Základy léčby v psychiatrii

Léčba v psychiatrii podle biopsychosociospirituálního modelu spočívá ve více spolu souvisejících modalitách a jejich kombinaci, které by měli mít **synergický efekt**. Léčba cílí na **nastolení rovnováhy** v neurotrasmiterových systémech mozku, podpoře **neuroplastických procesů**, podporu **regulace** emocí a myšlenek, a ideálně na **zlepšení kvality života** pacienta.
Volba druhu léčby a pořadí ve kterých se jednotlivé modality užívají **závisí na charakteru a tíži symptomů**.

Například při lehké a středně těžké depresi bez zásadních biologických příznaků je preferováno volit psychoterapii s úpravou životního stylu jako léčbu první volby. Při těžké psychóze se neobejdeme bez farmakoterapeutického zásahu, dále je ale nutná terapeutická (edukační a podpůrná) integrace, stejně jako při těžších depresích a neurózách je nutné započít léčbu farmakoterapeuticky k vytvoření dostatečně stabilního základu pro psychoterapeutickou práci. U poruch osobnosti je základem léčby psychoterapie a medikace hraje podpůrnou roli. U těžkých katatonních, depresivních a psychotických stavů nereagujících na léčbu farmaky je indikovaná elektrokovulzivní terapie. U závislostí je nejdříve zásadní detoxifikace následovaná režimovou léčbou a často nutná psychoterapie a farmakoterapie stavů vedoucích k závislosti… atd.

Modality léčby v psychiatrii:

- **Psychoterapie**
  - základem je **podpůrná a edukační terapie**, které principy by měli být uplatňovány u všech poruch napříč pomáhajícícmi profesemi, ostatní druhy psychoterapie jsou prováděné kvalifikovaným odborníkem:
    - **psychoterapeutické směry** (analytické, kognitivně-behaviorální, humanistické, existenciální, integrativní a eklektické, arteterapie (musikoterapie, dramaterapie, výtvarná terapie…), nové směry, atd.)
    - **formy provedení** (individuální krátká psychoterapie, individuální systematická psychoterapie, skupinová psychoterapie, párová terapie, rodinná terapie…)
- **Biologická léčba**
  - **Farmakoterapie** (antidepresiva, antipsychotika (neuroleptika), anxiolytika, hypnotika, thymoprofylaktika, kognitiva, psychostimulancia, léky používáné v léčbě závislostí)
  - **Psychedeliky** (ketaminem/psilocybinem/MDMA) **asistovaná psychoterapie**
  - **Fototerapie**
  - **Elektrokonvulzivní terapie (ECT)**
  - **Transkraniální magnetická stimulace (rTMS)**
  - **Psychochirurgie**
- **Úprava životního stylu**
  - plní důležitou preventivní a podpůrnou funkci napříč všemi duševními poruchami
    - pravidelný režim
    - spánek
    - stravovací návyky
    - pohyb
    - pobyt v přírodě
    - relaxace
    - péče o vztahy a zájmy

Psychoterapie

Systematické zaměřené působení psychologickými prostředky s léčebným cílem.

Je založena na faktu, že člověk se vyvíjí a formuje během života prostřednictvím **kontaktu** s druhým člověkem. Psychoterapie zkoumá, které prvky mezilidských setkávání mají léčebný potenciál a využívá tohoto potenciálu.

Psychoterapie jako vědní disciplína se začala vyvíjet od počátku 20. století se zrodem Freudovy psychoanalýzy. Do 1. poloviny 20. století vznikaly psychoterapeutické školy především jako odnože psychoanalýzy, od 2. poloviny pak i zcela nové svébytné směry.

Praktizování psychoterapie se snaží dnes vycházet z výzkumné činnosti a její hypotézy a účinnost jsou ověřovány klinickými studiemi. Moderní zobrazovací metody přinesly potvrzení, že psychologické prostředky mají schopnost měnit mozkovou aktivitu (např. nárůst hustoty propojení v určitých korových oblastech). U řady psychických poruch vykazuje dlouhodoběji lepší udržovací efekt než farmakoterapie samotná, proto je doporučeno tyto metody kombinovat.

Indikace psychoterapie

- **řešitelnost** obtíží psychologickými metodami
- vhodnost konkrétního psychoterapeutického směru/postupu podle povahy pacientových obtíží
- **předpoklady pacienta** (splnění vstupních nároků k psychoterapii):
    - schopnost a ochota pacienta navázat terapeutický vztah s terapeutem
    - motivace a schopnost zabývání se svými mentálními obsahy a práce s nimi
    - ochota hledat souvislost s obtížemi u sebe
    - schopnost dodržení pravidel terapeutického kontraktu
    - dostatečný kognitivní potenciál

Léčebné faktory psychoterapie

- **Obecné faktory** (u všech směrů)
    - efektivně navázaný terapeutický **vztah**
    - **bezpečné** a stabilní prostředí
    - **důvěra** klienta v terapeutický proces a v terapeuta
    - **osobnost terapeuta**
        - autenticita (soulad mezi vnějším projevem a vnitřním prožíváním, transparentnost jednání)
        - akceptace (bezpodmínečné přijetí, úcta, důvěra)
        - empatie (vcítění se a porozumění druhému)
        - osobnostní zralost (vnitřní stabilita, vyšší frustrační tolerance)
        - profesní zralost (kvalifikace, praktické zkušenosti, možnost supervize a provádění vlastní kvalitní psychohygieny)
    - **osobnost klienta** (viz předpoklady pacienta)
    - pozitivní **očekávání** na straně klienta i terapeuta
    - plně věnovaná **pozornost** klientovi a jeho obtížím
- **Specifické faktory** (pouze u některých směrů)
    - zvýšené **uvědomování** svých mentálních obsahů
    - **rozumové faktory** (vytváření vhledu, sebepoznání, porozumění sobě a ostatním, získání vědomostí o svých obtížích a dovedností k jejich řešení, kognitivní restrukturalizace -

změna způsobu přemýšlení)
    - **emoční faktory** (emoční korektivní zkušenost, odžití potlačených emocí (katarze), prohloubení emočního prožívání, pojmenování emocí, regulace emocí)
    - **akční faktory** (učení novým způsobům jednání, korekce nepřiměřeného chování a reagování, podmiňování, desenzibilizace - např. u fobií)
    - **tělesné faktory** (zklidnění, relaxace, nebo naopak vybuzení k aktivitě, pokud je žádoucí)
    - **vztahové faktory** (získávání a dávání zpětné vazby, mezilidské učení a nápodoba, verbalizace potřeb, v rámci skupiny pocit sounáležitosti, získávání informací od ostatních členů, sdílení zkušeností, pocit užitečnosti ostatním)

Dělení psychoterapie

- **Dle cíle**
    - **Podpůrná psychoterapie** – poskytnutí bezpečného prostředí, opory a porozumění, klidnění, zmírnění nepříjemných emocí, pocitů, pomoc se zvládnutím tíživé situace, afirmace konstruktivních postojů a jednání pacie
    - **Symptomatická psychoterapie** – zaměřena na úlevu a vymizení příznaků
    - **Kauzální psychoterapie** – zaměřuje se na příčiny obtíží a hlubší změnu, cílem je osobnostní změna pacienta a vytvoření adaptivnějšího, zralejšího fungování
    - **Motivační terapie** - motivace ke změně přínosné pro klienta
    - **Edukační terapie** - edukace o povaze klientových obtíží a o způsobech jejich zvládání
    - **Stabilizační a udržovací terapie** - udržování již proběhlé změny k lepšímu
- **Dle přístupu terapeuta**
    - **Direktivní psychoterapie** – aktivní vedení, usměrňování, kladení dotazů, udílení rad, zadávání úkolů, velký vliv hraje autorita terapeuta
    - **Nedirektivní (permisivní psychoterapie)** – terapeut jako doprovázející osoba, staví na předpokladu sebeúzdravných mechanismů pacienta, které pomáhá terapeut v pacientovi objevovat, nastartovat a udržovat
- **Dle formy**
    - Psychoterapie individuální
    - Psychoterapie párová
    - Psychoterapie rodinná
    - Psychoterapie skupinová
- **Dle jednotlivých směrů**
    - **Hlubinná psychoterapie** – cílí na osobní historii (zejména raný vývoj), ***nevědomé procesy*** a jejich souvislost se současnými obtížemi, významně pracuje s přenosem a protipřenosem, snaží se překonat maladaptivní obranné mechanismy
        - **Psychoanalýza** (ego-psychologie, psychologie self…) - základní metodou je rozhovor s používáním volných asociací, interpretací a introspektivního pozorování s charakteristickým uspořádáním psychoterapeutické situace
        - **Adlerovská individuální psychoterapie** – pracuje s tématy jako je méněcennost, ideální Já, sebedůvěra a sociální city
        - **Jungovská analytická psychoterapie** – využívá principy kolektivního nevědomí a význam kulturních a mytologických archetypů
    - **Dynamická a psychodynamická psychoterapie** – vychází z psychoanalýzy, zaměřuje se na dynamické vztahy mezi minulými zážitky a současnými obtížemi, významný je mezilidský charakter obtíží, cílem je adaptivní fungování pacienta v jeho prostředí
        - Psychodynamické směry v skupinovém pojetí se významně uplatňují v adiktologii (častý bývá např. ryze český výcvik **SUR** – dle jmen zakladatelů – Skála, Urban,

Rubeš)
        - **Terapie založená na mentalizaci** - odvozená od psychodynamických směrů založená na zvyšování schopností rozeznávat mentální obsahy a stavy u sebe a ostatních, pracuje s neurovědními poznatky o tom, jakým způsobem se chovají funkční nervové sítě během mezilidského kontaktu a na základě těchto poznatků volí konkrétní intervence.
    - **Humanistická psychoterapie** – důraz na lidskou jedinečnost a vlastní schopnost člověka k osobnostnímu růstu a rozvoji, cílem je obnova a podpora vlastních mechanismů úzdravy, typické je zcela nedirektivní, empatické vedení
        - **Rogersova psychoterapie** (přístup zaměřený na člověka - PCA)– principy sebeaktualizace (vlastní schopnost rozvoje, uskutečňování vlastního potenciálu), pozitivního směřování (přirozená tendence člověka růst a zrát) a kongruence (soulad mezi vnímáním a prožíváním, potřebami a jednáním), v terapeutickém vztahu je dán mimořádný význam na bezvýhradné přijetí pacienta, přesnou empatii terapeuta a jeho autenticitu (opravdovost), z Rogersovské terapie vychází ***Motivační rozhovory***
        - **Yalomova existenciální psychoterapie** – zabývá se 4 základními tématy lidského života: smrt, svoboda a odpovědnost, osamělost a smysl života; úzkostí z nich plynoucí a vyrovnání se s ní
        - **Franklova logoterapie** – ústředním tématem je touha člověka po naplnění jeho života.
        - **Gestalt terapie** - svébytný směr, který si klade za cíl být co v nejlepším a nejplnějším kontaktu sám se sebou, se svými jednotlivými částmi, jedná se o zážitkový směr, kde se namísto mluvení o problému zaměřuje pozornost na prožívání teď a tady, na fenomény, které se vyjevují v mezilidském kontaktu
    - **Kognitivně behaviorální terapie**
        - **behaviorální** část pracuje s operantním podmiňováním (posilování žádoucího chování pomocí odměny a naopak), expozicí stresovým situacím (desenzibilizace), ovlivněním tělesných příznaků (svalová relaxace, dýchání), psychoedukací a posilováním zvládání zátěžových situací
        - **kognitivní** část pak pracuje s negativními automatickými myšlenkami, kognitivními schématy (jak vidíme sami sebe a okolní svět) a kognitivní restrukturalizací (jak toto schéma změnit, pokud je maladaptivní)
    - **Systemická a rodinná psychoterapie** – pracuje se systémy jako je rodina
    - **Transakční analýza (Berne)** – důraz na mezilidskou komunikaci, teorie se opírá o 3 různé ego stavy v mezilidských interakcích (dítě-rodič-dospělý), životní pozice a scénáře, psychologické hry v mezilidském chování a komunikaci
    - **Eklektická psychoterapie** – selektuje konkrétní techniky z jiných směrů podle toho co se hodí
        - **Integrativní psychoterapie** - integruje účinné terapeutické techniky ze **všech** dostupných psychoterapeutických směrů a flexibilně je přizpůsobuje klientovým potřebám a zakázce. Nové a moderní psychoterapeutické směry začínají být integrativními, zakomponovávají do sebe dosavadně známé funkční účinné faktory
    - **Hypnoterapie** – využívá hypnózu = techniku navozující změněný stav vědomí se zvýšenou sugestibilitou a závislostí na hypnotizérovi, ne každý člověk je hypnabilní (schopen být hypnotizován), **sugesce** - obchází racionální část mysle a komunikuje přímo s podvědomím
    - **Katathymně imaginativní terapie** - využívá terapeutický potenciál imaginací, spolu s existenciální analýzou je základem **traumaterapie**.
    - **DBT** - dialekticko behaviorální terapie- směr cílený na poruchy osobnosti založen na

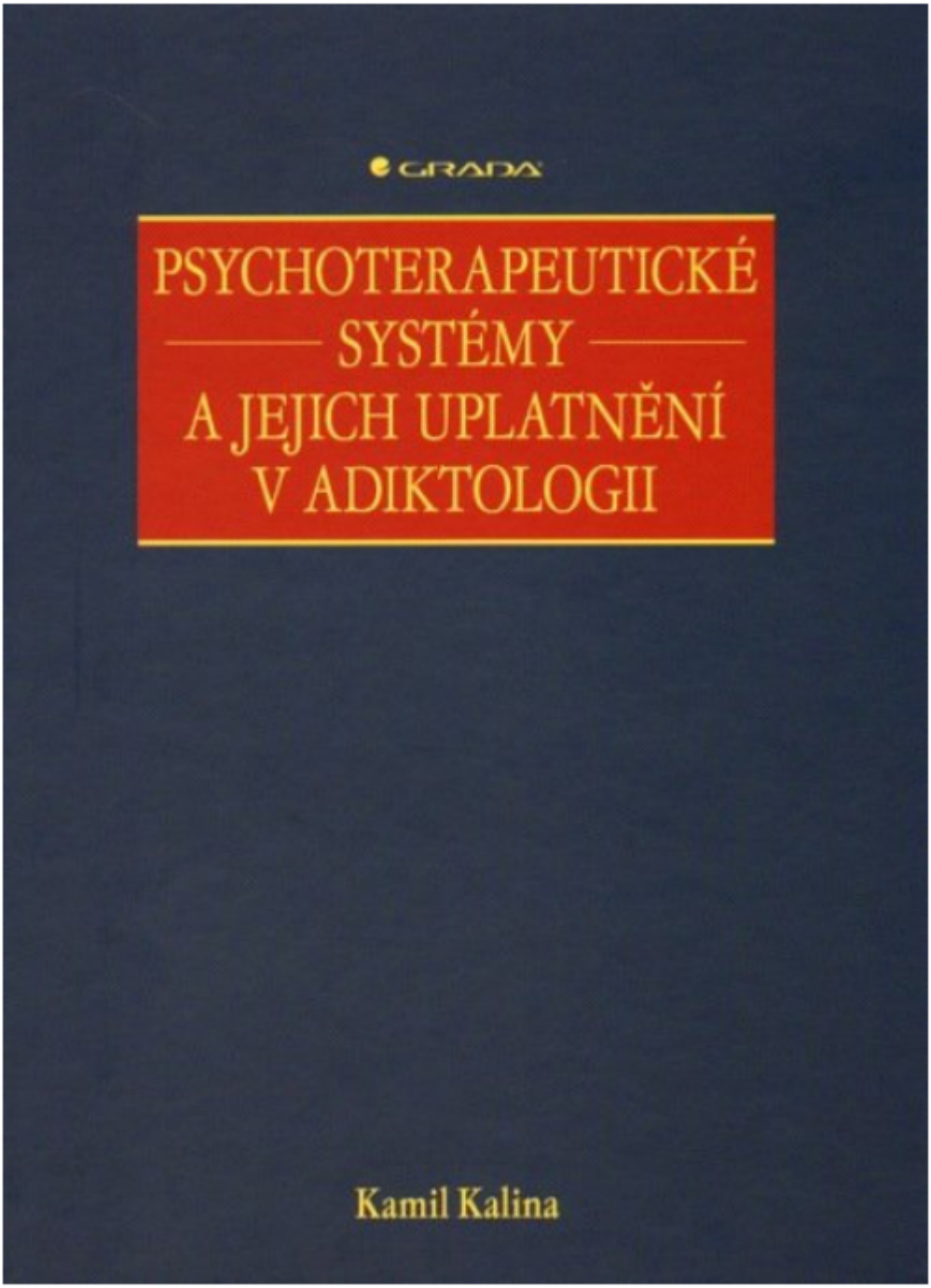
mindfulness, emoční regulaci a interpersonální terapii.
- arteterapie
- mnohé další směry (Biosyntéza, Pesso Boyden… etc.)

Kvalifikace v psychoterapii Aktuálně je možné provádět psychoterapii ve zdravotnictví vykazovanou na pojišťovnu pouze jako klinický psycholog, nebo lékař s atestací v lékařské psychoterapii. Psychoterapie jako profese (živnost vázaná např. na absolvování výcviku s nutností odborné kvalifikace) oficiálně jinak není zatím v ČR ukotvená. Existuje zde zatím pouze možnost nevázané živnosti (bez nutnosti odborné způsobilosti) pod názvem "poradenství", kterou vaužívá mnoho absolventů psychoterapeutických výcviků, ale i různých šarlatánů vydávajících se za terapeuty.

Psychoterapeutický výcvik
Bývá spravidla 4-7 letý (záleží podle institutu a směru)
Skládá se ze 4 částí:

1. **Sebezkušenostní** – v rámci výcvikové skupiny nebo vlastní individuální psychoterapie
   - Podpora vlastního zrání osobnosti, rozšiřování vědomí o vlastních vnitřních procesech, získání autenticity, práce na empatii
   - Nácvik praktických technik a jiných terapeutických dovedností
2. **Teoretická** – seznámení s teoretickým zázemím daného směru
3. **Supervizorní** – práce s vlastními klienty pod dohledem zkušenějšího psychoterapeuta
4. **Ukončení** – často sepsáním závěrečné práce a splněním závěrečné zkoušky

Více: **Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii** - *Kalina Kamil*, Grada, 2013



Farmakoterapie

Psychofarmakoterapie má za cíl ovlivnit neurotransmiterové systémy v mozku a důsledku toho zmírnit až odstranit symptomy duševních poruch.

Psychofarmaka působí různými způsoby:

- **inhibice *(blokování/zpomalování)* enzymu**, který rozkládá neurotransmiter tím pádem zvyšují dostupnost neurotransmiteru v synaptické štěrbině po jeho vylití
- **inhibice transportéru zpětného vychytávání** neurotransmiteru na presynaptické

membráně, tím pádem zvyšují dostupnost neurotransmiteru v synaptické štěrbině po jeho vylití
- **antagonismus receptorů** - farmakum se naváže na receptor a **deaktivuje ho**, tim pádem neurotransmiter na receptoru nemůže působit, snižuje se jeho efekt
- **agonismus receptorů** - farmakum se naváže na receptor místo neurotransmiteru a **aktivuje ho** jako kdyby ho aktivoval neurotransmiter, zvyšuje jeho efekt.

Multimodální farmaka kombinují více těchto způsobů působení

Rozdělení psychofarmak do skupin je kategorické, psychofarmaka v určité skupině neléčí pouze poruchu podle které jsou nazvané, používají se v širokém spektru jiných indikací, včetně oborů medicíny mimo psychiatrii (např. antidepresivami se neléčí pouze deprese ale široké spektrum stavů od neurotických poruch, přes reakce na stres, poruchy spánku, impulzivní poruchy, až po předčasnou ejakulaci a močovou inkontinenci).

Rozdělení psychofarmak

- **Antidepresiva** *(léky s indikací léčby deprese)*
  - Neselektivní inhibitory zpětného vychytávání neurotransmiterů (1.generace)
    - TCA (tricyklická antidepresiva)
  - MAOI (inhibitory monoaminooxidázy) (2.generace)
  - Selektivní inhibitory zpětného vychytávání neurotransmiterů (3.generace)
    - SSRI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu)
    - SNRI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu)
    - DNRI (inhibitory zpětného vychytávání dopaminu a noradrenalinu)
  - Multimodální agonisté (4.generace)
- **Antipsychotika (neuroleptika)** *(léky s indikací léčby psychózy)*
  - Typická (1.generace)
    - Incizivní (silný selektivní blok D receptorů)
    - Sedativní (slabý blok D receptorů)
  - Atypická (2.generace)
    - MARTA (multi acting receptor targeted antipsychotic)
    - benzamidy (selektivní antagonisté D receptorů a 5-HT)
    - SDA (antagonisté serotoninu a dopaminu)
  - Moderní - (3.generace)
    - D2,D3 agonisté/antagonisté
- **Anxiolytika** *(léky s indikací léčby **akutní úzkosti**)*
  - benzodiazepinová
  - nebenzodiazepinová
  - léky potlačující úzkost s jinou primární indikací
- **Hypnotika** *(léky s indikací léčby poruch spánku)*
  - barbituráty (1.generace)
  - benzodiazepiny (2.generace)
  - Z-hypnotika (3.generace)
  - melatoninová hypnotika (4.generace)
  - léky zlepšující kvalitu spánku s jinou primární indikací
- **Kognitiva a nootropika** *(léky s indikací léčby demencí)*
  - AChEI - inhibitory acetylcholinesterázy
  - inhibitory NMDA glutamátových receptorů
  - nootropika

- **Thymoprofylaktika** *(stabilizátory nálady)*
  - Lithium
  - Antiepileptika
  - Antipsychotika 2. generace
- **Psychostimulancia**
- **Léky používané v léčbě závislosti**
  - substituce
  - aversiva
  - anticravingové preparáty

Antidepresiva

Základní léková skupina k léčbě **deprese**
Další indikace:

- Úzkostné poruchy (léky 1. volby) – vč. obsedantně-kompulzivní poruchy a posttraumatické stresové poruchy
- Poruchy spánku (léky 1. volby)
- Chronická bolest
- Poruchy příjmu potravy

Nejčastější princip působení: zvýšení hladiny monoaminů (zejména serotoninu, ale i noradrenalinu a dopaminu) v synaptické štěrbině: blokádou zpětného vychytávání nebo inhibicí degradujícího enzymu. Malá část antidepresiv přímo ovlivňuje postsynaptické receptory druhých neuronů.

TCA (tricyklická antidepresiva)

- vysoce účinná, fungují přes mnoho receptorů, proto mají i mnoho nežádoucích účinků (anticholinergní, antigistaminové, antiadrenergní působení- nežádoucí účinky na srdce, kognitivní funkce, metabolismus), vhodné u těžkých depresí za hospitalizací
- patří sem první antidepresivum vyrobeno v 50. letech 20. století **imipramin**.

MAOI (inhibitory monoaminooxidázy)

- používají se méně, nelze kombinovat s většinou preparátů pro interakce

Selektivní inhibitory zpětného vychytávání neurotransmiterů

-nejvíce používané antidepresiva, **u deprese, úzkostí, chronických bolestí** -dobře tolerované

- **SSRI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu)**
  - Nejčastěji užívaná antidepresiva, antidepresiva 1. volby v ambulantní péči na depresivní a úzkostné příznaky
  - Mohou je předepisovat i praktičtí lékaři
  - Účinná s pouze mírnými nežádoucími účinky
  - Nejčastější nežádoucí účinky: nevolnost, plynatost a jiné střevní obtíže (bývají pouze na začátku léčby), sexuální dysfunkce (porucha orgasmu a ejakulace, porucha vzrušivosti) a snížeká kvalita spánku (musí se brát ráno), někdy paradoxní útlum (pak se berou večer)
  - Příklady: ***sertralin*** (Zoloft), ***escitalopram*** (Cipralex, Elicea), fluoxetin (Deprex, Magrilan), citalopram (Citalec)

- **SNRI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu)**
  - aktivizující, zvyšují míru energie lépe než SSRI, silnější efekt, při dostatečně vysoké dávce efekt na chornickou bolest, nežádoucí účinky oproti SSRI ještě zvýšení krevního tlaku, tachykardie.
  - ***venlafaxin*** (Olwexya, Argofan)
- **DNRI (inhibitory zpětného vychytávání dopaminu a noradrenalinu)**
  - aktivizují depresivního pacienta, dobře působí na hypohedonii, hypobulii, pozitivně působí také na ADHD (3. volba) a závislosti- potlačení bažení (často se používá u snahy pěstat s kouřením)
  - ***bupropion*** – Elontril, Wellbutrin

Multimodální agonisté

- Inhibitory re-uptaku serotoninu, které současně přímo působí na serotoninových receptorech
  - ***trazodon (trittico)*** - tlumící, častá volba u poruch spánku
  - ***vortioxetin*** (Brintellix) – nejnovější antidepresivum, účinné hlavně na úzkosti, dysforické rozlady, působí pozitivně na kognici, relativně lépe tolerovaný, než SSRI
- ***mirtazapin*** - působí přes blokádu presynaptických noradrenergních auto a heteroreceptorů,zvyšuje serotoninergní účinek, blokuje 5-HT 2 receptory, tím zvyšuje dopaminergní transmisi v prefrontální kůře, blokuje histaminové receptory - nežádoucí účinek je útlum a narůstaní hmotnosti, častá volba u poruch spánku
- ***agomelatin*** (Valdoxan) – agonismus na serotoninových a melatoninových receptorech, upravuje spánek a cirkadiánní rytmy, zlepšuje mírné depresivní příznaky
- ***tiapneptin*** (Coaxil) zvyšuje (!) zpětné vychytávání serotoninu, agonista μ-opioidních receptorů, inhibuje glutamátergní receptory a stimuluje neurogenezi. Má minimum nežádoucích účinků, nezatěžuje vnitřní orgány (v minulosti hojně využíván u starších osob a u závislých osob na alkoholu s depresí a úzkostmi) má návykový potenciál **! Riziko zneužívání!** Vysoké dávky mohou vést k stimulačnímu účinku a euforii. Nesmí se předepisovat u lidí se sklonem k závislostem, **ostatní antidepresiva lze v současné době považovat za bezpečné léky - co se týče rizika závislosti.**

Principy užívání antidepresiv

- Nástup účinku velmi **pozvolný** – 1. efekt zhruba za 2 týdny, plný efekt za 4-6 týdnů při dostatečné dávce po zahájení terapie může paradoxně dojít k zhoršení depresivních a úzkostných symptomů - aktivizace může být vnímaná jako nepříjemná, při zahájení terpaie se vyskytují intenzivnější nežádoucí účinky. Někdy podáváme na přechodnou dobu do nástupu účinku antidepresiv anxiolytika, nejčastěji bezodiazepiny (u závislých nebenzodiazepinové anxiolytika).
- Efekt antidepresiv hodnotíme až po několika týdnech
- Při nedostatečné účinnosti:
  - zvýšíme dávku a pokud to nezabere, tak:
  - kombinace: přidáme další antidepresivum s jiným mechanizmem účinku aby se doplnili
  - switch: vyměníme primární antidepresivum za jiné
  - augmentace: přidáme lék z jiné skupiny posilující účinek antidepresiv (některá antipsychotika, stabilizátory nálady)
- **nasazujeme postupně** od nižších dávek k zamezení výrazných nežádoucích účinků - **titrace dávky**
- **vysazujeme postupně**, jinak hrozí **syndrom z vysazení** (chřipkovité příznaky, nespavost, úzkost, podrážděnost)

- při předávkování nebo nevhodné kombinaci hrozí **serotoninový syndrom** (nadbytek serotoninu s příznaky: nevolnost, třes, přehřátí, pocení, zvýšení tlaku, ale také možnost mánie či halucinací- potenciálně život ohrožující stav) zejména riziko při kombinaci MAOI s inhibitory reuptaku
- minimální doba užívání k zajištění dlouhodobého účinku je 1 rok.
- **3 fáze léčby antidepresivy:**
    1. Akutní – 6-12 týdnů, cílem je redukce depresivních příznaků
    2. Pokračovací – 4-9 měsíců, cílem je udržení a stabilizace remise, zabránění relapsu a odstranění reziduálních (zbytkových) příznaků
    3. Udržovací – > 9 měsíců, cílem je zabránit nové epizodě deprese
- Při první epizodě deprese je doporučená pokračovací léčba 9 měsíců, po 2. epizodě se doporučují 2 roky, po 3. epizodě 5 let a po 4. celoživotní terapie

Volba antidepresiva se řídí klinickými symptomy deprese

1. Deprese s agitací a nespavostí > sedativní antidepresiva (trazodon, mirtazapin)
2. Deprese s apatií a zpomalením psychomotorického tempa – aktivizující antidepresiva (SSRI, SNRI, DNRI)
3. Deprese s psychotickými příznaky > kombinace antidepresiva a antipsychotika
4. Deprese s úzkostí > serotoninová antidepresiva SSRI, SNRI, vortioxetin
5. Deprese s vážnými suicidálními tendencemi > kombinace antidepresiva s benzodiazepiny nebo stabilizátory nálady, elektrokonvulzivní terapie (šoky), tricyklická antidepresiva, pacient by měl být hospitalizován
6. Deprese s kognitivní poruchou > vortioxetin
7. Deprese se sexuálními dysfunkcemi > NDRI, vortioxetin, trazodon

Třezalka tečkovaná *Hypericum perforatum*

- bylinné antidepresivum, roste u nás často jako plevel
- obsahuje látky, které působí v mozku obdobně jako antidepresiva, ale méně intenzivně
- užívaná ve formě tablet nebo čajových odvarů
- v některých státech (Německo) je běžně podávaná na mírné formy deprese
- Nevýhoda : **Interakce s léčivy** (inhibuje jaterní enzym, který metabolizuje řadu léčiv, vč. léků na ředění krve, perorální antikoncepci nebo léků na srdce!)
- Další nežádoucí účinky: fotosenzivita (iritace kůže sluncem, snadnější spálení), zažívací problémy.

Další byliny s antidepresivním působením:

- šafrán
- levandule - také anxiolytické působení, je základem volně prodejného přípravku **Lavekan**

Psychedeliky asistovaná psychoterapie

Fototerapie

ECT

rTMS

Psychochirurgie

Životní styl

From:
https://imagined.site/uni/ppa/ - **Psychiatrie pro adiktology**

Permanent link:
https://imagined.site/uni/ppa/doku.php?id=zaklady_lecby_v_psychiatrii&rev=1733570007

Last update: **2024/12/07 11:13**