



Poznámky pro praxi

Adherence k léčbě je u psychiatrických pacientů nízká, dle dostupných dat dokonce menší než 50 % (18). Podpora adherence by měla být v hledáčku zájmu všech zdravotnických profesí, které s psychiatrickým pacientem vstupují do kontaktu, lékárníků nevyjímaje. V naší praxi vídáme, že někteří pacienti se stanou compliantní až po opakovaných hospitalizacích a edukacích. Čím častěji informace o důležitosti pravidelného užívání medikace zazní, tím lépe.

Dále je znám fakt, že pacienti spíše inklinují k užívání medikace, která není vhodná k dlouhodobému užívání. Řeč je o benzodiazepinech, kterými si pacienti „léčí“ různorodé psychiatrické symptomy (nejčastěji nespavost a úzkosti), případně ochotněji užívají i další psychofarmaka, která však zpravidla nejsou léky první volby (Z-hypnotika, biperiden, kvetiapin). Vhodnou medikaci první volby, tedy antidepresiva, přitom z různých důvodů odmítají. Dalším nepříjemným typem „samoléčení“ bývá u některých psychiatrických pacientů abúzus alkoholu a jiných návykových látek. Závislost na alkoholu se vyskytuje častěji u pacientů se sociální úzkostí (4). Zejména v případě benzodiazepinů je potřeba pacientům opakovaně připomínat jejich návykový a dementogenní potenciál a podporovat je v užívání nenávykových antidepresiv.

Pacienti mohou mít také pochybnosti stran indikace antidepresiv pro léčbu úzkostných poruch. Vhodné je proto při vzniklých pochybnostech pacientovi vysvětlit, že je zde mnoho dalších indikací antidepresiv vyjma depresivních a úzkostných stavů (poruchy chování ve stáří, bolest, migréna, mentální anorexie, odvykání kouření, předčasná ejakulace aj). Také je na místě připomenout pacientovi, pokud užívá antidepresivum poprvé, že nástup jeho účinku je pomalejší. První zlepšení stavu lze očeká-

vat při nasazení SSRI po 10–14 dnech. Plný efekt lze pozorovat od 4. týdne a v průběhu dalšího období se může stav ještě zlepšovat.

Lékárník může také pacienta vhodně nasměřovat na odbornou pomoc (na centrum krizové intervence či krizovou linku nebo do péče psychiatra či psychologa), např. pokud se mu pacient svěřil se svými psychickými obtížemi. Tímto typem problémů může být např. výrazná nervozita nebo nespavost, úzkostné stavy, poruchy nálad, zvýšená obavnost či nastraženost. Zde je nutné zdůraznit nezastupitelnou roli psychoterapie, zejména při léčbě úzkostných poruch, která je u mírnějších forem dokonce vhodnější než psychofarmaka a u těžších či středně závažných forem je vhodná do kombinace s farmakoterapií. I pacienta, který již ambulantního psychiatra navštěvuje a v lékárně referuje obtíže při užívání psychiatrické medikace, je dobré pacientovi doporučit komunikaci s jeho lékařem, jelikož nelze řešit nežádoucí účinky psychofarmak ani žádné další lékové problémy, pokud o nich lékař netuší.

Poslední oblastí, kterou by měl lékárník při expedici obsáhnout, jsou interakce psychofarmak, které by samy vydaly na odborný článek. Nicméně je vhodné vědět, že interakční software nevyřeší každý problém v medikaci. Kombinací SSRI s některými antidepresivy z jiných skupin se zvyšuje léčebný efekt tím, že se k inhibici zpětného vychytávání serotoninu přidává další mechanismus účinku. Proto se v medicacích psychiatrických pacientů můžeme setkat například s kombinací mirtazapin a SSRI. Do kombinace k SSRI bývá relativně často používán i trazodon, což vychází z předpokladu modifikace nežádoucích účinků vyplývajících ze stimulace 5-HT_{2A} receptorů – zejména nespavosti, anxiety, ale i sexuálních dysfunkcí (19, 20). A právě kombinaci SSRI a trazodonu může interakční software opakovaně vyhodnocovat jako