

Dr. Vukosav Žvan,  
Klinična bolnišnica za psihiatrijo Ljubljana

## Novosti v psihiatrični terapiji

Pravzaprav še ni daleč čas, ko sta bili insulinsko komatozna in elektrokonvulzivna terapija edini učinkoviti metodi zdravljenja v psihiatriji. In komaj dobrih 20 let je tega, odkar so uvedli v terapijo Largactil, močno protipsihotično sredstvo. Pa vendar insulina in elektrošoka marsikje ne uporabljajo več in le redkokdo še Largactil. Prišla so nova, še učinkovitejša zdravila, ki izpodrivajo stara in omogočajo množici naših psihiatričnih bolnikov, da ozdravljeni ali zazdravljeni zapuščajo bolnišnice in se vrnejo v svoje običajno okolje k svojim družinam in na svoja delovna mesta. V moderni psihiatriji je vse manj duševno motenih oseb, ki jim ne bi znali vsaj olajšati tegob in omiliti grozljivih doživetij duševne bolezni. Tudi to delno izboljšanje kroničnih bolnikov, katerih osebnosti je bolezen že huje prizadela, je izredno pomembno. Prej so bili ti nesrečneži obsojeni na dosmrtno vegetiranje v azilih, sedaj pa kolikor toliko normalno komunicirajo v svojim okoljem. Lahko se intenzivno zaposlujejo v delovni terapiji, ki je tudi izredno važen in nepogrešljiv dejavnik v psihiatričnem terapevtskem procesu in končno nam sodobna terapija omogoča celo vrsto socioterapevtskih ukrepov, kot so oddaja bolnika v družinsko oskrbo, premestitev v ustrezen dom, občasni odpusti k svoji družini, delo v klubih odpuščenih bolnikov, bivanje v nočnem in dnevnem oddelku in podobno.

Čeprav poznamo pomembne novosti v vseh skupinah psihofarmakov (npr. v skupini anksiolitikov, antidepresivov in drugih), bi se omejili le na opisovanje novosti v nevroleptični terapiji ter v terapiji in profilaksi ciklofrenije. Ravno na teh področjih pa je veliko stvari, ki jih mora pri svojem delu poznati sestra v bolnišnici in tudi na terenu, saj vemo, da se težišče psihiatričnega udejstvovanja vse bolj premika iz bolnišnice v dejavnost zunaj nje.

### **O nevroleptični terapiji nasploh in stanje današnje nevroleptične terapije**

Nevroleptiki so ena najvažnejših skupin psihofarmakov, saj predvsem zanje velja, da so korenito spremenili stanje v nekdanji psihiatriji. To so zdravila, ki učinkujejo močno pomirjevalno, niso pa uspavalna, čeprav se vsaj v začetku terapije pri nekaterih nevroleptikih pojavi tudi večja ali manjša zaspanost. S tem pomirjevalnim učinkom jih uspešno uporabljamo proti raznim psihozam ali duševnim boleznim v ožjem smislu, to je proti tistim boleznim, kjer bolnik zaradi raznih psihopatoloških doživljanj (npr. blodenj in halucinacij) vse bolj izgublja in končno izgubi občutek za realnost. Nevroleptiki lahko torej bolnika rešijo psihotičnih doživetij ali mu jih vsaj omilijo in končno presadijo njegovo osebnost ponovno v naš realni svet.

Psihoz je mnogo vrst in prav pri vseh so postali nevroleptiki nepogrešljiva zdravila. Predvsem seveda pri najvažnejših endogenih duševnih obole-

njih, kot sta shizofrenija in ciklofrenija, pa pri alkoholnih, simptomatičnih, involucijskih, starostnih in drugih psihozah. Pri današnji izbiri nevroleptikov skorajda ni več bolnika, ki ne bi vsaj delno dobro reagiral na katerega od teh medikamentov. Naštejmo vsaj nekaj zelo koristnih nevroleptikov: prvi je bil Largactil (ki ga sedaj redko predpisujemo), potem so Nozinan, Melleril, Inofal, Moditen (Lyogen), Randolectil, Haloperidol, Pimozide, Terfluzine, Taxilan, Neuleptil, Prazine, Majeptil in še vrsta drugih.

Na žalost imajo nevroleptiki tudi nekatere neugodne stranske učinke, zaradi katerih moramo biti previdni predvsem pri kardialcih in arteriosklerotikih, pa tudi telesno zdravi bolniki imajo zaradi njih včasih hujše težave. Ti neugodni učinki so predvsem padec krvnega pritiska in porast frekvence pulza, pa še druge vegetativne motnje, kot npr. težave pri odvajanju (retenca, inkontinenca), motnje v akomodaciji vida in končno prehodne ali trajne okvare ekstrapiramidnega sistema. Te motnje se kažejo največkrat v obliki medikamentoznega parkinsonizma, ko je bolnik ves trd (rigiden), se trese, poti, slini in ima revno izraženo voljno mišično dejavnost, kar se kaže predvsem v pomanjkanju mimike. Nadalje nastanejo zaradi ekstrapiramidne okvare tudi tako imenovane diskinezije, ki so nehotne kretnje raznih mišičnih skupin, največkrat ust in jezika, pa tudi okulogirne krize. Akantizija se imenuje poseben simptom z ekstrapiramidnega področja, ko bolnik nikakor ne more biti pri miru in čuti neprestano prisilo po gibanju.

Vse našteje motnje kažejo nevroleptiki v različni meri.

Ekstrapiramidno simptomatiko po močnejših nevroleptikih omilimo ali odpravimo z dodatkom antiparkinsonskih sredstev (Akineton, Artane, Ponalid in drugo).

### **Problem kroničnih duševnih bolezni in njihove stalne terapije**

Za nekatere psihoze je značilno, da se rade ponavljajo ali recidvirajo potem, ko je bil bolnik že bolj ali manj zazdravljen oz. je bil v remisiji. Hujša oblika neke psihoze pa lahko poteka kronično brez pravih remisij. Vse to velja predvsem za endogeni psihozi shizofrenijo in ciklofrenijo.

Če hočemo, da se pri recidivnih psihozah bolezni ne bo ponovila ali da se bo vsaj morebitna recidiva pojavila čim kasneje (z vsem tem pri hujših psihozah tudi zadržujemo psihično propadanje bolnika!), bomo bolniku morali predpisati stalno vzdrževalno nevroleptično terapijo, ki je bo deležen tudi v remisiji. Pri tem pa naletimo na problem kroničnih bolnikov v medicini nasploh. Vemo, kako težko se tudi zelo discipliniran bolnik sprijazni z neprijetnim stereotipom trikratnega dnevnega jemanja zdravil. Se toliko bolj velja to za psihiatrične bolnike, ki velikokrat niso uvidevni za nujnost stalne terapije ali pa v primeru dobre remisije zmotno sklepajo, da jim zaradi dobrega zdravja ni potreben medikament! Zato se nam redno dogaja, da recidvirajo bolniki, ki so iz kakršnegakoli vzroka kmalu po odpustu prenehali jemati zdravila in hoditi na kontrole. Prav tu se nam zdi izrednega pomena vloga sestre na terenu, ki naj kontrolira bolnikovo disciplino, ga primerno poučuje in usmerja na kontrole v dispanzer. Prav zaradi tega se tudi izredno lepo obnesejo klubi odpuščenih bolnikov, ki se na pismeno vabilo enkrat mesečno zberejo v klubskih prostorih, dobijo zdravila in nasvete, sestanku pa pridenejo še kakšno prijetno družabno dejavnost. Pacienti prihajajo na te sestanke radi, ker jim pomenijo dosti prijetnejšo alternativo v primeri z individualnimi, zaradi preobremenjenosti zdravnikov večkrat brezosebnimi ambulantnimi pregledi. Potreba po stalni vzdrževalni terapiji pride tako njim in svojcem prej »v meso in kri«.

## **Retard in depo oblika nevroleptičnega zdravljenja**

Po zgornjih razmišljanjih se zdi uvajanje tako imenovanih retard in depo zdravil pomembna novost v prolongirani psihiatrični terapiji.

Retard oblika nekega zdravila je medikament z nekoliko podaljšanim časom učinkovanja, tako da ga je možno vzeti naenkrat v eni dnevni dozi. V taki obliki imamo npr. Melleril retard in Lyogen retard. Obe zdravili je možno uporabljati pri podaljšanem zdravljenju psihoze, se pravi potem, ko smo že z navadnimi nevroleptiki zazdravili akutno simptomatiko.

Pimozide je novo zdravilo v tej skupini z zelo močnim antipsihotičnim učinkom in relativno blagimi stranskimi nezaželenimi učinki. Bolnik ga jemlje v enkratni dnevni jutranji dozi, vendar ga v nasprotju z nekaterimi drugimi retard pripravki lahko s pridom uporabimo tudi v akutni fazi psihoze, po stabilizaciji pa preidemo na prolongirano zdravljenje z istim medikamentom v zmanjšani dozi.

Depo oblike nevroleptikov sintetizirajo kemiki tako, da neko protipsihotično substanco spremenijo v spojino, ki po injiciranju le polagoma sprošča aktivno snov. Na ta način je ena sama injekcija nekakšno skladišče ali depo, ki zadošča bolniku nekaj dni ali nekaj tednov.

Verjetno ima ta način zdravljenja v psihiatriji veliko bodočnost. Že po sedanjih izkušnjah z redkimi tovrstnimi preparati je vtis zelo ugoden in že si želimo večjo izbiro depo nevroleptikov, ki bi jih lahko aplicirali v še daljših časovnih presledkih, npr. enkrat letno.

Fluspirilene je novi depo nevroleptik z močnim protipsihotičnim delovanjem, ki ga v različnih dozah (kar je odvisno od faze obolenja, težavnosti klinične slike in tudi od bolnikove individualne občutljivosti) apliciramo intramuskularno v približno tedenskih presledkih. Ko dosežemo dobro remisijo in bolnika odpustimo domov, lahko preidemo na drugo depo terapijo v še daljših časovnih presledkih, ker bi bolnika sicer pre pogosto obremenjevali s kontrolami in injekcijami.

Moditen depo. Že dolgo cenimo nevroleptik Moditen (Lyogen), s katerim uspešno zdravimo psihoze s pretežno blodnjavostno in halucinatorno simptomatiko. Velik napredek v prolongirani terapiji predvsem shizofrenskih psihoz pa pomeni kemična sprememba aktivne substance zdravila v estre (flufenazin dekanolat in flufenazin enantat). Z esterifikacijo smo dobili Moditen depo, ki ga je možno injicirati bolniku v eni intramuskularni injekciji, ki zadostuje za dva do štiri tedne ali celo dlje. Depotno terapijo z Moditenom lahko po potrebi vedno kombiniramo s tabletami istega zdravila ali pa kakega drugega nevroleptika, antidepresiva in še drugih psihofarmakov.

Tudi ob zdravljenju z depotnimi nevroleptiki pri nekaterih pacientih ne gre brez neugodnih stranskih učinkov, zlasti ekstrapiramidnih. V večini primerov pa zdravljenja zaradi njih ni treba prekiniti in jih uspešno premagujemo z dodajanjem antiparkinsonikov v tabletah. S tem smo pacienta sicer spet pripravili do tega, da jemlje zdravila redno vsak dan per os, vendar tudi večina neuvidevnih psihotikov uvidi, da jim antiparkinsonska terapija močno koristi proti neprijetnim simptomom.

### **Kartončki za bolnike, ki so pod vplivom stalne nevroleptične terapije**

Vplivi nevroleptične navadne in depotne terapije so bolnikom, njihovim svojcem in tudi njihovim terenskim zdravnikom slabo poznani. Videli smo že bolnika, ki je po nekem nevroleptiku doživel hujšo diskinetično krizo.

Ker nihče od poklicanih ni vedel, da je dobil to zdravilo, so konzultirali nekaj specialistov, ker so med drugim posumili tudi na tetanus in tetanijo.

Takih in podobnih zapletov ne bi bilo, če bi vsak bolnik, ki je pod stalno nevroleptično terapijo, s seboj podobno kot diabetik nosil kartonček, v katerem bi bilo razvidno, kateri medikament dobiva in kdaj je dobil zadnjo injekcijo, pa še podatki o tem, zakaj mu je to zdravljenje potrebno, kakšni so neugodni stranski učinki in kakšna je pomoč pri komplikacijah. Tako bi bili z vsem potrebnim seznanjeni bolnik, njegovi svojci in terenski zdravnik.

### **Prednost depotne nevroleptične terapije**

Tudi po naših izkušnjah lahko rečemo, da se je depo terapija dobro obnesla. Precej bolnikov, ki se jim je bolezen prej pogosto ponavljala in so bili kar naprej potrebni ponovnih hospitalizacij, vzdržujemo že 2—3 leta v dobrih remisijah, pri drugih pa so morebitne recidive velikokrat manj hude in se dajo prej zazdraviti.

Važen dejavnik pri tem uspehu je tudi to, da so bolniki in njihovi svojci ta način zdravljenja dobro sprejeli. Tudi ni brezpomembno, da je depotna terapija psihoz po načinu postala podobna terapiji somatičnih bolezni. In kdo še ni slišal, da psihična motenost žal še dandanes velja za nekaj nenavadnega, nenaravnega ali celo sramotnega!

Tudi kroničnim azilskim psihotikom je depotna terapija prinesla v njihovo nesrečno življenje precej svetlobe, kar smo omenili že v začetku.

### **Zdravljenje in preprečevanje manično depresivne psihoze z litijem**

Manično depresivna psihoza ali ciklofrenija je endogena duševna bolezen, kjer se pri istem bolniku v različnih časovnih presledkih pojavljajo različno dolge faze bolezenske žalosti ali depresije (melanholije) in faze bolešno pojačene aktivnosti, podjetnosti in veselosti ali manije. Pri hujših oblikah te bolezni se faze javljajo pogosto in trajajo dolgo.

Do nedavnega smo z našo terapijo znali skrajšati le eno ali drugo bolezensko fazo, skoraj brez moči pa smo bili proti pojavljanju recidiv. Bilo je sicer nekaj poskusov, kako preprečiti recidive — npr. z enkratno aplikacijo elektrošoka na mesec v remisiji ali s prolongirano medikamentozno terapijo — vendar uspehi niso bili veliki.

Zdi se, da je nemoči pri profilaksi ciklofrenije v mnogih primerih konec, odkar so dognali, da imajo litijeve soli zdravilni učinek na manično fazo (terapevtski učinek na depresivno fazo je dvomljiv) in profilaktični učinek proti pojavljanju recidiv obeh faz, depresivne in manične. Torej pričakujemo pri bolniku, ki v remisiji jemlje litij, da bo obvarovan pred recidivi bolezni, ali vsaj to, da bodo remisije daljše in morebitne bolezenske faze krajše in manj hude. V literaturi opisujejo takšno dobro odzivnost na to terapijo pri okoli 70% obravnavanih bolnikov.

Nujno je, da bolnik jemlje litij res stalno, ker se ob prekinitvi ponavlja bolezen tako pogosto kot prej. Pri tem vidimo podobnost z antiepileptično terapijo. Tudi epileptik mora jemati zdravila stalno in disciplinirano, če se hoče obvarovati napadov ali vsaj znižati njihovo frekvenco.

Zaradi trajnosti terapije z litijem bomo zato izbrali le ciklofrenike s pogostnimi fazami bolezni. V vsakem času lahko po potrebi dodamo litiju kakšen drug psihofarmak.

Z litijem začnemo navadno v manični fazi obenem z nevroleptiki. Ko bolnik doseže remisijo, nevroleptike počasi ukinemo, litij pa ostane stalna

terapija. Dandanes so v prometu tudi retard preparati litija, ki terapijo napravijo nekoliko prijetnejšo.

Doza je individualna, ker se litij pri različnih ljudeh, pa tudi pri istih pacientih v različnih obdobjih izloča skozi ledvice v različnih količinah. Važno je to, da je za terapevtski in profilaktični učinek raven litija v krvi med 0,6—1,6 miliekvivalenta na liter. Manjše vrednosti so neučinkovite, večje pa toksične. Zato kontroliramo litij v krvi v začetku enkrat na teden, ko pa je terapija vpeljana, enkrat na dva meseca, razen če se nam zbudi sum za zastrupitev.

Manipulacija s krvjo je enostavna. Vzeti je treba 5 ccm krvi brez anti-koagulansa. Kri lahko pošljemo v laboratorij enostavno po pošti, kar je prikladno za ustanove, ki ne izvajajo teh preiskav. Na jutro odvzema krvi bolnik ne vzame litija.

Bolnikov z ledvičnimi okvarami ne zdravimo z litijem. To je tudi edina resnejša kontraindikacija. Čeprav ni resnih svaril, ga tudi nosečnicam raje ne dajemo.

Na žalost tudi terapija in profilaksa z litijem nista brez zapletov, ki so pa na splošno bolj neprijetni kakor nevarni in nastanejo pri nekaterih bolnikih posebno v začetku obravnave, kasneje pa izginejo. Tako npr. že pri dovoljeni ravni litija v krvi lahko nastanejo manjše slabosti in druge prebavne motnje, tremor, žeja, poliurija in edemi, nekateri bolniki pa se precej zredijo. Teh znakov se ni treba pretirano bati, dokler so krvne vrednosti litija v redu. Če pa le-te porastejo čez dopustno mejo, postanejo znaki hujši in pride do zastrupitve, ki se kaže v motnjah zavesti do kome, z epileptičnimi napadi, hudimi diarejami, pljučnimi komplikacijami in podobnim.

Ostane še vprašanje, na kakšen način deluje litij. Vsekakor ima stabilizacijski učinek na tiste biološke procese, ki so bistveni za ciklofrenijo, katerih pa še ne poznamo.

---

Franc Č o p, dipl. psiholog  
Tovarna verig Lesce

## Vloga psihologa v industriji

Naloge psihologije v industriji so v okviru same znanosti dovolj natančno opredeljene, medtem ko industrija še vedno nima jasnega koncepta o uporabnosti psihologije v industrijski praksi.

Tako si psiholog, ki pride v podjetje, sam išče delo, samoiniciativno si določa področje dela, od njegove osebne iznajdljivosti pa je odvisna uspešnost dela. Čeprav je industrijska psihologija samostojna uporabna veda, dejansko nastopa psiholog v industriji še najmanj kot industrijski psiholog. Običajno so psihologi v industriji zaposleni v kadrovskega oddelku ali sektorju, kjer je dosedanja strokovnost delavcev zelo pomanjkljiva.