

PRIKAZ BOLESNIKA

CASE REPORT

Liječenje bolesnika oboljelog od depresivnog poremećaja venlafaksinom

Venlafaxin Treatment of a Patient with Depression Disorder

Slobodanka Kezić, Ante Silić, Vladimir Grošić

Psijatrijska bolnica "Sveti Ivan"

10090 Zagreb, Jankomir 11

Sažetak U ovom radu pokušali smo prikazati tijek liječenja bolesnika koji je i u strukturi ličnosti pokazivao znakove i simptome mentalnog funkcioniranja po depresivnom tipu. Prema anamnestičkim i heteroanamnestičkim podacima smatrali smo da će lijek s poticanjem nekoliko transmitsorskih sustava biti učinkovitiji u odnosu na težinu kliničke slike, kao i karakteristike strukture ličnosti koju smo pokušali u ovom radu što detaljnije opisati.

Gljučne riječi: depresivni poremećaj, antidepressivi, venlafaksin

Summary This paper presents the progress in the treatment of a patient whose personal structure revealed the signs and symptoms of mental functioning in accordance with the depressive personality type. According to anamnestic and heteroanamnestic data, we thought that the medicine would be more effective with stimulation of several transmitter systems with regard to the clinical picture and personality structure characteristics, which have tried to describe in detail in the paper.

Keywords: depressive disorder, antidepressants, venlafaxin

Dijagnoza depresivnog poremećaja prema MKB-10 (1, 2) uključuje depresivnu epizodu (F 32), ponavljani depresivni poremećaj (F 33) i distimiju (F 34.1). U tipičnim depresivnim epizodama osoba obično pati od depresivnog raspoloženja, gubitka interesa i zadovoljstva, smanjenja energije i povećanog umora. Drugi uobičajeni simptomi su: smanjena koncentracija i pažnja, smanjeno samopouzdanje i samopoštovanje, osjećaj krivnje i bezvrijednosti (čak i u blagom obliku epizode), sumorni i pesimistički pogledi u budućnost, ideje o samoozljeđivanju ili suicidu, poremećaj spavanja i smanjen apetit. Uz ove psihičke smetnje često su prisutni i somatski simptomi, a za postavljanje dijagnoze nužno je uključiti i kriterij trajanja (simptomi trebaju biti prisutni najmanje 2 tjedna). Depresivni poremećaj utječe na socijalno, obiteljsko i radno funkcioniranje pojedinca, a nužno je isključiti i druge poremećaje (3-6).

Cilj

U radu će se, prikazom bolesnika (oboljelog od ponavljajućeg depresivnog poremećaja, teškog intenziteta sa psihotičnim simptomima), opisati učinak antidepressiva venlafaksina na kliničku sliku depresivnog poremećaja.

Značajke strukture osobnosti bolesnika te briga o profilu

nuspojave (a tek onda terapijsko djelovanje) diktirali su izbor antidepressiva.

Metode

Podaci su se dobili iz medicinske dokumentacije Povijesti bolesti Psihijatrijske bolnice "Sveti Ivan", Zagreb.

Prikaz bolesnika

Bolesnik S. Š. rođen je 1945. godine, po zanimanju je diplomirani inženjer građevine, oženjen, otac dvoje odrasle djece.

Prva hospitalizacija

Prvi susret sa psihijatrijom bio je 13. 2. 1987. godine kada je upućen na bolničko liječenje u Psihijatrijsku bolnicu "Sveti Ivan" (tada "Jankomir") zbog pokušaja suicida medikamentima, a nakon lavaže želuca i detoksikacije. Kako se kod prijma distancira od suicidalnih misli i pulzija, zaprima se na otvoreni odjel.

Iz anamneze se doznaje da je rođen u višočlanjoj obitelji, kao prvi od četiri sina, od roditelja koji su se bavili poljoprivredom. Po njegovim saznanjima, u užoj i široj obitelji nije bilo psihijatrijskog herediteta. Uredna psihomotornog razvoja, bio uvijek odličan učenik, bez teškoća završio studij građevine, uredno odslužio vojni rok. Nakon godine dana se oženio te brak opisuje skladnim. Kći i sin također zdravi. Psihičke tegobe počele su ljeta prije prvog liječenja što se poklapa s pojavom kolika u abdomenu. Učinjena obrada našla je kamenac u mokraćnim vodovima. Nakon što je dobio lijekove i preporuku o uzimanju većih količina tekućine, izmokrio je kamenac, ali se nikako nije mogao smiriti i osloboditi misli da se možda radi o nečemu opasnijem, osobito se bojao da ima zloćudni tumor. Ti su se strahovi na vanjskom planu manifestirali povlačenjem iz društva, slabije je spavao, raspoloženje je bilo sniženo, stalno je bio zabrinut. Zbog toga počinje zakazivati na radnome mjestu, sve se teže mogao koncentrirati na posao, osjećao je da postaje teret i obitelji, pa se javlja ambulantno psihijatru i dobije terapiju. Drugi dan nakon tog prvog susreta sa psihijatrom, naglo i bez plana, u jednom momentu krize, popio je više tableta lijekova u suicidalne svrhe. Odmah postaje kritičan na to, suprugu alarmira te poziva hitnu pomoć, gdje se učini lavaža i detoksikacija te se drugi dan zaprimi u bolnicu. Od supruge dobiveni heteropodaci govore da je uvijek bio vrijedan i savjestan radnik s uspjesima u struci: sve obveze prima bez prigovora, što je i sada bio problem, jer se nagomilalo puno obveza, što on, iako je to kao rukovoditelj mogao, nije prebacio drugima. U obitelji je bio miran, introvertiran, sve je proživljavao u sebi.

U Povijesti bolesti navodi se u psihičkom statusu: slika depresivnog sindroma sa znakovima napetosti, nemira kod autistične i introvertirane osobe.

Učinjena psihologijska obrada navodi: "Pacijent funkcionira na prosječnom intelektualnom nivou, na profilu ličnosti dobivenom MMPI-testom (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) dominiraju depresivni simptomi neurotskog reda. Pacijent je potišten, bez samopouzdanja, rezigniran, niske emocionalne i životne energije i pesimističan u odnosu na budućnost. Frustracijski je netolerantan, u stresnim situacijama sklon pasivizaciji i bježanju u bolest. Doživljava izrazitu anksioznost, koje se teško oslobađa i koju je sklon somatizirati. Može se smatrati osobom koja ima nizak nivo spontanosti i koja u socijalnim odnosima ponajprije teži konformiranju, pedanteriji i programiranim akcijama. U osjećajnom smislu njegove su interakcije potisnute i siromašne. Pacijentov je odnos prema sebi karakteriziran visokom zahtjevnosću, perfekcionizmom i samokritičnošću. Pacijent se opisuje osobom koja je introvertno strukturirana, nesklona eksponiranju. Čini se da rano ustrojene obrane potiskivanjem i negiranjem emocija imaju udjela i u sadašnjoj slici bolesti."

Farmakološka terapija je bila: amitriptilin tbl od 25 mg 1, 1, 2 i perazin tbl od 25 mg 3 x 1 te pimoziid tbl od 4 mg 1, 0, 0, prethodno bio uveden flufenazin tbl od 1 mg 2, 1, 0.

Tijekom boravka stanje se postupno popravljalo te se nakon pet mjeseci u poboljšanom stanju otpušta iz bolnice 5. 7. 1987. godine.

Druga hospitalizacija

Slijedi dugački period od 1987. do 2008. godine, za koji naknadno heteroanamnestički doznajemo da su u obitelji odnosi i dalje bili skladni, a na radnome mjestu je i dalje bio uspješan i cijenjen na hijerarhijski visoko pozicioniranome mjestu, zbog čega je samovoljno prekinuo uzimanje psihofarmaka i prestao dolaziti psihijatru na kontrolne preglede.

Aktualna hospitalizacija je realizirana u hitnom prijmu dana 17. 12. 2008. godine, kada je upućen u Psihijatrijsku bolnicu "Sveti Ivan" na liječenje pod kliničkom slikom povratnoga depresivnog poremećaja, sadašnja epizoda teškog intenziteta. Prethodno pregledan u KB "Sestre milosrdnice" odakle ga šalju na hospitalno liječenje prema mjestu teritorijalne pripadnosti.

Bolesnik je kod prijma oskudna kontakta, komunicira samo uz poticaj. Navodi da je posljednjih nekoliko tjedana ponovno sniženog raspoloženja, nije mogao spavati, počeo je doživljavati strah da će se ponoviti stanje kao i prije 21 godine kada se u bolnici već liječio zbog pokušaja suicida. Zbog ovih teškoća javio se ambulantno psihijatru, koji mu uvodi citalopram, alprazolam, zolpidem koji već uzima 10-ak dana, ali bez poboljšanja. Kao i u prvoj hospitalizaciji iznosi zdravstvene probleme u svezi s učestalim noćnim mokrenjem (prije nekoliko mjeseci dijagnosticirana je hipertrofija prostate), bezvoljnost, gubitak interesa za posao. Na prijmu negira suicidalne pulzije te pristaje na liječenje na otvorenom odjelu.

Heteroanamnestički (supruga, zet) doznaje se da se zadnjih tjedana prije prijma povlači od ljudi, nezadovoljan situacijom na poslu, boji se degradacije na radnome mjestu, iako realno za to nema razloga, financijske krize. Isto tako je pretjerano zabrinut za sina, koji uredno radi u struci, također na rukovodećem položaju, nije se još oženio (iako ima dugogodišnju emocionalnu vezu). Noćima ne spava, napet, ne jede, samo šuti.

U psihičkom statusu kod prijma: pri svijesti, orijentiran u svim pravcima, psihomotorno napet, tjeskoban, u kontaktu potrebno poticanje i usmjeravanje, depresivnog raspoloženja. Tijek misli blaže usporen, u sadržaju bez produktivne psihopatologije, afirmira tjeskobu i strahove. Negira halucinatorna doživljavanja, kao i suicidalne nakane, nije heteroagresivan, intelektualno i mnestički primjerenih intelektualnih funkcija, kritičan i s uvidom u svoje stanje.

Somatoneurološki nalaz uredan.

Zaprmljen na isti odjel bolnice kao i u prvom boravku, ambivalentan prema liječenju, verbalizira nezadovoljstvo smještajem.

Uvedena terapija citalopramom povisuje se sa doze od 20 mg na 30 mg, alprazolam tbl također na višu dozu 2 x 0,5 mg, zolpidem tbl od 10 mg 0, 0, 1 uz već dosad uziman tamsulozin tbl od 0,4 mg ordiniran od urologa.

Dan nakon prijma na viziti se uočava pojačana psihomotorna uznemirenost, sumnjičava držanja, iznosi paranoidne interpretacije: "namjestili smo mu". Supruzi je rekao da sumnja kako ih snimaju. Zbog psihotične dekompenzacije

je premješta se na zatvoreni odjel, na što on pristaje. Uveden je olanzapin.

Nakon 10 dana, ponovno se vraća na otvoreni odjel te ovaj put pokazuje zadovoljstvo što je na otvorenom i njemu poznatom odjelu. Psihotična produkcija se ne eksplorira, nešto boljeg raspoloženja iako i dalje povučen, bezvoljan, anhedoničan. Tijekom liječenja postupno se uključuje u rad socioterapijske zajednice, radnookupacijske aktivnosti, rad u malim i srednjim grupama. Iako je adekvatna kontakta, uredna ponašanja i držanja, ne sudjeluje aktivno u grupnoj dinamici. Na odjelu vrijeme provodi uglavnom sam. Sin, zet i supruga učestalo kontaktiraju (osobno i telefonski), cijela se obitelj doimlje vrlo povezanom i brižnom.

Na uvedene psihofarmake, stanje se postupno popravilo u smislu regulacije sna, apetita, nešto boljeg raspoloženja. Nakon terapijskih izlaza dogovorio se otpust uz dogovor o tjednom psihoterapijskom suportu i praćenju na koje dolazi uredno (iako uvijek u pratnji supruge), verbalizira smetnje koncentracije, bezvoljnost, osjećaj anergije, te kako na citalopram nije došlo do bitnijeg poboljšanja raspoloženja, ukida se dana 13. 2. 2009. godine te postupno uvodi venlafaksin (Velafax®, PLIVA) prvo u večernjoj dozi, a nakon tjedan dana 2x1 tbl od 37,5 mg, uz nastavak ostale terapije. Motiviran za povratak na posao, što se podupire.

Na slijedećoj kontroli dobije se podatak da je počeo raditi, mogao se koncentrirati, kolege su ga dobro dočekali (znali su da je bio u bolnici) te je raspoloženje bolje, spava uredno, osjeća se sposobnim za vožnju automobilom. Slijede daljnje kontrole, na kojima iznosi dobro snalaženje na radnome mjestu, adekvatna raspoloženja, reguliranog sna, postupno obnavlja socijalne odnose (dolazi u klub).

Rasprava

Radi se o bolesniku koji je prvi put psihijatrijski liječen nakon pokušaja suicida 1987. godine. Već u prvom boravku kod bolesnika se uočava introvertiranost, nemogućnost verbaliziranja smetnji, otežanost u komunikaciji, a tijekom drugog liječenja je očekivano njegovo mentalno funkcioniranje bilo nepromijenjeno.

Prema Psihodinamskome dijagnostičkom priručniku (koji promatra tri razine funkcioniranja: obrasce osobnosti, profil mentalnog funkcioniranja i obrasce simptoma) dijagnostički profil (7) ovog bolesnika bio bi ovakav: Iako profesionalno uspješan, bolesnik S. Š. je pasivan i inhibiran, vodi neku vrstu nijemog, tihog života, prilagođavajući se događajima i zazirući od preuzimanja inicijative. U pojmovima ličnosti, čini se da je on depresivni karakter s mazohističnim crtama, na pretežito neurotičnoj razini.

Promatrajući profil mentalnog funkcioniranja te kapacitete za regulaciju pažnje i učenja, mogli bismo reći da je pacijentov kapacitet za pažnju i učenje neoštećen, što dokazuju njegova postignuća (stalno na rukovodećem položaju), tj. uspjesi na poslu. Tijekom liječenja potiskuje ogorčenje dok ga žena kritizira zbog nedostatka motivacije u liječenju. Bolesnikov kapacitet za odnose je prema supruzi, djeci, kao i liječniku uglavnom pasivan, bojažljiv. Suprot-

no ovomu, prema kolegama pokazuje ljubaznost i otvorenost i ulijeva povjerenje svojom kompetentnošću i pouzdanošću. Ne dopušta da njegove interakcije dosegnu dublje i problematičnije nivoe, kao što bi bilo produbljivanje odnosa sa ženom. Iako je ljubazan, nije duboko intiman ni s kim. Kvaliteta unutrašnjeg doživljaja: u bavljenju tuđim problemima u stanju je biti direktan i odlučan, što je suprotno u domeni vlastitih problema kada je pasivan i neodlučan, preferira povlačenje i pokoravanje ženinim kritikama i ljutnji, naizgled bez vlastitog bijesa. Izvan ograničene uloge na poslu, njegovo samopoštovanje i samosvijest čini se da su u najboljem slučaju minimalni. Afektivni doživljaj, izražavanje i komunikacija klinički su već opisani kao depresivni. Bolesnik je pasivan, suspregnut i anhedoničan. Osjeća da ne može biti zaista sretan, može samo podnositi. Pacijentov stil obrane je izbjegavanje. Osim kad se radi o potrebama drugih na profesionalnom području, on se povlači od aktivnog angažmana, postajući opsesivan do točke paralize kad se traži djelovanje. Racionalizira i intelektualizira u službi izbjegavanja. To isto čini kada se radi o tjelesnim teškoćama. Ne može verbalizirati svoje strahove i kako ne može izbjeći svoje tijelo, raste tjeskoba sve do psihotične razine. Kapacitet za oblikovanje unutarnjih reprezentacija je minimalan. Daje nekoliko naznaka o unutrašnjoj cijeni koju možda osjeća da plaća za svoju obzirnost i nenametljivost. Čini se da ga više zadovoljava da ga otkriju nego da se sam ponudi.

Kapacitet za diferencijaciju i integraciju je kod ovog bolesnika podijeljen. Iako je njegov kapacitet razlikovanja fantazija i stvarnosti u najboljem redu, čini se da mu nedostaje sposobnost diferenciranja i integriranja punog raspona emocija i želja odraslih. Izgleda da ga dihotomija između njegova funkcioniranja na poslu i kod kuće ne muči pretjerano.

Samopromatrajući kapaciteti su unatoč iznadprosječnoj inteligenciji i sposobnosti mišljenja vrlo slabi. Kapacitet za unutarnje standarde i ideale: radi se o nedvojbeno "dobrom čovjeku" kako to spremno priznaje i njegova supruga, čak i kad je ljuta. Zapravo on iritira kolege "pretjeranom etičnošću", pokazujući blagi stupanj moralnog mazohizma. Dojam je da ga vode rigidni unutarnji standardi koji potiču inhibiciju.

Pacijent se aktualno ne žali ni na kakve specifične simptome, iako se nameće zaključak da je on depresivna ličnost. Nije ni znatnije depresivan ni znatnije anksiozan, a njegova povlačenja nisu vidljivo fobična. Povremeno se može smatrati blago depresivnim.

U sažetku profila mentalnog funkcioniranja možemo reći da ovaj pacijent ima umjerenu stisnutost u rasponu i fleksibilnosti funkcioniranja očekivanog za njegovu dob. Općenito je inhibiran i anhedoničan, izlazeći na kraj sa životom i podnoseći ga, ali bez stvarnog uživanja u njemu. Čini se da je njegov cilj prilagodba i izgleda da iz toga izvlači i nešto zadovoljstva.

Zbog navedenih značajki u funkcioniranju ovog bolesnika u liječenju se fokusirao suportivni pristup, ventilacija smetnji (kako bolesnika tako i njegove obitelji), pa se naglasak dao na psihofarmakološku terapiju.

Kod prikazanog bolesnika može se pratiti povijesna klasifikacija antidepresiva. U prvom liječenju 1987. godine uveden je amitriptilin, koji pripada u klasične tricikličke antidepresive sa snažnim antidepresivnim i sedativnim učinkom (8, 9). Radi se o lijeku koji ima nepovoljan sigurnosni profil i ozbiljne nuspojave kao što su npr. palpitacije, tahikardija, urinarna retencija, opstipacija, edemi, hipotenzija, smetnje srčanog ritma, ortostatska hipotenzija, zamagljen vid, suha usta i pospanost. S obzirom na nepovoljan sigurnosni profil i visoku učinkovitost, indiciran je kod srednje teških i teških depresija i pripada u domenu psihijatra. Zbog navedenih nuspojava (problemi s prostatom), a unatoč dobru dosadašnjem iskustvu (tj. anamnezi povoljnog učinka liječenja u prvoj epizodi depresivnog poremećaja) kod bolesnika S. Š. nije bilo indicirano ponovno uzeti ovaj lijek.

Nakon dugog perioda od 21 godine kada je bolesnik S. Š. bio u remisiji, dolazi do ponovne depresivne epizode, u početku u blažem obliku, kada se ambulantno uvodi citalopram, selektivni inhibitor ponovne pohrane serotonina (SIPPS). Depresivna simptomatologija se nije uspjela kupirati, pa je bila indicirana hospitalizacija.

U bolnici smo nastavili s davanjem citaloprama iz više razloga. Nismo htjeli gubiti vrijeme, bolesnik nije imao nuspojave, iako naravno nije bilo još terapijski povoljnog odgovora, tj. učinka (što se nije moglo ni očekivati jer je lijek uveden tek 10-ak dana ranije). Dozu citaloprama smo postupno povisili na 30 mg, vodeći računa o dobi bolesnika (61 godina) i nedavno dijagnosticiranoj hipertrofiji prostate.

Američka psihijatrijska udruga (10) preporučuje sljedeće lijekove kao optimalne za većinu bolesnika: SIPPS, dezipramin, nortriptilin, bupropion i venlafaksin čijih smo se preporuka i mi držali.

Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS) po učinkovitosti su slični lijekovi, ali su njihova obilježja glede podnošljivosti i sigurnosti različita i vrlo je važno poznavati te razlike radi optimalne individualne terapije svakoga pojedinog bolesnika i njegove kliničke slike. Kako samo ime kaže, SIPPS-u su potentni selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina koji dovode do povišenja razine serotonina u sinapsi. Među njima postoje razlike u mehanizmu djelovanja na noradrenergičnu i dopaminergičnu ponovnu pohranu te djelovanje na kolinergične, histaminergične, GABA i alfa i beta-adrenergične receptore. Te su razlike minimalne, ali dovoljne da mijenjaju i razlikuju njihov profil podnošljivosti i vrstu nuspojava. Za SIPPS-e se općenito može reći da imaju dobar profil sigurnosti i podnošljivosti, njihov blagi antikolinergični i adrenergični učinak je mnogo povoljniji nego što je slučaj s klasičnim tricikličkim i tetracikličkim antidepresivima, zbog čega imaju mnogo rjeđe i blaže ortostatske i kardiološke nuspojave, zamagljen vid, suha usta i slično. Najčešće, obično prolazne, nuspojave su: umor, blagi tremor, znojenje, glavobolje, proljev, mučnina, povraćanje i anksioznost. Kod bolesnika S. Š. nije bilo opisanih nuspojava, ali ni željenog antidepresivnog djelovanja.

Bolesnik S. Š. je na odjelu u početku izrazito distanciran,

sumnjičav, ambivalentan te dan nakon prijma postaje i psihotičan (afirmira paranoidne interpretacije) zbog čega je premješten na zatvoreni odjel gdje se uvodi olanzapin. U prvom boravku 1987. godine dobio je uz flufenazin i pimozid kao prvi atipični antipsihotik u to vrijeme. Već nakon desetak dana je psihotična produkcija izbljedjela, ali se raspoloženje sporije popravljalo, dakle na depresivno pasivnu kliničku sliku dominira i jača socijalna izolacija. Kako se ni nakon 2 mjeseca uzimanja SIPPS-a raspoloženje nije bitno poboljšalo, tj. postigao se tek djelomičan odgovor, uveo se dualni inhibitor ponovne pohrane serotonina i noradrenalina. Iz ove skupine je kod nas registriran samo venlafaksin (Velafax[®], PLIVA).

Switching, tj. prelazak na novi antidepresiv bio je postupan, u trajanju od 7 dana na način da smo dozu citaloprama snižavali i postupno uvodili venlafaksin (prvo u večernjoj dozi, a nakon toga i ujutro 2 x 37,5 mg).

Djelovanje ovog lijeka slično je djelovanju klasičnih antidepresiva, ali za razliku od njih ne pokazuje značajnije interakcije s adrenergičnim, muskarinskim ni histaminskim receptorima. Pokazuje djelovanje na dopaminergične receptore. S obzirom na to da djeluje na tri transmitsorska sistema u različitom intenzitetu pokazuje sljedeća klinička svojstva: u niskoj dozi je sličnog djelovanja kao SIPPS-i, u srednjoj dozi pokazuje uz učinke serotonina i učinke noradrenalina, u visokoj dozi učincima serotonina i noradrenalina pridodaju se i učinci dopamina. Venlafaksin pripada u lijekove sa snažnim antidepresivnim djelovanjem i po tome je također sličan klasičnim antidepresivima. Pokazuje i snažno anksiolitičko djelovanje, pa je osim u liječenju depresije indiciran i u liječenju anksioznih poremećaja, a posebno kod bolesnika s anksioznošću kao komorbiditetom. Početak djelovanja mu je brži od djelovanja SIPPS-a. Svrstava se u lijekove brzog početka djelovanja, visoke učinkovitosti i dobre podnošljivosti (11).

Strukturno se radi o novom antidepresivu koji kemijski nije srodan postojećim antidepresivima. On je racemat s dva aktivna enantiomera. Glavni mu je metabolit O-demetil venlafaksin. I venlafaksin i O-demetil venlafaksin snažni su inhibitori ponovne pohrane serotonina, slabiji inhibitori ponovne pohrane noradrenalina i vrlo slabi inhibitori ponovne pohrane dopamina. Ne pokazuje afinitet za alfa1-adrenergične receptore, muskarinske receptore ni H1-histaminske receptore, što mu osigurava dobar sigurnosni profil (12). Maksimalnu koncentraciju u plazmi postižu oko 2,4 sata nakon primjene jednokratne doze (25-150 mg). Znatno se metabolizira u jetri. Poluvrijeme eliminacije venlafaksina je oko 5 sati, a njegova aktivnog metabolita 11 sati. Venlafaksin se veže na bjelančevine plazme 27%, a aktivni metabolit 30%. Najčešća nuspojava je mučnina koja je ovisna o dozi i ima sklonost spontanom povlačenju. Izazivanje hipertenzije ovisno je o dozi. Indiciran je u liječenju depresivnih bolesnika s umjerenom i jakom depresijom, kod bolesnika s terapijski rezistentnom depresijom na SIPPS-e, bolesnika s komorbiditetom i kod bolesnika s potrebnom konkomitantnom terapijom.

Cipriani i suradnici (13) u opsežnu istraživanju učinkovitosti i podnošljivosti druge generacije antidepresiva našli su

vrlo zanimljive rezultate. Od dvanaest antidepresiva (bupropion, citalopram, duloksetin, escitalopram, fluoksetin, fluvoksamin, milnacipran, mirtazapin, paroksetin, reboksetin, sertralin i venlafaksin) koji su uključeni u liječenje velike depresije na 25.928 ispitanika u periodu od studenoga 1991. do 2007. godine njih četiri, venlafaksin, mirtazapin, escitalopram, sertralin značajno su učinkovitiji od duloksetina, fluoksetina, fluvoksamina, paroksetina i reboksetina.

Na dualni inhibitor ponovne pohrane serotonina i noradrenalina, tj. venlafaksin bolesnik S. Š. je bitno boljeg raspoloženja, reguliranog sna i apetita, pokazuje interes za aktivnosti koje su ga prije zanimala te uredno funkcionira na radnome mjestu. Nije imao nuspojava.

Kako se radi o ponavljanoj epizodi, venlafaksin, uz ostalu terapiju (osim zolpidema koji mu je neposredno nakon demisije ukinut jer je dobro spavao) i dalje uzima te dolazi na redovite kontrole i psihoterapijski suport. Opisani prikaz slučaja bio nam je zanimljiv jer ima neke zajedničke karakteristike u obje epizode depresije:

1. svakoj epizodi prethodi somatska bolest (bubrežni kamenac, hipertrofija prostate)
2. psihotična dekompenzacija koja kratko traje
3. prihvaćanje i potpora unutar bolničkog *miliea* uz stalnu obiteljsku potporu
4. dobro reagira na farmakoterapiju, kada se razmotre svi elementi i odabere odgovarajući antidepresiv.

Zaključak

Opisana je učinkovitost i dobra podnošljivost dualnog inhibitora ponovne pohrane serotonina i noradrenalina, venlafaksina (Velafax®, PLIVA). Taj je lijek kod bolesnika s depresivnom strukturom osobnosti u ponovljenoj dekompenzaciji psihičkog stanja doveo do brzog poboljšanja raspoloženja, potaknuo interes za rad i socijalizaciju te ubrzao povratak u radnu sredinu.

Literatura

1. HRABAK ŽERJAVIĆ V, SILOBRČIĆ RADIĆ M, FOLNEGOVIĆ ŠMALC V, MIMICA N. Javnozdravstveno značenje depresivnih poremećaja. *Medicus* 2004; 13:11-17.
2. SZO. Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja MKB-10 (hrvatski prijevod). Zagreb: Medicinska naklada; 1999.
3. ŠTRKALJ IVEZIĆ S i sur. Dijagnostičke i terapijske smjernice (algoritam): Depresija. Priručnik za praćenje seminara, Zagreb: Hrvatski liječnički zbor, Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju; 2001, str. 4-17.
4. JAKOVLJEVIĆ M. Liječenje afektivnih psihoza i drugih poremećaja raspoloženja. U: Lokar J, ur. Klinička psihofarmakoterapija. Beograd-Zagreb: Medicinska knjiga; 1990, str. 214-42.
5. GOTLIEB IH, HAMMEN CL, ur. Handbook of depression. New York: The Guilford Press; 2002.
6. GABBARD GO. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice: The DSM-IV Edition. Washington DC: American Psychiatric Press; 1994.
7. Psychodynamic Diagnostic Manual. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organisations. PDM Task Force, 2006.
8. STAHL SM. Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications. 2. izd. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2002.
9. FOLNEGOVIĆ ŠMALC V, FOLNEGOVIĆ GROŠIĆ P, HENIGSBERG N, KOZUMPLIK O, MAKARIĆ G, MIMICA N, UZUM S. Farmakoterapija depresija. *Medicus* 2004;13:31-39.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR (Text Revision) 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
11. ALLARD P, GRAM LA, TIMDAHL K, BEHNKE K, HANSON M, SOGAARD J. Efficacy and tolerability of venlafaxine in geriatric outpatients with major depression: a double-blind, randomised 6-month comparative trial with citalopram. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004;19: 1123-30.
12. TROY SM, TURNER MB, UNRUH M, PARKER VD, CHIANG ST. Pharmacokinetic and pharmacodynamic evaluation of the potential drug interaction between venlafaxine and ethanol. *J Clin Pharmacol* 1997;37:1073-81.
13. CIPRIANI A, FURUKAWA TA, SALANTI G, GEDDES JR, HIGGINS JPT, CHURCHILL R. i sur. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2009;373:746-58.

Adresa za dopisivanje:

Mr. sc. Slobodanka Kezić, dr. med.
Psihijatrijska bolnica "Sveti Ivan"
10090 Zagreb, Jankomir 11
e-mail: slobodanka.kezic@pbsvi.hr

Primljeno / Received

14. 5. 2009.
May 14, 2009

Prihvaćeno / Accepted

3. 7. 2009.
July 3, 2009

Sumamed[®]
azitromicin



20 godina ponosa i povjerenja!

Infekcije
dišnog
sustava

 **PLIVA**

PLIVA  antibiotici