

OSNOVE PSIHOFAKOTERAPIJE

Vukosav Žvan

UDK/UDC 616.89-085

FUNDAMENTALS OF PSYCHOPHARMACOLOGY

DESKRIPTORJI: *psihofarmakologija*

DESCRIPTORS: *psychopharmacology*

IZVLEČEK – Članek obravnava kratek pregled psihotropnih substanc in opis najpomembnejših skupin psihofarmakov z osnovnimi načeli psihofarmakoterapije, indikacij in zapletov te terapije.

ABSTRACT – The article brings a short survey of psychotropic substances and the descriptions of the most important groups of psychotropic drugs, along with basic principles of psychopharmacotherapy, its indications and implications.

Uvod

Moderna psihofarmakoterapija je stara šele 35 let in ne pravimo zaman, da pomeni tretjo revolucijo v zgodovini psihiatrije. Moderna zdravila, ki sicer ne učinkujejo vzročno – take terapije v psihiatriji žal še ne poznamo – odpravljajo, blažijo ali preprečujejo ponavljanje najrazličnejših psihičnih motenj. Ta zdravila so v mnogočem povzročila korenite spremembe v bolnišnični in izvenbolnišnični psihiatriji. Te spremembe se odražajo predvsem v večji pomirjenosti in dostopnosti psihotičnih bolnikov, zaradi česar so moderne bolnišnice pretežno mirne ustanove in prav nič podobne »blaznicam« iz preteklosti. Mnogo bolnikov sedaj lahko živi na odprtih oddelkih in se lahko kmalu vrne v svoje običajno okolje. Veliko duševnih bolnikov je šele pod vplivom modernih zdravil dostopnih za psihoterapevtska in socioterapevtska prizadevanja in za rehabilitacijo.

Možnosti moderne psihofarmakoterapije so velike. S temi zdravili je možno učinkovati na skoraj vse psihiatrične sindrome, predvsem pa na najbolj pogoste iz kroga endogenih psihoz. Seveda zahteva zdravljenje s psihofarmaki dobro poznavanje množice zdravil, ki učinkujejo na duševnost. Psihofarmaki so vsekakor učinkovita zdravila, zdravljenje z njimi pa ni brez zapletov, včasih celo življensko nevarnih. Zato spada predpisovanje teh zdravil v roke izkušenega in kritičnega zdravnika, ki bo znal diagnostično pravilno ocenjenemu bolniku izbrati zanj primerno zdravilo v primernem odmerku in za dovolj dolgo, s čimer bo kvaliteta bolnikovega življenja vsekakor bistveno boljša, kot če teh zdravil ne bi jemal. Končni cilj psihofarmakoterapije in dodatnih bioloških, psihoterapevtskih in socioterapevtskih postopkov je namreč olajševanje ali odpravljanje duševnih težav in bolnikova resocializacija v najširšem smislu.

Pregled psihotropnih snovi

Snovi, ki na kakršenkoli način vplivajo na duševnost, na splošno delimo na tri velike skupine (1,2).

1. Psiholeptiki (sedativi) so zdravila, ki reducirajo človekovo psihično in motorično aktivnost. Semkaj štejemo **hipnotike** (uspavala), **nevroleptike** (sinonimi: nevroplegiki, psihoplegiki, psiholeptiki, veliki trankvilizanti) in **ataraktike** (sinonimi: mali trankvilizanti, anksiolitiki, dnevni sedativi).

2. Psihoanaleptiki (psihostimulatorji) so tiste psihotropne substance, ki dvigujejo oziroma tonizirajo psihični energetski nivo bodisi s tem, da stimulirajo budnost (**psihotoniki**, psihotonizirajoči amini) ali razpoloženje (**antidepresivi**).

3. Psihodisleptiki (sinonimi: psiholitiki, halucinogeni, fantastiki, psihotomimetiki, psihoperturbatorji) so snovi, ki pri ljudeh povzročajo psihične motnje oziroma celo psihoze. V zdravilstvu jih sicer ne uporabljamo, so pa izredno zanimive za raziskovanje bistva duševnih bolezni in delovanja novih psihofarmakov. Sem spadajo na primer meskalin, LSD-25, psilocibin in kanabis.

4. Litijeve soli predstavljajo posebno skupino psihofarmakov, ki jih uporabljamo predvsem za profilakso afektivnih psihoz.

5. Nootropiki so zdravila, ki poživljajoče delujejo na višje možganske funkcije.

Mehanizem delovanja

Mehanizem delovanja psihotropnih substanc je precej znan. Delujejo na sinapsah možganskih celic in se vpletajo v promet, sintezo, skladiščenje, aktivacijo, dezaktivacijo in razgradnjo nevrotransmiterskih snovi, se pravi snovi, ki v živčevju služijo kot biokemični prenašalci dražljajev. Iz teh opažanj in z ozirom na očitno njihovo vplivanje na mnoge duševne motnje so izšle tudi številne teorije, ki poskušajo razlagati nastanek duševnih bolezni z zapleteno biokemično okvaro teh sistemov, ki naj bi nastala iz različnih vzrokov (dednost, intoksikacija, infekcija, avtoimuni procesi?). V žarišču zanimanja so v tem pogledu predvsem kateholamini, serotonin, GABA, endorfini in drugi.

Od naštetih skupin psihofarmakov bomo obravnavali za psihofarmakoterapijo najvažnejše skupine. Pri tem bomo vsako substanco praviloma imenovali najprej s kemičnim (generičnim) imenom, v oklepaju pa bomo dodali tovarniško ime.

HIPNOTIKI

Uspavala so uporabljali v psihiatriji pred obdobjem moderne psihofarmakoterapije pogosteje, saj drugih sredstev za pomirjanje ni bilo. Danes jih v psihiatriji praktično ne uporabljamo več, ker so jih izpodrinili predvsem nevroleptiki in anksiolitiki, pa tudi zaradi možnosti hitre in hude intoksikacije, zaradi njihove majhne terapevtske širine in zaradi nevarnosti zasvojenosti.

V tej skupini so znani **barbiturati** (na primer Phenobarbiton), **nebarbituratna uspavala** (na primer Kloralhidrat, Paraldehyd) in še vrsta drugih. Barbiturate še uporabljamo v zdravljenju božjasti zaradi dobrega protikonvulzivnega učinkovanja, čeprav jih tudi tu nadomeščajo boljše in predvsem manj nevarne snovi (na primer iz skupine anksiolitikov).

K uspavalom lahko štejemo tudi **klometiazol** (Heminevrin), čeprav ga sicer prištevajo k anksiolitikom. Klometiazol je zaradi močnega hipnotičnega učinka brez večje nevarnosti kopičenja zelo primeren tudi v razmeroma visokih dnevnih

dozah pri delirantnih stanjih razne etiologije, predvsem pa pri alkoholnem deliriju, pa tudi v gerontopsihiatriji pri stanjih nemira. Pri parenteralni rabi obstaja nevarnost zastoja dihanja in kolapsov. Klometiazola ne smemo uporabljati pri obstruktivnih pljučnih boleznih in ga ne smemo kombinirati z nekaterimi drugimi zdravili, npr. z meprobamatom, inhibitorji monoaminooksidaze in z derivati rezerpina.

NEVROLEPTIKI

Bistvo delovanja nevroleptikov je v naslednjem (1):

1. Nevroleptiki imajo pomirjajoč (sedativni) učinek, a praviloma ne uspavajo; bolniki sicer so zaspani, vsaj v začetku nevroleptične terapije zaradi močnejše sedacije. V manjših dozah delujejo anksiolitično.
2. Nevroleptiki močno inhibirajo nemirne, agitirane ali agresivne bolnike.
3. Učinkujejo na vegetativni in ekstrapiramidni sistem, odtod izvirajo tudi številni zapleti.
4. Nevroleptiki reducirajo akutne in kronične psihotične manifestacije in eksperimentalna psihotična stanja.
5. Praviloma ne povzročajo odvisnosti in jih je zato možno predpisovati tudi v daljših obdobjih.

Indikacijsko področje nevroleptikov

Nevroleptiki so zelo učinkoviti pri najrazličnejših duševnih motnjah, predvsem pa pri akutnih in kroničnih psihotičnih stanjih najrazličnejše etiologije, lahko tudi kot leta trajajoča vzdrževalna terapija. Nепrecenljivi so tako pri shizofreniji, maniji, organskih, simptomatskih, involucijskih in epileptičnih psihozah, pri hujših abstinencijskih krizah in pri stanjih nemira oziroma agresivnosti pri epilepsiji, deviriranih osebah in pri duševno manjrazvitih.

Delitev nevroleptikov

Nevroleptike delimo glede na kemično pripadnost oziroma na klinično delovanje. Glede na kemično strukturo ločimo naslednje skupine:

1. **Fenotiazini.** Med fenotiazini so najbolj znani **klorpromazin** (Largactil), **tioridazin** (Melleril), **promazin** (Prazine), **levomepromazin** (Nozinan), **flufenazin** (Moditen), **periciazin** (Neuleptil), **perazin** (Taxilan), **perfenazin** (Decentan, Trilafon), **trifluoperazin** (Terfluzin). Flufenazin in perfenazin sta tudi v depojni obliki. Depojni nevroleptiki so še zlasti primerni za vzdrževalno (»long-term«) terapijo kroničnih psihoz.
2. **Alkaloidi Rauwolfije.** Med temi je znan **rezerpin** (Serpasil).
3. **Butirofenoni in njihovi sorodniki.** Iz te skupine nevroleptikov so najbolj znani **haloperidol** (Haldol), **penfluridol** (Longoran) **pimozid** (Orap), **fluspirilen** (Imap), **dihidrobenzperidol** (Droperidol), **trifluoperidol** (Triperidol), **benperidol** (Glianimon). Haloperidol se pri nas dobi v depojni obliki. Pimozid je nevroleptik, ki ga je možno jemati v enkratni dnevni dozi, fluspirilen pa v enkratni tedenski dozi.
4. **Tioksanteni.** Iz te skupine poznamo **klorprotiksen** (Truxal), **klopentiksol** (Sordinol) in **flupentiksol** (Fluanxol). Klopentiksol je tudi v depojni obliki.

5. **Dibenzodiazepini.** V tej skupini pri nas poznamo nevroleptik **klozapin** (Leponex), ki je močan, obenem pa ne povzroča ekstrapiramidnih zapletov.

6. **Benzamidi.** Iz skupine benzamidov sta znana **sulpirid** (Eglonyl) in **sultoprid** (Topral).

Glede na klinično delovanje pa nevroleptike delimo na *šibke* (ali bazalne) in na *močne* (ali incizivne). Prvi imajo nekoliko šibkejši protipsihotični učinek in manj izražene ekstrapiramidne učinke, vendar pa močneje sedirajo in imajo močnejše vegetativne učinke. Nasprotno pa močni nevroleptiki delujejo močneje protipsihotično in se pri njih kaže močnejša ekstrapiramidna simptomatika, predvsem kot diskinezije. Močni nevroleptiki tudi slabše sedirajo in šibkeje učinkujejo na vegetativni sistem kot šibki.

Za nas pomembnejši predstavniki »šibkih« nevroleptikov so predvsem promazin, levomepromazin in tioridazin, predstavniki »močnih« pa flufenazin in butirofensonski preparati. Klorpromazin je s svojimi učinki nekje na meji med obojimi.

Stranski učinki in zapleti nevroleptične terapije

1. **Učinki na vegetativni sistem.** Najpomembnejši vegetativni učinki so znižanje krvnega pritiska in zvišanje frekvence srčnega utripa. Že pri telesno zdraven bolniku lahko pride pri neustreznih dozah do neprijetnih kolapsnih stanj. Pri bolnikih s previsokim ali prenizkim krvnim pritiskom ter z možganskimi ali srčnimi pretočnimi motnjami lahko pride do možganske kapi ali srčnega infarkta. Pred vsako nevroleptično terapijo moramo torej bolnika temeljito internistično pregledati, med terapijo pa stalno nadzirati krvni pritisk in pulz in z ozirom na to izbrati za bolnika najprimernejše zdravilo v zanj prilagojenem odmerku.

Ostali vegetativni stranski učinki nevroleptikov so motnje dihanja (pospešeno dihanje), redkeje višanje ali nižanje telesne temperature in kar pogosto povečanje teka in telesne teže. Opazujemo tudi motnje mikcije, obstipacijo, znojenje in pogosto neprijeten občutek suhih sluznic ust in nosu. Bolniki pogosto tožijo o motnjah vida zaradi motenj akomodacije, ki jih povzročajo nevroleptiki. Pri starejših bolnikih nevroleptična terapija zvečuje nevarnost preležanin.

2. **Ekstrapiramidni stranski učinki nevroleptikov.** Ekstrapiramidni zapleti nevroleptične terapije (srečujemo jih predvsem pri »močnih« nevroleptikih) so še zlasti nadležni ali celo nevarni in lahko diskreditirajo nevroleptično terapijo, zaradi česar bolniki (in njihovi svojci) le to odklanjajo in se je bojijo, čeprav bi bila nujna. Tudi zaradi teh zapletov in možnosti trajnih posledic mora izkušen terapevt izbrati za svojega bolnika najprimernejše zdravilo, ki bo imelo kar najmanj ekstrapiramidnih učinkov, če pa do njih pride, je treba pravočasno intervenirati, bodisi s spremembo odmerka, bodisi zdravila ali z dodatkom antiparkinsonikov. Pri nas najbolj uporabljana antiparkinsonika sta **biperiden** (Akineton) in **trihexifenidil** (Artane), pri čemer pa je treba misliti tudi na dodatne zaplete, ki jih povzročajo antiparkinsoniki sami ali v kombinacijah z nevroleptiki pri večjih dozah ali že pri običajnih dozah pri starejših bolnikih. Tako lahko nastanejo delirantna ali druga psihotična stanja, kar pomeni resen zaplet pri zdravljenju. Trihexifenidil sam pa lahko povzroča tudi zasvojenost.

Ekstrapiramidne komplikacije nevroleptične terapije srečujemo predvsem v dveh oblikah:

Hipertonično-hipokinetični sindrom. Ta sindrom imenujemo tudi medikamentozni parkinsonizem, parkinsonoid ali psevdoparkinsonizem. Klinična slika tega sindroma ustreza pravi Parkinsonovi bolezni vseh stopenj izraženosti. Gre za hipokinezijo in hipomimijo vse do akinezije s tremorjem, rigorjem, mastnim obrazom, salivacijo itn. Posebni obliki te motnje sta tudi akatizija in tasikinezija, ki pri laičnih opazovalcih pogosto zbudita sum, češ da se je osnovna psihotična bolezen poslabšala. Akatizija je zelo neprijeten in s tesnobnostjo povezan nemir, ko bolnik ne more biti pri miru, tasikinezija pa pomeni, da bolnika nekaj nenehno sili h gibanju in kar naprej stopica, hodi, giblje z udi in podobno.

Distonično – diskinetični sindrom se odraža v raznih nehotnih in prisilnih kretnjah in krčih žvekalne in mimične muskulature in mišic jezika, okulogirne muskulature (»okulogirne krize«), mišičja vratu, trupa in okončin. Na okončinah videvamo horeatične, atetotične ali balistične kretnje ali kombinacije vseh. Tudi te motnje pogosto spremljata akatizija in tasikinezija.

Oba opisana sindroma sta zvečine prehodna in mineta s prenehanjem nevroleptične terapije ali pa z dodatkom antiparkinsonikov. Po dolgotrajnem jemanju nevroleptikov pa lahko stanje preide v trajne (tardivne) diskinezije, ki so izraz trajnih poškodb ekstrapiramidnega sistema in predstavljajo za bolnika dodatno invalidnost, kar pa seveda ni cilj nevroleptične terapije.

3. Nevrološki zapleti. Nevroleptiki lahko – posebno po dolgotrajnem jemanju – aktivirajo latentna epileptogena žarišča in sprožijo konvulzivna stanja. Ravno tako lahko pride do znakov okvare piramidnega sistema in parez posameznih živcev.

4. Zapleti na psihičnem področju. Zaradi močnega sedativnega delovanja nevroleptiki lahko povzročajo zaspanost. Bolniki imajo nemalokrat tudi občutek uklenjenosti (»kemična ovrnica«) in se težje zberejo. Zaradi podaljšanja reakcijskega časa je tudi prizadeta vozniška sposobnost, na kar moramo bolnike nujno opozarjati. Tudi motnje libida in potence niso redke. Pri previsokih odmerkih nevroleptikov lahko pride do delirantnih stanj.

Med zelo moteče (in tudi nevarne) zaplete sodijo depresivna stanja med nevroleptično terapijo (govorimo tudi o »depresivnem pomiku«), ki jih lahko razložimo kot farmakogeno motnjo, kot delno ponovno poslabšanje psihoze ali pa kot bolnikovo reaktivno formacijo v teku okrevanja (4). Ob takšnem zapletu prilagajamo odmerek nevroleptika (ali terapijo za krajši čas prekinemo) in z dodatkom antidepressivnega zdravila. Zaželeno je tudi psihoterapija.

5. Zapleti na drugih področjih. Redkeje povzročajo nevroleptiki okvare parenhimskih organov, predvsem jeter in hemopoetskega tkiva. V obdobju zdravljenja z nevroleptiki opazujejo tudi več flebotromboz in več primerov smrtnih tromboembolij kot pred njim, kar je možno – vsaj delno – pripisati še ne docela znanemu vpletanju nevroleptikov v proces strjevanja krvi. Na to moramo misliti predvsem pri ležečih in starejših bolnikih.

Pod vplivom nekaterih nevroleptikov (predvsem klorpromazina) postane koža posebno občutljiva za sončno svetlobo. Bolnikom zato odsvetujemo sončenje. Neprijetna (čeprav nenevarna) kombinacija nevroleptične terapije je tudi galaktoreja in amenoreja. Opisani so tudi očesni zapleti zaradi pigmentacij leče in roženice (5).

ANKSIOLITIKI (TRANKVILIZANTI, ATARAKTIKI)

Klinične karakteristike te vrste sedativov so naslednje (1):

- anksiolitiki pomirjajo tako, da zmanjšujejo napetost in strah, njihov učinek pa je šibkejši kot učinek nevroleptikov.
- protipsihotični učinek ni izražen.
- anksiolitiki nekoliko uspavajo, vendar predvsem zaradi sedacije. Pri nekaterih pa je hipnotični učinek izražen močneje in jih zato uporabljamo namesto uspaval (na primer nitrazepam – Mogadon).
- nekateri anksiolitiki imajo izražen antikonvulzivni učinek (na primer diazepam – Apaurin, ki v tej indikaciji izpodriva nevarnejše barbiturate).
- anksiolitiki nimajo ekstrapiramidnih učinkov.
- čeprav farmacevtska industrija trdi drugače, nekateri anksiolitiki lahko povzročajo odvisnost (na primer meprobamat – Meprobamat in lorazepam – Tavor, Lorsilan, Loram).
- anksiolitiki sproščajo mišice, kar izkoriščamo v terapiji tetanusa. Ta učinek pa izključuje uporabo teh zdravil pri nevrološki bolezni myasthenia gravis.

Indikacije za predpisovanje anksiolitikov

Indikacijsko področje za anksiolitike so najrazličnejša nevrotična in reaktivna stanja ter psihosomatske motnje; pomagajo premagovati tesnobo, nemir in nespečnost. Nekatero uporabljamo v epileptologiji pri konvulzivnih stanjih in nekatero kot učinkovita sredstva za sproščanje mišic v določenih indikacijah.

Rečemo pa lahko, da je že prišlo do zlorabe predpisovanja teh zdravil, saj skorajda ni več človeka, ki bi anksiolitikov tako ali drugače ne poznal. Osnovno pravilo pri predpisovanju je, da jih pacient dobi le za začasno, nikoli pa za trajno uporabo. Indikacija je samo huda stiska oziroma kriza, ki ogroža pacientovo zdravje ali celo življenje, nikoli pa anksiolitik ne sme biti stalni spremljevalec ljudi v njihovih vsakdanjih nevrotičnih stiskah ali pa celo služiti kot nadomestilo za pogovor o le-teh.

Bolniku, ki jemlje anksiolitike, resno odsvetujemo uporabo vozila, ker so, prav tako kot pri nevroleptikih, zaradi podaljšanja reakcijskega časa okrnjene njegove vozniške sposobnosti.

Delitev anksiolitikov

Z ozirom na kemično strukturo delimo anksiolitike na naslednje skupine:

1. **Karbaminski preparati.** Iz te skupine je znan **meprobamat** – Meprobamat.
2. **Derivati difenilmetana.** Predstavnik je **hidroksizin** (Atarax).
3. **Benzodiazepini** so najpomembnejša skupina anksiolitikov. Predstavniki so: **klordiazepoksid** (Librium), **diazepam** (Apaurin, Valium), **medazepam** (Ansilan, Nobrium), **oksazepam** (Adumbran), **nitrazepam** (Mogadon, Cerson), **lorazepam** (Loram, Tavor, Lorsilan) **bromazepam** (Lexilium), **klonazepam** (Rivotril), **klorazepat** (Tranex).
4. **Triciklični in tetraciklični anksiolitiki.** Predstavnik sta **benzoktamin** (Tactin) in **opipramol** (Insidon).

Zapleti zdravljenja z anksiolitiki

Najpogostejši zaplet je odvisnost, ki postaja spričo vse večje uporabe anksiolitikov vse hujši problem.

Anksiolitiki lahko povzročajo zaspanost in zmanjšano sposobnost koncentracije. Ne tako redko pride predvsem pri višjih dozah do paradoksnih reakcij, do delirijev, paranoidnih stanj, anksioznosti, nemira in celo do epileptičnih napadov. Pri intravenski uporabi je možna tudi anterogradna amnezija.

ANTIDEPRESIVI

Antidepresivi so zdravila, ki dvigujejo oziroma izboljšujejo razpoloženje, odpravljajo strah in stimulirajo vitalne dinamizme (3).

Indikacije za antidepresive

Tudi za antidepresive, tako kot za druge psihofarmake velja, naj jih predpisuje le izkušen in kritičen zdravnik, ki jih predpisuje le bolnikom s tako resno depresivno motnjo, da ogroža njihovo zdravje ali življenje, ne pa kot zdravilo za vsakdanja blažja in reaktivna depresivna stanja, kjer sta potrebna predvsem pogovor z bolnikom in psihoterapija.

Terapije z antidepresivi ne smemo prekiniti na hitro. Pri depresivnih fazah je potrebna še vzdrževalna terapija z istim zdravilom v nižjem odmerku še nekaj mesecev, da se izognemo ponovnemu izbruhu bolezni.

Bolniki, ki dobivajo antidepresive, niso sposobni za upravljanje vozila v prometu.

Razdelitev antidepresivov

Antidepresive delimo na dve veliki skupini.

1. **Inhibitorji monoaminske oksidaze.** Mednje spadajo zelo dobri in močni antidepresivi, ki pa imajo žal tudi hude in nevarne stranske učinke in so inkompatibilni z nekaterimi drugimi psihofarmaki (z nevroleptiki in tricikličnimi antidepresivi) in nekaterimi vrstami hrane in celo s sirom. Zato jih marsikje (tudi pri nas) ne uporabljajo več, iščejo pa iz te skupine nove spojine, ki ne bi imele škodljivih učinkov.

Iz te skupine so znani **iproniazid** (Marsilid), **izokarboksazid** (Marplan) in **nialamid** (Niamid).

2. **Triciklični in tetraciklični antidepresivi.** V to skupino spadajo praktično vsi danes pri nas znani antidepresivi, kot so **imipramin** (Eupramin, Tofranil), **klomipramin** (Anafranil), **trimeprimin** (Surmontil), **dibenzepin** (Noveril), **amitriptilin** (Tryptizol, Amyzol, Saroten), **melitracen** (Trausabun), **doksepin** (Aponal, Sinequan), **maprotilin** (Ladiomil), **mianserin** (Miansan), **trazodon** (Devidon), **viloksazin** (Vivalan).

Zapleti antidepresivne terapije

Zaplete po terapiji z inhibitorji monoaminske oksidaze smo že omenili. Vendar pa so tudi triciklični in tetraciklični antidepresivi za bolnike nekoliko

nevarni. Lahko povzročijo tahikardije, hipertenzivno krizo, hipotenzijo ter motnje srčnega ritma. Vse to predstavlja nevarnost za srčne bolnike. V Angliji računajo kar s 15–166 smrtnimi primeri na milijon s posameznimi antidepresivi zdravljenih bolnikov (podatek je z letošnjega evropskega kongresa o psihiatrični terapiji v Berlinu). Ob teh številkah se seveda moramo zamisliti, saj je tudi uporaba antidepresivov zelo razširjena in potrošnja teh zdravil nenehno raste. V tej primerjavi predstavlja za bolnika dosti manjše, celo zanemarljivo tveganje elektrokonvulzivna terapija.

Drugi zapleti antidepresivne terapije so obstipacija, suha sluznica ust in nosu, sfinkterske motnje in težave pri bolnikih s hipertrofijo prostate. Včasih pride celo do blažjih ekstrapiramidnih motenj, pri starejših bolnikih pa lahko do delirantnih stanj in celo epileptičnih napadov. Antidepresive, ki imajo izrazite antiholinergične učinke, je prepovedano dajati bolnikom z glavkomom.

LITIJEVE SOLI

Litijeve soli že nekaj časa uspešno predpisujemo za preprečevanje faz manič-nodepresivne psihoze in delno tudi za zdravljenje manije. Pri mnogih bolnikih ne prihaja več do bolezenskih čustvenih nihanj, ko jemljejo litij, ali pa so ta nihanja blažja in manj pogosta kot pri bolnikih, ki litija ne jemljejo. Raven 0,6 – 1,6 miliekivalenta/l je tista količina litija v serumu, ki ima profilaktični učinek in še ni toksična in z ozirom na to uravnavamo odmerek zdravila. Zato redno spremljamo nivo litija v krvi, pa tudi stanje vitalnih organov, posebno ledvic. Profilaksa z litijevimi solmi traja, dokler jih bolnik jemlje, zato jih morajo mnogi jemati več let ali celo do smrti. Zaradi nekaterih zapletov in toksičnih učinkov jih seveda predpišemo le telesno zdravim pacientom, pri čemer je posebno pomembno, da so zdrave ledvice, in bolnikom z res težje potekajočo afektivno motnjo, kjer je omenjena profilaksa edina možnost za pacientovo čustveno uravnovešanje. V novejšem času se v isti indikaciji kot litij uveljavlja tudi **karbamazepin** (Tegretol), ki ga damo, kadar bolnik litija ne prenaša.

Stranski učinki in zapleti terapije z litijem (6)

Težave, ki se pojavljajo v začetku terapije, so lahko reverzibilne in niso nevarne. Sem spadajo slabosti, lažje prebavne motnje, droben tremor (ki ne poneha po antiparkinsonikih, ampak šele po inderalu) in lažja poliurija in polidipsija. V kasnejšem obdobju terapije se tudi lahko pojavljajo nekatere občasne težave, ki pa ne pomenijo kake večje nevarnosti. To so že prej opisane težave in povečanje telesne teže. Bolniku svetujemo, naj pije, kolikor hoče, a ne kaloričnih pijač, pri shujševalnih dietah pa mora dodajati kuhinjsko sol. Nenevarni zapleti so tudi blažja eutireotična struma ali miksedem, prehodni edemi, akne, alergične manifestacije, pri moških pa slabša potencia.

Intoksikacija z litijem se kaže z bruhanjem in težjimi prebavnimi motnjami, grobim tresenjem rok, zaspanostjo, omotičnostjo in vrtoglavico ter dizartrijo.

Vozniške sposobnosti pacienta, ki dobiva litij brez komplikacij in ne jemlje dodatnih psihofarmakov, niso prizadete (7).

NOOTROPIKI (8)

Nootropiki so snovi, ki učinkujejo na osrednje živčevje in naj bi vplivali na izboljšanje višjih integrativnih možganskih funkcij, kot so spomin, učenje, dojemanje, miselna zbranost. Sinonimi za to vrsto zdravil so še nevrodinamiki in geriatriki (čeprav jih ne predpisujemo le starim ljudem in med geriatrike v širšem smislu štejemo najrazličnejša zdravila s krepčilnim učinkom, na primer vitamine, hormone, razne rastlinske izvlečke, tonike, roboranse . . .).

Nootropiki kažejo določene učinke na možganski krvni obtok in na možgansko presnovo. Uporabljamo jih pri raznih organskih sindromih, še zlasti v začetni fazi, vendar pa njihovi učinki niso takšni, kot so pričakovali.

Najbolj znana zdravila iz te skupine so **piracetam** (Oikamid, Kalicor), **piritinol** (Encephabol), **dihidroergokornin** (Hydergin, Redergin), **cinarizin** (Stugeron), **ksantinol – nikotinat** (Complamin), **meklofenoksat** (Lucidril).

PSIHOFARMAKI IN NOSEČNOST (9)

Vprašanje uporabe psihofarmakov v nosečnosti je zelo pomembno, saj nemalo žensk v tem obdobju dobi nekatere psihične motnje ali pa gre za že prej obstoječe psihične motnje, ki se v nosečnosti morda še poslabšajo. Pogostnost raznih psihotičnih sindromov v nosečnosti je tri do pet odstotna.

Naše znanje o tem, kako psihofarmaki delujejo na še nerojenega otroka, je danes še pomanjkljivo. Nikoli ne moremo z gotovostjo trditi, da določen psihofarmak ne bi mogel škodovati otroku – vsaj v posameznem primeru, po drugi strani pa tudi morebitne okvare otroka ne moremo v vsakem primeru pripisati prav temu zdravilu.

Zdaj še ni dokazov o teratogenem delovanju nevroleptikov.

Nekatere študije pa so potrdile teratogeno delovanje litija. Pri otrocih, ki so se rodili materam, ki so dobivale litij v prvem tromesečju nosečnosti, so opazili nekajkrat več kardiovaskularnih motenj, kot pri materah, ki litija niso dobivale. Pri anksiolitikih so nekatere študije pokazale na možen teratogen učinek meprobramata in klordiazepoksida. Za barbiturate pa ni zanesljivih podatkov o morebitnem škodljivem delovanju na zarodek. Za epileptične bolnice velja, naj z antiepileptično terapijo nadaljujemo tudi v nosečnosti.

Osnovno pri predpisovanju psihofarmakov v nosečnosti pa je naslednje: najprej moramo odgovoriti na vprašanje, ali je škoda za mater in otroka zaradi psihične motnje večja kot tveganje morebitne okvare, ki bi jo povzročila zdravila. Če se za zdravljenje vendarle odločimo, le tega praviloma ne izvajamo v prvem tromesečju nosečnosti in, če je možno, tudi ne 1 teden pred porodom. Preparat, ki ga uporabljamo pri nosečnicah, naj bo dobro znan in v kolikor mogoče nizkih odmerkih.

LITERATURA

1. Pöldinger W. Compendium of Psychopharmacotherapy. Basel: Roche, 1984.
2. Vitorović M. Psihofarmakoterapija. V: Psihijatrija. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1986: 452–71.

3. Milovanović D., Klinička psihofarmakoterapija. Ljubljana: Lek, 1972.
4. Helmchen H, Hippus H. Erscheinungsweise depressiver Syndrome unter der Therapie mit Neuroleptika. In: Pharmokopsychiatrische Probleme in Klinik und Praxis. Stuttgart: Schattauer, 1969: 61–7.
5. Rasmussen K, Kirk L, Faurbye A. Deposits in the lens and cornea of the eye during long-term chlorpromazine medication. Acta psychiat scand 1976; 53: 1–6.
6. Schou M. Heutiger Stand der Lithium Rezidivprofilaxe bei endogenen affektiven Erkrankungen. Nervenarzt 1974; 45: 379–418.
7. Greil W, Calker D. Lithium: Grundlagen und Therapie. In: Langer G, Heimann H, eds. Psychopharmaka. Wien: Springer, 1983: 161–202.
8. Coper H, Kanowski S. Nootropika: Grundlagen und Therapie. In: Langer G, Heimann H, eds. Psychopharmaka. Wien: Springer, 1983: 409–33.
9. Thiels C. Wirkungen psychotroper Substanzen auf Embryo und Fetus. In: Langer G, Heimann H, eds. Psychopharmaka. Wien: Springer, 1983: 559–73.

SKUPNA DEKLARACIJA MEDNARODNEGA ZDRUŽENJA MEDICINSKIH SESTER IN SVETOVNE ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE O AIDSU

- KER je aids izjemno pereč zdravstveni problem,
 KER ogroža razvite in nerazvite dežele,
 KER marsikje na svetu ogroža tisto, kar je bilo na zdravstvenem področju že doseženo,
 KER je okužba z virusom aidsa zdravstveni problem z daljnosežnimi osebnimi, družinskimi in socialnimi posledicami, tesno povezan z delom medicinskih sester,
 KER niti zdravila niti cepiva še nekaj let ne bo na voljo, globalna prevencija in nadzor nad virusom aidsa pa bosta zahtevala dolgotrajna prizadevanja,
 KER je svetovna epidemija aidsa izziv, ki zahteva izjemno ustvarjalnost, energijo in sredstva vseh delov sistema zdravstva, še zlasti pa pomeni naraščanje potreb po zdravstveni negi,
 KER sta globalna prevencija in nadzor odvisna od učinkovitih nacionalnih programov prevencije in nadzora in zahtevata mednarodno vodenje, usklajevanje in sodelovanje,
 KER Kodeks etike medicinskih sester Mednarodnega združenja medicinskih sester pravi, da »je medicinska sestra skupaj z drugimi odgovorna za spodbujanje in podpiranje akcij, ki zadovoljujejo zdravstvene in socialne potrebe prebivalstva«, da »je medicinska sestra odgovorna uporabnikom zdravstvene nege«, da skrbi za spoštovanje vrednot, običajev in prepričanj posameznika« in da »skrbi za varovanje zaupnih podatkov in skrbno presoja o njihovem razširjanju«,
 KER se Svetovna zdravstvena organizacija, tako kot se je lotila iztrebljenja črnih koz, zdaj loteva še nujnejše, težavnejše in zapletenejše naloge globalne prevencije in nadzora nad aidsom,
 SMO SKLENILI,
 DA se Mednarodno združenje medicinskih sester obvezuje, da bo tesno sodelovalo s Svetovno zdravstveno organizacijo in skupaj z njo zastopalo interese javnosti, bolnikov, okuženih z aidsom, in tistih, ki zanje skrbijo,
 IN DA bo Mednarodno združenje medicinskih sester medicinske sestre prek njihovih nacionalnih združenj obveščalo o vsem, kar je novega v zvezi s prevencijo aidsa, vse članice Združenja in vse medicinske sestre na svetu pa pozivamo, naj pri teh prizadevanjih dejavno sodelujejo.