

Pôvodná práca

Depresívna porucha a „organicky nevysvetliteľné telesné symptómy“

Veronika Koniariková

Súhrn

Autorka sa zaoberá vzťahom „organicky nevysvetliteľných telesných symptómov“ a depresívnej poruchy. Prítomnosť somatických príznakov sťažuje diagnostiku depresívnej poruchy a navyše je zdrojom viacerých terapeutických komplikácií. Cieľom sledovania je na základe získaných údajov o výskyte somatickej symptomatológie a jej následnej štruktúrnej analýze, ako aj prostredníctvom identifikovania základných charakteristík vzťahu telesných symptómov a niektorých špecifikátorov (operacionálne zadefinovaných znakov) depresívnej poruchy prispieť k redukcii diagnostických problémov. Preskúmaním dopadu depresívnych somatických symptómov na život a emocionálnu jedincov sa autorka snaží zdôrazniť opodstatnenosť špecifických psychoterapeutických techník zameraných na redukovanie, či elimináciu telesných príznakov. Údaje získané pomocou Medzinárodnej diagnostickej schémy ICD pre depresívnu epizódu, Posudzovacej stupnice WHO pre stupeň postihnutia a nami vytvoreného Inventára somatických symptómov a Škály emocionálneho distresu za použitia korelačnej analýzy nakoniec preukázali významný vzťah medzi počtom telesných symptómov a závažnosťou depresívnej epizódy, prítomnosťou endogénnomorfného syndrómu, nízkou kvalitou života a vyšším emocionálnym distresom.

Kľúčové slová: depresívna porucha, vitalizácia depresie, organicky nevysvetliteľné somatické symptómy, vegetatívne symptómy, parestézie, algie.

Úvod

Depresívna porucha je dnes jednou z najčastejších a pre latentnú suicidalitu zároveň aj najnebezpečnejších duševných porúch. Častý sklon k rekurencii a chronicite ju dokonca zaraďujú medzi choroby s najväčšími negatívnymi socioekonomickými dôsledkami. Svojimi obzvlášť trýznivými symptómami spôsobuje postihnutému jedincovi hlboké utrpenie, a tak ničí jeho život v tých najširších súvislostiach. Depresia však nie je iba „bolesťou duše“, hoci tento názor je medzi laickou verejnosťou rozšírený. Niet sa čo čudovať, keďže podľa Vymětala (2003) už pojem „*duševná choroba*“ podobný náhľad podporuje. Čiastočne za tým stoja starí grécki filozofi, ktorí nesprávnym výkladom daného termínu prispeli k umelému oddeleniu duše od tela. V súčasnosti podľa Dowricka (2005) podobný pohľad podporujú i naše diagnostické a pojmové rámce, ktoré vychádzajú z praxe a z klasifikačných systémov ako sú ICD-10 a DSM-IV. Obe sú založené na relatívne jednoznačnej dualistickej perspektíve, ktorá pristupuje k chorobe primárne buď ako k telesnému, alebo ako k psychickému problému, a tak ho bráni vidieť komplexne. Skutočnosť, že psychické a somatické fenomény môžu byť i dvoma aspektmi toho istého procesu, však dokazuje aj sama depresia. Jej klasický obraz pozostávajúci z psychických symptómov totiž podľa

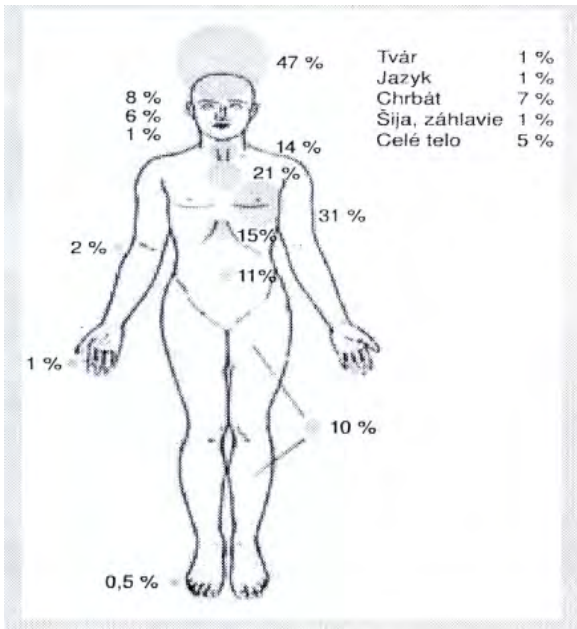
Lubban-Plozza (1992) pokrýva len jadro všetkých príznakov, ktoré možno v skutočnosti pod touto poruchou subsumovať. Okrem nich však depresiu väčšinou sprevádza naozaj pestrá paleta „organicky nevysvetliteľných telesných symptómov“. Definované bývajú ako „*pretrvávajúce telesné príznaky, ktoré nemožno vysvetliť štruktúrnou alebo funkčnou patológiou, alebo ktoré majú takú bizarnú a neobvyklú kvalitu, že sa nezhodujú so žiadnou známou medicínskou diagnózou*“ (Spar a Asenath, 2003). Ale aj napriek tomu, že pri symptómoch nemožno nájsť somatický nález, to ešte neznamená, že ich telesná príčina neexistuje. Preukázateľné sú napríklad zmeny na úrovni medzimozgu, limbického systému, či zmeny na neurotransmiterovej úrovni. Vznik somatických symptómov možno preto označiť skôr za nevyjasnený, neurčitý, či sporný – chýba tu odborný konsenzus.

Nevyjasnenosť panuje aj v terminológii. Na opísanie tohto fenoménu sa totiž podľa Simona a spol. (1999) zameňteľne používa veľké množstvo pojmov – okrem organicky nevysvetliteľných telesných symptómov sú to napríklad chronické telesné prejavy, somatizačné príznaky, funkčné, či atypické symptómy. Voči poslednému z nich sú však výhrady, pretože frekvencia telesných symptómov pri depresii je taká vysoká, že podľa Kráľovej (2006) nazývať ich atypickými rozhodne nie je vhodné. Martinický (2008) uvádza, že rozpätie depresívnych pacientov s telesnými ťažkosťami je v rozmedzí 10–75 %, pričom aspoň jeden výrazný somatický symptóm sa vyskytuje až u polovice pacientov

Adresa: Mgr. Veronika Koniariková, Ondreja Meszarosa 599, 013 03 Varín, Slovensko
e-mail: koniarikovav@gmail.com

s depresiou. Denninger (2006) pri veľkej depresii uvádza prevalenciu somatických symptómov dokonca až 76 %.

Konkrétna podoba „organicky nevysvetliteľných telesných symptómov“ môže byť naozaj rozmanitá. Okrem rôznorodých vegetatívnych ťažkostí sa často objavujú i nepríjemné telové senzácie, či rôzne lokalizované algie. Podľa Kellera (2004) sa takéto spojenie objavilo už v historickom skúmaní, keď nemecký lekár Griesinger označil pojem psychická bolesť za synonymum depresívneho stavu a samotnú bolesť tak povýšil na najzávažnejší symptóm depresie. Roku 1965 bola táto problematika výrazne obohatená prácou Wiecka (Hašto, 2006), ktorý u depresívnych pacientov okrem bolesti opísal i ďalšie nepríjemné telové pocity – pocity pálenia, tlaku, búšenia, mravčenia, pichania, zvierania, či prázdna. Na základe skúmania vzorky 2300 pacientov s endogénnou depresiou potom lokalizáciu vitalizácie depresie rozložil nasledovne: 50 % sa týkalo oblasti hlavy, 30 % srdca, 20 % hrudníka, 25 % brucha a 15 % krku, v menšom percente pacienti udávali nepríjemné pocity v oblasti končatín, očí, nosa, ústnej dutiny a jazyka. Názorné zobrazenie pri endogénnej depresii vidíme na obrázku 1 (Hašto, 2006).



Obrázok 1. Lokalizácia nepríjemných telových pocitov pri endogénnej depresii (Hašto, 2006).

Tieto rôznorodé somatické ťažkosti sa podľa Hašta (2006) môžu vyskytnúť ako súčasť (korelát) depresívneho stavu, alebo ich môžeme chápať ako ekvivalent depresie (larvovaná depresia). V oboch prípadoch však toto spojenie predstavuje živnú pôdu pre chybnú diagnostiku a následne tak vedie k zníženiu efektívnosti liečby. Spar (2003) zdôrazňuje, že somatizovaná depresia nie je v praxi všeobecných lekárov až v 50 % adekvátne diagnostikovaná. V primárnej starostlivosti sa totiž pacienti zvyčajne prezentujú somatickými symptómami, kým vlastné psychopatologické symptómy depresie uvádzajú len zriedkavo. Simon (1999) uvádza, že rozpätie pacientov s depresiou, ktorí uvádzali výlučne somatické symptómy, bolo 45–95 %. Z toho u polovice nebolo možné preukázať organickú príčinu ťažkostí a 11 % na priamu otázku poprel existenciu psychických symptómov depresie. Spar (2003) preto zdôrazňuje, že

lekár musí venovať zvláštnu pozornosť objektívnym indikátorm depresívnej nálady a správne identifikovať sprievodné neurovegetatívne črty depresie.

Somatická manifestácia depresie ale nespôsobuje len diagnostické problémy. Greenberg a spol. (podľa Lee a spol., 2006) poukazujú tiež na ďalšie riziká, ako vyššiu pravdepodobnosť relapsu, či zvýšené riziko nedosiahnutia alebo oddialenia remisie. Potvrďuje to napríklad štúdia Ohayona a Schatzberga (Dowrick, 2005), ktorá u depresívnych pacientov s bolestivými telesnými prejavmi preukázala dlhšie trvanie depresívnej nálady (19,0 mesiaca) v porovnaní s pacientmi bez bolesti (13,3 mesiaca). Dowrick (2005) však zdôrazňuje, že pre dosiahnutie remisie nestačí iba vymiznutie akútnych emocionálnych symptómov. Je potrebné prihliadať na všetky druhy ťažkostí, ktoré často pretrvávajú v podobe rôznorodých reziduálnych symptómov. To, že práve somatické symptómy tvoria ich významný podiel, demonštrovala štúdia Paykela a spol. (podľa Tylee a Sandhi, 2005). Zo 60 skúmaných pacientov s reziduálnymi depresívnymi symptómami sa somatické ťažkosti objavili až u 95 %. V prípade, že sa pocity únavy, bolesti, či nepríjemných senzácií pri liečbe depresívnych pacientov prehládajú, môže to viesť k ich zvýšenej nespokojnosti a následnému zlyhaniu pri návrate k normálnemu sociálnemu a pracovnému fungovaniu. Štúdia Cambridge (podľa Martinický, 2008) totiž u depresívnych pacientov s reziduálnymi symptómami preukázala signifikantne horšie fungovanie v interpersonálnej, pracovnej i voľnočasovej oblasti oproti pacientom bez nich. Extrémne vysokú mieru subjektívneho utrpenia takto postihnutých ľudí však najviac dokazuje celkové zhoršenie ich stavu v smere samovražedného správania. Podľa finskej štúdie Vantaa Depression Study (podľa Martinický, 2008) je pravdepodobnosť samovraždy u depresívnych ľudí s reziduálnymi telesnými symptómami až 7,5-násobne vyššia ako u pacientov s úplnou remisiou.

Napriek týmto negatívnym dôsledkom depresívni jedinci so somatickými ťažkosťami v porovnaní s ľuďmi s depresiou samotnou podľa Tyleeho a Sandiho (2005) vyhľadávajú služby starajúce sa o mentálne zdravie až o 20 % menej. Telesné prežívanie symptómov, udržiavanie obrany proti depresii a vysoký sekundárny zisk z choroby totiž podľa Tressa a spol. (2008) oveľa viac podnecujú intenzívne domáhanie sa diagnostiky a terapie zameranej výlučne na orgány. Čisto somatická liečba symptómov však môže viesť k zvýšenej spotrebe medikamentov, či dokonca až k drogovej závislosti. Liečba telesných symptómov pri depresii by preto podľa Tressa (2008) mala byť v súlade s multidimenzionalitou ich vzniku navrhnutá multimodálne. Nevyhnutné je okrem medikamentózných a telesných prvkov terapie integrovať tiež psychoterapeutické či socioterapeutické elementy. Monti a spol. (2010) takúto multidisciplinárnu starostlivosť považujú za zlatý štandard pre manažment somatických ťažkostí.

Ako z vyššie uvedeného vyplýva, ťažší priebeh poruchy, horší mentálny i fyzický status trpiaceho človeka, zvýšené riziko drogovej, či alkoholovej závislosti, ako aj väčšie finančné náklady na liečbu sú dôvodom, prečo je nevyhnutné sa spojením depresie a „organicky nevysvetliteľných telesných ťažkostí“ špeciálne zaoberať. Z tohto dôvodu sa aj my zameriavame na rôzne aspekty tohto vzťahu a snažíme sa zodpovedať viacero výskumných otázok:

1. Aký je výskyt organicky nevysvetliteľných somatických symptómov u jedincov s depresívnou poruchou?
2. Ktoré organicky nevysvetliteľné somatické symptómy sa pri depresívnej poruche vyskytujú najčastejšie?
3. Existuje korelácia medzi počtom organicky nevysvetliteľných somatických symptómov a závažnosťou depresie?
4. Existuje korelácia medzi počtom organicky nevysvetliteľných somatických symptómov a prítomnosťou endogénomorfného syndrómu pri depresívnej poruche?
5. Existujú rozdiely v počte a druhoch organicky nevysvetliteľných somatických symptómov vzhľadom na pohlavie depresívnych pacientov?
6. Existuje korelácia medzi počtom organicky nevysvetliteľných somatických symptómov u depresívnych pacientov a intenzitou ich psychického distresu?
7. Existuje korelácia medzi počtom organicky nevysvetliteľných somatických symptómov u depresívnych pacientov a kvalitou ich života?

Sledovaný súbor

Sledovaný súbor tvorilo 38 jedincov – 19 žien a 19 mužov. Inkluzívnym kritériom pre zaradenie do výskumnej štúdie bola diagnóza depresívnej fázy unipolárnej depresie (F32) alebo rekurentnej depresívnej poruchy (F33). Exkluzívne kritériá zahŕňali aktuálne somatické ochorenie a abúzus alkoholu alebo drog. Prítomnosť dlhodobého telesného ochorenia, chronickej bolesti alebo užívanie medikamentov sa nepovažovali za dôvody na vylúčenie z výskumnej vzorky, pretože telesné ťažkosti nimi spôsobené sa dajú na základe rozhovoru a zdravotnej dokumentácie identifikovať. Finálny výskumný súbor tvorilo 21 pacientov hospitalizovaných na Psychiatrickej klinike Fakultnej nemocnice Trenčín, ktorých depresívne symptómy naznačovali stredný až ťažký stupeň depresívnej poruchy a 17 ambulantne liečených pacientov (PA Žilina, PA Bratislava), ktorých depresívne symptómy naznačovali ľahký až stredný stupeň depresívnej poruchy.

Metodika

Výskumný projekt pozostával zo štyroch častí. Prvú a druhú etapu tvoril semištruktúrovaný rozhovor. Cieľom prvej fázy bolo na základe Medzinárodnej diagnostickej schémy pre ICD – depresívna epizóda (Hašto, 2005) identifikovať prítomné symptómy depresívnej epizódy, určiť jej závažnosť a identifikovať prítomnosť endogénomorfného syndrómu. V druhej časti sme sa prostredníctvom nami vytvoreného Inventáru somatických symptómov zamerali na odhalenie vybraných vegetatívnych symptómov, nepríjemných telových pocitov a bolestí. Ďalej boli administrované dve sebaopisovacie škály týkajúce sa prítomnosti emocionálneho distresu a dopadu depresívnych symptómov na život pacienta. Keďže už sama depresia negatívnym smerom ovplyvňuje emocionalitu človeka a predstavuje jeden z priamych indikátorov psychického distresu, žiadna z bežne dostupných metód určených na jeho identifikáciu nebola vzhľadom na výskumné ciele vhodná. Zostrojili sme preto

vlastnú škálu emocionálneho distresu pozostávajúcu z 5 položiek: 1. *Nadmerné obavy a strach*. 2. *Hnev*. 3. *Bezmocnosť a strata kontroly*. 4. *Neistota*. 5. *Pocit nespravodlivosti*. Všetky položky boli hodnotené na 5-bodovej škále. Na posúdenie dopadu somatických symptómov na život skúmaných jedincov sa využila *Posudzovacia stupnica WHO pre stupeň postihnutia*, ktorá je tiež súčasťou ICD-10 (Hašto, 2005).

Výsledky a diskusia

Prvou skúmanou oblasťou bol výskyt somatických symptómov u depresívnych jedincov. Získané výsledky ukázali, že somatické symptómy sú u depresívnych pacientov skutočne početne zastúpené. Ich absencia sa z celej vzorky zaznamenala len u dvoch probandov. Viac ako 50 % skúmaných jedincov uviedlo 6 a viac telesných symptómov (tab. 1). Priemerný počet somatických symptómov bol 6,05. Ich vysoká frekvencia poukazuje na opodstatnenosť venovať tomuto spojeniu v klinickej praxi zvýšenú pozornosť a v prípade sťažností pacienta na telesné ťažkosti vždy zvážiť i možnosť prítomnosti depresívnej poruchy.

Počet somatických symptómov	Frekvencia	Percento	Validné percento	Kumulatívne percento
0	2	5,3	5,3	5,3
1,00	1	2,6	2,6	7,9
2,00	3	7,9	7,9	15,8
3,00	3	7,9	7,9	23,7
4,00	2	5,3	5,3	28,9
5,00	7	18,4	18,4	47,4
6,00	2	5,3	5,3	52,6
7,00	6	15,8	15,8	68,4
8,00	2	5,3	5,3	73,7
9,00	6	15,8	15,8	89,5
10,00	1	2,6	2,6	92,1
11,00	2	5,3	5,3	97,4
15,00	1	2,6	2,6	100,0
Spolu	38	100,0	100,0	

Tabuľka 1. Frekvenčné rozdelenie somatických symptómov pri depresívnej poruche.

Pozornosť sme ďalej zamerali na štruktúrnú analýzu získanej somatickej symptomatológie. Kvalitatívny rozbor jednotlivých položiek Inventáru somatických symptómov (tab. 2) preukázal zvýšený výskyt najmä v prípade nepríjemne prežívaných pocitov *tlaku na hrudníku* (65,8 %) a rôzne lokalizovaných algii – *hlava* (50 %), *chrbtica* (31,6 %), či *svalových bolestí* (28,9 %). Prekvapivo sa zistila i naozaj vysoká frekvencia viacerých atypických ťažkostí, ako napríklad *návaly tepla a zvýšené potenie* (44,7 %), *hučanie, pískanie a šumenie v ušiach* (36,8 %), či *zhoršené videnie* (26,3 %). Okrem toho sme zaznamenali i častý výskyt *žalúdočnej nervozity* (39,5 %) a *sťaženého dýchania* (31,6 %). Zamerať sa na všetky symptómy trpiaceho pacienta počas

diagnostického procesu sa preto javí ako obzvlášť dôležitá. Každý symptóm môže slúžiť ako potenciálny indikátor pre rozpoznanie depresívnej poruchy od iných psychických, či somatických ochorení, ale rovnako môže napomôcť i k presnejšej diagnostike konkrétneho typu depresie. Somatické príznaky by sa však nemali stať len predmetom záujmu klinických pracovníkov, ale aj súčasťou diagnostických nástrojov určených na zacytenie depresie. Práve položky identifikujúce prítomnosť najčastejšie sa vyskytujúcich telesných ťažkostí by mohli zvýšiť ich diagnostickú úspešnosť dokonca i v prípade jej larvovanej formy.

Druh telesných ťažkostí		Somatické symptómy	Frekvencia n= 38	Percento %
Vegetatívne ťažkosti	Gastrointestinálny trakt	Nevoľnosť	9	23,7
		Pocit plnosti	4	10,5
		Žalúdočná nervozita	15	39,5
		Hnačka	2	5,3
		Zápcha	10	26,3
	Hrudník a respiračné ťažkosti	Zrýchlený tlkot srdca	8	21,1
		Zrýchlené dýchanie	5	13,2
		Sťažené dýchanie	12	31,6
	Zmyslové orgány	Zhoršené videnie	10	26,3
		Zníženie sluchu	4	10,5
		Hučanie, pískanie, šumenie v ušiach	14	36,8
		Strata chuti	5	13,2
	Urogenitálny trakt	Časté nutkanie na močenie	6	15,8
		Bolesť pri močení	2	5,3
	Termoregulácia	Zimomrivosť, studené končatiny	8	21,1
		Návaly tepla, zvýšené potenie	17	44,7
	Iné	Sucho v ústach	8	21,1
		Tras	5	13,2
Bolesti	Hlava	19	50	
	Brucho	2	5,3	
	Chrbtica	12	31,6	
	Svalstvo	11	28,9	
	Difúzne bolesti	2	5,3	
Neprijemné telesné pocity	Ťažoba na hrudníku	25	65,8	
	Pocit hrče v krku	4	10,5	
	Olovené končatiny	6	15,8	
	Mravčenie v končatinách	3	7,9	

Tabuľka 2. Zistená frekvencia výskytu somatických symptómov.

Druhou skúmanou oblasťou bol vzťah somatických symptómov k niektorým špecifikátorom (operacionálne definovaným znakom) depresívnej poruchy. Identifikovanie základných charakteristík tohto vzťahu môže pomôcť k efektívnejšej diagnostike a následne redukovať pravdepodobnosť chronifikácie poruchy v dôsledku neadekvátnej

liečby. Korelačnou analýzou sme zisťovali vzťah medzi frekvenciou telesných ťažkostí (Inventár somatických symptómov) a stupňom depresívnej poruchy (vybrané položky Schematického zoznamu symptómov pre depresívnu epizódu ICD – 10). Spearmanov koeficient poradovej korelácie ukázal hodnotu $R = 0,678$ ($p < 0,01$). Výsledky teda naznačujú, že s hĺbkou depresívnej poruchy narastá i počet somatických symptómov. Preukázaný bol tiež vzťah medzi počtom somatických symptómov a endogénnomorfny syndrómom $R = 0,426$ ($p < 0,01$). Dá sa preto predpokladať, že prítomnosť telesných ťažkostí môžeme s najväčšou pravdepodobnosťou očakávať v prípade ťažkej endogénnomorfnej depresie. Signifikantné rozdiely medzi pohlaviami vzhľadom na počet a druhy prítomných somatických ťažkostí sa nezistili.

Tretou skúmanou oblasťou boli negatívne dôsledky, ktoré depresívnym jedincom môže spôsobiť prítomnosť somatických ťažkostí. Pearsonovou korelačnou analýzou sa zistil silný vzťah medzi počtom telesných symptómov a stupňom postihnutia depresívnych jedincov $R = 0,692$ ($p < 0,01$). Môžeme teda povedať, že so vzrastajúcim počtom telesných ťažkostí sa zhoršuje kvalita života depresívnych jedincov. Spearmanovým korelačným koeficientom bol zase identifikovaný vzťah medzi počtom somatických symptómov a celkovým emocionálnym distresom, ktorí skúmaní jedinci zažívali $R = 0,657$ ($p < 0,01$). Najvyššie so skúmanou premennou korelovali *Nadmerné obavy a strach* $R = 0,683$ ($p < 0,01$) a *Neistota a nepokoj* $R = 0,586$ ($p < 0,01$). Pomerne nízka korelácia sa zistila v prípade *Hnev* $R = 0,305$ ($p < 0,05$). Naším cieľom tu bolo poukázať na skutočnosť, že i samy somatické symptómy veľmi negatívne ovplyvňujú emocionálnu a rôzne sféry fungovania jedincov, a preto si заслúžia špeciálnu terapeutickú pozornosť. Okrem klasickej farmakoterapie chceme zdôrazniť i opodstatnenosť špecifických psychoterapeutických techník, určených na miernenie, či elimináciu telesných ťažkostí. Okrem priameho ovplyvnenia telesných symptómov môžu podľa Montiho a spol. (2010) tiež pomôcť pacientovi zvýšiť vnímanie vlastnej sebaúčinnosti a podporiť tak zvýšené prežívanie vlastných kompetencií a sebakontroly.

Zvýšená hladina strachu a neistoty, ktorú probandi uvádzali, zdôrazňuje potrebu zahrnúť do terapie i edukatívne prvky. Zrozumiteľné objasnenie prepojenia medzi náladou a ťažkosťami zo somatickej sféry môže výrazne prispieť k zmierneniu nadbytočných obáv jedincov o svoje zdravie. V priebehu výskumu sme spozorovali, že pacienti s ľahším stupňom depresie sa svojimi ťažkosťami znepokojovali oveľa viac a často ich uvádzali spontánne (ešte pred zámernou exploračiou). U pacientov s hlbšou depresiou sme naopak zaznamenali menšie zaoberanie sa vlastnou telesnou schránkou. Na priamu otázku o výskute konkrétneho somatického príznaku však potvrdzovali jeho prítomnosť. Zdá sa, že jedinci s hlbokou depresiou svoje telesné ťažkosti síce vnímajú, ale vzhľadom na celkový stav im neprikladajú takú dôležitosť. Uvedené zistenia naznačujú, že cieľené psychoterapeutické ovplyvňovanie somatických symptómov bude mať najväčší prínos práve pre ľudí s ľahším až stredným stupňom depresie, pri hlbšom stupni poruchy je najskôr potrebné medikamentózne prispieť k stabilizácii pacienta a až následne riešiť jeho ďalšie ťažkosti.

Záver

„Organicky nevysvetliteľné telesné symptómy“ sa pri depresívnej poruche vyskytujú vo vysokej frekvencii. Ich prítomnosť je spojená s väčšou závažnosťou depresie, prítomnosťou endogénnomorfného syndrómu, ako aj s vyšším emocionálnym distresom a nižšou kvalitou života. Hoci získané výsledky nemôžeme vzhľadom na počet probandov zaradených do výskumného súboru generalizovať na celú populáciu pacientov s depresívnou poruchou, pevne dúfame, že naše výskumné zistenia budú aspoň impulzom pre ďalšie obsiahlejšie skúmanie tohto vzťahu. V budúcom skúmaní považujeme za prínosné aj dlhodobé pozorovanie takto trpiacich jedincov v čase remisie poruchy, s cieľom preskúmať somatické symptómy ako možný prediktor ďalšieho relapsu.

Literatúra

Dowrick, Ch., Katona, C., Peveler, R., Lloyd, H.: Somatic symptoms and depression: diagnostic confusion and clinical neglect. *British Journal of General Practice* [online], 60, 2005, č. 6, s. 700–708. [cit. 21.06.2010] Dostupné na internete: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1570790/>

Ernst, K.: Praktická klinická psychiatria. [online]. [cit. 12.11.2010] Dostupné na internete: <http://vydavatelstvo-f.sk/view-details/knihy-na-stiahnutie/prakticka-klinicka-psychiatria.html>

Hašto, J.: Diagnostické a diferenciálne moduly podľa WHO ICD –10. Viacosová diagnostika v psychiatrii. Trenčín: Trenčianske tlačiarne, 1997, 143 s.

Hašto, J.: Psychosomatický pacient – ako mu porozumieť? *Via practica* [online], 3, 2006, č. 1, s. 28–32. [cit. 11.10.2010] Dostupné na internete: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=13&magazine_id=1

Keller, Ch.: Schmerz und Depression. 1. vyd. UNI-MED: Bremen, 2004, 109 s.

Lee, K.L., Tso, K.C.: The impact of painful somatic symptoms on depressive disorder: a select literature review. *Hong Kong J. Psychiatry* [online], 16, 2006, s. 144–149. [cit. 15.10.2010] Dostupné na internete:

http://www.hkpsych.com/journal_file/0604_V16N4-144-149.pdf

Luban–Plozza, B., Poldinger, W.: Psychosomatický pacient v praxi. [online]. [cit. 8.1.2011]. Dostupné na internete: <http://vydavatelstvo-f.sk/view-details/knihy-na-stiahnutie/psychosomaticky-pacient-v-praxi.html>

Martinický, D.: Depresia, úzkosť a bolesť. *Lekárske listy* [online], 43, 2008, s. 21–30. [cit. 29. 6. 2010]. Dostupné na internete: http://www.egis.sk/files/dl/depresia_uzkost_a_bolest.pdf

Monti, D.A., Beitman, B.D.: Integrative Psychiatry. Oxford University Press: New York, 2010.

Simon, G.E., Von Korff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C., Ormel, J.: An International Study of the Relation between Somatic Symptoms and Depression. *The New England Journal of Medicine* [online], 341, 1999, s. 1329–1335s. [cit. 21.10.2010]. Dostupné na internete: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199910283411801>

Spar, J.E., Asenath, La Rue: Geriatrická psychiatria. 1. vyd. Vydavateľstvo F: Trenčín, 2003, 239 s.

Tress, W., Krusse, J., Ott, J.: Základy psychosomatickej starostlivosti. 2. vyd. Portál, s.r.o.: Praha, 2008.

Tylee, A., Gandhi, P.: The Importance of somatic Symptoms in Depression in Primary Care. *Journal of clinical psychiatry*, 7, 2005, č. 4, s. 167–176. [cit. 18.11.2010] Dostupné na internete: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1192435/>

Vymětal, J.: Lekárska psychologie. 3. vyd. Portál, s.r.o.: Praha, 2003, 400 s.

Do redakcie došlo 20.9.2011.

Schválené na publikovanie 20.10.2011.

VY VIETE AKO SPOZNÁTE ZLEPŠENIE U PACIENTA SO SCHIZOFRÉNIOU

MY VÁM HO POMÔŽEME DOSIAHNUŤ



Skrátená informácia o lieku:

Názov lieku: INVEGA 3 mg, 6 mg a 9 mg tablety s predĺženým uvoľňovaním.

Účinná látka: 1 tableta s predĺženým uvoľňovaním obsahuje 3 mg, 6 mg alebo 9 mg paliperidónu.

Indikácie: liečba schizofrénie.

Kontraindikácie: Precitlivosť na liečivo, risperidón, alebo na niektorú z pomocných látok.

Osobitné upozornenia: Pacienti so zriedkavými dedičnými problémami galaktózovej intolerancie, lapaonského deficitu laktázy alebo glukózo-galaktózovej malabsorpcie nesmú užívať tento liek (platí iba pre 3 mg tablety). Opatrnosť u pacientov so známymi kardiovaskulárnymi ochoreniami, rodinnou anamnézou predĺženého QT intervalu, resp. pri súčasnom užívaní iných liekov predlžujúcich QT interval, s neuroleptickým maligným syndrómom, s tardívnou dyskinézou, s hyperglykémiou, s ortostatickou hypotenziou, s anamnézou kŕčov alebo iných stavov, ktoré môžu znižovať prah kŕčov, u pacientov s možnosťou vzniku nepriechodnosti tráviaceho traktu alebo stavmi spojenými so skrátenou pasážou potravy tráviacim traktom, s poruchami funkcie obličiek, s ťažkou poruchou funkcie pečene (Child-Pugh tr. C), u starších pacientov s demenciou, u pacientov s Parkinsonovou chorobou a demenciou s prítomnosťou Lewyho telesiek. Ďalšie: viď úplná informácia o lieku (SmPC).

Nežiaduce účinky: Najčastejšie hlásené nežiaduce reakcie v klinických štúdiách: bolesti hlavy, tachykardia, akatázia, sínusová tachykardia, extrapyramídová porucha, somnolencia, závraty, sedácia, tremor, hypertónia, dystónia, ortostatická hypotenzia a sucho v ústach. Nežiaduce reakcie na liek pravdepodobne závislé na dávke: zvýšenie telesnej hmotnosti, bolesti hlavy, zvýšená tvorba slín, vracanie,

dyskinézia, akatázia, dystónia, extrapyramídová porucha, hypertónia a parkinsonizmus. Ďalšie nežiaduce účinky: viď úplná informácia o lieku (SmPC).

Interakcie: Zvýšená opatrnosť v kombinácii s liekmi predlžujúcimi QT interval, niektorými antihistaminikami, niektorými inými antipsychotikami a niektorými antimalarikami (napr. meflochin). Opatrne používať v kombinácii s anxiolytikami, s väčšinou antipsychotik, hypnotikami, opiátmi alebo alkoholom. Môže inhibovať účinok levodopy alebo iných dopaminových agonistov. Zvýšená opatrnosť v kombinácii s inými liekmi znižujúcimi prah kŕčov. Lieky ovplyvňujúce čas prechodu gastrointestinálnym traktom, môžu ovplyvniť absorpciu paliperidónu. Pri začatí ako aj ukončení liečby karbamazepínom treba prehodnotiť dávku INVEGA.* Súčasné užívanie INVEGA s perorálne užívaným risperidónom sa neodporúča. Podrobnejšie: viď. úplná informácia o lieku (SmPC).

Dávkovanie:

Spôsob podávania: perorálne 1x denne, ráno vždy nalačno alebo vždy pri raňajkách, nestrádať užívanie nalačno a najedený, musí sa prehltnúť celý a zapíť nápojom, nesmie sa hrýzť, deliť ani drviť.

Dávkovanie u dospelých a starších pacientov:

Odporúčaná dávka INVEGA je 6 mg 1x denne. U niektorých pacientov môže byť vhodné zahájiť liečbu nižšou alebo vyššou dávkou v odporúčanom rozmedzí 3-12 mg 1x denne.

Dávkovanie u detí: Nie sú žiadne skúsenosti s použitím u detí.

Poruchy pečene a obličkových funkcií:

U pacientov s miernou alebo stredne ťažkou poruchou funkcie pečene nie je potrebná úprava dávkovania. Keďže INVEGA nebol sledovaný u pacientov s ťažkou poruchou funkcie pečene, u týchto pacientov sa odporúča zvýšená opatrnosť. U pacientov s miernou, stredne ťažkou a ťažkou poruchou funkcie obličiek sa odporúča zmenený dávkovanie - viď. úplná informácia o lieku (SmPC). O pacientoch s klírensom kreatinínu pod 10 ml/min nie sú dostupné žiadne údaje, z toho dôvodu sa u týchto pacientov užívanie neodporúča.

Ďarchavosť a dojčenie:

INVEGA sa nesmie užívať počas gravidity pokiaľ to nie je nevyhnutné. INVEGA sa nesmie užívať počas laktácie.

Ovplyvnenie schopnosti viesť motorové vozidlá a obsluhovať stroje: Paliperidón môže mať malý až mierny vplyv na schopnosť viesť vozidlá a obsluhovať stroje kvôli potenciálnemu vplyvu na nervový systém a zrak.

Veľkosť balenia: Blistre: Veľkosť balenia 28 tabliet s predĺženým uvoľňovaním.

Čas použiteľnosti: 2 roky

Dátum poslednej revízie textu: november 2009

Držiteľ rozhodnutia o registrácii: Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Belgicko

Registračné čísla: EU/1/07/395/001, EU/1/07/395/006, EU/1/07/395/011

* Všímajte si prosím zmeny v informácii o lieku.

Liek je viazaný na lekársky predpis. Skôr, ako liek predpíšete, oboznámte sa s úplnou informáciou o lieku (SmPC), ktorá je dostupná na vyžiadanie.

Úplná informácia o lieku je k dispozícii v Súhrne charakteristických vlastností lieku (SmPC) alebo na adrese:
Janssen, Johnson & Johnson, spol. s r. o.,
Pribinova 25, 811 09 Bratislava,
tel: +421 (0)2/3355 2600, fax: +421 (0)2/3355 2677.

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
of Johnson & Johnson

INVEGA™
PALIPERIDÓN
Tablety s predĺženým uvoľňovaním
Skutočný úspech v liečbe