

RACIONALNA PSIHOFARMAKOTERAPIJA

Dr.sc. Dragan Babić,
neuropsihijatar

Terapija duševnih poremećaja:

BIOLOŠKE,

PSIHOTERAPIJSKE,

SOCIOTERAPIJSKE METODE

BIOLOŠKE METODE

psihofarmakoterapija,

konvulzivna terapija (EKT; farmakokonv.)

inzulinska terapija

psihokirurgija

ostala biol. terapija (spavanje, vitamini...)

Povijesno mjesto psihijatrije u medicini

Neznanje i nepravde prema duševnim
bolesnicima

Srednji vijek - religijski pristup
(u psihijatrijskog bolesnika se uselio zao duh
-nehumane metode liječenja).

- *mašina za okretanje,*
- *most iznenađenja...*
- *okovi za bolesnike...*

"Program eutanazije"

Njemačka (1920) 1939 -1941.

100 000 usmrćenih osoba s psihičkim smetnjama

- Nove spoznaje o etiopatogenezi duševnih poremećaja i meh. djelovanja psihofarmaka,
- Bitna poboljšanja dijagnostičkih klasifikacija,
- Veća sukladnost u postavljanju dijagnoze,
- Veliki broj novih psihofarmaka.

"Dekada mozga"

1990. 2000.

Medicinski fakultet Mostar-poslijed. studij RACIONALNA FARMAKOTERAPIJA:

Srce - 4 sata

Pluća - 4 sata

Trbuh - 3 sata

Bubrezi - 1 sat

Trudnoća i dojenje - 1 sat

Liječenje boli 1 sat

Duša - 6 sati

neurologija, ORL, oftalmologija... 0 sati ???

- Novi psihofarmaci,
- promjena strategije liječenja duševnih poremećaja,
- sve važnija uloga pripada liječnicima PZZ i LOM.

Razlozi su višestruki:

visoka prevalenca mentalnih poremećaja,

visoka stopa komorbid. mentalnih i tjel.
poremećaja,

fenomen skrivenog morbidit i maskiranih kliničkih
sl,

dostupnost sve većeg broja sigurnih psihofarmaka,

važnost što ranijeg prepoznavanja i liječenja,

reorganizacija psihijatrijske službe,

sve viša stopa duševnih bolesnika reint. u
zajednicu,

veća očekivanja kakvoće zdravstvene skrbi

SZO: u 14 različitih zemalja **30% pacijenata** koji traže pomoć u PZZ pate od nekog jasno definiranog mentalnog poremećaja.

SZO: depresija je **4. najveći zdravstveni problem.**

10% posjeta u PZZ otpada na depresiju,
a vjerojatno svaki četvrti pacijent ima anksiozni ili depresivni poremećaj.

Britansko udruženja liječnika:

oko 70% liječnika pati zbog stresa na poslu,
21% katkad razmišlja o samoubojstvu,
35% njih pati od različitih tjelesnih bolesti, a
70% liječnika ima probleme sa spavanjem.

Depresivni i anksiozni poremećaji su
bolesti s tisuću lica
koje se često ne prepoznaju u PZZ.

Nerijetko su u prvom planu tjelesni simptomi,

Skriveni morbiditet može usmjeriti liječnika na detaljnu somatsku obradu, pri čemu se troši novac i gubi vrijeme, narušava povjerenje pacijenta, povećava rizik od neprimjerenog liječenja i kronificiranja poremećaja.

Neke tjelesne bolesti mogu se u prvom planu očitovati depresivnim (hipotireoza, hipertireoza, karcinom pankreasa...) ili anksioznim poremećajima (napadaji panike u hipertireozu ili feokromocitomu...).

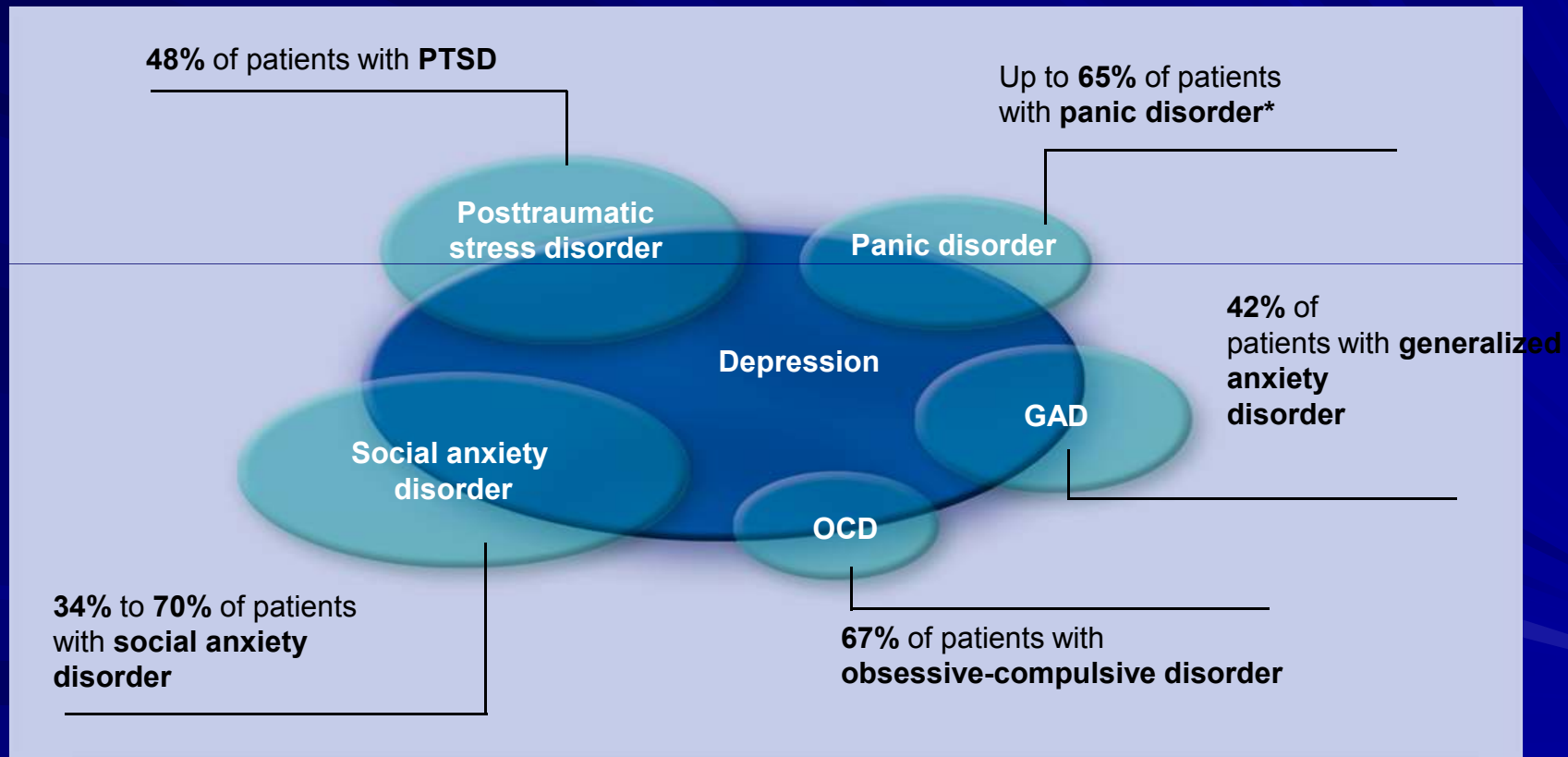
Depresivne i anksiozne poremećaje nije teško prepoznati ako se na njih misli i ako je liječnik PZZ i obiteljski liječnik primjereno educiran

Anksiozni i depresivni poremećaji, poremećaji spavanja, poremećaji seksualnosti, alkoholizam i zlouporaba droga te poremećaj osobnosti pokazuju vrlo veliki međusobni komorbiditet.

S druge strane gotovo je nemoguće naći osobu oboljelu od neke somatske bolesti u koje neće biti moguće dijagnosticirati neki od navedenih mentalnih poremećaja.

Depression — Anxiety Comorbidities

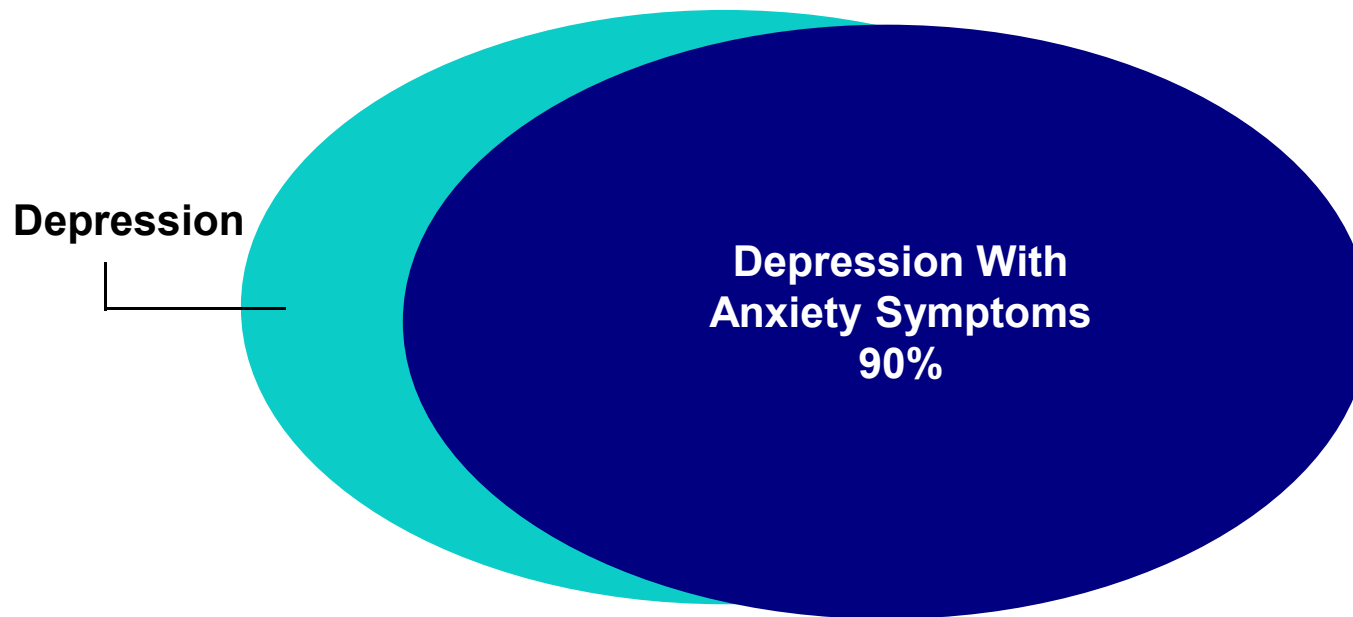
Many patients with anxiety disorders have depression at some time during their lives



*Figures for panic disorder and depression not specified as lifetime in *DSM-IV-TR*[™].

Kessler 1995; *DSM-IV-TR*[™] 2000; Brawman-Mintzer 1993; Rasmussen 1992; Stein 2000; Van Ameringen 1991; Wittchen 1999.

Anxiety Is a Common Symptom of Depression



Sadock and Sadock 2003.

ZPanični poremećaj može dijagnosticirati u

10-20% pacijenata s boli u prsima primljenih u
jedinicu INJ.,

40-60% pacijenata s atipičnom boli u prsima i
normalnim nalazom kardijalne kateterizacije,

15-20% pacijenata koji se obrađuju zbog
vrtoglavice,

20-40% pacijenata sa sindromom iritabilnog
kolona,

vrlo velikog broja bolesnika s KOPB.

Mentalni poremećaji, posebice anksioznost i depresija

- bitno smanjuju kvalitetu života
- značajno utječu na suradljivost bolesnika, dužinu i broj hospitalizacija te na
- ishod liječenja različitih somatskih bolesti.

Tako primjerice prisutnost depresije u bolesnika s infarktom miokarda ili karcinoma dojke značajno povećava vjerojatnost bržeg smrtnog ishoda.

Nažalost, vrlo često prođe i po nekoliko godina od pojave prvih simptoma mentalnog poremećaja pa do javljanja liječniku, odnosno do prepoznavanja prave dijagnoze i počinjanja primjene psihofarmakoterapije.

Zbog toga je vrlo važna uloga liječnika PZZ i obiteljskih liječnika.

Danas je gotovo općeprihvaćen stav da **sve blage i umjereno teške depresivne i anksiozne poremećaje trebaju liječiti liječnici PZZ i OM.**

PSIHOFARMACI PRVE LINIJE:

- Zbog dobre podnošljivosti i
 - Zadovoljavajuće sigurnosti
mogu propisivati samostalno u PZZ.
-
- **selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina** (Prozac, Seroxat, Zoloft...),
 - **benzodiazepini** (Apaurin, Lecotam, Xanax...),
 - **parcijalni agonisti benzodiazepinskih receptora** (Zolpidem - Sanval),
 - **sulpirid** (Eglonyl).

DUGOTRAJNA FARMAKOTERAPIJA

Jedno od najvažnijih načela u psihofarmakoterapiji jest primjena prikladnog lijeka u dovoljnoj dozi i dovoljno dugo vremena.

Akutna faza

Terapija održavanja

ANKSIOLITICI

ANTIDEPRESIVI

ANTIPSIHOTICI

PSIHOFARMACI U TRUDNOĆI

PSIHOFARMACI U STARIJOJ ŽIV. DOBI

PRIRODNI PSIHOFARMACI

FARMAKOKINETIKA I FARMAKODINAMIKA PSIHOFARMAKA

NEUROTRANSMITERI