

znaky a předcházejí relapsu, rehabilitaci s nácvikem sociálních dovedností, která posiluje adaptační dovednosti, a podporu v podobě chráněného bydlení nebo chráněného zaměstnání. Psychosociální intervence by měly být přizpůsobené cílům, potřebám, schopnostem a podmínkám pacienta. Zahrnují podporu zájmu o práci a schopnosti pracovat, řešení problémů s návykovými látkami, psychoedukaci pacienta a rodiny, kognitivně-behaviorální terapii a nácvik sociálních dovedností (21).

Tato komplexní péče snižuje zátěž danou onemocněním a může vést ke zotavení, které umožní pacientovi pracovní anebo akademické fungování, samostatné bydlení, lepší tělesné zdraví a sociální začlenění, přinese mu instrumentální kompetence a vyšší kvalitu života. Naopak nežádoucí účinky léčby, diskriminace pacienta, přímé a nepřímé náklady na léčbu a související zdravotní rizika zátěž onemocnění zvyšují (22).

Lepší fungování pacientů a vyšší kvalita života jsou významné terapeutické cíle ve všech fázích léčby schizofrenie. Je třeba si uvědomit, že funkční postižení může být důsledkem nedostatečného terapeutického účinku, ale bránit ve fungování na optimální úrovni pacienta mohou i sedativní nebo aktivující nežádoucí účinky léčby. Nežádoucí účinky dostupných antipsychotik jsou často považovány za nutný kompromis při trvalé kontrole příznaků. Mají ale významný nepříznivý vliv na kvalitu života pacientů a jejich ochotu užívat medikaci. Látky s odlišným farmakologickým profilem mohou současné kompromisy v léčbě schizofrenie překonat a pomoci pacientům fungovat na optimální úrovni.

Závěr

V léčbě schizofrenie dnes neexistuje jednoduché řešení, které by bylo optimální pro všechny pacienty. Každá fáze onemocnění vyžaduje odlišnou terapeutickou strategii. Nedostatečná terapeutická odpověď nebo špatná snášenlivost léčby zhoršují spolupráci pacienta a jsou důvodem ke změně sekvence terapie. Novou terapeutickou sekvencí vyžadují i specifické symptomy nebo klinické situace (negativní příznaky, kognitivní zhoršení, absence léčebné odpovědi, non-adherence aj.), na místě je změna antipsychotika nebo kombinovaná léčba. Rozhodnutí o léčbě schizofrenie musí být personalizované a ideálně by mělo vycházet ze společného rozhodování

lékaře a pacienta dle jeho potřeb a preferencí. Důležitá je také úloha rodiny a psychosociálních intervencí.

Individualizovaná volba antipsychotika

prof. MUDr. Jiří Masopust, Ph.D.

Psychiatrická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Antipsychotika rozdělujeme na přípravky 1., 2. a 3. generace. Nejnovější léky, např. brexpiprazol, kariprazin nebo lurasidon, umožňují dosažení funkční remise a cílů i na dosud nepokryté potřeby v léčbě schizofrenie, jako jsou negativní symptomy, kognitivní příznaky, bezpečnost a snášenlivost.

Léčba akutní ataky schizofrenie

Podle současných doporučení (23) se v léčbě akutní ataky schizofrenie podává antipsychotikum 1. nebo spíše 2. generace v perorální nebo dlouhodobě působící injekční formě. Vzhledem k heterogenitě léčebné odpovědi a toleranci jednotlivých přípravků se lék první volby vybírá podle charakteristik pacienta (klinický obraz, komorbidita, citlivost k nežádoucím účinkům, subjektivní preference) a plánu navazující udržovací léčby. Antipsychotika 2. generace (klozapin, olanzapin, risperidon a amisulprid) jsou v akutní fázi účinnější než ostatní antipsychotika, což je dáno především efektem na pozitivní příznaky. U pacientů s první epizodou schizofrenie je odpověď na léčbu obecně vyšší a jsou obvykle potřebné nižší dávky, při neúčinnosti terapie by změna antipsychotika měla následovat po 4–6týdenním terapeutickém pokusu s dostatečnými dávkami a při ověřené adherenci. Při absenci změny klinického stavu po 14 dnech lze v případě potřeby změnit léčbu i dříve, protože tento postup zvyšuje šanci na dosažení funkčního zlepšení. Po dvou neúspěšných pokusech je doporučeno nasazení klozapinu. Neexistují zatím důkazy o přínosu eskalace dávky antipsychotik v léčbě schizofrenie. Pro kombinaci antipsychotik jsou nyní k dispozici silné důkazy pouze u klozapinu (23).

V přípravě jsou nová mezinárodní doporučení pro léčbu schizofrenie, která zahrnují spolupřehodování pacientů o volbě terapie, zaměření na převažující příznaky (negativní, kognitivní či depresivní), průběžné sledování nežádou-

cích účinků a monitorování somatického zdraví pacienta.

Při nedostatečné účinnosti podávané farmakoterapie je třeba zhodnotit možnou pseudorezistenci k léčbě. Může být dána špatně stanovenou diagnózou, non-adherencí pacienta k předepsané medikaci, genetickými polymorfismy snižujícími absorpci léku ve střevě, zvyšujícími jeho odbourávání v játrech, nebo snižujícími propustnost hematoencefalické bariéry pro daný lék, průvodní medikací ovlivňující metabolismus léku v játrech (lamotrigin, karbamazepin, omeprazol, fenytoin, rifampicin, třezalka tečkovaná) či kouřením, které snižuje plazmatickou hladinu klozapinu a olanzapinu. Obecně také platí, že muži potřebují vyšší dávku některých antipsychotik pro dosažení dostatečné plazmatické hladiny než ženy (24).

Udržovací a stabilizační léčba schizofrenie

Při udržovací a stabilizační léčbě dnes dochází k odklonu od dřívější snahy najít jeden univerzální lék na všechny fáze léčby schizofrenie. Klinická praxe ukazuje, že efektivnější může být kombinace různých přístupů.

Překážkou v dosažení funkční remise při léčbě antipsychotiky jsou někdy přetrvávající negativní příznaky, deprese, kognitivní deficit či nežádoucí účinky. V současné době se proto často volí postup, kdy se ke stávajícímu antipsychotiku přidá šetrnější přípravek, případně lék cílený na přetrvávající příznaky (parciální agonista dopaminu nebo lurasidon) a pak se pomalu postupně snižuje dávka původního antipsychotika. Buď lze zůstat u racionální kombinované léčby s minimální dávkou původního antipsychotika, nebo přejít na monoterapii (25).

Kombinovaná léčba schizofrenie

Přestože chybějí kvalitní důkazy o přínosu kombinované antipsychotické léčby, kombinace antipsychotik se v léčbě schizofrenie v praxi mnohdy využívají (až u 20–30 % pacientů). Nejčastěji se přidává další přípravek ke klozapinu, olanzapinu, risperidonu a quetiapinu. Důvodem je zvýšení účinnosti, snížení nežádoucích účinků, zacílení na jiné domény schizofrenie či na jiné receptory.

Pouze některé kombinace antipsychotik jsou racionální. Je třeba vycházet z receptorového profilu jednotlivých přípravků. Za racionální je