

Psychiatrie pro praxi

2017

2^E

www.solen.cz | www.psychiatriepropraxi.cz | ISSN 1213-0508 | Ročník 18 | 2017

PŘEHLEDOVÉ ČLÁNKY

Poruchy autistického spektra – 2. díl

Racionální využití psychofarmak v onkologii – vybrané indikace, interakce, tipy pro praxi

INFORMACE

Psychosociální komunitní centrum pro lidi s duševním onemocněním

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Časopis je indexován
v Bibliographia Medica
Čechoslovaca a v EMcare.



SLOVO ÚVODEM

Vážení a milí čtenáři,
opět jsme pro Vás připravili rozšířenou elektronickou verzi časopisu Psychiatrie pro praxi.

Doplňuje tištěnou verzi – nabízí Vám další články.

Pěkné čtení Vám přeje

redakce časopisu Psychiatrie pro praxi

PŘEHLEDOVÉ ČLÁNKY

- 3** Iva Dudová, Markéta Mohaplová
Poruchy autistického spektra – 2. díl
- 10** Jana Gregorová, Petra Holečková
**Racionální využití psychofarmak v onkologii –
vybrané indikace, interakce, tipy pro praxi**

INFORMACE

- 20** Miluše Balková, Veronika Benešová
**Psychosociální komunitní centrum pro lidi
s duševním onemocněním**

V dalších číslech...



... co v tištěném časopisu nenajdete

- ▶ bonusové články
- ▶ abstrakta z kongresů
- ▶ celé prezentace...

... a co papír neumí

- ▶ videa z kongresů
- ▶ vyhledávání v článcích
- ▶ odkazy na web...



Poruchy autistického spektra – 2. díl

Iva Dudová¹, Markéta Mohaplová²

¹Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

²Oddělení klinické psychologie FN Motol, Praha

Druhá část přehledového článku o poruchách autistického spektra shrnuje diagnostický postup a diagnostické nástroje dostupné v ČR. Zmiňuje klíčovou roli dětského lékaře pro identifikaci časných příznaků a ranou diagnostiku. Doplnuje psychologickou diagnostiku jako důležitou součást komplexního vyšetřovacího procesu. Podává základní údaje o průběhu a prognóze a strategii farmakoterapie poruch autistického spektra. Na závěr uvádí doporučení zejména pro praktické lékaře pro děti a dorost, jak postupovat při preventivních prohlídkách či při podezření na poruchu autistického spektra kdykoliv během dětského věku.

Klíčová slova: poruchy autistického spektra, diagnostika, psychologické vyšetření, průběh, prognóza, terapie.

Autism spectrum disorders – part 2

Part 2 of the review article on autism spectrum disorders summarizes the diagnostic strategies and diagnostic tools available in the Czech Republic. The crucial role of the paediatrician in identifying early symptoms and providing initial diagnosis is discussed. Psychological diagnosis as an important component of a comprehensive examination process is also included. Basic information is provided on the course and prognosis as well as the strategy of pharmacotherapy in autism spectrum disorders. Finally, recommendations are presented, particularly for the general paediatrician, on how to proceed during preventive check-ups or when autism spectrum disorder is suspected at any time during childhood.

Key words: autism spectrum disorders, diagnostics, psychological assessment, course, prognosis, therapy.

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: doc. MUDr. Iva Dudová, Ph.D.,
iva.dudova@lfmotol.cuni.cz, Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol
V Úvalu 84, 150 00 Praha 5

Převzato z: Pediatr. praxi. 2016; 17(4): 204–207
Článek přijat redakcí: 18. 3. 2016
Článek přijat k publikaci: 10. 8. 2016



Diagnostika poruch autistického spektra

Za stanovení diagnózy nese konečnou odpovědnost lékař – dětský psychiatr. Ostatní odbornosti lékařské i nelékařské na postupu vyšetřování autistických pacientů spolupracují pod jeho koordinací. Samotné stanovení diagnózy a míry závažnosti postižení pouze pomocí prostého klinického hodnocení je málo přesné, i když MKN-10 poskytuje detailní vodítka pro diagnostiku. Velkým přínosem je dlouhodobá klinická zkušenost lékařů a psychologů a dostupnost diagnostických nástrojů ve specializovaných centrech. Při klinickém vyšetření se opíráme o pozorování dítěte a o kontakt s ním, klíčové jsou anamnestické údaje rodiny o nástupu příznaků a vývoji poruchy. Pro přesnější hodnocení autistických projevů existuje řada standardizovaných diagnostických nástrojů, které se již staly rutinní částí vyšetřovacího a hodnotícího procesu (1). Tyto nástroje samotné netvoří diagnózu, ale doplňují a zpřesňují podklady pro ni.

V současnosti je u nás vůbec nejvíce užívána poměrně jednoduchá semidiagnostická observační škála CARS (Childhood Autism Rating Scale). Velmi podrobným strukturovaným interview s rodiči (nebo pečovateli o dítě) je ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised). Vůbec nejsofistikovanějším a nejnáročnějším diagnostickým nástrojem je strukturovaná observační škála ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule). Tzv. zlatým diagnostickým standardem je rozhodnutí z klinického vyšetření kombinované s ADI-R a ADOS (2). Diagnostické nástroje prochází často revizemi, v českém jazyce jsou již k dispozici škála CARS 2 a metoda ADOS-2.

V posledních letech je důraz kladen na časnou identifikaci a diagnostiku PAS. V raném věku se proto klinicky zaměřujeme na sledování vývo-

jových dovedností a na jejich abnormality u dětí s PAS. Informovanost dětských lékařů v problematice příznaků poruch autistického spektra v raném věku dítěte je pro časnou diagnostiku klíčová. Rodiče se často na praktického lékaře pro děti a dorost obrací při pochybnostech o vývoji svého dítěte a čekají informovanost a znalost postupu v odůvodněných případech. Jsou-li rodiče vývojem dítěte znepokojeni a informace od nich svědčí pro podezření na PAS, bylo by vhodné provést screening na PAS, který se nabízí jako prostředník k časně identifikaci a správnému nasměrování dětí s podezřením na diagnózu poruchy autistického spektra do speciální péče (3). U dětí v raném věku bychom doporučovali vzhledem k dostupnosti české verze, jednoduchosti administrace i vyhodnocení použití screeningového testu M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers) (4). Česká screeningová metoda DACH (Dětské autistické chování), vytvořená Thorovou v roce 2003, je určena k depistáži dětí s PAS. Jedná se o rodičovský dotazník vhodný k použití u dětí od 18 měsíců do dosažení 5 let věku (5). Pro děti ve věku 4–11 let je v ČR k dispozici test CAST (Childhood Autism Spectrum Test) (6).

Zhodnocení stavu dítěte z více zdrojů (observace, anamnestické a současné údaje rodičů či jiných pečovatelů o dítě) je v případě pozitivního výsledku screeningu nutné. Pozitivita screeningových testů bývá v běžné populaci vyšší než předpokládaná prevalence PAS, výsledky testů tak mohou být falešně pozitivní. V přehledové review zabývající se screeningem a diagnostikou PAS v USA se pohybovala pozitivita screeningových nástrojů, mezi kterými byl nejvýrazněji zastoupen M-CHAT, mezi 3–24 % (7). Falešná pozitivita testu M-CHAT znamená, že děti byly označeny jako děti s PAS, protože dosáhly hranice positivity testu, ale při následném přezkoušení byly vyhodnoceny jako děti s typickým vývojem



nebo s diagnózou jinou než je PAS (např. opožděný vývoj řeči, senzorycká porucha). Zkušenosti z plošného screeningu na PAS ze Spojených států ukazují, že děti screenující pozitivně v testu M-CHAT měly z tohoto vyšetření prospěch, i když u nich nebyla stanovena diagnóza PAS (3).

Rodiče i odborníci většinou správně vyhodnotí, že pozitivita ve screeningovém testu na PAS znamená, že dítě by mohlo mít diagnózu PAS. Často se ale mylně domnívají, že negativní výsledek testu znamená, že dítě zcela určitě diagnózu PAS nemá. Je velmi důležité na tento fakt falešné negativity upozornit. Screeningové dotazníky nejsou dokonalé a nezohledňují celou širší autistické symptomatologie. Poruchy autistického spektra jsou navíc variabilní ve věku začátku, proto děti screenované před nástupem příznaků mohou uniknout pozornosti (3).

Psychologické vyšetření

Klinicko-psychologické vyšetření dítěte se suspektní nebo již diagnostikovanou poruchou autistického spektra by mělo být zaměřeno na zhodnocení celkové vývojové úrovně, u starších dětí pak na stanovení úrovně intelektových předpokladů včetně popisu vývojového nebo inteligenčního profilu. Dále by mělo zmapovat pozornost, celkové psychomotorické tempo, motorické dovednosti včetně grafomotoriky, formu a úroveň komunikace, sociální dovednosti, teorii mysli, kvalitu hry, motivačně volní vlastnosti, afektivitu, ochotu a schopnost spolupracovat při řízené činnosti, tedy kvalitu vstupních předpokladů nezbytných pro zahájení nácviku a terapeutických aktivit.

Nejčastěji používané vývojové škály jsou Vývojové škály Bayleyové (BSID II, Bayley Scales of Infant Development-Second Edition a Bayley III, Bayley Scales of Infant and Toddler Development-Third Edition) pro

věk do 42 měsíců a a Gesellova vývojová škála pro věk do 36 měsíců. Dítě s PAS vykazuje typicky nerovnoměrný profil schopností (8), proto se mimo interpretace celkového vývojového kvocientu musíme zaměřit na dosaženou úroveň v konkrétních oblastech. Jedná se o oblasti Adaptivita, Řeč (rozdělujeme na receptivní a expresivní složku), Motorika a Sociální chování. Ve zprávě z psychologického vyšetření by mělo být uvedeno, jakému věku odpovídají aktuální dovednosti dítěte v dané oblasti. Vývojový kvocient není totožný s inteligenčním kvocientem a termíny „lehké“ a „středně těžké“ vývojové opoždění nejsou totožné s lehkou a středně těžkou mentální retardací. Vývojové škály mapují i dovednosti nesouvisející jen s intelektovým potenciálem (např. vývoj motoriky nebo sebeobsluhy). Případné deficity nebo nevyváženost vývoje mohou ukazovat na potíže v jiné než intelektové oblasti, výsledky úzce souvisí také s podnětností prostředí. Navíc vývoj vykazuje i při souběhu ideálních životních podmínek vysokou variabilitu. Celkové vývojové opoždění může založit podezření na mentální retardaci, jejíž hloubku lze objektivně stanovit teprve s využitím testů inteligence.

Testy inteligence, tedy metody mapující rozložení a úroveň kognitivních předpokladů, je teoreticky možné použít od věku 30 měsíců. Vzhledem k vysoké komorbiditě autismu a mentální retardace řada dětí s pervazivní vývojovou poruchou nedosahuje mentální úrovně potřebné ani pro vstupní položky testu a jsou nadále klinickým psychologem popisovány výše uvedenými termíny z vývojových škál. Pokud je dítě schopné spolupracovat na administraci, volíme inteligenční škálu odpovídající věku a schopnostem. V našich podmínkách se používají testy SON-R (SON-R 2,5–7 = Snijders-Oomen Nonverbal Intelligence Test), S-B test IV (Stanfordský Binetův inteligenční test, čtvrtá revize), IDS



(Intelligence and Development Scales) a WISC III (Wechsler Intelligence Scale for Children, třetí revize). Pokud je profil schopností výrazně nerovnoměrný nebo dítě plnilo úkoly až po modifikaci, ale v zásadě správně, bývá ve zprávě kromě aktuální úrovně dovedností uváděn také potenciál dítěte v rámci tzv. testování limitů.

Celkově by klinicko psychologické vyšetření mělo kromě diferenciálně diagnostické rozvahy a případné komorbidity podat zprávu o aktuální úrovni vývoje nebo schopností a zmapovat potenciál dítěte s PAS. Výsledky by měly sloužit k nastavení odpovídajících intervencí a dále jako podklad pro speciálně pedagogická školská pracoviště.

Diferenciální diagnostika, komorbidita

Diferenciální diagnostika vymezuje jednak jednotlivé poruchy autistického spektra v rámci pervazivních vývojových poruch, jednak proti jiným psychiatrickým poruchám s podobnou či příbuznou symptomatikou jako je mentální retardace, schizofrenie s časným začátkem, demence v dětství, specifické vývojové poruchy řeči a jazyka, elektivní mutismus, sociálně úzkostná porucha v dětství, obsedantně kompulzivní porucha a hyperkinetická porucha (8).

Více než 70 % dětí s poruchou autistického spektra má komorbidní somatickou, vývojovou nebo psychickou poruchu. Jednou z nejčastějších komorbidit u dětí s autismem je mentální retardace (MR), vyskytuje se přibližně u 45 % dětí (9). Podle dřívějších epidemiologických studií bylo v souborech osob s autismem až 50 % osob s těžkou nebo hlubokou MR, až 35 % osob s lehkou nebo středně těžkou MR a u zbývajících přibližně 20 % osob byl intelekt v mezích normy (10). Výsledky výzkumu amerického Centra pro kontrolu nemocí a prevence uvádí,

že se v průběhu 10 let výrazně změnilo u sledované populace osmi-letých dětí s PAS rozložení IQ ve prospěch průměrné či nadprůměrné inteligence. V roce 2014 byly publikovány výsledky z roku 2010, kdy bylo 31 % dětí s PAS a mentální retardací (IQ < 70), 23 % dětí bylo v hraničním pásmu (IQ mezi 71 a 85) a 46 % dětí v pásmu průměru až nadprůměru (IQ > 85) (11).

Průběh a prognóza

Ačkoliv prognóza dítěte v době stanovení diagnózy PAS rodiče velmi zajímá, závisí na mnoha faktorech a nelze ji predikovat během dětství, především u dětí mladších 3 let. Důležitými časnými prognostickými faktory jsou schopnost sdílení pozornosti, funkční hry, kognitivní schopnosti a tíže autistických příznaků (12). Mnohé děti, hlavně s diagnózou atypického autismu, se zlepší a menšina má optimální průběh. Tyto děti s normálním intelektem a vysokou funkcí jsou schopny zapojení např. do běžné školní třídy bez asistence, ale i přesto vykazují reziduální klinické příznaky sociální neobratnosti, omezených zájmů nebo méně závažných a méně častých stereotypií. Časté jsou u nich také poruchy učení. Špatná prognóza PAS je spojována s nedostatkem sdílené pozornosti ve 4 letech věku a funkční řeči v 5 letech věku, mentální retardací, epileptickými a jinými záchvaty, komorbidním tělesným (např. tuberózní skleróza) nebo psychiatrickým (např. schizofrenie) onemocněním a závažností autistických příznaků, hlavně pokud jsou spojeny s extrémní „osamělostí“ (13).

Příznaky dětského autismu jsou nejvíce manifestní během třetího až pátého roku života. Děti v závislosti na tíži autistického handicapu získávají určité komunikační a sociální dovednosti během předškolní a školní



docházky. V adolescenci můžeme pozorovat jak zhoršení behaviorálních projevů, tak zlepšení symptomatiky. Výrazné potíže v různých sociálních situacích přetrvávají i u dospělých s PAS, a to i u těch velmi dobře fungujících (14). Trvale závislé na rodině nebo instituci zůstávají asi dvě třetiny dospělých osob s autismem. Lepší prognózu spojenou s částečnou samostatností má relativně málo osob s autismem. Podle mnohých autorů je předpokladem této samostatnosti nabídka speciálních programů časné diagnostiky a intervence, po kterých musí následovat dlouhodobé nácvikové a edukační programy (15). Jak v dětství, tak v dospělosti bývají autističtí pacienti (kvůli špatné komunikaci a porozumění sociálním situacím) obtížní a těžce ošetřitelní pacienti v běžné somatické medicíně. Tím u nich může nastat zanedbání různých zdravotních problémů.

V posledních letech se stále více setkáváme s diskuzí ohledně možné úzdravy z autismu. Za kritéria úzdravy považujeme fakt, že dítě nesplňuje kritéria pro PAS, nedosahuje hranici positivity v ADOS a dosahuje dobrého fungování v různých oblastech. Za akceptovatelné je bráno rozmezí údajů o úzdravě 3–25 % dětí (16).

Terapie

V posledních letech dochází k výrazné výzkumné aktivitě na poli behaviorálních intervencí (17), které společně s komunikačními a speciálně pedagogickými postupy zůstávají hlavními metodami ovlivňujícími jádrovou symptomatiku autismu. Stejně jako diagnostika, i aplikace behaviorálních intervencí se přesunuje do co nejranějšího věku dítěte. Zahájení časné intervence se doporučuje již při podezření na PAS u dítěte, ne až po ukončení diagnostického procesu. Rané behaviorální intervenční programy se zaměřují především na zlepšení v oblasti sdílené pozornosti,

symbolické hry, nápodoby, synchronizace s rodiči a sociálního zapojení (18). Obecně platí, že behaviorální programy, které jsou v terapii použity tak časně a intenzivně, jak je to možné, vedou ke zlepšení kognitivního, adaptivního a sociálně-komunikačního narušení u malých dětí s PAS. Analýzou odpovědi na léčbu na individuální úrovni ale zjišťujeme, že zatímco u některých dětí dojde k dramatickému zlepšení, některé vykazují jen střední, malý nebo žádný profit z terapie (19). Prozatím nevíme, „co zabírá u koho a proč“ a nemůžeme tak predikovat, která terapie bude pro jednotlivé dítě ta nejlepší. Úroveň kognitivních funkcí před terapií a řečové schopnosti nejčastěji korelovaly s mírou úspěchu terapie ve studiích zabývajících se ranými intervencemi.

Využití psychofarmak u PAS je limitováno tím, že dosud nebyla nalezena žádná účinná farmakologická léčba jádrových příznaků autismu. Psychofarmaka tak nadále zůstávají pouze doplňkovou intervencí pro ovlivňování některých problémových symptomů (8). Léčebný postup u dětského autismu byl zařazen do Doporučených postupů psychiatrické péče IV. vydaných Psychiatrickou společností ČLS JEP v roce 2014. Pro ovlivnění agresivity, zvýšené dráždivosti a sebepoškozování je lékem první volby risperidon, jediné antipsychotikum, které je v ČR registrováno pro užití u dětí od pěti let s poruchami chování a agresivitou. Druhou volbou je aripiprazol, jako třetí krok je možné zvolit olanzapin, ziprasidon nebo valproát. Pro ovlivnění stereotypního a repetitivního chování, obsedantního syndromu a rituálů autoři doporučují fluoxetin, escitalopram a citalopram, při neúčinnosti dvou SSRI antidepresiv spočívá třetí krok v použití clomipraminu. Jedinou volbou pro poruchy spánku je melatonin. Hyperkinetický syndrom a impulzivita jsou farmakologicky ovlivnitelné pomocí methylfenidátu, atomoxetinu, risperidonu nebo aripiprazolu (20).



Lékaři by měli být připraveni na diskuzi ohledně alternativních a doplňkových léčebných strategií u PAS. Tyto léčby jsou často praktikovány rodinami dětských pacientů s PAS. S většinou z nich je spojen velmi malý nebo neprokázaný efekt, ale naopak větší či menší riziko. Některé léčebné strategie opakovaně neprokázaly účinnost (např. intravenózní infuze sekretinu nebo orální podávání vitamínu B6 a magnezia) nebo randomizované kontrolované studie nedoporučují jejich použití (bezlepková a bezmléčná dieta, užívání omega-3-mastných kyselin, podávání imunoglobulinu). Některé terapie mají potenciálně možný velký negativní vliv buď přímo na dítě (např. chelatační terapie = terapie sloužící k odstranění těžkých kovů z organismu), nebo přímo na dítě a celou rodinu (např. finanční nároky terapie). Proto je důležité informovat rodiče a jiné rodinné příslušníky o terapeutických strategiích v souladu s „evidence-based treatment“ (léčbou založenou na důkazech) (10).

Závěr

Role dětského lékaře je pro časnou identifikaci PAS klíčová. Na závěr bychom chtěli uvést doporučení zejména pro praktické lékaře pro děti

a dorost, jak postupovat při preventivních prohlídkách či při podezření na poruchu autistického spektra kdykoliv během dětského věku:

1. Zahrnout do otázek, které se běžně používají pro ověření normálního psychomotorického vývoje, rutinně otázky cílené na symptomatiku PAS.
2. V případě znepokojení rodiny nebo lékaře a/nebo při přítomnosti rizikového faktoru (sourozenec s PAS, dítě předčasně narozené/s nízkou porodní hmotností) použít screeningový test na PAS.
3. Při pozitivním výsledku screeningu provést důkladné vyšetření a zhodnocení, zda jsou skutečně přítomny příznaky ukazující na PAS.
4. Pokud nadále trvá podezření na PAS, odeslat dítě na specializovanou vyšetření a doporučit rodině speciální péči o dítě.

Práce byla podpořena z programového projektu Ministerstva zdravotnictví ČR s reg. č. 16-31754A, projektem (Ministerstva zdravotnictví) koncepčního rozvoje výzkumné organizace 00064203 (FN MOTOL) a programem rozvoje vědních oblastí na Univerzitě Karlově č. P07 Psychosociální aspekty kvality lidského života. Veškerá práva podle předpisů na ochranu duševního vlastnictví jsou vyhrazena.

LITERATURA

1. Rutter M, Taylor E. Child and Adolescent Psychiatry. 4th Edition. Oxford: Blackwell Publishing 2002.
2. Woodbury-Smith MR, Volkmar FR. Asperger syndrome. European Child and Adolescent Psychiatry 2009; 18: 2–11.
3. Miller JS, Pandey J, Berry LN. Pediatric screening of autism spectrum disorders. In: Patel VB, Preedy VR, Martin CR (eds.). Comprehensive Guide to Autism. New York: Springer Science + Business Media 2014: 2922 s.
4. Robins DL, Fein D, Barton ML, Green JA. The modified checklist for autism in toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. J Autism Dev Disord 2001; 31: 131–144.
5. Thorová K. Poruchy autistického spektra. Praha: Portál; 2006.
6. Baron-Cohen S, Scott FJ, Allison C, et al. Prevalence of autism-spectrum conditions: UK school-based population study. Br J Psychiatry 2009; 194(6): 500–509.
7. Daniels AM, Halladay AK, Shih A, et al. Approaches to enhancing the early detection of autism spectrum disorders: a systematic review of the literature. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2014; 53(2): 141–152.
8. Hrdlička M, Komárek V (eds.). Dětský autismus: přehled současných poznatků. Vyd. 2., dopl. Praha: Portál 2014: 212 s.
9. Lai M, Lombardo MV, Baron-Cohen S. Autism. Lancet 2014; 383: 896–910.
10. Volkmar F, Siegel M, Woodbury-Smith M, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with autism spectrum disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2014; 53(2): 237–257.



11. Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2010 Principal Investigators; Centers for Disease Control and Prevention (DDM Principal Investigators). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years – autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. MMWR Surveill Summ. 2014; 28; 63(2): 1–21.
12. Landa RJ. Diagnosis of autism spectrum disorders in the first 3 years of life. Nat Clin Pract Neuro. 2008; 4(3): 138–147.
13. Johnson CP, Myers SM. Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. Pediatrics. 2007; 120: 1183–1207.
14. Volkmar FR, Cohen DJ. Diagnosis of pervasive developmental disorders. In: Lahey B, Kazdin A. Advances in Clinical Child Psychology. Vol.11. New York: Plenum, 1988.
15. Koenig K, Rubin E, Klin A, Volkmar FR. Autism and the pervasive developmental disorders. In Zeanah CH. Handbook of Infant Mental Health. New York: Guilford Press, 2000.
16. Helt M, Kelley E, Kinsbourne M, et al. Can children with autism recover? If so, how? Neuropsychol Rev 2008; 18: 339–366.
17. Zwaigenbaum L, Bauman ML, Choueiri R, et al. Early intervention for children with autism spectrum disorder under 3 years of age: Recommendations for practice and research. Pediatrics 2015; 136: S60–S81.
18. Charman T. Early identification and intervention in autism spectrum disorders: Some progress but not as much as we hoped. Int J Speech Lang Pathol 2014; 16(1): 15–18.
19. Vivanti G, Prior M, Williams K, Dissanayake Ch. Predictors of outcomes in autism early intervention: why don't we know more? Front Pediatr 2014; 2(58): 1–10.
20. Hrdlička M, Dudová I. Dětský autismus. In Raboch J, Uhlíková P, Hellerová P, et al (eds.) Doporučené postupy psychiatrické péče IV. Psychiatrická společnost ČLS JEP 2014: 165–169.



Racionální využití psychofarmak v onkologii – vybrané indikace, interakce, tipy pro praxi

Jana Gregorová^{1, 2}, Petra Holečková^{3, 4}

¹Oddělení klinické farmacie, Nemocnice Na Bulovce, Praha

²Ústav aplikované farmacie, Farmaceutická fakulta VFU, Brno

³Ústav radiační onkologie, Nemocnice Na Bulovce, Praha

⁴1. lékařská fakulta UK, Praha

Mezi indikace psychofarmak v onkologii patří mimo jiné chemoterapií indukovaná neuropatie, deliria, nauzea, emeze a ovlivnění chuti k jídlu. Psychofarmaka jsou v těchto indikacích často používána „off label“ a je třeba při jejich ordinaci pacientům věnovat pozornost i této problematice. Hladiny některých psychofarmak mohou být ovlivněny řadou současně užívaných léčiv v důsledku farmakokinetických lékových interakcí. Dexametazon, fenytoin a karbamazepin bývají častou komedikací u výše zmiňovaných indikací, patří mezi významné enzymové induktory a mohou vést ke snížení efektu podávaných psychofarmak. Kombinace psychofarmak přináší i zvýšené riziko farmakodynamických lékových interakcí.

Klíčová slova: psychofarmaka, onkologie, lékové interakce.

Rational use of psychotropic drugs in oncology – selected indications, interactions, tips for practice

Indications psychotropic drugs in oncology include also chemotherapy-induced neuropathy, delirium, nausea, emesis and affect appetite. Psychotropic drugs are often used "off label" and should be used in patients to attention. Levels of some of psychotropic drugs may be affected

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: PharmDr. Jana Gregorová, jana.gregorova@bulovka.cz
Oddělení klinické farmacie, Nemocnice Na Bulovce, Praha
Budínova 67/2, 180 81 Praha 8

Převzato z: Onkologie 2017; 11(1): 29–33
Článek přijat redakcí: 21. 11. 2016
Článek přijat k publikaci: 9. 1. 2017



by a number of concomitantly administered drugs due to pharmacokinetic drug interactions. Dexamethasone, phenytoin, and carbamazepine are often the co-medication with the above-mentioned indications, among the important enzyme inducers and may reduce the effect of psychotropic drugs. Combinations of psychotropics potentially increased risk of pharmacodynamic drug interactions.

Key words: psychotropic drugs, oncology, drug interaction.

Úvod

V medikacích onkologických pacientů se stále častěji objevují psychofarmaka a jejich kombinace, důvodem je to, že jsou tato léčiva používána nejen v terapii úzkosti a deprese, ale také v řadě dalších indikací, které souvisejí buď s důsledky vlastního onkologického onemocnění, nebo s důsledky jeho léčby. V článku bude věnována pozornost racionálnímu použití psychofarmak pouze u vybraných indikací, kterými jsou – chemoterapií indukovaná neuropatie, delirium, nauzea, emeze a ovlivnění chuti k jídlu. V těchto indikacích jsou psychofarmaka často používána „off-label“ a při jejich ordinaci je třeba věnovat pozornost i této problematice.

Psychofarmaka ovlivňují řadu receptorů, mediátorů a následně intracelulárních drah, proto mají relativně velký potenciál k farmakodynamickým lékovým interakcím. Kromě toho se jednotlivá léčiva mezi sebou liší potenciálem k farmakokinetickým lékovým interakcím, kdy v důsledku ovlivnění aktivity enzymů, které jsou zapojeny do metabolismu psychofarmak, může dojít ke zvýšení nebo naopak snížení jejich účinku. Riziko lékových interakcí a jejich nepříznivého dopadu na pacienta vzrůstá, pokud jsou psychofarmaka kombinována navzájem nebo s další medikací. Celkový přehled možných lékových interakcí psychofarmak s další farmakoterapií používanou v onkologii je nad rámec tohoto článku. Bude podtržen do-

pad podávání enzymových induktorů, které bývají často v medikacích u onkologických pacientů a ve výše zmíněných indikacích, na účinek některých psychofarmak.

Vybrané indikace psychofarmak v onkologii

1. Chemoterapií indukovaná neuropatie (CIPN)

V současné době nelze na základě nedostatku kvalitních důkazů vytvořit doporučené postupy pro podávání tricyklických antidepresiv, gabapentinu a pregabalinu u CIPN. Nicméně vzhledem k prokázané účinnosti těchto léků u jiných neuropatických bolestivých stavů lze u pacientů trpících CIPN použít. **Dostupné údaje podporují doporučení pro léčbu duloxetinem u pacientů s CIPN** (1). Důležité je průběžné přehodnocování efektu této terapie. V tabulce 1 jsou pro přehled uvedena léčiva, která se v terapii neuropatické bolesti v ČR používají, a jejich schválené indikace dle souhrnu údajů o přípravku (SPC).

2. Delirium

Delirium je porucha vznikající jako nespecifická odpověď na různé noxy somatického a intoxikačního charakteru, základním rysem je kvalitativní porucha vědomí. Mezi rizikové faktory patří demence,

Tab. 1. Léčiva a jejich indikace k terapii neuropatické bolesti dle SPC

Léčivo	Indikace dle SPC
Imipramin	při léčbě určitých typů chronické bolesti
Dosulepin	potenciace analgeticky působících léků u chronických bolestí nejrůznější etiologie
Amitriptylin	nemá indikaci
Venlafaxin	nemá indikaci
Duloxetin	léčba diabetické periferní neuropatické bolesti
Gabapentin	periferní neuropatická bolest, jako je bolestivá diabetická neuropatie a postherpetická neuralgie
Pregabalin	je indikován k léčbě periferní a centrální neuropatické bolesti

SPC – souhrn údajů o přípravku

vysazení alkoholu, benzodiazepinů a některých dalších léků, změny v dávkování léčiv, předávkování léčivy i např. v důsledku poruchy eliminace léčiv z organismu, dehydratace, sepse, septický šok, dysbalance vnitřního prostředí, bolest atd. V tabulce 2 jsou uvedena antipsychotika a jejich dávkování v terapii delirií, vedlejší nežádoucí účinky, na které upozorňuje Breitbart a kol. (2) při jejich akutním podání v této indikaci, a způsob podání (2). V tabulce 3 jsou pak pro přehled shrnuty indikace antipsychotik dle SPC („label use“) u poruch chování kromě psychóz a bipolárních poruch.

Haloperidol zůstává zlatým standardem v terapii delirií (2), viz tabulka 2. Jeho působení je hlavně na dopaminových receptorech, ke kterým má velkou afinitu, má dlouhý biologický poločas, k dispozici je řada lékových forem – tablety, kapky, injekce, které umožňují různé

způsoby podání – perorální, intramuskulární, ale také subkutánní a intravenózní, poslední dva uvedené způsoby patří mezi tzv. „off-label use“. Je doporučována monitorace EKG, pokud je haloperidol podáván v dávkách > 5–10 mg, pokud se jedná o pacienta se základním nestabilním kardiálním onemocněním, o pacienta s elektrolytovými poruchami vnitřního prostředí, s další medikací, která může prodloužit QTc interval, o křehkého geriatrického pacienta a pokud je haloperidol podáván intravenózně.

Haloperidol, risperidon, olanzapin a kvetiapin jsou stejně efektivní a bezpečné v terapii deliria (3). U pacientů ≥ 75 let nebo tam, kde delirium nasedá na demenci, mohou mít léčiva s anticholinergními účinky – olanzapin (3), ale také levomepromazin nebo benzodiazepiny horší výsledky.

Tiaprid působí antagonisticky na dopaminových receptorech, v nízkých dávkách je jeho působení spíše anxiolytické, podobně jako u sulpiridu a amisulpridu, což je důsledkem ovlivnění presynaptických D2 autoreceptorů, ve vyšším dávkování se používá pro léčbu poruch chování a deliria. Má krátký poločas a vylučuje se renálně v nezměněné formě, je třeba počítat s kumulací u renální insuficience.

Benzodiazepiny jsou první volbou u deliria, které vzniklo v důsledku odnětí alkoholu nebo benzodiazepinů.

3. Nausea, emeze

Antipsychotika mají velký potenciál příznivě ovlivňovat nauzeu a zvracení u pacientů v onkologii (4), viz tabulka 4.

Nausea a zvracení jsou koordinovány: 1) vlákny vagovými – významná serotoninergní transmise přes 5-HT₃ receptory, a splachnicovými – inervace orgánů dutiny břišní, 2) vlákny vestibulárního systému

Tab. 2. Antipsychotika a jejich použití v terapii deliria, zpracováno dle Breitbart et al. (2)

Antipsychotika typická	Dávkování	Způsob podání	Vedlejší účinky	Poznámka
Haloperidol	0,5–2 mg každé 2–12 hod	p. o. i. v. i. m. s. c.	extrapyramidové; prodloužení QTc intervalu	zůstává zlatým standardem terapie deliria; u agitovaných pacientů lze kombinovat s benzodiazepiny
Antipsychotika atypická	Dávkování	Způsob podání	Vedlejší účinky	Poznámka
Olanzapin	2,5–5 mg každých 12–24 hod	p. o. i. m.	sedace	vyšší věk, delirium nasedající na demenci, hypoaktivní forma deliria – horší odpověď na terapii olanzapinem
Risperidon	0,25–1 mg každých 12–24 hod	p. o.	extrapyramidové při dávkování > 6 mg/den; ortostatická hypotenze	–
Kvetiapin	12,5–100 mg každých 12–24 hod	p. o.	sedace; ortostatická hypotenze	může být výhodný u pacientů s poruchami spánkového cyklu
Ziprasidon	10–40 mg každých 12–24 hod	p. o. i. m.	prodloužení QTc intervalu	–
Aripiprazol	5–30 mg každých 24 hod	p. o. i. m.	akatie	limitované množství informací; možný profit u hypoaktivních forem deliria

l. m. – intramuskulární; i. v. – intravenózní; p. o. – perorální; s. c. – subkutánní

s bohatou přítomností H1 a M1 receptorů, 3) chemorecepční spouštěcí oblastí (area postrema), kde je bohaté zastoupení opioidních, serotoninových a dopaminových receptorů, a 4) centrem pro zvracení, viz Obr. 1 (5).

Studie u 42 pacientů s nádorovým onemocněním léčených perorálním nebo podkožním **haloperidolem** pro nevolnost nesouvisející s chemoterapií prokázala velké procento (74 %) pozitivní odpovědi na terapii (6).

Typické výchozí dávky v terapii nevolnosti jsou 0,5 mg každé 4–6 hodin intravenózně nebo subkutánně, haloperidol lze také podávat jako kontinuální infuzi 5–20 mg během 24 hodin (7), s respektováním „off-label“ postupu, viz tabulka 5.

Při nedostatečném efektu haloperidolu lze využít antipsychotika, která ovlivňují více receptorů, jako je například **levomepromazin, chlorprothixen nebo olanzapin**.

Tab. 3. Indikace antipsychotik dle SPC u poruch chování (nejsou uvedeny psychózy a bipolární poruchy)

Antipsychotikum	Indikace dle SPC; „label use“
Haloperidol	Mentální a behaviorální poruchy, jako je agresivita, hyperaktivita, sebepoškozování u mentálně retardovaných osob a u osob s organickým poškozením mozku; jako doplněk ke krátkodobé léčbě středně těžké až těžké psychomotorické agitovanosti, excitace, násilného nebo nebezpečného impulzivního chování (tablety, injekce, kapky). Neklid a agitovanost u starších osob (tablety, kapky).
Chlorprothixen	Závažné poruchy chování spojené s agresivitou a vzrušeností, úzkostí a napětím; neklid při organických mozkových lézích; některé stavy chronické úzkosti a psychické tenze; nespavost nereagující na běžnou léčbu, zvláště jestliže se pacient probouzí příliš brzo a pak nemůže usnout (tablety).
Melperon	Abstinenční příznaky při alkoholismu; poruchy chování způsobené mentální retardací; úzkostné neurózy s příznaky vzrušenosti, neklidu a napětí; stavy zmatenosti, úzkosti, vzrušenosti, nočního neklidu a poruchy spánku, zvláště u starších pacientů (tablety).
Tiaprid	Krátkodobá léčba poruch chování ve stáří nebo při chronickém abúzu alkoholu (tablety, kapky, injekce).
Risperidon	Krátkodobá léčba (do 6 týdnů) přetrvávající agrese u pacientů se středně závažnou až závažnou Alzheimerovou demencí, kteří neodpovídají na nefarmakologické postupy a u kterých hrozí riziko sebepoškozování nebo poškození ostatních (tablety, kapky).

SPC – souhrn údajů o přípravku

Olanzapin byl účinný v profylaxi akutní i opožděné nauzey a emeze indukované chemoterapií (CINV), nebyl zjištěn žádný statisticky významný rozdíl v porovnání s aprepitantem, i když nauzea byla významně lépe kontrolována olanzapinem (8). Americká společnost klinické onkologie (ASCO) doporučuje olanzapin jako doplňkové léčivo pro pacienty, u kterých se objevuje nevolnost a zvracení navzdory optimální antiemetické profylaxi. Toto doporučení je podporováno studií, kde olanzapin vykazoval vyšší účinnost ve srovnání s metoklopramidem pro léčbu průlomové CINV (9).

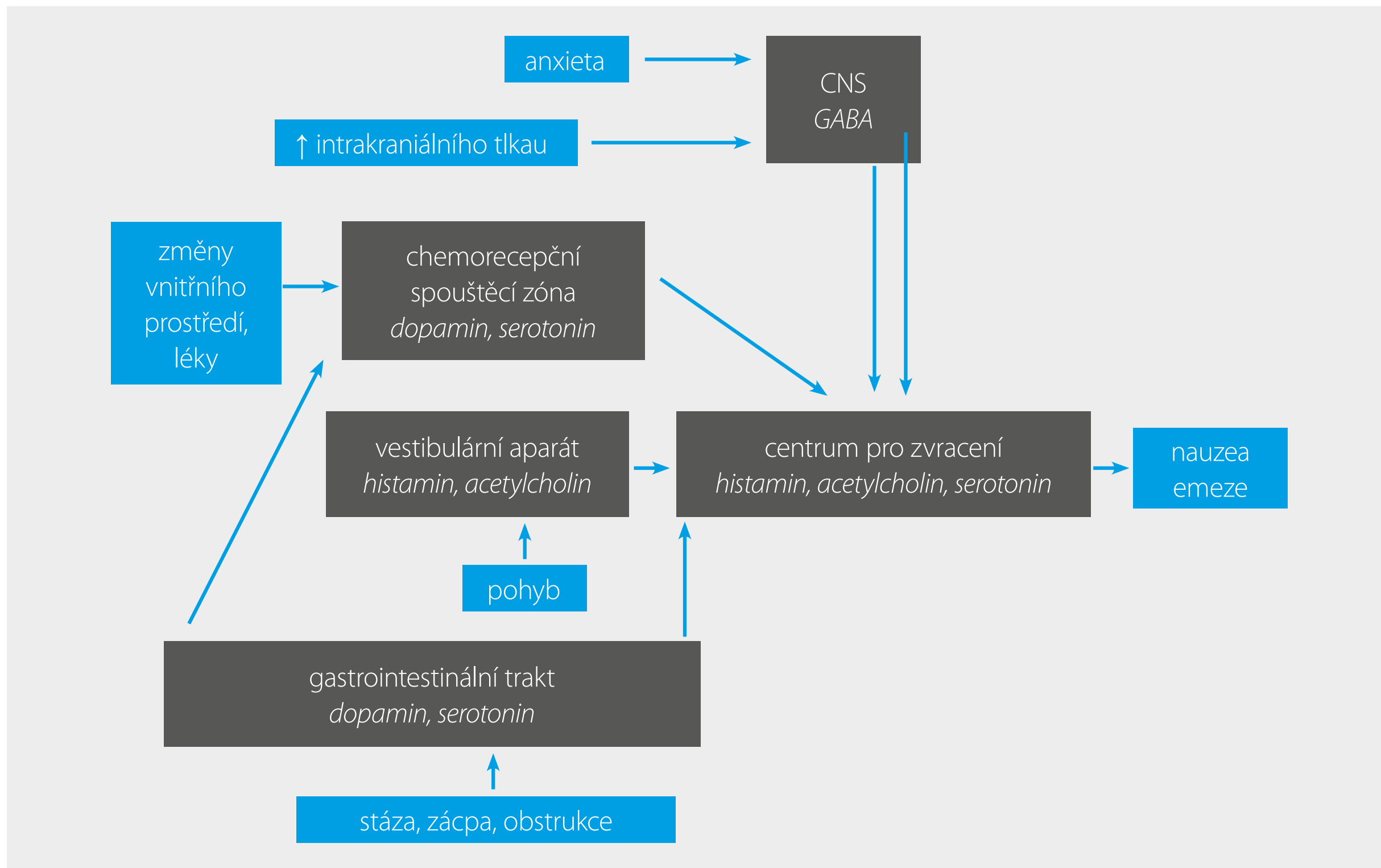
U pacientů s parkinsonským syndromem lze volit taková léčiva, která mají minimální vliv na dopaminové receptory, např. itoprid, domperidon, promethazin nebo hydroxyzin.

Za příznivým efektem **benzodiazepinů** v profylaxi nauzey a emeze stojí hlavně snížení anxiety, viz Obr. 1.

Tab. 4. Místo antipsychotik ve farmakoterapii nauzey a emeze – paliativní péče v onkologii (4)

Farmakoterapie nauzey a emeze – paliativní péče v onkologii			
Volba antiemetika	Příčina → CNS	Obstrukce GIT → ne	Obstrukce GIT → ano
1.	dexamethason	metoklopramid	haloperidol
2.		haloperidol	dexamethason
3.		olanzapin	oktreotid
4.		setrony	olanzapin
5.		chlorprothixen, levomepromazin	

GIT – gastrointestinální trakt; CNS – centrální nervový systém

Obr. 1. Příčiny nauzey a emeze (5)

Tab. 5. Antiemetika, lékové formy a způsob podání

„Label use“, účinná látka a léková forma (v závorce způsob podání)			
Haloperidol inj. (i. m.)	Thiethylperazin tbl. (p. o.), supp. (p. r.), inj. (i. m., i. v.)	Promethazin tbl. (p. o.)	
„Off-label use“, účinná látka, léková forma (v závorce způsob podání)			
Haloperidol tbl., gtt (p. o.), inj. (s. c., i. v.)	Olanzapin tbl. (p. o.) tbl. (dispergovatelné v ústech), inj. (i. m.)	Chlorprothixen tbl. (p. o.)	Levomepromazin tbl. (p. o.), inj. (i. m., i. v.)
Gtt. – kapky; inj. – injekce; i. m. – intramuskulární; i. v. – intravenózní; p. o. – perorální; p. r. – rektální; s. c. – subkutánní; supp. – čípek; tbl. – tableta			

4. Ovlivnění chuti k jídlu

Chuť k jídlu ovlivňují – zvyšují hlavně psychofarmaka, která interagují se serotonergními 5-HT_{2C} receptory, což jsou z antipsychotik – **olanzapin, risperidon a haloperidol**, a z antidepresiv – mianserin, **mirtazapin** a amitriptylin (10). Při nasazování léčiva z důvodu ovlivnění – zvýšení chuti k jídlu je třeba zhodnotit stávající medikaci pacienta, abychom předešli duplicitám a farmakodynamickým lékovým interakcím.

Vybrané lékové interakce a jejich důsledky

Spektrum léčiv používaných v onkologii s velkým potenciálem k lékovým interakcím narůstá, patří sem sunitinib, pazopanib, everolimus, enzalutamid atd. Každý pacient by měl mít před nasazením této léčby zhodnocenu stávající medikaci z hlediska lékových interakcí. Stejně by měly být vyhodnocovány lékové interakce v případě, kdy k zavedené onkologické medikaci jsou přidávána nová léčiva, tedy i psychofarmaka. Níže bude upozorněno pouze na tři vybrané oblasti.

1. Kombinace psychofarmak s enzymovými induktory

Dexamethason, fenytoin a karbamazepin jsou u onkologických pacientů indikovány např. u neuropatické bolesti, u edémů a při epileptických projevech, doprovázejících mozkové nádory a metastázy, patří mezi významné induktory enzymů, které se podílejí na metabolismu řady látek. Po jejich přidání do medikace může dojít během 10–14 dní ke snížení účinku některých léčiv, potenciál k farmakokinetickým interakcím s antidepresivy a antipsychotiky ukazuje tabulka 6 a 7.

2. Serotoninový syndrom

Výskyt serotoninového syndromu je v klinické praxi na jednu stranu přeceňován, na druhou stranu je v některých případech přehlížen, zvláště pokud jsou jeho projevy mírné.

Řada léčiv a dalších látek má potenciál vyvolat serotoninový syndrom, zvláště při jejich předávkování nebo při jejich vzájemných kombinacích. V tabulce 8 je uveden ilustrační příklad medikace, která vedla k projevům serotoninového syndromu, který nebyl dlouho rozpoznán.

Tab. 6. Potenciál k lékovým interakcím dexamethasonu, fenytoinu a karbamazepinu s léčivy ze skupiny antidepresiv (11)

Antidepresivum	Cytochrom P450	Vliv dexamethasonu, fenytoinu a karbamazepinu na účinek antidepresiva
Nortriptylin	substrát 2D6	?
Imipramin	substrát 2C19, 2D6, 3A4	?
Dosulepin	?	?
Amitriptylin	substrát 3A4, 2C19	snížení účinku antidepresiva potenciál ke klinicky významné lékové interakci
Venlafaxin	–	klinicky významné lékové interakce nejsou pravděpodobné
Duloxetin	substrát 2D6	?
Trazodon	substrát 3A4	snížení účinku antidepresiva potenciál ke klinicky významné lékové interakci
Mirtazapin	substrát 1A2, 3A4, 2D6	snížení účinku antidepresiva potenciál ke klinicky významné lékové interakci
Mianserin	substrát 1A2, 2D6	?
Citalopram	–	klinicky významné lékové interakce nejsou pravděpodobné
Sertralin	substrát 2C19 inhibitor 2D6	snížení účinku antidepresiva potenciál ke klinicky významné lékové interakci
Paroxetin	substrát 2D6 inhibitor 2D6	?
Fluoxetin	substrát 2D6 inhibitor 2D6	?

Mechanismus zvýšení účinku serotoninu v organismu je různý: 1) blokáda zpětného vychytávání serotoninu; 2) inhibice jeho metabolismu; 3) zvýšený výdej serotoninu; 4) agonismus na serotoninových receptorech, viz tabulka 9. V důsledku serotoninového syndromu dochází k postižení duševních funkcí, nestabilitě vegetativních funkcí a neuromuskulární

hyperaktivitě, což se projevuje komplexem symptomů: zmateností, agitovaností, anxiétou, deliriem a halucinacemi, v těžkých případech útlumem až komatem, hypertermií, pocením, tachykardií, hypertenzí nebo naopak hypotenzí, zčervenáním obličeje a průjmem, myoklony, hyperreflexií, svalovou rigiditou a svalovým třesem. Při výskytu výše

Tab. 7. Potenciál k lékovým interakcím dexamethasonu, fenytoinu a karbamazepinu s léčivy ze skupiny antipsychotik (11, 12)

Antipsychotikum	Enzymy cytochromu P450	Vliv dexamethasonu, fenytoinu a karbamazepinu na účinek antipsychotika
Levomepromazin	substrát 1A2, 3A4	snížení účinku antipsychotika potenciál ke klinicky významné lékové interakci
Chlorprothixen	?	?
Haloperidol	substrát 2D6, 3A4 inhibitor 2D6	snížení účinku antipsychotika potenciál ke klinicky významné lékové interakci
Melperon	inhibitor 2D6	?
Tiaprid	nemetabolizuje se	klinicky významné lékové interakce nejsou pravděpodobné
Risperidon	substrát 2D6, 3A4	snížení účinku antipsychotika potenciál ke klinicky významné lékové interakci
Olanzapin	substrát 1A2, 2D6	?
Kvetiapin	substrát 3A4	snížení účinku antipsychotika potenciál ke klinicky významné lékové interakci

Tab. 8. Příklad medikace s velkým potenciálem vyvolat příznaky serotoninového syndromu

Fentanyl 50 µg/24 hod za 72 hod; gabapentin 600 mg 1–1–1 (až na 3 g/d); venlafaxin 150 mg 1–1–0; amitriptylin 25 mg 0–0–1–1; alprazolam 1 mg při anxiété; zolpidem 10 mg 0–0–0–1; sumatriptan 100 mg – některé dny vyšší dávky až 3–4 tablety; ibuprofen 400 mg

uvedených příznaků je třeba přehodnotit a případně upravit medikaci pacienta.

3. Kombinace léčiv s noradrenergním efektem

Duloxetin a venlafaxin jsou léčiva s noradrenergním efektem, také amitriptylin a nortriptylin působí na noradrenergní transportéry.

Mianserin a mirtazapin ovlivňují presynaptické α₂-receptory a zvyšují vyplavování noradrenalinu. Hladiny noradrenalinu zvyšuje i opioidní analgetikum – tapentadol. Při nasazování nového léčiva v indikaci neuropatické bolesti je třeba zhodnotit stávající medikaci pacienta tak, abychom předešli zbytečným kombinacím s duplicitním farmakodynamickým efektem.

Závěr

Racionální použití psychofarmak může u onkologických pacientů pomoci zmírnit řadu symptomů, které doprovázejí onkologické onemocnění nebo jeho léčbu. Podmínkou racionálního využití širokého potenciálu psychofarmak v nepsychiatrických indikacích je jednak

**Tab. 9.** Léčiva a látky s potenciálem vyvolat serotoninový syndrom

Mechanismus účinku: inhibice zpětného vychytávání serotoninu
Fluoxetin, paroxetin, sertralin, citalopram, fluvoxamin Venlafaxin, duloxetin Amitriptylin, nortriptylin, klomipramin, imipramin Trazodon Fentanyl, dextromethorfan Kokain Třezalka tečkovaná Tramadol Metadon MDMA (extáze)
Mechanismus účinku: inhibice metabolismu serotoninu
Linezolid Selegilin
Mechanismus účinku: zvýšené uvolňování serotoninu
Amfetaminy L-dopa MDMA (extáze) Ethanol Kokain Lithium
Mechanismus účinku: agonismus na serotoninových receptorech
Buspiron Tryptany Valproová kyselina, karbamazepin Fentanyl LSD
<i>MDMA – 3,4-methylenedioxy-N-methylamfetamin; LSD – diethylamid kyseliny lysergové</i>

znalost jejich farmakologických vlastností a jednak průběžné přehodnocování efektu této medikace.

LITERATURA

1. Hershman DL, Lacchetti CH, et al. Prevention and Management of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy in Survivors of Adult Cancers: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. J Clin Oncol. 2014; 32: 1941–1967.
2. Breitbart W, Alici Y. Evidence-Based Treatment of Delirium in Patients With Cancer. J Clin Oncol. 2012; 30: 1206–1214.
3. Yoon HJ, Park KM, et al. Efficacy and safety of haloperidol versus atypical antipsychotic medications in the treatment of delirium. BMC Psychiatry. 2013; 13: 240.
4. Gordon P, LeGrand SB, et al. Nausea and vomiting in advanced cancer. European Journal of Pharmacology 2014; 722: 187–191.
5. Glare P, Miller J, Nikolova T, et al. Treating nausea and vomiting in palliative care: a review. Clinical Interventions in Aging. 2011; 6: 243–259.
6. Hardy JR, O'Shea A, et al. The efficacy of haloperidol in the management of nausea and vomiting in patients with cancer. J Pain Symptom Manage. 2010; 40(1): 111–116.
7. Prommer E. Role of haloperidol in palliative medicine: an update. Am J Hosp Palliat Care. 2012; 29(4): 295–301.
8. Navari RM, Gray SE, et al. Olanzapine versus aprepitant for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting: a randomized phase III trial. J Support Oncol. 2011; 9(5): 188–195.
9. Navari RM, Nagy CK, et al. The use of olanzapine versus metoclopramide for the treatment of breakthrough chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients receiving highly emetogenic chemotherapy. Support Care Cancer. 2013; 21(6): 1655–1663.
10. Fujáková M, Kopeček M. Antidepresiva – od teorie ke klinické praxi. Klin Farmakol Farm 2012; 26(1): 29–37.
11. Prokeš M, Suchopár J. Lékové interakce v psychiatrii – teorie a praxe. Psychiatrie pro praxi. 2015; 16(2): 51–56.
12. Wojcikowski J, Basinska A, et al. The influence of amitriptyline and carbamazepine on levomepromazine metabolism in human liver: An in vitro study. Pharmacological Reports. 2014; 66: 1122–1126.



Psychosociální komunitní centrum pro lidi s duševním onemocněním

Miluše Balková, Veronika Benešová

Fokus-Písek, z. ú.

Moderním trendem současné psychiatrické péče je vznik multidisciplinárních týmů, ve kterých společně pracují odborníci z více oborů. V průběhu roku 2015/2016 byl realizován projekt pod názvem Psychosociální komunitní centrum pro lidi s duševním onemocněním v Písku, který vyzkoušel tento model v současných podmínkách.

Klíčová slova: multidisciplinární tým, psychiatrická péče, mezioborová spolupráce.

Psychosocial community center for people with mental illness

The modern trend of the current mental health care is the creation of multidisciplinary teams in which they work together experts from multiple disciplines. During the year 2015/2016 was implemented a project called Psychosocial community center for people with mental illness in Písek that tested this model in the current conditions.

Key words: multidisciplinary team, psychiatric care, interdisciplinary collaboration.

Úvod

V období od května 2015 do září 2016 realizoval Fokus Písek sub-projekt „Psychosociální komunitní centrum pro lidi s duševním onemocněním

Písek“ (dále jen PKCP), který byl financován z Norských fondů prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví. Partnerem projektu byla Psychiatrická nemocnice Písek.

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: Ing. Miluše Balková, info@fokus-pisek.cz

Fokus-Písek, z. ú.

Kollárova 485, 397 01 Písek

Cit. zkr: Psychiatr. praxi 2017; 18(2e): e20–e22



Cílem projektu bylo pilotní ověření funkčnosti nového modelu péče o klienty/pacienty s duševním onemocněním na území bývalých okresů Písek a Strakonice. Model byl založen na mezioborové spolupráci mezi zdravotníky (lékaři, zdravotní sestry, psycholog) a sociálními pracovníky v tzv. multidisciplinárním týmu.

Posláním Psychosociálního komunitního centra bylo poskytování psychiatrických zdravotních a přímo navazujících sociálních služeb s cílem maximální podpory začlenění klientů/pacientů do jejich vlastního sociálního prostředí a zlepšení kvality jejich života. PKCP se snažilo o všestrannou podporu a pomoc klientům, která jim umožní snáze se zařadit do běžné společnosti a na trh práce.

Vznik a fungování centra

V rámci PKCP byli poskytovány služby mobilního týmu. Jednalo se převážně o dlouhodobou péči formou psychiatrické a sociální rehabilitace. Hlavním cílem mobilního týmu bylo poskytovat služby v přirozeném prostředí klienta a předcházení stavům, které by vyžadovaly hospitalizaci. Centrum dále poskytovalo krizové služby, v této fázi pouze v provozní době centra, a to přímo v prostorách či po telefonu, popř. prostřednictvím mobilního týmu formou návštěvy v domácnosti. Jejich cílem bylo poskytnutí krátkodobé intervence a zajištění další potřebné péče.

Cílovou skupinou projektu byli nemocné osoby z kategorie SMI (z angl. Serious Mental Illness). Jedná se o závažná duševní onemocnění z okruhu diagnóz F2, F3, F4, F6 (dle MKN-10). Takto postižené osoby mohou být při nedostatku adekvátní péče častěji ohroženy chronifikací nemoci, opakovanými hospitalizacemi a sociálním vyloučením.

Projekt byl rozdělen do tří fází:

- a) Přípravné práce a vybavení týmu potřebným zařízením
- b) Vzdělávání členů týmu
- c) Vlastní ověřování funkčnosti modelu

Nejprve bylo nutné zajistit vhodné a vybavené prostory budoucího centra, kde by se mohl multidisciplinární tým pravidelně scházet a kde by bylo zázemí pro poskytování ambulantních služeb. Po vzájemné dohodě s partnery získalo centrum odpovídající prostory v areálu psychiatrické nemocnice. Zároveň byl pořízen automobil a potřebné pomůcky pro terénní práci.

Protože je práce zdravotníků a sociálních pracovníků založena na velmi odlišných pravidlech a principech, bylo nejprve nutné v týmu nastavit principy komunikace, kompetence a možnosti práce mimo instituci. Zejména zdravotnický personál odmítal vyjíždět za pacienty do terénu, a to z důvodu obav, že se v případě poskytnutí služby mimo instituci mohou ocitnout v rozporu se zákonem. V terénu tak pracovali převážně sociální pracovníci a zdravotníci byli k dispozici pouze ambulantně.

Pro zkvalitnění práce jednotlivých členů týmu a pro jejich lepší vzájemné porozumění byl kladen důraz na další odborné vzdělávání. Sociální pracovníci absolvovali kurz Základní krizová intervence a zdravotnický personál kurz Efektivní komunikace v sociálních službách. Společně pak absolvovali supervize.

Pro vlastní ověřování funkčnosti modelu Psychosociálního komunitního centra pro lidi s duševním onemocněním zabezpečujícího lokalitu s minimálně 120 000 obyvateli bylo v projektu plánováno 1 750 kontaktů s klienty/pacienty v ambulantní i terénní formě služeb. Tento plánovaný



počet byl ve výše uvedeném období překročen o více než 23 %, tj. na celkových 2 160 kontaktů.

Během realizačního období bylo uskutečněno několik výjezdů multidisciplinárního týmu, a to ve složení sociální pracovník – psychiatr (popř. peer konzultant). Intervence v přirozeném prostředí byly hodnoceny velmi pozitivně. Situace klienta/pacienta byla posuzována z hlediska zdravotního i sociálního. Na základě těchto návštěv byly domluveny další postupy, které zajišťovali jednotliví pracovníci již samostatně. Jak již bylo zmíněno, práce v terénu nebyla zejména ze strany zdravotnického personálu dostatečná, a to z důvodu nedostatku času i obav.

Propojení týmu se dařilo i v rámci pravidelných porad, a to jednou týdně. Společně se konzultovali aktuální klienti/pacienti a určoval se další průběh péče. Konzultace se zdravotnickým personálem byly umožněny i v běžné pracovní době mimo porady, a tak se nejednou pracovníci setkali individuálně nad řešením problému společného klienta. Tyto postupy v rámci spolupráce Fokusu Písek a Psychiatrické nemocnice Písek fungují nadále a jsou důležitým bodem naší činnosti. Díky pravidelnému setkávání se daří poskytovat služby našim klientům komplexně a uceleně.

Závěr

Poskytování péče lidem s duševním onemocněním je procesem, který se neustále mění a vyvíjí v závislosti na kulturním rozvoji společnosti. Moderním trendem je podpora nemocných v udržení jejich kompetencí, v zachování života v běžném prostředí, v udržení pracovních dovedností. Tento trend však vyžaduje překročení hranic mezi zdravotníky a sociálními pracovníky.

Velmi intenzivní spolupráci mezi zdravotními a sociálními službami představují tzv. multidisciplinární týmy. Týmy fungují v rámci jedné komunity a spojují odborníky v jedné instituci (popř. více partnerských).

Úspěšnost multidisciplinárního týmu závisí především na dokonalé komunikaci mezi všemi odborníky, vymezení kompetencí a maximální osobní odpovědnosti každého člena týmu.

Aby služba dostala požadavku klienta, musí být tým flexibilní a musí umět rychle reagovat na specifické a měnící se potřeby klientů.

Chod PKCP a činnosti jednotlivých pracovníků se staly cennou zkušeností jak pro Fokus Písek, tak pro Psychiatrickou nemocnici Písek a tuto zkušenost nadále můžeme zúročit ve společné práci, a být tak v souladu se současnými trendy psychiatrické péče.

The screenshot shows the digital interface of the journal 'Psychiatrie pro praxi'. On the left, a 'Thumbnails' sidebar displays a list of document pages, numbered 1 through 4. The main area shows the current page (page 29 of 30) with a search bar at the top right. A search bar is also present in the top right corner of the interface. The interface includes a 'pages: 29 / 30' indicator. The main content area displays the text of the article, with a search bar at the top right. The interface includes a 'pages: 29 / 30' indicator. The main content area displays the text of the article, with a search bar at the top right. The interface includes a 'pages: 29 / 30' indicator. The main content area displays the text of the article, with a search bar at the top right.

Aktuální strana

Místo pro zobrazení:

- obsahu
- náhledů stránek
- záložek
- výsledků vyhledávání

Vyhledávání v dokumentu

Odkaz na časopis

Navigační prvky pro posun stránek

Náhledy stránek

Záložky

Nástroj ke sdílení časopisu na sociálních sítích

Nástroj k výběru textu

Tisk

Nástroje k uložení časopisu do vašeho počítače

Nástroj k ovládání zvuku

Nástroje k zvětšení strany



www.psychiatriepropraxi.cz