

Prehľadová práca

Analýza teórií snívania

Dušan Fábik

Analysis of the theories of dreaming

Súhrn

Predložená práca sa zameriava na opísanie najvýznamnejších teórií snívania a vysvetlenie funkcie snov. Teórie sú členené na štyri hlavné kategórie: psychodynamické, neurologické, kognitívne a syntetizujúce. Každé uvedené hľadisko je rozšírené o viacero teórií, ktoré sú podrobené kritickej analýze a vyhodnotené vo svetle relevantných empirických dôkazov. Práca zhŕňa dôkazy obsahovej analýzy snov, experimentálnych štúdií zo spánkových laboratórií, nepriamych dôkazov, neuropsychologických štúdií a vývojových štúdií. Pripájame aj úvahy o aktuálnosti a vierohodnosti daných teórií.

Kľúčové slová: funkcia snov, syntetizujúce teórie, konsolidácia pamäti.

Summary

The submitted work offers descriptions of the most important theories of dreaming and explains dream functions. Theories of dreaming fall into four main categories: psychodynamic, neurological, cognitive and synthesizing. Each of the aforementioned viewpoints encloses multiple theories which have been subjected to rigorous analysis and evaluated using relevant empiric proofs. This work contains proofs from dream content analysis, experimental studies from sleep laboratories, indirect proofs and proofs from neuropsychological and developmental studies. Consideration on validity and reliability of given theories is included.

Key words: function of dreams, synthesizing theories, memory consolidation.

Úvod

V súčasnosti máme k dispozícii široké spektrum teórií vzťahujúcich sa k funkcii snov a snívania. Pretože veľa teórií sa svojím pohľadom prekrýva, možno poskytnúť prehľad niektorých najviac reprezentatívnych úvah na funkciu snov, ktoré sme rozdelili na štyri hlavné kategórie: psychodynamické, neurologické, kognitívne a syntetizujúce. Teórie, ktoré získali veľkú pozornosť a podnietili diskusiu o funkcii snov, však väčšina výskumníkov odmieta kvôli nedostatku empirických dôkazov (napr. Crick a Mitchison, 1983 – tvrdia, že sen slúži mozgu na odstraňovanie irelevantného materiálu) a nie sú zahrnuté do teoretických konceptov.

Psychodynamické teórie

Najväčšiu zásluhu na modernom výskume snov majú psychoanalytici 20. storočia. Ich myšlienky a teoretické koncepcie zásadne ovplyvnili snovú problematiku na celé storočie. Aj v súčasnosti patria v tejto téme k najcitovanejším autorom.

Výsadné postavenie má v tomto smere S. Freud. Je to práve on, kto sa ako prvý začal zaoberať dennými aj nočnými snami. Vyslovil tvrdenie, že „splnené pranie je zmyslom každého sna“ (Freud, 2000), čím otvoril nové obzory vedeckému bádaniu. Vychádzal z predstavy existencie troch vrstiev ľudskej psychiky: nevedomie, predvedomie a vedomie. Bol presvedčený, že sen je iniciovaný pudovými prániami, príp. nevyriešenými problémami či nedávnymi zážitkami, ktoré boli presunuté do nevedomia, t. j. človek si ich neuvedomuje. Tým, že o nich človek snáva, sa dostávajú do vedomia, čím sa stávajú zamaskovaným pokusom o realizáciu zapudeného, resp. nesplneného prania (Schlegel, 2005). Toto Freudovo tvrdenie, že „sen je (zahaleným) splnením (potlačeného, zapudeného) prania“ (Freud, 2000), narazilo na najväčšiu kritiku kvôli existencii úzkostných snov. Freud argumentoval, že úzkostné sny sú výsledkom zlyhania „sno-

vej cenzúry“, ktorá maskuje nevedomé prania tak, aby boli prijateľné (Freud, 2000). Akokoľvek sa nám zdá toto tvrdenie (ne)prijateľné, stále tým nie je vysvetlené, prečo má toľko snov negatívny obsah (Hall a Van De Castle, 1966) – až 80 %), rovnako ani vznik traumatických a opakujúcich sa snov (Barrett, 1996). Veľa odborníkov má názor, že celá teória má slabé základy, ktoré sú položené len na jednoduchých túžobných snoch svojich detí predškolského veku. Okrem toho výskumy v spánkovom laboratóriu preukázali, že malé deti ($n = 14$, 3 – 5-ročné) majú statické a nevýrazné sny, vôbec nie ako vo Freudových príkladoch (Foulkes, 1999). Aj jeho tvrdenie, že sen je strážcom spánku, je založené len na jednoduchých príkladoch, keď sa vonkajšia stimulácia včlení do obsahu sna, napr. stratenie prikrývky sa môže premietnuť ako pád do vody (Freud, 2000). A hoci niektorí autori pokladajú Freudovu úvahu o sne ako ochranovi spánku za prijateľné vysvetlenie začleňovania vonkajšieho materiálu do sna (napr. Kramer, 2007), jestvujú dva druhy zistení, ktoré vyvracajú túto tézu. Po prvé, frekvencia a pravidelnosť snívania nám ukazuje, že sen sa neobjavuje len v prípade vyrovnanosti sa s nejakým nutkaním (Domhoff, 2000); po druhé, sny nemôžu byť strážcami spánku, pretože sú ľudia, ktorí nemôžu snívať, a predsa spia, vrátane schizofrenikov s lobotómiou (Jus a spol., 1973), neurologických pacientov so zranením na zadnom laloku (Solms, 1997) a zrejme aj detí (Foulkes, 1999). Rovnako Freudovo (2000) tvrdenie, že dojmy z prvých rokov života sa môžu objaviť v našich snoch, hoci si ich nepamätáme, sa zdajú veľmi nepravdepodobné vzhľadom na súčasný výskum pamäti (Hew, 2000).

C. Jung sa domnieval, že sen reprezentuje tie stránky osobnosti, ktorým sa nemožno prejavíť v bdelom živote (1974), ktoré prehliadame, alebo ktoré treba rozvinúť (Kast, 2013). Sny nám teda kompenzujú vedomý postoj, a preto sa tejto teórii hovorí teória kompenzácie. Jung má názor, že „čím je jednostrannejší a vzdialenejší vedomý postoj od optima životných možností, tým je väčšia pravdepodobnosť, že sa silným, kontrastným spôsobom dostavia živé sny ako prejav jedincovej vlastnej psychologickéj regulácie“¹ (Jung, 2001). Hoci nemožno túto myšlienku vyvrátiť definitívnym spôsobom, ukazuje sa, že táto teória je v rozpore s každou systematickou štúdiou od začiatku novodobého výskumu snov na konci 19. storočia (Calkin; Weed a Hallam; cit. Domhoff, 2000), keď začali psychológovia vo svojich vlastných štúdiách zisťovať, že existuje značná kontinuita medzi snovými obsahmi a bdelým životom. Toto zistenie sa opakovalo v „nelaboratórnych“ výskumoch (Fisher a Greenberg, 1977, 1996), rovnako ako v „laboratórnych“ štúdiách (Schredl a Wittman, 2005, Domhoff, 2005, Foulkes a spol., 1969, Foulkes a Rechtschaffen, 1964). Výsledky sú také konzistentné, že Hall na základe svojich výskumov (Hall a Nordby, 1972), ktoré tiež vyvracajú Jungovu teóriu, hovorí o teórii kontinuity.

Vedomie a nevedomie ako kľúčový element pri tvorbe snov je spoločný aj ďalším psychoanalytikom. Líšia sa len v domnienke, čo sen reprezentuje. Psychiater A. Adler (1936)

bol presvedčený, že základnou funkciou snov je chrániť sebahodnotu človeka a umožniť mu podľahnúť sebaklamu. Sen teda zvädza jedinca na scestie vzdialené vedomému stavu. O. Rank (1973) vnímal sen ako nevedomú snahu o splnenie základného ľudského prania, ktorým je návrat do matkinho lona. Vo všeobecnosti teda všetky psychodynamické teórie (Freud, Jung, Adler, Fromm, Horneyová, Hartmann, Fosshage, Beebe) zdôrazňujú vzťah vedomie – nevedomie a chápu sen ako produkt nevedomia. Môžeme preto povedať, že psychoanalytické teórie (Freud, Jung) snívania v súčasnosti na základe empirických dôkazov odmietajú mnohí teoretici a odporúčame ich skôr ako záujmovú literatúru než solidné vedecké poznanie. Patrí im však vďaka a uznanie za množstvo hodnotne opísaných vlastností snov (prítomnosť silných emócií, snovej amnézie či bizarnosti snov) (Hobson, 2002).

Neurologické teórie

Model snívania aktivácia – syntéza navrhnutý J. Hobsonom a R. McCarleym zdôrazňuje, že obsah sna je náhodný. Podľa tejto teórie sa v priebehu REM spánku aktivujú (preto aktivácia) obvody v mozgu, čo spôsobuje v oblasti limbického systému zapojenie emócií, pocitov a spomienok. Mozog následne syntetizuje (preto syntéza) a interpretuje túto vnútornú aktivitu a snaží sa nájsť zmysel v týchto signáloch, čo má za následok, že človek sníva. Sny sú teda subjektívnym uvedením a interpretáciou neurálnej aktivity v spánku (Hobson, 1995, 1999). Majú názor, že sny nemajú žiadnu funkciu alebo význam, ale sú reakciou mozgu na iné biologické procesy, ktoré sa vyskytujú v priebehu spánku (Hobson a McCarley, 1977).

Hobson neskôr svoju teóriu rozšíril na tzv. AIM model vedomia, v ktorom sa snažil vysvetliť sny v non-REM spánku. V ňom rozlišuje primárne a sekundárne vedomie. Sekundárne člení na bdelé a snové vedomie. Primárne vedomie definuje ako vnímavosť; sekundárne bdelé vedomie definuje ako pravé sekundárne vedomie (uvedomovanie si vonkajšieho sveta, abstraktné myslenie) a sekundárne snové vedomie ako vedomie, ktoré má len niektoré rysy sekundárneho vedomia. Systém stavov vedomia možno podľa neho opísať v troch premenlivých faktoroch: aktivácia energie mozgu, priepustnosť vstupu a výstupu (input – output gating) k senzorickým informáciám a modulácia mozgu (Hobson, 2009). Keď zosumarizujeme jeho závery, prinášajú len málo nového. Naďalej zastáva pozíciu, že snívanie je epifenomén, pričom stav, v ktorom sa najčastejšie snívania vyskytuje (REM spánok), sa vyvinul u ľudí na podporu rozvoja a udržiavania vedomia a iných vyšších funkcií mozgu, ako je napr. riešenie problémov v priebehu bdenia (Hobson, cit. Saeyd, 2011).

Pre podporu neurologickej Hobsonovej a McCarleyho teórie aktivácie – syntézy hovorí častý výskyt zrakových a sluchových pocitov, rovnako aj výskyt bizarných a skreslených obrazov. Navyše celá Hobsonova – McCarleyho teória je založená na exaktnom neurobiologickom výskume (Hobson, 1988). Napriek tomu niektoré jej predpoklady vyvolávajú nemalé kritické ohlasy. Ich teória sa opiera o tézu, že REM spánok je jediný stav, keď dochádza k snívaniu. Tento predpoklad bol pôvodne navrhnutý v staršej štúdii (Dement a Kleitman, 1957), ako sa však ukázalo, nie je

¹ orig. „Je einseitiger und weiter wegführend vom Optimum der Lebensmöglichkeit die bewusste Einstellung ist, desto eher ist die Möglichkeit vorhanden, dass lebhaftes Träume von stark kontrastierendem Inhalt als Ausdruck der psychologischen Selbststeuerung des Individuums auftreten.“

správny, pretože sny prebiehajú pomerne často aj v non-REM fáze (Foulkes, 1962), hoci majú tendenciu byť menej živé a skreslené (Smith a spol., 2004; Takeuchi a spol., 2001). Antrobus, Kondo a Reinsel (1995) dokonca poukázali na to, že 10 – 30 % snov v non-REM spánku sa nijako nelíši od snov v REM spánku, čo nepodporuje dichotomický rozdiel v duševnej činnosti medzi REM a non-REM spánkom (Cavallero a spol., 1992) ako pôvodne navrhli Hobson a McCarley (1977). Na základe týchto kritik bol vytvorený Hobsonov model „AIM“, v ktorom navrhoval, že snivanie v non-REM spánku je spôsobené jemnou stimuláciou rovnakých mozgových oblastí ako v REM spánku. Túto stimuláciu nazýva „skrytý REM spánok“ (Hobson a spol., 2000). Výskumníci, ktorí skúmali non-REM spánok, však nenašli žiadny dôkaz o „skrytom REM spánku“ (napr. Feinberg, 2000). Navyše Hobsonove vyhlásenie, že všetok spánok je REM spánok, vyvoláva dojem, že miesto zmeny teórie mení dáta a priam rigidne trvá na svojej teórii syntézy a aktivácie.

Solmsova (2000) kortikálna teória snívania tvrdí, že tvorba snov a REM spánok sú regulované rozdielnymi mozgovými mechanizmami. Solms na to prišiel skúmaním porúch mozgových funkcií. Na tvorbe sna sa podľa neho podieľajú parietálne kôrové oblasti a tylové asociačné oblasti. Bez podráždenia týchto častí nemôžeme snívať. Snivanie je podľa neho REM fázou iba iniciované, rovnako ako môže byť iniciované aj inými rušivými podnetmi, napr. hlučnosťou. To, čo však spúšťa vlastný priebeh snov, nazýva „vyhľadávací systém“ mozgu (Solms, 2000). Ten je definovaný ako „nešpecifický motivačný systém, ktorý stále niečo hľadá, čo uspokojuje potreby a čo je zaujímavé, ale sám vlastne nevie, čo hľadá“ (Panksepp, cit. Kast, 2013). Kritika Solmsovej (1997) teórie snívania sa začína na jeho obmedzenom súbore záverov, ktoré sú založené len na štúdiu lézií s cieľom určiť tie oblasti mozgu, ktoré sú zapojené do snívania. Faktom však zostáva, že snivanie je zložitý proces, v ktorom sa vyskytuje systém viacerých interagujúcich jednotiek po celom mozgu. V takomto distribuovanom systéme štúdie lézií neposkytujú dostatočné prostriedky pre výber oblastí, ktoré zabezpečujú snivanie (Bednář, 2000).

Spoločným nedostatkom uvedených neurologických teórií je fakt, že ignorujú psychologický význam sna. Pritom prvé klinické prípadové štúdie o psychologickom podstate snov sa postupne šíria už od čias Freuda a pre mnohých psychoterapeutov (nielen psychoanalytických) sú jedným z hlavných kľúčov k pochopeniu človeka. Neurologickí teoretici majú názor, že tvrdenia z podobných štúdií „nezaručujú vážne vedecké skúmanie“ (Solms, 1997). Objektívne priznávame, že takisto za čias Freuda aj v súčasnosti platí, že použitie prípadových štúdií ako vedeckých dôkazov je často problematické, najmä z metodologických dôvodov. V súčasnosti však už jestvuje množstvo dôkazov pre kritiku neurologických teórií a neustále pribúdajú štúdie a opisné správy (napr. Cartwright a spol., 2006, 1998, 1984, Bynum, 1993, Buchholz, 1990), ktoré opisujú prínos snov v rôznych oblastiach, najmä v emocionálnych problémoch. Rovnako aj výskumy týkajúce sa obsahu snov (Daruso a spol., cit. Domhoff, 2003, Snyder, 1970, Snyder a spol., 1968 – bližšie sú uvedené v kapitole „Snové obsahy“ sú v rozpore s tézou Solmsa a Hobsona s názorom, že sny sú bizarné a skreslené. Musíme preto tvrdiť, že neurologické teórie ignorujú časť získaných poznatkov o snívaní, a preto ich nepovažuje za

teoretické východisko, o ktoré sa dá oprieť pri výskume snov.

Kognitívne teórie

Kognitívne teórie majú názor, že sny „vyjadrujú koncepcie“ ľudí, ktoré sú základom aj pre činnosť v bdelom svete. Sú dramatickým a vnímateľným stelesnením schém, skriptov a všeobecných vedomostí (Domhoff, 2010).

Najstaršiu kognitívnu teóriu snívania navrhol v 50. rokoch C. Hall. Sen definuje ako sekvenciu vizuálnych predstáv prežívaných v spánku (Hall, 1959) a obrazy v sne považuje za „konkrétne vyjadrenie myšlienok snívajúceho“ (Hall, 1966). Odmietol tak Freudov názor, že sny sa snažia niečo schovávať do latentných významov snových symbolov (Hurd, 2014). Hall sa venoval aj výskumu snových obsahov, ktoré ho viedli k formulovaniu hypotézy kontinuity. „Táto hypotéza uvádza, že sny sú v spojení s bdelým životom“² (Hall a Nordby, 1972), pričom snový svet nie je inverzný vo vzťahu k vedomému svetu. V jednoduchosti vysvetľujú Hall a Nordby (1972) hypotézu na takomto jednoduchom príklade: osoba, ktorá má veľa sexuálnych alebo agresívnych snov, má buď veľa fantázie alebo mnoho skutočných sexuálnych alebo agresívnych zážitkov. V každom prípade má sexualita a agresia významnú úlohu v jeho živote. Táto teória má podstatnú úlohu aj v súčasnom výskume snov a neustále ju potvrdzujú stále ďalšie štúdie (napr. King, 2006). Niektorí autori sa ju snažili spochybniť dávaním ju do protikladu k psychoanalytickej teórii kompenzácie, hoci pre kompenzačnú teóriu existuje málo dôkazov. Pripúšťame však, že jestvujú aj typické kompenzačné sny, čím sa zdá, že je teória kontinuity ohrozená. Hartmann (2013) však vysvetľuje, že v kontinuite s bdelým životom je priestor aj na kompenzáciu. Vysvetľuje to na jednoduchom príklade – v situácii, keď sme hladní. V takom prípade je pravdepodobné, že sa náš sen bude týkať hladu (napríklad hľadania potravy). Znamená to, že zobrazené záujmy jednoznačne súvisia s našimi bdelými záujmami, ale môžeme aj povedať, že si kompenzujeme hlad snívaním o jedle. Zdá sa preto, že kontinuita je platné pravidlo v procese snívania.

C. Evans (1984) prirovnáva ľudský mozog k počítaču, preto sa jeho teória nazýva aj počítačová teória (computer theory). Evans naznačuje, že sny sú prostriedky, ktorými aktualizujeme svoje programy na prežitie, napr. programy pre chôdzu a rozprávanie, sociálne interakcie či sociálne zručnosti. Vraví, že aktualizáciou prebieha proces zmeny, modifikácia skúsenosti a odstránenie nepotrebných informácií (Crisp, 2010). Spánok nám teda prepisuje zastarané údaje a programy s prihliadnutím na ich relevantnosť v kontexte každodenného života (Evans, 1984). Hoci Evansovo prirovnávanie ľudského mozgu k počítaču vysvetľuje prijateľným spôsobom podstatu snívania, nie je podporené žiadnym vedeckým výskumom. Nedoriešeným otázkam práce zrejme prispieva, že súhrn teórie vydal až po Evansovej smrti jeho syn Peter Evans.

Foulkes považuje sny za aktiváciu sémantických a epizodických zložiek pamäti, v ktorých prebieha počas spánku

² orig. „This hypothesis states that dreams are continuous with waking life...“

integrácia a reorganizácia. Počas snívania sú spracované voľne asociované informácie, ktoré majú širší rozsah než v bdelom stave. Predpokladá, že sen sa pokúša o naratívnu syntézu snových obsahov. Je presvedčený, že snívanie súvisí s jazykovými schopnosťami a vyššími úrovňami poznávacích procesov, a preto aj vyvodzuje (pomerne špekulatívny) záver, že zvieratá nesnívajú (Moorcroft a Belcher, cit. Plháková, 2013). Vo všeobecnosti Foulkosova (2002) teória snívania prináša najmä poznatky o vzájomnom vzťahu medzi rozvojom schopnosti snívať a reflektovať vlastnú existenciu. Jeho výskumy poukázali na skutočnosť, že detská schopnosť vytvárať snový svet sa súbežne rozvíja s rozvojom vedomia a je ukazovateľom jeho úrovne. Z týchto záverov vznikla aj jeho najznámejšia úvaha, a síce snívanie „je kráľovská cesta k pochopeniu vývoja vedomia a osobnosti v ranom detstve“ (Foulkes, 2002). Jeho teória o paralelnom vývoji snívania a kognitívnom vývoji sa zdá v kontexte prebehnutých výskumov (Foulkes, 1982, Foulkes a spol., 1990) ako pravdivá. Kritizovaný je Foulkov záver, že sen závisí od verbálnych schopností jedinca, z čoho priamo vyplýva, že zvieratá nemôžu snívať. Vedci, napr. z Massachusettského technologického inštitútu, však preukázali na myšiach, že zvieratá snívajú a dokonca predpokladajú, že ich sny sa nápadne podobajú ľudským snom (Lindsay, 2001). Ako dobrý a konzistentný prediktor frekvencie snívania u detí sa ukazujú skôr vizuálno-priestorové („visuospatial“) spôsobilosti, čo vedie k hypotéze, že mentálne obrazy sa vyvíjajú postupne. Táto myšlienka je podporená štúdiou, ktorá odhalila, že tí, ktorí sa narodili slepí, alebo oslepli pred štvrtým rokom života, nemajú vizuálne zobrazenie snov, kým tí, ktorí oslepli po šiestom roku života alebo neskôr, majú vizuálne obrazy v snoch (Kerr, 1993). Foulkov prínos pre teóriu snívania je značný, jeho záver, že snívanie závisí od jazykových schopností, však nemôžeme prijať na základe viacerých výskumov, ktoré mu odporujú.

Syntetizujúce teórie

Teórie, ktoré majú v súčasnosti zrejme najviac zástancov, sú teórie syntetizujúce. Pokúšajú sa o syntézu kognitívnych, neurologických a psychodynamických teórií snívania, pričom ponúkajú odpovede na všetky otázky týkajúce sa snívania. Nevylučujú žiadnu stránku sna, naopak – opisujú ho z rôznych perspektív (či už z fyziologických alebo psychologických). Sú založené na aktuálnych poznatkoch a dokonca aj v odbornej literatúre sa na tieto teórie vyskytujú iba malé kritické ohlasy. Podľa nášho názoru však nie sú natoľko podstatné, väčšinou referujú o malom vlastnom prínose autora.

Podľa teórie Hartamanna (2013) vytvára snívanie široké a voľné spojenia v emocionálne dôležitých oblastiach. Túto vlastnosť nazýva hyperkonektívnosť. Vytváranie nových spojení pod vplyvom emócií má následne adaptívnu funkciu pri vnášaní nového materiálu do tej časti pamäti, ktorá vychádza z emócií. Spojenia integrujú a obnovujú naše pamäťové systémy v mozgovej kôre. Nie je to však konsolidácia pamäti, ale „začlenenie nového materiálu vedeného emóciami do starého“ (Hartmann, 2013). Táto funkcia pôsobí následne tak, že činí následné zážitky menej stresujúcimi. O tejto funkcii hovorí Hartmann aj ako o „vplietaní“ alebo „votkávaní“ nového materiálu do starého (Hartmann, 2008)

alebo ako o preberaní nových skúseností k už existujúcim spomienkam (Hartmann, 2007).

V Hillovej modeli (2009) je základným pojmom schéma. Schéma chápe ako zhluky príbuzných myšlienok, pocitov, vnemov, spomienok a konania. Vo vnútri schém sa nachádzajú jednotlivé prvky, ktoré sú navzájom prepojené s inými prvkami v iných schémach. Prvky môžu mať pozitívne (aktivizujúce) spojenia alebo negatívne (utlmujúce) spojenia. Napr. schéma týkajúca sa skúšky môže mať pozitívne (aktivizujúce) prvky so schémou zlyhanie: zmeškané príležitosti, negatívne reakcie druhých na zlyhanie, atď. Preto keď daná osoba pomyslí na skúšku, pomyslí súčasne aj na zlyhanie, z dôvodu pozitívneho prepojenia týchto dvoch schém. V priebehu dňa sa nás dotýka množstvo vnútorných a vonkajších podnetov, ktoré aktivujú niektoré naše schémy. Aktivovanie schém môže mať rôzne príčiny, napr. myšlienky na minulé udalosti, očakávanie budúcich udalostí, alebo aj podnety, ktoré registrujeme len na podvedomej úrovni. Hillová predpokladá, že sny následne slúžia ako mechanizmy, vďaka ktorým spracúvame výrazne zážitky, ktoré sa vyskytli počas dňa a „snažíme sa ich začleniť do príslušných schém“ (Hill, 2009). Úloha sna teda spočíva v integrovaní udalostí z bdelého života do existujúcich schém, v snahe dať zmysel týmto bdelým udalostiam.

Teória snívania R. Cartwrightovej vraví, že funkciou sna je riešiť problémy, najmä tie emocionálne a znížiť intenzitu aktuálnych znepokojivých emócií. Na podporu svojej teórie vykonala viaceré výskumy, napr. poukázala na sny ako na prostriedok na dosiahnutie remisie (Cartwright a spol., 2006), skúmala ako REM spánok a snívanie pomáha v priebehu noci k regulácii negatívnej nálady (Cartwright a spol., 1998), alebo zistila, že ľudia v priebehu rozvodu snivali dlhšie a emocionálnejšie (Cartwright a spol., 1984). Podľa autorky sa teda v REM fáze spracúvajú emocionálne významné zážitky, ktoré sú prepojené s podobnými staršími spomienkami a uložené do dlhodobej pamäti.

Syntetizujúce teórie (Cartwrightová, Hartmann, Hillová) zdieľajú podobnosť v predstave, že počas snívania sa aktuálne emocionálne problémy spájajú (votkávajú, začleňujú, spracúvajú) so staršími, úspešnými vzormi riešenia problému a pomáhajú konsolidácii pamäti (adaptívna funkcia), čo má „kvázi terapeutický“ efekt (Sayed, 2011). Tieto teórie podporujú aj štúdie, ktoré nerobili len samotní autori teórií. Nishida a spol. (2009) porovnávali subjekty, ktoré sa mali naučiť naspamäť rôzne texty, čo bolo u časti subjektov nasledované spánkom, u druhej časti bdením. Našli dôkaz, že spánok zadržiava a upevňuje emocionálne informácie. Wagner a spol. (2006) potvrdili tento poznatok aj pre dlhodobú pamäť, keď subjekty zavolali do laboratória po štyroch rokoch od učenia sa textov. Opäť sa zistilo, že tí, ktorí si okamžite po učení pospali, preukázali lepšiu pamäť pre emocionálne texty, ako tí, ktorí bdeli ($p = 0,001$). Diekmann a Born (2010) zistili, že spánok má priaznivý účinok na upevňovanie spomienok vo všetkých hlavných pamäťových systémoch, hoci sú uprednostňované tie, ktoré majú behaviorálny význam pre jednotlivca, a tie, ktoré sú kódované implicitne. Majú názor, že počas bdenia si pamäťové systémy navzájom konkurujú, a práve spánok umožňuje nezávislú konsolidáciu spomienok v rôznych systémoch. To vysvetľuje aj zistenia, ktoré naznačujú, že v priebehu REM spánku sa preferenčne konsolidujú spomienky spojené s emo-

cionálnymi aspektmi pamäti (Nishida a spol., 2009) a procedurálnymi aspektmi (Plihal a Born, 1997), kým v hlbokom spánku (3. a 4. fáza non-REM spánku) sa konsolidujú deklaratívne systémy pamäti (Tucker a spol., 2006). Tieto tvrdenia podporujú Diekelmannovu a Bornovu (2010) hypotézu duálneho procesu, čo znamená, že REM spánok uľahčuje konsolidáciu „nedeklaratívnej“ pamäti (ktorá závisí od hipokampu), kým hlboký spánok uľahčuje konsolidáciu deklaratívnej pamäti (ktorá závisí od hipokampu). Ďalší dôkaz pre podporu syntetizujúcich teórií tvorí napr. štúdia Nielsena a Stenstroma (2005) (opäť vedie k záveru o prepojení medzi snívaním a pamäťou) alebo štúdia od Cipolla a spol. (2005), ktorá zistila, že snívanie o novonadobudnutom materiáli môže zlepšovať spomienky naň. Napriek tomu, že syntetizujúce teórie od Hartmanna, Hillovej, Cartwrightovej sú stále v ranom štádiu skúmania, stihli zodpovedať rôzne otázky snívania (opakujúce sa sny, snové skreslenie) s podporou vedeckých výskumov, a preto sa v súčasnosti považujú za najvhodnejšie teoretické východisko pri výskume snov.

W. Domhoff (2010) navrhuje novú neurokognitívnu teóriu snívania. Vychádza z existencie „konceptného systému“ schém a scenárov, ktoré sú základom ľudského poznania a presvedčenia, a ktoré majú počas bdenia významnú úlohu pri ľudskom myslení a predstavivosti. Domhoff sa domnieva, že ak je tento konceptný rámec aktivovaný, za nasledujúcich podmienok dochádza k snívaniu: primeraná úroveň kortikálnej aktivácie, blokovanie vonkajších podnetov, neporušené a zrelé nervové siete a strata vedomej sebakontroly. Domhoff predpokladá, že vyjadrením konceptného systému sú snové obsahy. Tie kladú dôraz najmä na vyjadrenie koncepcie, ktorá sa týka samého seba („self-conceptions“). „Sebakoncepcia“ je definovaná ako kognitívne zovšeobecnenie, ktoré vedie k spracovaniu udalostí a relevantných informácií o sebe („self-relevant informations“). Domhoff sa pridáva k aktuálnym teóriám snívania a verí, že snový obsah reflektuje koncepcie príbuzné bdélmu stavu. Nevylučuje ani myšlienku, že sny môžu mať určitý psychologický význam, upozorňuje však, že je dôležité rozlišovať medzi zmyslom a účelom, pretože „nie všetko s formou a štruktúrou má adaptívnu funkciu“ (Domhoff, 2010). Domhoffova neurokognitívna teória sa odlišuje od predchádzajúcich syntetizujúcich teórií (Hill, Hartmann, Cartwright). Hlavným rozdielom je predpoklad, že „sny nemusia mať žiadnu adaptívnu funkciu“ (Domhoff, 2010). Vychádza z kritiky výskumov konsolidácie pamäti. Považuje za veľmi prekvapujúci fakt, že existuje len málo epizodických spomienok na sny (Fosse a spol., Baylor a Cavallero, cit. Domhoff, 2010) a že iba polovica snov obsahuje aspoň jeden prvok, ktorý sa vzťahuje k udalostiam z predchádzajúceho dňa (Botman a Crovitz; Harlow a Roll; Hartmann; Marquardt, Bonato a Hoffmann, Nielsen a Powell; cit. Domhoff, 2010), hoci je snívanie spojené s konsolidáciou spomienok z predchádzajúceho dňa. Okrem toho, ak je funkciou snívania spracovať emocionálny obsah nedávnych udalostí v živote človeka (Stickgold, 2005), je nevyhnutné vysvetliť nedostatok emócií v snoch detí do veku 12 rokov (Foulkes a spol., 1990), rovnako ako absenciu emócií až u 25 – 30 % snov z REM spánku (Domhoff, 2003). Žiaľ sám Domhoff neposkytuje žiadny dôkaz pre jeho pochybnosti k existencii adaptívnej funkcie sna (uvažuje len na základe kritiky), ani žiadny presvedčivý argument pre návrh, že sny sú len vedľajším produktom evolúcie kognitívnych schopností organizovať skú-

senosti v naratívnej forme (Domhoff, 2010). Rovnako aj jeho teória snívania založená na podobnostiach medzi snami a bdélým poznaním je značne obmedzená vo vyvodzovaní záverov a poskytuje iba časť celkového obrazu, a to, že sny odrážajú konceptné systémy jednotlivcov (Sayed, 2011). V porovnaní s predchádzajúcimi syntetizujúcimi teóriami ju preto považujeme za menej kompatibilnú z dôvodu nedostatku presvedčivých empirických dôkazov.

Literatúra

Adler, A.: On the Interpretation of Dreams. Intern. J. Individ. Psychol., 2, 1936, s. 3 – 16.

Antrobus, J., Kondo, T., Reinsel, R.: Dreaming in the late morning: Summation of REM and diurnal cortical activation. Consc. Cogn., 4, 1995, č. 3, s. 275 – 299.

Barrett, D.: Trauma and Dreams. Cambridge, MA: Harvard university Press, 1996, 282 s. Bednar, J.A.: Internally-generated activity, non-episodic memory, and emotional salience in sleep. Behavioral and Brain Sciences, 23, 2000, č. 6, s. 908 – 909.

Buchholz, M.B.: Using dreams in family therapy. J. Family Ther., 12, 1990, s. 387 – 396.

Bynum, E.B.: Families and the interpretation of dreams. Awaken the intimate web. New York: Harrington Park Press, 1993, 250 s.

Cavallero, C. a spol.: Slow wave sleep dreaming. Sleep, 15, 1992, č. 6, s. 562 – 566.

Cartwright, R. a spol.: Broken dreams: A study of the effects of divorce and depression on dream content. Psychiatry, 47, 1984, č. 3, s. 251 – 259.

Cartwright, R. a spol.: Role of REM sleep and dream affect in overnight mood regulation: a study of normal volunteers. Psychiat. Res., 81, 1998, č. 1, s. 1 – 8.

Cartwright, R. a spol.: Relation of dreams to waking concerns. Psychiat. Res., 141, 2006, s. 261 – 270.

Cipolli, C. a spol.: Consolidation effect of the processing of declarative knowledge during human sleep: evidence from long-term retention of interrelated contents of mental sleep experiences. Brain Res. Bull., 65, 2005, č. 2, s. 97 – 104.

Crick, P., Mitchison, G.: The function of dream sleep. Nature, 304, 1983, s. 111 – 114.

Crisp, T.: Dream Process as a Computer. 2010. Dostupné na: dreamhawk.com/dream-encyclopedia/dream-process-as-a-computer

Dement, W., Kleitman, N.: The relation of eye movements during sleep to dream activity: An objective method for the study of dreaming. J. Exp. Psychol., 53, 1957, č. 5, s. 339 – 346.

Diekelmann, S., Born, J.: The memory functions of sleep. Nat. Rev. Neurosci., 11, 2010, č. 2, s. 114 – 116.

Domhoff, G.W.: Moving Dream Theory Beyond Freud and Jung. 2000. Dostupné na: www2.ucsc.edu/dreams/Library/domhoff_2000d.html

- Domhoff, G.W.:** The scientific study of dreams: Neural networks, cognitive development, and content analysis. Washington, DC: American Psychological Association, 2003, 209 s.
- Domhoff, G.W.:** The content of dreams: Methodologic and theoretical implications. In: M.H. Kryger, T. Roth, W.C. Dement (Eds.): Principles and Practices of Sleep Medicine. 4th ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 2005, s. 522 – 534.
- Domhoff, G.W.:** The Case for a Cognitive Theory of Dreams. 2000, Dostupné na: http://www2.ucsc.edu/dreams/Library/domhoff_2010a.html
- Evans, C.:** Landscapes of the night. How and why we dream. New York: Viking, 1984.
- Feinberg, I.:** REM-sleep: Desperately seeking isomorphism. Behav. Brain Sci., 23, 2000, č. 6, s. 931 – 934.
- Fisher, S., Grennberg, R.:** The Scientific Credibility of Freud's Theories and Therapy. New York: Basic Books, 1977.
- Fisher, S., Greenberg, R.:** Freud Scientifically Appraised. New York: John Wiley, 1996.
- Foulkes, D.:** Dream reports from different states of sleep. J. Abnorm. Soc. Psychol., 65, 1962, s. 14 – 25.
- Foulkes, D.:** Children's dreams. New York: Wiley, 1982, 488 s.
- Foulkes, D.:** Children's Dreaming and the Development of Consciousness. Cambridge: Harvard University Press, 1999, 212 s.
- Foulkes, D.:** Children's Dreaming and the Development of Consciousness. Cambridge: Harvard University Press, 2002, 212 s.
- Foulkes, D., Rechtschaffen, A.:** Presleep determinants of dream content: Effects of two films. Perceptual and Motor Skill, 19, 2002, s. 983 – 1005.
- Foulkes, D. a spol.:** Two studies of childhood dreaming. Amer. J. Orthopsychiat., 39, 1969, č. 4, s. 627 – 643.
- Foulkes, D. a spol.:** REM dreaming and cognitive skills at ages 5 – 8: A cross-sectional study. Intern. J. Behav. Develop., 13, 1990, č. 3, s. 447 – 465.
- Freud, S.:** Výklad snu. Pelhřimov: Nová Tiskárna, 2000, 395 s.
- Hall, C.:** A cognitive theory of dreams. In: M.F. DeMartino (Ed.): Dreams and personality dynamics. Springfield: Charles C. Thomas, 1959, s. 123 – 134.
- Hall, C.:** The Meaning of Dreams. NY: McGraw-Hill Companies, 1966, 272 s.
- Hall, C., Van de Castle, R.:** The Content Analysis of Dreams. New York: Appleton-Century-Crofts, 1966.
- Hall, C.S., Nordby, V.J.:** The individual and his dreams. New York: Signet, 1972, 204 s.
- Hartmann, E.:** Sny. Podstata a funkcie snívania. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2013, 180 s.
- Hartmann, E.:** The Nature and Functions of Dreaming. In: D. Barrett, P. McNamara, (Eds.): The New Science of Dreaming. Vol. III. Westport CT: Praeger, 2007, s. 171 – 192.
- Hartmann, E.:** Dreaming. The Contemporary Theory. Amer. Psychoanalyst, 42, 2008, č. 3, s. 30 – 32.
- Hill, E.C.:** Práca so snami v psychoterapii. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2009, 301 s.
- Hobson, J.A.:** Sleep. New York: Scientific American Library, 1995, 213 s.
- Hobson, J.A.:** The Dreaming Brain. New York: Basic Books, 1988, 336 s.
- Hobson, J.A.:** Consciousness. New York: Scientific American Library, 1999, 258 s.
- Hobson, J.A.:** Dreaming: An Introduction to the Science of Sleep. New York: Oxford University Press, 2002, 180 s.
- Hobson, J.A.:** REM sleep and dreaming. Towards a theory of protoconsciousness. Neurosci., 10, 2009, s. 803 – 813.
- Hobson, J., McCarley, R.:** The brain as a dream state generator: An activation- synthesis hypothesis of the dream process. Amer. J. Psychiat., 134, 2009, č. 12, s. 1335 – 1348.
- Hobson, J.A., Pace-Schott, E.F., Stickgold, R.:** Dreaming and the brain: toward a cognitive neuroscience of conscious states. Behav. Brain Sci., 23, 2000, č. 6, s. 793 – 842.
- Howe, M.:** The fate of early memories. Washington: American Psychological Association, 1999, 219 s.
- Hurd, R.:** Calvin Hall and the Cognitive Theory of Dreaming. 2014. Dostupné na: <http://dreamstudies.org/2009/12/03/calvin-hall-cognitive-theory-of-dreaming/>
- Jung, C.:** Dreams. New Jersey: Princeton University Press, 1974, 337 s.
- Jung, G.C.:** Traum und Traumdeutung. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, 2001, 384 s.
- Jus, A. a spol.:** Studies on dream recall in chronic schizophrenic patients after prefrontal lobotomy. Biol. Psychiat., 6, 1973, s. 275 – 293.
- Kast, V.:** Sny. Práce se sny v psychoterapeutické praxi. Praha: Portál, 2013, 224 s.
- Kerr, N.:** Mental imagery, dreams, and perception. In: D. Foulkes, C. Cavallero (Eds.): Dreaming as Cognition. New York: Harvester Wheatsheaf, 1993, s. 18 – 37.
- King, D.:** New Support for the Continuity Hypothesis. 2006. Dostupné na: <http://www.davidbking.net/researcher/bridgewater.pdf>
- Kramer, M.:** The dream experience. A systematic exploration. New York: Routledge, 2007, 243 s.
- Lindsay, J.:** Study: Rats Dream About Mazes. 2001. Dostupné na: <http://cogweb.ucla.edu/CogSci/DreamRats.html>
- Nielsen, T.A., Stentrom, P.:** What are the memory sources of dreaming? Nature, 437, 2005, s. 1286 – 1289.

- Nishida, M., Pearsall, J., Buckner, R.L., Walker, M.P.:** REM sleep, prefrontal theta, and the consolidation of human emotional memory. *Cerebral Cortex*, 19, 2009, č. 5, s. 781 – 788.
- Pilhal, W., Born, J.:** Effects of early and late nocturnal sleep on declarative and procedural memory. *J. Cogn. Neurosci.*, 9, 1997, č. 4, s. 534 – 547.
- Plháková, A.:** Spánek a snění. Praha: Portál, 2013, 258 s.
- Rank, O.:** The Trauma of Birth. New York: Harper a Row, 1973.
- Sayed, L.:** The Function of Dreams and Dreaming. Moving towards an integrated understanding. University of Oslo, 2011, 77 s.
- Schlegel, L.:** Základy hlbinej psychológie s osobitným zreteľom na neurozológiu a psychoterapiu. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2005, 538 s.
- Schredl, M., Wittmann, L.:** Dreaming a psychological view. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat., 156, 2005, s. 484 – 492.
- Snyder, F.:** The phenomenology of dreaming. In: L. Madow, L. Snow (Eds.): The psychodynamic implications of the physiological studies on dreams. Springfield, IL: C.C. Thomas, 1970.
- Snyder, F., Karacan, I., Thorp, V., Scott, J.:** Phenomenology of REM dreaming. *Psychophysiology*, 4, 1968, s. 375.
- Solms, M.:** Dreaming and REM sleep are controlled by different brain mechanisms. *Behav. Brain Sci.*, 23, 2000, č. 6, s. 843 – 850.
- Solms, M.:** The neuropsychology of dreams: A clinico-anatomical study. Hillsdale, N.J., Erlbaum, 1997, 312 s.
- Stickgold, R.:** Why we dream. In: M. Kryger, T. Roth, W. Dement (Eds.): Principles and practices of sleep medicine (4th ed.). Philadelphia: Elsevier Saunders, 2005, s. 579 – 587.
- Tucker, M.A., Hirota, Y., Wamsley, E.J., Lau, H., Chaklader, A., Fishbein, W.:** A daytime nap containing solely non-REM sleep enhances declarative but not procedural memory. *Neurobiol. Learning Memory*. 86, 2006, č. 2, s. 241 – 247.
- Wagner, U., Hallschmid, M., Rasch, B., Born, J.:** Brief sleep after learning keeps emotional memories alive for years. *Biol. Psychiat.*, 60, 2006, č. 7, s. 788 – 790.

Do redakcie došlo 24.11.2015.



ARIPIPAZOLE ZENTIVA



ŠÚKL kód ¹	Názov ¹	Doplnok ¹
4858B	ARIPIPAZOLE Zentiva 10 mg tablety	tbl 28 × 10 mg (blis. OPA/Al/PVC/Al)
4863B	ARIPIPAZOLE Zentiva 15 mg tablety	tbl 28 × 15 mg (blis. OPA/Al/PVC/Al)



TERAPEUTICKÉ INDIKÁCIE²

- ARIPIPAZOLE Zentiva je indikovaný na liečbu schizofrénie u dospelých a dospelievajúcich vo veku od 15 rokov a starších.
- ARIPIPAZOLE Zentiva je indikovaný na liečbu stredne ťažkých až ťažkých manických epizód pri bipolárnej poruche typu I a na prevenciu novej manickej epizódy u dospelých, ktorí mali prevažne manické epizódy a ktorých manické epizódy odpovedali na liečbu aripiprazolom.
- ARIPIPAZOLE Zentiva je indikovaný na liečbu stredne ťažkých až ťažkých manických epizód pri bipolárnej poruche typu I u dospelievajúcich vo veku 13 rokov a starších až do 12 týždňov.



Názov lieku: Aripiprazole Zentiva 10 mg tablety, Aripiprazole Zentiva 15 mg tablety

Farmakoterapeutická skupina: iné antipsychotiká

ATC kód: N05AX12

Zloženie: každá tableta obsahuje 10 mg, resp. 15 mg aripiprazolu.

Terapeutické indikácie: liečba schizofrénie u dospelých a dospievajúcich vo veku od 15 rokov a starších, liečba stredne ťažkých až ťažkých manických epizód pri bipolárnej poruche typu I a prevencia novej manickej epizódy u dospelých, ktorí mali prevažne manické epizódy a ktorých manické epizódy odpovedali na liečbu aripiprazolom, liečba stredne ťažkých až ťažkých manických epizód pri bipolárnej poruche typu I u dospievajúcich vo veku 13 rokov a starších až do 12 týždňov.

Dávkovanie a spôsob podávania: dospelí: schizofrénia: odporúčaná začiatková dávka je 10 alebo 15 mg/deň s udržiavacou dávkou 15 mg/deň jedenkrát denne. Liek je účinný v rozsahu dávky od 10 do 30 mg/deň. Manické epizódy: odporúčaná počiatočná dávka je 15 mg raz denne, maximálna denná dávka nesmie presiahnuť 30 mg. Prevencia rekurencie manických epizód: u pacientov užívajúcich aripiprazol v monoterapii alebo kombinovanej terapii sa má pokračovať v liečbe v rovnakej dávke. Pediatrická populácia: schizofrénia u dospievajúcich vo veku od 15 rokov a starších: odporúčaná dávka je 10 mg/deň raz denne. Liečba má začať s dávkou 2 mg prvé 2 dni, titrovanou na 5 mg ďalšie 2 dni, až do dosiahnutia odporúčanej dennej dávky 10 mg. Ďalšie zvyšovanie dávky sa má uskutočňovať postupne, v 5 mg prírastkoch, bez prekročenia maximálnej dennej dávky 30 mg. Manické epizódy pri bipolárnej poruche typu I u dospievajúcich vo veku 13 rokov a starších: odporúčaná dávka je 10 mg/deň raz denne. Liečba sa má titrovať postupne do dosiahnutia odporúčanej dávky 10 mg. Dĺžka liečby má byť na minimálnu potrebnú kontrolu symptómov a nesmie prekročiť 12 týždňov. Dávky vyššie než 10 mg/deň sa majú používať len vo výnimočných prípadoch. U pacientov s miernou až stredne ťažkou poruchou funkcie pečene a pacientov s poruchou funkcie obličiek nie je potrebná žiadna úprava dávkovania. U pacientov s ťažkou poruchou funkcie pečene sa max. denná dávka 30 mg musí podávať s opatrnosťou. U pacientov vo veku nad 65 rokov sa má zvážiť nižšia začiatková dávka. Podáva sa perorálne, bez ohľadu na príjem potravy.

Kontraindikácie: precitlivosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní: výskyt samovraždného správania sa v niektorých prípadoch pozoroval skoro po začatí liečby alebo zmene antipsychotickej liečby, vrátane liečby aripiprazolom. Aripiprazol sa má opatrne používať u pacientov so známou kardiovaskulárnou chorobou, cerebrovaskulárnou chorobou, podmienkami, ktoré môžu mať vplyv na pacientov s predispozíciou na hypotenziu alebo hypertenziu, u pacientov s rodinnou anamnézou QT predĺženia, epilepsiou v anamnéze, s rizikom aspiračnej pneumónie. Pred a počas liečby Aripiprazolom Zentiva sa majú stanoviť rizikové faktory VTE a vykonať preventívne opatrenia. V prípade vzniku tardívnej dyskíniezy sa má zvážiť zníženie dávky alebo prerušenie liečby. Užívanie sa musí prerušiť, ak sa objavia príznaky neuroleptického malígneho syndrómu alebo pri nevyvetliteľnej vysokej horúčke. Liek nie je indikovaný pre liečbu psychózy spojené s demenciou. Počas liečby sa majú sledovať príznaky hyperglykémie. U dospievajúcich pacientov s bipolárnou mániou sa má sledovať prírastok telesnej hmotnosti. Liek obsahuje laktózu. Pacienti majú byť opatrní pri obsluhu nebezpečných strojov, vrátane motorových vozidiel, pokiaľ si nie sú dostatočne istí, že aripiprazol nemá na nich nepriaznivý vplyv.

Liekové a iné interakcie: aripiprazol môže zvyšovať účinok niektorých antihypertenzív. Zvýšená pozornosť sa musí venovať podávaniu aripiprazolu v kombinácii s alkoholom alebo inými liekmi pôsobiacimi na CNS. Opatrnosť je potrebná pri súbežnej liečbe s liekmi, ktoré zapríčiňujú QT predĺženie alebo elektrolytovú nerovnováhu. Dávka aripiprazolu sa má znížiť približne na polovicu pri súčasnej liečbe chinidínom a ďalšími silnými inhibítormi CYP2D6, ketokonazolom a ďalšími silnými inhibítormi CYP3A4. Dávka aripiprazolu sa má zdvojnásobiť, ak sa pri súčasnej liečbe s karbamazepínom a ďalšími silnými induktormi CYP3A4. Prípady sérotonínového syndrómu sa môžu vyskytnúť hlavne pri súbežnom užívaní so silnými sérotonernými liekmi, alebo s liekmi, ktoré zvyšujú koncentrácie aripiprazolu.

Gravidita a laktácia: nemá sa podávať počas gravidity, pokiaľ očakávaný prínos liečby zreteľne neprevýši potenciálne riziko pre plod. Vylučuje sa do materského mlieka, pacientky majú byť poučené, aby nedojčili.

Nežiaduce účinky: najčastejšími nežiaducimi reakciami v placebom kontrolovaných štúdiách boli nepokoj a nauzea, medzi časté NÚ patrili aj: insomnie, úzkosť, extrapyramídová porucha, akatázia, tremor, závrat, somnolencia, sedácia, bolesť hlavy, rozmazané videnie, dyspepsia, vracanie, zápcha, hypersekrécia slín, únava.

Veľkosť balenia: 28 tabliet

Držiteľ rozhodnutia o registrácii: Zentiva, k.s., Praha, Česká republika

Dátum poslednej revízie textu SmPC: jún 2015

Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis.

Určené pre odbornú verejnosť.

Pred predpísaním lieku sa oboznámte s úplným znením SmPC, ktoré môžete získať na adrese: Zentiva, a.s., Einsteinova 24, 851 01 Bratislava, tel. 02/33 100 100

Kód materiálu: SACS.GARIZ.15.11.1337

Dátum prípravy: november 2015

Literatúra:

1. Vyhľadávanie v databáze registrovaných liekov [online] [cit.09-11-2015]: http://www.sukl.sk/sk/databazy-a-servis/databazy/vyhľadavanie-v-database-registrovaných-liekov?page_id=242&lie_nazov=Aripiprazole+Zentiva&lie_kod=&atc_kod=&lie_rc=&atc_nazov=&isk_kod=0&drz_kod=&vyd_kod=0&org_kod=0®_typ_kod=0&in_kat=LEFT&ped_ind=ALL&ped_kontraind=ALL
2. SmPC prípravku Aripiprazole Zentiva 10 mg tablety, Aripiprazole Zentiva 15 mg tablety, dátum revízie textu jún 2015

Duloxetine Zentiva

tvrdé gastrorezistentné kapsuly 30 mg / 60 mg

*Pre váš
plnohodnotnejší
život*



TERAPEUTICKÉ INDIKÁCIE¹

- **Liečba veľkej depresívnej poruchy.**
- **Liečba diabetickej periférnej neuropatickej bolesti.**
- **Liečba generalizovanej úzkostnej poruchy.**

Duloxetine Zentiva je indikovaný u dospelých.

ŠÚKL KÓD ²	NÁZOV ²	DOPLNOK ²
5786B	Duloxetine Zentiva 30 mg tvrdé gastrorezistentné kapsuly	cps end 7x30 mg (blis. PCTFE/PVC/Al)
5789B	Duloxetine Zentiva 60 mg tvrdé gastrorezistentné kapsuly	cps end 28x60 mg (blis. PCTFE/PVC/Al)

Literatúra 1 | SmPC prípravku Duloxetine Zentiva 30 mg tvrdé gastrorezistentné kapsuly, Duloxetine Zentiva 60 mg tvrdé gastrorezistentné kapsuly, dátum revízie textu august 2015 | 2 | Vyhľadanie v databáze registrovaných liekov [online] [cit.02-11-2015]: http://www.sukl.sk/sk/databazy-a-servis/databazy/vyhladavanie-v-databaze-registrovanых-liekov?page_id=242&lie_nazov=Duloxetine+Zentiva&lie_kod=&atc_kod=&lie_rc=&atc_nazov=duloxet%C3%AD-n&isk_kod=0&drz_kod=&vyd_kod=0&org_kod=0®_typ_kod=0&in_kat=LEFT&ped_ind=ALL&ped_kontraind=ALL

ZENTIVA
SPOLOČNOSŤ SKUPINY SANOFI

Duloxetine Zentiva

tvrdé gastrorezistentné kapsuly 30 mg / 60 mg



SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU

Názov lieku: Duloxetine Zentiva 30 mg tvrdé gastrorezistentné kapsuly, Duloxetine Zentiva 60 mg tvrdé gastrorezistentné kapsuly

Farmakoterapeutická skupina: iné antidepresíva

ATC kód: N06AX21

Zloženie: duloxetínumchlorid v množstve zodpovedajúcom 30 alebo 60 mg duloxetínu.

Terapeutické indikácie: veľká depresívna porucha, diabetická periférna neuropatická bolesť, generalizovaná úzkostná porucha. Indikovaný u dospelých.

Dávkovanie a spôsob podávania: veľká depresívna porucha - počiatočná a odporúčaná udržiavacia dávka je 60 mg jedenkrát denne. Generalizovaná úzkostná porucha - odporúčaná počiatočná dávka je 30 mg jedenkrát denne, pri nedostatočnej odpovedi sa má zvýšiť na 60 mg, čo je zvyčajná udržiavacia dávka u väčšiny pacientov, u pacientov s nedostatočnou odpoveďou možno zvážiť zvýšenie na 90 alebo 120 mg. Diabetická periférna neuropatická bolesť - počiatočná a odporúčaná udržiavacia dávka je 60 mg jedenkrát denne, pacientom s nedostatočnou reakciou na dávku 60 mg môže prospieť zvýšenie až po maximálnu dávku 120 mg. Užíva sa perorálne, s jedlom alebo bez jedla. Vyšší vek sám o sebe nie je dôvodom pre úpravu dávky. U pacientov s miernym alebo stredne závažným poškodením obličiek (klírens kreatinínu 30 až 80 ml/min) nie je nutné upravovať dávku. Pri ukončovaní liečby sa má dávka znižovať postupne aspoň počas jedného až dvoch týždňov, aby sa znížilo riziko príznakov z vysadenia.

Kontraindikácie: precitlivenosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok, súbežné podávanie s neselektívnymi ireverzibilnými inhibítormi monoaminoxidázy, ochorenie pečene s následkom poruchy funkcie pečene, kombinácia s fluvoxamínom, ciprofloxacínom alebo enoxacínom (t.j. silnými inhibítormi CYP1A2) závažná porucha funkcie obličiek (klírens kreatinínu < 30 ml/min), liečba sa nesmie začať u pacientov s nekontrolovanou hypertenziou.

Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní: s opatrnosťou používať u pacientov, ktorí majú v anamnéze mániu alebo diagnózu bipolárnej poruchy a/alebo záchvaty, u pacientov so zvýšeným vnútroočným tlakom alebo pacientov, u ktorých je riziko vzniku akútneho glaukómu s úzkym uhlom. V súvislosti s duloxetínom boli zaznamenané prípady hypertenznej krízy, hlavne u pacientov s preexistujúcou hypertenziou. Pri liečbe duloxetínom sa môže vyskytnúť sérotonínový syndróm. V priebehu súbežného užívania lieku s bylinnými prípravkami obsahujúcimi ľubovník bodkovaný sa môžu častejšie vyskytovať nežiaduce reakcie. V priebehu liečby duloxetínom alebo krátko po ukončení tejto liečby boli zaznamenané prípady výskytu suicidálnych myšlienok a suicidálneho správania. V súvislosti s SSRI a SNRI, vrátane duloxetínu, boli zaznamenané prípady abnormalít spojených s krvácaním, ako sú ekchymóza, purpura a gastrointestinálne krvácanie. Pri podávaní duloxetínu bola hlásená hyponatriémia, prípady poškodenia pečene. Užívanie duloxetínu je spájané so vznikom akatízie. Obsahuje sacharózu.

Liekové a iné interakcie: z dôvodu rizika vzniku sérotonínového syndrómu sa duloxetín nemá používať v kombinácii s neselektívnymi IMAO, súbežné užívanie so selektívnymi reverzibilnými IMAO, ako je moklobemid, sa neodporúča. Súčasné užívanie duloxetínu spolu so silnými inhibítormi CYP1A2 pravdepodobne vedie k zvýšenej koncentrácii duloxetínu. Duloxetín je mierny inhibítor CYP2D6. Opatrnosť je potrebná, keď sa duloxetín kombinuje s perorálnymi antikoagulantami alebo antiagreganciami kvôli možnému zvýšeniu rizika krvácania, ktoré sa pripisuje farmakodynamickej interakcii. Fajčiari majú takmer o 50% nižšie plazmatické koncentrácie duloxetínu než nefajčiari. Gravidita a laktácia: duloxetín sa má užívať v priebehu gravidity len vtedy, ak jej potenciálny prínos prevyší možné riziko pre plod, užívanie počas dojčenia sa neodporúča.

Nežiaduce účinky: časté: pokles chuti do jedla, nespavosť, agitácia, pokles libida, úzkosť, abnormálny orgazmus, abnormálne sny, závrat, letargia, tras, parestézia, neostré videnie, tinitus, palpitácie, zvýšenie krvného tlaku, sčervenanie, zívanie, zápcha, hnačka, bolesť brucha, vracanie, dyspepsia, plynatosť, zvýšené potenie, vyrážka, bolesť svalov a kostí, svalový kŕč, dyzúria, polakizúria, erektilná dysfunkcia, porucha ejakulácie, oneskorená ejakulácia, pády, únava, pokles hmotnosti.

Veľkosť balenia: Duloxetine Zentiva 30 mg tvrdé gastrorezistentné kapsuly 7 kapsúl, Duloxetine Zentiva 60 mg tvrdé gastrorezistentné kapsuly 28 kapsúl.

Držiteľ rozhodnutia o registrácii: Zentiva, k.s., Praha, Česká republika

Dátum poslednej revízie textu SmPC: august 2015

Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis.

SACS.GDULZ.15.10.1258 | OKTÓBER 2015

URČENÉ PRE ODBORNÚ VEREJNOSŤ.

Pred predpísaním lieku sa oboznámte s úplným znením SmPC, ktoré môžete získať na adrese: Zentiva, a.s., Einsteinova 24, 851 01 Bratislava, tel. 02/33 100 100

ZENTIVA
SPOLOČNOSŤ SKUPINY SANOFI