia infúzne podávanê antidepresívum "nezabralo".

Znížený výskyt vedľajších účinkov.Niektorê vedľajšie účinky sa pri infúznej terapii objavujú z i zriedkavejšie ako pri perorálnej liečbe. Vzhľadom na to,že sa obchádza gastrointestinálny trakt,je táto forma liečbou volby zvl.pri chronickej gastritíde,gastroduodenitíde,pri refluxných ochoreniach,po operácii žalúdka a pod.

Redukcia dávky:Pre dosiahnutie rovnakej plazmatickej hladiny je treba pri infúznej liečbe v porovnaní s liečbou perorálnou spr-avidla menej účinnej látky.Toto následne vedie k menšiemu počtu vedľajších účinkov.

Menší počet zlyhaní:Infúzna liečba dokáže zvýšiť počet úspešnýchintervencií.Niektorê tzv.terapiorezistentnê depresie po infúznej liečbe reagujú uspokojivým vyjasnením nálady.

Zlepšený kontakt medzi lekárom a pacientom:Infúzna terapia sa prevádza predovšetkým v podmienkach stacionára(na oddelení).Pri ambulantnej aplikácii sa doporučuje,aby infúziu zaviedol ošetrujúci lekár.Takto so môže vytvoriť vlastný obraz a psychologický vzťah sa stáva užším.Silnejší príklon lekára je pacientom prežívaný ako aktívna terapeutická angažovanosť.

NEDOSTATKY

Náklady: Infúzia vyžaduje od lekára a pacienta veľa času a je zdĺhavejšia. Týka sa to jak jej ambulantnej ,tak i stacionárnej aplikácie.Pri ambulantnom podávaní musí pacient ešte naviac denne dochádzať.

Záťaž obehu: Niektorê vedľajšie účinky sú zriedkavejšie,niektorê zas častejšie a závažnejšie.Patria k nim hypotónne obehovê potiaže-zvl.pri príliš rýchlej aplikácii infúzie.Môže k nim dôjsť už na ambulancii/napr. pri príliš rýchlom postavení sa/,alebo- až doma.Najnepríjemnejšími sú však v prípade ,ak sa prejavia v priebehu cesty domov.Preto musí byť pacient domov odvezený taxikom,alebo príbuznými osobným vozom.V priebehu cesty domov je možný výskyt závrate,nevoľnosti alebo nutkania na

zvracanie.

Záťaž pre vény: Občas vznikajú tromboflebitické komplikácie-hlavne vtedy, keď sa použije príliš málo infúzneho roztoku,alebo keď sa nerealizuje pravidelnê ošetrenie vén.

PRAKTICKÉ PREVEDENIE.

Popri akceptácii bežných kontraindikácií týkajúcich sa terapie antidepresívami(prevoľšetkým ICHS,hypertrofia prostaty a glaukôm)je treba dbať i na tie,ktorê sa týkajú infúznej liečby.EKG vyšetrenie má informovať o možných poruchách vedenia vzruchu.

U sedujúcich preparátov ako Aponal,Ludiomil,Saroten, a i.,sa má infúzia aplikovať večer medzi 19.00 a 21.00 hod-aby sa podporilo zaspávanie.Toto sa týka hlavne terapie v stacionárnych podmienkach.Substancie s prevažne aktivizujúcim účinkom ako Noveril,Vivalan a pod.,sa majú aplikovať ráno alebo naobed,v žadnom prípade nie neskôr.

V prípade,ak nie sú prítomnê žiadne inê námietky,začína sa s nízkym dávkovaním a v prípade dobrej znášanlivosti sa pomaly stúpa na tú či onú najvyššiu dávku.Medikament sa podáva spravidla v približne 250-500 ml izotonickêho roztoku kuchynskej soli,alebo 5% glukózy počas 1-2 hodín. Potom si má pacient trochu odpočinúť.

Tab.10 Bazálne podmienky pre infúznu terapiu(podľa Gastpar-a,Laux-a, Wolfersordfa a iných pracovných skupín)

1./ Tichá miestnosť,pohodlnê podmienky k ležaniu,dostatok času pre infúziu včetne nśladnêho uvoľnenia(kľud;povolená,ale časovo obmedzená regresia)

2./ Dozor vykonávaný ošetrujúcim lekárom,prísediaci dozor (sestra,skúsená pomocnica);ukľudňovanie a verbálny kontakt pri dlhom ležaní. Rozhovor s lekárom ktorý infúziu zaviedol presahujúci čas jej bezprostrednej aplikácie.

3./ Sterilná aplikácia(zavedenie infúzie lekárom);lokálna starostlivosť k zamedzeniu vzniku možných tromboflebitíd:vmasírovanie vhodných mastí a ošetrenie miesta vpichu,stabilná fixácia,prípadne pomocou dlahy,kontrola podaného objemu sestrou alebo infuzomatom.

4./ Pýtať sa na vedľajšie účinky,pozorovať pacienta prísediacim dozorom a lekárom

5./ Vyzdvihnutie pacienta príbuznými,príp.cesta domov taxíkom(nikdy neísť domov šám alebo dokonca šoférovať auto).

Osvedčilo sa prevádzať infúznu liečbu v priebehu 8-10 dní.Po tomto období sa už obvykle nedá registrovať ďalší úspech.Cez víkendovê dni musí byť (ale iba po tieto) podanê rovnakê množstvo antidepresíva perorálnou formou.Na klinikách pokračuje infúzna terapia v priebehu všetkých

dní v týždni.Po ukončení infúznej terapie sa v liečbe pokračuje v tom istom dávkovaní per os.

SPÁNKOVÁ DEPRIVÁCIA

Deprivácia spánku dokáže provokovať určité symptómy(napr.epileptické záchvaty,záchvaty migrény).Na druhej strane však už dávno depresívny pacienti referovali,že po náhodne ,alebo účelovo prebdetej noci došlo u nich k prechodnému zlepšeniu stavu.Preto sa začal skúmať tento fenomén a pri tom sa zistilo,že u približne 1/3 pacientov,ktorí trpia na endogénnu a občas aj v prípadoch psychogénnej depresie-doprevádzaných telesnými potiažami-sa dajú priaznivo ovlyvniť nasledujúce symptómy: depresívne rozlady (predovšetkým pri cirkadiálnych výkyvoch nálad),psychmotorický alebo emocionálny nekľud či inhibícia,ďalej nutkavé napätie alebo pudenie k činnosti,úzkostné stavy,suicidálne tendencie.Začína sa znova prebúdzať záujem,postihnutí sa cítia voľnejšie,uľahčenejšie,optimistickejšie.Správanie sa stáva aktívnejším,všeobecný útlm a únavnosť miznú. V nasledujúcich dňoch však bohužiaľ dochádza často k recidívam,niekedy už v ďalšiu noc.Avšak často nedochádza už k návratu depresie do jej pôvodnej hĺbky.Preto sa doporučujú opakovania deprivácií v odstupoch 5-7 nocí.Prirodzene,existujú aj negatívne konzekvencie:vystupňovaná podráždenosť,zaujatosť a určité telesné potiaže.Vcelku sa však nedá očakávať zhoršenie depresie.Na druhej strane je zriedkavým úplné vyliečenie a to aj po opakovaných spánkových deprivačiách.Priaznivá je aj kombinácia deprivácie s antidepresívami.Týka sa to predovšetkým depresií rezistentných na terapiu.Kontraindikácie okrem súčasne sa vyskytujúcich ťažkých ochorení nie sú známe.Pri znížení prahu paroxyzmálnej pohotovosti sa však nedá vylúčiť vznik záchvatu.

Spánková deprivácia má byť na oddelení prevedená častejšie.Dá sa prevádzať v rôznych formách a to buď individuálne,alebo v skupinách.

1./ Totálna spánková deprivácia: pacinet prebdie celú noc a i celý nasledujúci deň.Môže prevádzať nejakú činnosť,avšak nesmie zdriemnúť.K zlepšeniu dochádza obyčajne v skorých ranných hodinách.

2./ Parciálna deprivácia:Pacient ide spať o 21.00 hod.Prebudí sa o 0.30 alebo 1.30 hod a ostane bdieť zbytok noci a celý ďalší deň.Táto forma je dobrá aj pre ambulantné použitie.I tu sa dosahujú dobré výsledky.Niektorí experti považujú túto formu za najúčinnejšiu.

3./ Selektívna deprivácia : Tu sa v špeciálnom (spánkovom) laboratóriu prerušia určité štádiá spánku- a to REM štádiá-ktoré sa objavujú opakovane v priebehu noci.

Najnovšie sa diskutuje antidepresívny účinok fázového posunu spánku.Nejde pri tom o spánkovú depriváciu,ale o posun obdobia spánku z obvyklého času medzi 23.00-07.00 na 17.00-01.00.Toto má viesť tiež k podobnému zlepšeniu,a dá sa uplatniť predovšetkým pri depresiách rezistentných na terapiu na strane jednej a MD ochoreniach na strane druhej.

Spánková deprivácia je realizovateľná i ambulantným spôsobom.Pacienti prichádzajú na noc po dohode s oddelením alebo s ošetrujúcim lekárom na pracovisko s nočnou službou.Neskôr sa dá spánková deprivácia skúsiť vo vlastom byte.Darí sa to väčšinou vtedy,keď pacient už zažil na klinike pozitívny účinok takejto prebdetej noci.Principiálne je teda možným previesť spánkovú depriváciu po poučení lekárom i v domácich podmienkach.

PRAKTICKÉ POZNÁMKY

1./ S úspechmi sa stretávame predovšetkým pri endogénnych deprsiách s opätovne sa vracajúcimi depresívnymi fázami.Niekedy uspokojivo reagujú aj neurotické depresie s výkyvmi nálad v priebehu dňa a s tzv.vitálnymi symptómami (telesná úzkosť,vnútorná stiasnenosť,papocity v oblasti rôznych orgánov).

2./ Stav bdelosti musí byť konzekventne dodržiavaný-a to jak v noci, tak i v priebehu celého ďalšieho dňa až do obvyklej doby,keď pacient chodí spať.(t.j.až 36 hodín!).Už i len krátkodobé zdriemnutie ohrozí úspech liečby.

3./ Ak nedôjde k trvalejšiemu zlepšeniu,sa môže a musí spánková deprivácia i v ambulantných podmienkach opakovať v týždňových intervaloch.

Aj v rámci ambulantnej terapie sa doporučuje kombinovaná liečba deprivácie s antidepresívami.Pacient by však mal aspoň raz zažiť kontrolovanú spánkovú depriváciu na klinike.Výhodným je,ak je v bdení podporovaný príbuznými alebo inými osobami.Toto sa dá niekedy aranžovať iba ťažko.Avšak mnohí príbuzní sa preto radi obetujú v prípade,že sa takto vyjasní depresívna nálada a situácia sa v celej rodine stáva znesiteľnejšou.

19 PROFYLAXIA A TERAPIA SOĽAMI LÍTHIA

Hlavnými indikačnými oblasťami aplikácie líthiových preparátov (Quilonum /retrad/,Hypnorex retard,Lithium-Duriles a i.) sú

- mániodepresívne ochorenie(manické a depresívne fázy sa striedajú:cyklothýmia)
- endogénna depresia (iba depresívne fázy)
- čistá mánia (iba manické fázy)
- schizoafektívna psychóza (schizomanická príp.schizodepresívna psychóza).

Tieto ochorenia zvyknú o to lepšie reagovať na líthium,o čo je ich

priebeh typickejší.

Profylaxia:Profylaktický účinok je najpriaznivejší u MD-ochorenia,pri mánii a endogénnej depresii.Bipolárne priebehy (manické alebo depresívne) zvyknú reagovať lepšie ako monopolárne(iba manické alebo depresívne).y Pri schizoafektívnych psychózach je účinok menej presvedčivý,pokus však stojí za to.Tiež pri veľmi častých fázach v rámci maniodepresívneho ochorenia("rapid cycler").nemá často lítium uspokojujúci účinok.Tu sa skôr odporúča pokus s carbamazepínom(Biston),alebo kombinácia lítia s carbamazepínom.

Akútna terapia pri hypomanických a manických stavoch sa realizuje spravidla ako kombinovaná liečba lítia s nízko alebo vysokopotentnými neuroleptikami(napr.Neurocil,Truxal,Melleril,Atosil,Eunerpan,Dipiperon príp. Haldol,Glianimon,Tesoprel/Impromen a ďalšie).V ťahších prípadoch sa o to môžme pokúsiť lítiom samotným,avšak musíme pritom zobrať do úvahy latentnú dobu nástupu účinku:8-10 dní.

PREDPOKLADY K TERAPII A ŠPECIÁLNE POKYNY K NEJ

Prv ako predpoklad k profylaktickej liečbe lítiom boli prinajmenšom tri chorobné fázy v posledných piatich rokoch;príp.dve fázy v najviac troch rokoch.Dnes sa takáto profylaxia doporučuje už v prípadoch,ak v priebehu piatich rokoch pri čistých depresiách alebo mániách,potažne v priebehu štyroch rokov pri maniodepresívnom ochorení,vznikne druhá epizóda ochorenia.Musia však pri tom byť zohľadnené individuálne aspekty.

Poučenie:Dôležitým je prístup a spolupráca pacientov.Pacient musí byť oboznámený s tým,že sa tu jedná o dlhodobú liečbu,pri ktorej môže dôjsť i k vzniku nepríjemných vedľajších účinkov.Pacient musí byť schopný rozlíšiť tieto sprievodné efekty od prejavov predávkovania.Musí sa podrobyť pravidelným kontrolám lithémieLiečba lítiom predpokladá vyšší stupeň kooperácie ako je tomu u iných psychofarmák.

Antimanická medikácia pri akútnych stavoch zaberá spravidla až po jednom-dvoch týždňoch.Pokiaľ sa stane zreteľnou profylaktická antidepresívna alebo antimanická účinnosť,môže uplynúť šesť aj viac mesiacov.Pacientom je treba zdôrazňovať potrebu trpezlivosti a nenechať ich prepadnúť rezignácii.

Úspešnosť liečby:Asi u jednej tretiny pacientov nedôjde už k žiadnej fáze ochorenia.Približne u každého druhého sa prejaví zreteľné zníženie frekvencie a intenzitychoroby.U približne každého piateho chorého nezistujeme žiadne uspokojivé zlepšenie.Títo tzv."nonrespondenti"sa vopred nedajú určiť.Jedná sa tu prevažne o paci-entov,u ktorých sa nedá jednoznačne spoľahnúť na pravidelné užívanie liekov.Pri dlhodobom pozorovaní pacientov,ktorí sa nezdali v dostatočnej miere reagovať na profylaktic-

ký efekt lítia sa zistilo pri podrobnejšom vyšetrení,že sa znížila nielen závažnosť ochorenia,ale hlavne trvanie a predovšetkým ` frekvencia recidívDajú sa tiež predĺžiť medzičasy plného zdravia.

Nebezpečie recidív:V každom prípade dochádza pri (abruptnom) vasadení lítia v 20-50% prípadov v priebehu niekoľkých mesiacov alebo týždňov (niekedy dokonca iba dní) k zväčša akútnym,ťažkým recidívam.Riziko recidívy je o to,~~ťažšie~~ väčšie,o čo instabilnejšie je emočné ladenie.

Aj pri vysadení trvalej medikácie (hladina lítia klesne na polovicu spr avidla za 24 hodín)sa dajú skôr alebo neskôr očakávať recidívy.. Pritom sa zdá,že obdobie,počas ktorého pacient užíval preparát,tu nehrá žiadnu rolu.Pri ďalšom ochorení zapríčinenom prerušením liečby sa má, pokiaľ je to možné,podať okamžite lítium.To vedie väčšinou k rýchlej úprave stavu.

Dĺžka liečby:Po viacročnom úspešnom užívaní preparátu môže nasledovať pokus o opatrné vysadenie.Nemalo by to však byť skôr než za dva-tri roky. Pri ťažkých a zdĺhavých priebehoch,ktoré boli v minulosti častejšie, môže liečba trvať mnohé roky,alebo dokonca i desaťročia.

Postupné vysadzovanie sa musí diať v rozsahu viacerých mesiacov a to pri neurologickom sledovaní.Náhle vysadenie je nebezpečné.

KONTRAINDIKÁCIE,BEZPEČNOSTNÉ OPATRENIA A OBMEDZENIA PRI PODÁVANÍ

KONTRAINDIKÁCIE:

Obličky:Absolútnou kontraindikáciou je ťažké poškodenie obličiek(napr. pyelonephritis,Glomerulonephritis).Relatívnou kontraindikáciou sú ochorenia,ktoré za určitých okolností môžu viesť k poruchám funkcie obličiek.

Ochorenia srdca a obehu:Absolútnou kontraindikáciou je čerstvý infarkt myokardu a ťažké poruchy srdca a obehu.

Tehotenstvo:Pre užívanie lítia v gravidite platia nasledovné doporučenia:

= ženy vo fertilnom veku sa majú snažiť o spoľahlivú antikoncepciu v prípade,že užívajú lítium.
= v prvom trimestri gravidity je treba lítium vysadiť.Ďalej sa podáva iba v prípadoch,že by inak bola matka vážne ohrozená(úzka spolupráca medzi gynekológom a psychiatrom).
= ak je v priebehu tehotenstva nutná liečba lítiom,je treba lithémiu kontrolovať raz za týždeň,aby sa dala dosiahnúť najnižšia možná hladina(účinná).Opatrnosť je treba pri stratách nátria, v dôsledku podávania diuretík,obmedzením prívodu kuchynskej soli alebo silým potením.
= V období termínu pôrodu sa lítium má vysadiť.

= aj počas kojenia je treba lithium vysadiť alebo je treba zastaviť laktáciuPosledné sa spravidla uprednostňuje.Lithium prechádza do materského mlieka.

Operácie:Lithium sa má vysadiť 48-72 hodín pred operačnými zákrokmi-hlavne ak sa plánuje medikácia myorelaxanciI.Po realizovanej operácii sa lithium môže hneď znova nasadiť.

BEZPEČNOSTNÉ OPATRENIA A LIMITÁCIE POUŽITIA

V detskom veku má byť liečba lítiom vyhradená detským psychiatrom alebo špeciálnym ambulanciám.Vo vyššom veku sa už dá zahájiť lithiová profylaxia.Vzhľadom na to,že u starších ľudí klesajúhodnoty glomerulárnej filtrácie a tým sa zvyšuje nebezpečenstvo intoxikácie lithiom,majú zmysel častejšie kontroly obličkových funkcií a prípadne nižšie dávkovanie lithia.

Opatrnosť je nutná,tak ako to už bolo spomenuté-popri renálnych poruchách so zníženou glomerulárnou filtráciou predovšetkým u pacientov trpiacich epilepsiou (provokácia záchvatov),M.Parkinsoni,psoriasis vulgaris,myasthenia gravis,M.Addisoni ako i pri výrazne redukovanom celkovom zdr avotnom stave a arterioskleróze.Zvýšenú pozornosť si vyžadujú aj určité kardiálne ochorenia (dysfunkcia sinusového uzla,poruchy sinoátriálneho vedenia vzruchov) ako i -hlavne pri dlhodobej medikácii-operatívne zákroky na štítnej žľaze alebo pri thyreotoxikóze v anamnéze. Môže tu dôjsť k reverzibilnej hypothyreóze.Chorý,ktorí trpia hypothyreózou môžu užívať lithium,avšak funkcia ich GTH musí byť sledovaná zvlášť pozorne,resp.musí byť podporovaná primeranou substitučnou terapiou.U diabetikov treba dbať na event.prírastok hmotnosti a labilnejšiu reaktivitu na aplikáciu inzulínu.Alkoholici spravidla nemajú potrebnú disciplínu vo vzťahu k terapii a ich telesne redukovaný stav môže predstavovať i faktor zvýšeného rizika intoxikácie.Pri pretrvávajúcom alebo opakujúcom sa zvracaní alebo hnačke sprevádzaných s prípadným závažnejším presunom v elektrolytovom hospodárení /kálium,nátrium/,sa má lithium aspoň prechodne vysadiť,čo sa týka hlavne pacientov vo vyššom veku.Mimoriadna pozornosť je nutná u pacientov s ochoreniami pľúc (respiračná insuficiencia pri nedostatočnej kompenzácii zvýšenej rezistencie dýchacích ciest).V rámci lithioterapie je možné aplikovať EŠ . Avšak lithium by sa malo niekoľko dní pred terapiou vysadiť a znova začať podávať za 1-2 dni po poslednej konvulzii.U digitalizovaných (avšak podľa okolností aj u nedigitalizovaných)pacientov sa odporúča pravidelná kontrola EKG vzhľadom na to,že bol popísaný vplyv lithia na šírenie sa a zánik vzruchov v srdci.

Liekové interakcie:So zvýšeným nebezpečenstvom intoxikácie je treba rátať už pri zníženom prísune kuchynskej soli (pri neslanej diéte).Podobné varovné symptómy však môžu produkovať aj vysoké straty soli v dôsledku interkurentných infektov sprevádzaných horúčkou a potením alebo po aplikácii saluretík.

Záverom krátky prehľad najdôležitejších liečiv pri ktorých môže v súvislosti so súčasným podaním lithia-dôjsť k liekovej interakcii: diuretiká,nesteroidné protizápalové medikamenty,antihypertenzíva,tetracyklíny,liečivá obsahujúce xantíny (napr.kofeín),neuroleptiká,inhibítory karboanhydrázy a iné.Opatrnosť je treba i pri nie zriedkavej kombinácii lithia s karbamazepínom a antidepresívami.

PREDBEŽNÉ VYŠETRENIA-NASTAVENIE-PRIEBEŽNÉ KONTROLY

Predbežné informácie:Je nutné vyvarovať sa akejkoľvek zmene v stravovacích zvyklostiach.Musí byť zabezpečený dostatočný prísun kuchynskej soli a tekutín.Žiadne diétne kúry bez lekárskej kontroly.

Vyšetrenia pred nasadením lithia:Rutinné vyšetrenia pred (znova)nastavením zahrňujú:

- Anamnézu (obličky ,srdce,GTH,tehotenstvo,medikamenty)
- interné a neurologické vyšetrenie
- Hb,Le,FW
- Kreatinín,močovina,kyselina močová,uráty,clearence kreatinínu,príp. diuréza/24 hod.
- T3,T4,TSH
- EKG,TK,P
- EEG
- Hmotnosť,objem krku (neskôr nechať kontrolovať samotným pacientom)
- Event.test gravidity

Nastavenie:Začať polovicou až jednou t-ableto u(najlepšie v retard forme). Rovnováha sa dosiahne po 5-7 dňoch.Preto sa prvá kontrola lithémie doporučuje po jednom týždni.Potom pomaly zvyšovať dávky-v prípade,keď je to nutné-,nie však viac ako pol tablety á 3 dni.Nakoniec sa medikácia delí na rannú a večernú dávku.Pri vzniku silnejších vedľajších príznakov,sa ~~xxxxxxxx~~ vyššia dávka môže podať naveèer.

Nakoniec sa denná dávka riadi hladinou lithémieSú však u nej možné veľké výkyvy.Pri tej istej dávke sa lithémia môže od pacienta k pacientovi líšiť tri až pätnásobne.Aj citlivosť voči vedľajším účinkom sa môže z prípadu na prípad silne odlišovať.Pred časom sa doporučovali vyššie dávky.Dnes i pri nižšej lithémii vidíme dobré profylaktické efekty-s menším počtom vedľajších účinkov.

Klinicky účinná lithémia je v rozmedzí 0,5-1,2 mmol/l.Pritom je však treba diferencovať medzi:

= preventívnou medikáciou pri manických a/alebo depresívnych syndrómoch:obecne sa lithémia pohybuje medzi 0,5-0,8 mmol/l
= antimanickou medikáciou v akútnom prípade:lithémia medzi 0,8 - 0,8-1,2 mmol/l.

Stanovenie hladiny líthia v sére sa realizuje v prvých troch až štyroch týždňoch liečby raz za týždeň;nasledujúci pol roka sa lithémia stanovuje každé 4-8 týždňov.Pri dlhodobom a konštantnom dávkovaní je to raz za tri mesiace.Pri recidívach je nutné stanovovať lithémiu častejšie.

Odber krve k stanoveniu lithémie musí byť časovo správne naplánovaný.Najvhodnejšia doba k odberu je 11-13 hodín po poslednom užití líthia.Napr.posledná dávka líthia bola užitá ca o 20.00 hod.,realizácia odberu je najvhodnejšia okolo 08.00 hod nasledujúceho rána-pred užitím obvyklej rannej dávky.

Stanovenie lithémie je dnes možné prakticky na všetkých moderných klinikách a v množstve ambulantných laboratórií.Stačí odobrať 10 ml krve,ktorá už potom nepotrebuje žiadnu špeciálnu manipuláciu.

Priebežné kontroly:Kontrolné vyšetrenia v priebehu liečby sa týkajú nasledovných ukazovateľov:

= Kreatinín v sére:vždy paralelne so stanovovaním lithémie.
= Hmotnosť,obvod krku (pacienti si ho merajú sami,ošetrujúci lekár raz za 1/4 roka).
= T3,T4,TSH:raz za rok,príp.TRH test
= Stanovenie nátria,kália,kalcia;raz ročne
= Diuréza/24 hod,clearence kreatinínu: 1x za rok
= EKG: raz za rok
= EEG: podľa potreby,event.pri doplnkovej terapii pri nebezpečenstve liekovej interakcie(napr.podávanie neuroleptík v rámci akútnej liečby manickej recidívy).

Pri výskyte problémov v priebehu ochorenia alebo u rizikových pacientov je nutné uvedené kontroly prevádzať častejšie.

VEDĽAJŠIE ÚČINKY:DIAGNÓZA A TERAPIA

Líthiové soli majú malú terapeutickú šírku (rozsah).Možný vznik závislosti nepredstavuje žiaden problém-a to ani pri dlhoročnom podávaní, (nevzniká tolerancia,žiadna abstinenčná symptomatológia pri vysadení) ani senzibilizácia alebo zníženie účinnosti nie sú pozorované.V protiklade k tomuto sú relatívne časté nezávažné až obťažujúce sprievodné príznaky-hlavne na počiatku liečby.Patria k nim:

VEDĽAJŠIE ÚČINKY V SOMATICKEJ OBLASTI

Jemný tremor prstov:u každého desiateho až štvrtého pacienta,zosilnený duševným vypätím.Väčšinou je prechodný,občas však prítomný aj v priebehu

celej terapie.Zriedkavejšie sa zvykne manifestovať vo forme hrubého tremoru.-Pokus o liečbu:Previesť pacienta na retardované formy líthia, redukcia dávky,poprípade súčasné podávanie betablokátoru (napr.Dociton). Anticholinergiká (napr.Akineton) sú neúčinné.

Potiaže v oblasti zažívacieho traktu:nechutenstvo,nauzea,pocit plnosti, meteorizmus,tlak a bolesti v oblasti žalúdka,nevoľnosť,vomitus,frekventnejšie stolica,neformovaná až hnačkovitá stolica.-Pokus o liečbu:dávky zvyšovať plazivým spôsobom,prispôsobenie dávok,príp.zmena preparátu, často však potiaže vymiznú sami od seba..

Svalová slabosť:Spočiatku často veľmi rušivá,po uplynutí 2-6 týždňov trvania terapie väčšinou vymizne.

Spavosť a únavnosť:Hlavne na začiatku liečby.Po určitom čase sami odoznejú.Viď k tomuto i časť Psychické sprievodné príznaky.

Zvýšený pocit smädu:Približne u každého štvrtého až druhého pacienta. Následok:polydipsia,časté močenie (nyktúria:poruchy spánku),ďalej nárast hmotnosti a edémy.-Pokus o terapiu:uvedené je obťažujúce,ale nie nebezpečné.Ustupuje v priebehu liečby.Liečba antidiuretickým hormónom (napr.vazopresínom) je bez efektuu.Dôležité:triezve a vecné poučenie pacientov,dostatočný príjem tekutín aby nedošlo k dyhydratácii a tým k možnej intoxikácii líthiom.

Zvýšenie hmotnosti:Približne u každého desiateho až piateho piateho pacienta.Príjem a výdaj tekutín môže doshaovať až množstvo 5-10 litrov za 24 hodín.Po vysadení líthia sa normalizuje príjem i výdaj tekutín. Dochádza k vymiznutiu perimalleolárnych edémov a edémov tváre.-Pokus o terapiu:nekalorické nápoje,pravidelné kontroly hmotnosti,pridružená regulácia hmotnosti športovou činnosťou a umiernenýmpríjmom stravy, (avšak pri dostatočnom prísune vody a kuchynskej soli;preto sa je treba tiež vyhýbať/extrémnym/ odtučňovacím kúram).

Struma:Eufunkčná struma sa dá očakávať v 5-10 (-20)% prípadov.A to predovšetkým v oblastiach výskytu endemickej strumy.Casto nachádzame zmeny v TRH teste ("praeklinická alebo subklinická hypothyreóza").Manifestná hypothyreóza býva však zriedkavá.-Pokus o liečbu:event.medikamentózny pokus s thyroxínom (napr.Euthyrox).Kontroly sú vhodné a v prípade potreby podrobá diagnostika GTH.Pravidelne kontrolovať obvod krku.

Ďalšie symptómy:Vznik akné a ďalších kožných nečistôt (exanthém,exacerbácia psoriázy,vypadávanie vlasov,svrbenie,žalúdočné vredy,zníženie libida a potencie,občas však aj zvýšenie sexuálnej žiadostivosti,redukovaná tolerancia alkoholu;bolesti hlavy,niekedy ľahký hyperparathyreoidizmus,decentné závraty,kovová chuť v ústach,ovlyvnenie metabolizmu

uhľohydrátov,veľmi zriedkavo kŕče.Možné je aj ľahké zníženie koncentračnej výkonnosti obličike,bez ovplyvnenia stupňa glomerulárnej filtrácie; ďalej nepatrné zmeny v EEG zázname,ako aj v repolarizačnej časti EKG. Občas sa pozoruje aj minimálna leukocytóza pri normálnom BSG.

PSYCHICKÉ SPRIEVODNÉ PRÍZNAKY

Kognitívna oblasť:občas poruchy koncentrácie a pozornosti,rýchlej chápavosti,presnosti myslenia a kreativity.Postihuje predovšetkým pacientov s intelektuálnymi úlohami.Väčší význam má pri dlhotrvajúcej liečbe(profylaxie).-Pokus o liečbu:prispôsobenie dávky v spolupráci s pacientom.

PREJAVY PREDÁVKOVANIA A INTOXIKÁCIE

Prejavy predávkovania: Objavujú sa väčšinou pri prudkom zvyšovaní dávkovania lítia a rýchlom náraste lithémie.

VAROVNÉ SYMPTÓMY: ZVÝŠENÁ ÚNAVNOSŤ A MALÁTNOSŤ,VYJADRENÁ SEDÁCIA, PASAŽÉRNA OMÁMENOSŤ AŽ STAVY ĽAHKEJ ZMÄTENOSTI;ČASTEJŠIE SA VYSKYTUJÚCE VERTIGO;SVETLOPLACHOSŤ; ;NARASTAJÚCE NECHUTENSTVO AŽ NAUZEA,ZVRACANIE; RIEDKA STOLICA,HNAČKA;JEMNÝ AŽ HRUBÝ TREMOR RÚK;STUPŇUJÚCI SA SMÄD,ČASTÉ MOČENIE;POCIT TIAŽE A SLABOSTI VO SVALOCH,SVALOVÉ ZÁŠKLBY(NAPR.TRHAVÉ,PRUDKÉ POHYBY RÚK);PORUCHY CHÔDZE AŽ ATAXIA;ROZMAZANÁ REČ.

Tieto prejavy predávkovania však v priebehu terapie zvyknú odoznieť, hlavne pri prispôsobení dávkovania preparátu alebo podávaním retard tabliet.

Intoxikácia:

S intoxikáciou sa dá počítať pri hladinách lithémie od 1,2-1,5, prípadne 2,0 mmol/l.Príznakmi intoxikácie sú:narastajúca únava,spavosť, vyjadrená slabosť až ubitosť;poruchy pamäti,dezorientácia,zmätenosť;narastajúci motorický nekľud;halucinácie,narastajúce závrate;nezreteľná a rozmazaná reč;narastajúci pocit nevoľnosti,častejšie zvracanie ako aj hnačky; stredne silný až silný tremor rúk;nystagmus,tinnitus,fascikulárne svalové záškľby,rigor(stuhnutosť),živosť reflexov,svalová slabosť-predovšetkým v oblasti dolnej čeluste;ataxia,choreoathetóza;akútny psychosyndróm,zákal vedomia,nebezpečie vzniku kómatu.

Pri život ohrozujúcom stave (približne od 3,5 mmol/l) dochádza nekoniec k paroxyzmálnym stavom,k tonickým paroxyzmom (strecktonus),k zlyhaniu obličiek,stuporu,deliriu,nakoniec k šoku a k hlbokému kómatu končiaceho zástavou srdca.Problémy zvlášť vznikajú samozrejme u starších pacientov.

Príčiny:Intoxikácia lítiom môže mať viaceré dôvody;patria k nim:

- predávkovanie pri svojvôli alebo omyle
- suicidálny pokus
- diéta chudobná na nátrium,kombinácia s diuretikami,strata na váhe alebo odtučňovacie kúry,silné potenie,interkurentné infekty,iné stavy,prevádzané stratou tekutín
- vonkajšie zásahy ako narkóza,operácia a iné.

OPATRENIA V NÚDZI

= Ihneď vysadiť lítium
= Neodkladné stanovenie lithémie
= Hospitalizácia (symptomatická liečba:sledovať stav vodného a elektrolytového hospodárstva,korigovať funkciu obličiek,prekontrolovať hodnoty tlaku krve,respiračných funkcií a činnosti pľúc, zabrániť vzniku infekcie;príp.hemodialýza event.opakovane.Vylúčiť nebezpečie recidívy.Ukončenie terapie najskôr za dva týždne, keď sú už opäť zisťované konštantné hodnoty lithémie a keď už nie sú prítomné žiadne symptómy otravy.

ALTERNATÍVY K TERAPII LÍTHIOM

Z dôvodov ,aby sa vylúčili riziká terapie lítiom a tiež i preto, že pri profylaktickom podávaní lítia v 10-20% prípadov nezaznamenávame žiaden efekt,sa odjakživa hľadali alternatívne postupy.V rámci týchto sa ponúkajú nasledovné možnosti:

Trvalá liečba pomocou antidepresív:určitý druh trvalej ochrany-a to najmä pri periodických depresiách (iba depresívne fázy v nepravidelných odstupoch)-poskytuje dlhodobé podá-anie tetra-a predovšetkým tricyklických antidepresív.Pri manicko-depresívnych priebehoch sa dá s úspechom počítať zriedkavejšie.Pri manických stavoch vôbec nie-naopak:dlhodobá medikácia tricyklických antidepresív môže dokonca vyvolať manické fázy. Všeobecne sa zotrváva pri antidepresívnej terapii v prípadoch,kde podľa charakteru priebehu ochorenia zisťujeme iba krátkotrvajúce intervaly asymptomatických úsekov.Pri takýchto priebehoch je však ešte priaznivejšie podávať počas dlhšieho obdobia kombináciu antidepresíva s lítiom. Nakoniec však musíme mať na pamäti,že kontinuálna antidepresívna terapia môže chronifikovať depresívny stav.

Dlhodobá liečba antiepileptikami:Od počiatku sedemdesiatych rokov sa vo výzkume začali študovať určité antiepileptiká z aspektu profylaxie recidív depresií a manických stavov.Jedná sa pritom o kyseliny valproinové (Convulex,Ergenyl,Leptilan,Mylproin,Orfiril,Valcote) a o carbamazepín (Sirtal,Tegretal,Timonil).

Predovšetkým Carbamazepin,ktrý má podobnú chemickú štruktúru ako prvé antidepresívum Tofranil-pôsobí profylakticky na vznik fáz pri maniodepresívnych ochoreniach (hlavne u tých,kde je rýchle striedanie fáz) a má terapeutický efekt pri mánii.Úspešnosť liečby pri čisto depresívnych fázach sa ešte skúša.Zvlášť pozitívny je jeho rýchly nástup účinku a relatívne málo vyjadrené vedľajšie príznaky/ktorých diapazón je však široký/:napr.únavnosť,pocit omámenosti,závrate a ataktické poruchy(dávky je treba zvyšovať postupne),ďalej potiaže zo strany GIT-u (nauzea,vomitus),poruchy srdcového rytmu,kožné výsevy,poruchy zraku,pruritus,leukopénia a iné poruchy krvného obrazu.

20 K TAKZVANEJ TERAPIOREZISTENTNEJ DEPRESII.

Úspešnosť antidepresív je-tak dnes,ako aj pred tridsiatimi rokmi 60-70 % -ná.Je to nezávislé na druhu liečiva,účinnej látke,zložení,indikačnom spektre,dávkovaní a pod.Ak sa má potencovať terapeutický efekt, musia sa kombinovať rôzne metódy liečby:medikamentózne,psycho-a socioterapia,predovšetkým však nutnosť motivovať príbuzných k spolupráci.

No i napriek tomu nemálo depresií ostáva "terapiorezistentných",t.j.nezaberajú uspokojivo ani na jeden z použitých prostriedkov ("Nonresponder").Ich percentuálny podiel kolíše-podľa tej-ktorej štúdie-medzi 10-28%.Pritom ešte nepriaznivejšie sú na tom bipolárne depresie (MD-ochor-enia).Analogické platí pre tzv hypochondrické depresie a podľa niektorých referencií dokonca aj pre určité formy reaktívnych depresií, ktorých symptomatológia nie je ani tak intenzívna,ale zdĺhavá.Viac problémov prichádza aj s vekom (skôr vyšší) a pohlavím (predovšetkým ženy?).
Všeobecne však platí názor,že nie sú k dispozícii žiadne spoľahlivé prognostické kritériá ohľadne rezistencie depresií na terapiu.Navyše-dosiaľ nie je konsenzus v názore na definíciu terapiorezistencie.Dôležitou je otázka,ktorá sa týka jej možných príčin. Pri tom treba zohľadniť nasledovné tri úrovne.

NAJDÔLEŽITEJŠIE PRÍČINY REZISTENCIE NA TERAPIU.

1./ Lekár musí pri terpiorezistencii znova preveriť správnosť diagnózy: či je správne nozologické zaradenie(psychogénna alebo endogénna depresia),alebo či sa trebárs neprehliadli somatogénne príčiny depresie(somatogénna depresia)?V tabuľkách 6 a 7 je uvedený prehľad najdôležitejších skupín medikamentov a chorobných obrazov,pri ktorých je treba počítať s depresívnymi stavmi(farmakogénne či sprievodné/Begleitdepression/ depresie).Nesmie sa zabúdať na konzum a zneužívanie škodlivých požívatín,zvl.-alkoholu- a to tiež a práve vo vyššom veku. Nakoniec treba myslieť i na skutočnosti vzťahu lekár-pacient,ktorý môže ovplyvniť očakávaný terapeutický efekt a v prípade liečby na oddelení je dôležitá atmosféra na oddelení (oddielenské milieu).

2./ zo strany lieku problém býva predovšetkým v neadekvátnej liečbe.Nedostáva depresívny pacient iba trankvilizér,ale žiadne antidepresívum?Nebolo zvolené antidepresívum s nesprávnym profilom účinku,napr. aktivizujúce antidepresívum pri (latentnej?) agitovanej depresii?Alebo naopak:neostal nevyužitý impulzáciu zvyšujúci efekt aktivizujúceho antidepresíva pri psychomotoricky výrazne inhibovanej depresii?
Alebo ešte častejší prípad:nepodávalo sa antidepresívum príliš krátku dobu,event.dávala sa individuálne dostatočne vysoká dávka?
Dôležitým,ale málo reflektovaným faktorom je možná interakcia medzi ordinovaným antidepresívom a inými medikamentami.Táto možnosť sa týka predovšetkým vyššieho veku,kde si multimorbidita často vynucuje polypragmáziu.Podanie viacerých preparátov naraz môže viesť k neželaným vzájomným interakciám.
LIEKOVÉ INTERAKCIE sa dajú napríklad očakávať pri súčasnom podávaní antidepresív a barbiturátov,antiepileptík,antihypertenzív,anticholinergných preparátov proti chrípke,ktoré obsahujú antihistaminiká,orálnych antikoagulancií,kontraceptív a iných.Aj nikotín (abúzus) dokáže znížiť hladinu antidepresív a tým aj ich účinok.

Množstvo možných vzájomných interakcií môže samozrejme zneisťovať. V protiklade k tomu,depresia je ochorenie,ktoré spôsobuje utrpenie a za istých okolností môže byť život ohrozujúcim (nebezpečie suicídia).V konkrétnom prípade sa tiež nedá nikdy predpovedať,že či dôjde,alebo nedôjde k liekovej interakcii.Pre potreby praxe si je preto treba otázku liekovej interakcie položiť všeobecne až vtedy,keď nezvykle mnohé alebo intenzívne vedľajšie účinky začnú dráždiť alebo keď preparát,napriek dostatočne dlhom a vysokom dávkovaní "nezaberá".

3./ na strane pacienta vo vzťahu k liečbe sa v posledných rokoch zameral záujem na problematiku tzv. "compliance"(možnosť spoľahnutia sa na užívanie liekov pacientom v predpísaných dávkach a čase,dôvera v liečbu).Zistilo sa,že tretina,až takmer jedna polovica množstva všetkých predpísaných liekov sa neužíva buď vôbec alebo nie korektne.Toto zistenie platí dokonca aj pre podmienky liečby na oddelení.O psychodynamických aspektoch nezvykle dlho pretrvávajúcich depresií bolo pojednané už vyššie.

MOŽNOSTI LIEČBY DEPRESIÍ REZISTENTNÝCH NA TERAPIU.

Ktoré sú to skutočnosti,ktoré je treba zvážiť,aby sa predsa len dali úspešne zvládnuť depresie rezistentné na terapiu ?
1./ Znova preveriť- diagnózu:Zvlášť vo vyššom veku môže v rámci narastajúcej multimorbidity dôjsť k tomu,že v rámci tejto sú obsiahnuté i také

chorobné obrazy,pri ktorých sa dá počítať s už spomenutou sprievodnou depresiou.V takýchto prípadoch priebeh depresívneho syndrómu závisí od toho,že do akej miery sa dá ovlyvniť základné ochorenie.-Naopak k polypragmázii vedie samotná multimorbidita.Pritom môže dôjsť k nasadeniu takých preparátov (liekov),ktoré samotné môžu mať pri zodpovedajúcej dispozícii depresogénny účinok.V takomto prípade musí domáci lekár podľa možnosti v spolupráci zo psychiatrom rozhodnúť,či je možný pokus s vysadením preparátu.

2./ Nasadenie nového antidepresíva: V prípade,ak po najmenej trojtýždňovej monoterapii nedošlo k žiadnemu uspokojujúcemu výsledku,malo by byť zvolené nové antidepresívum.V takomto prípade sa však reálne musí jednať o voľbu novej účinnej látky a nie o ten istý preparát s iným komerčným názvom.Ešte výhodnejšou býva náhrada za preparát s úplne inou chemickou štruktúrou (napr.tricyklický za nie tricyklický),dokonca i taký,ktorý má vplyv na iné transmitterové systémy (napr.Anafranil/Ludiomil).Posledná alternatíva však predpokladá podrobnejšiu znalosť farmakologických vlastností antidepresív,ktoré sú k dispozícii.Nakoniec sa dá učiniť aj pokus s postupnou kombináciou predtým podávaných,podľa možnosti rozdielnych preparátov,avšak dôsledkom tohoto býva zvýšený a intenzívnejší výskyt vedľajších príznakov.

3./ Pokus o vysadenie: Po viacerých opakujúcich sa a zbytočných terapeutických pokusoch s rôznymi preparátmi má niekedy význam postupné vysadenie dávok s určitým obdobím bez akejkoľvek medikácie.Občas sú výsledky (i keď zriedkavo) prekvapujúce.Takýto pokus o vysadenie preparátu by sa však mal spr-avidla realizovať v rámci pobytu na oddelení.

4./ Infúzna terapia:Vid kapitolu k tejto téme na inom mieste.

5./ Liečba spánkovou deprivéciou: Vid kapitolu k tejto téme na inom mieste.

6./ L-tryptophan:Nasadenie esenciálnej aminokyseliny L-tryptofánu(napr. Kalma) buď samostatnej,alebo čo je ešte výhodnejšie-v kombinácii s nejakým antidepresívom,dokáže občas iniciovať uspokojujúce terapeutické výsledky.Podrobnosti k tomuto sú v zodpovedajúcej kapitole.

7./ Neuroleptiká: Nízkopotentné neuroleptiká sú pre svoj sedujúci a podporne antidepresívny účinok doporučované pri agitovaných depresiách(napr. Melleril,Neurocil,Truxal).Môžu byť ordinované aj v kombinácii s antidepresívami.Vysokopotentné neuroleptiká (napr.Haldol,Glianimon, Triperidol,Fluanxol,Impromen/Tesopren)v nízkom dávkovaní môžu zvyšovať účinnosť antidepresív.Vysokopotentnému neuroleptiku Fluanxolu sa pripisuje mierny antidepresívny účinok.Pri všetkých pokusoch o kombináciu si však zásadne musíme zakalkulovať skutočnosť,že popri očakávanom terapeutickom efekte dôjde i k zosilneniu a k zvýšenej frekvencii vedľajších

účinkov.

8./ Kombinácia IMAO s inými antidepresívami: V protiklade k doterajším varovaniam sa dnes doporučuje i príležitostná kombinácia niektorého preparátu zo skupiny IMAO (napr.Jatrosom)so silnejšie sedujúcim tricyklickým antidepresívom (napr.Saroten,Laroxyl,Tryptizol alebo Stangyl).Úspech býva niekedy ohromujúci.V takomto prípade však musia byť dodržané rôzne kautely:

1./ musí sa jednať spravidla o staciolnárne podmienky.
2./ treba dbať na interakciu s inými medikamentami.
3./ kontroly TK
4./ dávku trickylického antidepresíva zvyšovať postupne a plazivo v priebehu jedného týždňa až do výšky približne 100mg denne, potom pridať 10mg IMAO.Opačný postup (najprv IMAO a potom tricyklické antidepresívum) sa považuje za príliš riskantný..
5./ nutne sa je treba vyvarovať podávaniu kombinácie IMAO a parenterálne podávanému tricyklickému antidepresívu.

9./ Kombinácia antidepresív s líthiovými soľami: líthiové preparáty (napr.Quilonum,Hypnorex retard,Lithium Duriles) majú relatívne rýchly antimanický účinok a po niekoľkých mesiacoch začína aj profylaktický antidepresívny účinok.O túto kombináciu sa však treba pokúsiť aj v prípadoch depresií,rezistentných na ter apiu.Treba však počítať so zvýraznením spektra sprievodných príznakov.

10./ Elektrokonvulzívna terapia:Pri súčasnom stave psychofarmakoterapie nie je vo väčšine prípadov elektrokonvulzívna terapia nutná.Avšak v prípade depresií rezistentných na terapiu a v prípade výskytu ťažkých,život ohrozujúich depresívnych symptómov,je táto forma liečby ešte vždy k dispozícii ako ultima ratio.("Treba sa jej vyhýbať pokiaľ je to len možné ale nezabudnúť na ňu").V posledných rokoch sa začína znoba užívať na mnohých miestach bez veľkého rozruchu a s väčšinou dobrým úspechom a to i vo vyššom veku.

11./ Varia:Ďalšími podnetmy pre výzkum,ktoré dávajú predpokladať priaznivé výsledky pri liečbe depresívnych a manických stavov,sú predovšetkým antikonvulzíva carbamazepín a Valproat.Ďalej betablokátory,antagonisti kalcia,agonisti dopamínu a iné.

12./ Psychodynamické aspekty:popri už spomenutej akceptácii a zotrvaní pri liečbe(Compliance) a konštitučnej predispozícii,hrajú rolu aj špecifické psychodynamické konštelácie.Napr.premrštený alebo nadmerne citlivý hodnotový systém či medziľudské aspekty.Niekedy sa ukáže,že už i voľba partnera bola iniciovaná neurotickými motívmy.V dôsledku tohoto

dochádza potom v priebehu času k tenziám.V priebehu depresívnej fáze môže dôjsť k odbremeneniu partnera.Sebaobviňovania chorého oslobodzujú od vlastných pocitov viny a uspokojujú skryté potreby kontroly a ovládania.Odhliadnúc od toho,že akú záťaž môže predstavovať depresia-jak pre pacienta,tak i pre príbuzných-môže sa prejaviť i ako zisk, či aspoň uvoľnenie.Takýto stav je potom nevedome predlžovaný. Niektorí experti sú toho názoru,že psychodynamická komponenta má v rámci terapiorezistentnej depresie väčšiu,väčšinou nepoznanú hodnotu.

ZÁVEROM

Depresie rezistentné na terapiu sú nezriedka štruktúrované viacvrstvovo:napr.hereditárna a tým pádom často endogénna komponenta,partnersko-familiárne (viac u žien),profesionálne(skôr u mužov) prípadne osobnostné (obe pohlavia) vplyvy,medikamentózna polypragmázia a v dôsledku toho možná eventuálna farmakogénna depresia.Prípadné depresiogénne telesné ochorenie s následkom vzniku organickej/symptomatickej depresie.Musia byť preto analyzované a liečené na rôznych úrovniach.

Predovšetkým psychodynamický aspekt je nielen v orgánovej medicíne faktorom,ktorý urýchľuje zotavenie či brzdí vyliečenie,ale má vplyv aj na duševné ochorenia.A práve na túto skutočnosť sa často podivuhodným spôsobom často zabúda,ako keby na psychiatrické ochorenie nemohli mať vplyv ešte aj psychologické vplyvy.

21 SKRÁTENÝ POPIS NAJDÔLEŽITEJSÍCH POJMOV A SYNONÝM PRI DEPRESIÁCH

(Vzhľadom na abecedné zoradenie,ponechávam ako prvý-názov nemecký)

- ängstliche Depression - úzkostná depresia- :depresívny stav rôzneho pôvodu(psychogénny,endogénny,somatogénny),pri ktorom je úzkosť v popredí do tej miery,že ostatné príznaky ustupujú do pozadia.Občas bývajú problémy odlíšiť tento stav od úzkostnej neurózy.
- affective disorders:efektívne ochorenie podľa definície DSM-III. V nemeckom názvosloví sem patrí nielen MD-ochorenie,ale všetky ochorenia s depresívnymi alebo manickými rozladami.
- affektive Psychose - afektívna psychóza- :Psychóza so závažnou poruchou afektivity:depresívne rozlady,úzkosť,duševná a telesná inhibícia alebo vzrušenosť ,ale aj elevovaná nálada a iné.Rovnaký význam ako endogénna depresia a/alebo mánia.
- Affektpsychose - dtto - :ako hore
- agitierte Depression - agitovaná depresia - :depresívny stav akéhokoľvek pôvodu /psychogénneho,somatogénneho alebo endogénneho),kde v popredí klinického obrazu stojí úzkostný nekľud,napätie,pudenie a pod.
- Altersdepression - depresia v starobe- všeobecný pojem pre depresiu vo vyššom veku,čiastočne má podobný význam ako psychoreaktívna rozlada vo vyššom veku,zčasti ako endogénna depresia v involúcii.
- anaklitische Depression - anaklitická depresia -:depresívny stav u kojencov,ktorí museli žiť dlhší čas oddelene od matky alebo bez emocionálnej saturácie v domovoch alebo v nemocnici
- anankastische Depression - anankastická depresia-:pojem sa používa zväčša v prípadoch endogénnej depresie s nutkavou(=anankastickou)osobnostnou štruktúrou.
- Angstdepression - úzkostná depresia-:depresívny stav psychogénnej, ale zväčša endogénnej genézy,pričom ťažisko klinického obrazu je ovládané úzkosťou.
- Angstmelacholie - má význam ako Angastdepression.
- Anlehnungsdepression - -"- akoanaklitická depresia
- Antriebsarme Depression - depresia so zníženou úrovňou impulzácie-: má podobný význam ako chronická reaktívna depresia.
- arteriosklerotische Depression - AS depresia - :už ibaztriedkavo používaný termín pre depresiu vo vyššom veku.
- Atypische affektive Störungen - atypické afektívne poruchy-:pojem obsiahnutý v DSM-III.Je to tá kateg_ória afektívnych porúch,ktorá sa nedá včleniť do iných diagnostických kritérií pre afektívne poruchy.

- atypische Depression - atypická depresia - : rôzne definície,napr.: depresia s atypickou symptomatológiou ako nárast hmotnosti v dôsledku zvýšenej chuti do jedla,so zvýšenou potrebou spánku,únavnosťou v priebehu dňa,vyjadrenou narcistickou zraniteľnosťou a iné.
- atypische Psychose - atypická psychóza-:podobný význam ako zmiešaná psychóza,cykloidná psychóza alebo schizoafektívna psychóza.
- Begleitdepression - sprievodná depresia-:somatogénna depresia v dôsledku ochorenia,ktoré nepriamo poškodzuje mozog.
- bipolare affektive Psychose -bipolárna afektívna psychóza-:endogénna psychóza,ktorá má bipolárny priebeh,t.j.striedajú sa manické a depresívne fázy(zväčša nepravidelne).
- bipolare Depression - bipolárna depresia - podobný význam ako bipolárna afektívna psychóza.
- chronische Depression- chronická depresia-:nejednotne používaný pojem:ťažký a zdĺhavý priebeh;endogénna depresia so zbytkovými potiažami; dlho pretrvávajúca involučná depresia,depresia s organickým psychosyndrómom;depresia v rámci schizofrénnej psychózy;depresia z vykorenenia (Entwurzelungsdepression) s chronicko-depresívnou zmenou osobnosti za podmienok extrémnej záťaže;tzv.konštitučná depresia u abnormných osobností a iné.
- chronisch nervöse Erschöpfung- chron.neurotická vyčerpanosť-:podobný význam ako depresia z vyčerpanosti (Erschöpfungsdepression).
- chronische Psychastenie-chron.psychasténia-:podobný význam ako chron. reaktívna depresia.
- chronische reaktive Depression- chron.reaktívna depresia-:depresívny obraz,ktorý je podmienený vykorenením alebo zničením všetkých psychosociálnych vzťahov buď jednotlivca alebo celej skupiny obyvateľstva až s hrozbou fyzickej likvidácie(napr.koncentračné tábory).
- chronisches Belastungssyndrom - syndróm chronickej záťaže-:podobný význam ako chronická reaktívna depresia.
- depressio sine depressione: depresia bez zjavnej depresívnej nálady. Starší názov pre larvovanú depresiu.
- Depressive Äquivalente- depresívne ekvivalenty-:podobný význam ako larvovaná depresia.
- depressive Entwicklung-depresívny vývoj-:psychogénna depresia,ktorá sa prejaví väčšinou vo forme depresie reaktívnej,neurotickej alebo depresie z vyčerpania.Predisponujúci účinok má neurotická osobnostná štruktúra,ako aj určité vyvolávajúce podnety z prostredia(chronická emocionálna záťaž,dlhodobé pracovné preťaženie bez uvoľnenia).

- depressive Erlabnisreaktion:- depresívna zážitková reakcia-:podobný význam ako reaktívna depresia.
- depressive Neurose - depresívna neuróza-:podobný význam ako neurotická depresia.
- depressive Persönlichkeitsstörung - depresívna poruchy sosobnosti-: Takýto ľudia pôsobia väčšinou stiesnneným a inhibovaným dojmom,so skeptickými až pesimistickými postojmi.Neprejavujú žiadnu radosť,od života veľa neočakávajú,resp.pochybujú o jeho zmysle.Uvedené sa často skrýva pod maskou pr zdanlivej prispôsobenosti a uvoľnenosti.Život je pre nich monotónny,pustý,neradostný.
- depressive Psychose- depresívna psychóza-:podobný význam ako endogénna depresia.
- depressive Rückbildungspsychose- depresívna involučná psychóza-: podobný význam ako involučná depresia.
- depressive Angstzustand - úzkostný depresívny stav- podobný význam ako neurotická depresia.
- Depressivität - depresivita- :stiesnená nálada a to jak v rámci normálneho kolísania nálad,tak i ako výraz chorobného stavu.
- DSM-III: tretie vydanie nového amerického klasifikačného systému: Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders /DSM/ americkej psychiatrickej spoločnosti /APA/.Vychádzajúc z praxe sa určuje,že ktoré kombinácie chorobných príznakov alebo iných klinických znakov sa dajú považovať za dostatočné pre stanovenie diagnózy a ktoré je treba nutne vylúčiť.
- Dysthyme Störung - dystýmna porucha -:pojem prevzatý z DSM-III. Chronická porucha nálady alebo strata záujmov a radosti z prakticky všetkých bežných aktivít.Závažnosť a trvanie však nemajú také charakteristiky,aby spĺňali kritériá typickej depresívnej epizódy.("kompletný afektívny syndróm")
- Dysthymie - dystýmia-:staršie označenie pre depresie s inhibíciou myslenia a hypochondrickými potiažami spolu s úzkosťou a morózne-dysforickými rozladami.
- Emotionspsychose - emočná psychóza- schizofreniformná psychóza s rýchlym priebehom a s tendenciou k dobrým remisiám.Vzniká následne po emočných otrasoch a akútnych telesných ochoreniach.Klinický obraz sa podobá akútnej schizofrénii.Prv sa pojem používal i v zmysle cykloidnej psychózy.
- endogen- endogénny-:pochádzajúci "zvnútra",z organizmu.Doteraz však bez rozpoznateľnej,príp.dokázateľnej telesnej príčiny.Príčina

choroby spočíva väčšinou v dedičných ,príp.konštitučných faktoroch.
- endogene Psychose- endogénna psychóza-:nadradený pojem pre všetky duševné ochorenia (psychózy),ktoré majú endogénnu príčinu ako schizofrénia,MD-ochorenie,cykloidná psychóza,endogénna depresia a iné.
- endo(geno)morphe Depression - endomorfná depresia-:endogénna depresia so súčasne sa preajvujúcimi neurotickými chorobnými príznakmi,takže nie je možné jednoznačné priradenie k endogénnej alebo k neurotickej depresii.Forma tzv.viacvrstvovej depresie (mehrschichtige D.).
- endoreaktive Depression- endoreaktívna depresia-:endogénna depresia, pri ktorej sa reaktívny spúšťač javí byť tak dominantným,že je vňatý do pojmotvorby diagnózy.Forma tzv.viacvrstvovej depresie.
- endoreaktive Dysthymie- endoreaktívna dystýmia-:depresívny stav, pri ktorom sa zdá byť relatívne rovnaký podiel zastúpenia endogénnej a reaktívnej komponenty.Jedná sa pritom predovšetkým o trvalú duševnú a psychosociálnu záťaž,ťažké ochorenia alebo zdĺhavú rekonvalescenciu.
- Entfremdungsdepression - D.x odcudzenia-:väčšinou sa jedná o endogénnu depresiu doprevádzanú pocitom vnútornej prázdnoty a odumretia. V menej vyjadrenej forme sa vyskytuje aj pri psychogénnych depresiách
- Entlastungsdepression- D.z odbremenenia-:Depresívne rozlady dokáže vyvolať nielen záťaž,ale aj odbremenenie zo záťaže po predchádzajúcom dlhodobom preťažení.Pritom odbremenenie predstavuje v takomto prípade ďalšiu novú záťaž.Príklady:Osud navrátilcov z vojnových zajateckých táborov,odbremenenie v povolaní,penzionovanie,priznanie dôchodku,absolvovanie skúšky,ba i dovolenka a pod.
- Entwurzelungsdepression- D.z vykorenenia-:Podobný význam ako chronická reaktívna depresia.Zásadné zmeny prostredia u utečencov,vojnových zajatcov,nútene inter-novaných a pod.Popri duševnom a telesnom utrpení tu hrá úlohu aj strata rodiny,majetku,vlasti,zamestnania, vážnosti a pod.
- existentielle Depression- existenciálna D.-:zvl.forma depresívnych stavov,ktoré sa nedajú zaradiť ani medzi reaktívne a ani endogénne depresie.Spúšťačmi sú zväčša situácie ako bankrot,strata partnera,vykorenenie a iné.Sú isté vzťahy k depresii po presťahovaní a depresie z vykorenenia.
- exogénny:"vznikajúci zvonku".Ako exogénnu označujeme somatogénnu psychózu,ktorá sa dá odvodiť od chorobného somatického stavu.Napriek tomuto jednoznačnému priradeniu,má pojem "exogénny"ešte stále viac významov.
- exogene Depression-exogénna depresia-:podobný význam ako somatogénna depresia.

- exogene Psychose- exogénna psychóza-:podobný význam ako symptomatická psychóza.
- Feiertagsdepression -D.sviatočných dní,prázdnin,dovolenky a pod.-: populárnemedicínsky pojem pre údajný zvýšený výskyt depresívnych stavov v priebehu Veľkej noci,Turíc,hlavne však Vianoc(depresia Svätej noci)Nahromadený výskyt suicídií alebo príjmov na psychiatrické oddelenia,nie sú však štatisticky dokázané.Zvýšená emočná labilita je však možná.(Pozor treba dávať u narušenej mládeže a starších,predovšetkým osamelých pacientov ako aj pri reakciách na výročia).
- Gastarbeiter-Depression- :neodborný výraz pre relatívne častý,i keď väčšinou nerozpoznaný alebo zle diagnostikovaný stav,vyskytujúci sa u zahraničných robotníkov a príslušníkov ich rodín.Väčšinou sa jedná o psychogénne depresie,hlavne však o depresívne vývoje.Viď aj reakcie túžby po domove.
- Geisteskrankheit- duševná choroba-:v širšom slova zmysle každá forma duševnej poruchy,pri ktorej sa zdajú byť ovlyvnené duševné schopnosti.V užšom slova zmysle pojem významove zhodný s pojmom psychózy. Týka sa predovšetkým schizofrénie.Depresie sa naproti tomu označujú skôr ako ochorenia emócií.
- Gemütskrankheit- ochorenie postihujúce emócie,city-:Duševná choroba,názov používaný v protiklade k predchüádzajúcemu pomenovaniu (Geisteskrankheit-duševná choroba) skôr pre tie ochorenia,pri ktorých sa manifestujú predovšetkým duševné poruchy-hlavne smutná nálada,chorobný smútok-pričom rozumové funkcie ostávajú neporušené.Casto používané ako ľúbivejší pojem pre endogénnu depresiu,či MD-ochorenie.
- Heimweh-Reaktion - reakcia túžby po domove-:popísaná už v 17.storočí u žoldnierov, s vyjadreným depresívnym syndrómom.Dnes sa v rámci uvedeného zdajú manifestovať dve kulminačné obdobia:1./v prvých dvoch rokoch po započatí práce v hostiteľskej krajine,a -2./v období medzi 5-7 rokmi- po uplynutí 5-7 rokov pobytu.V ťažkých prípadoch možná depresia z vykorenenia.
- Heultag - doslovne deň nárekov,kvílenia-:podobný význam ako "blues šestonedeliek"(Wochenbett-Blues"),alebo "syndróm tretieho dňa".Vzniká asi u polovice šestonedeliek približne v tretí deň po pôrode.Trvá ni-ekoľko hodín až dní.Príčina:predovšetkým sa jedná o poruchy v hormonálnej rovnováhe.
- hysterische Depression- hysterická depresia-:pojmovo nevyhranený výraz,občas sa priraďuje k endogénnej,väčšinou však k neurotickej depresii.Jedná sa o depresiu,ktorá je charakterizovaná predovšetkým hysterickým klinickým obrazom.

- ICD: internacionálna klasifikácia chorôb (International Classification of Diseases-ICD/svetovej zdravotníckej org-anizácie WHO.Konkurencia k francúzskemu systému INSERM ale hlavne k DSM-III.
- Jahrestag-Reaktion - reakcia na výročie-:kritický čas "závažných dátumov".Napr.smrti blízkych príbuzných,dátumy ťažkých ochorení,rozchodov,rozvodov ako aj iných strát a udalostí(napr.potenciálny deň pôrodu nenarodeného dieťaťa po prerušení tehotenstva) a iné.
- Jammerdepression- bedákajúca D.-: prv používané pre agitovanú endogénnu depresiu.Častý výskyt pri involučných depresiách.
- klimakterische Depression - klimakterická depresia-:depresívny stav v rokoch prechodu.Žiadna chorobná jednotka.Spochybňuje sa priamy súvis medzi endokrinnými a psychickými poruchami.Často sa nájdu depresívne epizódy už i v skorších životných úsekoch.V priebehu klimaktéria je príčina depresívnych stavov väčšinou viacvrstvová:reaktívna či neurotická (životná udalosť,strach zo straty sexuality,strach pred počínajúcou starobou),ale aj endogénna a/alebo somatogénne-hormonálna.
- konštitúcia ,depresívna:pacientove tendencie k stavom depresívnych rozlád ľahšieho stupňa s pesimistickou percepciou a s negatívnym prístupom k životu (konštitučná depresia).
- konštitúcia,cyklothýmna-: tendencia k častej a rýchlej zmene nálad. Prv nazývané tiež ako emočne labilná psychopatia.
- konštitučná depresia- nejedná sa o žiadnu depresiu vo vlastnom slova zmysle.Ide skôr o bazálny depresívny postoj pri danej osobnostnej štruktúre.
- lachende Depression- úsmevná depresia-: neddborný pojem pre depresiu.Poukazuje na to,že depresívny človek sa nemusí javiť navonok ako bezpodmienečne smutný,že za jeho úsmevnou fasádou sa môže-či už vedome alebo nevedome skrývať depresívne prežívanie.
- larvovaná depresia:Jedná sa o depresívny stav,ktorý sa skrýva za maskou (_lat.:larva)telesných potiaží.Larvovaná depresia nie je samostatným chorobným obrazom.Charakterizuje ju a syndróm podozrivý z depresie a vždy sa má primerane začleniť:psychogénny,endogénny,somatogénny.
- major Depression : typická depresívna epizóda,pojem z DSM-III.
- Mánia :afektívna psychóza,väčšinou ako MD ochorenie,zriedkavejšie ako samotná mánia.
- manicko-depresívne ochorenie-:endogénna psychóza s manickými a depresívnymi fázami,spravidla nepravidelne sa striedajúcimi.
- masked depression: podobný význam ako maskovaná či larvovaná depresia.

- mehrschichtige Depression - viacvrstvová D.-:Depresívne stavy,ktoré sa nedajú jednoznačne priradiť ku skupine psychogénnych,endogénnych, alebo somatogénnych depresií.Dajú sa však u nich zistiť niektoré prvky týchtochorobných jednotiek.Príklad:depresie,pri ktorých sa endogénny aj reaktívny podiel javí rovnako zastúpený,sa nazývajú depresiami endoreaktívnymi.Depresie,pri ktorých sa v rovnakoej miere javí zastúpený endogénny a neurotický podiel sa nazývajú endoneurotickými.
- melanchólia:pojem používaný už v antike k charakterizovaniu trudnomyseľného rozpoloženia mysle.Nakoniec spolu s mániou zahrnutý do pojmu cirkulárnej choromyseľnosti.Dnes ešte občas používaný synonymne s endogénnou depresiou.V hovorovej reči pre stavy trudnomyseľnosti,ubitosti.
- Menštruačná psychóza:Psychóza,zväčša krátkodobého trvania,ktorá sa manifestuje v priebehu menštruácie.V popredí stojí prevažne depresívny klinická symptomatológia.V protiklade k častým výkyvom nálad v priebehu menštruácie je ich psychotická úrovaň zriedkavá.
- Mischpsychose - zmiešaná psychóza-:podobný význam ako schizoafektívna alebo cykloidná psychóza,i keď významovo nie identický.Je to endogénna psychóza, v rámci ktorej sa vyskytujú jak manické a/alebo depresívne ako aj schizofrénne chorobné príznaky.
- Mischzustand,manisch-depressiver-zmiešaný stav manicko-depresívny-: endogénna psychóza,pri ktorej sa dajú zistiť súčasne prítomné depresívne i manické chorobné príznaky.Môže pritom vzniknúť mätúci klinický obraz.
- monofázická depresia: endogénna depresia,pri ktorej sa manifestuje jediná depresívna fáza bez manického obrazu.
- monofázická depresia monopolárna- : endogénna depresia s viacerými depresívnymi fázami bez manického obrazu.Podobný význam ako periodická alebo unipolárna depresia.
- okultná depresia:podobný význam ako larvovaná depresia.
- fáza-:jednotlivá epizóda ochorenia,väčšinou v rámci endogénnej depresie,MD-ochorenia a pod.Fázický priebeh predpokladá znovanastolenie stavu plného zdravia,t.j.odozneje(spravidla) bezo zbytku.
- fázická depresia-: endogénna depresia s fázickými depresívnymi stavmi po asymptomatických intervaloch.
- fázická psychóza-:fázicky prebiehajúca psychóza,napr.MD-ochorenie, cykloidná psychóza a i.
- postremisívny stav vyčerpania schizofrenikov-:depresívny stav,vznikajúci v rámci väčšinou dlhotrvajúcej,aktuálne odoznievajúcej schizofrénnej psychózy,liečenej neuroleptikami.Možné príčiny:stress zapríči-

nený chorobou,dlhdobá liečba neuroleptikami(ktoré potencujú,resp.vyvolávajú depresiu?),psychosociálne konzekvencie ochorenia a pod.
- premenštruálny syndróm-:z psychického hľadiska je to predovšetkým vnútorný nepokoj,neklud,labilita,nervozita,napätie,podráždenosť a podobné rozlady až k ťažkým depresívnym stavom.V zriedkavých prípadoch zvýšená suicidalita.Tendencia k abnormným reakciám:krádeže v obchodoch,nakontrolované agovanie v afekte,a pod.Príčiny sú viacvrstvové,určite aj psychogénneho pôvodu,prevažne však spočívajú na hormonálnej báze.
- primárna depresia-:podobný význam ako endogénna depresia.Má akcentovať rozdiel ~~medzi~~ vo vzťahu k reaktívnej-teda sekundárnej depresii.
- psychická depresia-:neodborný výraz,ktorý sa v populárnomedicínskej literatúre a v hovorovej reči týka najskôr reaktívnej ,alebo neurotickej depresie.
- psychogénny-:vysvetliteľný či odvoditeľný z psychických pochodov (procesov).Teda nie následok endogénneho alebo z telesnej oblasti odvoditeľného ochorenia.
- psychogénna depresia-:nadradený pojem pre formy depresií,ktoré boli vyvolané prevažne psychicky resp.sú psychologicky zrozumiteľné.Príklady:reaktívna depresia,neurotická depresia,depresívny vývoj.
- psychogénna depresívna psychóza-:podobný význam ako reaktívna depresívna psychóza.
- psychoreaktívna depresia-: podobný význam ako reaktívna depresia.
- Psychóza-: Duševná choroba.Podľa ICD svetovej zdravot.organizácie sú psychózy"psychiatrickými ochoreniami,pri ktorých došlo k tak významnému ovlyvneniu psychických funkcií,že v dôsledxku toho je narušený náhľad a schopnosť zvládnuť bežné požiadavky života alebo je významne narušený vzťah k realite".Nejedná sa však o žiaden všeobecne uznaný alebo definovaný pojem-tento sa stále znova definuje v nových klasifikáciách(resp.interpretuje).Tak ,ako aj v minulosti je psychóza všeobecným psychiatrickým názvom rôznych rôznych foriem psychických ochorení,ktorých časť je vyvolaný definovateľnými orgánovými ochoreniami alebo ochoreniami mozgu (exogénne psychózy) a zčasti nie je zatiaľ ich príčina somaticky dokázateľná (napr.endogénne psychózy).Existuje množstvo obmien a podskupín v závislosti od tej-ktorej školy,smeru..
- periodická psychóza-:duševný choroba,ktorá sa objavuje viackrát v priebehu života s asymptomatickými medziobdobiami duševného zdravia. Jedná sa väčšinou o manické,depresívne alebo manicko-depresívne,ale aj schizofrénne a iné psychózy,ktoré sa objavujú periodicky.

- psychóza psychogénna-:pojem používaný častejšie v severských krajinách, v nemeckej (a medzinárodnej)jazykovej oblasti zriedkavý.Psychóza zapríčinená psychickými alebo- inými traumatami.
- psychóza cirkulárna-:podobný význam ako MD-ochorenie.
- reaktívna depresívna psychóza-:psychogénna depresívna psychóza,ktorá má podobnú symptomatológiu ako endogénna depresia,ale zjavne je vyvolaná nejakou traumou (ťažké,závažné sklamanie,smútok,frustrácia) a obsahovo ostáva na ňu viazaná.Cirkadiálne výkyvy môžu byť menej intenzívne,ako tomu býva pri endogénnej depresii.Prípadne sa manifestujúce bludné myšlienky sú zrozumiteľné z pohľadu doterajšej životnej skúsenosti.Častý pojem v škandinávskych krajinách,v nemeckej(a medzinárodnje)jazykovej oblasti zriedkavý.
- saisonale Depression- sezónna D.-:už dávnejšie sa opakovane referovalo o tzv.zimných depresiách,po ktorých nasleduje ľahká až stredne silná elevácia nálady na jar a v lete.Popri typickom depresívnom klinickom obraze tu však skôr nachádzame zvýšenie chuti do jedla(namiesto nechutenstva),predovšetkým uprednostňovanie uhlohydrátov (sladkostí) s nárastom hmotnosti a celkove predĺženou dobou spánku.Trvanie:väčšinou medzi jeseňou a jarou.Väčšinou u žien nad 20 rokov.Hypotetická príčina:nedostatok svetla v zime.Pokus o liečbu:terapia svetlom.
- schizofrénna depresia:schizofrénna psychóza s depresívnymi chorobnými príznakmi,ktoré(aspoň z časti) prekrývajú schizofrénnu symptomatológiu.
- Schlddepression- Schuld=vina- : jedná sa väčšinou o endogénnu depresiu kde vystupujú do popredia neustále sebaobviňovania na podklade mučivých pocitov viny alebo nekorigovateľného bludu previnenia.
- Schwangerschaftsdepression - tehotenská depresia-:depresia vznikajúca v priebehu tehotenstva a odoznievajúca po pôrode.Príčinu má buď endogénnu alebo inú.
- Schwangerschaftspsychose - tehotenská psychóza-:psychóza buď symptomatická alebo vyvolaná endogénnou dispozíciou tehotenstvom.Nezriedka sa prejavuje vo forme depresie s endogénnymi rysmi.Psychózy vznikajúce v tehotenstve trvajú občas veľmi dlho a dakedy mávajú nepriaznivý priebeh.
- seasonal affective disorders (SAD)-podobný význam ako sezónna D.
- senilná depresia - všeobecný pojem pre depresie vo vyššom veku. Podobný význam ako involučná depresia.
- Spätzyklothymie - neskorá cyklotýmia-väačšinou podobný význam ako involučná depresia,pri ktorej však dochádza zriedkavejšie k pravej cyklothýmii,ale skôr k výlučne depresívnym fázam s dlhotrvajúcim priebehom.

- typická afektívna porucha -:pojem z DSM-III.Ochorenie,ktoré sa skladá buď z manickej epizódy alebo z typickej depresívnej epizódy. Avšak "typická" neznamená "endogénnu" .Prináleží priemernému alebo častému,relatívne charakteristickému a klinicky bežnému afektívnemu obrazu.
- Umzugsdepression - D.po presťahovaní sa-: depresívny klinický obraz, ktorý vzniká v súvislosti so zmenou bydliska.Niekedy sa jedná o jednoduchú reaktívnu depresiu,nezriedka však o takto vyvolanú endogénnu depresiu.
- unipolárna depresia : endogénna depresia s viacerými depresívnymi fázami bez výskytu manického obrazu.Podobný význam ako periodická alebo monopolárna depresia.
- Untergrunddepression - D.základ,podklad...-:nejedná sa o žiadnu duševnú poruchu,ale o bližšie nevysvetliteľnú depresívnu rozladu,ktorá vystupuje zo "základov duše" /psychického podložia a pod.-p-p-/ a môže mať dlhodobý vplyv-.
- vegetatívne -dystónna depresia - podobný význam ako larvovaná depresia.
- vegetatívne ekvivalenty pri depresiách -:podobný význam ako larvovaná depresia.
- vegetatívna depresia-:depresívny stav,pri ktorom obraz ovládajú telesné chorobné príznaky.Podobný význam ako larvovaná depresia.
- Verlustdepression- D.zo straty -väčšinou sa jedná o endogénnu depresiu ktorá je spustená (v prvom rade ekonomickou) stratou.
- Verstimmung - rozlada - ľahký odklon od bežnej emočnej vyladenosti a to jak v manickom,tak i depresívnom smere.Pojem sa však používa väčšinou pre ľahké a prchavé zmeny nálad,týka sa v prvom rade moróznej alebo podráždenej nálady.
- Verstimmung,chronisch depressive -chronická depresívna rozlada-: podobný význam ako konštitucionálna depresia.
- Verstimmung,reaktive -reaktívna rozlada- :depresívne výkyvy nálad po záťažových udalostiach,trvajúce zväčša krátkodobe.
- vital somatisierte Depression - somatizovaná vitálna depresia-:podobný význam ako larvovaná depresia.
- Vitálna depresia-pojem používaný zväčša pre endogénnu depresiu.
- Weihnachtsdepression - Vianočná depresia - nevedecký pojem pre údajné hromadenie depresívnych stavov vo vianočnom období.Viď tiež Feiertagsdepression.
- Wochenbettdepression - depresia šestonedeliek- :pojem používaný pre Častý Heultag (viď tam) ako aj pre psychotickú depresiu v priebehu šestonedelia.Klinický obraz je často podobný endogénnej depresii.Príčina:dispozícia (pravdepodobne dedične podmienená),tiež hormonálne preladovanie.Nebezpečie recidív a to jak v rámci ďalších tehotenstiev, ale aj nezávisle od nich s depresívnymi a občas i schizofrénnymi stavmi.

- Wochenbettpsychose - puerperálna psychóza -:dodnes nejednotne definovaná duševná porucha v priebehu šestonedelia.Väčšinou v priebehu prvého až druhého,zriedkavejšie 6-12 týždňov týždňov po pôrode.Ochorenia ,ktoré vzniknú po dlhšom asymptomatickom období,sa dnes už k nej spravidla nepočítajú.Dnes už tiež nie je bežným rozlišovanie medzi puerperálnou psychózou(prv sa počítalo obdobie prvých 6 týždňov po pôrode) a laktačnou psychózou (manifestuje sa neskôr).Casto začína menickým alebo depresívnym štádiom,ktoré je skoro poznamenané silným nekľudom,prudkým vzrušením,bezradným úžasom až ku snovej zmätenosti. Vyskytujú sa chorobné príznaky jak schizofrénne ,tak i depresívne.Depresívne majú tendenciu k dlhodobému pretrvávaniu.Príčina:pravdepodobne viacvrstvová (psychogénna,endokrinná,psychosociálna).Nebezpečie recidív predovšetkým mimo tehotenstva a šestonedelia pre schizoafaktívne psychózy a bipolárne alebo unipolárne afektívne psychózy.
- zirkuläre Depression - cirkulárna depresia-:Endogénna depresia,pri kroej sa striedajú manické a depresívne fázy v spravidla nepravidelných odstupoch.
- zyklische Depression - cyklická depresia -: endogénna depresia,pri ktorej sa striedajú depresívne a manické fázy.
- zykloide Psychose- cykloidná psychóza-: endogénna psychóza s fázyckým priebehom.Medzi jednotlivými fázami ochorenia sa rozprestiera obvykle viacročné asymptomatické obdobie.Cykloidné psychózy stoja medzi manicko-depresívnymi psychózami (čo do priebehu) a schizofrénnymi psychózami (čo do klinického obrazu).Rozlišujú sa napr.Angst-Glücks-Psychose,Verwirrtheitspsychose,Motilitätspsychose.
- Zyklophrenie - cyklofrénia-: podobný význam ako MD-psychóza.
- Zyklothyme Störung - cyklotýmna porucha-:Pojem z DSM-III.Chronická rozlada s veľkým počtom období depresií a hypománií,pričom musia byť prítomné určité symptómy alebo syndrómy.
- Zyklothymie - cyklotýmia-:z historického hľadiska rôznorodá definícia.V dnešnom ponímaní najbližší význam ako MD-psychóza či ochorenie.

22 PREHĽADNÁ TABUĽKA ANTIDEPRESÍV A LÍTHIOVÝCH SOLÍ.

(Ďalšie komerčné resp.generické názvy liekov spomínaných v predošlom texte boli vyhľadané z " Index psychofarmacorum").

Ambivalon (Equilibrin) - Amitriptylinoxid
Anafranil (Hydiphen,Maronil) - Clomipramin
Aponal (Sinequan,Torvan) - Doxepin
Ardeytropin (Andeydorm) - Tryptophan
Dixeran (Trausabun) - Melitracen
Dogmatil (Eglonyl,Sulpirid)- Sulpirid
Eltryptan(Eltrip,L-Tryptophan) - Tryptophan
Equilibrin (Ambivalon) - Amitriptylinoxid
Gamonil (Tymelyt) - Lofepramin
Hypnorex retard (Carbolith,Litard,Lithii Carbonas,Lithium carbonicum, Liticar,Litiumcarbonat,Quilonorm atď.)
Jatrosom - Tranylcypromin+Trifluoperazin
Kalma -(Kalmalin,Lorazepam,Tavor,Temesta atď.)- Lorazepam
Laroxyl -(Amitriptylin,Elavil,Laroxal,Saroten,Triptizol atď)-Amitriptylin.
Levothym (Prêtonin)- Oxitriptan
Limbatril F - Amitriptylin+Chlordiazepoxid
Longopax mite - Amitriptylin + Perfenazin
Ludiomil - Maprotilin
Meresa - Sulpirid
Noveril - Dibenzepin
Pantrop Retard - Amitriptylin + Chlordiazepoxid
Parnate (Transamin) - Tranylcypromin
Pertofran (Petylyl)- Desipramin
Quilonorm - Lithium carbonate
Quilonum - -"-
Saroten (Belpax,Elavil,Laroxyl,Triptizol atď.)- Amitriptylin
Sinequan -(Aponal,Sinquan) - Doxepin
Stangyl - (Sapilent,Surmontil) - Trimipramine

Thombran (Trazodon,Trittico) ,- Trazodone
Tofranil (Imipramine,Deprenil,Eupramin,Imipramin,Melipramin) -Imipramine
Tolvin - (Tolvon) - Mianserín
Trausabun - Melitracen
Trittico - (Thombran,Trazodon) - Trazodone
Tryptizol - Amitriptylin
Vivalan - Viloxazine
Xanax - Alprazolam
Xerenal (Depresym,Prothiaden) - Dosulepin

Komerčný názov	Hlavné indikácie	Dávkovanie	Možné vedľajšie účinky Ďalšie upozornenia
AMITRIPTYLIN Laroxyl(D,CH) Saroten(D,A) Saroten ret. (D,CH,A), Tryptizol(D,CH, A)	tricyklické antidepresívum AD3 so psychomotoricky sedujúcim účinkom:prevažne úzkostne-agitovaná symptomatológia pri endogénnych depresiách.Prídatná th pri somatogénnych depresiách a schizofrénnych depresívnych stavoch či schizoafektívnych psychózach.V príp.potreby v primeranom dávkovaní pri psychogénnach depresiách,bolestivých syndrómoch a pri Enurése v detskom veku	ID4:50-75mg; ED5:5o-150mg; 250mg maximálne(stacionárne);hlavná dávka večer	únava,závrate,sucho v ústach,obstipácia,poruchy močenia,hypotónia,tremor,hyperhidróza,poruchy akomodácie,tachykardia,poruchy vedenia vzruchov,cholestatická hepatóza,agranulocytóza,trombocytopénia,delirantné syndrómy
[illegible]	tricyklické AD3 s psychomot.sedujúcim účinkom:prevažne úzkostne-agitovaná symptomatológia pri endogénnych depresiách.Prídatná th pri somatogénnych depresiách a depresívnych stavoch schizofrénnych alebo pri schizoafektívnych psychózach. V primeranom dávkovaní pri psychogénnych depresiách či bolestivých syndrómoch	ID4:10-75mg; ED5:90-150mg; 300mg max.;hlavná dávka večer	únava,xerostomia,potenie,závrate,poruchy akomodácie,nauzea,vomitus,obstipácia

[illegible]

Komerčný názov	Hlavné indikácie	Dávkovanie	Možné vedľajšie účinky Ďalšie upozornenia
CLOMIPRAMIN Anafranil- (D,CH,A)	tricyklické AD3 s ľahko aktivujúcim psychomotorickým účinkom:endogénne depresie.Ako prídatná th pri somatogénnych depresiách a depr.stavoch pri schizofréniách a schizoafektívnych psychózach. Príp.v primeranom dávkovaní pri psychogénnych depresiách a bolestivých syndrómoch.Ďalšie indikácie:Nutkavé syndrómy, fóbie,narkoleptický syndróm(katalepsia) [illegible] enuresis nocturna(po 5.roku).	ID4:50-75mg; ED5:50-150mg; 300mg max.(stacionárne); Infúzie:50-150mg,ťažisko v rannej dávke	Xerostomia,potenie,tremor,závrate,poruchy akomodácie a mikcie,obstipácia,poruchy obehu,sedácia,stavy zmätenosti,nespavosť,funkčné sexuálne poruchy,stavy úzkosti,poruchy srdcového rytmu,poruchy pečeňových funkcií,hyperpyrexia,záchvaty paroxyzmov,kožné alergické reakcie.-Pri silne agitovaných a úzkostných depresiách:v kombinácii s tlmiacimi psychofarmakami(nízkopotentné neuroleptiká,krátkodobe trankvilizéry).Tak, ako pri všetkých ľahko ale hlavne silne aktivizujúcich AD=3 opatrnosť pri nebezpečí suicídia
[illegible]	[illegible]	[illegible]	Xerostomia,hyperhidróza,vertigo,obstipácia,poruchy mikcie,poruchy akomodácie,delir,paroxyzmy,kardiovaskulárne poruchy (ortostatická hypotónia,tachykardia,poruchy srdcového rytmu príp.vedenia vzruchov), alergické kožné reakcie,poruchy hematopoetického systému,tremor,vnútorný nekľud,úzkostná agitovanosť,poruchy spánku,prešmyk do mánie.-Opatrnosť je treba pri agitovane-úzkostnom depresívnom syndróme ako aj pri depresívnych stavoch v rámci schizofrénneho ochorenia. Na začiatku liečby sú možné stavy vzrušenosti a poruchy spánku.Posledná denná dávka sa má podať do 16.00 h

Komerčný názov	Hlavné indikácie	Dávkovanie	Možné vedľajšie účinky Ďalšie upozornenia
AMITRIPTYLIN Laroxyl(D,CH) Saroten(D,A) Saroten ret. (D,CH,A), Tryptizol(D,CH, A)	tricyklické antidepresívum AD[3] so psychomotoricky sedujúcim účinkom:prevažne úzkostne-agitovaná symptomatológia pri endogénnych depresiách.Prídatná th pri somatogénnych depresiách a schizofrénnych depresívnych stavoch či schizoafektívnych psychózach.V príp.potreby v primeranom dávkovaní pri psychogénnach depresiách,bolestivých syndrómoch a pri Enuréze v detskom veku	ID4:50-75mg; ED5:5o-150mg; 250mg maximálne(stacionárne);hlavná dávka večer	únava,závrate,sucho v ústach,obstipácia,poruchy močenia,hypotónia,tremor,hyperhidróza,poruchy akomodácie,tachykardia,poruchy vedenia vzruchov,cholestatická hepatóza,agranulocytóza,trombocytopénia,delirantné syndrómy
AMITRIPTYLIN- N-OXYD Equilibrin(D) Ambivalon(CH)	tricyklické AD3 s psychomot.sedujúcim účinkom:prevažne úzkostne-agitovaná symptomatológia pri endogénnych depresiách.Prídavná th pri somatogénnych depresiách a depresívnych stavoch schizofrénnych alebo pri schizoafektívnych psychózach.Príp. v primeranom dávkovaní pri psychogénnach depresiách či bolestivých syndrómoch	ID4:10-75mg; ED5:90-150mg; 300mg max.;hlavná dávka večer	únava,xerostomia,potenie,závrate,poruchy akomodácie,nauzea,vomitus,obstipácia

VYSVETLIVKY: 1 = výber
2 = dávkovanie pre stredný dospelý vek.Dávky pre deti a mladistvých pri tých ktorých indikáciách vid v priložených návodoch.Vo vyššom veku individuálne a opatrnejšie dávkovanie.V priebehu tehotenstva a kojenia zásadne iba prísne indikácie.
3 = AD=antidepresívum
4 = Iniciálna dávka za deň
5 = ED = udržovacia dávka za deň

Komerčný názov	Hlavné indikácie	Dávkovanie	Možné vedľajšie účinky Ďalšie upozornenia
CLOMIPRAMIN Anafranil- (D,CH,A)	tricyklické AD3 s ľahko aktivujúcim psychomotorickým účinkom:endogénne depresie.Ako prídatná th pri somatogénnych depresiách a depr.stavoch pri schizofréniách a schizoafektívnych psychózach. Príp.v primeranom dávkovaní pri psychogénnych depresiách a bolestivých syndrómoch.Ďalšie indikácie:Nutkavé syndrómy, fóbie,narkoleptický syndróm(katalepsia) funkčná enuresis nocturna(po 5.roku).	ID4:50-75mg; ED5:50-150mg; 300mg max.(stacionárne); Infúzie:50-150mg,ťažisko v rannej dávke	Xerostomia,potenie,tremor,závrate, poruchy akomodácie a mikcie,obstipácia,poruchy obehu,sedácia,stavy zmätenosti,nespavosť,funkčné sexuálne poruchy,stavy úzkosti,poruchy srdcového rytmu,poruchy pečeňových funkcií,hyperpyrexia,záchvaty paroxyzmov,kožné alergické reakcie.-Pri silne agitovaných a úzkostných depresiách:v kombinácii s tlmiacimi psychofarmakami(nízkopotentné neuroleptiká,krátkodobe trankvilizéry).Tak, ako pri všetkých ľahko ale hlavne silno aktivizujúcich AD=3 opatrnosť pri nebezpečí suicídia
DESIPRAMIN Pertofran (D,CH,A)	tricyklické AD3 so silnejším,impulzáciu zvyšujúcim účinkom na psychomotoriku.:prevažne psychomotoricky inhibované depresívne syndrómy pri endogénnych depresiách.Prídatná th pri somatogénnych,príp.v primer.dávkovaní psychogénnych depresiách	ID4:50-75mg; ED5:75-150mg; 250mg max.; ťažisko dávky ráno	Xerostomia,hyperhidróza,vertigo, obstipácia,poruchy mikcie,poruchy akomodácie,delir,paroxyzmy,kardiovaskulárne poruchy (ortostatická hypotónia,tachykardia,poruchy srdcového rytmu príp.vedenia vzruchov), alergické kožné reakcie,poruchy hematopoetického systému,tremor,vnútorný nekľud,úzkostná agitovanosť,poruchy spánku,prešmyk do mánie.-Opatrnosť je treba pri agitovane-úzkostnom depresívnom syndróme ako aj pri depresívnych stavoch v rámci schizofrénneho ochorenia. Na začiatku liečby sú možné stavy vzrušenosti a poruchy spánku.Posledná denná dávka sa má podať do 16.00 H

DIBENZEPIN

Noveril
(CH,A,D)

Hlavné indikácie:

Tricyklické AD3 s psychomotoricky ľahko aktivizujúcim účinkom: prevážne psychomotoricky inhibované syndrómy pri endogénnych depresiách.Príadatná terapia pri somatogénnych depresiách.V prispôsobených dávkach pri psychogénnych depresiách,enuresis nocturna a pri depresívne sfarbených poruchách správania organického alebo psychogénneho pôvodu.

Dávkovanie:

Udržovacia dávka ED5: 240-480mg;780mg maxim.;Infúzie:120-360mg; ťažisko v rannej dávke.

Možné vedľajšie účinky:

Vnútorný nepokoj,poruchy spánku,event.únavnosť a spavosť,xerostomia,obstipácia,retencia moča,poruchy akomodácie,nauzea,vertigo,tachykardia,hypotónia,desivé sny,poruchy vedenia vzruchov,-Poslednú dennú dávku nepodávať po 16.00 hod.A to ani vtedy,ak sa navonok neprejavuje žiadna agitovanosť

DOSULEPIN

Idom (D)
Xerenal (A)

Hlavné indikácie:

tricyklické AD3 s psychomotoricky sedujúcim účinkom:prevažne úzkostne-agitovaná symptomatológia pri endogénnych depresiách.Prídatná terapia pri somatogénnych depresiách a pri depresívnych stavoch u schizofrénii či schizoafektívnych psychóz.V primeraných dávkach pri psychogénnych depresiách

Dávkovanie:

Iniciálna dávka ID4: 25-75 mg;udržovacia dávka ED5:75-150mg;300mg max.

Vedľajšie príznaky:

Únava,vertigo,nekľud,poruchy spánku,xerostomia,obstipácia,poruchy mikcie,hypotónia,poruchy vedenia vzruchov,tremor,poruchy akomodácie, pocit slabosti,poruchy koncentrácie,potenie,bolesti hlavy,poruchy hematopoetického systému.

DOXEPIN
=======

Aponal(D),Sinquan (D,CH),Sinequan(A)

Hlavné indikácie:

tricyklické antidepresívum so sedujúcim účinkom na psychomotoriku; prevažne úzkostne -agitovaná symptomatológia pri endogémnych depresiách. Ako prídatná terapia pri somatogénnych depresiách a depresívnych stavoch schizoafektívnych psychóz.V primeranom dávkovaní prípadne pri psychogénnych psy depresiách a iných psychogénnych poruchách hlavne vtedy,keď sú v popredí nekľud,úzkosť,poruchy spánku a psychosomaticky interpretovateľné potiaže.Syndrómy z odňatia(alkohol,medikamenty, omamné drogy).Podľa okolností pri ulcus ventriculi et duodeni

Dávkovanie:

Iniciálne denná dávka ID4:10-75mg;udržovacia dávka ED5:150mg;300mg max. Infúzie:50-150mg;hlavná dávka večer.

Možné vedľajšie účinky:

Únava,suchosť v ústach,poruchy akomodácie,gastrointestinálne reakcie(napr.obstipácia),kardiovaskulárne poruchy (napr.tachykardia,hypotónia),potivosť,slabosť,pocit závrate,malátnosť,nárast hmotnosti,edémy,parestézie,pocity chladu a horúčavy,upchatý nos,fotofóbia,zníženie libida,exanthémy,pruritus,zvýšenie hodnôt transaminaz,zvýšenie vnútroočného tlaku,delír,extrapyramidálne poruchy,ťaživé sny,trombocytopénia.-Pri liečbe abstinenčnej symptomatológie sú často nutné max.dávky vyžadujúce starostlivú kontrolu obehu.

FLUVOXAMIN
==========

Fevarin 50(D)
Floxyfral (CH)

Hlavné indikácie:

AD3 chemicky nového typu,monocyklické, s ľahko aktivizujúcim účinkom na psychomotoriku:skôr na psychomotoricky inhibovanú symptomatológiu endogénnych depresií.V primer,dávkych i pri psychogénnych depresiách.

Dávkovanie:

Iniciálna dávka ID4:50-100mg;udržovacia dávka ED5:150-200mg; maximálna dávka ráno-.

Možné vedľajšie účinky:

Nevoľnosť,zvracanie,nechutenstvo,vnútorný nekľud,stavy úzkosti a nepokoja,vertigo,obstipácia,xerostomia,tremor,poruchy spánku,tiež ale i spavosť možná,-Opatrnosť je nutná pri úzkostne-agitovaných depresiách so suicidalitou (i latentnou).Nie je kontraindikovaný u pacientov s glaukómom a s hypertrofiou prostaty.

IMIPRAMIN
=========

Tofranil(D,CH,A)
Tofranil mite(D)

Hlavné indikácie:

tricyklické AD3 s neutrálnym až ľahko aktivujúcim účinkom na psychomotoriku:endogénne depresie.Prídatná th pri somatogénnych depreiách a dpresívnych stavoch.

Dávkovanie:

Iniciálna dávka/deň:50-75mg;Udržovacia dávka ED5:75-100mg(-150mg), 300mg max.(v stcionárnych podmienkach).

Možné vedľajšie účinky:

Xerostomia,kardiovaskulárne poruchy)tachykardia,kolísanie krvného tlaku,poruchy vedenia vzruchov),hyperhidróza,poruchy akomodácie, vertigo,poruchy spánku,stavy zmäatenosti,,úzkosti,nepokoja,vzrušenia, tiež ale i únavy,alergické exantémy,pruritus,poruchy pečeňových funkcií,hyperpyrexia,Tinnitus,galaktorea,záchvaty,poruchy mikcie,nauzea, vomitus,obstipácia,poruchy hematopoetického systému,cholestáza.- Opatrnosť je treba pri úzkostne-agitovaných depresiách a akútnej, predovšetkým však latentnej suicidalite.

LOFEPRAMIN
==========

Gamonil(A,D,CH)

Hlavné indikácie:

tricyklické AD3 s neutrálnym až ľahko aktivujúcim účinkom na psychomotoriku:endogénne depresie.Ako prídatná th pri somatogénnych depresiách a depresívnych stavoch pri schizofréniách príp.schizoafektívnych psychózach.Príp. v primeranom dávkovaní pri psychogénnych depresiách.

Dávkovanie:

ID4: 70-105mg;ED:70-140mg; 280mg max.

Možné vedľajšie účinky:

Nepokoj,poruchy spánku,xerostomia,vertigo,obstipácia,poruchy mikcie a akomodácie,kolísanie TK,poruchy srdcového rytmu resp.vedenia vzruchov,delírium,cholestáza,kožné alergické reakcie,poruchy hematopoetického systému.-Opatrnosť je treba pri silne agitovane -úzkostných depresívnych stavoch s vyjadr-enou suicidalitou.

TRANYLCYPROMIN
==========
Parnate (D)
Hlavné indikácie:
Inhibítor monoaminooxidázy(IMAO) s impulzáciu zvyšujúcim účinkom:prevažne psychomotoricky inhibovaná a úzkostná symptomatológia pri endogénnych depresiách.Prídatná terapia pri somatogénnych a príp. v primeraných dávkych pri psychogénnych depresiách.Depresívne stavy s atypickou symptomatológiou.Dalšie indikácie:úzkostné stavy ako úzkostná neuróza,panické ataky,fobická neuróza(napr.agorafóbia),ďalej nutkavá neuróza ako i ďalšie psychogénne poruchy.
Dávkovanie:
ID4:-5mg;ED5:-10mg;40-(60)mg maximálne;ťažisko v rannej dávke.
Možné vedľajšie príznaky:
vnútorný nekľud,agitovanosť,stavy vzrušenosti,poruchy spánku, tiež únavnosť a všeobecný pocit slabosti až k apatii(často striedavo), zaujatosť,podráždonosť,úzkostné stavy,prešmyk do manického stavu, vertigo,bolesti hlavy,búšenie srdca,nevoľnosť,nauzea,kolísanie TK, (ortostatická hypotónia,stúpnutie TK s prudkými bolesťami hlavy), záchvaty kŕčov,strata libida,hypoglykémia,tremor,návaly hyperhidrózy, -Bezpečnostné opatrenia:dodržiavanie nariadenej diétovej ~~[illegible]~~ pri epilepsii a ochoreniach súvisiacich so stavbou.Pozor pri pokusoch o kombináciu s inými farmakami.Poslednú dennú dávku nepodávať po 13.00 hod.Pozor pri latentnom alebo zrejmom vnútornom nepokoji a suicidalite.

TRAZODON
=========
Thombran(D),Trittico(CH,A)
Hlavné indikácie:
AD3 chemicky nového zloženia so sedujúcim účinkom na psychomotoriku:prevažne úzkostne -agitovaná symptomatológia pri endogénnych depresiách.Prídatná terapia pri somatogénnych depresiách,resp.pri primeranom dávkovaní pri psychogénnych depresiách a pri bolestivých syndrómoch.
Dávkovanie:
iniciálna dávka ID4:-100mg;udržovacia dávka ED5:-200mg(-400mg); 600mg maximálne;Infúzie: 200-400mg;hlavná dávka naveèer.
Možné vedľajšie účinky:
Únava,črevné a žalúdočné obtiaže,závrate,xerostómia,poruchy spánku,bolesti hlavy,hypotónia(hlavne na lačný žalúdok),nepokoj,tachykardia,kožné alergické prejavy,poruchy akomodácie,obstipácia,zvýšenie TK, stavy zmätenosti,nevoľnosť,nauzea,chvenie,nárast hmotnosti alebo jej úbytok,zriedkavo priapizmus.-Výrazné chýbanie anticholinergných a kardiotoxických vedľajších účinkov.Preto bez kontraindikácií pri glaukóme a hypertrofii prostaty.Pri dlho pretrvávajúcej a neobyčajnej erekcii penisu (priapizmus)treba preparát ihneď vysadiť a prísne sledovať stav(núdzový stav).

TRIMIPRAMIN
==========
Stangyl(D),Surmontil(CH)
Hlavné indikácie:
tricyklické AD3 so sedujúcim účinkom na psychomotoriku:prevažne úzkostne-agitovaná symptomatológia pri endogénnych depresiách.Prídatná terapia pri somatogénnych depresiách a pri depresívnych stavoch pri schizofréniach a schizoafektívnych psychózach.Prípadne v primeranom dávkovaní pri psychogénnych poruchách a bolestivých syndrómoch. Použiteľný tiež pri syndrómoch z odňatia pri drogách,alkohole a medikamentoch ako aj pri ulcus ventriculi et duodeni.

MaPROTILIN
==========
Ludiomil(CH,D,A)
Hlavné indikácie:
Tetracyklické AD3 so sedujúcim účinkom na psychomotoriku:prevažne úzkostne-agitovaná symptomatológia pri endogénnych depresiách.Prídatná th pri somatogénnych depresiách,príp. v primeranom dávkovaní pri psychogénnych poruchách či depresiách.
Dávkovanie:
Iniciálna dávka ID4:25-75mg;udržovacia dávka ED5:75-~~[illegible]~~ -150mg; 200mg stacionárne;Infúzna th:50-150mg;hlavná dávka naveèer.
Možné vedľajšie účinky:
Únava,ale aj vnútorný nekľud a poruchy spánku,xerostomia,vertigo, obstipácia,retencia moča,poruchy akomodácie,poruchy kardiovaskulárne (tachykardia,hypotónia a iné),alergické kožné reakcie,paroxyzmy,poruchy hematopoetického systému,poruchy vedenia vzruchov.-Dlhý polčas rozpadu.Akcentovaná túžba po uhlovodanoch s možným nárastom hmotnosti. Opatrnosť je treba pri zníženom prahu paroxyzmálnej pohotovosti.

MELITRACEN
==========
Trausabun(D),Dixeran(CH)
Hlavné indikácie:
tricyklické AD3 s neutrálnym až ľahko aktivujúcim účinkom na psychomotoriku:prevažne psychomotoricky inhibovanúé depresívne syndrómy pri endogénnych depresiách.
Dávkovanie:
ID4: 30-75mg;ED5: 50-150mg;max.:225mg; ťažisko v rannnej dávke.
Možné vedľajšie účinky:
Únava,tiež ale vnútorný nepokoj a poruchy spánku,závrate,hyperhidróza,xerostómia,retencia moča,poruchy akomodácie,obstipácia,kardiovaskulárne poruchy(tachykardia,ortostatická hypotónia),kožné alergické prejavy,poruchy endokrínia a hematopoetického systému,extrapyramidálne poruchy a poruchy vedenia vzruchu.

MIANSERIN
==========
Tolvin(D),Tolvon(CH,A)
Hlavné indikácie:
tetracyklické AD3 so sedujúcim účinkom na psychomotoriku:prevažne úzkostne-agitovaná symptomatológia pri endogénnych depresiách.Prídatná terapia somatogénnych,príp. v primer.davkovaní pri psychogénnych depresiách.
Dávkovanie:
ID4:-30mg;ED5:30-90mg;max.:120mg;hlavná dávka naveèer.
Možné vedľajšie účinky:
Únava(spočiatku i pri nepatrnom dávkovaní),zaujatosť,kardiovaskulárne poruchy (hypotónia,závrate),suchosť v ústach,poruchy akomodácie, obstipácia,alergické kožné reakcie,ikterus,~~poruchy~~- bolesti kĺbov, prešmyk do manickej fáze,záchvaty kŕčov,poruchy hematopoetického systemu(granulocytopénia,agranulocytóza).-Pri adekvátnom sledovaní vhodný aj pre rizikových pacientov (glaukóm,hypertrofia prostaty) a tiež pri liečbe migrény.Pri prejavoch nejakej infekcie v priebehu liečby okamžitá kontrola krvného obrazu.

Dávkovanie:
[illegible].
ID4:25-75mg;ED5:75-150mg;400mg maximálne(stacionárne);Infúzie: 50-150 mg;hlavná dávka navečer

Možné vedľajšie účinky:
Únava,xerostómia,poruchy akomodácie,obstipácia,kardiovaskulárne poruchy(tachykardia,bradykardia,hypotónia),bolesti hlavy,hypo-alebo hypertermia,hyperhidróza,zimomravosť,kožné reakcie,mióza,mydriáza, tremor,stavy psychomotorického podráždenia a stavy zmätenosti, leukopénia a eozinofília,tednencia k záchvatom u predisponovaných pacientov, prešmyk do mánie,záchvat glaukómu,poruchy mikcie alebo retencia moča pri hypertrofii prostaty.-Pozor u pacientov s astma bronchiale ,ktorám sa podáva injekčný roztok Trimipramínu (precitlivelosť na sulfid).

VILOXAZIN
==========
Vivalan ICI(D)

Hlavné indikácie:
AD3 chemicky nového zloženia s ľahko aktivujúcim účinkom na psychomotoriku:prevažne psychomotoricky inhibované depresívne syndrómy pri endogénnych depresiách.Prídatná terapia pri somatogénnych depresiách; ďalej pri depresiach v rýmci schizofrénneho ochorenia a pri zmiešaných psychózach ako aj pri epilepsii.V primeraných dávkach pri psychogénnych depresiách.

Dávkovanie:
iniciálna dávka ID4:100-200mg;udržovacia dávka:200-400mg; 500mg maximálne;Infúzie:200-400mg;ťažisko na rannej dávke.

Možné vedľajšie účinky:
Nevoľnosť,zvracanie,nechutenstvo,bolesti hlavy,poruchy spánku, ľahký neklud,pocity úzkosti.-Krátky polčas rozpadu,prídatný antikonvulzívny účinok.Nepodávať navečer.Pozor pri úzkostne-agitovaných depresiách či depresívnych syndrómoch a/alebo vyjadrenej alebo latentnej suicidalite.

ANTIDEPRESÍVA : KOMBINOVANÉ PREPARÁTY:
=======================================

AMITRIPTYLIN/CHLORDIAZEPOXID
============================
Limbatril(F) [D),Pantrop retard(D)

Hlavné indikácie:
tricyklické AD3 so silnejším sedujúcim účinkom na psychomotoriku a trankvilizér benzodiazepínového typu: prevažne úzkostne-agitovaná symptomatológia pri endogénnych depresiách.Prídatná terapia pri somatogénnych depresiách príp.schizofrénnych depresiách včetne schizoafektívnych psychóz.V primeranom dávkovaní pri psychogénnych depresiách a pri bolestivých syndrómoch.V retardovanej forme k dlhodobej liečbe depresívnych syndrómov so skorím budením sa a rannými pesimami.

Dávkovanie:
2-3x1 kapsula;hlavná dávka navečer.

Možné vedľajšie účinky:
Antidepresívum: únava,vertigo,xerostómia,obstipácia,poruchy mikcie, hypotónia,tremor,hyperhidróza,poruchy akomodácie, tachykardia,poruchy vedenia vzruchov,cholestatická hepatóza,agranulocytóza,trombocytopénia,delirantné syndrómy
Trankvilizér: únava,znížená reakčná pohotovosť,závrate,neistota pri chôdzi a státí(hl.vo vyššom veku),tlak v hlave a ďalšie.Pri fixných kombinačných preparátoch

AD3/trankvilizér môže benzodiazepínová súčasť viesť viesť pri dlhodobom podávaní ku vzniku závislosti (závislosť nízkych dávok/Niedrig-Dosis-Abhängigkeit)

AMITRIPTYLIN/PERPHENAZIN
========================
Longopax(mite)(D)

Hlavné indikácie:
tricyklické AD3 s vysokopotentným neuroleptikom so silnejším sedujúcim účinkom na psychomotoriku:prevažne úzkostne-agitovaná symtomatológia pri endogénnych depresiách.Prídatná terapia pri somatogénnych depresiách a pri depresívnych stavoch pri schizofréniách a schizoafektívnych psychózach.

Dávkovanie:
2-3x1-2 drg;hlavná dávka navečer.

Možné vedľajšie účinky:
Antidepresívum:
únava,závrate,xerostómia,obstipácia,poruchy mikcie,hypotónia,tremor,hyperhidróza,poruchy akomodácie,tachykardia,poruchy vedenia vzruchov,cholestatická hepatóza,agranulocytóza,trombocytopénia,delirantné syndrómy
Neuroleptikum:
(možný výskyt i pri nízkom dávkovaní):extrapyramidálne-motorické poruchy,poruchy sekrécie slín a potných žliaz,poruchy mikcie,kožné alergické reakcie,poruchy žalúdočného a črevného traktu,intrahepatálna cholestáza,provokácia epileptických záchvatov,ukladanie v kornei a šošovke,poruchy vedenia vzruchov a fibrilácia komôr,poruchy hematopoetického systému.Pri dlhodobom podávaní nebezpečie vzniku neuroleptických neskorých dyskinéz,príp.neuroleptického parkinsonského syndrómu.

TRANYLCYPROMIN/TRIFLUOPERAZIN
==============================
Jatrosom (D)

Hlavné indikácie:
Inhibítor monoamínooxydázy v kombinácii s nízkpotentným neuroleptikom:prevažne psychomotoricky inhibovaná a úzkostná symptomatológia pri endogénnych depresiách.Prídatná terapia pri somatogénnych depresiách,event.v primeranom dávkovaní pri psychogénnych depresiách.Ďalšie indikácie:úzkostné stavy ako úzkostná neuróza,panické ataky,fobická neuróza (napr.agorafóbia),ďalej nutkavé neurózy a ďalšie psychogénne poruchy.

Dávkovanie:
2x1 drg;ťažisko na rannej dávke.

Možné vedľajšie účinky:
IMAO:
vnútorný neklud,agitovanosť,stavy vzrušenosti,poruchy spánku ale i únava a všeobecný pocit slabosti až k apatii (často striedavo),zaujatosť,podráždenosť,úzkostné stavy,prešmyk do manického stavu,vertigo, bolesti hlavy,búšenie srdca,nevoľnosť,nauzea,kolísanie krvného tlaku (ortostatická hypotónia,stúpnutie krvného tlaku so silnými bolesťami hlavy),paroxyzmy,strata libida,hypoglykémia,tremor,hyperhidróza(návaly potenia),
Neuroleptikum:
(napriek nízkamu dávkovaniu sú možné):extrapyramidálne-motorické poruchy ako i poruchy sekrécie slinných a potných žliaz,poruchy mikcie,alergické kožné reakcie,poruchy žalúdočno-črevné,intrahepatálna cholestáza,provokácia epileptických záchvatov,usadeniny v rohovke a šošovke,poruchy vedenia vzruchov,fibrilácia komôr,poruchy hematopoetického systému.

Bezpečnostné opatrenia:

Dodržiavanie predpísanej diéty,opatrné dávkovanie pri epilepsii ako i chorobách súvisiacich so starobou,opatrnosť je treba pri pokusoch o kombináciu s inými farmakami. Posledná denná dávka sa nemá podávať po 13.00 hod.Pozor pri latentnom alebo zrejmom vnútornom nekľude a pri suicidalite.

PREPARÁTY KTORÉ NEMUSIA BYT NASADENÉ IBA AKO ANTIDEPRESÍVA

ALPRAZOLAM

Tafil(D),Xanax(CH)

Hlavné indikácie:

Trankvilizér bezodiazepínového typu s antianxióznym príp.podporne antidepresívnym účinkom (nejedná sa o antidepresívum!):úzkostné stavy v rámci psychických porúch.Iniciálna prídatná terapia pri psycho- a socioterapii reaktívnych a neurotických depresií ako aj k liečbe úzkostnej komponenty pri depresiách endogénnych ako sprievodná th s AD3.

Dávkovanie:

0,75-1,5mg;-4,0mg maximálne;hlavná dábka naveèer.

Možné vedlajšie účinky:

Únava,poruchy koordinácie,pocity závrate,zastreté videnie,pokles TK,gastrointestinálne potieže,zvýšený slinotok,paradoxné reakcie (poruchy spánku,stavy vzrušenosti a iné),Hlavne po akútnom vysadení: príznaky z odňatia.-Trankvilizéry,hypnotiká a trankvilizéry s podpornym antidepresívnym účinkom benzodiazepínového typu môžu byt podávané iba za konzekventnej kontroly a iba počas časove obmedzenej doby:pozor na dávkovanie a trvanie medikácie,nakoľko pri benzodiazepínoch môže vzniknúť psychická a somatická závislosť.Nebezpečie vzniku závislosti nízkych dávok.

L-TRYPTOFAN

Ardytropin,Atrimon,Bikalm,Biotonin,Etryptan,Kalma,L-Tryptophan, Neurocalm,Sedanoct,Tryptocompren,Tryptophan 500 a iné

Hlavné indikácie:

esenciálna aminokyselina,biologický predstupeň serotonínu: chronické poruchy spánku (intervalová terapia).L-Dopa psychózy.Ľahké až stredne ťažké depresívne syndrómy (psychogénne,endogénne a somatogénne depresie,depresívne stavy v klimaktériu),najúčinnejší v kombinácii s AD3.Podporne k liečbe odňatia benzodiazepínov.

Dávkovanie:

Depresie: 0,5-6 (8)g;Poruchy spánku (intervalová terapia): počas 3 dní 2 gramy pred spaním,4 dni žiaden L-Tryptophan.Trvanie liečby: týždne až mesiace.

Možné vedlajšie príznaky:

Pocit plnosti,nevoľnosť,vomitus.-Proti dlhodobému podávaniu L-tryptophanu nie sú podľa súčasného stavu vedomostí žiadne námietky.

Dodatok:L-hydroxy-tryptophan (Oxitriptan):Levothym (D).Indikácie/vedlajšie účinky vid hore.Dávkovanie:100-300mg

SULPIRID

Arminol(D),Dogmatil (D,A,CH),Dogmatil forte(D,CH),Meresa(D),Neogama(D)

Hlavné indikácie:

nízko až strednepotentné neuroleptikum s účinkom závislým od dávkobania-antipsychotický,antidepresívny,antivertiginózny a antiemetický: predovšetkým chronické schizofrénne psychózy hlavne so zníženou impulzáciou,bludnou symptomatológiou a s depresívnymi rozladami.Psychomotoricky inhibované depresie endogénnej a somatogénnej genézy.Príp. k podpore psycho- a socioterapie pri psychogénnych a hlavne psychosomatických poruchách.Ďalšie indikácie:závrate a zvracanie.

Dávkovanie:

Antidepresívna a antivertiginózna terapia: 150-300mg
150-300mg

Antipsychotická terapia:(pri schizofréniách):300-800mg;-1600mg maximálne; hlavná dávka ráno.

Možné vedlajšie účinky:

Extrapyramidálne-motorické poruchy závislé na dávke (dyskinézie, parkinsonoid,akathizia a iné.).,poruchy obehu,alergické reakcie,stavy nepokoja a vzrušenosti.-Pri podaní dávky naveèer sú možné poruchy spánku (zaspávania).Zvýšenie hladiny prolaktínu môže zapríčinit poruchy cyklu a galaktoreu.

LÍTHIOVÉ PREPARÁTY

Neurolepsin(lithiumcarbonat)(A),Lithium-Aspartat (lithium-hydrogen-aspartat)(D),Lithium Duriles (Lithiumsulfat)(D),Lithiumorotat(D),Hypnorex retard(Lithiumcarobonat)(D),Quilonum retard(lithiumcarbonat)(D)

Hlavné indikácie:

P r o f y l a x i a MD psychóz(Cyklothýmie) a fázovite recidivujúcich endogénnych depresií ako i schizoafektívnych psychóz.

T e r a p i a manických stavov v rámci čistej mánie(zriedkavo), cyklothýmie alebo schizoafektívnej psychózy.Retardované preparáty sú vhodné hlavne pre dlhodobú liečbu či profylaxiu.

Dávkovanie:

Individuálne až k dosiahnutiu potrebnej hladiny lithémie: Profylaktická hladina:0,6-0,8 mmol/l.Terapeutická hladina:1,0-1,2 mmol/l, (Zdá sa ,že sa presadzuje korekcia dávkovania do nižších hladín).

Možné vedlajšie príznaky:

Únava,(obmedzenie reakčnej schopnosti),žalúdočné a črevné potiaže, tremor rúk,svalová slabosť,smäd,polyúria,prírastok hmotnosti,eufunkčná struma,Zmeny EKG,poruchy funkcie obličiek,psoriaziformné výsevy,cerebrálne paroxyzmy,edémy,vypadávanie vlasov,myxedém,zaujatosť,ubúdanie kreativity a duševnej produktivity.

Z n á m k y i n t o x i k á c i e :

Zaujatosť,stavy zmätenosti,nauzea,vomitus,riedka stolica,svalová slabosť, svalové zášklby,rozmazaná reč,ataxia a pod.,nakoniec pohybový nepokoj, hrubý tremor,halucinácie,zákal vedomia a iné.

Nástup účinku: po ca 6 mesiacoch a viac;antimanický účinok--po ca 8-10 dňoch.

DOPORUČENÁ LITERATURA :

Angst,J.:Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychœn.Springer,Berlin-Heidelberg-New York 1966

Benkert,O.,Hippius,H.:Psychiatrische Pharmakotherapie.Springer,Berlin-Heidelberg-New-York 1986

Bergener,M.,C.Kuhlenkampff (Hrsg.):Gerontopsychiatrie I.Janssen,Düssledorf 1971

Bräutigam,W.:Reaktionen,Neurosen,abnormePersönlichkeiten.Seelische Krankheiten im Grundriß.Thieme,Stuttgart-New-York 1985

Diagnostisches und Statischises Manual Psychischer Störungen(DSM-III).Beltz,Weinheim-Basel 1984

Faust,V.:Depressionsfibel.Fischer,Stuttgart-New-York 1987

Faust,V.,G.Hole(Hrsg.):Depressionen.Symptomatik-Ätiopatogenese-Therapie.Hippokrates,Stuttgart 1983

Faust,V.,M.Wolfersdorf(Hrsg.):Suizidgefahr.Hippokrates,Stuttgart 1984

Freedman,A.M.et al.(Hrsg.):Psychiatrie in Praxis und Klinik.Band I:Schizophrenie-Affektive Erkrankungen-Verlust und Trauer.Thieme,Stuttgart-New-York 1984

Glatzel,J.:Endogene Depressionen.Zur Psychopathologie,Klinik und Therapie zyklothymer Verstimmungen.Thieme,Stuttgart 1982

Haase,H.-J.:Depressionen.Schattauer,Stuttgart-New-York 1976

Haase,H.-J.:Therapie mit Psychofarmaka.Schattauer,Stuttgart-New-York 1982

Haase,H.-J.(Hrsg.):Psychopharmakotherapie.perimed,Erlangen 1982

Haase,H.-J.:Die depressive Erkrangung.perimed,Erlangen 1983

Harbauer,H.:Einführung in die Kinder-und Jugendpsychiatrie.Deutsche Ärzte-Verlag, Köln 1975

Harbauer,H.et al.(Hrsg.):Lehrbuch der speziellen Kinder und Jugendpsychiatrie.Springer,Berlin-Heidelberg-New-York 1980

Heinrich,K.:Psychofarmaka in Klinik und Praxis,Thieme,Stuttgart 1983

Helmchen,H.(Hrsg.):Derpressive Syndrome.Werk-Verlag Banaschewski,München-Gräfelfing 1977

Helmechen,H.,M.Linden:Depressive Erkrankungen.In:H.E.Bock et al.(Hrsg.):Klinik der Gegenwart.Urban & Schwarzenberg,München-Berlin-Wien 1981

Hoffmann,C.,V.Faust:Psychische Störungen durch Arzneimittel.Thieme,Stuttgart 1983

Huber,G.(Hrsg.):Schizophrenie und Zyklothymie.Ergebnisse und Probleme.Thieme,Stuttgart 1969

Kanowski,S.(Hrsg.):Hirnorganische Psychosyndrome im Alter.Springer,Berlin-Heidelberg-Nwe-York 1985

Kast,V.:Trauern-Phasen und Chancen des psychisechen Prozesses.Kreuz Verlag,Stuttgart 1982

Kielholz,P.(Hrsg.):Depressive Zustäande.Huber,BernStuttgart-Wien 1971

Kielholz,P.:Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker.Lehmanns, München 1971K

Kielholz,P.(Hrsg.):Die larvierte Depression.Huber,Bern-Stuttgart-Wien 1975

Kielholz,P(Hrsg.):Die Depression in der täglichen Praxis.Huber,Bern-Stuttgart--Wien 1974

Kielholz,P.(Hrsg.):Der Allgemeinpraktiker und seine depressiven Patienten.Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1981

Kielholz,P.,Pöldinger,G.Adams:Die larvierte Depression.Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1981

Kielholz,P.,C.Adams(Hrsg.)::Antidepressive Infusionstherapie.Thieme,Stuttgart-New-York 1982

Kielholz,P.,C.Adams(Hrsg.):Vermeidbare Fehler in Diagnostik und Therapie der Depressionen.Deutscher Ärzte-Verlag,Köln 1984

Kielholz.,C.Adams(Hrsg.):Tropfinfusionen in der Depressionsbehandlung.Thieme, Stittgart-New-York 1984

Kielholz,P.,C.Adams(Hrsg.):Der alte Mensch als Patient.Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1986

Kranz,H.:Depressionen.Werk-Ver-lag Banaschewski,München-Gräfeling 1971

Langer,G.,H.Heimann(Hrsg.):Psychopharmaka.Grundlagen und Therapie.Springer,Berlin-Heidelberg-New-York 1983

Laux,G.;Infusionstherapie bei Depressionen.Hippokrates,Stittgart 1987

Laux,G.:Psychopharmaka.Fischer,Stuttgart 1988

Laux,G.:Chronifizierte Depressionen.Enke,Stuttgart 1986

Lempp,R.:Lempp:Frühkindliche Hirnschäadigungen und Neurose.Huber,Bern-Stuttgart 1969

Matussek,P.et al.(Hrsg.):Endogene Depression.Urban&Schwarzenberg,München-Berlin 1965

Müller,C.:Alterspsychiatrie.Thieme,Stuttgart 1967

Müller,C(Hrsg):Lexikon der Psychiatrie.Springer,Berlin-Heidelberg-New-York-Tokyo 1986

Müller-Oerlinghausen,W.,W.Greil(Hrsg.):Die Lithium-Therapie.Nutzen,Risiken,Alternativen.Springer,Berlin-Heidelberg-New-York-Tokyo 1986

Nissen,G.:Depressive Syndrome im Kindes-und Jugendalter.Springer,Berlin-Heidelberg-New-York 1971

Nissen,G,.Ch.Eggers,J.Martinius:Kinder und Jugendpsychiatrische Pharmakotherapie. Springer,Berlin-Heidelberg-New-York 1984

Peters,U.H.:Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychollogie.Urban&Schwarzenberg,München-Beflin-Wien 1984

Platz,W.E.,H.M.Bartsch:Psychopharmaka bei psychiatrischen Erkrankungen.Vieweg,Braunschweig 1987

Pöldinger,W.(Hrsg.):Aktuelle Aspekte der Depressionsbehandlung.Huber,Bern 1983

Pöldinger,W.,F.Wider:Tranquilizer und Hypnotika.Fischer,Stuttgart 1985

Pöldinger,W.,F.Wider:Die Therapie der Depressionen.Deutscher Ärzte-Verlag,Köln 1986

Rafaelsen,O.J.,H.Helmchen:Depressionen,Melancholie,Manie.Thieme,Stuttgart 1982

Scharfetter,C.:Allgemeine Psychopathologie.Thieme,Stuttgart 1985

Schou,M.:Lithium -Behandlung in der manisch-depressiven Krankheit.Thieme,Stuttgart -New-York 1986

Schulte,W.,W.Mende(Hrsg):Melancholie.Thieme,Stuttgart 1969

Tellenbach,H.:Melancholie.Springer,Berlin-Heidelberg-New-York 1983

Transparenz-Telegramm 1987/88.A.V.I.Arzneimeittelverlag,Berlin 1986

Völkel,H.:Neurotische Depression.Thieme,Stuttgart 1959

Walcher,W.:Die larvierte Depression.Hollinek,Wien 1969

Wacher,W.: -"-

Wolfersdorf,M.,R.Wohlt,G.Hole(Hrsg.): Depressionsstationen.Roderer,Regensburg 1985

Wolfersdorf,M.,G.Witznick:Therapie mit Antidepressiva.Fischer,Stuttgart 1985

PRE VNÚTORNÚ POTREBU
PREKL.DR.LACHMANN T.