

# Psychiatrie pro praxi

2024

3

[www.solen.cz](http://www.solen.cz) | [www.psychiatriepropraxi.cz](http://www.psychiatriepropraxi.cz) | ISSN 1213-0508 | Ročník 25 | 2024

## PŘEHLEDOVÉ ČLÁNKY

Farmakoterapie neklidu u demencí

Emočně nestabilní adolescenti – diagnostika a terapie

Safewards – jak pracovat s konflikty na psychiatrických odděleních

Koučink při psychických onemocněních

## PSYCHOFARMAKOLOGICKÝ PROFIL

Rizika polyfarmacie psychofarmak u pacientů v dlouhodobé institucionální péči

## SDĚLENÍ Z PRAXE

Racemický ketamin v léčbě polymorbidní pacientky s rezistentní depresivní poruchou se závažnými suicidálními ideacemi a bolestivou poruchou – případová studie

Žlutá kartička, hypnoterapie specifické fobie aviafobie



# Znovu se probouzet do jasných dnů...

**Brintellix**<sup>®</sup>  
vortioxetin

O krok dál v léčbě deprese

**ZKRÁCENÁ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU. NÁZEV A LÉKOVÁ FORMA:** Brintellix 5 mg potahované tablety, Brintellix 10 mg potahované tablety, Brintellix 15 mg potahované tablety, Brintellix 20 mg potahované tablety a Brintellix 20 mg/ml perorální kapky, roztok. **LÉČIVÁ LÁTKA:** Jedna potahovaná tableta obsahuje vortioxetini hydrobromidum, což odpovídá vortioxetinum 5 mg (pro Brintellix 5 mg), 10 mg (pro Brintellix 10 mg), 15 mg (pro Brintellix 15 mg) a 20 mg (pro Brintellix 20 mg), jeden ml roztoku obsahuje vortioxetini lactas, což odpovídá vortioxetinum 20 mg, jedna kapka odpovídá vortioxetinum 1 mg (pro Brintellix 20 mg/ml perorální roztok, kapky). **INDIKACE:** Brintellix je indikován k léčbě depresivních epizod u dospělých. **DAVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ:** Úvodní a doporučená dávka je 10 mg jednou denně, užitá perorálně s jídlem nebo nalačno. Starší pacienti  $\geq 65$  let: Úvodní dávka je 5 mg jednou denně. **Pediatrická populace (< 18 let):** Nemá se používat. **Ukončení léčby:** Aby se zabránilo výskytu příznaků z vysazení, lze zvážit postupné snižování dávky. Pro specifická doporučení týkající se harmonogramu snižování dávky u pacientů léčených přípravkem Brintellix však nejsou k dispozici dostatečné údaje. **KONTRAINDIKACE:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Současné užívání s neselektivními inhibitory monoaminoxidázy (IMAO) nebo selektivními MAO-A inhibitory. ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ:** Deprese je spojena se zvýšeným rizikem sebevražedných myšlenek, sebepoškození a sebevraždy. Pacienti, a zvláště ti, kteří mají zvýšené riziko sebevraždy, by měli být během léčby pečlivě sledováni, a to především na začátku léčby a po změně dávkování. Pacienti (a jejich ošetřovatelé) by měli být upozorněni na to, že je nutné sledovat jakékoliv zhoršení jejich stavu, vznik sebevražedného chování nebo myšlenek a neobvyklých změn chování a na to, že pokud se tyto příznaky objeví, musí okamžitě vyhledat lékařskou pomoc. U pacientů se záchvaty v anamnéze, případně nestabilní epilepsii, má být léčba zahájena s opatrností. Pacienti musí být sledováni pro případné známky a příznaky serotoninového syndromu nebo neuroleptického maligního syndromu. Brintellix by měl být používán s opatrností u pacientů s anamnézou mánie/hypománie. U pacientů, kteří vstoupí do manické fáze, je nutno léčbu tímto přípravkem ukončit. Pacienti léčení antidepresivy, včetně vortioxetinu, mohou rovněž zaznamenat pocity agresivity, hněvu, agitovanosti a podrážděnosti. Stav pacienta i stav onemocnění musí být bedlivě monitorován. Při užívání antidepresiv se serotonergním účinkem, včetně vortioxetinu, byly hlášeny vzácné poruchy krvácení (ekchymóza, purpura, gastrointestinální nebo gynekologické krvácení) a vzácně byla pozorována hyponatremie. V souvislosti s užíváním antidepresiv, včetně vortioxetinu, byl hlášen výskyt mydriázy. Tento mydriatický účinek může vést k zúžení komorového úhlu oka a následně zvýšení nitroočního tlaku a glaukomu s uzavřeným úhlem. Je třeba postupovat s opatrností u pacientů s poruchou ledvin a jater. Brintellix 20 mg/ml perorální kapky, roztok obsahuje 85 mg alkoholu (96% ethanol) v jednom ml, což odpovídá 10,1 % obj. **INTERAKCE:** Je třeba opatrnosti při podání v kombinaci s inhibitory MAO, MAO-A, (moklobemid), MAO — reverzibilní neselektivní (linezolid), MAO-B ireverzibilní selektivní (selegilin, rasagilin), serotonergní působícími léčivými přípravky, s přípravky snižujícími práh pro vznik záchvatů, lithiem, tryptofanem, těžkou tekčovinou, perorálními antikoagulanci, antiagreganci a přípravky převážně metabolizovanými enzymy CYP2D6, CYP3A4, CYP2C9, CYP2C19 a cytochromem P450. U pacientů, kteří užívali vortioxetin, byly hlášeny falešně pozitivní výsledky testů používajících metodu enzymové imunanalýzy ke stanovení přítomnosti metadonu v moči. **TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ:** Podání těhotným ženám pouze tehdy, pokud očekávaný přínos převáží nad potenciálním rizikem pro plod. Je nutno rozhodnout, zda přerušit kojení nebo ukončit/přerušit podávání přípravku. **SCHOPNOST RIDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** Žádný nebo zanedbatelný vliv. S ohledem na hlášené nežádoucí účinky, např. závratě, je doporučena opatrnost pacientů. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** Nežádoucí účinky byly zpravidla mírné nebo střední intenzity a vyskytly se během prvních dvou týdnů léčby. Účinky byly obvykle přechodné a nevedly obvyčejně k ukončení terapie. Velmi časté: nauzea. Časté: abnormální sny, závratě, diareja, obstipace, zvracení, dyspepsie, pruritus, hyperhidróza. Méně časté: tremor, rozmazané vidění, návaly horka, noční pocení. Vzácné: mydriáza (která může vést k akutnímu glaukomu se zvýšeným komorovým úhlem). **Není známo:** anafylaktická reakce, hyperprolaktinémie, hyponatremie, serotoninový syndrom, bolest hlavy, krvácení (včetně kontuze, ekchymózy, epistaxe, gastrointestinálního nebo vaginálního krvácení), angioedém, urtikarie, vyrážka, insomnie, agitovanost a agresivita. **PODMÍNKY UCHOVÁVÁNÍ:** Tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. **VELIKOST BALENÍ:** 28 potahovaných tablet (5 mg a 10 mg), 98 potahovaných tablet (10 mg), 98 potahovaných tablet (15 mg), 98 potahovaných tablet (20 mg) a 15 ml ve skleněné lahvičce (perorální kapky, roztok 20 mg/ml). **PŘEDÁVKOVÁNÍ:** Zkušenosti s předávkováním omezené. Doporučena symptomatická léčba a odpovídající monitoring. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** H.Lundbeck A/S, Ørttilavej 9, 2500 Valby, Dánsko. **REGISTRAČNÍ ČÍSLA:** tablety — EU/1/13/891/002, 010, 012, 021, 029 030, perorální kapky, roztok — EU/1/13/891/036. **DATUM POSLEDNÍ REVIZE TEXTU SPČ:** 10. 1. 2024. **DATUM POSLEDNÍ REVIZE ZKRÁCENÉ INFORMACE:** 17. 1. 2024. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Předtím, než přípravek Brintellix předepíšete, přečtěte si, prosím, úplné znění Souhrnu údajů o přípravku. Podrobné informace o tomto léčivém přípravku jsou k dispozici na webových stránkách [www.lundbeck.cz](http://www.lundbeck.cz) a [www.sukl.cz](http://www.sukl.cz).

# Syndrom vyhoření: změna paradigmatu

Časopis Lancet citoval nedávno průzkum, dle kterého neuvěřitelných 78 % lékařů v USA trpí syndromem vyhoření. V podobném průzkumu Britské lékařské asociace z roku 2019, téměř stejná čísla, je 80 % lékařů vystaveno vysokému nebo velmi vysokému riziku vyhoření (1), přičemž nejvíce ohroženi byli mladší lékaři ze všech skupin, následování kolegy z řad praktických lékařů. A pozor, syndrom se vyskytuje zejména mezi těmi, kteří ve svém povolání vykazují velkou míru osobního nasazení a empatie, tedy mezi „oddanými a angažovanými“ (2).

Samotný termín „burn-out“ se objevil v polovině 70. let a je symptomaticky vypůjčen ze slangu uživatelů drog. V současnosti se netýká jen lékařů z bohatých zemích, nýbrž skrytě, avšak raketově je rostoucí i u lékařů z nízko nebo středněpříjmových zemí z důvodu rychle rostoucích a nezvladatelných požadavků na lékařskou péči. Definic syndromu je řada, všechny nějak kombinují ztrátu energie, vyčerpání, zvýšení mentálního odstupu od práce, pocit cynismu či negativismu vůči pacientům, podrážděnost vůči všem, ztráta schopnosti se radovat, problémy se spánkem, ztráta/nárůst chuti k jídlu, úzkost z nadměrných požadavků.

Moje generace ještě byla vychována v tom, že lidé budou pracovat výrazně více, pokud je za

to čeká finanční odměna. Tak to dodnes funguje v nemocnicích i na lékařských fakultách. Kdo v oblasti výzkumu tvrdě pracuje, má výsledky, následují publikace, a čím vyšší impakt faktor, tím vyšší finanční odměna. Jinými slovy, jde tady o peníze. Je pravda, že peníze patří mezi významná antidepresiva a že si za ně lze pořídit řadu příjemností. Systém finančních odměn je navíc snadný, měřitelný a lehce vyjadřitelný. A do určité míry funguje. Vráťme se k tomu.

Jeden z našich nejlepších manažerů, Jan Mühlfeit, uvádí, že práci mohou chápat jako **zaměstnání**. Člověk chodí do zaměstnání jen proto, aby vydělal peníze, kterými kryje svůj životní styl, víkendové aktivity nebo koníčky. Práce samotná nemá žádný vyšší smysl, cílem je dovolená.

Člověk, který práci chápe jako **kariéru**, již chce uspět. Je schopen pracovat tvrdě, cílem je zde vyšší plat či kariéerní postup. Motivace však může rychle poklesnout, pokud se kariéerní postup zasekne či nepokračuje očekávaným tempem.

Třetí možností je **povolání**. Pro tyto lidi je samotná práce cílem. Finanční odměna je příjemná a vnější odměny důležité, avšak pravá motivace vychází zevnitř. Jejich práce je projevem jich samotných a zdrojem spokojenosti (3). Dodávám, že samotný termín „povolání“, voka-

ce, je asi jedním z posledních zbytků religiozity v našem slovníku.

Mezi špičkovými manažery dnes dochází k tomu, co bych nazval změnou paradigmatu. Cílem všeho snažení – opět cituji Jana Mühlfeita – nejsou peníze, cílem je štěstí. Zjistilo se totiž, že to nefunguje tak, že po tvrdé práci přichází peníze, po nich úspěch a po úspěchu štěstí. Naopak. Kdo již předem miluje své povolání, kdo si je vybral nikoli jako zaměstnání, nýbrž jako poslání, které jej naplňuje, kdo je tedy jaksi šťastný již předem, pak ano, následuje tvrdá práce, peníze i úspěch. Poslední dvě hodnoty jsou příjemné, ale není to ten důvod, proč to děláme. Pokud se věnujeme práci, která pro nás má vyšší smysl a dělá nám radost, nestoupá jen naše motivace, ale také úroveň našich dovedností a silných stránek. Nic nového, totéž říká Aristoteles, když používá slovo **megalo-psychia**, velkodušnost. Svou práci uděláme lépe, pokud jsme hrdi na to, co děláme, a hrdi na to, že to děláme dobře.

Mezi své úkoly tedy zahrňme nejenom „udělat“, nýbrž a především „být“. Není to jen pokus o milou tečku na závěr, je to vrchol celé mystiky mnoha duchovních tradic.

*Mgr. et Mgr. Marek Vácha, Ph.D.*

<sup>1</sup>The Lancet. Physician burnout: a global crisis. Lancet. 2019 Jul 13;394(10193):93. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31573-9. Epub 2019 Jul 11. PMID: 31305255.

<sup>2</sup>Reith TP. Burnout in United States Healthcare Professionals: A Narrative Review. Cureus. 2018 Dec 4;10(12):e3681. doi: 10.7759/cureus.3681. PMID: 30761233; PMCID: PMC6367114.

<sup>3</sup>Mühlfeit J, Costi M. Pozitivní leader. Praha: Management Press ve společnosti Albatros Media, a. s.; 2017.

**Psychiatrie pro praxi**

[www.psychiatriepropraxi.cz](http://www.psychiatriepropraxi.cz)



# Obsah

## SLOVO ÚVODEM

- 111** Mgr. et Mgr. Marek Vácha, Ph.D.  
**Syndrom vyhoření: změna paradigmatu**

## PŘEHLEDOVÉ ČLÁNKY

- 115** doc. MUDr. Roman Jirák, CSc.  
**Farmakoterapie neklidu u demencí**
- 120** doc. PhDr. Jana Kocourková, MUDr. Jiří Koutek, Ph.D., MUDr. Tereza Strnadová, MUDr. Kryštof Kantor  
**Emočně nestabilní adolescenti – diagnostika a terapie**
- 126** Mgr. Tomáš Petr, Ph.D., Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.  
**Safewards – jak pracovat s konflikty na psychiatrických odděleních**
- 131** PhDr. Sylvie Navarová  
**Koučink při psychických onemocněních**

## PSYCHOFARMAKOLOGICKÝ PROFIL

- 140** PharmDr. Kristina Pechandová, Ph.D., PharmDr. Ivana Tašková, PGDip.  
**Rizika polyfarmacie psychofarmak u pacientů v dlouhodobé institucionální péči**

## ) PSYCHIATRIE PRO PRAXI ROČNÍK 25, 2024, ČÍSLO 3

TIRÁŽ

**Předseda redakční rady:** prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc.

**Redakční rada:** prof. MUDr. Ivana Drtílková, CSc., MUDr. Vlasta Hanušková, MUDr. Erik Herman, Ph.D., prof. MUDr. Ladislav Hosák, Ph.D., MUDr. Vladislav Chvála, doc. MUDr. Roman Jirák, CSc., doc. MUDr. Tomáš Kašpárek, Ph.D., MUDr. Miloš Kopeček, Ph.D., prof. MUDr. Klára Látalová, Ph.D., doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc., prof. MUDr. Bc. Libor Ustohal, Ph.D.

**Odpovědní garanti:** Psychoterapie – MUDr. Vladislav Chvála, Konziliární psychiatrie – MUDr. Erik Herman, Ph.D., Biologická psychiatrie – prof. MUDr. Ladislav Hosák, Ph.D., Ambulantní psychiatrie – MUDr. Erik Herman, Ph.D., Pedopsychiatrie – prof. MUDr. Ivana Drtílková, CSc., Výběr z literatury, aktuality – prof. MUDr. Bc. Libor Ustohal, Ph.D., Gerontopsychiatrie – doc. MUDr. Roman Jirák, CSc.

### Vydavatel:

SOLEN, s. r. o., Lazecká 297/51, 77900 Olomouc  
 IČ: 25553933

### Adresa redakce:

SOLEN, s. r. o., Lazecká 297/51, 77900 Olomouc  
 tel: 582 397 407, www.solen.cz

### Redaktorka:

Mgr. Eva Kolbingerová, kolbingerova@solen.cz

### Grafická úprava a sazba:

DTP SOLEN, Michal Bajnok, bajnok@solen.cz

### Obchodní oddělení:

Daniela Stojanovská, stojanovsk@solens.cz  
 Charlese de Gaulle 3, 160 00 Praha 6, mob.: 721 603 709

### Citační zkratka: Psychiatr. praxi

Registrace MK ČR pod číslem E 10015.  
 ISSN 1213-0508 (print), ISSN 1803-5272 (on-line)

### Časopis je indexován v:

Bibliographia Medica Českoslovacca, EBSCO a v EMcare.

Články prochází dvojitou recenzí.  
 Vydavatel nenes odpovědnost za údaje a názory autorů jednotlivých článků či inzerátů.  
 Reprodukce obsahu je povolena pouze s přímým souhlasem redakce.  
 Redakce si vyhrazuje právo příspěvky krátit či stylisticky upravovat. Na otištění rukopisu není právní nárok.

### ČASOPIS JE PŘIPRAVOVÁN VE SPOLUPRÁCI SE SDRUŽENÍM AMBULANTNÍCH PSYCHIATRŮ.

Předplatné tří čísel časopisu včetně supplement na rok 2024.

ČR: tištěná 800 Kč, elektronická 480 Kč.

Objednávky na [www.solen.cz](http://www.solen.cz) →  
[predplatne@solen.cz](mailto:predplatne@solen.cz)  
 nebo 585 204 335.



**25** SOLEN  
 let s vámi

**TRITTICO<sup>®</sup> PROLONG**150 mg, 300 mg  
tablety s prodlouženým uvolňováním  
trazodoni hydrochloridum**TRITTICO<sup>®</sup> AC**75 mg, 150 mg  
tablety s řízeným uvolňováním  
trazodoni hydrochloridum

## Trojí účinek pro maximální spokojenost vašich pacientů s depresí

Antidepresivní, anxiolytický, spánek normalizující

**TRITTICO AC; TRITTICO PROLONG: S:** Trazodoni hydrochloridum 75 mg, 150 mg v 1 tableti s řízeným uvolňováním. Trazodoni hydrochloridum 150 mg, 300 mg v 1 tableti s prodlouženým uvolňováním. **I: Trittico AC:** Léčba depresivních poruch u dospělých **Trittico Prolong:** Deprese různé etiologie u dospělých, včetně typů provázených anxiety, poruchami spánku nebo sexuální dysfunkcí neorganického původu. **KI:** Přecitlivělost na účinnou látku nebo pomocné látky, intoxikace alkoholem nebo hypnotiky. Akutní infarkt myokardu. **ZU:** Pacienti s rizikem sebevražedných myšlenek, sebepoškozováním a sebevraždou, především na začátku léčby, po změně dávkování a zejména mladí dospělí do 25 let, musí být pečlivě sledováni. Je nutné dávkovat s opatrností a pravidelně monitorovat pacienty s epilepsií, hypertyriézou, poruchami močení, akutním glaukomem s uzavřeným úhlem, zvýšeným nitroočním tlakem a hepatálním, renálním nebo kardiálním onemocněním (včetně prodloužení QT intervalu). U starších pacientů může častěji docházet k ortostatické hypotenzi, somnolenci a anticholinergním účinkům trazodonu. V případě výskytu „flu-like“ syndromu (horečka, bolest v krku) se doporučuje sledovat hematologické parametry. Pokud se u pacienta vyvine žloutenka, léčba trazodonem musí být přerušena. Podávání antidepresiv pacientům s psychotickými onemocněními může vést ke zhoršení psychotických symptomů. Během léčby bipolární afektivní poruchy trazodonem se může depresivní fáze změnit v manickou. V tomto případě musí být léčba trazodonem zastavena. Možnost vzniku serotoninového syndromu v kombinaci s dalšími serotonergními látkami a neuroleptiky. Přípravek by neměl být podáván dětem a mladistvým do 18 let věku. Obsahuje sacharosu. Pacienti nemají řídit a obsluhovat stroje, pokud se u nich projevuje ospalost, sedace, závrať, stavy zmatenosti nebo rozmazané vidění. **NU:** Ospalost, závrať, nervozita, únava, cefalgie a nespavost, sedace, neklid, snížená pozornost, nauzea, zácpa, průjem, dyspepsie, ovlivnění chuti k jídlu a tělesné hmotnosti, poruchy hepatálních funkcí, xerostomie, serotoninový syndrom, ortostatická hypotenze, poruchy močení. Myalgie, artralgie, vyrážka, pruritus. **IT:** Sedativní účinek antipsychotik, hypnotik, sedativ, anxiolytik a antihistaminik může být zvýšen, v těchto případech je doporučeno snížení dávky. Metabolismus antidepresiv je zrychlován perorálními kontraceptivy, fenytoinem, karbamazepinem a barbituráty. Některá antipsychotika metabolismus antidepresiv inhibují. Tricyklická antidepresiva se nemají podávat souběžně s trazodonem. Je-li trazodon podáván se silným inhibitorem CYP3A4, měla by být zvážena nižší dávka trazodonu. Je však třeba, kdykoliv je to možné, se vyvarovat společného podávání trazodonu a silných CYP3A4 inhibitorů. Pokud je trazodon podáván spolu s přípravky obsahujícími třezalku tečkovanou, nežádoucí účinky mohou být častější. Podání s antikoagulancii a antiagregancii vzácně zvyšuje riziko krvácení. V průběhu léčby trazodonem by neměl být požíván alkohol. **TL:** Data dokazují, že trazodon nemá žádné vedlejší účinky na těhotenství nebo na zdraví plodu či novorozence. Při kojení je nutno zvážit poměr risk/benefit. Vliv na fertilitu není znám. **D:** TRITTICO AC: Obvykle 75-150 mg/den v jedné dávce večer před spaním, lze postupně zvýšit (o 50 mg každý 3.-4.den) na 300 mg/den ve dvou dílčích dávkách. U hospitalizovaných lze zvýšit na 600 mg/den, v rozdělených dávkách. Doporučená dávka pro starší a oslabené pacienty je snížena na 75-100 mg/den. Po dosažení klinické odpovědi má být dávka udržována alespoň jeden měsíc. Je doporučeno pokračovat v léčbě, dokud pacient nebude 4-6 měsíců bez příznaků. Při ukončení léčby, zejména po dlouhodobější léčbě, je doporučeno postupné snižování dávky. TRITTICO PROLONG: Počáteční dávka 150 mg/den může být zvýšena o 75 mg/den každé tři dny až do maximální dávky 300 mg/den. V některých případech lze počáteční dávku snížit na 75 mg/den. Při léčbě depresí provázených sexuální dysfunkcí se podává 150 mg denně. Doporučená dávka pro starší a oslabené pacienty je snížena na 75 mg/den. Přípravek se podává na lačno a zapije se sklenicí vody, vždy jednou denně, večer. Léčba by měla trvat alespoň jeden měsíc. Náhlemu vysazení léčby je třeba se vyhnout. Při ukončování léčby se má dávka postupně snižovat. Neexistují žádné důkazy, že by byl trazodon návykový. **DRR:** Angelini Pharma Česká republika s.r.o., Palachovo náměstí 799/5, 625 00 Brno, Česká republika **Reg.č.:** Trittico AC 75: 30/504/99-C, Trittico AC 150: 30/505/99-C, Trittico Prolong 150 mg: 30/140/14-C, Trittico Prolong 300 mg: 30/141/14-C **Uchovávání:** Při teplotě do 25 °C, v původním obalu, chránit před světlem a vlhkostí. **Datum poslední revize textu SPC:** Trittico AC: 12.5.2023, Trittico Prolong: 1.11.2020 Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen zdravotními pojišťovnami. Seznamte se, prosím, se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).



## SDĚLENÍ Z PRAXE

**148** MUDr. Miloslav Kopeček, Ph.D., MUDr. Veronika Andrashko, Ph.D., MUDr. Pavel Knytl, Ph.D.,  
prof. MUDr. Jiří Horáček, Ph.D., FCMA

**Racemický ketamin v léčbě polymorbidní pacientky s rezistentní depresivní poruchou se závažnými suicidálními ideacemi a bolestivou poruchou – případová studie**

**154** Mgr. et Mgr. Šárka Bezdová

**Žlutá kartička, hypnoterapie specifické fobie aviafobie**



Mgr. Petra Höferová, PhDr. Eva Aigelová, Ph.D.

**Důvody a dopady nadužívání hypnotik u seniorů**

## ZAZNĚLO NA KONGRESE

**158** MUDr. Zuzana Zafarová

**Na cestě k personalizované léčbě schizofrenie**

**Pracujte tam, kde  
to budete mít RÁDI!**

### EUC Klinika Kladno přijme PSYCHIATRA

Jste psychiatr a přemýšlíte o změně? Připojte se k našemu týmu. Máme pro vás připravenou **ordinaci**, která odpovídá požadavkům **moderní psychiatrické péče**, navíc s **dobrou dostupností z Prahy**. Jsme síť **moderních ambulantních klinik**, která lékařům nabízí **řadu výhod**, ale víme, že důležité je i to, abyste se u nás v práci **cítili dobře**.

#### VÍCE O NÁS

- síť klinik, lékáren a laboratoří po celé ČR
- komplexní diagnostika a služby call centra
- široké možnosti multioborové spolupráce
- minimum administrativy, autonomie v léčbě
- dobré finanční ohodnocení a 6 týdnů volna
- částečný i plný úvazek, možnost zástupu



# Farmakoterapie neklidu u demencí

doc. MUDr. Roman Jiráček, CSc.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Neuropsychiatrické příznaky demence jsou závažnou skupinou poruch u demencí. Z nich nejnápadnější a nejvíce rušivé jsou příznaky neklidu – agitovanost, hrubý neklid, agresivita. Tyto příznaky často vedou k tomu, že je pacient hospitalizován nebo umístěn ve specializovaném zařízení sociálních služeb. K mírnění neklidu se používají především nefarmakologické přístupy, které však často nestačí. Proto je nutno použít farmakoterapie. V článku jsou rozebrány možnosti takového typu léčby, jeho výhody i nevýhody.

**Klíčová slova:** agitovanost, antipsychotika, demence, farmakoterapie, neklid.

## Pharmacotherapy of restlessness in dementia

Neuropsychiatric symptoms of dementia are a serious group of disorders in dementia. Among them, the most noticeable and most disturbing are the symptoms of restlessness - agitation, gross restlessness, aggressiveness. These symptoms often lead to the patient being hospitalized or placed in a specialized social service facility. Mainly non-pharmacological approaches are used to alleviate restlessness, but they are often not enough. Therefore, it is necessary to use pharmacotherapy. The article discusses the possibilities of this type of treatment, its advantages and disadvantages.

**Key words:** agitation, antipsychotic, dementia, pharmacotherapy, restlessness.

## Úvod

Neuropsychiatrické příznaky demence řadíme do skupiny základních příznaků demence, kam dále náleží poruchy kognitivních funkcí (zpravidla vedoucí příznaky), poruchy aktivit denního života, poruchy kvality života. Mezi neuropsychiatrické příznaky patří především neklid s jeho různými projevy (agitovanost, agresivita, silný neklid, aberantní motorické chování, neúčelné stereotypní jednání apod.), emoční poruchy (apatie, deprese, úzkost, dysforie, afektivní labilita) a poruchy spánku a cyklu spánků-bdění (insomnie, úbytek IV. stadia NON-REM spánku, inverze spánku, někdy i somnambulismus).

Neklid se může projevovat různým způsobem. Velmi častá je agitovanost – neustálý neklid, který nemusí být příliš silný, nicméně působí velmi rušivě. Můžeme se setkat s různými typy neúčelného a stereotypně se opakujícího chování, např. s nesmyslným přenášením věcí z jednoho místa na druhé, s roztrháváním oděvů

a povlečení, s vykřikováním nebo vydáváním neartikulovaných skřeků, s opakujícími se pokusy o útěk z místnosti nebo z bytu. Někdy se objevuje výrazný neklid s agresivitou, která je namířena proti nejbližším osobám – rodinným příslušníkům nebo ošetřujícímu personálu. Někdy se u demencí objevují psychotické příznaky, u kterých může být neklid vyvolán bludnými obsahy myšlení nebo halucinacemi. Neklid pacientů trpících demencí se stává velmi často důvodem k institucionalizaci pacienta – přijetí na psychiatrické oddělení nemocnic nebo do specializovaných ústavů sociální péče.

V posledních letech je věnován zájem i poruchám chování před rozvojem demence, předemenci, která je nazývána mírná behaviorální porucha (MBI) (mild behavioral impairment). Zatím to není jednoznačně uznávaná diagnóza, představuje spíše koncept, který je nadále upřesňován. Typické znaky MBI představují pokles motivace (především apatie), emoční poruchy,

## DECLARATIONS:

### Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

### Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18<sup>th</sup> WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

### Conflict of interest and financial disclosures:

None.

### Funding/Support:

None.

Cit. zkr: Psychiatr. praxi. 2024;25(3):115-119

<https://doi.org/10.36290/psy.2024.019>

Článek přijat redakcí: 9. 5. 2024

Článek přijat k tisku: 20. 6. 2024

doc. MUDr. Roman Jiráček, CSc.

roman.jirak@vfn.cz

porucha kontroly impulzů (např. agitovanost, desinhibice, obsedantnost), poruchy sociálního chování, sociální nepřiměřenost a poruchy vnímání a abnormní obsahy myšlení (psychotické symptomy). MBI se může, ale nemusí kombinovat s mírnou poruchou poznávacích funkcí. Již v tomto období predemence, kdy je jedinec plně soběstačný, se mohou projevit poruchy chování, spojené s neklidem.

U některých typů demencí se může neklid objevovat poměrně brzy, při ještě mírném kognitivní postižení. Je to především u behaviorální formy frontotemporálních lobárních degenerací (bFTLD, označovaná dříve jako Pickova choroba), kde mohou být poruchy chování na samém začátku demence. Poruchy chování spojené s neklidem s projevují časně také u demence s Lewyho tělísky (DLBD). Tam se objevují psychotické příznaky – halucinace zrakové nebo komplexní, s pocitem vtažení do děje. Nemocní si to pak vysvětlují pomocí persekucních bludů. U tohoto typu demence je zvýšená přecitlivělost na podání antipsychotik, které vede k častým pádům, a ty mohou skončit i smrtelně.

Existuje více faktorů, které mohou neklid u demencí provokovat nebo zesilovat. Ze somatických faktorů je to např. bolest, obstipace, naplněný močový měchýř. Neklid může také zvyšovat mechanické omezení. Z psychosociálních faktorů to může být např. nešetrné kárání pacienta za to, že si něco nepamatuje nebo že něco udělal špatně.

Neuropsychiatrické příznaky jsou velmi časté projevy demencí, objevují se u více než 90 % pacientů (14). Prevalence různých projevů těchto příznaků v různých souborech pacientů kolísá. Halucinace se objevují u 15–50 % pacientů, bludy u 10–75 %, agitovanost a agresivita u 50 % (7).

Častou příčinou neklidu u demenčních pacientů bývá také nasedající delirium, jeho terapie však již překračuje rozsah tohoto článku.

## Farmakoterapie neklidu u demencí

V prvé řadě se při výskytu neklidu snažíme uplatnit nefarmakologické přístupy. Snažíme se zjistit příčinu neklidu, a tu odstranit, např. bolest podáním analgetik. Dále používáme všechny dostupné nefarmakologické postupy, jako je úprava prostředí pacienta, kognitivní trénink, cvičení, terapie světlem, aromaterapie, muzikoterapie, individuální pohovory s pacienty.

Mechanické omezením pacienta volíme jako krajní variantu na co nejkratší dobu, kdy je těžkým neklidem ohrožen sám pacient (např. pády). Nicméně u většiny pacientů je nutno alespoň jednorázově nebo krátkodobě použít psychofarmaka. První volbou v takovýchto případech bývají antipsychotika (2, 12, 15, 16, 19, 24).

Vzhledem ke zpomalenému celkovému metabolismu a relativně nižšímu obsahu vody v těle je rovněž zpomalen metabolismus farmak u seniorů, kteří tvoří většinu z lidí postižených demencí. U seniorů se ve zvýšené míře mohou projevit nežádoucí účinky antipsychotik, především extrapyramidové projevy. Proto při jejich podání volíme zásadu „start low, go slow“, začínáme nízkými dávkami a opatrně zvyšujeme na nejnižší účinnou dávku. U antipsychotik si musíme uvědomit i zvýšené riziko cévních mozkových příhod. Většina antipsychotik v indikaci neuropsychiatrických příznaků je podávána off-label. Před podáním musíme zvážit poměr rizika a očekávaného benefitu farmaka. Musíme též zvážit riziko cévní mozkové příhody (14, 15).

## Volba vhodného antipsychotika

Vzhledem k nižším nežádoucím účinkům, především extrapyramidovým, dáváme při léčbě neuropsychiatrických příznaků přednost antipsychotikům 2. a 3. generace. Z antipsychotik 1. generace nachází uplatnění především haloperidol. Ten je vhodný zejména k léčbě akutního silného neklidu. Při silném neklidu se podává zpravidla 5 mg i. m. a podle potřeby se opakuje. Po ztišení akutního neklidu lze přejít na perorální podání ve formě kapek nebo tablet, ale pouze po krátkou dobu několika dnů.

Další antipsychotikum 1. generace ze skupiny butyrofenonů je melperon (firemní název Buronil). V ČR je v současnosti dostupná pouze perorální forma, nikoli injekční. Tato látka má málo nežádoucích účinků a spíše se blíží skupině antipsychotik druhé generace. Dávkuje se buď jenom na noc 25–50 mg (při nočních neklidech, nespavosti), nebo až 150 mg/den rozděleno do tří až čtyř denních dávek. Melperon je poměrně málo účinný na psychotické příznaky, ale dobře ovlivňuje neklid a má menší nežádoucí extrapyramidové efekty než většina antipsychotik 1. generace.

Z antipsychotik 2. generace je hojně používán substituovaný benzamid Tiaprid. Působí selektivní blokádu dopaminergních D2/D3 re-

ceptorů. Tato látka má velmi malé antipsychotické působení, ale dobře tlumí neklid organických pacientů a působí protidelirantně. Tiaprid se podává v denní dávce 300 mg, někdy až 600 mg rozděleno do tří i více dávek, ale někdy se podává pouze 100–200 mg na noc. Je k dispozici v perorální i injekční formě.

Další častěji používané antipsychotikum v této indikaci je quetiapin. Výhodou této látky jsou poměrně slabší extrapyramidové nežádoucí příznaky než u většiny dalších antipsychotik. Proto je vhodná především pro pacienty s extrapyramidovou hypertonicko-hypokineticou symptomatickou (Parkinsonova choroba, parkinsonské syndromy, demence s Lewyho tělísky). Někdy bývá používán jako dlouhodobá medikace v malých dávkách, především na noc u pacientů s demencí (8, 13). Obvyklá dávka je 25 mg na noc nebo 2–3 × 25 mg/den.

Risperidon je vhodné podávat v malých dávkách 0,25–2 mg/den, a to po dobu ne delší než 12 týdnů (18, 25). V kontrolované dvojité slepé klinické studii třináctitýdenního podávání risperidonu vs. haloperidolu vs. placebo (průměrné denní dávky 1,1 mg risperidonu a 1,2 mg haloperidolu) se projevilo statisticky nevýznamné zlepšení po risperidonu oproti haloperidolu. Nežádoucí extrapyramidové příznaky se vyskytly u risperidonu méně často než u haloperidolu a nelišily se signifikantně od placebo (6).

Olanzapin, antipsychotikum ze skupiny multireceptorových antagonistů ovlivňuje v malých dávkách poměrně dobře neklid a další neuropsychiatrické příznaky, má však riziko výraznějších nežádoucích účinků, jako je hyperglykemie, příbytek na váze, poruchy lipidového spektra. Navíc má i anticholinergní efekt, který může kromě kardiotoxicity ještě vyvolávat deliria a zhoršovat kognitivní funkce (5).

Ziprasidon byl zkoušen spíše jednotlivě, nikoli formou rozsáhlé dvojité slepé klinické studie, a prokázal dobré efekty u agitovanosti a psychotických příznaků v rámci demence (4). V otevřené klinické studii prokázal signifikantní efekt v léčbě neuropsychiatrických symptomů měřeno testem MPI, ale objevily se nežádoucí účinky (17).

Klozapin je používán zcela výjimečně u psychotických příznaků v rámci demencí, které jsou rezistentní na ostatní antipsychotika.

## Adéla už může zase studovat

**ZKRÁCENÁ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU:** Abilify Maintena 400 mg prášek a rozpouštědlo pro injekční suspenzi s prodlouženým uvolňováním. Abilify Maintena 400 mg prášek a rozpouštědlo pro injekční suspenzi s prodlouženým uvolňováním v předplněné injekční stříkačce. **LÉČIVÁ LÁTKA:** Jedna injekční lahvička/předplněná injekční stříkačka obsahuje 400 mg aripirazolu. Po rekonstituci jeden ml suspenze obsahuje 200 mg aripirazolu. **INDIKACE:** Přípravek Abilify Maintena je indikován k užívání při léčbě schizofrenie u dospělých pacientů stabilizovaných pomocí perorálně podávaného aripirazolu. **DAVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ:** U pacientů, kteří nikdy neužívali aripirazol, musí být před zahájením léčby pomocí Abilify Maintena zjištěna snášenlivost perorálně podávaného aripirazolu. Přípravek Abilify Maintena je určen pouze k intramuskulárnímu podání a nesmí se podávat intravenózně nebo subkutánně. Počáteční dávku lze podat jedním z následujících dvou režimů: Zahájení jednou injekcí: V den zahájení léčby má být podána jedna injekce přípravku Abilify Maintena 400 mg a v léčbě se má během následujících 14 dní pokračovat perorálním aripirazolem v dávce 10 až 20 mg denně, aby se v těle udržela terapeutická koncentrace aripirazolu dosažená při zahájení léčby. Suspenze se má aplikovat pomalu v jedné injekci do hýžděového nebo deltového svalu (dávky se nesmí dělit). Je třeba dbát na to, aby se injekce náhodně neaplikovala do cévy. Zahájení dvěma injekcemi: V den zahájení léčby je zapotřebí podat do různých míst dvě injekce přípravku Abilify Maintena 400 mg (viz způsob podání v SmPCs) a také jednu perorální 20mg dávku aripirazolu. Pokud má být léčba zahájena dvěma injekcemi, aplikuje je do dvou různých míst ve dvou různých svalích. Neaplikujte obě do stejného deltového nebo hýžděového svalu. Pokud je pacient pomalým metabolizátorem CYP2D6, viz SmPC. Po úvodní injekci je doporučená udržovací dávka přípravku Abilify Maintena 400 mg. Podává se jednou měsíčně jako jedna injekce (nejdříve 26 dní po předchozí injekci). Starší osoby: Bezpečnost a účinnost u pacientů ve věku 65 let a starších nebyla stanovena. Porucha funkce ledvin: Úprava dávky se nevyžaduje. Porucha funkce jater: U pacientů s lehkou až středně těžkou poruchou funkce jater se nevyžaduje úprava dávky. Doporučení pro pacienty s těžkou poruchou funkce jater nelze stanovit. U těchto pacientů se dávkování má řídit opatrně. Má být upřednostněna perorální forma. Osoby se známým pomalým metabolizátem CYP2D6 a úpravou dávky z důvodu interakcí se silnými inhibitory CYP2D6 a/nebo inhibitory CYP3A4 a/nebo induktory CYP3A4: Přečtěte si, prosím, úplné znění Souhrnu údajů o přípravku pro informace. **Pediatrická populace:** Bezpečnost a účinnost přípravku Abilify Maintena u dětí a dospívajících ve věku 0–17 let nebyla stanovena. **KONTRAINDIKACE:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo pomocné látky. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ:** Zlepšení klinického stavu pacienta se v průběhu antipsychotické léčby může objevit po několika dnech až týdnech. Pacienti mají být pečlivě sledováni po celou dobu tohoto období. Abilify Maintena se nesmí používat k léčbě pacientů ve stavu akutní agitovanosti nebo těžké psychózy. Výskyt sebevražedného chování byl v některých případech hlášen častěji po zahájení nebo změně antipsychotické léčby – výsoké riziko pacientů mají být důkladně sledováni. Přípravek se má používat s opatrností u pacientů se známým kardiovaskulárním onemocněním, s cerebrovaskulárním onemocněním, se stavem, které by mohly pacienty predisponovat k hypotenzi nebo hypertenzi, s prodloužením QT intervalu v rodinné anamnéze, u pacientů, kteří mají záchvatové onemocnění v anamnéze nebo mají stavy provázené epileptickými záchvaty. Eozinofilní dysmilita a aspirace byly pozorovány ve spojení s aripirazolem. Aripirazol má být užíván s opatrností u pacientů s rizikem aspirační pneumonie. V souvislosti s užíváním antipsychotik byly hlášeny případy žilního tromboembolismu (VTE). U pacientů má být před a během léčby přípravkem Abilify Maintena zohledněny všechny možné rizikové faktory pro VTE a mají být provedena preventivní opatření. Případy akutní dyskineze vzniklé při léčbě aripirazolem byly hlášeny méně často. Pokud se u pacienta užívajícího přípravek Abilify Maintena projeví známky a příznaky tardivní dyskineze, má se zvážit snížení dávky nebo přerušení léčby. Tyto příznaky se mohou dočasně zhoršit nebo mohou dokonce vzniknout až po přerušení léčby. V klinických studiích byly v souvislosti s léčbou aripirazolem hlášeny vzácné případy neuroleptického maligního syndromu (NMS). Objeví-li se u pacienta známky a příznaky příznakné pro NMS nebo nevyvratitelná vysoká horečka bez dalších klinických projevů NMS, podávání všech antipsychotik, včetně aripirazolu musí být přerušeno. Přípravek může způsobit

somnolenci, posturální hypotenzi a motorickou a senzorickou nestabilitu, což může vést k pádům. Při léčbě rizikovějších pacientů (např. seniorů nebo oslabených pacientů) je třeba dbát zvýšené opatrnosti a zvážit zahájení léčby nižší dávkou. Přípravek Abilify Maintena není určen k léčbě pacientů s psychózou spojenou s demencí. U pacientů léčených aripirazolem byla zaznamenána hyperglykemie. Pacienti mají být sledováni kvůli známám a příznakům hyperglykemie a pacienti s diabetem mellitem nebo s faktory rizikovými pro diabetes mellitus mají být pravidelně sledováni z hlediska možného zhoršení glukózové tolerance. U aripirazolu se mohou objevit hypersenzitivní reakce, vyznačující se alergickými příznaky. Během postmarketingového sledování bylo u pacientů, kterým byl předepsán perorálně užívaný aripirazol, zaznamenáno zvýšení tělesné hmotnosti. Pokud k němu dojde, je obvykle spojeno s významnými rizikovými faktory. Pacienti mohou při užívání aripirazolu pociťovat větší nutkání, zejména k hazardnímu hrání, a neschopnost tato nutkání kontrolovat. Jiná hlášená nutkání zahrnují: zvýšená sexuální nutkání, kompulzivní nakupování, záchvatovitě nebo kompulzivní přejídání a jiné impulzivní a kompulzivní chování. Je důležité, aby se osoby, které lék předepisují, konkrétně zeptaly pacientů nebo jejich pečovateli na rozvoj nových nebo zesílených stávajících nutkání. Pokud se u pacienta při užívání aripirazolu objeví taková nutkání, zvažte snížení dávky nebo vysazení léku. Je třeba opatrnosti při řízení nebo obsluhování strojů kvůli potenciálním účinkům na nervový systém a zrak, jako je sedace, somnolence, synkopa, rozmazané vidění, diplopie. Abilify Maintena se nesmí používat při ošetrování pacientů ve stavu akutní agitovanosti nebo těžké psychózy, kdy je okamžitě nutno dostat příznaky pod kontrolu. Tento léčivý přípravek obsahuje méně než 1 mmol (23 mg) sodíku v jedné dávce, to znamená, že je v podstatě „bez sodíku“. **INTERAKCE:** Aripirazol může zvyšovat účinek některých antihypertenziv. Z hlediska k primárnímu účinku aripirazolu na centrální nervový systém (CNS) je zapotřebí věnovat zvýšenou pozornost, pokud je aripirazol podáván v kombinaci s alkoholem nebo jinými léčivými přípravky působícími na CNS, které mají podobné nežádoucí účinky. Pokud je aripirazol podáván současně s léčivými přípravky, o nichž je známo, že prodlužují QT interval nebo způsobují nerovnováhu elektrolytů, je nutné postupovat s opatrností. Viz Souhrn údajů o přípravku, kde jsou uvedena doporučení pro úpravu dávky, pokud se přípravek používá současně se silnými inhibitory CYP2D6 a/nebo CYP3A4. Současné podávání induktorů CYP3A4 není vhodné, protože se snižují hladiny aripirazolu v krvi a mohou se snížit až pod účinnou mez. U pacientů užívajících aripirazol byly hlášeny případy serotoninového syndromu; může se objevit zejména při současném užívání s jinými serotonergními léčivými přípravky, jako jsou selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu/norepinefrinu (SSRI/SNRI) a s jinými léčivými přípravky, o kterých je známo, že zvyšují koncentrace aripirazolu. Pacienty, které jsou v současné době léčené nebo které byly léčené přípravkem Abilify Maintena v posledních 34 týdnech, nemají kojit. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** Další informace, viz úplné znění Souhrnu údajů o přípravku. Časté (≥ 1/100 až < 1/10): zvýšené tělesné hmotnosti, diabetes mellitus, snížení tělesné hmotnosti, agitovanost, úzkost, neklid, insomnie, extrapyramidová porucha, akatie, tremor, dyskineze, sedace, somnolence, závrať, bolest hlavy, suchost v ústech, muskuloskeletální ztuhlost, erektilní dysfunkce, bolest v místě injekce, indurace v místě injekce, únava, zvýšená kreatinofosfokináza v krvi. Méně časté (≥ 1/1 000 až < 1/100): neutropenie, anemie, trombocytopenie, snížený počet neutrofilů, snížený počet leukocytů, hypersenzitivita, snížená hladina prolaktinu v krvi, hyperprolaktinémie, hyperglykemie, hypercholesterolemie, hyperinzulinémie, hyperlipidémie, hypertriglyceridémie, porucha chuti k jídlu, sebevražedná představa, psychotická porucha, halucinace, blud, hypersexuální, panická reakce, deprese, afektivní labilita, apatie, dystonie, porucha spánku, bruxismus, snížené libido, změněná nálada, dystonie, tardivní dyskineze, parkinsonismus, porucha pohybu, psychomotorická hyperaktivita, syndrom neklidných nohou, fenomén ozubeného kola, hypertonie, bradykardie, slinění, dysgezie, parosmie, ologický krize, rozmazané vidění, bolest oka, diplopie,

fobie, komorové extrasystoly, bradykardie, tachykardie, snížení amplitudy T vlny na elektrokardiogramu, abnormální elektrokardiogram, inverze T vlny na elektrokardiogramu, hypertenze, ortostatická hypotenze, zvýšený krevní tlak, kašel. Skytávka, gastroesofageální reflux, dyspepsie, zvracení, diareta, nauzea, bolest v epigastriu, břišní diskomfort, obtupace, časté vyprázdnování střev, hypersekrece slin, abnormální funkční jaterní test, zvýšené jaterní enzymy, zvýšená alainaminotransferáza, zvýšená gamaglutamyltransferáza, zvýšený bilirubin v krvi, zvýšená aspartátaminotransferáza, alopecie, akné, rosacea, ekzém, kožní indurace, svalová rigidita, svalové spasmusy, svalové fascikulace, tuhost svalů, myalgie, bolest v končetině, artralgie, bolest zad, omezená kloubní hybnost, rigidita šije, trismus, nefrolitiáza, glykosurie, galaktorea, gynekostázie, citlivost prsu, vulvovaginální suchost, pyrexie, astenie, porucha chůze, hrudní diskomfort, reakce v místě injekce, erytém v místě injekce, zduření v místě injekce, diskomfort v místě injekce, pruritus v místě injekce, žízeň, pomalost, zvýšená glykemie, snížená glykemie, zvýšený glykosilovaný hemoglobin, zvýšený obvod pasu, snížený cholesterol v krvi, snížené triglyceridy v krvi. Není známo (z dostupných údajů nelze určit): leukopenie, alergická reakce (např. anafylaktická reakce, angioedém, včetně otokého jazyka, edému jazyka, edému obličej, pruritu nebo kopřivky), diabetická hyperosmolární koma, diabetická ketoacidóza, anorexie, hyponatremie, dokonaná sebevražda, sebevražedný pokus, patologické hráčství, impulzivní poruchy, záchvatovitě přejídání se, kompulzivní nakupování, porušení, nervozita, agresivita, neuroleptický maligní syndrom, generalizovaný tonicko-klonický záchvat, serotoninový syndrom, porucha řeči, náhla nevyvratitelná smrt, srdeční zástava, torsade de pointes, komorová arytmie, prodloužení QT intervalu, synkopa, ztlumit tromboembolismu (včetně plicní embolie a hluboké žilní trombozy), orofaryngeální spasmus, laryngospasmus, aspirační pneumonie, pankreatitida, dystázie, selhání jater, iterus, hepatitida, zvýšená alkalická fosfatáza, vyrážka, fotosenzitivní reakce, hyperhidróza, léková reakce se eozinofilií a systémovými příznaky (DRESS), rhabdomyolýza, močová retence, močová inkontinence, syndrom z vysazení léku u novorozenci, priapismus, porucha termoregulace (hypotermie, pyrexie), bolest na hrudi, periferní otok, kolísání hladiny glukózy v krvi. **PŘEDÁVKOVÁNÍ:** Je třeba podopatrnou terapii, zajišťující dostatečné průduškové dýchací cesty, oxygenaci a ventilaci, a na zvládnutí příznaků. Inled by se tudíž mělo začít s monitorováním kardiovaskulárního systému včetně průběžného monitoringu EKG. Případné nežádoucí účinky prosím hláste na: Otsuka Pharmaceuticals Europe Ltd prostřednictvím e-mailové adresy: [vigilance@otsuka-europe.com](mailto:vigilance@otsuka-europe.com). **UCHOVÁVÁNÍ:** Chraňte před mrazem. Podmínky uchovávání po rekonstituci viz úplné znění Souhrnu údajů o přípravku. **VELIKOST BALENÍ:** prášek a rozpouštědlo 400 mg (EU/1/13/882/002); předplněná injekční stříkačka 400 mg (EU/1/13/882/006). **DŘÍTEL ROZHOVNUTÍ O REGISTRACI:** Otsuka Pharmaceutical Netherlands B.V., Henkerbergweg 292, 1101 CT, Amsterdam, Nizozemsko **REGISTRAČNÍ ČÍSLO:** Abilify Maintena 400 mg prášek a rozpouštědlo pro injekční suspenzi s prodlouženým uvolňováním: EU/1/13/882/001–004; Abilify Maintena 400 mg prášek a rozpouštědlo pro injekční suspenzi s prodlouženým uvolňováním v předplněné injekční stříkačce: EU/1/13/882/005–008. **DATUM REGISTRACE:** 15. listopadu 2013. **DATUM POSLEDNÍHO PRODLOUŽENÍ REGISTRACE:** 27. srpna 2018. **DATUM POSLEDNÍ REVIZE TEXTU:** 25. 03. 2024. **DATUM POSLEDNÍ REVIZE ZKRÁCENÉ INFORMACE:** duben 2024. **Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Předtím, než přípravek Abilify Maintena předepíšete, přečtěte si, prosím, úplné znění Souhrnu údajů o přípravku. Podrobné informace o tomto léčivém přípravku jsou k dispozici na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky na adrese <http://www.ema.europa.eu>. **KONTAKT:** Lundbeck Česká republika s. r. o., Bozděchova 7, 150 00 Praha 5, tel.: 225 275 600, [www.lundbeck.cz](http://www.lundbeck.cz)**

Aripiprazol prokázal dobrý efekt v léčbě neuropsychiatrických symptomů s tím, že má dobrý bezpečnostní profil včetně vlivu na kognitivní funkce (1). Svou účinnost i bezpečnost prokázal např. při léčbě psychotických symptomů u demence s Lewyho tělísky (10).

Brexpiprazol byl zkoušen v dvojité slepých, placebem kontrolovaných studiích v léčbě agitovanosti u Alzheimerovy choroby v dávkách 0,5–2 nebo 3 mg/den. Prokázal statisticky signifikantní efekt v léčbě agitovanosti u Alzheimerovy choroby v dávkách 2 a 3 mg/den, byl velmi dobře tolerován, počet nežádoucích účinků byl nesignifikantně vyšší než u placebo (9, 11).

Zatím nejsou dostatečné zkušenosti a klinické studie pro užití lurasidonu, paliperidonu, asenapinu a karpiprazinu v léčbě neuropsychiatrických symptomů demence, i když jejich farmakologický profil naznačuje, že by mohly být účinné.

V této indikaci byly provedeny metaanalýzy porovnávající výskyt nežádoucích účinků antipsychotik 1. a 2. generace. Z metaanalýz vyplývá, že antipsychotika 1. generace častěji vedou k cévním mozkovým příhodám, komorové arytmii, infarktu myokardu a také k frakturám dolních končetin (19).

## Další možnosti farmakoterapie neklidu u demencí

Kromě antipsychotik se užívají nebo se ověřuje účinnost ještě jiných typů psychofarmak.

Antidepresiva jsou schopna ovlivňovat některé behaviorální symptomy u demencí,

což potvrzuje několik metaanalýz (3, 20, 24). Antidepresiva jsou výhodná zejména tam, kde se vyskytuje agitovanost a jiné typy neklidu spolu s úzkostnou nebo depresivní náladou. Používána jsou zejména citalopram, escitalopram a sertralin. U paroxetinu mohou být na obtíž anticholinergní efekty. Trazodon je využíván především tam, kde je neklid spojený s nespavostí. Dobré efekty byly popsány např. u frontotemporální lobární degenerace.

Benzodiazepiny představují další skupinu farmak pro léčbu neklidu. Bylo provedeno více kontrolovaných studií, srovnávajících účinnost s některými antipsychotiky a s placebem. Benzodiazepiny byly účinnější než placebo, svým efektem se zpravidla vyrovnaly antipsychotikům, ale ve skupinách pacientů léčených benzodiazepiny bylo podstatně více dropp-outů. U benzodiazepinů může vznikat tolerance a navíc mohou nevhodně působit na kognitivní funkce. Benzodiazepiny nejsou doporučovány pro terapii neklidů v rámci neuropsychiatrických příznaků, ale mohou být použity v některých případech akutních neklidů (20, 21).

Stabilizátory náklady byly zkoušeny ve více kontrolovaných dvojité slepých studiích a hodnoceny několika metaanalýzami. Určitý efekt byl prokázán u karbamazepinu, zatímco u valproátu a litria efekt prokázán nebyl. Stále je nedostatek klinických studií u gabapentinu, pregabalínu, topiramatu. Obecně stabilizátory nálady nejsou doporučovány k léčbě neklidu

u neuropsychiatrických příznaků demence vyjma karbamazepinu (20, 23).

Beta-adrenolytikum propranolol byl účinný v jedné kontrolované klinické studii, kdy mírnil neklid pacientů. Nežádoucí účinky typu bradykardie a hypotenze byly při tom minimální. Není však běžně doporučován k léčbě neuropsychiatrických příznaků demence, lze jej však výjimečně užít tam, kde jiná farmaka nemají dostatečný efekt (22).

Z dalších farmak jsou zkoušeny např. melatonin a agonisté kanabinoidních receptorů, dosavadní výsledky však jsou nedostačující nebo chybí kontrolované studie. Určité efekty na zmírnění neklidu mají i inhibitory mozkových cholinesteráz a memantin, ale tyto efekty jsou ve většině případů nedostačující.

## Závěr

Neklid v rámci neuropsychiatrických symptomů demence představuje velký problém jak pro pacienty samotné, tak pro jejich pečovatele. Jsou častou příčinou institucionalizace pacienta. Proto jim v terapii musíme věnovat velkou pozornost. Vždy se tyto příznaky snažíme zvládat nefarmakologickými postupy. Ty pak volíme při přetrvávání neklidu tam, kde nefarmakologické přístupy neuspěly. Farmakoterapii používáme uváženě, po nezbytně krátkou dobu, a začínáme malými dávkami.

Z výsledků klinických studií, metaanalýz i klinické praxe volíme jako základní farmakologický přístup použití antipsychotik.

## LITERATURA

1. Álvarez-Fernández B, Brental-López MR, Gómez-Huelgas R. Role of aripiprazol in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia: a narrative review. *Psychogeriatrics*. Nov. 2021;22(1). DOI 10.1111/psyg.12787.
2. Brimelow RE, Wollin JA, Byrne GJ, et al. Prescribing of psychotropic drugs and indicators for use in residential aged care and residents with dementia. *Int Psychogeriatr*. 2019;31:837-847.
3. Chen K, Li H, Yang L, et al. Comparative efficacy and safety of antidepressant therapy for the agitation of dementia: A systematic review and network meta-analysis. *Systematic Review article*. *Front. Aging Neurosci*. 2023;15:https://doi.org/10.3389/fnagi.2023.1103039.
4. Cole SA, Saleem R, Smith A. Ziprasidon for Agitation or Psychological Symptoms of Dementia. *Int J Psychiatry Med*. 2005;35(1):91-8. <https://doi.org/10.2190/NAMG-XXGG-WDVG-GX04>.
5. Coles M. Caution with olanzapine use in dementia. *Austr. Prescr*. 2021;44(2):40.
6. De Deyn PP, Rabheru K, Rasmussen A, et al. A randomized trial of risperidone, placebo, and haloperidol for behavioral symptoms of dementia. *Neurology*. 1999;53(5):956.
7. Devshi R, Shaw S, Elliot-King J, et al. Prevalence of Behavioural and Psychological Symptom of Dementia in Indi-

8. Fernandez HH, Trieschmann ME, Burke MA, et al. Quetiapine for psychosis in Parkinson's disease versus dementia with Lewy bodies. *Journ of Clin Psychiat*. 2002;63(6):513-515.
9. Grossberg GT, Kohegyi E, Mergel V, et al. Efficacy and Safety of Brexpiprazole for the Treatment of Agitation in Alzheimer's Dementia: Two 12-Week, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trials. *The Amer Journ of Geriatr Psychiatry*. 2020;28(4):383-400.
10. Kikuchi Sugwara Y, Shimizu T. Aripiprazole for the treatment of psychotic symptoms in patients with dementia with Lewy bodies: a case series. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2019;15:543-547.
11. Lee D, Stomkowski M, Hefting N, et al. Brexpiprazole for the treatment of agitation in Alzheimer Dementia. A randomized clinical trial. *JAMA Neurology*. 2023;80(12):1307-1316.
12. Lin Y-T, Hwang T-J, Shan J-Ch, et al. Dosage and duration of antipsychotic treatment in demented outpatients with agitation or psychosis. *Journ of Formosan Medic Assoc*. 2015;4(2):147-153.
13. Müller L, Noseda R, Bertoli R, et al. Off-label use of quetiapine in nursing homes: Does medical speciality of prescribing physicians play a role? *BJCP*. 2020;86(7):1444-1445.

14. Ohno Y, Kunisawa N, Shimizu S. Antipsychotic Treatment of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) Management of Extrapyrmidal Side Effects. *Front. Pharmacol*. 2019;10:1045. doi:10.3389/fphar.2019.01045.
15. Prokopová I. Farmakoterapie Alzheimerovy demence a přidružených neuropsychiatrických symptomů – 2. část. *Psychiatr. praxi* 2018;19(2):58-63.
16. Protopopová D, Masopust J, Vališ M, et al. Použití antipsychotik u nemocných s demencí. *ČeskSlovNeurol a Neurochir*. 2015;78/111(2):158-162.
17. Rocha FL, Hara C, Ramos MG, et al. An Exploratory Open-Label Trial of Ziprasidon for the treatment of Behavioral and Psychological Symptom of Dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2006;22(5-6):445-448.
18. Roughley M, Mena C, Howard R, et al. Guiding safe risperidone prescribing in Alzheimer's disease with therapeutic drug monitoring. *SHORT COMMUNICATION, Open Access, firstpubl: 15 Feb. 2023, https://doi.org/10.1111/bcp.15692*.
19. Tampi RR, Tampi DJ, Sirinivasan S, et al. Antipsychotic use in dementia: a systematic review of benefit and risk from meta-analyses. *Therapeutic Advances in Chronic Diseases*. *Amer Journ of Geriatr Psychiatry*. 2017;25(3):81.
20. Tampi RR, Tampi DJ, Balachandran S. Antipsychotics, An-

tidepressants, Anticonvulsants, Melatonin, and Benzodiazepines for Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: a Systematic Review of Meta-analyses. J Geriatric Disorders. 2017;5:55-79.

21. Tampi RR, Tampi DJ. Efficacy and tolerability of benzodiazepines for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review of randomized controlled trials. Amer Journ of Alzhem Dis and Other Dementias. 2014;19(7):565-574.

22. Tampi RR, Tampi DJ, Farheen SA, et al. Propranolol for the management of behavioural and psychological symptoms of dementia, Drug Context. 2022 Dec. 8:11:2022-8-3.doi. 10.7573/dic.2022-8-3. eCollection 2022.

23. Yeh Y-CH, Ouang W-CH. Mood stabilizers for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. SciVerse ScienceDirect, Available online 14. Feb. 2012.

24. Young JJ. Evidence-Based Pharmacological Management and Treatment of Behavioral and Psychological

Symptom sof Dementia. The Amer. JNourn. Of Psychi-at. 2016;14(6):3-5.

25. Yunusa I, El Helou ML. The Use of Risperidone in Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Review of Pharmacology, Clinical Evidence, Regulatory Approvals, and Off-Label Use. Front Pharmacol. 2020;11:596.



esmedicum

psychiatrie pro děti, dorost a dospělé

OTEVŘELI JSME NOVOU KLINIKU na adrese

Hartigova 2427/205, 130 00 Praha 3 v Centru zdravotní péče Jarov.

ROZŠIŘUJEME  
SVÉ SLUŽBY!

## PSYCHIATRIE PRO DĚTI, DOROST A DOSPĚLÉ a SESTRA PRO PÉČI V PSYCHIATRII

Těší se na Vás zkušený tým pedopsychiatrů, psychiatrů pro dospělé a sestřiček v nových, klimatizovaných prostorech. Zajišťujeme psychiatrickou péči pro děti, dorost a dospělé. Zdravotní péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění, máme smlouvy se všemi zdravotními pojišťovnami.

**PRO ZDRAVOTNÍKY:** poptáváme **klinického psychologa** ideálně se zkušenostmi s dětskou klientelou a **dětské a dospělé psychiatry**. Nabízíme přátelské prostředí, nadstandardní finanční ohodnocení, rozsah činnosti dle dohody. **Neváhejte a ozvěte se nám.**

**PRO POSKYTOVATELE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB:** zajišťujeme psychiatrickou péči pro klienty v domovech pro seniory a pro další poskytovatele sociálních služeb.

**Pokud máte zájem o naše služby, neváhejte a ozvěte se nám.**

# Emočně nestabilní adolescenti – diagnostika a terapie

doc. PhDr. Jana Kocourková, MUDr. Jiří Koutek, Ph.D., MUDr. Tereza Strnadová, MUDr. Kryštof Kantor  
Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Emočně nestabilní adolescenti představují rozsáhlou skupinu pacientů, kterými se v současnosti zabývají pedopsychiatrická pracoviště, jak ambulantního, tak lůžkového charakteru. Převážnou většinu tvoří adolescentní dívky, které přicházejí zejména pro úzkostně depresivní symptomatiku, sebepoškozování a suicidální chování. Emoční nestabilita v adolescenci představuje spektrum závažnosti, počínaje emoční labilitou obvyklou v dospívání, až po poruchy ve vývoji osobnosti, které mohou v nejzávažnějším případě vyústit do emočně nestabilní – hraniční poruchy osobnosti. Terapie vyžaduje integrovaný přístup, s důrazem na psychoterapii a rodinnou terapii, a také indikovanou farmakoterapii.

**Klíčová slova:** emoční nestabilita v adolescenci, hraniční porucha osobnosti, diagnostika, terapie.

## Emotionally unstable adolescents – diagnostics and therapy

Emotionally unstable adolescents represent a large group of patients currently dealt with pedopsychiatric facilities, both outpatient and inpatient. The vast majority are adolescent girl who come mainly for anxiety – depressive symptoms, self harm and suicidal behavior. Emotional instability in adolescence represents a spektrum of severity, starting with emotional lability common in adolescence, up to disturbances in personality development, which in the most serious case can reset in emotionally unstable – borderline personality disorder. Therapy requires an integrated approach, with an emphasis on psychotherapy and family therapy, as well as indicated pharmacotherapy.

**Key words:** emotional instability in adolescence, borderline personality disorder, diagnosis, therapy.

## Úvod

Adolescentní vývojové období přináší řadu změn zejména ve vývoji vlastní identity a vztahů s důležitými osobami, jako jsou rodiče, romantičtí partneři, vrstevníci. Vnější zatěžující nebo traumatizující okolnosti mají negativní vliv na emoční prožívání adolescentů, v závislosti na specifické povahové struktuře (3) a charakteru blízkých vztahů. Můžeme si povšimnout, že vnitřní osobnostní problémy adolescenta mohou vést k „odehrávání“ ve vnější realitě. Dochází k rizikovému chování (například v oblasti sexuality, experimentace

s návykovými látkami, rizikové chování na sociálních sítích, sebepoškozování a suicidální chování). Dochází k problémům ve vztazích, zejména v rámci rodiny, nebo ve vztazích, kde je adolescent citově zaangażován (romantičtí partneři). Obava použít diagnózu hraniční poruchy osobnosti v adolescentním věku (před osmnáctým rokem) pramení z toho, že v rámci kategoriálního přístupu k diagnóze je porucha osobnosti hodnocena jako přetrvávající stav, který může pro adolescenta představovat neměnnou, stigmatizující a sociálně znevýhodňující charakteristiku (1). Dimenzionální pří-

## DECLARATIONS:

### Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

### Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18<sup>th</sup> WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

### Conflict of interest and financial disclosures:

None.

### Funding/Support:

Podpořeno interním grantem č. 6030 v rámci projektu (Ministerstva zdravotnictví) koncepčního rozvoje výzkumné organizace 00064203 (FN Motol) a programem Cooperatio Univerzity Karlovy (oblast neurovědy).

Cit. zkr: Psychiatr. praxi. 2024;25(3):120-124

<https://doi.org/10.36290/psy.2024.020>

Článek přijat redakcí: 26. 4. 2024

Článek přijat k tisku: 30. 5. 2024

doc. PhDr. Jana Kocourková

[jana.kocourkova@lfmotol.cuni.cz](mailto:jana.kocourkova@lfmotol.cuni.cz)

stup k diagnóze poruchy osobnosti umožňuje vidět spektrum poruchy, rozlišit její závažnost a správně indikovat terapeutické postupy. Dle psychiatrického klasifikačního systému ICD-11 jsou poruchy osobnosti pouze „relativně“ stabilní a mohou se v době mladé dospělosti změnit (2). Téma emoční nestability u adolescentů v odborné literatuře ukazuje na vzrůstající zájem o tuto problematiku (3, 4, 5, 6).

## Výskyt a klinické projevy

Uvádí se, že prevalence hraniční poruchy osobnosti s emočně nestabilními rysy v celkové populaci adolescentů dosahuje úrovně kolem 3 % (4). Údaje jsou závislé na charakteru klinické populace, například u suicidálních adolescentů přicházejících na psychiatrickou pohotovost se počet zvyšuje. Z hlediska pohlaví převažují dívky (až tři čtvrtiny pacientů).

Charakteristickými projevy u emočně nestabilních adolescentů jsou výkyvy nálady, afektivní nestabilita, impulzivita, sebepoškození a suicidální chování, užívání návykových látek, poruchy příjmu potravy, závislost na sociálních sítích, problémová experimentace v sexuální oblasti. U některých pacientů můžeme vidět genderovou dysforii, která je též narůstajícím problémem a zvyšuje riziko autodestruktivního chování. V současném spektru emočně nestabilních adolescentů, zejména těch s rizikem vývoje k hraniční poruše osobnosti, můžeme vidět symptomy psychotického charakteru, zejména „hlasy“, které bývají podhodnocovány. Dle Cavelti, et al. (7, 8) tyto příznaky prokazují více podobností než rozdílů u osob s hraniční poruchou osobnosti a osob s psychotickými poruchami a dále to, že přítomnost psychotických symptomů u hraniční poruchy osobnosti je ukazatelem závažnosti poruchy a rizikovým faktorem například ve vztahu k suicidalitě. Přehledová práce k této tematice (9) poukazuje na výskyt auditivních halucinací, které mohou být asociovány s posttraumatickou stresovou poruchou a historií dětské traumatizace (10).

Typickými klinickými znaky emočně nestabilní – hraniční poruchy osobnosti jsou déletrávající obtíže, často referované od doby začátku dospívání (11–12) roků a stupňující se v průběhu adolescence. Jde o charakteristiky korespondující s kritérii hraniční poruchy osobnosti dle DSM-5 (11):

## Diagnostická kritéria hraniční poruchy osobnosti dle DSM-5

1. Horlivá snaha jedince vyhnout se skutečnému nebo domnělému opuštění.
2. Vzorec nestabilních a intenzivních mezilidských vztahů charakterizovaný kolísáním mezi extrémní idealizací a devalvací.
3. Porucha identity: výrazně a trvale nestabilní sebeobraz a vnímání sebe sama.
4. Impulzivita nejméně ve dvou oblastech, které v sobě nesou riziko sebepoškození (např. utrácení peněz, sex, abúzus látek, bezohledné řízení motorových vozidel, záchvaty přejídání).
5. Opakující se suicidální jednání, gesta a pohrůžky nebo sebepoškozující chování.
6. Afektivní nestabilita v důsledku výrazné reaktivity nálady (např. intenzivní epizodická dysforie, iritabilita či úzkost, která obvykle trvá několik hodin, vzácně pak déle než několik dnů).
7. Chronické pocity prázdnoty.
8. Nepřiměřený, intenzivní vztek či potíže s ovládnutím vzteku (např. častá náladovost, trvalá zlost, opakované fyzické konflikty).
9. V reakci na stres přechodné paranoické projevy a těžké disociativní symptomy).

## Sebepoškození a suicidální chování

Sebepoškození a suicidální projevy jsou typickými příznaky emočně nestabilních adolescentů, představují spektrum závažnosti a jsou častou indikací pro psychiatrickou a psychologickou intervenci. Zároveň vedou k problémům v rámci rodiny, školy, ve vrstevnických vztazích i ve vztahu k zdravotnickému systému a terapii. Charakter sebepoškození a závažnost suicidálního rizika je třeba zvažovat při rozhodování o indikaci k typu péče, ať již ambulantního typu nebo hospitalizace.

**Diagnostický manuál DSM 5** (11) navrhuje samostatná diagnostická kritéria pro poruchy, na které by se měl zaměřit další výzkum, mezi jinými také odděleně Poruchu se suicidálním chováním a Nesuicidální sebepoškození.

Odlišení nesuicidálního sebepoškození a poruchy se suicidálním chováním je dle DSM 5 precizní a dobře použitelné pro výzkumné účely. Klinická praxe však ukazuje, že posuzování autodestruktivního chování adolescentů je méně ohraničitelné, nemusí splňovat všechny znaky popsanych kategorií, u pacientů se může

zároveň vyskytovat sebepoškození i suicidální chování.

## Nesuicidální sebepoškození

Nesuicidální sebepoškození je považováno za sebezraňování bez suicidálního úmyslu (12). Představuje závažný problém zejména v adolescentním věku. Nesuicidální sebepoškození se pojí s dalšími problémy (například deprese, úzkostné poruchy, poruchy příjmu potravy, poruchy osobnosti, posttraumatická stresová porucha), může se ale vyskytnout i u neklinické populace. Konfrontace se sebepoškozujícím se adolescentem je náročná a zejména u dospělých autorit vede často k vyhoceným emočním reakcím, jako je strach, zlost, pocity viny. Nesuicidální sebepoškození je nejčastěji popisováno ve spojení s opakovaným povrchoým sebezraňováním, nejčastěji se sebepořezáváním, pálením se, škrábáním, bitím, většinou, ale ne vždy, bez závažného poškození tělesného stavu (13). Jinou formou může být opakovaná intoxikace (nejčastěji psychofarmaky), která nemá suicidální cíl. Bývá upozorňováno na návykový charakter sebepoškození, s projevy bažení, narůstajícího vzrušení a vybití, které aktem sebepoškození přináší úlevu spojenou s potřebou opakování. Sebepoškození může ve svém průběhu vést k zesilování způsobů sebezraňování, a představuje zřetelné riziko pro následující suicidální chování. Motivy pro sebepoškození bývají většinou vysvětlovány jako přání adolescenta získat úlevu a oslabit prožitek mentálního diskomfortu, nicméně údaje, které ve verbální podobě od pacienta získáme, nemusí být plně spolehlivé a mohou mít charakter dodatečných racionalizací, nebo vědomých manipulativních tendencí.

## Suicidální chování

Sebevražda v adolescenci je jednou ze tří příčin smrti v období mezi 15–24 roky. Pojem suicidální chování zahrnuje široké spektrum, začínající suicidálními myšlenkami a tendencemi, přes suicidální pokus, až po dokonané suicidium. Ve vztahu k pohlaví, stejně jako v celé populaci, u dokonanych sebevražd v adolescenci výrazně převažují chlapci nad dívkami. Prostředky užívané pro suicidální chování jsou odlišné, u dívek převažuje intoxikace medikamenty, u chlapců převažují tzv. tvrdé metody, jako je strangulace nebo střelná zbraň. V adolescentním období převažují sebevražedné pokusy dívek. Suicidální

chování je výsledkem multifaktoriálního procesu, na jehož průběhu i vyústění se podílí více vlivů (14). Uváděný motiv bývá spíše spouštějícím než příčinným faktorem, který vede k realizaci tohoto rizikového jednání. Důležitou úlohu hrají primární psychiatrické poruchy, osobnostní rysy a aktuální situační zátěžové okolnosti a konflikty. Výskyt suicidia v rodině, případně suicidálních proklamací blízkých osob, může být určitým modelem řešení krizových situací. S rizikem suicidálního jednání je častá souvislost s depresí a nezdědka je neočekávaný suicidální pokus prvním zjevným příznakem závažné afektivní poruchy. Úzká souvislost je též mezi sebevražděným jednáním a závislostí na alkoholu a návykových látkách, kdy je alkohol nebo jiná návyková látka užita před suicidálním jednáním. V adolescentním věku má význam disharmonický vývoj osobnosti, zejména spojený s emoční nestabilitou a impulzivitou. V současnosti vidíme více než dříve pacienty s poruchou pohlavní identity, genderovou dysforií, u nichž je sebepoškození nebo suicidální chování častým důvodem pro psychiatrickou intervenci.

## Úskalí v kontaktu s emočně nestabilním adolescentem

Do psychiatrické péče přivádí tyto adolescentní pacienty nejčastěji úzkostné a depresivní potíže, závažné sebepoškození, suicidální chování a související problémy ve vztazích v rodinném i vrstevnickém prostředí. Symptomatika sebepoškození a suicidálního chování znepokojuje jak rodiče, tak i další dospělé, kteří přebírají odpovědnost (učitelé, vychovatelé, zdravotničtí pracovníci). Suicidální chování u adolescentů představuje indikaci pro hospitalizaci, i když může vykazovat manipulativní charakteristiku. V počátečním diagnostickém kontaktu není vždy snadné odlišit suicidální motivaci od nesuicidálního sebepoškození, zejména když jde o opakovanou intoxikaci psychofarmaky. Samotné nesuicidální sebepoškození může mít různý stupeň závažnosti, a je rizikovým faktorem pro suicidální chování. První kontakt často vyvolává ambivalentní postoje i na straně zdravotníků, zejména musí-li v krizové situaci rozhodovat o dalším řešení. Podobně jako u rodičů, i profesionálové prožívají úzkost ze závažného sebepoškození adolescenta, zároveň si mohou myslet, že jde z jeho strany o chování manipulativní nebo demonstrativní. Suportivní

psychoterapeutický přístup pro adolescenta i jeho rodinu bývá na počátku základní terapeutickou intervencí, včetně dosažení dohody o dalším postupu léčby. První kontakt s emočně nestabilním adolescentem může být podstatný pro spolupráci a motivaci k další léčbě. V rámci terapeutického uspořádání při hospitalizaci se využívá režimová léčba, různé formy skupinové psychoterapie, individuální terapie, práce s rodinou. Délku hospitalizace u těchto adolescentů je třeba pečlivě zvažovat, tak aby na jedné straně došlo ke stabilizaci duševního stavu a oslabení suicidálního rizika, na druhé straně je potřeba předejít přílišnému „zabydlení“ na psychiatrickém oddělení.

## Terapeutické přístupy

### Psychoterapie

Za **základní terapeutické principy** v přístupu k emočně nestabilním adolescentům můžeme považovat:

- Vytvoření stabilního terapeutického rámce.
- Aktivní terapeutický postoj.
- Schopnost snášet negativní emoce pacienta.
- Propracování vztahu mezi jeho pocity a chováním, zejména v oblasti autodestruktivních projevů.
- Pevné hranice terapeutického uspořádání.
- Orientace na problémy „tady a teď“.
- Monitorování vlastního prožívání ve vztahu k pacientům.
- Terapeutická práce s rodinou.

Psychoterapeutické přístupy, původně vytvořené pro léčbu dospělých, byly modifikovány pro psychoterapii hraničních pacientů v adolescentním věku. Příkladem jsou následující terapeutické modely:

**Dialektická behaviorální terapie** (Dialectical behavior therapy) (15, 16) je adaptovaná pro použití v adolescentním věku. Jde o syntézu behaviorální terapie a dialektické filozofie, se zaměřením na emoční dysregulaci, nízkou toleranci ke stresu a interpersonální obtíže.

**Terapie založená na mentalizaci** (Mentalization-based therapy) (17, 18, 19) je integrativní terapeutický přístup zaměřený na zlepšení mentalizační funkce (kapacity porozumět a predikovat duševní stavy a chování u sebe sama i druhých osob). Pomáhá zejména

ke stabilizaci emočního prožívání a zlepšení interpersonálních vztahů.

**Psychoterapie zaměřená na přenos** (Transference focused therapy) je strukturovaná psychoanalytická terapie, která byla vyvinuta Otto F. Kernbergem pro léčbu závažných hraničních a narcistických poruch osobnosti. Je adaptovaná pro adolescentní věk. Cílem je zlepšení v oblasti regulace emocí, autodestruktivního chování a zlepšení v oblasti interpersonálních vztahů.

**Schéma terapie** (Schema therapy) je integrativní směr, který rozvíjí kognitivně behaviorální terapii, s integrací teorie vazby, gestalt terapie a na emoce zaměřené terapie. Přístup je modifikován pro terapii dětí a adolescentů, zahrnuje práci s rodinou.

**Terapie zaměřená na léčbu problémů identity adolescentů** (Adolescent Identity Treatment) (20). Jde o model, který je inspirován teorií objektních vztahů a terapií zaměřenou na přenos a dále integruje prvky KBT, prvky psychodynamického přístupu i rodinného systemického přístupu.

### Dialektická behaviorální terapie

Psychoterapeutický přístup, v současné době rozvíjený na řadě pedopsychiatrických pracovištích, je dialekticko behaviorální terapie (dále DBT) (15). Jde o psychoterapeutický program založený americkou psycholožkou Marshou M. Linehanovou. Je založen na kombinaci přístupu dialektické filozofie a behaviorální terapie. Dialektikou rozumíme hledání syntézy u dvou zprvu protichůdných polarit, a tedy tzv. „zlaté střední cesty“. V rámci dialektického přístupu DBT využívá takzvaná dialektická dilemata – radikální přijetí pacienta takového, jaký je versus tlak na změnu; zranitelnost jedince versus sebe-devalvací; v případě adolescentů také přílišná shovívavost ze strany rodičů versus autoritativní výchova a mnohá další. Dialektický přístup je kombinován s principy behaviorální terapie, jako je nácvik nových dovedností a pochopení principů vlastního chování.

Marsha Linehanová udává etiologii emočně nestabilní poruchy osobnosti jako kombinaci biologické zranitelnosti jedince (citlivý temperament, zvýšená pohotovost k emocím) a devalvačního prostředí (bagatelizace obtíží z blízkého okolí a podobně). Takové prostředí dále zvyšuje emoční prožitek a při dlouho-

dobém působení zvyšuje emoční dysregulaci. DBT chápe emočně nestabilní poruchu osobnosti jako pervazivní onemocnění, kdy v důsledku dysregulace emocí (výkyvy nálad, nepřiměřený vztek) dochází i k dysregulaci chování (sebepoškozování, suicidalita, impulzivita), dysregulaci mezilidských vztahů (snaha vyhnout se opuštění, intenzivní a nestabilní mezilidské vztahy), dysregulaci vnímání sebe sama (porucha identity, pocity prázdnoty) a dysregulaci kognice (disociativní epizody, pocity paranoidity, pseudo/halucinace).

Součástí DBT terapie je standardně skupinová terapie, individuální terapie, telefonický koučink a konzultační skupiny terapeutů. V případě adolescentů se přidává ještě edukace rodičů. Klíčovou součástí DBT je trénink dovedností ve skupině. Zde se pacienti učí dovednosti v oblastech, které jsou pro ně problematické: všímavost (mindfulness), tolerance nepřijemných emocí, regulace emocí, zlatá střední cesta a efektivita v mezilidských vztazích.

Vzhledem k prudkému nárůstu pacientů s problematikou emoční nestability jsme na Dětské psychiatrické klinice FN Motol implementovali prvky DBT i do našeho terapeutického programu. Bylo k tomu potřeba určitých úprav, neboť máme výhradně akutní příjmová oddělení a navíc trpíme v posledních třech letech téměř neustále kritickou lůžkovou nedostatečností. V našich podmínkách prozatím program sestává výhradně z tréninku dovedností ve skupině a z konzultačního týmu terapeutů. Program je třítydenní a představujeme v něm základní principy a dovednosti DBT.

U tréninku dovedností bývají přítomni dva terapeuti a účastní se 8–12 pacientů. Cílem je naučit pacienty základní copingové mechanismy pro zvládání zátěžových situací, zvýšit jejich motivaci ke změně, předat základní terapeutické principy a dovednosti DBT pro pokračování v terapeutické práci i po dimisi. Během třítydenního programu pacienti absolvují deset hodinových sezení včetně orientačního a závěrečného sezení. Před zahájením DBT pacienta edukujeme o problematice emoční nestability, představujeme plán skupinových terapií, budujeme motivaci ke změně. Součástí DBT je i písemný souhlas pacienta s účastí v programu. Výhledově plánujeme zavést také informační setkání pro rodiče pacientů v DBT programu.

## Zapojení rodiny v léčbě

Emoční nestabilita a z ní plynoucí poruchy vývoje osobnosti mají komplexní multifaktoriální příčinu. V rodinném prostředí se pak setkávají jak genetické, tak environmentální faktory zranitelnosti. Temperamentní a hůře zkliditelné děti jsou mnohdy vychovávány dospělými, kteří jsou náchylnější k nevhodným výchovným praktikám a sami mohou mít potíže s regulací emocí a zvládáním sociálních situací (21). Studie zaměřující se na roli rodiny ve vývoji emočně nestabilní osobnostní patologie uvádí jako rizikový faktor nepřesně definované „maladaptivní rodičovství“ (22). Výzkum zaměřený na přenos patologie z matek s emoční nestabilní poruchou osobnosti na potomky kladl důraz na ambivalentní přístup rodiče k dítěti, oscilující mezi přehnanou ochranou a omezováním autonomie a hostilními postoji vůči dítěti. Mezi protektivními faktory uváděl bezpečnou vztahovou vazbu (23). Recentní studie adolescentů spojovala prvky emočně nestabilní poruchy osobnosti s vnímanými kontrolujícími, odmítavými, nebo chaotickými rodičovskými styly (24).

Zapojení práce s rodinou do léčby emočně nestabilních adolescentních i dospělých pacientů je tak intuitivním krokem. Jednou z možností je rodinná terapie vycházející ze systemických směrů (25), ale problémem pro praktickou aplikaci a výzkum je absence manualizované formy této terapie. Směry, které byly původně zaměřeny na terapii pacientů s emočně nestabilními rysy se o integraci práce s rodinou do svých postupů snaží také. Dialektická behaviorální terapie a terapie zaměřená na mentalizaci často pracují s pacienty ve skupině a zapojení rodiny tak může probíhat formou společných skupinových sezení, kterých se kromě pacientů účastní i rodinní příslušníci. Existují také programy zaměřené pouze na příbuzné. V těchto případech se rodinní příslušníci zdokonalují ve stejných dovednostech v jakých se zdokonalují sami pacienti (26). V programu založeném na DBT budou rodinní příslušníci navčivovat techniky spojené se zvládáním emočních stavů, mindfulness a komunikací – včetně vyjadřování validace a požadavků na změnu. V terapii založené na mentalizaci se pak blízcí v určité míře sami zdokonalují v mentalizaci. Z dostupných zdrojů se jeví, že zapojení do terapeutických programů obvykle rodinní příslušníci nevnímají jako zátěž navíc (27).

## Farmakoterapie

Kauzální farmakoterapii emočně nestabilní osobnosti k dispozici nemáme (28), nicméně použití psychofarmak v léčbě je možné a v praxi se často vyskytuje. U adolescentů podobně jako u dospělých v případě poruchy osobnosti je indikováno využití psychofarmak v časově omezeném horizontu, se zaměřením na cílenou léčbu příznaků a komorbidit. Je však možné je použít k dlouhodobému ovlivnění některých osobnostních rysů (29). V dětské a dorostové psychiatrii používáme k ovlivnění výkyvů nálady směrem k depresivnímu prožívání zejména antidepresiva typu SSRI. V současné době jsou pro tento věk povoleny preparáty sertralin a fluoxetin a fluvoxamin, dobré zkušenosti však máme i s dalšími léky, např. citalopram, escitalopram, jejichž použití je však tzv. off-label. V některých případech, zejména tam, kde je emoční instabilita spojena s poruchami spánku, je možné využít mirtazapin nebo trazadon, u hlubší deprese pak venlafaxin, i tyto preparáty mimo skupiny SSRI nejsou povoleny pro dětský a dorostový věk. Kromě antidepresivní medikace jsou nezřídka používána neuroleptika s náladu stabilizujícím účinkem, především kvetiapin nebo aripiprazol. Použití thymostabilizérů není v dětském a adolescentním věkovém období časté.

## Závěr

Adolescenti s rysy emoční nestability představují v současnosti nejrozsáhlejší skupinu, která plní psychiatrická pracoviště pro děti a adolescenty. Důvodem léčby jsou nejčastěji úzkostně depresivní potíže, spojené s autodestruktivními projevy jako je sebepoškozování nebo suicidální chování. Charakteristiky těchto pacientů, v převážné většině adolescentních dívek, zahrnují znaky, které jsou charakteristické pro emočně nestabilní – hraniční osobnostní organizaci – chronické pocity prázdnoty, úzkost z opuštění, nestabilní prožívání vlastní identity a interpersonálních vztahů, autodestruktivní chování. Často bývá přítomná genderová dysforie s pozdějším začátkem v době dospívání, objevují se „hlasy“ jako disociativní příznaky, případně tikové projevy, které dříve přítomny nebyly. Nezřídka bývá přítomna komorbidita s poruchami příjmu potravy. Dívky přichází v kontextu problematických vztahů, jako jsou rodinné konflikty, potíže v adaptaci mezi vrstevníky, komplikované sexuální zkušenosti. Sebepoškozování a suicidální

chování poškozuje vztahy k blízkým osobám, zejména rodičům, ale i ostatním pečujícím osobám, včetně zdravotnického personálu. Můžeme vidět spektrum mezi adolescentní krizí, disharmonickým vývojem osobnosti, ale i hraniční

poruchou osobnosti různé závažnosti, včetně výskytu psychotických příznaků, nejčastěji auditivních halucinací. V terapeutickém přístupu emočně nestabilních adolescentů je důležitá suportivní psychoterapie, založená na empa-

tickým a podpůrným přístupem, spolu s dalšími terapeutickými metodami, v současné době se prosazuje dialektická behaviorální terapie. Nezbytná je práce s rodinou, v indikovaných případech farmakoterapie.

## LITERATURA

- Greenfield B, Henry M, Lis E, et al. Correlates, stability and predictors of borderline personality disorder among previously suicidal youth. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24(4):397-406.
- Bach B, First MB. Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry*. 2018;18:351.
- Guilé JM, Boissel L, Alaux-Cantin S, et al. Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther*. 2018;(9):199-210.
- Chanen AM, McCutcheon LK, Jovev M, et al. Prevention and early intervention for borderline personality disorder. *Medical Journal of Australia*. 2007;187(7):S18-21.
- Gorton G, Akhtar S. The literature on personality disorders 1985–1988: trends, issues and controversies. *Hosp Community Psychiatry*. 1990;(41):39-51.
- Kocourková J, Koutek J. Emočně nestabilní adolescenti a možnosti jejich ovlivnění. *Čes a Slov Psychiat*. 2022;118(2):81-84.
- Cavelti M, Thompson K, Chanen AM, et al. Psychotic symptoms in borderline personality disorder: developmental aspects. *Curr Opin Psychol*. 2021;37:26-31.
- Thompson KN, Cavelti M, Chanen AM: Psychotic symptoms in adolescents with borderline personality disorder features. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2019;28(7):985-992.
- Belohradova Minarikova K, Prasko J, et al. Hallucinations and Other Psychotic Symptoms in Patients with Borderline Personality Disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2022;18:787-799.
- Niemantsverdriet MBA, Slotema CW, Blom JD, et al. Hallucinations in borderline personality disorder: prevalence, characteristics and associations with comorbid symptoms and disorders. *SciRep*. 2017;7:13920.
- DSM – 5 Diagnostický a statistický manuál duševních poruch. Testcentrum, Praha 2015.
- Rozsivalová E. Sebepečkozování v dětství a dospívání. *Psychiatr. praxi*. 2016;17(1):22-24.
- Peterson J, Freedenthal S, Sheldon Ch, Andersen R. Non-suicidal Self Injury in Adolescent Psychiatry 2008; 5(11):20-26.
- Brent DA, et al. The treatment of adolescent suicide attempters study (TASA): Predictors of suicidal events in an open treatment trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009; 48(10):987-996.
- Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993.
- Klein DA, Miller AL. Dialectical behavior therapy for suicidal adolescents with borderline personality disorder. *Child Adolesc Psychiatric Clin Am*. 2011;20:205-216.
- Quek J, Melvin GA, Bennett C, Gordon MS, Saedi N, Newman LK. Mentalization in adolescents with borderline personality disorder: a comparison with healthy controls. *J Pers Disord*. 2018;22:1-19.
- Fonagy P, Rossouw T, Sharp C, Bateman A, Allison L, Farrar C. Mentalization-based treatment for adolescents with borderline traits. In: C. Sharp and Tackett JL (Eds.). *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents*. New York: Springer; 2014.
- Holub D. Léčba založená na mentalizaci (MBT). *Psychoterapie*. 2021;15(1):53-68.
- Schlüter-Müller S, Goth K, Jung E, Schmeck K. Assessment and Treatment of Identity Pathology During Adolescence. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*. 2015;3(1):63-70.
- Gunderson JG, Lyons-Ruth K. BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: a gene-environment-developmental model. *J Pers Disord*. 2008 Feb;22(1):22-41. doi: 10.1521/pe.2008.22.1.22.
- Steele KR, Townsend ML, Grenyer BFS. Parenting and personality disorder: An overview and meta-synthesis of systematic reviews. *PLoS One*. 2019 Oct 1;14(10):e0223038.
- Eyden J, Winsper C, Wolke D, Broome MR, MacCallum F. A systematic review of the parenting and outcomes experienced by offspring of mothers with borderline personality pathology: Potential mechanisms and clinical implications. *Clin Psychol Rev*. 2016 Jul;47:85-105.
- Armour JA, Joussemet M, Mageau GA, Varin R. Perceived Parenting and Borderline Personality Features during Adolescence. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2023 Aug;54(4):927-938. doi: 10.1007/s10578-021-01295-3. Epub 2022 Jan 11. PMID: 35013846.
- Choi H, Aust NZ. Family systemic approaches for borderline personality disorder in acute adult mental health care settings. *J Fam Ther*. 2018;39:155-173.
- Guillén V, Díaz-García A, Mira A, et al. Interventions for Family Members and Carers of Patients with Borderline Personality Disorder: A Systematic Review. *Fam Process*. 2021 Mar;60(1):134-144.
- Jørgensen MS, Storebø OJ, Poulsen S, Simonsen E. Burden and Treatment Satisfaction among Caregivers of Adolescents with Borderline Personality Disorder. *Fam Process*. 2021 Sep;60(3):772-787.
- Kasal M. Současný pohled na doporučení ohledně farmakoterapie hraniční poruchy osobnosti. *Čes a Slov Psychiat*. 2021;117(3):144-29.
- Herman E. Farmakoterapie pacientů trpících emočně nestabilní poruchou osobnosti. *Psychiatr. praxi*. 2004;4:206-207.



### FACEBOOK

<https://www.facebook.com/SolenMedicalEducation/>

@SolenMedicalEducation



### LINKEDIN

<https://www.linkedin.com/company/solen-medical-education/>

#solenmedicaleducation

» ODEMČENÉ **AKTUÁLNÍ ČLÁNKY**

» **PŘEHLED** O VZDĚLÁVACÍCH AKCÍCH

» UPOZORNĚNÍ NA **ZVÝHODNĚNÉ CENY**

» **SOUTĚŽE** O VSTUPENKY NA KONGRESY

» INFORMACE O **ON-LINE** KURZECH

» NOVINKY V **E-SHOPU**

... a mnoho dalšího

**Nenechte si ujít aktuální informace**  
o možnostech medicínského vzdělávání





# 21. konference Psychiatrie pro praxi

21.–22. 11. 2024  
OLOMOUC

## AKREDITACE

- Akce bude akreditována v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK a ohodnocena kredity pro lékaře.

## ODBORNÁ GARANTKA

- **prof. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.**  
Přednostka Kliniky psychiatrie  
Fakultní nemocnice Olomouc

## POŘADATEL A KONTAKT

- Společnost SOLEN, s. r. o., ve spolupráci s Psychiatrickou klinikou FN Olomouc
- Mgr. Marta Boučková  
boucova@solen.cz, +420 770 194 701

## REGISTRAČNÍ POPLATEK

- při registraci od 1. 10. 2024: **2 100 Kč**
- od 18. 11. 2024: **2 300 Kč**
- **25% sleva** z registračního poplatku pro účastníky do 35 let

Platinový partner



Zlatí partneři



Stříbrní partneři



Možnosti přihlášení a další informace na:  
[www.kongrespsychiatrie.cz](http://www.kongrespsychiatrie.cz)



MÍSTO KONÁNÍ  
CLARION CONGRESS HOTEL OLOMOUC,  
JEREMENKOVA 36

## PROGRAM

### ČTVRTEK 21. LISTOPADU 2024

9.00 Zahájení kongresu

#### Nové návykové látky

odborná garantka MUDr. Lucie Bundárová

- Pregabalin jako zneužívaná látka 21. stol. – Bundárová L.
- Zombie drugs – Echtaí D.
- Kratom a spektrum látek HHC – Vrbová K.

#### Je lékařské tajemství opravdu tajemstvím

JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

#### Satelitní sympozium společnosti Angelini Pharma Česká republika s.r.o.

##### Záhady a taje včasné farmakologické intervence

- Silní a zranitelní: jak nadváha ovlivňuje úspěšnost léčby schizofrenie – Köhler R.
- Léčba prokovaná časem a pro všechny věkové kategorie dospělých pacientů – Anders M.

#### Secke ambulantních psychiatrů

odborný garant MUDr. Jan Knopp

- Trilema současné adolescentní psychiatrie: Diferenciální diagnostika: disharmonický vývoj osobnosti směrem k hraniční poruše osobnosti, juvenilní bipolární porucha, porucha pozornosti s hyperaktivitou – Janhuba K.
- Praktické zkušenosti s transformací psychiatrické ambulance do ARP – Pálenský V.
- Financování Psychiatrických ambulancí v roce 2025 – aktuality z úhradové vyhlášky a Seznamu zdravotních výkonů – Knopp J.

#### vlivy sociálních sítí a digitálních technologií na duševní zdraví

odborný garant prof. MUDr. Bc. Libor Ustohal, Ph.D.

- Mobilní aplikace pro duševní zdraví: výhody, nevýhody a praktické využití – Radimecká M.
- Využití virtuální reality v psychiatrii – Roman R., Bartečková E., Chromý A., Škopák P., Švec J., Antoš D.
- Avatar-based therapy sluchových halucinací – Vereš M.

#### Gerontopsychiatrie – zaměření na demence

odborná garantka prof. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.

- Nové možnosti léčby demence na obzoru? – Látalová K.
- Somatická problematika u demencí – Procházková E.
- BPSU u demencí a opomíjené potřeby pečovateli – Končelíková D.

18.30 Předpokládaný závěr prvního dne

### PÁTEK 22. LISTOPADU 2024

9.00 Začátek programu

#### Genderová dysforie – medicínské aspekty léčby

odborná garantka doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.

- Úvod do problému z pohledu ambulantního pedopsychiatra – Stárková L.
- Pohled sexuologa-psychoterapeuta – Fífková H.
- Pohled endokrinologa – kontroverze v oblasti léčby – Zapletalová J.

#### ADHD v dospělosti

odborný garant prof. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.

- ADHD jako neurovývojové onemocnění – Mohr P.
- Emoční dysregulace jako součást ADHD – Látalová K.
- ADHD a komorbidity, kazuistiky z praxe – Ersten H.
- Nefarmakologické (psychologické) přístupy v péči o dospělé s ADHD. Možnosti, limity, zkušenosti z ambulantní praxe – Štěpánková T.

#### Co mě překvapilo na psychiatrii?

odborný garant MUDr. Jakub Vaněk, Ph.D.

- Proměny akutní psychiatrie v čase – Žlebková J.
- Konziliární psychiatrie – práce všeho druhu – Bělohradová K.
- Dušnost jako mezioborový fenomén – Procházková E.

15.30 Předpokládaný závěr kongresu



# Safewards – jak pracovat s konflikty na psychiatrických odděleních

Mgr. Tomáš Petr, Ph.D.<sup>1</sup>, Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psychiatrické oddělení, Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice, Praha

<sup>2</sup>Vysoká škola zdravotnická, Praha

Psychiatrická oddělení jsou místa, kde se setkává celá řada faktorů, které mohou vyústit v nejrůznější formy konfliktů či nežádoucího až ohrožujícího chování. Každý konflikt negativně ovlivňuje celkovou atmosféru na oddělení, má vliv na prožívání personálu a jeho pracovní výkon a také na pacienty, kteří napjatou atmosféru přirozeně vnímají. Příčinám konfliktů na psychiatrických odděleních a jejich spouštěčům se dlouhodobě věnoval tým prof. Lena Bowerse v UK. Výzkumníci se snažili pochopit a popsat základní zdroje konfliktů na psychiatrických odděleních, jejich spouštěče a možné reakce personálu. Na základě rozsáhlých výzkumů pak navrhli určité intervence, jejichž cílem je minimalizovat výskyt konfliktů, nežádoucích událostí a používání omezovacích opatření. Metodika Safewards je v současné době využívána na mnoha pracovištích v celé řadě evropských zemí, např. v Německu, Velké Británii, Dánsku, Švýcarsku, Holandsku, Polsku, Švédsku. Dosavadní zkušenosti s její implementací jsou velmi pozitivní a výsledky byly publikovány v mnoha odborných časopisech.

**Klíčová slova:** konflikty, omezovací prostředky, prevence.

## Safewards – how to work with conflicts on psychiatric wards

Psychiatric wards are places where many factors come together that can result in various forms of conflict or unwanted or challenging behaviour. Each conflict has a negative impact on the overall atmosphere of the ward, affecting the experience of staff and their work performance, as well as the patients who naturally perceive the tense atmosphere. The causes of conflicts in psychiatric wards and their triggers have long been the focus of prof. Len Bowers' team in the UK. Researchers have been trying to understand and describe the underlying sources of conflicts on psychiatric wards, their triggers and possible staff responses. Based on extensive research, they then proposed certain interventions aimed at minimising the occurrence of conflicts, adverse events and the use of restraint. The Safewards methodology is currently used in many workplaces in a number of European countries, e.g. Germany, UK, Denmark, Switzerland, the Netherlands, Poland, Sweden. The experience with its implementation so far has been very positive and the results have been published in many professional journals.

**Key words:** conflicts, restraints, prevention.

## Úvod

Na akutních psychiatrických odděleních se často zamýšlíme nad tím, jak předcházet konfliktům, jakým způsobem zajistit bezpečí pro

pacienty i personál, jak minimalizovat používání omezovacích opatření, nebo co udělat pro vytvoření a udržení pozitivní atmosféry na oddělení. Na nastolené otázky neexistují jednoduché

## DECLARATIONS:

### Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

### Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18<sup>th</sup> WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

### Conflict of interest and financial disclosures:

None.

### Funding/Support:

None.

Cit. zkr: Psychiatr. praxi. 2024;25(3):126-130

<https://doi.org/10.36290/psy.2024.021>

Článek přijat redakcí: 5. 2. 2024

Článek přijat k tisku: 12. 3. 2024

Mgr. Tomáš Petr, Ph.D.

tomas.petr@uvn.cz

odpovědi. Život na psychiatrickém oddělení je často komplikovaný a pestrý, proto i zaváděná opatření musí být komplexní a cílit na různé aspekty. Důležité je např. odpovídající personální obsazení, zkušenosti týmu, vhodné dispoziční uspořádání oddělení, včetně využití adekvátních bezpečnostních prvků, dobře nastavené procesy identifikace rizik a následného monitoringu pacientů a další. V metodice Safewards je několik konkrétních a praktických postupů k prevenci konfliktů navrženo. Jejich zavedení může výrazně ovlivnit atmosféru na oddělení.

## Vznik a historie metodiky Safewards

Metodika vznikla ve Velké Británii v návaznosti na rozsáhlou výzkumnou činnost zaměřenou na konflikty na psychiatrických odděleních. Prof. Len Bowers a jeho tým se dlouhodobě zabýval nežádoucími událostmi na akutních odděleních a snažil se hledat souvislosti mezi nejrůznějšími faktory. Zpočátku se zabývali úteků a motivací pacientů k útekům, následovala snaha porozumět příčinám porušování pravidel ze strany pacientů, věnovali se příčinám incidentů vedoucím k fyzickému omezení. Zorganizovali velmi rozsáhlou studii, zkoumající dění na akutních psychiatrických odděleních, do které bylo zapojeno 136 oddělení. Vedle toho provedli rozsáhlou analýzu více než 1 000 studií z různých zemí, které se incidenty na psychiatrických odděleních jako jsou úteků, agrese, sebepoškození aj. zabývaly. Na základě získaných znalostí pak bylo navrženo 300 konkrétních intervencí. Ty byly dále diskutovány s experty, s profesionály z přímé péče a také s uživateli služeb. Jednotlivé intervence byly také testovány a ověřovány v praxi a došlo k jejich redukci na 10 klíčových intervencí. Těchto 10 intervencí pak bylo ověřováno v rámci randomizované studie na 31 odděleních 15 různých nemocnic. Tato studie prokázala snížení výskytu konfliktů po zavedení intervencí Safewards o 15 % a snížení používání omezovacích opatření o 24 % (2). První publikace o metodice Safewards se v odborných časopisech objevují v roce 2014.

## Metodika Safewards

V modelu Safewards se pod pojmem **Konflikt** rozumí jakékoliv nežádoucí chování pacienta, které narušuje chod oddělení. Může se jednat o slovní či fyzickou agresi (3), sebepo-

škození a pokusy o sebevraždu (4, 5), úteků, užívání alkoholu a toxických látek na oddělení, porušování pravidel oddělení, odmítání medicíny, neshody mezi pacienty aj.

Naproti tomu stojí pojem **Kontrola**, což jsou reakce personálu na konflikt. Zahrnuje postupy používané ke zvládnutí potíží a konfliktů na oddělení. Patří sem např. podávání léčiv ke zklidnění, používání omezovacích opatření, zvýšený monitoring pacientů, nastavování různých režimových opatření (např. zákaz vycházek), překlad pacientů na jiné oddělení a další.

## Zdroje konfliktů na akutním psychiatrickém oddělení lze rozdělit do několika oblastí:

### a) Přístup personálu k pacientům

Jedním z významných zdrojů konfliktů je přirozeně personál a jeho chování. Ke vzniku konfliktu jsou vždy potřeba dvě strany a přístup personálu hraje významnou roli. Dostupnost personálu, způsob komunikace, citlivost k potřebám pacientů – to vše jsou faktory ovlivňující atmosféru na oddělení. Pacienti mohou mít pocit, že s nimi členové terapeutického týmu jednají úsečně, neuctivě nebo nekompromisně. Na vině může být např. odmítnutí požadavku pacienta, ale i styl komunikace včetně neverbálního doprovodu, např. dojem přezíravosti při nedostatečném očním kontaktu pracovníka s pacientem, bagatelizace potíží pacienta, jednání z pozice moci a jiné eskalující prvky v chování zdravotníků. Personál může být přetížen a nemá dostatek času se pacientům věnovat. Roli hrají také zkušenosti a odborná příprava personálu.

### b) Vnitřní řád a pravidla

Režimová opatření na některých odděleních znemožňují pacientům dělat věci, na které byli zvyklí a které jim pomáhají snižovat frustraci a udržovat vnitřní pohodu. Patří k nim různá časová a prostorová omezení, např. pití kávy a pobyt na čerstvém vzduchu, jiný typ stravování, jiný časový režim dne, omezení používání osobních věcí včetně mobilních telefonů apod. V prostředí plném přísných a obtížně srozumitelných režimových opatření lze očekávat více konfliktů s pacienty, kteří jim nerozumí, jsou často vystaveni odmítnutí a z něj plynoucí nepohody. Do této kategorie spadají i další normy, které ovlivňují život na oddělení. Může jít o vnitřní pravidla ne-

mocnice nebo např. legislativní rámec pro zásahy do osobní svobody pacienta při nedobrovolné hospitalizaci.

### c) Soužití a vztahy mezi pacienty

Na psychiatrických odděleních dochází k rozmanitým interakcím mezi pacienty. Často jsou společně pacienti s různými potížemi, s různou mírou frustrační tolerance a s odlišnými potřebami. Soužití s cizím nemocným člověkem na omezeném prostoru je přirozeně zdrojem řady nedorozumění a frustrací. Jde o běžné konflikty ohledně půjčování věcí, nočního chrápání, večerního svícení či hluku. Osobní diskomfort může také plynout z pozorování projevů duševního onemocnění spolupacientů, z hluku na oddělení nebo nedostatečného soukromí.

### d) Osobnostní rysy pacientů, základní onemocnění

Příčinou nežádoucího chování mohou být projevy základního onemocnění např. bažení po toxické látce a s ním spojená naléhavost na plnění některých požadavků, psychotické projevy nebo emoční nestabilita. Také některé osobnostní poruchy může doprovázet chování, které je trvale obtěžující či frustrující pro ostatní. Jde např. o manipulativní chování u hraničních pacientů, zneužívání či bezohledné jednání u pacientů s disociaální poruchou osobnosti apod.

### e) Vybavení a dispozice oddělení

Crowding neboli kumulace většího počtu pacientů na omezeném prostoru zvyšuje riziko vzniku konfliktů. Proto i prostorové vybavení a dispozice oddělení hrají významnou roli. Frustraci pacientů může zvyšovat i fyziologický diskomfort plynoucí z životních podmínek na oddělení. Příkladem jsou vydýchané vícelůžkové pokoje, kde pacienti nemohou otevřít okno, ostře zářivková světla, společné toalety a koupelny, nedostupnost připojení na internet, nedostatečný úklid, nefunkční, rozbité zařízení apod.

### f) Vnější vlivy, špatné zprávy

Konfliktní jednání může vyvolat také prostá informace, která pacienta nemile překvapí, vystraší nebo zklame. Příkladem je odklad termínu propuštění, na který se pacient těší a s nímž počítá, sdělení závažné diagnózy, nepříznivé rozhodnutí soudu, ale i jakákoliv nepříjemná zpráva z domova. Nesmíme zapomínat na to,

že i v době hospitalizace může pacient řešit problémy mimo nemocnici. Nejčastěji se jedná o vztahové problémy, obavy ze ztráty zaměstnání, absence ve škole, hrazení nájmu apod.

Vedle výše uvedených zdrojů konfliktů jsou v modelu Safewards popisovány ještě tzv. spouštěče. Ty jsou charakterizovány jako pomyslná poslední kapka k rozvoji nežádoucího chování pacienta. Výzkumný tým např. prokázal, že nejčastějším spouštěčem vedoucím k útekovým tendencím je špatná zpráva z domácího prostředí. U pacienta na základě špatné zprávy vzniká naléhavá potřeba situaci nějak řešit, a to i za cenu neplánovaného opuštění oddělení. Ke spouštěčům se řadí také hluk, odmítnutí požadavku pacienta, zhoršení stavu nebo nastavování hranic (1).

V modelu Safewards je dynamika života na oddělení popisována následovně:

**1.** Na každém oddělení existují zdroje konfliktů, vyplývající ze života oddělení (viz text výše) – ty automaticky nevedou ke vzniku konfliktů, ale zvyšují u pacientů pocity frustrace a jejich pohotovost ke konfliktu.

**2.** K rozvinutí konfliktu přispívá spouštěč (něco, co konflikt vyvolá např. špatná zpráva); lze o něm uvažovat jako o pověstné „poslední kapce“, kdy dojde k vyčerpání pacientovy frustrační tolerance.

**3.** Na rozvinutý konflikt navazuje reakce personálu (tzv. kontrola), která může mít různou podobu (1).

V návaznosti na výše popsané a přirozeně poněkud zjednodušené schéma života na psychiatrických odděleních, bylo v rámci Safewards navrženo 10 konkrétních intervencí. Každá z nich prošla testováním a ověřováním v klinické praxi a u všech byl prokázán potenciální vliv na výskyt konfliktů a atmosféru na oddělení (2). Každá intervence ovlivňuje jiný aspekt života psychiatrického oddělení. Jedna z intervencí se zaměřuje na rozvoj dobrých vztahů mezi pacienty a personálem, tím že podporuje jejich vzájemné poznání a komunikaci o běžných věcech. Jiná intervence cílí na vzájemné vztahy mezi pacienty a rozvoj svépomoci během hospitalizace. Další intervence pracují např. s feno-

ménem naděje, s podporou pacientů při hledání cest ke zvládnutí vnitřního napětí nebo s posílením deeskalačních dovedností personálu. Jde o komplexní přístup, který může významně ovlivnit kulturu a atmosféru na psychiatrickém oddělení. Akutní psychiatrická oddělení se často a přirozeně orientují na zajištění bezpečnosti pro pacienty a personál. Využívají celou řadu technických prvků, které však mohou někdy vytvářet dojem odcizení a negativně ovlivňovat vnímání pobytu na oddělení. Safewards přináší návrat zpět k pacientovi a k důležitosti dobrých vztahů i v rámci tak exponovaných pracovišť, jako jsou oddělení akutní psychiatrické péče.

### Výsledky z výzkumů

Zavedení metodiky významným způsobem ovlivňuje výskyt konfliktů na oddělení i míru používání omezovacích prostředků. To se prokázalo např. ve studii ve Velké Británii, provedené na 15 psychiatrických odděleních. Na pracovištích, kde byly implementovány intervence Safewards, došlo k poklesu konfliktních událostí o 15 % a k redukci omezení o 26,4 % ve sro-

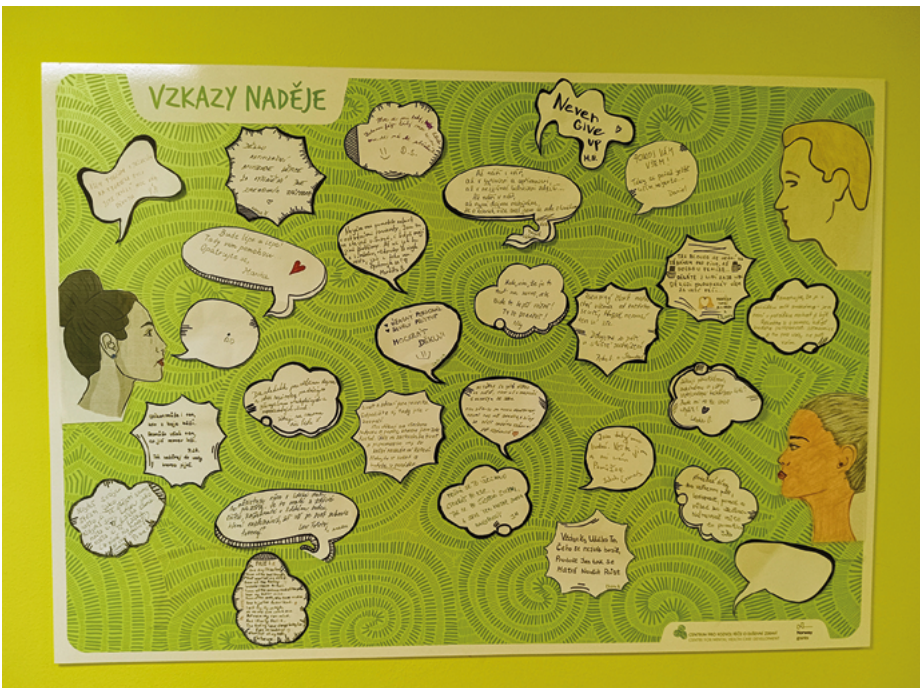
Tab. 1. Přehled intervencí Safewards

<b>Vyjasněná vzájemná očekávání</b>	Proces vyjasňování vzájemných očekávání mezi pacienty navzájem a mezi pacienty a personálem, založený na vzájemném respektu a podpoře. Výstup je v písemné podobě zveřejňován na oddělení. Slouží pacientům, personálu a návštěvám k vyjasnění „jak to tady chodí“, aby nedocházelo k neuvědomovanému narušování pořádku a vzájemných hranic. Jde o seznam dohodnutých pravidel, který vzešel ze společného setkání pacientů a personálu, který je dostupný na oddělení a průběžně se přizpůsobuje situaci na oddělení. Nejde o pravidla stanovená jednostranně personálem.
<b>Vlídné vyjadřování</b>	Zásady pro vstřícné řešení vzájemných požadavků a potřeb pacientů s cílem vytvořit na oddělení „kulturu vyhovění“. Zahrnuje tipy pro komunikaci vytištěné na malých plakátech a průběžně zveřejňované v pracovně sester. Model Safewards zahrnuje rozsáhlé texty a názorné ukázky vhodného přístupu personálu.
<b>Deeskalace</b>	Zásady pro deeskalaci spuštěného konfliktu a plánovitý proces zkliďňování pacienta ve 3 fázích. Plakát shrnující principy a postup je umístěn v pracovně sester. Pracovník zodpovědný za toto opatření se pravidelně věnuje rozvoji deeskalačních dovedností ostatních kolegů.
<b>Pozitiva a ocenění</b>	Při předávání služby personál dbá na to, aby o pacientech nehovořil jen negativně (poukazování na problémy). Měl by zmiňovat také pozitivní prvky (co se pacientovi dnes podařilo apod.). K negativním komentářům by měl vždy doplnit psychologické vysvětlení, proč se pacient choval tak a tak.
<b>Zmírňování dopadu špatných zpráv</b>	Zaměstnanci si musí být vědomi událostí a zpráv, které mohou u pacienta vyvolat podráždění (např. telefonní hovory s rodinou, nevídané zprávy od léčebného týmu). V těchto situacích musí být personál připraven pacienta proaktivně a vhodným způsobem podpořit.
<b>Poznávájte jeden druhého</b>	Na oddělení je pacientům k dispozici složka s medailonky členů personálu oddělení (jsou uvedeny např. jejich záliby, zájmy, co mají rádi a neradí atd.). Cílem je podpořit osobní kontakt mezi pacienty a personálem a nabídnout konverzační témata k neformálnímu rozhovoru. Rovněž personál je veden k tomu, získávat od pacientů informace osobní povahy, které mohou přispět k tvorbě partnerského vztahu (Obr. 3, 4).
<b>Kruh vzájemné pomoci</b>	Dobrovolné setkání pacientů a zaměstnanců o tom, jak se mohou pacienti navzájem podporovat. Setkání má strukturovanou agendu (kolečko poděkování, novinky, návrhy, žádosti o pomoc a nabídky pomoci) směřující k dohodám o vzájemné podpoře. Cílem je podpora svépomoci na oddělení. Personál tak aktivně vede pacienty k tomu, aby si navzájem pomáhali (doprovodili se na vycházku, zahráli si večer šachy apod.).
<b>Pomůcky pro zklidnění</b>	Krabice rozptylovacích, smyslových modulačních a relaxačních pomůcek pro uklidnění v situaci rostoucího podráždění (např. antistresové míčky, mp3 přehrávače s uklidňující hudbou, pohmatově příjemné přikrývky apod.). Cílem je nabídnout alternativní možnosti ke snížení napětí a využít pacientovy zdroje k sebeovládání.
<b>Zklidňování situace</b>	Přítomnost personálu po konfliktním incidentu mezi pacienty na oddělení s cílem ošetřit jejich rozjitřené emoce, poskytnout vysvětlení proběhnuvšího konfliktu a obnovit atmosféru klidu a bezpečí. Personál musí věnovat zvýšenou pozornost pacientům, kteří jsou svědky nepříjemných událostí na oddělení (např. jsou svědky příjmu nespolupracujícího pacienta a nerozumí proběhlé události). Personál musí být pacientům dostupný a vhodným způsobem jim situaci vysvětlovat.
<b>Vzkazy při propuštění</b>	Veřejný prostor na oddělení (např. nástěnka) určený ke sdílení pozitivních vzkazů od propuštěných pacientů, které popisují pozitivní zkušenosti s pobytem na oddělení a dodávají hospitalizovaným pacientům naději (Obr. 1, 2).

Obr. 1. Ukázka intervence Vzkazy při propuštění



Obr. 2. Ukázka intervence Vzkazy při propuštění



nání s kontrolní skupinou (2). Ještě výraznější posun ukázal australský výzkum realizovaný na 12 akutních psychiatrických odděleních, kde došlo rok po zavedení Safewards k redukci používání izolace o 36 %. (6) Snížení frekvence užití omezovacích prostředků a jejich kratší trvání potvrdila i nedávná německá studie. V ní se navíc uvádí, že pro pozitivní výsledky je důležité, do jaké míry pracovníci myšlenky Safewards vezmou za své a ztotožní se s hodnotami, na

kterých je model postaven (7). V roce 2020 byl publikován další výzkum z Austrálie, kde na 8 psychiatrických odděleních došlo po zavedení intervencí Safewards k poklesu konfliktních situací v rozmezí od 12 do 23 % (8).

Výše uvedené pozitivní dopady zavádění metodiky Safewards vedly k tomu, že se metodika objevila jako doporučená praxe v kompendiu Rady Evropy. Je také opakovaně doporučována při inspekcích kvality psychiatrických služeb v NHS

ve Velké Británii. V Austrálii se prvky Safewards rozšiřují i na nepsihiatrická oddělení (neurologické oddělení, odd. následné péče aj.) (9).

Hlavním poselstvím Safewards je snaha o preventivní a proaktivní předcházení konfliktů. Cílem je, aby personál investoval více času do aktivit a intervencí zaměřených na předcházení konfliktů a strávil pak méně času jejich řešením. Existuje zde jistá paralela s používáním deeskalčních technik. Deeskalace vyjaté situace je vždy časově náročná, investovaný čas se ale může vyplatit ve srovnání s časem, který vyžaduje péče o pacienta spojená s fyzickým omezením a následným obnovením důvěry pacienta. Efektivita Safewards je ověřena na odděleních akutní psychiatrické péče. V zahraničí se však některé vybrané intervence zavádějí i na dětských či forenzních odděleních (10). Zde však dosud chybí dostatek studií, které by hodnotily jejich praktický dopad.

## První zkušenosti se zaváděním metodiky Safewards v ČR

Poznatky obsažené v metodice Safewards jsou dobře aplikovatelné také v českém prostředí. Jejich zavádění není náročné na finanční zdroje. Cílí na změnu přístupu zdravotnického personálu, způsob komunikace, zplnomocňování pacientů, posilování partnerského vztahu a další důležité aspekty péče. První pokusy o zavádění některých intervencí Safewards probíhají na psychiatrickém oddělení ÚVN od roku 2021. Zejména pak díky aktivitám Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví se daří s myšlenkami Safewards seznamovat také zdravotníky z jiných psychiatrických zařízení. Nějakou formu školení v různé intenzitě absolvovalo více než 150 zdravotníků (zejména sester, ale také lékařů, psychologů, sanitářů) z 10 psychiatrických pracovišť v ČR. Na některých odděleních již probíhají první kroky k implementaci vybraných intervencí. Vzhledem k tomu, že implementace je dlouhodobější proces, nelze zatím vyhodnocovat dopady Safewards na výskyt konfliktů. Do budoucna však bude vhodné se tímto zabývat. Úspěch implementace závisí na podpoře vedení pracoviště, důsledném vysvětlení a pochopení smyslu jednotlivých intervencí. Poté je zapotřebí dostatečný čas a také přizpůsobení intervencí specifikám daného pracoviště. Jednotlivé intervence lze aplikovat a zavádět různým způsobem. Je třeba také po-

**Obr. 3.** Ukázka intervence *Poznávejme jeden druhého*



čítat s odporem personálu, obavami ze změn, bagatelizací přínosu jednotlivých postupů. To vše jsou přirozené jevy provázající implementaci, které je třeba průběžně řešit. Při zavádění je doporučován týmový přístup. Autoři Safewards chtějí, aby každou intervencí měl na starost jeden nebo dva členové týmu, kteří se stávají tzv. specialisty pro danou intervenci a mají na starost její správnou implementaci v průběhu času. To vede k tomu, že každý člen týmu se podílí na zavádění metodiky, což může podporovat společné úsilí.

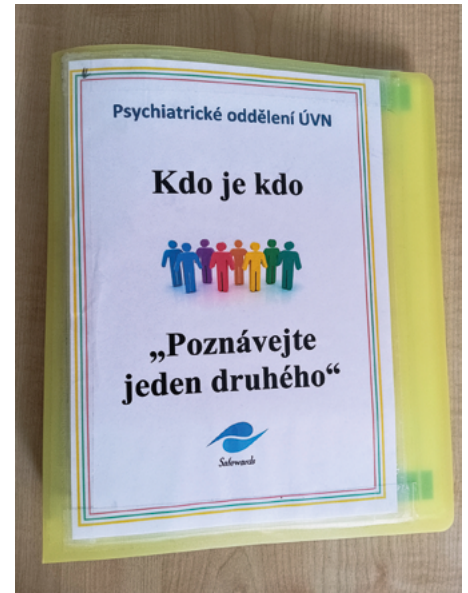
## LITERATURA

1. Bowers L. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2014; 21(6):499-508.
2. Bowers L, et al. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *International journal of nursing studies*. 2015; 52(9):1412-1422.
3. Langsrud K, Linaker OM, Morken G. Staff injuries after patient-staff incidences in psychiatric acute wards. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2007; 61:121-125.
4. Appleby L, Shaw J, Kapur N, et al. Avoidable Deaths: five year report of the national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness, Manchester.

Průběžná snaha o humanizaci lůžkové psychiatrické péče v ČR zdůrazňuje význam multidisciplinární spolupráce a většího zapojení pacientů do procesu léčby. Podporuje také odklon od paternalistického přístupu směrem k partnerství a klade větší důraz na oblast lidských práv. To vše jsou prvky, které jsou v Safewards obsaženy. Metodika nabízí konkrétní a jednoduše realizovatelná opatření provozního rázu anebo zřetelně demonstruje konstruktivní způsoby chování personálu a nekonfliktní komunikační vzorce. Přitom však ponechává přiměřenou míru volnosti pro aplikaci na různých

5. James K, Stewart D, Wright S, et al. Self harm in adult inpatient psychiatric care: A national study of incident reports in the UK. *International Journal of Nursing Studies*. 2012.
6. Fletcher J, et al. Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: Impact on seclusion rates and fidelity measurement. *International journal of mental health nursing*. 2017; 26(5):461-471.
7. Baumgardt J, et al. Preventing and reducing coercive measures – An evaluation of the implementation of the Safewards Model in two locked wards in Germany. *Frontiers in psychiatry*. 2019; 10:340.
8. Dickens GI, et al. Safewards: Changes in conflict, con-

**Obr. 4.** Ukázka intervence *Poznávejme jeden druhého*



typech oddělení. Metodická doporučení pro odstraňování zdrojů konfliktu jsou uspořádána do 10 konkrétních intervencí, které jsou podrobně popsány, opatřeny příklady a potřebnými přílohami či pomůckami. Kvalitní český překlad, který vznikl za podpory CRPDZ, zpřístupňuje veškeré materiály a texty široké odborné veřejnosti ([www.safewards.net](http://www.safewards.net), [www.bezpecivpsychiatrii.cz](http://www.bezpecivpsychiatrii.cz)) a je jen na nás, jak je využijeme. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví také nabízí kurzy, které pomohou celou metodiku dobře pochopit a ukáží možné cesty k implementaci jednotlivých intervencí v praxi (7, 8).

9. Petr T, Procházka M. Jak pracovat s konflikty na psychiatrických odděleních? Představení metodiky Safewards, intervence, přínosy pro praxi. *Čes a slov Psychiat*. 2021; 117(6):306-311.
10. Maguire T, Ryan J, Fullam R, et al. Safewards Secure: A Delphi study to develop an addition to the Safewards model for forensic mental health services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2022; 29:418-429. <https://doi.org/10.1111/jpm.12827>.
11. [www.safewards.net](http://www.safewards.net)
12. [www.bezpecivpsychiatrii.cz](http://www.bezpecivpsychiatrii.cz)

# Koučink při psychických onemocněních

**PhDr. Sylvie Navarová**

Centrum psychologických služeb a Škola manažerského rozvoje s. r. o., Ostrava-Poruba

Článek přináší základní informace o metodě koučování. Koučování se jako metoda vyvinula v 80. letech 20. století v době, kdy vznikaly nové psychoterapeutické směry na člověka a na řešení orientované. Nejprve se koučink uplatňoval ve sportu, později ve firmách jako součást manažerských dovedností. V 90. letech se začal koučink rozvíjet také v České republice. V současné době se využívá jako přístup ke klientům v sociálních službách, ve školách, ale i samostatně působící kouči na volnou živnost. Rozvíjí se oblast tzv. life koučinku, tedy zpracování osobních témat klientů prostřednictvím této metody. Koučink je rozhovor, ve kterém kouč pokládá otázky, které podnítl myšlení koučovaného tak, aby sám nacházel nejhodnější odpovědi a řešení pro sebe samého. V článku se seznámíte se základními principy koučování a vybranými technikami. Nastíníme možnosti integrace koučinku do práce odborníků při práci s lidmi s psychickými potížemi prostřednictvím kazuistik v rámci integrace koučinku do psychologické práce. Budeme se zabývat tím, jaké jsou výhody koučovací metody a možná rizika a omezení při práci s lidmi s duševním onemocněním. Seznámíme čtenáře s tím, kdo může být koučem v ČR a jaké výhody a rizika pro klienty s psychickými potížemi spolupráce s nimi může přinést. Článek by rád podnítl mezioborovou spolupráci, aby odborníci z oblasti koučování, psychoterapie a psychiatrie spolupracovali a vzájemně komunikovali ku prospěchu klientů.

**Klíčová slova:** koučování, life koučink, psychické potíže.

## Coaching for mental illness

The article provides basic information about the coaching method. Coaching developed as a method in the 1980s at a time when new person-centered and solution-focused psychotherapeutic approaches were emerging. Coaching was first applied in sports and later in companies as part of management skills. In the 1990s, coaching also began to develop in the Czech Republic. It is currently used as an approach to clients in social services, in schools, but also by freelance coaches. The field of life coaching is developing, i.e. the processing of personal issues of clients through this method. Coaching is a conversation in which the coach asks questions that stimulate the coachee's thinking so that he/she finds the most appropriate answers and solutions for him/herself. In this article you will learn about the basic principles of coaching and selected techniques. We will outline the possibilities of integrating coaching into the work of professionals dealing with people with psychological issues through case studies within the framework of integrating coaching into psychological work. We will address the advantages of the coaching method and the potential risks and limitations when working with people with mental illnesses. Readers will be introduced to who can be a coach in the Czech Republic and what benefits and risks collaboration with them might bring to clients with psychological issues. The article aims to encourage interdisciplinary collaboration, so that professionals in coaching, psychotherapy, and psychiatry can work together and communicate to the benefit of clients.

**Key words:** coaching, life coaching, psychological difficulties.

## DECLARATIONS:

### Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

### Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18<sup>th</sup> WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

### Conflict of interest and financial disclosures:

None.

### Funding/Support:

None.

Cit. zkr: Psychiatr. praxi. 2024;25(3):131-139

<https://doi.10.36290/psy.2024.022>

Článek přijat redakcí: 29. 1. 2024

Článek přijat k tisku: 7. 8. 2024

**PhDr. Sylvie Navarová**

sylvie.navarova@smrov.cz

## O metodě koučování

Koučování se jako metoda začala rozvíjet v 80. letech 20. století. Za zakladatele jsou považováni Timothy Gallwey a John Whitmore, oba sportovci. Timothy hrával tenis, později golf, John je bývalý automobilový závodník. Koučink je postaven na vztahu mezi koučem a koučovaným. Whitmore uvádí: „Koučování přináší výsledky zejména proto, že vytváří mezi koučem a koučovaným vztah, v němž je kouč koučovanému oporou, a používá specifické prostředky a styl komunikace.“ (1). Koučink je rozhovor, ve kterém kouč pokládá otázky, které podnítl myšlení koučovaného tak, aby on sám nacházel nejvhodnější odpovědi a řešení pro sebe sama. Původní definice koučování pocházející od Timothy Gallweye zní: Koučování uvolňuje potenciál člověka a umožňuje mu tak maximalizovat jeho výkon. Tato slova lze vyjádřit jednoduchým vzorcem:

$$V \text{ (výkon)} = P \text{ (potenciál jedince)} - I \text{ (interference, tj. bariéry)}$$

Výkon rovná se potenciál mínus interference, tj. vnitřní bariéry. Z toho vyplývá, že vše, co člověk potřebuje k rozvoji či změně, má v sobě. Tento přístup je zaměřen zejména na výkon. V rámci práce s lidmi s psychickým onemocněním se jeví jako vhodnější rozvojové či transformační styly koučování, např. uvedme Systemické koučování, Všíímavý (Mindful) koučink či koučink inspirovaný M. H. Ericksonem nebo Gestalt koučink. Doug Silsbee v knize Všíímavý kouč uvádí, že „většího přínosu dosáhneme, když se zaměříme na budování schopností a dovedností, které umožní klientovi efektivně fungovat po zbytek jeho života v jakýchkoli podmínkách.“ (2). Koučovaný nezískává od kouče rady, doporučení, fakta, ale za podpory otevřených otázek je nachází v sobě. Důležitým bodem v koučování je stanovení cíle, který by měl být SMART, tedy konkrétní, měřitelný, pro klienta motivující, reálně dosažitelný ve stanoveném časovém horizontu.

## Souvislosti vzniku koučinku

Prozkoumejme historické souvislosti vzniku koučinku. Nahlédněme do metod péče o lidskou duši, kde dlouhou dobu vládla psychoanalýza. Okolo roku 1950 je již znám M. H. Erickson, který rozvíjí zcela odlišný přístup k léčbě psychických obtíží. Od něj pochází myšlenka potenciálu v nevědomí člověka, což byla v té době zcela revoluční myšlenka. Z práce M. H. Ericksona čer-

pají systemické směry či NLP. Okolo roku 1960 vznikají humanistické směry, mezi jejichž představitelů patří A. H. Maslow, C. R. Rogers, rozvíjí se Gestalt přístup. Jde o směry, kde „v centru pozornosti je člověk jako jedinečná lidská bytost se svým jedinečným prožíváním a životní zkušeností“ (3). Ze 70. let 20. století si připomeňme Solution Focused Approach (SFA) „na řešení zaměřený směr“ Insoo Kim Berg a Steva De Shazera. SFA ještě zdůrazňuje neexpertní přístup k člověku, ve smyslu, že jediným expertem na vlastní život je člověk sám a nikdo jiný, ani kouč, psycholog, psychiatr. Tento přístup v souladu s konstruktivismem a autopoietickými systémy Humberta Maturany upozorňuje na neefektivnost intervencí zvenčí, jako je nařizování, trestání, dávání rad, zejména pokud jsou nevyžádané. „Jedince vnímají dle Humberta Maturany jako informačně uzavřené jednotky, které nelze ani poznat, ani přímo ovlivnit.“ (3). Psychoterapeutická práce spočívá v podněcování a inspiraci. Psychoterapeut směřuje pozornost na to, co funguje, to, co je užitečné, a to s klientem rozvíjí. SFA a Systemické přístupy nezapomínají na širší souvislosti života jedince, na systémy, ve kterých klient žije, a kterých se jeho vlastní změna dotkne.

Koučink vzniká na základě výše popsaného psychologického a psychoterapeutického podhoubí v 80. letech 20. století. Bere si inspiraci z práce M. H. Ericksona, humanistické psychologie a systemiky vč. „na řešení“ zaměřených přístupů. Jejich základní principy využívá k podpoře a rozvoji lidí.

Otevírá se otázka, čím se koučink a psychoterapie liší? Toto často zajímá klienty, kteří zvažují, jaký typ podpory by potřebovali. Odpověď není snadná právě proto, že koučink vychází z psychologie a psychoterapie. „Kouči často dávají“, je značně zjednodušující odpověď. Psychoterapie je jimi prezentována jako „hojení emocionální rány z minulosti“, jak o ní píše např. Rosinnski (12), zatímco koučování se zaměřuje na budoucnost. Metaforické přiblížení psychoterapie nabízí Jiří Drahoš, předseda České asociace pro psychoterapii: „Psychoterapie je cesta do hor, po které půjdu s vámi. Chcete-li. Jsem vycvičen se v horách pohybovat, budu stát při vás, ale nemohu vám zaručit, že vím přesně, co se tam stane. Nečekám ani, že vy budete jasně vědět, kam chcete jít. Stačí, že víte, že už nechcete zůstat na místě. Moje zkušenost mi dává naději, že nás

cesta trochu povede sama a trochu ji budeme společně hledat a obvykle najdeme místo, kde budete více se svým životem spokojeni.“ (4). V tomto kontextu by kouč byl tím, kdo věří, že klient má natrénováno přesně tak, jak potřebuje, stanoví s ním cíl jeho cesty, ošetří případná rizika a možnosti dalšího tréninku a průběžně podporuje klienta na jeho samostatné cestě k cíli. Výstupem koučovacího rozhovoru je vždy akce – konkrétní malé realizovatelné krůčky vedoucí k vypořádání se se současnými problémy (krokem může být i rozhodnutí klienta vstoupit do psychoterapie).

## Základní principy koučování

Abychom porozuměli tomu, jak koučink v péči o klienty s duševním onemocněním využít, potřebujeme porozumět jeho základním principům. Patří mezi ně:

- Neexpertnost, nehodnotící přístup – „Nemůžeme-li do hlavy a těla druhého vstoupit, nemůžeme tam také nic měnit. To znamená, že výhradně struktura druhého určuje, zda se změní, či ne.“ (5). Proto je vhodné neposkytovat druhým rady, ale spíše otevřeně komunikovat za využití koučovacích otázek.
- Důvěra, otevřená komunikace – Důvěra kouče v sebe sama, důvěra v proces, důvěra v klienta – koučovaného, sebedůvěra klienta ve své vlastní schopnosti. Vše je propojeno a má zásadní vliv na rozhovor. Koučovací rozhovor předpokládá víru kouče v potenciál a skrytý potenciál klienta. „Posilování sebedůvěry koučovaného souvisí nejen s vírou v jeho schopnosti, ale i s omezováním nutkání stále ho kontrolovat nebo s ním soupeřit o to, kdo je chytřejší.“ (6). V koučovací komunikaci umožňuje právě důvěra koučům klást otevřené otázky.
- Pokládání otevřených otázek – Otevřená komunikace předpokládá, že klademe otevřené otázky začínající tázacími zájmeny, nejčastěji „Co?“ a „Jak?“ Nejúčinnější jsou otázky konstruktivní, tj. takové, na které kouč ani koučovaný nezná odpověď. Např. Jak byste to mohl zvládnout? Co k tomu potřebujete? Jak jste to zvládl posledně? Co z podobných situací můžete využít teď?
- Aktivita klienta – Otevřené otázky umožňují klientovi jakékoli odpovědi. Není správná ani špatná odpověď. Otevřené otázky komunikaci otevírají a činí druhého aktivním.

- Stanovení cíle – Rozhovor má mít směr. Směrem je to, co je koučovanému užitečné, co potřebuje a chce. Je lepší raději popisovat, kam se chceme dostat, čeho chceme dosáhnout, než vést rozhovor o tom, co všechno je špatně. „Už jen tím, o čem a jak mluvíme, si vytváříme svou realitu.“ (7). Suchý a Náhlovský (8) píší o roli kouče v koučovacím procesu a tou je „inspirovat a motivovat klienta k akci, podpořit jeho aktivitu, rozpochybovat ho.“
- + mód (zaměření na ne-problém) – „Konverzace o problému problémový systém konzervuje.“ (5). Kouči proto hledají, co funguje, a to rozvíjí. Každé chování má pozitivní záměr a můžeme přemýšlet o tom, jak jej užitečně naplnit.
- Aktivní naslouchání – Koučink podněcuje přemýšlení koučovaného nad jeho vlastními cíli a možnostmi jejich naplnění. Vede ke stanovení kroků, které chce pro svůj cíl koučovaný učinit.

### Tři zlatá pravidla v koučinku osob s psychickými potížemi

Každý člověk vnímá svět okolo sebe svým vlastním, jedinečným způsobem. Způsob vnímání je ovlivněn zkušenostmi a zážitky, které v průběhu života nabyt. Koučink se zaměřuje na to, co je dobré, funkční, pozitivní. Pojmenovává užitečné vnitřní zdroje. Když něco nefunguje, tak kouč podporuje klienta v hledání, co a jak dělat jinak. Koučovací přístup staví na konstruktivním myšlení, kterému se klienti v komunikaci s koučem učí vlastním zážitkem. „Kouč rozhodně působí jako vzor a model k nápodobě, ale spíše svým stylem uvažování o problémech a jejich řešení. Kouč takto nepřímou učí svého koučovaného koučovat.“ (6). Toto uvědomění je pro kouče velkým závazkem a výzvou. Koučink se orientuje zejména na budoucnost. Koučovací práce s motivací tkví v definování žádoucí budoucnosti, pro kterou se klient chce rozvíjet a činit kroky.

Při využití koučinku v prevenci a péči o duševní zdraví u klientů s psychickým onemocněním by se profesionál využívající koučink měl držet 3 zlatých pravidel, které definovala Insoo Kim Berg (9):

1. **Nespravuj, co není rozbité.** „I ty nejchroničtější a nejproblematičtější způsoby chování jsou tu a tam nepřítomny.“ Hledáme tedy výjimky z problému, chvíle, kdy problém ne-

ní nebo je menší než obvykle. Tyto výjimky v rozhovoru rozvíjíme a přemýšlíme, jak je rozšířit.

2. **Dělej víc toho, co funguje:** „... způsoby, které již klient v blízké či daleké minulosti úspěšně zvládl, je pro něj docela snadné také výjimky zopakovat.“ Hledáme co, kdo, kdy, kde, jak dělá na úrovni chování pozitivního. Zvědomujeme tyto záživé okamžiky, tyto bílé vrány, s cílem je posilovat v chování klienta.
3. **Když něco nefunguje, nedělej to, dělej něco jiného:** Bludný kruh např. výčitky – odtažení – křik – výčitky lze přerušit. „Chce-li B zastavit výčitky A, mohl by si začít všimnout okamžiků, kdy mu A nic nevyčítá, a sledovat, co tedy A v takové chvíli dělá, a rovněž, co dělá on sám.“ Může se tak vytvořit kruh funkčních reakcí: výčitky – odtažení – držení za ruku – polibek – víc mluvení – víc polibků.

Koučink při práci s lidmi s psychickými onemocněními lze využít jako rozvojový nástroj. Inspiraci můžeme čerpat v systemickém, všímavém koučování a přístupech inspirovaných M. H. Ericksonem, v Gestalt či Existenciálním koučinku. Jde o směry vytvořené psychotherapeutickými školami. Rozvojový koučink se nezaměřuje prioritně na zvýšení výkonu (což by mohlo u osob s psychickými potížemi vést k dekompenzaci), ale spíše se orientuje na zvýšení či rozvoj jejich kompetencí, které mohou vést k lepší kvalitě života.

### Integrace koučinku do práce odborníka na duševní zdraví

V prevenci a péči o duševní zdraví má koučink své místo při dodržování výše zmíněných principů. Odborník (psycholog, psychotherapeut, psychiatr) s koučovacím výcvikem tak může zvážit, kdy je koučink v práci s klienty užitečným nástrojem a zda jej využije. A odborník bez koučovacího výcviku může zvážit, kdy doporučit klientovi kouče.

Koučink mohou odborníci po absolvování koučovacího výcviku integrovat do své práce s klienty. Jak to může vypadat? Pro účely tohoto článku jsme zvolili 2 kazuistiky přibližující možnosti využití koučinku v psychotherapii. 1. využití koučovacího přístupu v průběhu terapie, 2. využití koučovacích technik pro práci s konkrétním tématem klientky.

Technik (tj. strukturovaných postupů s doporučeným postupem a okruhy otázek) je v koučování velké množství, např. Karteziánské

kvadranty vhodné pro témata rozhodování, Kolo rovnováhy užitečné pro work-life balance, Energetický kotol využitelný v rámci managementu energie a mnohé další. Techniky kouč volí dle užitečnosti pro klienta a tématu, se kterým klient přichází. Stejně je ovšem rozhovor. Koučovací rozhovor probíhá v jasné struktuře.

### Obecná struktura koučovacího rozhovoru

#### Úvod

- Otázky, které je potřeba vyjasnit na 1. setkání: Co (je koučování)? Kdo (do koučování vstupuje)? Jak (to probíhá / budeme měřit výsledky)? Čí (je jaká zodpovědnost)? Přičemž kouč je zodpovědný za proces a klient za výsledek. Kolik (sezení / to bude stát / délka sezení)? Které (další otázky je potřeba zodpovědět)?
- Reflexe mezdobí od 2. následujících sezení: Co se podařilo?

#### Cíl

- Využití metodiky SMART ES+: Cíl by měl být Specifický (konkrétní), Měřitelný, Akceptovaný klientem ve smyslu chtěný, Reálný, Termínovaný, zohledňující Ekologičnost (tj. zdravý pro klienta) a Sociální kontext (přijatelný i pro okolí klienta), + Pozitivně formulovaný, pod kontrolou a ve sféře vlivu klienta.

#### Koučovací práce

- Výběr vhodné techniky s ohledem na cíl sezení (např. Škála, GROW, Walt Disney, Kolo rovnováhy, Karteziánské kvadranty, Práce s vizí atd.).

#### Akční kroky a závěr

- Co konkrétně uděláte a do kdy to uděláte?
- Ocenění – pozitivní zpětná vazba klientovi

Dále uvedeme 3 vybrané techniky často využívané při řešení osobních témat kouči a současně, mimo mnohých dalších, vhodné pro integraci do práce odborníka. Techniky jsou doplněny kazuistikami práce s klienty s duševním onemocněním.

#### Škála

Metodický popis techniky vypadá takto: Škála je úsečka vymezená body 1–10. Posuzovací

škála je nástroj, který umožňuje zjišťovat míru vlastnosti či jejich intenzitu. Klient vyjadřuje svoje hodnocení určením polohy na škále.

Škály mohou být číselné, ale i metaforické (výstup na horu, žebřík, cesta vlakem apod.). Záleží, pro koho jsou určeny. Nejčastěji užívanou je škála od 1 do 10 ve formě úsečky.

**Metodický postup práce se škálou:**

1. Ujasněte si, co škálujete
2. Stanovte začátek a konec škály
3. Určete přítomnost s doplňujícími otázkami:
  - Na čem všem poznáte, že jste na tomto bodě?
  - Na čem všem to pozná vaše okolí?
  - Jak jste se dokázal na tento bod dostat?
  - Co vám funguje? Jak to děláte, že to funguje?
4. Určete budoucnost s doplňujícími otázkami:
  - Na čem všem poznáte, že jsi se tam dostal?
  - Na čem všem to pozná vaše okolí?
  - Co všechno je jinak? Jaký vliv na to máte vy?
5. Určete, co tvoří rozdíl mezi přítomností a budoucností doplňujícími otázkami:
  - Co všechno chcete udělat pro to, abyste se tam dostal?

**Logické úrovně**

Jde o systém dotazování, který vychází z předpokladu, že změna na vyšší úrovni vnímání automaticky způsobuje změny na nižších úrovních (např. změna přesvědčení změní způsob chování). Logické úrovně se metodicky zakreslují takto (viz obr. 1):

V rámci dotazování mapujeme prostředí, chování, schopnosti, hodnoty a identitu (sebe-pojetí), příp. přesah, smysl či poslání současné či žádoucí.

**Kolo rovnováhy**

V kole rovnováhy se pracuje s několika škálami najednou.

**Metodický postup:**

- Definovat oblasti/hodnoty.
- Ohodnotit současný stav (spokojenost) na škále 1–10.
- Vyzvat klienta k reflexi.
- Stanovit posun/změnu a zakreslit novou variantu kola na škále 1–10.

**Koučink jako přístup a využití škály jako referenčního rámce**

Klient XY, 30 let. diagnóza F41. 1. Generalizovaná úzkostná porucha, 10 let neschopen vyjít sám z domu. Vychází pouze v doprovodu matky, a to zcela výjimečně, např. na Úřad práce nebo k lékaři. I těmto aktivitám se vyhýbá, seč může. Trpí silnými třes rukou, nohou, neschopen pohybu a mluvy v kontaktu cizími lidmi. 2x hospitalizován v Psychiatrické nemocnici, proběhlo několik psychologických a psychotherapeutických spoluprací, medikován. Kvalifikovaný odhad IQ 80 bodů.

Systemický přístup říká, aby se psycholog – kouč zamyslel nad tím, co může dělat jiného a jinak než všichni odborníci, kteří se doposud klientovi věnovali. A tak v rámci 1. sezení využíváme škálu:

„1 znamená, že ven vůbec nevyjdete, 10, že chodíte ven zcela v klidu a v pohodě, kdykoli chcete. Kde na takové škále jste teď?“

Klient říká, že na 3. Co ta 3 pro něj znamená? Klient svým způsobem vysvětluje, že vyjde před dům se psem (velká doga) a že ví, že musí chodit ven, říkali mu to psychologové.

„Kam se chcete posunout?“ Na 7. Co ta 7 pro něj znamená? Klient zmiňuje nejdůležitější věc, díky které může být nyní změna možná. Chce chodit ven vozit kočárek. Jeho sestra bude mít za 6 měsíců miminko a on, strejda, chce svého synovce vozit v parku.

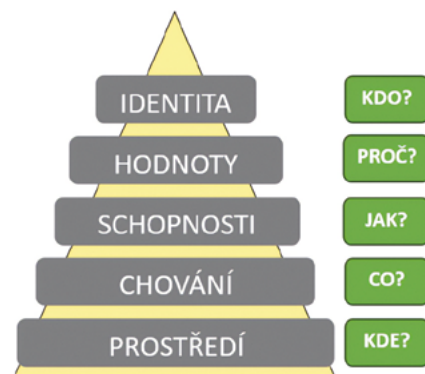
„Co tedy musíte udělat pro to, abyste se z 3 posunul na 7?“ „Chodit ven“, logicky odpovídá

klient. Jak to ale udělá? Jak si zařídí, aby to teď fungovalo? Vymyslíme strategie pro zklidnění a plán postupných kroků. Klient čerpá z nabytých informací v předcházejících terapiích.

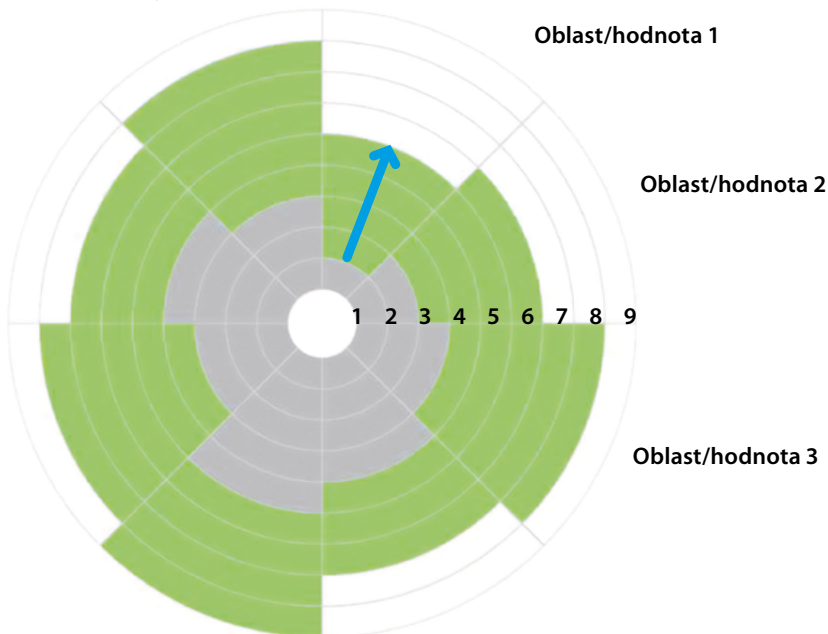
Na dalších sezeních klient referuje o posunech, které jsou zpočátku malé, někdy žádné, ale i tak vždy najdeme něco, co lze ocenit, zvýdvihnout, co fungovalo a na tom stavíme cestu dalších zlepšení. Systemický přístup oceňuje, obdivuje klientovy i minimální krůčky ke zlepšení, a tím toto žádoucí chování posiluje. V průběhu terapeutické spolupráce se stále vracíme ke škále nastavené na 1. sezení (referenční rámec) a systematicky s ní pracujeme. Po 7 sezeních klient nejen že bez obtíží chodí parkem, našel si také přítelkyni.

Při práci s tímto konkrétním klientem psychoterapeutka využila koučovací přístup. Vycházela z předpokladu, že za éru klientovy psychiatrické a psychologické péče je klient

**Obr. 1.** Logické úrovně



**Obr. 2.** Kolo rovnováhy



dostatečně seznámen s tím, co a jak má dělat. Jen to doposud nedělal, jelikož neměl motivaci, což si v rozhovoru s ním potvrdila. Na 1. sezení byla motivace jasně pojmenována (vozit kočárek v parku). Klient si sám stanovil postupný plán vystavování se obávaným situacím a další spolupráce s ním stavěla na oceňování drobných úspěchů a stanovování dalších kroků k žádoucímu cíli popsanému na škále.

## Integrace koučovacích technik Logické úrovně a Kolo rovnováhy

Jako příklad využití koučovacích technik v průběhu terapie uvádíme úsek rozhovoru s klientkou, která vstoupila do psychologické spolupráce, která souhrnně trvala 3 roky, mezi jejími 15.–18. rokem. Klientka léčená na psychiatrii pro deprese, medikovaná, je studentkou gymnázia. V průběhu psychologické spolupráce psycholožka a klientka došly k tématu budoucnosti ve spojení s volbou vysoké školy, která v ní vyvolávala obavy. Systemická teze říká, že všechno je o tom, co bude potom. Když klient ví, kam směřuje, nabyde (sebe)jistotu k činění dalších kroků v životě. Psycholožka s koučovacím výcvikem tedy nabídla k prozkoumání tématu budoucnosti klientce koučink. Klientka souhlasila.

Psycholožka – Koučka: „Představte si, že se potkáme za 10 let a Vy budete spokojená, bude to na Vás vidět a budete mi nadšeně vykládat, jak žijete, o čem vyprávíte?“ Systemické dotazování na preferovanou budoucnost:

Klientka: „Mám rodinu, domeček, asi miminko, cestuji, a hlavně využívám francouzštinu, chodím hezky oblečená, určitě se dále učím, to mě baví, věnuji se nejen práci, kamarádi, rodina, dělám, co mě baví, chtěla bych být s prací spokojená, někomu pomáhat...“

Psycholožka – Koučka: „Je tam v té představě náznak profese?“

Klientka: přemýšlí... „Překladatelka bych mohla být nebo delegátka, ale i učitelku francouzštiny si dokážu představit.“

Psycholožka – Koučka: „Zůstaňme ještě v té představě za 10 let... Jaké schopnosti používáte?“ Analogie logických úrovní – úroveň schopností:

Klientka: „... jazyky, komunikační schopnosti, organizace, schopnost hodně věcí zařídit, naplánavat, inteligence, ráda učím druhé, doučuji už i teď malé děti angličtinu...“

Psycholožka – Koučka: „Zůstaňme ještě v představě za 10 let, využíváte jazykové a komunikační schopnosti, organizujete, plánujete, učíte druhé... Co Vám to přináší?“ Analogie logických úrovní – úroveň hodnot:

Klientka: „...dobrý pocit, pocit jistoty, to by se mi líbilo všechno skloubit, být manželka, matka, spokojená v práci, cestovat, poznávat něco nového.“

Psycholožka – Koučka: „Kým jste?“ Analogie logických úrovní – úroveň identity

Klientka: „Úplně spokojená.“

Psycholožka – Koučka: „Co Vám z toho všeho vyplývá?“ Vybídnutí k reflexi:

Klientka: „Překladatelka nebo učitelka – určitě budu využívat jazyky, nejlépe oba, francouzštinu i angličtinu, můžu být spokojená...“

Dále se klientka otázkami své budoucnosti zabývala v mezidobí, konzultovala s rodinou a na dalších sezeních se k tématu vrátily. Následný koučink směřoval k definování hodnot, které jsou pro klientku důležité s ohledem na výběr profese. Klientka definovala důležité hodnoty, které by její budoucí práce měla naplňovat – rodina, práce zábavou, jazyky, kamarádi, zájmy.

V rámci integrace koučinku do psychologické práce psycholožka – koučka představila klientce techniku Kolo rovnováhy. Klientka přidělila váhu každé z hodnot, do jaké míry daná profese bude hodnoty v budoucnosti pravděpodobně naplňovat:

Psycholožka – Koučka: „Co vás napadá, když to tak vidíte zakreslené?“ Reflexe přínosů techniky.

Klientka si ujasnila své možnosti, může být obojím, pro skloubení práce a osobního života se jí jako vhodnější práce pedagoga, čemuž se věnuje i v současnosti v rámci doučování dětí. Výstupy koučovacích technik byly v další práci s klientkou využity. Šlo o pojmenovanou iden-

titu (úplně spokojená), hodnoty a smysluplné naplnění života.

## Když koučink využívá odborník (psycholog, psychoterapeut, psychiatr)

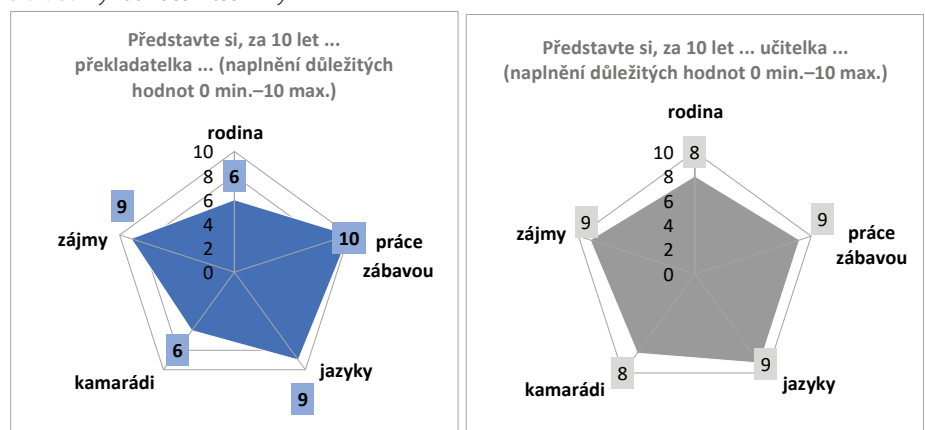
Odborník s koučovacím výcvikem se může kvalifikovaně rozhodnout, jaký styl práce využije. Zda povede rozhovor v rámci své expertnosti a nebo využije koučink či jen některé koučovací techniky. Koučink odborník může integrovat do svého způsobu práce. V různých situacích a u různých klientům volí to, co považuje za užitečné a v danou chvíli vhodné.

Návrh z vlastní psychologické praxe autorky: Odborníci na počátku spolupráce s klientem častěji využívají své odborné dovednosti. Koučovací přístup může být vhodné využít pro mapování zdrojů klienta, reflexi mezidobí a v závěrečné fázi terapeutického sezení pro stanovení kroků na mezidobí (pokud není součástí psychoterapeutického směru jako je např. u SFA, Systemická psychoterapie apod.). V závěru celé terapeutické spolupráce se jeví vhodný koučink pro zkompetnění klienta a „vypuštění“ do života. Klient tak ze spolupráce bude odcházet s konkrétními kroky, bude vědět, co chce a jak si to zařídí.

Odborník bez koučovacího výcviku může být tímto článkem seznámen s tím, co koučink je a zvážit, zda by pro jeho klienta mohl být koučink vhodným přístupem a případně mu jej doporučit v průběhu či po ukončení terapie.

Schopnost rozpoznat, kdy je klient připraven převzít zodpovědnost za svůj život, a tím otevřít možnost pro využití koučinku, je součástí práce se sebereflexí a metareflexí odborníka. Otázky jako kdy směřovat rozhovor na úspěchy klienta, aniž by byly přehlédnuty jeho potíže, nebo jak motivovat klienta k definování a naplňování

Obr. 3. Vyhodnocení techniky



SMART cílů bez vytváření tlaku na výkon, jsou důležité aspekty profesionální praxe. Supervize, včetně těch vedených kouči, mohou být v tomto ohledu pro odborníky velmi přínosné.

## Kdy může být vhodné využít koučink anebo předat klienta do koučovací spolupráce

Klient, který již nevyžaduje intenzivní psychiatrickou či psychotherapeutickou péči, jeho stav je stabilizovaný, zaléčený, a sám chce nějakou formu podpory ve svém životě mít. Takovému klientovi může být vhodné doporučit koučovací spolupráci souběžně anebo po ukončení terapie. Koučink může nabídnout také sám odborník, pokud má koučovací výcvik a zváží své možnosti další práce s klientem. Může se jednat o témata např.:

- **Osobní a profesní rozvoj:** Klient může mít zájem o osobní růst, rozvoj dovedností a kompetencí, kariérní posun/změna, rozvoj podnikání, manažerských dovedností apod.
- **Rozvoj sebeřízení:** Klient potřebuje pomoci s rozvojem dovedností a schopností řídit svůj život – témata řízení času, plánování, organizace nebo zlepšení komunikačních dovedností, asertivního jednání.
- **Work-life balance:** Témata, kdy klient sladí osobní a pracovní život, ujasňuje si své priority v souvislosti s pracovním vyčerpáním, chce zlepšit/změnit svůj pracovní výkon, rozvíjet sebezpečí či vztahy s lidmi.
- **Další seberozvoj:** Koučování je zaměřeno na budoucnost a výstupem jsou konkrétní akční kroky, které klientovi pomohou dosáhnout jeho cílů. Pokud je klient motivován k činění žádoucích změn v životě, chce na sobě pracovat a zlepšovat se.
- **Business témata:** vedení lidí, rozvoj firmy či podnikání, cash flow, řízení změn, řízení rizik, vedení projektů, vedení firmy apod.
- **Po ukončení terapeutického procesu:** Po úspěšném ukončení terapie může koučování poskytnout klientovi pokračující podporu, aby udržel a dále rozvíjel dosažené výsledky, měl možnost konzultovat kvalitu svého života s člověkem, který jej podporuje v dalším rozvoji a růstu...

## Další oblasti, kdy může být koučink užitečný

- **Prevence:** Koučink může být efektivně využíván v prevenci vyhoření, k podpoře

zdravého životního stylu či životní spokojenosti.

- **Podpora v období čekání na termín zahájení odborné spolupráce s psychologem, psychotherapeutem či psychiatrem:** Kouč může být klientovi podporou v období, než se klient do terapeutické spolupráce dostane. V tomto případě je zvýšený nárok na kouče dodržovat koučovací kompetence a etický kodex, nenechat se svést k poskytování rad a sdílení své osobní zkušenosti! Koučovací spolupráce může být inspirací k hledání vlastních zdrojů, přemýšlení nad žádoucí budoucností či plánování malých realizovatelných krůčků do zahájení terapie.
- **Obava klientů ze stigmatizace:** „V současné době je stále citlivým tématem, aby úspěšný manažer či specialista v případě počínajících příznaků psychické poruchy docházel na psychotherapii. Zatím není pravidelná návštěva psychotherapeuta v našich podmínkách ani módní záležitostí, jak tomu bývá v západní kultuře. Strach ze stigmatizace psychiatrií či psychotherapií je stále příliš velký u jedinců, kteří svou image budují na vlastní síle a neomylnosti. Jakýmsi mezistupněm pro tzv. úspěšné manažery jsou konzultace s individuálním koučem, jenž může do jisté míry psychotherapeuta suplovat.“ (6).

## Koučink vedený kouči bez odborného vzdělání

### Kdo může být koučem v ČR?

Pracovní pozice Kouč v České republice se v současné době upravuje a definuje do Národní soustavy povolání a Národní soustavy kvalifikací. Prozatím (aktuální stav 06/2024) může být Koučem středoškolačk, který absolvoval kurz akreditovaný MŠMT v rozsahu min. 120 hodin, ale není to povinnost. 2 mezinárodní Asociace koučů (ICF, EMCC) působící v ČR mají svá vlastní kritéria a systémy certifikací/akreditací koučů, např. ICF požaduje na nejnižší stupeň certifikace kouče ACC 60hod. kurz, 10 hod. mentoringu, 100 odkoučovaných hodin, hodnocení 1 nahrávky a zkoušku. Jelikož oblast koučování není nijak státem řízena, kouči pracují na volnou životnost. V praxi se tak stává, že koučem se nazývá člověk, který absolvoval 1denní kurz nebo si jen přečetl knihu či usoudil, že má dostatek životních zkušeností, aby se koučem mohl nazývat.

Pro klienty je tak tato oblast poměrně nejasná. Proto vybízíme klienty vybírat kouče pro svá životní témata:

1. s min. 120hod. akreditovaným výcvikem MŠMT či některou koučovací Asociací a současně
2. kouče, kteří jsou členy některé ze 3 Asociací působících v České republice (EMCC Asociace koučů, mentorů a supervizorů, ICF Mezinárodní asociace koučů, AIK Asociace integrativních koučů) nebo,
3. pro tyto kouče je nezbytností v rozhovorech s klienty dodržovat koučovací kompetence a etický kodex, který např. EMCC stanoví: „2,26 Členové podpoří klienta, aby ukončil koučování, pokud je zřejmé, že by klientovi lépe posloužila jiná forma profesionální pomoci.“ (10), ICF: „Pozorně sleduji známky toho, že by mohlo dojít ke změně hodnoty získávané z koučovacího vztahu. Pokud k tomu dojde, udělám změnu ve vztahu nebo podpořím klienta (klienty)/objednavatele, aby si našli jiného kouče, hledali jiného odborníka nebo použili jiné zdroje.“ (15), AIK: „Dojdeme-li k závěru, že klientovi prospěje změna kouče či jiná forma odborné pomoci, toto klientovi sdělujeme.“ (16). Současně jsou kouči, členové asociací, v různé míře dle typu asociace vybízeni k supervizím a dalšímu vzdělávání.

Klienti se tak mohou vyhnout poškození manipulativních osob nazývajících se „koučem“.

## Výhody spolupráce s koučem pro lidi s psychickými potížemi

Spolupráce s koučem může mít pro osoby s psychickými potížemi výhody, ale i rizika. Koučink by neměl být využíván bez absolvování odpovídajícího koučovacího výcviku, i když legislativa jeho absolvování přímo neupravuje. Během koučovacího výcviku jsou trénovány koučovací rozhovory a různé koučovací techniky. Pojdme se podívat na výhody, pokud jsou koučem dodržovány kompetence kouče, etický kodex, má s klientem jasně vymezenou zakázku, která se nevztahuje na „léčení“ a mají společně vhodně definovaný cíl spolupráce, jako např.: napsat diplomovou práci, zjistit silné stránky, určit si další kariérní směr, udělat si pořádek v denním režimu, rozhodnout se, zda budu zaměstnancem nebo začnu podnikat, sladit rodinný a pracovní život, rozvinout manažerské dovednosti atd.

Výhody spolupráce s koučem pro osoby s psychickými potížemi:

- **Struktura koučování a orientace na cíl:** Kouč pomáhá klientovi stanovit si cíle, vytvořit plány a definovat kroky, jak těchto cílů dosáhnout. Tento strukturovaný přístup může být pro některé osoby s psychickým onemocněním vhodný, může jim pomoci s organizací v životě a motivovat k práci na sobě. Stejně tak jako pravidelná setkání s koučem poskytují klientovi strukturovaný čas a prostor pro reflexi o pokroku směrem k cílům.
- **Průběžná podpora a povzbuzení:** Koučink se zaměřuje na to, co funguje, a to posiluje a rozšiřuje. Tato pozitivní podpora a pravidelné setkávání klienta a kouče mohou pomoci klientovi v dosahování jeho cílů.
- **Zaměření se na rozvoj dovedností a růst:** Kouč může pomoci klientovi rozvinout praktické dovednosti, jako je zlepšení komunikačních schopností, organizace práce, plánování apod. Koučink je zaměřen na růst, zlepšování se.
- **Zaměření na pozitivní změnu:** Základním principem je + mód, který se odráží ve způsobu komunikace kouče s klientem. Koučink podněcuje k dosahování pozitivních změn. Tento způsob myšlení a jednání může být inspirující pro osoby, které se zaměřují na negativní aspekty svého života.
- **Princip DUO:** Důvěra, Uvědomění, Odpovědnost. „S důvěrou v sebe lidé myslí samostatně, uvědomují si více možností při řešení problémů a přijímají odpovědnost za výsledek (1).“
- **Individuální přístup:** Kouč může přizpůsobit své metody a techniky specifickým potřebám a na míru klientovi.

Opět je potřeba připomenout, že koučování není náhradou za psychiatrickou léčbu či psychoterapii. Lidé s psychickými potížemi, které přesahují jejich schopnost je zvládnout, by měli vyhledat odborníky na duševní zdraví. A kouč by měl být schopen reflektovat, že koučink nemusí být pro všechny užitečný způsob práce. Koučování může být v některých případech efektivním doplňkem k léčbě či užitečnou průběžnou podporou po ukončení terapie, jak bylo zmíněno výše.

## Rizika koučinku v práci s lidmi s psychickým onemocněním

46 % obyvatel EU se v uplynulých 12 měsících (červen 2023) potýkal s emocionálními nebo psychosociálními problémy, jako je pocit deprese nebo úzkosti, v roce 2016 to bylo každý 6. člověk (13). Zdá se tudíž vyloučeno, aby se kouči s lidmi s psychickými potížemi ve svých praxích nesetkali.

Pro kouče je proto zásadní dodržování koučovacích principů, práce se sebereflexí a supervize, aby byli schopni rozpoznat, kdy jsou pro klienta užiteční a kdy už ne. Odhadnout, kdy je vhodné klienta motivovat k jinému způsobu práce a předat jej do péče jiných odborníků, může být pro lajka v oblasti péče o duševní zdraví obtížné, byť kouče k tomuto kroku vybízí Etický kodex (10).

Souhrn možných rizik koučování osob s psychickými potížemi kouči bez odborného vzdělání:

- **Nediagnostický přístup:** Kouč nemá kompetence pro diagnostiku, základním principem koučinku je neexpertnost a nehodnotící přístup, takže nelze očekávat od koučů odbornou diagnostiku psychických onemocnění. Pokud kouč neodhadne závažnost klientových problémů, může dojít k přehlédnutí potřebné lékařské péče.
- **Možné zhoršení symptomů:** Nevhodné koučovací techniky nebo strategie mohou u některých klientů s psychickými potížemi vést ke zhoršení jejich stavu. Tlak na dosažení výsledků (kouče či klienta na sebe sama) může zvýšit úzkost, opakované selhání na cestě k cíli může zvýraznit depresivní symptomy.
- **Nesprávná očekávání klienta:** Klienti s psychickým onemocněním mohou mít nesprávná očekávání ohledně toho, co koučink může nabídnout. Povinností kouče je domluvit pravidla koučovací spolupráce, vyjasnit očekávání, zjistit zakázku, které se nebude vztahovat na „léčení“.
- **Nedostatečná ochrana klienta:** Koučování není nijak v ČR regulováno viz výše. Klienti nejsou dostatečně chráněni před neetickým a nevhodným chováním, zvláště pokud se dají do spolupráce s koučem, který není členem žádné ze 3 známých koučovských Asociací, jež se o kultivaci koučovací práce snaží.

- **„Páchání dobra“:** Rizikem je kouč, který chce svého klienta zachránit. „Páchá dobro“, jak říkají systemici. Radí, sdílí svou životní zkušenost, kontroluje klienta, sám je frustrován, když není klientovi jejich spolupráce prospěšná, nedodržuje hranice, např. zachraňuje klienty v noci, o víkendech a sám sebe tak vyčerpává. Klientovi v nejlepším případě tímto chováním nepomáhá.
- **Potenciální konflikt s léčebnými postupy:** Koučování může být v rozporu s léčebnými postupy, pokud není koučem reflektováno, a může vést k protichůdným i nebezpečným výstupům (např. ihned vysadím léky apod.).
- **Závislost na kouči:** Klient může vyvinout závislost na kouči jako zdroji podpory a vedení, což může bránit jeho schopnosti rozvíjet vlastní dovednosti a nezávislost v dlouhodobém horizontu.
- **„Ezo kouči“:** Samostatnou kapitolou jsou samozvaní „ezo kouči“, kteří základní principy koučinku nedodržují (často nemají ani koučovací výcvik, ani nejsou členy profesní asociace). Více k tomu tématu např. v článku Hospodářských novin (11).

Možnou nevýhodou koučování může být finanční nákladnost. Koučink je placená služba. Ceny se výrazně liší od 400–6 000 Kč/hodinu. Koučink je ale již i součástí různých sociálních služeb a projektů, kde je pro klienty dostupný zdarma.

Výše uvedený návrh témat vznikl na základě praxe autorky a byl diskutován s kolegy psychology, psychiatry a na veřejných fórech (LinkedIn, Facebook), jelikož toto téma není v literatuře podrobně zpracováno.

## Kdy je lepší předat klienta do psychotherapeutické/psychologické/psychiatrické péče

Předání klienta do psychotherapeutické, psychologické nebo psychiatrické péče je nezbytné, pokud se koučovací rozhovory s klientem točí okolo problémů a potíží. Důležité je, aby měl kouč fungující sebereflexi a dle Etického kodexu koučů je jeho úkolem klienta motivovat k jinému – užitečnějšímu typu spolupráce. Může jít o tyto situace (zpracováno na základě vlastních zkušeností autorky z psychologické

a koučovací praxe a upraveno na základě diskuzí s kolegy psychology, psychoterapeuty, psychiatry a kouči):

- **Duševní stav klienta není stabilizovaný:** Pokud klient vykazuje známky psychózy, bipolární poruchy, OCD, deprese či úzkost, pokud se nedaří zvládnout pomocí vlastních zdrojů, panické ataky, nespavost nebo jiné závažné příznaky, které zasahují do jeho každodenního života.
- **Klienti s nejzávažnějšími diagnózami v osobní anamnéze:** Dále je vhodné zvážit koučovací spolupráci s klienty, kteří se v minulosti s duševním onemocněním (psychózy, bipolární porucha, OCD, deprese) potýkali, byť v současnosti je jejich stav stabilizovaný.
- **Poruchy příjmu potravy:** Pokud klient trpí poruchami příjmu potravy, jako je anorexie, bulimie nebo záchvatovitě přejídání.
- **Ohrožení sebe nebo ostatních lidí:** Klient s myšlenkami na sebepoškození či sebepoškozujícím se chováním, suicidální myšlenky, anebo pokud představuje riziko pro ostatní.
- **Trauma v minulosti:** Pokud klient hovoří anebo se mu otevře v průběhu koučovací spolupráce z vědomí traumatická vzpomínka, když hovoří o traumatickém dětství či vykazuje znaky hlubokých emočních traumat v chování, emoce nelze přiměřeně korigovat rozumem, hovoří o rodinných konfliktech, zneužívání, anebo jiných náročných životních situacích přesahujících jeho schopnost je zvládnout, měl by kouč okamžitě předat klienta do odborné péče.
- **Reakce na stres:** Ať akutní reakce na stres či jestliže klient prožívá posttraumatický stresový syndrom (PTSD) nebo jiné závažné symptomy vč. syndromu vyhoření.
- **Náročná životní události:** Pokud klient prochází v současnosti náročnými životními událostmi – smrt blízkého člověka, rozvod nebo jiné náročné situace přesahující jeho schopnost je zvládat.
- **Poruchy osobnosti:** Pokud klient vykazuje známky poruch osobnosti, které významně ovlivňují jeho mezilidské vztahy a schopnost fungovat v běžném životě.
- **Problémy s chováním u dětí:** Pokud má dítě problémy v chování, školními problémy, diagnóza ADHD, PAS u dětí apod.,

je důležité, aby byli v péči odborníka na dětskou a adolescentní psychologii či psychiatrii.

- **Partnerské potíže:** Pokud klient prožívá emocionálně náročné situace v souvislosti s nevěrou, krizí ve vztahu, poruchami intimity, domácím násilím apod. je vhodná spolupráce s psychoterapeutem či párovým terapeutem.
- **Závislosti:** Pokud klient trpí závislostí na něčem či něčem (alkohol, drogy nebo jiných návykových látkách vč. nelátkových závislostí typu gambling atd.), je nutná odborná léčba.

Jak ale kouč bez psychologického vzdělání pozná, že klient může mít psychické potíže? Kouč je v rámci komplexních koučovacích výcviků trénován v kladení otevřených otázek, aktivním naslouchání, všímavosti a sebereflexi. To vše může využít a povšimnout si varovných signálů, i když o nich klient sám nehovoří, jako jsou např.:

- Suicidální myšlenky, haluciance, bludy (ihned směřovat na psychiatrickou pomoc).
- Zvýšená únava (potíže se spánkem, nespavost).
- Změny nálad, smutek, plačtivost (depresivní rozlady, výkyvy nálad – mánie, deprese), sebepoškození.
- Změny v chování, problémy v práci, ve vztazích, ztráta zájmu o oblíbené činnosti, stranění se lidem, ztráta smyslu života, nic klienta nebaví, nechce se mu vstát ráno z postele.
- Ztráta chuti k jídlu nebo přejídání.
- Somatické potíže, bolesti hlavy, zažívací problémy a další potíže vyvolané stresem.
- Úzkost, strach, bezmoc, beznaděj, pocity bezcennosti, pocity viny nebo vztek, podrážděnost, vztahovačnost.
- Problémy s myšlením a vnímáním, problémy se soustředěním, pamětí, zabíhavost, paralogie, neologismy.
- Rizikové chování, experimentování s život ohrožujícími aktivitami bez ohledu na následky, nadužívání alkoholu či jiných omamných látek.
- Zanedbávání osobní hygieny, výkyvy v péči o vzhled či úpravu zevnějšku, neudrzuje oční kontakt.
- Další možné signály, kterých by si kouči měli všimnout: klient nechodí včas, nepamatuje

si o čem se bavili, neplní ani jednoduché kroky, na kterých se dohodli.

Další možná omezení koučinku v práci s lidmi s psychickým onemocněním výše nezmíněná:

V koučování se tradovalo, že omezením je inteligenční potenciál a byla definována hranice 100 IQ bodů. Z výše uvedené kazuistiky vyplývá, že omezením může být spíše nenalezení motivace klienta ke změně. Nicméně schopnost vyjadřování se, racionálního uvažování, orientace v čase a prostoru je žádoucím předpokladem pro vedení koučovacích rozhovorů.

## Jak mohou kouči postupovat, když se koučování s klientem s psychickými potížemi nedaří

K tématu koučování lidí s psychickými onemocněními se vyjadřuje Jacob: „Ačkoli duševní a psychické poruchy vyžadují klinickou péči, podle mého názoru mohou koučové pracovat s psychicky nemocnými jedinci, pokud jsou oni (klienti, pozn. autorky) ochotni a schopni zapojit se do koučovacího procesu, což znamená, že jsou schopni reflektovat sami sebe a svět kolem sebe a jsou ochotni se angažovat při hledání řešení. Tvrdím, že existenciální koučové mohou být v této otázce o něco flexibilnější než ostatní koučové, protože existenciální filozofie odmítá lékařský rámec pro konceptualizaci lidského utrpení, a proto mnoho klientů, které by jiní koučové kvůli jejich diagnóze odmítli jako psychicky nemocné, může být vhodných pro existenciální práci. Kouč samozřejmě musí být při práci s klienty, kteří mohou splňovat kritéria pro duševní onemocnění, mimořádně opatrný a pod dobře vedenou supervizi.“ (14).

V kontextu výše uvedeného jsou možnými opatřeními pro zajištění kvalitního, nepoškozujícího, koučinku s lidmi s psychickými potížemi:

1. **Další vzdělávání koučů** v základech psychologie, psychopatologie a rozvojových koučovacích směrech jako je systemický koučink, existenciální přístup, všímavý koučink apod.
2. **Supervize** jako nutná součást výkonu profese Kouč. Pokud kouč pracuje s lidmi s psychickými potížemi, pak je na místě zvážit supervizi **vedenou supervizory – psychoterapeuty** (např. podmínky České asociace

pro psychoterapii – 10 let terapeutické praxe po ukončení výcviku, supervizní výcvik.

Pokud se koučink s klientem s psychickými potížemi nedaří, navrhneme koučům postup „3x a řeš“ např. takto:

- Koučovací sezení – nastavení koučovací spolupráce, celkových cílů spolupráce a cíle sezení, prvních kroků.
- Koučovací sezení – reflexe pokroku s klientem, pokud klient nepokročil k cíli, komunikovat s klientem a příp. cíle reformulovat a nastavit nové akční kroky.
- Koučovací sezení – reflexe pokroku s klientem, pokud klient opět říká, že nepokročil k cíli, je vhodné vyhledat supervizora – psychoterapeuta či psychiatra či otevřít citlivě

s klientem téma vhodnosti jiného typu odborné péče.

Obecně lze koučům doporučit, pokud koučování klientovi nepřináší očekávané výsledky, klient se neustále obrací do minulosti, hovoří o potížích, diagnózách, nečiní akční kroky, které si sám definoval, nepostupuje ke svým cílům, které sám nastavil, a jeho potíže přetrvávají nebo se zhoršují, je vhodné s klientem reflektovat a zvážit další postup.

Výše uvedené návrhy jsou otevřeny k diskusi. Témata výhod a rizik koučování osob s psychickými potížemi jsou v koučovací literatuře popsány velmi obecně a vágně. Článek může sloužit jako podklad pro další diskusi na tato témata napříč obory.

## Shrnutí a závěr

Cílem článku je podnítit mezioborovou spolupráci, aby odborníci z oblasti koučování, psychoterapie a psychiatrie spolupracovali a vzájemně komunikovali ku prospěchu klientů. Příkládáme citaci z diskuze na téma článku s kolegy psychology a kouči: „Zajímavé téma, kterému se dlouhodobě věnuji jako kouč i terapeut v jedné osobě. Velmi podporuji mezioborovou kooperaci. Ale pořád se setkávám s mylnou interpretací koučinku u psychoterapeutů a s nedostatkem sebereflexe u koučů. Koučové si potřebují doplnit vzdělání v oboru psychoterapie a psychologie, a naopak terapeuti potřebují pochopit, že koučové opravdu „neradí“. Je škoda, že ty tábory jsou pořád na dvou „barikádách“ (17).

## LITERATURA

1. Whitmore J. Koučování. Praha: Management Press; 2009.
2. Silsbee D. Všimavý kouč. Praha: MAITREA; 2012.
3. Psychoterapeutické přístupy [on-line]. Praha: Česká asociace pro psychoterapii z.s. c2024. [cited 2024 Mar 24] Available from: <https://www.czap.cz/psychoterapeuticke-pristupy>.
4. Čas na psychoterapii [on-line]. Praha: Psychologie Dnes. c2024. [cited 2024 Mar 24] Available from: <https://nakladatelstvi.portal.cz/casopisy/psychologie-dnes/97797/cas--na-psychoterapii-aneb-kdyz-trapeni-neprechazi?fbclid=IwAR1hIA0teK4O-Jx2ArE6FW9WzGvhUd2Zx71VhijJTgHUD-ZWSAPuyjhpIDE>.
5. Parma P. Umění koučovat. Praha: Alfa Publishing; 2006.
6. Cipro M. Psychoanalytické koučování. Praha: GRADA; 2015.
7. Bobek M, Peniška P. Práce s lidmi. Brno: NC PUBLISHING; 2008.
8. Suchý J, Náhlovský P. Koučování v manažerské praxi: klíč k pozitivním změnám a osobnímu růstu. Praha: Grada, 2007, 124 s.
9. Berg IK. Posílení rodiny. Praha: Portál; 2013.
10. Globální etický kodex pro kouče, mentory a supervizory [on-line]. Praha: EMCC Czechia & Slovakia, z. s.; c2024. [cited 2024 Jan 28]. Available from: <https://www.emccczech.cz/standardy-a-etika/eticky-kodex/>.
11. Vybírají od žen desítky tisíc za pochybné rady... [on-line]. Praha: Hospodářské noviny, c2024. [cited 2024 Mar 25] Available from: [https://archiv.hn.cz/c1-67303830-bohyne-z-instagramu-ezokoucky-probouzi-vnitri-silu-zen-ale-i-jejich-penezky?fbclid=IwAR2D5vAYIRkT2\\_o3tSlh4b3xZP\\_tkdydtG7-iKck7AZNH-exRji7ugYJU](https://archiv.hn.cz/c1-67303830-bohyne-z-instagramu-ezokoucky-probouzi-vnitri-silu-zen-ale-i-jejich-penezky?fbclid=IwAR2D5vAYIRkT2_o3tSlh4b3xZP_tkdydtG7-iKck7AZNH-exRji7ugYJU).
12. Rosinski P. Coaching across cultures: New tools for leveraging national, corporate, and professional differences. London: Nicholas Brealey Publishing; 2003.
13. Duševní zdraví, Evropská rada, Rada Evropské unie, [on-line]. c2024. [cited 2024 Jun 14]. Available from: <https://www.consilium.europa.eu/cs/policies/mental-health/>.
14. Jacob YU. Exploring Boundaries of Existential Coaching. [on-line]. New School of Psychotherapy and Counselling, [cited 2024 Jun 14]. Available from: 2013 [https://nspc.org.uk/\\_client/assets/nspc-theses/1/jacob\\_y\\_exploring\\_boundaries\\_to\\_existential\\_coaching.pdf](https://nspc.org.uk/_client/assets/nspc-theses/1/jacob_y_exploring_boundaries_to_existential_coaching.pdf).
15. Etický kodex ICF [on-line]. Praha: ICF ČR / International

Coaching Federation Czech Republic, z. s.; c2024. [cited 2024 Jun 14]. Available from: <https://www.coachfederation.cz/eticky-kodex-icf>.

16. Etický kodex Asociace integrativních koučů [on-line]. Ostrava: Asociace integrativních koučů, z. s.; c2024. [cited 2024 Jun 14]. Available from: [https://www.asociacekoucu.com/wp-content/uploads/2022/03/AIK\\_Eticky-kodex\\_v\\_03-2022.pdf](https://www.asociacekoucu.com/wp-content/uploads/2022/03/AIK_Eticky-kodex_v_03-2022.pdf).

17. Diskuse na téma „Jaké možnosti zajištění kvalitního koučinku...“ [on-line]. LinkedIn; c2024. [cited 2024 Jun 15]. Available from: [https://www.linkedin.com/feed/update/urn:li:activity:7206533868420509696/?commentUrn=urn%3Ali%3Acomment%3A\(activity%3A7206533868420509696%2C7207730496590491648\)&dashCommentUrn=urn%3Ali%3Afsd\\_comment%3A\(7207730496590491648%2Curn%3Ali%3Aactivity%3A7206533868420509696\)&dashReplyUrn=urn%3Ali%3Afsd\\_comment%3A\(7207743483300696064%2Curn%3Ali%3Aactivity%3A7206533868420509696\)&replyUrn=urn%3Ali%3Acomment%3A\(activity%3A7206533868420509696%2C7207743483300696064\)](https://www.linkedin.com/feed/update/urn:li:activity:7206533868420509696/?commentUrn=urn%3Ali%3Acomment%3A(activity%3A7206533868420509696%2C7207730496590491648)&dashCommentUrn=urn%3Ali%3Afsd_comment%3A(7207730496590491648%2Curn%3Ali%3Aactivity%3A7206533868420509696)&dashReplyUrn=urn%3Ali%3Afsd_comment%3A(7207743483300696064%2Curn%3Ali%3Aactivity%3A7206533868420509696)&replyUrn=urn%3Ali%3Acomment%3A(activity%3A7206533868420509696%2C7207743483300696064))

# S NÁMI SE NEZTRATÍTE

Časopis je indexován v databázích Ebsco a EMCARE

Využíváme systém CrossRef. S články můžete snadno pracovat díky jednoznačnému identifikátoru DOI.



# Rizika polyfarmacie psychofarmak u pacientů v dlouhodobé institucionální péči

PharmDr. Kristina Pechandová, Ph.D.<sup>1</sup>, PharmDr. Ivana Tašková, PGDip.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Pracoviště klinického farmaceuta, Nemocnice Strakonice, a. s., Strakonice

<sup>2</sup>Oddělení klinické farmacie, Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha

<sup>3</sup>Bezpečnost a kvalita léčiv, Farmaceutická fakulta, Masarykova univerzita, Brno

Článek se zaměřuje na problematiku psychofarmakoterapie u pacientů v dlouhodobé institucionální péči, kde by měl být kladen důraz zejm. na racionální a bezpečnou farmakoterapii. Autorky diskutují specifické výzvy spojené s pokrytím potřeb této populace, zvládnutím problematického chování a současně minimalizací rizika nadměrné preskripce. Zdůrazňují, že nevhodné kombinace psychofarmak mohou vést k závažným zdravotním komplikacím. Kriticky hodnotí současnou praxi a snaží se upozornit na potřebu monitorace rizik psychiatrické polyfarmacie. Lékové problémy a konkrétní rizika medikace jsou přiblíženy uvedením příkladů z praxe ve formě třech kazuistik, které jsou opatřeny komentářem klinických farmaceutek.

Cílem článku není kritizovat současný stav, ale poskytnout ucelený pohled na problematickou preskripci u této populace a navrhnout strategie, jak se na její rizika zaměřit a následně je zmírnit.

Problematika neracionální preskripce u populace dlouhodobě institucionalizovaných pacientů stále nemá v současné době pozornost, jakou by si zasloužila. Je potřeba se tímto tématem více zabývat, a to neznamená jen racionalizovat farmakoterapii, ale nacházet řešení i v oblasti financování, personálního zabezpečení a vůbec dostupnosti zařízení pro tuto cílovou populaci.

**Klíčová slova:** klinická farmacie, dlouhodobá péče, lékové problémy, polyfarmacie.

## Risks of psychopharmacy polypharmacy in patients in long-term institutional care

The article focuses on the issues of psychopharmacotherapy in patients in long-term institutional care, where emphasis should be placed particularly on rational and safe pharmacotherapy. The authors discuss the specific challenges associated with meeting the needs of this population, managing problematic behaviours, and simultaneously minimizing the risk of over-prescription. They emphasize that inappropriate combinations of psychotropic drugs can lead to serious health complications. They critically evaluate current practices and aim to highlight the need for monitoring the risks of psychiatric polypharmacy. Drug-related problems and specific risks of medication are illustrated by providing examples from practice in the form of three case studies, which are accompanied by commentary from clinical pharmacists.

The aim of the article is not to criticize the current state, but to provide a comprehensive view of the problematic prescriptions in this population and propose strategies on how to focus on and subsequently mitigate their risks.

The issue of irrational prescription in the population of long-term institutionalized patients still does not receive the attention it deserves. It is necessary to address this topic more thoroughly, which means not only rationalizing pharmacotherapy but also

### DECLARATIONS:

#### Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

#### Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18<sup>th</sup> WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

#### Conflict of interest and financial disclosures:

None.

#### Funding/Support:

None.

Cit. zkr: Psychiatr. praxi. 2024;25(3):140-147

<https://doi.org/10.36290/psy.2024.023>

Článek přijat redakcí: 29. 5. 2024

Článek přijat k tisku: 15. 8. 2024

PharmDr. Kristina Pechandová

pechandova@nemocnice-st.cz

finding solutions in the areas of funding, staffing, and overall availability of facilities for this target population.

**Key words:** clinical pharmacy, long-term care, drug-related problems, polypharmacy.

## Úvod

Významným problémem českého zdravotnictví v oblasti psychofarmakoterapie je odpovědná a racionální preskripce u dlouhodobě institucionalizovaných osob. U této populace čelíme výzvě, jak pokrýt specifické potřeby těchto klientů či pacientů, zvládnout případné problémové chování a současně se vyhnout nadměrné preskripci léčiv, zejm. psychofarmak. Ta se často předepisují na kontrolu jednotlivých symptomů, a pokud jsou jejich rizika opomíjena, mohou mít závažné důsledky pro zdraví a kvalitu života těchto osob.

Při komplexní problematice pacienta, který má např. časté poruchy chování, bývá výsledkem léčby neracionální kombinace různých psychofarmak, která mohou přinést mnoho rizik nebo navzájem interagovat.

Cílem článku není kritizovat současný stav, ale poskytnout ucelený pohled na problematiku preskripci u této populace a navrhnout strategii, jak se na její rizika zaměřit a následně je zmírnit.

Tato problematika stále nemá v současné době pozornost, jakou by si zasloužila. Je potřeba se tímto tématem více zabývat, a to neznamená jen racionalizovat farmakoterapii, ale nacházet řešení i v oblasti financování, personálního zabezpečení a vůbec dostupnosti zařízení pro tuto cílovou populaci.

## Rizika psychofarmak u pacientů v dlouhodobé institucionální péči

Psychofarmaka jsou v medikacích pacientů v dlouhodobé institucionální péči hojně zastoupena. Jednak mají častější psychiatrické komorbidity a dále jsou jim psychofarmaka často indikována na poruchy chování (tj. agitace, neklid, sebepoškozování, stereotypní chování, nespolupráce při péči, křik, hostilita a agrese). Tento důvod preskripcí psychofarmak může být sporný a nemá vždy oporu v medicíně založené na důkazech. Mnohdy také bývají opomíjeny nebo nemohou být uplatňovány nefarmakologické postupy léčby (např. z důvodu nedostatečného personálního zabezpečení zařízení). Diagnostika psychických problémů bývá, zejména u pacien-

tů se sníženou schopností komunikace, ztížena. Za náhlou změnou chování dále může být i zcela jiný faktor, např. dietní chyba, zácpa či bolest (1).

Při hodnocení medikací pacientů v dlouhodobé péči se lze setkat např. s těmito lékovými problémy:

- polypragmazie,
- klinicky významné lékové interakce,
- vysoké dávky a kombinace sedativních léků,
- kombinace léčiv s anticholinergním potenciálem,
- kombinace léčiv prodlužující QTc interval,
- kombinace léčiv zvyšující metabolické riziko,
- kombinace léčiv vyvolávající extrapyramidovou symptomatiku,
- nedostatečná monitorace rizik psychofarmak.

Velká část těchto pacientů užívá psychofarmaka letitě, bez větších změn, často z důvodu přetrvávajícího mýtu, že do psychiatrické medicíny nelze zasahovat.

## Polypragmazie

Polypragmazií nazýváme pravidelné neracionální užívání většího počtu léčiv (zpravidla > 5), nebo užívání léčiv nadměrně dlouhou dobu nebo ve zbytečně vysokých dávkách. Faktory, které k ní vedou u populace dlouhodobě institucionalizovaných osob, jsou zejména:

- farmakorezistentní stavy,
- polymorbidita,
- preskripční kaskády,
- nedostatečná účinnost léčiv z různých důvodů,
- závažné poruchy chování,
- nadměrná víra v to, že léky přinesou efekt,
- nedostatečný respekt z nežádoucích účinků,
- strach, že se stav zhorší, pokud by se počet léčiv zredukoval,
- absence účinné kauzální léčby na danou problematiku (2).

Preskripční kaskády jsou časté a vznikají ve chvíli, kdy předepisujeme léčivo na zvládnutí nežádoucího účinku jiného léčiva, který je však interpretován jako nový symptom pacienta. Jedná se např. o preskripci laxativ při podávání anticholinergních antipsychotik jako je olanzapin

nebo klozapin, která u pacienta vyvolají zácpu. Další typickou preskripční kaskádou psychofarmak je podávání biperidenu při snaze zmírnit extrapyramidovou symptomatiku vyvolanou antipsychotiky s vysokou afinitou k D2 receptorům. Biperiden navíc způsobuje zácpu nebo zhoršuje kognici a preskripční kaskáda se může dále řetězit výše naznačeným způsobem. V některých případech jsou preskripční kaskády nevyhnutelné, ale vždy by mělo proběhnout zhodnocení medikace ve smyslu zvažování, zda není vhodnější redukovat nebo zaměnit první léčivo, které nežádoucí účinek vyvolává (3).

## Klinicky významné interakce psychofarmak

Vhodné je vždy zhodnotit, zda se v medikaci nenacházejí klinicky významné lékové interakce, které mohou výrazně snížit efekt jednotlivých léčiv nebo naopak zvýšit jejich toxicitu. To lze učinit např. i s pomocí klinického farmaceuta.

V medikaci institucionalizovaných pacientů se v praxi opakovaně setkáváme s lékovými interakcemi karbamazepinu, který de facto eliminuje účinek léčiv primárně metabolizovaných cestou enzymu cytochromu P450 (CYP) CYP3A4 (typicky trazodon, kvetiapin). Jejich souběžné podávání je chybou a vede k neúčinnosti uvedených léčiv. Dalším úskalím může být preskripce antibiotik s interakčním potenciálem např. klaritromycinu, který je inhibitor CYP3A4 a může naopak zvýraznit toxicitu trazodonu i kvetiapinu. Pacientovi pak hrozí nadměrný útlum nebo v případě kvetiapinu narůstá i riziko prodloužení QTc intervalu. Dále hrozí hypotenze a vznik pádů.

Silné induktory a inhibitory některých enzymů, zejm. cytochromu P450, ze skupiny psychofarmak uvádí tabulka 1.

## Vysoké dávky a kombinace sedativních léčiv

Mnoho psychofarmak vykazuje sedativní účinky, které jsou dány zejména blokádu H1 receptorů nebo posílením gabaergní neurotransmise v mozku. Tyto účinky jsou s výhodou při terapii akutních stavů jako je mánie či psychóza a při poruchách spánku. Krátkodobě je lze použít

při poruchách chování (zejm. při agitaci a agresii) či při vystupňované tenzi a neklidu.

Dlouhodobá nebo výrazná sedace je ale nežádoucí a může být pro pacienta ohrožující (riziko pádu nebo útlumu dechového centra). Nepřiměřený útlum hrozí zejména při podávání kombinací sedativních látek. Například je nutná opatrnost při kombinaci benzodiazepinů s klopazinem (5). Známý je fakt, že útlum dechového centra hrozí při podávání opiátů, zejména v kombinaci s další sedativní medikací (benzodiazepiny, sedativní antipsychotika a antidepresiva aj.) (6). Tento nežádoucí jev byl recentně popsán i při podávání sedativních psychofarmak v kombinaci s gabapentinoidy (pregabalin, gabapentin), které jsou odbornou veřejností považovány za bezpečné a méně rizikové preparáty (7). Psychofarmaka se sedativními účinky shrnuje tabulka 2.

### Léčiva s anticholinergním potenciálem

Při kombinaci léčiv blokující muskarínové receptory, může docházet k centrálním i periferním anticholinergním nežádoucím účinkům jako je zácpa, retence moči, rozmazané vidění, sucho v ústech a zmatenost. Anticholinergní léčiva mají delirogení potenciál a jejich dlouhodobé podávání může vést k negativnímu snížení kognitivních funkcí pacienta.

Právě retence moči, zácpa nebo delirogení potenciál těchto léčiv často stojí za změnou chování (neklid, agitace, agrese), které navíc mohou vést k podávání dalších léčiv. Mezi psychofarmaka s anticholinergním potenciálem patří léčiva uvedená v tabulce 3. Často předepisovaný biperiden na zmírnění extrapyramidových příznaků vyvolaných podáním antipsychotik má také silný anticholinergní efekt (14).

Ke zhodnocení anticholinergní nálože medikace pacienta (cíleno na centrální nežádoucí účinky) mohou posloužit škály jako Anticholinergic Burden Scale (ACB Scale) a Anticholinergic Risk Scale (ARS) dostupné on-line (14, 15).

### Léčiva prodlužující QTc interval

Souvislost mezi mírou prodloužení QT nebo korigovaného QT intervalu (QTc) a prevalencí výskytu maligní arytmie Torsades de Pointes (TdP) je v odborné literatuře velmi dobře popsána. Míra rizika vzniku této potenciálně fatál-

ní arytmie je v populaci různě vyjádřena a závisí mj. i na repolarizační rezervě jednotlivce. Prodloužení QTc intervalu je nežádoucí účinek na dávce závislý a kromě rizikových léčiv se na něm mohou podílet i další faktory (vrozeně prodloužený QT interval – LQTS, elektrolytové dysbalance – zejm. hypokalemie, hypokalémie a hypomagnezemie, kardiovaskulární onemocnění, stres, extrémní hmotnost, aj.). Vzniku TdP předcházíme provedením kontrolního EKG a následnou úpravou medikace při záchytu prodlouženého QTc intervalu. Přehledně léčiva prodlužující QTc interval zpracovává internetová

databáze www.crediblemeds.org (16) a jsou také shrnuty v tabulce 4.

Další léčiva prodlužující QTc interval jsou některá antiarytmika (např. amiodaron), antibiotika (azitromycin, klarithromycin, ciprofloxacin, levofloxacin aj.), metadon, tamoxifen atd. (13, 16).

### Léčiva s nevhodným metabolickým profilem

Pacienti užívající psychofarmaka mohou také trpět jejich metabolickými nežádoucími účinky. Látky současně blokující 5-HT<sub>2</sub> a H<sub>1</sub> receptory (např. klopazín, olanzapín) mají tyto

Tab. 1. Silné induktry a inhibitory z řad psychofarmak (dle 4)

Léčivo	Silný induktor (IND)/inhibitor (INH)	Středně silný induktor (IND)/inhibitor (INH)
Fluoxetin	INH: CYP2D6, CYP2C19	INH: CYP3A4
Paroxetin	INH: CYP2D6	INH: CYP3A4
Fluvoxamin	INH: CYP1A2, CYP2C19	INH: CYP3A4
Bupropion	INH: CYP2D6	
Duloxetin	INH: CYP2D6	
Valproát	-	INH: UGT, CYP2C9
Karbamazepin	IND: CYP2B6, CYP3A4, P-gp, UGT	IND: CYP1A2, CYP2C9

Uridin 5'-difosfo-glukuronosyltransferáza (UGT), P glykoprotein (P-gp)

Tab. 2. Přehled sedativních psychofarmak (8, 9, 10, 11, 12, 13 a dle SPC jednotlivých přípravků)

Skupina léčiv	Léčiva
Antipsychotika 1. generace	chlorprotixen, levomepromazin, melperon, zuklopentixol
Antipsychotika 2. generace	klopazín, olanzapín, kvetiapín, tiaprid
Antidepresiva	mirtazapín, trazodon, amitriptylin, klomipramin, imipramin, dosulepin, maprotilin, agomelatin
Stabilizátory nálady	valproát
Benzodiazepiny	alprazolam, bromazepam, diazepam, klobazam, oxazepam, klonazepam
Ostatní	klomethiazol, pregabalin, gabapentin

Tab. 3. Psychofarmaka s anticholinergními účinky (14, 15)

Skupina léčiv	Léčiva
Antipsychotika 1. generace	levomepromazin
Antipsychotika 2. generace	klopazín, olanzapín, kvetiapín
Antidepresiva	amitriptylin, klomipramin, imipramin, dosulepin, paroxetin
Stabilizátory nálady	karbamazepin
Ostatní	promethazin, hydroxyzin

Tab. 4. Psychofarmaka prodlužující QTc interval (9, 13 a 16)

Látky bez vlivu na QT interval	Látky s malým vlivem na QT interval	Látky se středním vlivem na QT interval	Látky s velkým vlivem na QT interval
aripiprazol	klopazín	amisulprid	i. v. podání antipsychotik
lurasidon	flufenazin	haloperidol	sertindol
kariprazin	flupentixol	levomepromazin	
brexpiprazol	olanzapín	kvetiapín	
	paliperidon	ziprasidon	
	risperidon	melperon	
	sulpirid	es-/citalopram	

Pozn.: Informace v tabulce se mohou napříč zdroji lišit, jedná se o orientační zařazení látek dle potenciálu prodlužovat QTc při terapeutických dávkách; malý vliv na QTc – prodloužení do 10 ms, střední vliv – 10 až 20 ms, velký vliv – nad 20 ms

# Když hledáte řešení... účinné a dobře snášené antipsychotikum



ZKRÁCENÁ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU RXULTI 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg potahované tablety. LÉČIVÁ LÁTKA: Jedna potahovaná tableta obsahuje brexpiprazol 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg. INDIKACE: K léčbě schizofrenie u dospělých pacientů. DÁVKOVÁNÍ: Perorální podání. Je možné užívat s jídlem nebo bez něj. Doporučená počáteční dávka činí 1 mg jednou denně, a to 1. až 4. den. Doporučená cílová dávka je 2 mg až 4 mg jednou denně. Na základě klinické odpovědi pacienta a jeho snášenlivosti lze dávku brexpiprazolu titrovat na 2 mg jednou denně mezi 5. a 7. dnem a 8. den zvýšit na 4 mg. Maximální doporučená denní dávka je 4 mg. Pechod z jiného antipsychotika na brexpiprazol: Je třeba zvážit zkříženou titraci obou látek s postupným vysazováním původní léčby při zahájení léčby brexpiprazolem. Pechod z brexpiprazolu na jiná antipsychotika: Zkřížená titrace není zapotřebí. Brexpiprazol lze vysadit a nový přípravek začít podávat v nejnižší dávce. Plazmatická koncentrace brexpiprazolu bude postupně klesat a látka bude z organismu zcela vyplavena během jednoho až dvou týdnů. Zvláštní populace: Starší pacienti: Bezpečnost a účinnost nebyla u pacientů od 65 let stanovena. Pediatrická populace: Bezpečnost a účinnost u dětí a dospívajících do 18 let nebyla stanovena. Porucha funkce ledvin: Maximální doporučená dávka u pacientů se středně až těžkou poruchou funkce ledvin se snižuje na 3 mg jednou denně. Porucha funkce jater: Maximální doporučená dávka u pacientů se středně až těžkou poruchou funkce jater (Childlow-Pughova skóre  $\geq 7$ ) se snižuje na 3 mg jednou denně. Pomali metabolizátoři cytochromu CYP2D6: Podávejte polovinu doporučené dávky. Pokud tito pacienti současně užívají středně silné až silné inhibitory CYP3A4, je nutná další úprava dávkování na čtvrtinu doporučené dávky. Úprava dávky z důvodu interakcí: Je nutno podávat polovinu doporučené dávky u pacientů užívajících současně silné inhibitory CYP3A4 nebo silné inhibitory CYP2D6. Je nutno podávat čtvrtinu doporučené dávky u pacientů užívajících současně silné / středně silné inhibitory CYP2D6 a silné / středně silné inhibitory CYP3A4. Pokud je inhibitor/induktor CYP3A4 nebo inhibitor CYP2D6 vysazen, může být nutné dávku brexpiprazolu vrátit na původní hodnoty. V případě nežádoucích účinků navzdory úpravě dávky brexpiprazolu, je třeba zvážit potřebu souběžného užívání. Při současném užívání silných induktorů CYP3A4, např. rifampicin: U pacientů se stabilními dávkami brexpiprazolu je nutné denní dávku během 1 až 2 týdnů postupně vytitrovat až na dvojnásobek. Pokud bude podle klinické odpovědi nutná další úprava dávky, lze dávku zvýšit až maximálně na trojnásobek doporučené denní dávky. Pokud je brexpiprazol podáván současně se silnými induktory CYP3A4, jeho dávka nesmí překročit 12 mg denně. Vhodnější je brexpiprazol rozdělit do dvou denních dávek, protože jediná denní dávka má za následek vysoké kolísání koncentrace mezi maximem a minimem. Induktory CYP3A4 účinkují až po určité době a může trvat nejméně dva týdny, než po zahájení podávání dosáhnou maximálního účinku. Naopak po jejich vysazení může trvat nejméně 2 týdny, než indukční účinek CYP3A4 poklesne. KONTRAINDIKACE: Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku. ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ: Zlepšení klinického stavu pacienta se v průběhu antipsychotické léčby může objevit po několika dnech až týdnech. Pacienti mají být pečlivě sledováni během celého tohoto období. Sebevražedné myšlenky a chování bylo hlášeno častěji u pacientů na zahájení nebo změně antipsychotické léčby. Antipsychotická léčba má být prováděna pečlivým dohledem vysoce rizikových pacientů. Je třeba podávat s opatrností u pacientů se známými kardiovaskulárním onemocněním, cerebrovaskulárním onemocněním, predispozicí k hypotenzii nebo s hypertenzí, s prodloužením QT intervalu v rodnině anamnéze, s nerovnováhou elektrolytů nebo užívající jiné léčivé přípravky prodlužující QT interval u těch, kteří mají v anamnéze epileptické záchvaty nebo jiné stavy, které mohou snížit práh pro vznik záchvatů; u pacientů s rizikem aspirační pneumonie; pokud je u pacienta riziko zvýšení teploty tělesného jádra (např. při intenzivní námaze, vystavení extrémním teplotám, současně léčbě přípravky s anticholinergními účinky nebo při dehydrataci), současně užívání s přípravky zvyšujícími kreatinofosfokinázu, s alkoholem nebo jinými léčivými přípravky působícími na CNS s podobnými nežádoucími účinky, např. typu sedace. Pacienti s impulzivními poruchami v anamnéze je třeba pečlivě sledovat, protože pacienti toto chování nemusí vnímat jako abnormální. Je proto důležité se pacienta či jeho opatrovníka při léčbě brexpiprazolem vyslovně ptát na možný vznik nebo zesílení impulzivních poruch a jiných typů kompulzivního chování. Pokud kompulzivní chování není rozpoznáno, může způsobit poškození pacienta a jiných osob. Pokud se u pacienta taková nutkání během léčby brexpiprazolem objeví, zvažte snížení dávky nebo úplné vysazení léčebného přípravku. V souvislosti s užíváním antipsychotik se vyskytl případy venózního tromboembolismu (VTE). Tyto rizikové faktory pro VTE mají být před i během léčby brexpiprazolem rozpoznány a následně mají být uplatněna preventivní opatření. Mezi nežádoucí účinky způsobené ortostatickou hypotenzí patří závratě, točení hlavy a tachykardie. Obecně je riziko těchto účinků největší na začátku antipsychotické léčby a během zvyšování dávek. U pacientů se zvýšeným rizikem těchto nežádoucích účinků (např. u starších pacientů) nebo komplikací z hypotenze (viz SPC) je třeba zvážit nižší počáteční dávku a pomalejší titraci a sledovat ortostatické vitální známky. Pokud se u pacienta objeví známky a příznaky svědčící o NMS nebo nevyvíjitelná vysoká horečka bez dalších klinických projevů NMS, podávání brexpiprazolu je nutno neprodleně přerušit. Brexpiprazol může zvýšit hladinu prolaktinu. Tento nárůst je obecně mírný a s postupem léčby může klesat, v některých vzácných případech však bude přetrvávat. U pacientů s anamnézou EPS je třeba brexpiprazol podávat s opatrností. Pokud se objeví známky a příznaky tardivní dyskynie, je třeba zvážit snížení dávky nebo vysazení přípravku. Tyto příznaky se mohou dočasně zhoršit nebo mohou dokonce vzniknout až po přerušení léčby. Nedoporučuje se léčba tímto přípravkem u starších pacientů s demencí vzhledem ke zvýšenému riziku celkové mortality v této populaci a vyššímu výskytu cerebrovaskulárních nežádoucích účinků než u pacientů léčených placebem v placebem kontrolovaných klinických studiích. U pacientů léčených atypickými antipsychotiky byla zaznamenána hyperglykemie, v některých případech extrémní a doprovázená ketoacidózou, hyperosmolárním kómatem nebo úmrtím. Sledujte, zda se neobjeví známky a příznaky hyperglykemie. Před zahájením léčby nebo brzy po něm je třeba stanovit glykemií nalačno a pravidelně sledovat hladinu glukózy v plazmě. Při dlouhodobé léčbě brexpiprazolem bylo pozorováno častější zvýšení tělesné hmotnosti. Při zahájení léčby a během ní se doporučuje tělesnou hmotnost a lipidový profil klinicky sledovat. Během léčby antipsychotiky byly hlášeny případy leukopenie, neutropenie a agranulocytózy (včetně fatálních případů). U pacientů s již existujícím nízkým počtem leukocytů a leukopenie či neutropenie vyvolané léky v anamnéze je třeba v prvních měsících léčby často stanovovat kompletní krevní obraz a při prvních známkách poklesu leukocytů (v nepřítomnosti jiných příčin) přerušit léčbu brexpiprazolem. Pacienti s neutropenií je třeba pečlivě monitorovat, zda se neobjeví horečka nebo jiné známky a příznaky infekce, a pokud ano, je nutno nasadit bezodkladnou léčbu. Při těžké neutropenii (absolutní počet neutrofilů  $< 1\ 000/mm^3$ ) je třeba brexpiprazol vysadit a kontrolovat počty leukocytů až do zotavení. Tablety obsahují laktózu. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí galaktózy, úplným nedostatkem laktázy nebo malabsorpcí glukózy a galaktózy nemají tento přípravek užívat. Malý mírný vliv na schopnost řídit a obsluhovat stroje vzhledem k potenciálním účinkům na nervový systém, jako je sedativní účinek a závratě. FERTILITA, TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ: Nedoporučuje se podávat během těhotenství a u žen ve fertilním věku, které nepoužívají antikoncepci. U novorozenců, kteří byli během třetího trimestru těhotenství vystaveni vlivu antipsychotik (včetně brexpiprazolu), existuje riziko nežádoucích účinků včetně extrapyramidových příznaků a/nebo příznaků z vysazení. Tyto příznaky se mohou lišit v délce trvání a závažnosti. Proto novorozenci mají být pečlivě monitorováni. Není známo, zda se brexpiprazol / jeho metabolity vylučují do lidského mateřského mléka. Po posouzení prospěšnosti kojení pro dítě a léchy pro matku je nutno rozhodnout, zda přerušit kojení nebo brexpiprazol dočasně či trvale vysadit. Účinek brexpiprazolu na fertilitu člověka nebyl hodnocen. Studie na zvířatech prokázaly sníženou samičí fertilitu. NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY: Viz SmPC. Velmi časté ( $\geq 1/10$ ): zvýšení prolaktinu v krvi. Časté ( $\geq 1/100$  až  $< 1/10$ ): vyrážka, zvýšení tělesné hmotnosti, akatie, závrať, tremor, sedace, příjem, nauzea, bolest horní poloviny břicha, bolest zad, bolest v končetině, zvýšení kreatinofosfokinázy v krvi. Méně časté ( $\geq 1/1\ 000$  až  $< 1/100$ ): angioedém, kopřivka, otok obličej, sebevražedný pokus, sebevražedné myšlenky, parkinsonismus, venózní tromboembolie (včetně plicní embolie a hluboké žilní trombózy), ortostatická hypotenze, kašel, zúžení klat, flatulence, zvýšení krevního tlaku, zvýšení triglyceridů v krvi, zvýšení jaterních enzymů a myalgie. Není známo (z dostupných údajů nelze určit): patologické hráčství, impulzivní chování, záchvatové přejídání, kompulzivní nakupování, kompulzivní sexuální chování, epileptické záchvaty, maligní neuroleptický syndrom (NMS), prodloužený QT interval na elektrokardiogramu, rabdomyolýza, syndrom z vysazení léku u novorozenců. Případné nežádoucí účinky prosím hlase na: viz SPC bod 4.8. a Otsuka Pharmaceuticals Europe Ltd prostřednictvím e-mailové adresy: vigilance@otsuka-europe.com. PŘEDÁVKOVÁNÍ: Bezprostředně po předávkování může být vhodná gastrická laváž a podání emetika. Zajistěte záznam EKG a při zjištění prodlouženého QT intervalu rovněž monitoraci srdeční funkce. Jinak je třeba se zaměřit na podpůrnou terapii, zajištění dostatečné průchodnosti dýchacích cest, oxygenaci a ventilaci a také symptomatickou léčbu. Pečlivě sledování a monitorování do pacientova uzdravení. Podání aktivního uhlí a sorbitolu (50 g / 240 ml), viz SPC. O léčebném potenciálu aktivního uhlí při předávkování brexpiprazolem však není dostatek informací. UCHOVÁVÁNÍ: Tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchování. DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI: Otsuka Pharmaceutical Netherlands B.V., Henkerbergweg 292, 1101 CT, Amsterdam, Nizozemsko REGISTRÁČNÍ ČÍSLO: EU/1/18/1294/003-007 DATUM REGISTRACE: 26. 7. 2018. DATUM POSLEDNÍ REVIZE TEXTU SPC: 26. 05. 2023. DATUM POSLEDNÍ REVIZE ZKRÁCENÉ INFORMACE: 01. 12. 2023. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Předtím, než přípravek Rxulti předepíšete, přečtěte si, prosím, úplné znění Souhrnu údajů o přípravku. Podrobné informace o tomto léčivém přípravku jsou k dispozici na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky <http://www.ema.europa.eu>.

účinky zpravidla nejvíce vyjádřeny. Vedou k nim ale i jiné mechanismy např. vznik leptinové rezistence. V důsledku nevhodného metabolického profilu léčiv může pacient pocítovat vyšší chuť k jídlu a následně přibírat na váze. Riziko vzniku diabetu mellitu či hyperlipidemie sekundárně zvyšuje riziko úmrtí z kardiovaskulární příčiny. Monitorace metabolického rizika a případná úprava medikace jsou mnohdy v praxi opomíjeny. Psychiatrická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně za účelem sledování tělesného zdraví u pacientů s psychiatrickou diagnózou vydala i doporučený postup (17).

Psychofarmaka s vysokým metabolickým rizikem jsou uvedena v tabulce 5.

### Léčiva vyvolávající extrapyramidovou symptomatiku

Polékové extrapyramidové syndromy (EPS) jsou motorické nežádoucí účinky, které mohou mít pro pacienta i nepříjemný psychický doprovod např. v podobě zvýšené tenze, na kterou může reagovat i různými poruchami chování. Navíc často vedou i ke stigmatizaci a noncom-

**Tab. 5.** Psychofarmaka s vyšším metabolickým rizikem (18)

Skupina	Léčiva
Antidepresiva	mirtazapin, tricyklická antidepresiva
Antipsychotika	klozapin, olanzapin
Stabilizátory nálady	valproát, lithium

**Tab. 6.** Míra rizika antipsychotik vyvolávat dystonie a polékový parkinsonismus (13, 19)

Míra rizika	Antipsychotika
Nízké	klozapin, kvetiapin, sertindol, ziprasidon
Střední	aripiprazol, brexpiprazol, chlorprotixen, kariprazin, levomepromazin, lurasidon, olanzapin
Vysoké	amisulprid, flufenazin, flupentixol, haloperidol, paliperidon, risperidon, sulpirid, zyklopentixol

**Tab. 7.** Míra rizika antipsychotik vyvolávat akatizii (13, 19)

Míra rizika	Antipsychotika
Nízké	amisulprid, aripiprazol, brexpiprazol, kariprazin, kvetiapin, klozapin, levomepromazin, lurasidon, olanzapin, paliperidon, risperidon, sertindol, sulpirid, ziprasidon
Střední	flupentixol, flufenazin, zyklopentixol
Vysoké	haloperidol

pliance. Mezi EPS se nejčastěji řadí třes, polékový parkinsonismus, dystonie, akatizie a tardivní dyskineze. Navíc jsou často zdrojem preskripčních kaskád, ať už vedou k preskripci anticholinergik nebo benzodiazepinů. Potenciál psychofarmak vyvolávat EPS zobrazuje tabulka 6 a 7.

### Rizikové kombinace psychofarmak

V praxi se často setkáváme se situacemi, kdy je pacient z nějakého důvodu (zpravidla závažné poruchy chování nebo dekompenzace somatického stavu) přijat k hospitalizaci do všeobecné nebo psychiatrické nemocnice. Tento moment může být příležitostí pro zhodnocení medikace s ohledem na její rizika a případně pro navržení změn za účelem racionalizace celé medikace pacienta.

Nejčastěji bývá přítomno riziko sedace či dechového útlumu při kombinaci psychofarmak se sedativními a hypnotickými účinky (typicky levomepromazin, chlorprotixen, kvetiapin, olanzapin, benzodiazepiny, valproát, trazodon, mirtazapin). Dále se častěji setkáváme s kombinacemi léčiv prodlužujících QTc či anticholinergních léčiv, které vedou následně k retenci, zácpě či ke zhoršení kognice. Následující ukázky medikací pacientů dlouhodobé institucionální péče obsahují právě tyto rizikové kombinace a jsou opatřeny komentářem klinického farmaceuta.

### Kazuistika 1

Na neurologické oddělení byla přijata žena (75 let, BMI 25,3 kg/m<sup>2</sup>) s minerálovým rozvrtem, bez hodnotného kontaktu a s významnou hypotenzí (TK 68/45 mmHg, TF 69/min). Od rána u ní byly přítomny kolapsové stavy a nauzea, zvracela při předklonu hlavy. Byly též popisovány intermitentní záškuby končetin dobře reagující na podání diazepamu i. v.

Na CT mozku nebyly prokázány čerstvé ložiskové změny ani hemodynamicky významné stenózy. Záškuby byly neurologem uzavřeny jako epiparoxysmy na podkladě minerálového rozvratu.

Z osobní anamnézy byla významná přítomná arteriální hypertenze, stav po CMP (cévní mozkové příhodě), tranzitorní ischemická ataka v povodí a. carotis interna dextra, diabetes mellitus (DM) II. typu na léčbě perorálními antidiabetiky a hypercholesterolemie. Psychiatrická diagnóza nebyla v osobní anamnéze uvedena. Podle

užívané medikace pacientka s lehkou mentální retardací pravděpodobně byla neklidná s depresivní symptomatikou a nespavostí.

Chronická farmakoterapie byla následující: perindopril/amlodipin 8/5 mg tbl. p. o. 1–0–0, citalopram 20 mg tbl. p. o. 1–1/2–0, acetylsalicylová kyselina 100 mg tbl. p. o. 0–1–0, omeprazol 20 mg p. o. 1–0–1, atorvastatin 10 mg tbl. p. o. 0–0–1, rilmenidin 1 mg tbl. p. o. 0–0–1, mirtazapin 30 mg tbl. p. o. 0–0–1/2, kvetiapin 100 mg tbl. p. o. 0–1–1, metformin 500 mg tbl. p. o. 1–0–1, tiaprid 100 mg tbl. p. o. 1/2–1/2–1/2, olanzapin 10 mg tbl. p. o. 0–0–1/2.

V laboratorním nálezu byl dominantní minerálový rozvrat se závažnou hyponatremií 104 mmol/l, hypochloremií 74 mmol/l a významnou hypoosmolalitou séra 220 mmol/kg. Ranní glykemie byly v průměru 4,3 mmol/l, renální parametry byly normální.

Během hospitalizace došlo k pomalé a postupné korekci závažné hyponatremie. Klinickým farmaceutem bylo doporučeno kontrolní EKG s kontrolou převodních intervalů.

Na EKG byl popsán vývoj ischemických změn a byl zachycen významně prodloužený QTc interval, a to 538 ms. Ischemie myokardu byla po konzultaci s kardiologem řešena konzervativně, do medikace byl nasazen enoxaparin v terapeutické dávce na 5 dní a duální antiagregační terapie (kyselina acetylsalicylová s klopidogrelem) na 12 měsíců. Pro významnou hypotenzi byla již při přijetí vysazena všechna antihypertenziva: perindopril/amlodipin i rilmenidin.

Vzhledem k výrazně prodlouženému QTc intervalu bylo také nutné upravit psychiatrickou medikaci, a za tímto účelem proběhla konzultace s klinickým farmaceutem.

Pacientka užívala kombinaci psychofarmak, která mohou významně prodloužit QTc a zároveň se spolupodílet na minerálovém rozvratu. Především se mohl uplatnit vliv citalopramu, jehož účinek byl navíc potencován interakcí s omeprazolem. Obě léčiva pacientka užívala ve vyšší dávce. Inhibitor protonové pumpy se v medikaci objevil již vstupně (pacientka udávala asi před patnácti lety problémy se žaludkem, nyní byla bez obtíží). Omeprazol je poměrně silný inhibitor enzymu CYP2C19, který je současně i hlavní metabolickou cestou citalopramu. Vlivem jeho podávání zřejmě došlo ke kumulaci citalopramu a k projevu toxických účinků ve

formě prodloužením QTc intervalu i k závažné hyponatremii. Pro citalopram byly hlášeny závažné maligní arytmie TdP a toto riziko je u něj v rámci skupiny SSRI nejvíce vyjádřeno. Dále se na prodloužení QTc mohl podílet i vliv kvetiapinu. Citalopram má také velmi významný potenciál pro rozvoj SIADH (syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu). Po příčině vzniku hyponatremie však nebylo u této pacientky blíže pátráno.

Nejmenší vliv na prodloužení QTc a vznik SIADH má mezi antidepresivy mirtazapin, proto bylo rozhodnuto ho v chronické medikaci ponechat a titrovat ho do účinné antidepresivní dávky 30 mg/den. Kromě citalopramu byl vysazen i kvetiapin. Kombinace dvou antipsychotik ze skupiny MARTA (kvetiapinu s olanzapinem) není zcela racionální a opět může vést k prodloužení QTc, ale i k prohloubení hypotenze nebo případně k útlumu. Menší vliv na prodloužení QTc má olanzapin, který byl u pacientky tedy ponechán a postupně navýšen. Jeho nevýhodou je však výrazné metabolické riziko a podobně se uplatňuje i mirtazapin. Toto může být problematický bod preskripce do budoucna, zejména vzhledem již přítomnému DM II. typu a hypercholesterolemii. Hmotnost pacientky však byla t. č. ještě v normálním rozmezí (BMI 25,3 kg/m<sup>2</sup>) a bylo potřeba stav pacientky zastabilizovat.

Tiaprid byl z chronické medikace také vysazen, a to pro jeho potenciál prodlužovat QTc, a dočasně nahrazen klonazepamem v roztoku 2,5 mg/ml p. o. v dávce 0–0–5 kapek za účelem zklidnění pacientky.

Omeprazol by mohl interagovat s nově nasazeným klopidogrelem. Snižoval by jeho efekt (inhibicí CYP2C19 a zamezením vzniku jeho aktivního metabolitu) a mohl by vést až k selhání jeho antiagregačního účinku. V případě znovuobjevení se potíží se žaludkem byla doporučena kontrolní gastroskopie. Dle posledních doporučení Evropské kardiologické společnosti z roku 2023 mají být inhibitory protonové pumpy užívány současně s duální antiagregační léčbou u pacientů ve vysokém riziku krvácení z gastrointestinálního traktu (evidence I A). Při nutnosti užívání inhibitoru protonové pumpy by bylo možné nasadit pantoprazol, u kterého je interakce méně vyjádřená.

Za pět dní po změně terapie došlo k úpravě QTc intervalu na 430 ms, pacientka začala s ošetřujícím personálem živě komunikovat, ne-

bylo potřeba dalšího užívání benzodiazepinu ani dalších úprav medikace. V budoucnu bude nutné zhodnotit vliv kombinace mirtazapinu a olanzapinu na metabolický status pacientky vzhledem k její osobní anamnéze. Nová metabolicky neutrální antipsychotika kariprazin, lurasidon s minimálním vlivem na QTc nebylo možné zvažovat na interním oddělení, neboť tuto revizi by bylo nutné provést ošetřujícím psychiatrem, který nebyl pro oddělení dostupný.

Pacientka byla propuštěna s následující medikací: kyselina acetylsalicylová 100 mg 0–1–0, klopidogrel 75 mg 0–0–1, pantoprazol 40 mg 1–0–0, mirtazapin 30 mg 0–0–1, atorvastatin 20 mg 0–0–1, olanzapin 10 mg 0–0–1, tiaprid 50 mg při neklidu max 1–1–1, bisoprolol 2,5 mg ½–0–0, dočasně byly vysazen: metformin 500 mg 1–0–1 (vrátit zpět dle glykemií, t.č. byl glykemický profil kompenzovaný), perindopril 8 mg 1–0–0, amlodipin 5 mg 1–0–0), rilmenidin 1 mg 0–0–1 (vrátit zpět dle hodnot krevního tlaku, t. č. byla pacientka normotenzní).

## Kazuistika 2

K hospitalizaci byl přijat muž (61 let, BMI 28,4 kg/m<sup>2</sup>) s lehkou mentální retardací a s polymorfní psychotickou poruchou se symptomy schizofrenie. Z dalších diagnóz byla uvedena významná epilepsie a stav po proběhlé ischemické CMP z levostranného povodí. Neurologicky byla patrná těžká dysartrie, paréza n. VII vpravo, na končetinách pravostranná hemiparéza. Stav pacienta se během hospitalizace zkomplikoval aspirací s následným rozvojem pneumonie.

Chronická farmakoterapie byla následující: zyklopentixol depot 200 mg/ml i. m. 1x za 14 dní, diazepam 10 mg tbl. p. o. 1–1–1–1, fenytoin 100 mg tbl. p. o. 1–1–1–1, tamsulosin 0,4 mg tbl. p. o. 1–0–0, pantoprazol 40 mg tbl. p. o. 1–0–0, kvetiapin 400 mg tbl. p. o. 0–0–0–1, levomepromazin 25 mg tbl. p. o. 2–2–3 tbl., rosuvastatin 40 mg tbl. p. o. 0–0–1 a nově kyselina acetylsalicylová 100 mg tbl. p. o. 1–0–0, enoxaparin 0,4 ml s. c. 1x denně. Fakultativně byl podáván diazepam 10 mg i. m. při neklidu.

V laboratorním nálezu byla patrná elevace zánětlivých parametrů z důvodu aspirační pneumonie, ostatní bylo bez patologického nálezu.

Pacient se snažil spolupracovat, ale byl dezorientovaný a komunikace s ním byla obtížná pro těžkou dysartrii.

V chronické medikaci figurovalo v indikaci epilepsie širokospektré antiepiletikum fenytoin, který je charakteristický úzkým terapeutickým indexem, vysokou interindividuální variabilitou metabolismu a saturabilní farmakokinetikou. Jeho charakteristiky ho předurčují být toxickým a zároveň i významně interagujícím lékem. Fenytoin je silným induktorem metabolických enzymů fáze I (především CYP3A4), ale i fáze II (UGT1A1 a UGT1A4), zároveň je silný induktor efluxní pumpy P glykoproteinu. Kvetiapin je majoritním substrátem enzymu CYP3A4. Za přítomnosti fenytoinu dochází k významnému poklesu jeho hladiny a pro dosažení terapeutického efektu by bylo nutné podávat výrazně supratherapeutické dávky. Pokud klinik trvá na kombinaci fenytoinu a kvetiapinu, měl by si ověřit jeho plazmatické hladiny, neboť hrozí vysoké riziko selhání efektu kvetiapinu z důvodu jeho subtherapeutických plazmatických hladin.

U pacienta byla ordinována celá řada potenciálně sedativní medikace, a to ve vyšších dávkách – diazepam, levomepromazin, fenytoin, kvetiapin a depotní zyklopentixol. Diazepam se řadí mezi benzodiazepiny s dlouhým poločasem (průměrně cca 36 hodin). To umožňuje podávání léku jednou nebo dvakrát denně. Jeho metabolismus podléhá především enzymům CYP3A4 a CYP2C19. V přítomnosti induktoru se rychleji přeměňuje na méně aktivní metabolity a zároveň je i rychleji eliminován z organismu. Proto pro dosažení účinku bude opět nutné vyšší dávkování.

Fenytoin může nepředvídatelně urychlovat odbourávání a negativně snižovat účinek i depotního zyklopentixolu, který je metabolizován především enzymem CYP2D6 a ale v menší míře také indukovaným enzymem CYP3A4 (20).

Přítomnost fenytoinu v medikaci vedla k neúčinnosti sedativního antipsychotika kvetiapinu, ale potenciálně i ostatních léčiv. V důsledku toho byly navyšovány dávky a zkracovány dávkovací intervaly, což následně mohlo vést i ke zvýšenému riziku projevu nežádoucích účinků – útlumu dechového centra, nepředvídatelné sedaci či riziku rozvoje maligní arytmie TdP aj., a to za současného kritického stavu pacienta. Pacient byl hospitalizovaný na plicním oddělení, kde nebylo možné racionalizovat chronickou neurologickou ani psychiatrickou medikaci. Jako nejvýhodnější by se zde nabízela záměna antiepileptika za nové modernější širokospektré

antiepileptikum levetiracetam s minimálním interakčním potenciálem. Záměnu by bylo ale vhodné provést během hospitalizace na neurologickém oddělení vzhledem k dlouhodobému užívání fenytoinu za jeho postupného vysazení a titrací levetiracetamu do účinných hladin současně s monitoringem EEG aktivity. Přesný neurologický nález pacienta nám nebyl známý. Následně by byla vhodná deeskalace psychofarmak bez přítomnosti induktoru jejich metabolismu ošetřujícím psychiatrem či s podporou klinického farmaceuta. Ihned by se nabízela záměna kvetiapinu za olanzapin, který podléhá indukčnímu efektu fenytoinu méně, neboť jeho hlavní metabolická cesta je enzymem CYP1A2. Ale musíme si uvědomit, že kvetiapin se pravděpodobně antipsychotickým efektem u pacienta neuplatňuje z důvodu nedosažení efektivních hladin. Po nasazení dalšího sedativního antipsychotika olanzapinu by bylo nutné deeskalovat ostatní tlumivá psychofarmaka, opět ideálně pod dohledem ošetřujícího psychiatra. Dále má pacient pro tuto záměnu již rizikové BMI (28,4 kg/m<sup>2</sup>).

Pro stabilizaci akutního interního stavu se pacient vrátil zpět do domova s pečovatelskou službou se sníženou dávkou diazepamů na polovinu, pro deficit byla zařazena kyselina listová a vitamin D, ostatní medikace zůstala beze změny. Pro ošetřující specialisty pacienta bylo vydané farmakoterapeutické doporučení pro diskutované změny výše.

### Kazuistika 3

Pacientka (45 let, BMI 21,1 kg/m<sup>2</sup>) s dg. dětská mozková obrna, lehká mentální retardace a epilepsie byla přijata pro oboustrannou legionelovou pneumonií. Ve vstupní laboratoři byla zachycena významná leukopenie (leukocyty 1,1 × 10<sup>9</sup>/l, absolutní počet neutrofilů 0,70 × 10<sup>9</sup>/l) s trombocytopenií (80 × 10<sup>9</sup>/l) a také hyponatremie (128 mmol/l). Již dříve byla diagnostikovaná hypotyreóza, dále nedostatek vitaminu B12 (19 pmol/l, norma 27–170 pmol/l) a kyseliny listové (folát 10,9 nmol/l, norma 12,2–73 nmol/l).

Pacientka při přijetí užívala levothyroxin 125 µg tbl. p. o. 1–0–0 (po–pá), 1,5–0–0 (so–ne), kvetiapin 300 mg tbl. p. o. 0–0–0–1, kvetiapin 200 mg tbl. p. o. 1–0–0, diazepam 10 mg tbl. p. o. 1–1–0–1, karbamazepin 300 mg tbl. p. o. 2–1–0–2, levomepromazin 25 mg tbl. p. o. 1–1–0–1, haloperidol 1,5 mg tbl. p. o. 1–1–2,

valproát 500 mg tbl. p. o. 1–0–1, melperon 25 mg tbl. p. o. 1–1–2–3, kalcium/vitamin D 0–0–1 a na chronickou zácpu užívala laktulózu sirup 1–1–1 lžice.

Stejně jako v předchozím případě byl metabolismus kvetiapinu indukován, tentokrát vlivem karbamazepinu, který je stejně jako fenytoin velmi významný induktor CYP3A4. Opět by u pacientky hrozila neúčinnost kvetiapinu a záchyt jeho subterapeutických plazmatických koncentrací. Tato interakce byla již potvrzena v publikaci Grimm et al. 2006 (21). Karbamazepin snížil hladiny kvetiapinu o 80 %. Stejně i my jsme ověřili tuto skutečnost u jiného pacienta, který užíval současně kvetiapin 800 mg/den a karbamazepin ve vysoké dávce (600 mg dvakrát denně). Dosažená hladina kvetiapinu byla pouze 27 ng/ml (terapeutické rozmezí 100–500 ng/ml), tedy zcela neúčinná. Velmi podobný výsledek lze očekávat i v případě naší pacientky.

Karbamazepin může dále vyvolávat SIADH (klinicky významná hyponatremie), pro tento nález by mohla svědčit nízká osmolalita séra 262 mmol/kg. Pro vyloučení dg. SIADH by bylo nutné realizovat další vyšetření, zejm. odpady minerálů a kreatininu do moči, která nebyla provedena. Při podávání karbamazepinu je také popisováno riziko vzniku závažné trombocytopenie a leukopenie v závislosti na dávce.

Pacientka dále užívá několik rizikových léčiv prodlužujících QTc interval (haloperidol, kvetiapin, melperon, ciprofloxacin na pneumonii) a oproti vstupnímu EKG došlo k prodloužení QTc na 460 ms, což může být považováno za hraniční nález.

Klinickým farmaceutem bylo doporučeno z chronické medikace postupně vysadit kvetiapin pro jeho suspektní neúčinnost vlivem interakce.

Pro velmi závažnou leukopenii byl ihned v úvodu terapie podán granulocyty stimulující faktor filgrastim, dále byla pomalu korigována hyponatremie. Pro významný interakční potenciál a toxicitu (hyponatremie, leukopenie s trombocytopenií) bylo doporučeno změřit hladiny karbamazepinu. Výsledné hodnoty byly následující: karbamazepin 7 mg/l a epoxid-10,11-karbamazepin 7,4 mg/l (referenční rozmezí pro karbamazepin 4–12 mg/l, součet mateřské látky a metabolitu má být nižší než 12 mg/l). Metabolit 10,11-epoxid-karbamazepin je aktivní a disponuje antiepileptickou aktivitou, ale i vý-

raznou toxicitou. U pacientky byl součet mateřské látky s metabolitem 14,4 mg/l, tedy vyšší než doporučené rozmezí a bylo doporučeno snížit dávku karbamazepinu o 300 mg na 2–0–0–2. Vzhledem k tomu, že se jedná o retardovanou lékovou formu, je dostačující dávkování 2x denně (udávaný poločas je 15–20 h).

Karbamazepin dále může snižovat hladiny haloperidolu, při této kombinaci je teoreticky nutné jeho vyšší dávkování a bez ověření bezpečnosti dávky (např. odběrem plazmatické hladiny) je s tím spojené i relativně vyšší riziko projevu kardiovaskulárních nežádoucích účinků – prodloužení QTc intervalu a riziko rozvoje TdP. Stejně jako fenytoin zrychluje karbamazepin i biotransformaci diazepamů, což může opět vést k nutnosti navýšovat dávku. Sám karbamazepin má anticholinergní potenciál a může u pacientky potencovat zácpu. Pro projevy řady nežádoucích účinků (hyponatremie, leukopenie s trombocytopenií, deficit kyseliny listové, vitaminu B<sub>12</sub>, zácpa) a vzhledem k velmi významnému interakčnímu potenciálu bylo tedy doporučeno karbamazepin velmi pomalu vysadit za současného titrování dávky druhého antiepileptika dle ordinace neurologa. Pacientka letitě antiepileptikum užívala a záměnu za vhodnější lék např. za jiný blokátor sodíkového kanálu jako je lamotrigin nebo lakosamid (zde je nutné myslet na to, že jejich hladina bude během titrace negativně ovlivněna indukčním efektem karbamazepinu) by bylo nutné provést za hospitalizace na neurologickém oddělení.

Antibiotikum ciprofloxacin je naopak středně silný inhibitor CYP3A4 a může zvyšovat hladiny karbamazepinu i kvetiapinu, některé zdroje uvádějí zvýšení AUC až o 54 % (22). Vzhledem k autoindukci, která je u karbamazepinu popisovaná, by tento vliv nemusel být až tak zásadní, pacientka však užívala poměrně vysokou dávku. Po snížení dávky karbamazepinu byla doporučena opět kontrola hladiny s časovým odstupem z důvodu interakce s ciprofloxacinem. Dále bude nutné opakovat vyšetření krevního obrazu s diferenciací a mineralogramu.

Pacientka byla následně propuštěna v kompenzovaném stavu se sníženou dávkou karbamazepinu na 300 mg 2–0–2, vysazeným kvetiapinem v chronické medikaci a s doporučením pro kliniku pro postupné vysazení karbamazepinu z důvodu

vyjádření zásadních nežádoucích účinků antiepileptika. Ostatní medikace zůstala beze změny.

Načež byla o měsíc později opět přijata pro febrilie s pozitivním testem na SARS-COV-2. V medikaci byl stále výše zmiňovaný karbamazepin v dávce 600 mg dvakrát denně. Nově byla nasazena kortikoterapie dexamethasonem. Pro elevaci CRP, prokalcitoninu a čerstvé infiltráty na RTG plic byla zahájena kombinovaná antibiotická terapie ampicilinu/sulbaktamu i. v. s klaritromycinem, po třech dnech pacientka však bohužel umírá. V tomto bodě je nutné si uvědomit, že karbamazepin

zřejmě snižoval nejen účinek dexamethasonu, ale i antibiotika klaritromycinu. Ten se pro změnu mohl potenciálně podílet i na vzniku fatální arytmie TdP.

## Závěr

Populace dlouhodobě institucionalizovaných pacientů je velmi riziková pro vznik lékových problémů, včetně polyfarmacie. Důvodů je mnoho. U této skupiny např. existuje menší dostupnost přímé péče lékaře (praktického lékaře, psychiatra nebo i jiného ambulantního specialisty) nebo nedostupnost odborníka, který by

medikaci pomohl zracionalizovat (např. klinický farmaceut). Hospitalizace těchto pacientů se stává jedinečnou příležitostí k revizi medikace a neměli bychom na tuto šanci rezignovat.

Článek má za cíl upozornit na problematiku polyfarmacie u této skupiny pacientů, kteří by měli být z důvodu své zranitelnosti ve středu zájmu všech odborníků ve zdravotnictví, ačkoliv je v některých případech realita jiná. Nicméně toto téma začíná poslední dobou odbornou i laickou veřejností rezonovat a možná se brzy dočkáme změn k lepšímu, pokud se o ně všichni přičiníme.

## LITERATURA

1. Holden B, Gitlesen JP. Psychotropic medication in adults with mental retardation: prevalence, and prescription practices. *Res Dev Disabil.* 2004;25(6):509-21. doi: 10.1016/j.ridd.2004.03.004. PMID: 15541629.
2. Suchopár J, Prokeš M. Polypragmatie a lékové interakce, *VnitřLék.* 2011;57(9):755-759.
3. Adrien O, Mohammad AK, Hugtenburg JG, et al. Prescribing Cascades with Recommendations to Prevent or Reverse Them: A Systematic Review. *Drugs Aging.* 2023 Dec;40(12):1085-1100. doi: 10.1007/s40266-023-01072-y. Epub 2023 Oct 20. PMID: 37863868; PMCID: PMC10682291.
4. Hiemke C, et al. AGNP Consensus Guidelines for Therapeutic Drug Monitoring in Psychiatry: Update 2017. *Pharmacopsychiatry.* 2018;51:9-62.
5. SPC Leponex 100 mg tbl. Available from: [www.sukl.cz](http://www.sukl.cz)
6. SPC Morphin Biotika 1 % injekční roztok. Available from: [www.sukl.cz](http://www.sukl.cz).
7. Lexicomp Pregabalin: Drug information. Dostupné na: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
8. Mohr P, et al. *Klinická psychofarmakologie.* Praha: Maxdorf; 2017.
9. Huhn M, Nikolakopoulou A, Schneider-Thoma J, et al. Com-

- parative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet.* 2019; 394(10202):939-951.
10. Lincová D, Farghali H. *Základní a aplikovaná farmakologie.* 2. vydání. Praha: Galén; 2007.
11. Lüllmann H, Mohr K, Wehling M. *Farmakologie a toxikologie.* Praha: Grada; 2004.
12. Stahl MS. *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications* (4. vydání). Cambridge: Cambridge University Press; 2013.
13. Taylor D, et al. *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry,* 12. vydání. London: Wiley Blackwell; 2015.
14. Boustani M, Campbell N, Munger S, et al. Impact of anticholinergics on the aging brain: a review and practical application. *Aging Health.* 2008;4:311-320.
15. Rudolph JL, Salow MJ, Angelini MC, et al. The anticholinergic risk scale and anticholinergic adverse effects in older persons. *Arch Intern Med.* 2008;168:508-513.
16. *Databáze CredibleMeds.* Available from: [www.crediblemeds.org](http://www.crediblemeds.org).
17. Masopust J. Sledování tělesného zdraví u pacientů se zá-

- važnými neorganickými duševními poruchami (psychózy, bipolární porucha, depresivní porucha). *Psychiatrická společnost České lékařské společnosti JEP.* 2020. Dostupné online: <https://postupy-pecce.psychiatrie.cz/images/pdf/Sledovani-telesneho-zdravi-u-pacientu-se-zavaznymi-dusevnimi-poruchami.pdf>.
18. Svačina Š. *Metabolické účinky psychofarmak.* Praha: Triton. 2004.
19. Cunningham Owens D. *A Guide to the Extrapiramidal Side-Effects of Antipsychotic Drugs.* Cambridge: Cambridge University Press. 2014. doi:10.1017/CBO9781139149112.
20. Davies SJ, Westin AA, Castberg I, et al. Characterisation of zuclopenthixol metabolism by in vitro and therapeutic drug monitoring studies. *Acta Psychiatr Scand.* 2010;122(6):444-53.
21. Grimm SW, Richtand NM, Winter HR, et al. Effects of cytochrome P450 3A modulators ketoconazole and carbamazepine on quetiapine pharmacokinetics. *Br J Clin Pharmacol.* 2006 Jan;61(1):58-69.
22. Shahzadi A, Javed I, Islam B, et al. Therapeutic effects of ciprofloxacin on the pharmacokinetics of carbamazepine in healthy adult male volunteers. *Pak J Pharm Sci.* 2011;24(1):63-68.

# Dlouhodobý výcvik v integrativní psychoterapii s fokusem na práci s emocemi

**Komplexní psychoterapeutický výcvik schválený pro zdravotnictví nabízí poslední volná místa pro mladé psychiatry.**

BLIŽŠÍ INFO:

MUDr. Jan Kubánek  
605 946 930  
[intevycvik@email.cz](mailto:intevycvik@email.cz)

# Racemický ketamin v léčbě polymorbidní pacientky s rezistentní depresivní poruchou se závažnými suicidálními ideacemi a bolestivou poruchou – případová studie

MUDr. Miloslav Kopeček, Ph.D.<sup>1,2</sup>, MUDr. Veronika Andrashko, Ph.D.<sup>1,2</sup>, MUDr. Pavel Knytl, Ph.D.<sup>1,2</sup>,  
prof. MUDr. Jiří Horáček, Ph.D., FCMA<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Národní ústav duševního zdraví, Klecany

<sup>2</sup>Klinika psychiatrie a lékařské psychologie, 3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze

Sedmačtyřicetiletá pacientka byla hospitalizována pro svoji 5. depresivní epizodu v rámci periodické depresivní poruchy, současnou těžkou fází se suicidálními ideacemi. Opakované pokusy antidepresivní léčby byly neúspěšné a pacientka plánovala eutanazii v zahraničí. Celkové skóre 8položkové verze Sheehanovy škály suicidality (S-ST5 10.0) bylo 28. Mimo depresivní poruchy sužovaly pacientku četné somatické komorbidity. Pro závažné suicidální ideace jsme zahájili akutní léčbu ketaminem 2× týdně, nejdříve intranasálně a později subkutánně. Po 4 aplikacích ketaminu byla pacientka propuštěna do ambulantní udržovací léčby. Tam se po 9. aplikaci ustálil interval subkutánní aplikace ketaminu na frekvenci 1× týdně. Od 14. aplikace přešla pacientka na i. m. aplikaci ketaminu, kterou hodnotila jako efektivnější. V době publikace kazuistiky trvá udržovací léčba ketaminem 12 měsíců. Poslední hodnota celkového skóre suicidality S-ST5 10.0 byla 6. Jedná se o redukci celkového skóre suicidality o více než 70 %. Dlouhodobá léčba ketaminem byla efektivnější v léčbě rezistentní deprese se suicidálními ideacemi než kombinace antidepresiv.

**Klíčová slova:** ketamin, depresivní porucha, sebevražedné myšlenky, fibromyalgie, migréna.

## Racemic ketamine in the treatment of a polymorbid female patient with a resistant depressive disorder with severe suicidal ideation and with pain disorder – a case study

A 47-year-old female patient was hospitalized for her 5th depressive episode within periodic depressive disorder, the current phase severe with suicidal ideation. Despite repeated treatment with antidepressants, she considered euthanasia abroad. She had reached a total score of 28 on the 8-item version of the Sheehan Suicidality Scale (S-ST5 10.0). In addition to depressive disorders, the patient suffered from numerous somatic comorbidities. We started acute treatment with ketamine twice a week, first intranasally and later subcutaneously. After four applications of ketamine, the patient was discharged to outpatient maintenance treatment. Considering the duration of ketamine's effect, the interval of once per week was established after nine applications and the patient switched to i. m. applications, which she rated as more effective compared to s.c. Ketamine maintenance treatment lasts 12 months at the time of publication. The last value of the total suicidality score of the S-ST5 10.0 was 6. This is a reduction of the total score by more than 70%. Long-term treatment with ketamine was more effective in treating treatment resistant depression with suicidal ideation than a combination of antidepressants.

**Key words:** depressive disorder, ketamine, suicidal ideations, fibromyalgia, migraine.

### DECLARATIONS:

#### Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

#### Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18<sup>th</sup> WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

#### Conflict of interest and financial disclosures:

None.

#### Funding/Support:

Tato publikace vznikla za podpory projektů Dynamika mozku, reg. č.: CZ.02.01.01/00/22\_008/0004643 financovaného z EFRR a Operačního programu Zaměstnanost +, reg. číslo CZ.03.03.01/00-/22\_021/0001981.

Cit. zkr: Psychiatr. praxi. 2024;25(3):148-152

<https://doi.org/10.36290/psy.2024.024>

Článek přijat redakcí: 7. 6. 2024

Článek přijat k tisku: 23. 9. 2024

**MUDr. Miloslav Kopeček, Ph.D.**

miloslav.kopecek@nudz.cz

## Úvod

Racemický ketamin je směsí pravotočivého (R-ketamin) a levotočivého (S-ketamin) ketaminu. Na rozdíl od S-ketaminu, který byl schválen Evropskou lékovou agenturou pro léčbu rezistentní deprese jako přídatná léčba rezistentní depresivní poruchy (1), je podání racemického ketaminu v této indikaci off-label postupem (2, 3). Robustní antidepresivní efekt racemického ketaminu byl mnohokrát replikován a potvrzen i v metaanalýze (4). Recentní randomizovaná studie (n = 403) dokonce prokázala jeho noninferioritu v porovnání s elektrokonvulzivní terapií u pacientů s rezistentní nepsychotickou depresí (5). Dosud žádný lék nemá specifickou indikaci pro léčbu sebevražedných myšlenek. Protože 90 % pacientů se suicidálními ideacemi trpí duševní poruchou, předpokládá se, že s úspěšnou léčbou duševního onemocnění odezní sebevražedné myšlenky. Jednoznačná data ve prospěch psychofarmak v redukci suicidálních myšlenek a redukci sebevražd existují pouze pro lithium v léčbě bipolární afektivní poruchy a pro léčbu klotzapinem v rámci schizofrenie (6). Efekt antidepresiv na suicidální ideace a sebevražednost je stále předmětem diskuzí, ale spojené analýzy dat z registračních studií FDA (Úřadu pro potraviny a léky v USA) poukazují na zvýšené riziko sebevražedných pokusů při léčbě antidepresivy ve srovnání s placebem a méně spolehlivě také pro spáchání sebevražd dospělých (7).

## Evidence pro antisuicidální efekt racemického ketaminu

Podobně rychlý jako antidepresivní efekt intravenózního (i. v.) ketaminu byl i antisuicidální efekt jedné dávky i. v. ketaminu ve srovnání s komparátorem ve 4 z 5 studiích s dávkou 0,5 mg/kg použitou u pacientů s depresí (8, 9). Tento efekt byl částečně nezávislý na antidepresivním efektu ketaminu. Dvě studie s opakovanou aplikací intranasálního esketaminu nebyly v potlačení suicidálních myšlenek u pacientů s depresivní poruchou efektivnější než placebo (10, 11). V jedné metaanalýze (15 studií, n = 572) byl zjišťován antisuicidální efekt jedné i. v. dávky ketaminu 0,5 mg/kg aplikované v infuzi během 30–45 minut u pacientů s depresivní poruchou ve srovnání s kontrolou (nejčastěji to byla infuze fyziologického roztoku nebo midazolamu). Po 4 hodinách od infuze byla zjištěna významná redukce skóre suicidálních ideací vyjádřená

jako standardizovaný rozdíl průměrů (SMD) -0,51 (95% interval jistoty (-1,00, -0,03)), který přetrvával do 72 hodin po infuzi. Časy mezi 12 a 24 h po aplikaci: SMD = -0,63, 95% CI = [-0,99, -0,26]; mezi 24 a 72 hodinami po aplikaci: SMD = -0,57, 95% CI = (-0,99, -0,14), ale ne později (12). V jiné studii přetrvával antisuicidální efekt jedné aplikace i. v. ketaminu 0,5 mg/kg ve srovnání s midazolamem u pacientů s rezistentní depresivní poruchou (TRD) 5 dní, což bylo kratší dobu, než byl efekt antidepresivní (13). Pro trvalejší antisuicidální efekt je nutná opakovaná aplikace ketaminu, což ukázala následující otevřená studie. Šest aplikací ketaminu i. v. 0,5 mg/kg v průběhu 2 týdnů vedlo ke kumulativnímu snížení suicidálních ideací u pacientů s TRD (14). Chen et al. (15) porovnával akutní antisuicidální efekt ketaminu a intranasálního esketaminu po 4–6 h a 24 h od aplikace v metaanalýze. Racemický ketamin měl velký efekt detekovaný po 4–6 hodinách (Cohenovo d = 1,16, 95% CI: 0,50–1,81) i 24 hodinách (Cohenovo d = 0,96, 95% CI: 0,48–1,44), zatímco (intrasální) esketamin měl malou až střední velikost účinku po 4–6 hodinách (Cohenovo d = 0,26, 95% CI: 0,09–0,44) respektive po 24 hodinách (Cohenovo d = 0,30, 95% CI: 0,13–0,47).

V jedné studii byl studován akutní transdiagnostický antisuicidální efekt po i. n. podání racemického ketaminu v dávce 40 mg (n = 15) a placebo (n = 15) u pacientů akutně přijatých z důvodu suicidálních ideací (16). U skupiny léčené ketaminem byl zjištěn významný pokles v položce sebevražednosti i celkové škály deprese (škála deprese dle Montgomeryho a Åsbergové, MADRS) po 4 hodinách od aplikace ve srovnání s placebem. Remise suicidálních ideací (MADRS-sebevražedné myšlenky = 0) byla dosažena významně častěji (u 80 % pacientů) než po užití placebo (u 33 %) po 4 hodinách od aplikace. Nežádoucí účinky byly hlášeny častěji při léčbě ketaminem po 1 hodině od aplikace, avšak výsledky nebyly významně odlišné od placebo a po 2 hodinách nebyly pozorovány. V jiné dvojitě-slepé, placebem kontrolované studii byl sledován antisuicidální a antidepresivní efekt jedné dávky i. n. racemického ketaminu v dávce 50 mg (n = 17) a placebo (n = 11) u pacientů s unipolární či bipolární depresivní poruchou se závislostí i bez závislosti na alkoholu. Zatímco jedna dávka ketaminu měla významný antidepresivní efekt, antisuicidální efekt nebyl zjištěn (17). U jedinců

s komorbidní závislostí na alkoholu byl však zjištěn trend k vyššímu antisuicidálnímu účinku (17).

Americká firma Seelos Therapeutics vyvíjela nasální aplikátor, který plní racemickým ketaminem (90 mg) a uskutečnila otevřenou studii fáze 2 s opakovanou aplikací (celkem 5x během 15 dní) u 17 pacientů s depresivní poruchou a hrozícím suicidiem (18). Redukce deprese byla detekována na škále MADRS a suicidality na Sheehenově škále suicidality (STS) po 1, 16 i 29 dnech. Stejná firma uskutečnila dvojitě slepou, placebem kontrolovanou klinickou studii typu 2 u pacientů s depresivní poruchou a hrozícím suicidiem (19). Do studie vstoupilo 147 pacientů, kterým byl aplikován intranasálně ketamin 90 mg (5 aplikací) 2x týdně po dobu 15 dní nebo placebo (obojí přidáno ke standardní péči). Po 4 i 24 hodinách od i. n. aplikace ketaminu došlo ve srovnání s placebem k významnému poklesu v STS. Tento efekt byl udržen dalšími aplikacemi až do 16. dne studie. Antidepresivní efekt na škále MADRS byl významně vyšší po ketaminu po 4 h od aplikace, ale ne po 24 hodinách a dále byl významně vyšší po ketaminu po opakovaných aplikacích 16. den studie. Firma Seelos Therapeutics připravuje ve stejné indikaci dvojitě-slepou placebem kontrolovanou klinickou studii typu 3 s podáním intranasálního ketaminu.

## Případová studie

47letá absolventka pedagogické i právnické fakulty byla hospitalizována v Národním ústavu duševního zdraví (NÚDZ) pro periodickou depresivní poruchu se sebevražednými ideacemi.

Pacientka od 15 let trpí migrénou. V minulosti nárazově užívala triptany, které však vedly k opakovaným stenokardiím. V roce 2015 byla proto vyšetřována pro bolest na hrudi pro podezření na akutní ischemickou chorobu srdeční, která byla pomocí koronarografie vyloučena s tím, že bolesti na hrudi byly vysvětleny vazospazmy po triptanech. Současně jí byla zjištěna incipientní koronární ateroskleróza a byl jí implantován intrakoronární stent. Pacientka je nositelkou Leydenské mutace a mutace methylentetrahydrofolát reduktázy (MTHFR). Přes jasná kardiální rizika a komplikace nebylo možné triptany vysadit, proto byla v roce 2016 indikována k neurochirurgické operaci, kdy jí byl zaveden okcipitální stimulator pro léčbu migrenózní bolesti. Pro pouze parciální efekt stimulace byla zahájena v roce 2022 biologická

Tab. 1. Souhrn epizod a léčby psychofarmaky

Depresivní epizoda	Věk (rok)	Léčba	Efekt
1.	33 let (2009)	sertralín 100 mg	remise
2.	33 let (2010)	sertralín 100 mg	remise
3.	39 let (2015)	escitalopram 10 mg, mirtazapin 45 mg	remise
4.	45 let (2021)	escitalopram 20 mg, mirtazapin 45 mg, vortioxetin 20 mg	remise
5.	46 let (2022)	escitalopram 20 mg, mirtazapin 45 mg, vortioxetin 20 mg	absence odpovědi
	47 let (2023)	venlafaxin 250 mg, mirtazapin 45 mg, <b>ketamin i. n. 1 mg/kg</b>	parciální odpověď, 2 týdny
	4/2023	venlafaxin 250 mg, mirtazapin 45 mg, pregabalin 150 mg	zhoršení stavu
	9/2023	<b>2x ketamin i. n. 1 mg/kg</b> <b>2x ketamin s. c. 0,5 mg/kg</b> venlafaxin 250 mg, mirtazapin 45 mg, pregabalin 150 mg	parciální odpověď
	10–1/2024	<b>12x ketamin s. c. 0,75 mg/kg</b> venlafaxin 250 mg, mirtazapin 45 mg, pregabalin 150 mg	parciální odpověď
	2–10/2024	<b>ketamin i. m. 0,75 mg/kg</b> venlafaxin 250 mg, mirtazapin 45 mg, pregabalin 150 mg	parciální odpověď

léčba migrény erenumabem, kterou absolvuje 1x měsíčně. V roce 2018 prodělala cholecystektomii. Po bilaterální plicní embolizaci v roce 2022 je léčena přímými perorálními antikoagulancii, konkrétně dabigatranem. Dále je léčena pro fibromyalgii a vertebrogenní algický syndrom a je po dvou operacích páteře pro vyhrželé ploténky L5/S1 respektive L4/L5.

Jde o vdanou ženu, matku dvou dětí ve věku 9 a 13 let. Její psychiatrická anamnéza začíná ve 33 letech první depresivní epizodou po abortu v 6. týdnu těhotenství (viz tab. 1). 2. epizoda depresivní poruchy byla léčena stejně jako první epizoda úspěšně sertralínem v jejích 33 letech. 3. epizoda deprese se objevila 6 měsíců po porodu syna v jejích 39 letech a byla залéčena escitalopramem a mirtazapinem. 4. epizoda depresivní poruchy následovala po úmrtí jejího nevlastního syna na nádorové onemocnění v pacientčině 45 letech. Tato depresivní epizoda byla залéčena escitalopramem, vortioxetinem a mirtazapinem. 5. depresivní epizoda následovala po plicní embolii, která se udála v jejích 46 letech.

Pacientka byla hospitalizována v NUDZ v 9/2022, ale po 1 dni hospitalizace se rozhodla vrátit domů (zdůvodňovala nutností péče o děti), v čemž jí bylo vyhověno, neboť nesplňovala podmínky detence. Další hospitalizace s podobným průběhem (trvala 3 dny) následovala v únoru 2023. V březnu 2023 byla domluvena krátkodobá (pětidenní hospitalizace) s aplikací ketaminu. Během této hospitalizace jí byl zaměněn escitalopram za venlafaxin (Tab. 1), a byl jí aplikován 1x ketamin intranasálně v dávce 1 mg/kg tedy 69 mg. Po této jednorázové aplikaci pokleslo skóre MADRS z 32 na 20 bodů a Beckův inventář deprese (BDI) klesl z 45 na 28.

Zlepšení stavu vydrželo 2 týdny. Pacientka byla dále léčena v ambulanci kombinací: venlafaxin 250 mg, mirtazapin 45 mg a pregabalin 150 mg se somatickou léčbou dabigatran a erunamab. Pregabalin je užíván jako léčba první volby v léčbě neuropatické bolesti (20). Důvodem indikace u naší pacientky pak byl algický syndrom pod obrazem fibromyalgie, který pravidelně doprovázel depresivní zhoršení. Rovněž jsme zvažovali, že snížením bolesti by pozitivně ovlivnil náladu. Přes ambulantní léčbu docházelo ke zhoršování deprese a suicidálním ideacím, v rámci kterých zvažovala eutanazii a kontaktovala zahraniční pracoviště, které eutanazii umožňuje. Proto byla hospitalizována v NUDZ od 9/2023 k léčbě racemickým ketaminem. Celkové skóre 8položkové verze Sheehanovy škály suicidality (S-STS 10.0) bylo 28 (21).

Během hospitalizace byly první 2 aplikace ketaminu aplikovány intranasálně pomocí nosního aplikátoru připraveného v lékárně (2) v dávce 1 mg/kg, po nich následovaly 2 aplikace ketaminu subkutánně (s. c.) v dávce 0,9 ml = 45 mg. Pacientka byla po 4 aplikacích ketaminu propuštěna z hospitalizace s částečnou antidepresivní odpovědí a na akutní léčbu navázala udržovací léčba od října 2023.

### Udržovací léčba

Pátá aplikace racemického ketaminu, 3. subkutánní aplikace následovala 18 dní po propuštění z hospitalizace, 6. po 13 dnech, 7. po 10 dnech a od 8. aplikace se interval ustálil na aplikaci 1x týdně v dávce 1,2 ml = 60 mg. Do ledna 2024 byl aplikován ketamin s. c. celkem 14x, poslední dávka byla 1,2 ml = 60 mg a od února 2024 je podáván ketamin intramuskulárně (i. m.) v dávce 1,2 ml = 60 mg v intervalu 1x za 7–10 dní. Od s. c.

aplikace jsme přešli k aplikaci i. m., protože jedna studie ukazuje (22), že při stejné dávce ketaminu dosahuje i. m. aplikace vyšších sérových koncentrací než s. c. aplikace a předpokládali jsme lepší efekt po i. m. aplikaci při zachování stejné dávky. Nemáme k dispozici rozdíly sérových koncentrací při obou aplikacích, ale pacientka udávala po intramuskulární aplikaci intenzivnější akutní a poté i delší antidepresivní i antisuicidální efekt. Proto jsme pokračovali touto cestou. V době publikování kazuistiky trvá udržovací léčba ketaminem 12 měsíců a pacientka setrvává v částečné antidepresivní odpovědi. Poslední hodnota celkového skóre suicidality S-STS 10.0 byla 6. Jedná se tedy o redukcii celkového skóre suicidality o 22 bodů (více jak 70 %). Současně se pacientka věnuje intrapsychickým obsahům indukovaným ketaminem, začala studovat relevantní literaturu, psychedelické/disociativní indukované stavy se snaží integrovat a využít pro řešení vlastní existenciální situace. Proto nově zahajuje studium humanitně zaměřené vysoké školy a plánuje se věnovat psychoterapii. V průběhu ambulantního sledování pacientka dále pečuje o rodinu. Zahraniční společnost provozující eutanazii od hospitalizace v 9/2023 nekontaktovala. Pacientka vyplňuje dotazník nežádoucích účinků KSET (ketamine side effect tool), který vznikl jako mezinárodní konsenzus odborníků se zkušeností s aplikací ketaminu (23). Dle tohoto dotazníku neguje jak bažení po ketaminu, tak jeho vyhledávání, což jsou ukazatelé závislosti na ketaminu. Protože udávala problémy s močením, byla odeslána na urologické vyšetření, kde byla provedena cystoskopie, která vyloučila ketaminem indukovanou uropatii. Spolu s ketaminem pokračuje v léčbě venlafaxinem 250 mg, mirtazapinem 45 mg,

**Box 1.** *Hodnocení stavu a léčby z pohledu pacientky po půl roce léčby*

„Ze začátku jsem se snažila chodit do práce. Ale pak ta deprese byla horší a horší. Teď jsem ve stavu, kdy jsem schopná obstarat rodinu, což je pro mě nadlidský výkon a už nejsem schopná fungovat v práci. Jsem ráda, že stihnu to, co mám kolem dětí a domácnosti, pracovní věci prostě nedávám. Proto mě šoupli na DPN. V březnu 2024 to bude rok, co jsem na DPN. Teď budu žádat o invalidní důchod a do budoucna, kdybych se trochu stabilizovala, tak hledat zkrácený úvazek... Takže se s tím srovnávám. Co vlastně budu dělat dál, co bude? Přece nebudu na invalidním důchodu a nebudu dělat nic?“

„Já mám dost velkou medikaci léků (antidepresiv) a tu mám už rok takhle vysokou. Plus mi dali ten ketamin a skončili jsme u toho, že chodím 1x za 7 dní. Je to hodně omezující, protože ze sedmidenního cyklu ztratím 2 dny. Jeden den na léčbu, protože ten den jsem nepoužitelná. A druhý den jsem ještě taková přiblblá a mám dost velké bolesti. Takže 2 dny v týdnu, jako když nejsou. Pak za těch 5 dní se snažím dohnat to, co mám udělat, pro děti apod. To je pak nápor. Nicméně ten ketamin zabírá v tom, že se nedostávám do sebevražedných propadů. Po půl roce, co chodím 1x týdně na ketamin, tak jsem se tam dostala 2x (do sebevražedného propadu), což je úspěch... Vždy, když se dostanu do nějakého horšího stavu, tak mi manžel říká, že je lepší mít nešťastnou nebo unavenou manželku než žádnou. Tak to vydrž. Tak držím. Byla jsem na cestě do Švýcarska na eutanazii, už jsem absolvovala nějaké kroky. Toto mě zastavilo (ketamin) a jsem tady.“

„Myslím si, že to je špatně (pozn.: ilegalita psychedelik). Protože je komplikované pro pacienty se k té léčbě dostat, a když se k ní dostanou, tak někde si za to pacient platí. A když jste pacient, tak jste v tíživé finanční situaci, když jste dlouhodobě nemocen. Ta péče levná není a do toho psychoterapie. Ono se to nasčítá. Myslím si, že to je strašně špatně. Když máte nemocný srdce, tak vám to hradí pojišťovna, a když máte nemocnou hlavu, nebo duši, tak proč to nemůže hradit pojišťovna, když je to normální lék?“ ...

„Je to úplně něco jiného a myslím si, že to zapůsobí daleko rychleji než ta antidepresiva. A antidepresiva vás ztlumí a emočně oploští. Ten ketamin... vy zůstáváte na to vnímání světa pořád citlivá, na sluníčko, na pozitivní emoce. Můžete je cítit. Ale u antidepresiv, když máte vysokou hladinu, tak necítíte ani ty negativní, ale ani ty pozitivní věci. Ketamin vám více umožní žít v normálním světě. Můžete prožít radost a není to tak omezující...“

(Odpovídá na otázku, jestli při terapii prožila něco jako spirituální či mystickou zkušenost...). „Zažívám to každý týden. Tam se opravdu rozpustíte v nic, a to splynutí... pak nevíte, co jste vy, co je skříň, co je gauč, necítíte svoje tělo. Jste opravdu někde mezi nebem a zemí a říkáte si, co vlastně jsem... Přemýšlím o tom, co to vlastně být je. Smrti se nebojím. Během ketaminu jsem svoji smrt zažila. Je to zvláštní stav, plný myšlenek. Díky tomu jsem začala číst více filozofických knížek než před tím. Hodně studuju psychoterapie a deprese apod. Setkala jsem se i s farářkou, protože lidé, kteří chodí do kostela, tak mají často nějaké trápení, tak jsme spolu rozmlouvaly, jak jim pomoci. A že to nemusí být jenom víra, ale stačí jenom o věcech mluvit a mít někoho, kdo tomu naslouchá. A je to jedno, jestli věříte v Boha, nebo v něco jiného... Kdybych věřila v Boha, tak řeknu ano, setkala jsem se s Bohem. Ale já to neumím popsat, protože to není postava, ale je to nějaká energie, síla, něco většího, než jsme my. O tom pak přemýšlím...“

pregabalinem 300 mg, dabigatranem 300 mg, erunamabem 1x měsíčně a metamizolem ad hoc při bolesti páteře. Svůj stav a léčbu popisuje pacientka v boxu 1.

**Diskuze**

Pacientka v mladším věku odpovídala na léčbu běžnými antidepresivy či jejich kombinací. S přibývajícím věkem a somatickými obtížemi s bolestivou komponentou (vertebrogení algický syndrom páteře, fibromyalgie, koronární vazospazmy a migréna, která se objevovala i přes moderní léčbu mozkové stimulace a biologické léčby) byla léčba antidepresivy méně účinná. U pacientky narůstaly sebevražedné ideace s jasným plánem směřujícím k eutanazii, který začala realizovat. Primárním cílem léčby bylo zvládnout sebevražedné ideace a dalšími cíli byla redukce deprese a bolesti takovou intervencí, která by nezhoršovala somatický stav. Stimulační metody, jako je repetitivní transkraniální magnetická stimulace a elektrokonvulzivní léčba, byly kon-

traindikovány pro mozkový stimulator. Tricyklická antidepresiva mají dobrý efekt v léčbě TRD i bolestivých poruch, ale problematické je jejich ambulantní podávání u suicidálních pacientů. Lithium je vhodné k augmentaci antidepresivního účinku, má antisuicidální efekt, ale jeho nástup účinku je pozvolný. Esketamin je schválen pro léčbu depresivní poruchy, má i analgetický efekt, ale data z metaanalýzy ukazují, že racemický ketamin, má vyšší efekt účinku na suicidální ideace ve srovnání s placebem než esketamin (15). Proto jsme přistoupili k off-label léčbě racemickým ketaminem, který je efektivní nejenom v rámci léčby rezistentní depresivní poruchy, ale i v léčbě suicidálních ideací, jakož i v léčbě bolestivé poruchy. Analgetický efekt ketaminu je jednou z jeho základních indikací (24). Jde o naši druhou kazuistiku, kde mimo TRD, hrála dominující úlohu bolestivá porucha (25). Léčbu ketaminem jsme zahájili intranasálně (nikoliv intravenózně) pro vaskulární rizikové faktory (trombembolické riziko u pacientky s anamnézou plicní embolie a primární trombofilii

(Leidenská mutace a mutace MTHFR) a k prevenci eventuálního protražovanému krvácení při léčbě přímými orálními antikoagulancii). Pacientka tolerovala intranasální léčbu dobře. Pro ambulantní udržovací léčbu jsme však zvolili s. c. a. i. m. podání vzhledem k rychlejší a snažší aplikaci ve srovnání s intranasálním podáním pomocí galenické formy spreje (2), což vyhovovalo i pacientce, která dokonce preferovala intramuskulární aplikaci. Během dosavadní léčby pacientka z terapie ketaminem profituje, když významně klesla depresivita, suicidalita a rovněž se snížila bolestivost, bez rozvoje závislosti na ketaminu. To, že pacientka preferuje léčbu ketaminem před podstoupením eutanazie, je pro nás potvrzením správnosti zvoleného léčebného užití ketaminu u pacientky s TRD se závažnými suicidálními ideacemi.

**Závěr**

V případové studii popisujeme úspěšnou akutní i udržovací antisuicidální a antidepresivní léčbu polymorbidní pacientky s rezistentní depresivní

poruchou a bolestivou poruchou pomocí off-label racemického ketaminu. Dvojitěslepé, placebem kontrolované registrační studie jsou vzorem medicíny založené na důkazech, které nám dávají

jistotu, ale nezaručují terapeutický úspěch. V reálné klinické praxi se však setkáváme i s komplikovanými případy, pro které nemáme dostatek důkazů či vodítek a v léčbě jsme nuceni na základě zkuš-

nosti odhadovat některé kroky léčby a používat i off-label postupy pouze s nepřímou evidencí. To je to, proč i v 3. tisíciletí je medicína stále ještě částečně i uměním, nikoliv jen zavedenou praxí.

## LITERATURA

- Anders M, Mohr P, Masopust J. Intranasální esketamin – antidepressivum s rychlým nástupem účinku. *Psychiatrie*. 2022; 26(1):29-41.
- Kopeček M, Andrashko V. Racemický ketamin v léčbě rezistentní depresivní poruchy. Od výzkumu ke klinické off-label aplikaci. *Psychiatrie*. 2022;26(4):146-155.
- Kopeček M, Andrashko V. Pokračovací a udržovací léčba rezistentní depresivní poruchy racemickým ketaminem. Přehled studií. *Psychiatrie*. 2023;27(4):168-178.
- Conley AA, Norwood AEQ, Hatvany TC, et al. Efficacy of ketamine for major depressive episodes at 2, 4, and 6-weeks post-treatment: A meta-analysis. *Psychopharmacology (Berl)*. 2021;238:1737-1752.
- Anand A, Mathew SJ, Sanacora G, et al. Ketamine versus ECT for Nonpsychotic Treatment-Resistant Major Depression. *New England Journal of Medicine*. 2023; 388:2315-2325.
- Mohr P, Kopeček M, Brunovský M, et al. Klinická psychofarmakologie. Praha: Maxdorf Jessenius; 2017.
- Plödel M, Hengartner MP, Bschor T, et al. Commentary to „antidepressants and suicidality: A re-analysis of the re-analysis“. *J Affect Disord*. 2020 Aug 1;273:252-253.
- Grunebaum MF, Galfalvy HC, Choo TH, et al. Ketamine for Rapid Reduction of Suicidal Thoughts in Major Depression: A Midazolam-Controlled Randomized Clinical Trial. *Am J Psychiatry*. 2018 Apr 1;175(4):327-335.
- Hochschild A, Grunebaum MF, Mann JJ. The rapid anti-suicidal ideation effect of ketamine: A systematic review. *Prev Med*. 2021 Nov;152(Pt 1):106524.
- Fu DJ, Ionescu DF, Li X, et al. Esketamine Nasal Spray for Rapid Reduction of Major Depressive Disorder Symptoms in Patients Who Have Active Suicidal Ideation With Intent: Double-Blind, Randomized Study (ASPIRE I). *J Clin Psychiatry*. 2020 May 12;81(3):19m13191.
- Ionescu DF, Fu DJ, Qiu X, et al. Esketamine Nasal Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients With Major Depressive Disorder Who Have Active Suicide Ideation With Intent: Results of a Phase 3, Double-Blind, Randomized Study (ASPIRE II). *Int J Neuropsychopharmacol*. 2021 Jan 20;24(1):22-31.
- Witt K, Potts J, Hubers A, et al. Ketamine for suicidal ideation in adults with psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis of treatment trials. *Aust N Z J Psychiatry*. 2020 Jan;54(1):29-45.
- Su TP, Li CT, Lin WC, et al. A Randomized, Double-Blind, Midazolam-Controlled Trial of Low-Dose Ketamine Infusion in Patients With Treatment-Resistant Depression and Prominent Suicidal Ideation. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2023 May 31;26(5):331-339.
- Phillips JL, Norris S, Talbot J, et al. Single and repeated ketamine infusions for reduction of suicidal ideation in treatment-resistant depression. *Neuropsychopharmacology*. 2020 Mar;45(4):606-612.
- Chen CC, Zhou N, Hu N, et al. Acute Effects of Intravenous Sub-Anesthetic Doses of Ketamine and Intranasal Inhaled Esketamine on Suicidal Ideation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2023 Mar 14;19:587-599.
- Domany Y, McCullumsmith CB. Single, Fixed-Dose Intranasal Ketamine for Alleviation of Acute Suicidal Ideation. An Emergency Department, Trans-Diagnostic Approach: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Proof-of-Concept Trial. *Arch Suicide Res*. 2021 Feb;14:1-16.
- Jones GH, Vecera CM, Ruiz AC, et al. A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Pilot Trial of the Acute Antisuicidal and Antidepressant Effects of Intranasal (R,S)-Ketamine in Severe Unipolar and Bipolar Depression With and Without Comorbid Alcohol Use Disorder. *J Clin Psychiatry*. 2024 Apr 24;85(2):23m14974.
- Whitaker T, Farrand KF, Thase ME. A Phase 2 Open Label Study of Efficacy, Safety, and Tolerability of SLS-002 (Intranasal Racemic Ketamine) in Adults with MDD at Imminent Risk of Suicide. *Psychopharmacol Bull*. 2024 Mar 4;54(1):8-17.
- Seelos Therapeutics [Internet]. [citace dne 1. 5. 2024]. Dostupné na: <https://seelos.irpass.com/profiles/investor/NewsPrint.asp?v=6 & b=2376 & ID=126899 & m=r1 & g=1201>
- Alles SRA, Cain SM, Snutch TP. Pregabalin as a pain therapeutic: beyond calcium channels. *Front Cell Neurosci*. 2020;14:83.
- Preti A, Sheehan DV, Coric V, et al. Sheehan Suicidality Tracking Scale (S-STs): reliability, convergent and discriminative validity in young Italian adults. *Compr Psychiatry*. 2013 Oct;54(7):842-9.
- Loo CK, Gálvez V, O'Keefe E, et al. Placebo-controlled pilot trial testing dose titration and intravenous, intramuscular and subcutaneous routes for ketamine in depression. *Acta Psychiatr Scand*. 2016 Jul;134(1):48-56. doi: 10.1111/acps.12572.
- Bayes A, Short B, Zarate CA, et al. The Ketamine Side Effect Tool (KSET): A comprehensive measurement-based safety tool for ketamine treatment in psychiatry. *J Affect Disord*. 2022 Jul 1;308:44-46.
- Státní ústav pro kontrolu léčiv. Databáze léků [Internet]. Souhrn údajů o přípravku Calypsol 50 mg/ml injekční roztok, sp.zn. sukls322748/2020 [revize textu 11. 1. 2021, citace dne 1. 5. 2024] Available from: <https://prehledy.sukl.cz/prehledy/v1/dokumenty/12048>.
- Kopeček M, Andrashko V, Renka J. Průlomová a udržovací léčba rezistentní depresivní poruchy racemickým ketaminem. Kazuistická studie. *Psychiatrie*. 2024;28(1):16-19.

Vážené kolegyně a kolegové,

s potěšením Vám oznamujeme, že ve dnech **11.–14. června 2025** se bude v Luhačovicích konat **XXI. celostátní konference biologické psychiatrie** s mezinárodní účastí. Veškeré potřebné informace jsou na webových stránkách kongresu <http://www.kongres-luhacovice.cz/>

Do 31. 3. 2025 je možno se hlásit k aktivní účasti (symposium, přednáška nezařazená do symposia, poster, workshop) na adresu [hosak@lfhk.cuni.cz](mailto:hosak@lfhk.cuni.cz) Na stejnou adresu se mohou hlásit mladí autoři do 40 let věku, kteří se chtějí účastnit soutěže mladých autorů, musí být prvním autorem přednášky či posteru, musí se jednat o vlastní výzkum, nikoliv o souhrn.

Budeme se těšit na Vaši účast na kongresu

*Výbor Společnosti pro biologickou psychiatrii  
Výbor Sekce biologické psychiatrie PS ČLS JEP*

**Výbor Společnosti pro biologickou psychiatrii, Výbor Sekce biologické psychiatrie PS ČLS JEP**

# Důvody a dopady nadužívání hypnotik u seniorů

Mgr. Petra Höferová, PhDr. Eva Aigelová, Ph.D.

Katedra psychologie, Filozofická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké jsou důvody k nadužívání hypnotik u seniorů, jak se mění jejich spánek vlivem nadužívání, jaké jsou negativní účinky pozorované samotnými uživateli a zda se objevují abstinenční příznaky po vysazení léků. Výzkumný soubor tvořilo 11 seniorů a 4 blízké osoby. Výzkum měl kvalitativní design, konkrétně více případová studie. Výzkumnou metodou bylo polostrukturované interview a pro následné zpracování dat byla využita interpretativní fenomenologická analýza.

Výsledky: Mezi nejčastější důvody k užívání hypnotik u seniorů sledovaného souboru patří problémy se spánkem a neznalost rizik spojených s nadužíváním léků. Negativní dopady na spánek ani vedlejší účinky hypnotik následující den po jejich užití nebyly zaznamenány. Seniori zatím nepociťují negativní účinky při užívání hypnotik a nepozorují život ohrožující abstinenční příznaky při vysazení, ale uváděli lehčí odvykací stav, jako jsou pocity strachu, vzteku či obavy z navrácení problémů se spánkem. Blízcí často nevědí o nadužívání hypnotik, takže nemohli situaci řešit. Pravidelná edukace ze strany lékaře jakožto prevence nadužívání a vzniku závislosti je opomíjena nebo se jeví jako nedostatečná.

**Klíčová slova:** hypnotika, seniori, nadužívání, spánek.

## Reasons and impacts of hypnotic overuse in seniors

The aim of the research was to determine the reasons for the overuse of hypnotics, how sleep changes due to their overuse, the negative effects observed by the users themselves, and whether withdrawal symptoms occur after discontinuing the medication. The research sample consisted of 11 seniors and 4 close persons of the seniors and caregivers. The research employed a qualitative design. The research method was a semi-structured interview, and interpretative phenomenological analysis was used for subsequent data processing.

Results: The most common reasons for the overuse of hypnotics include sleep problems and a lack of awareness of the risks associated with overuse. No changes in sleep or effects of hypnotics the day after their use were recorded. Users do not experience negative effects when using hypnotics and do not observe physical withdrawal symptoms but reported feelings of fear, anger, or anxiety. Close persons are often unaware of the overuse of hypnotics, making it difficult for them to address the situation. Regular education by the doctor as a prevention of abuse and addiction is neglected or appears to be insufficient.

**Key words:** hypnotics, seniors, misuse, sleep.

## Teoretické ukotvení

Důležitost kvalitního, pravidelného spánku je pro člověka nezpochybnitelná. Mimo jiné se jeho nedostatek podílí na vzniku krátkodobé i dlouhodobé spánkové deprivace. Krátkodobá

spánková deprivace například zhoršuje pozornost a koncentraci, snižuje produktivitu a zvyšuje nevhodnost/úrazovost (při práci či výkonu domácích činností). Mezi dlouhodobé důsledky spánkové deprivace patří zvýšená nemocnost

## DECLARATIONS:

### Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

### Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18<sup>th</sup> WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

### Conflict of interest and financial disclosures:

None.

### Funding/Support:

None.

Cit. zkr: Psychiatr. praxi. 2024;25(3):E1-E5

<https://doi.org/10.36290/psy.2024.026>

Článek přijat redakcí: 13. 6. 2024

Článek přijat k tisku: 19. 9. 2024

Mgr. Petra Höferová  
p.dukatova@gmail.com



# Žlutá kartička, hypnoterapie specifické fobie aviafobie

Mgr. et Mgr. Šárka Bezdová

Soukromá psychologická ordinace, Praha

Kazuistika demonstruje užití hypnózy v psychoterapii (PST) jako hlavní metody v léčbě specifické (izolované) fobie, aviafobie. V příspěvku je podrobně popsána část PST, která je zaměřena na fobii a připravuje pacientku na let letadlem. Konkrétně se jedná o pět sezení, ve kterých byla 3× aplikována hypnóza. V době mezi sezeními praktikovala klientka též nácvik autogenního tréninku (AT) a pracovala s autosugescemi. Po úspěšném zvládnutí letu došlo k pokračování PST s následně dohodnutou pauzou, která však byla faktickým ukončením terapie. Kazuistika ukazuje vysokou účinnost hypnoticko-suggestivních metod v krátkém čase.

**Klíčová slova:** psychoterapie, hypnóza, autohypnóza, hypnoterapie, aviafobie, sugesce.

## Yellow card, hypnotherapy for a specific phobia, aviophobia

The case report demonstrates the use of hypnosis in psychotherapy (PST) as the principal method in treating a specific (isolated) phobia, aviophobia. The article describes in detail the part of PST that is focused on a phobia and prepares a patient for air travel. Specifically, there were five sessions in which hypnosis was used three times. In between the sessions, the client also practised autogenic training and worked with autosuggestions. After she had flown successfully, PST was resumed and then a pause was agreed on, which, in fact, turned out to be termination of the therapy. The case report shows a high efficacy of hypnotic-suggestive methods in a short time period.

**Key words:** psychotherapy, hypnosis, autohypnosis, hypnotherapy, aviophobia, suggestion.

## Úvod

Fobie patří do skupiny úzkostných poruch a při jejím léčení je uplatňována farmakoterapie, psychoterapie nebo kombinace obojího. Z vhodných psychoterapeutických směrů je v literatuře nejčastěji zmiňována kognitivně-behaviorální psychoterapie (KBT). O hypnoterapii fobie je možné se dočíst jen v publikacích zaměřených na klinickou hypnózu.

Podobně jako v KBT lze v hypnoterapii pracovat s postupnou expozicí v zátěžové situaci (desenzibilizace in vivo). V tomto případě podporné hypnózy je pacient sugescemi v hypnóze posilován ve zvládnutí a vytrvání v nácvikovém programu.

Obávanou situaci lze vyvolat také přímo v hypnotickém stavu a snižovat sugescemi projevy panické reakce, což je poté zakotveno posthypnotickou sugescí (PHS) do doby po dehypnotizaci. Při tomto postupu je hypnóza metodou hlavní.

V systematické psychoterapii fobie terapeuti věnují také pozornost případnému „sekundárnímu zisku z nemoci“, aby předcházeli přesunutí příznaků do jiné části psychiky či těla.

Klíčový efekt v popsané hypnotherapeutické kazuistice lze pravděpodobně připsat PHS, která snižuje projevy fobie a je navázána na konkrétní chování v letadle. Každodenní praktikování autohypnózy formou AT přispívá k udržení aktivity sugescí vložených v hypnóze, a tím předchází

## DECLARATIONS:

### Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

### Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18<sup>th</sup> WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

### Conflict of interest and financial disclosures:

None.

### Funding/Support:

None.

Cit. zkr: Psychiatr. praxi. 2024;25(3):154-156

<https://doi.org/10.36290/psy.2024.025>

Článek přijat redakcí: 20. 7. 2024

Článek přijat k tisku: 4. 9. 2024

Mgr. et Mgr. Šárka Bezdová

sarka.bezdova@seznam.cz

jejich případnému vyhasínání. Celý proces pak doplňuje práce s klíčovými sugescemi, které jsou obsahem žluté kartičky, jež je významným terapeutickým artefaktem.

## Kazuistika

### Úvodní sezení

Klientka vyhledala hypnoterapii, protože se dočetla, že hypnóza by jí mohla rychle pomoci. Za dva týdny letí s manželem na důležitou rodinnou událost do ciziny, kde žije jeho rodina a ona má velký strach z létání letadlem. Pomáhá si konzumací alkoholu a naposledy už byla tak „ovíněná“, že se „potácela“ a museli ji podepírat z obou stran. To byla chvíle, kdy se rozhodla to řešit jinak, sděluje hlasem, podbarveným studem.

Mladá 34letá žena působí elegantně, pohodlné oblečení vypovídá o vkusu, neokázale si je vědoma své souměrné postavy a hezké tváře. Vyjadřuje se věcně a její slovník odpovídá vysokoškolskému vzdělání.

Žije v druhém manželství s tříletým synem a při hovoru o něm zachytím poprvé její emoce. V kontaktu s jinými lidmi si však udržuje bezpečný odstup. S manželem se vzájemně respektují a každý má svůj prostor, což je jiný model soužití než v prvním vztahu. Tam žila v „chráněném závětrí“, ale dost se přizpůsobovala. Nyní se snaží mít život ve svých rukou. Na částečný úvazek řídí svou agenturu a je finančně nezávislá.

Celkový obraz klientky dokreslují anamnestická data. Matku popisuje jako starostlivou, úzkostnou, se sklonem k ovládnutí druhých a s tendencí nepříjemnému a neznámému se vyhnout. S otcem, který žil v jejím „vleku“, byli partáci a klientka se celé dětství cítila na „druhé koleji“. Nezpracovaná dětská křivda z nedostatku podpory se může v dospělosti promítnout do potřeby mít partnera, který přebírá odpovědnost. O pět let starší sestra se také bojí létat letadlem a stejně jako matka často volí vyhýbavé chování. Klientka ale takto dopadnout nechce, a to je dobrý postoj pro terapii. Vztahová témata odkládáme a zaměřujeme se na aktuální problém.

Strach z létání trvá již 15 let a intenzita příznaků má pozvolnou, ale stoupající tendenci. Objevují se palpitace srdce, dechové potíže, pocity nedostatku vzduchu, bolesti na hrudníku, pocení, nutkání na zvracení, pocity na omdlení,

závratě. Doprovázející pocit je opravdový strach o život. Symptomy vypovídají o panické reakci.

Klientka uvádí, že strach z létání řeší již delší dobu, např. absolvovala kurz letecké společnosti, který jí ale nepomohl. Konceptce byla zaměřena pouze na technickou a statistickou stránku letecké dopravy a nepracovala se skutečností, že fobie je ze své podstaty iracionální.

Z diagnostického hlediska usuzuji, že se jedná o specifickou fobii, aviafobii, která se rozvinula na dědičně podmíněném úzkostně-depresivním osobnostním terénu. Na poruše se podílí symbolický přenos intrapsychických konfliktů na zážitky z létání. Nacházím rozpor mezi potřebou zvýšené sebekontroly a nemožnosti kontroly a bezmoci v letadle. Další zdroj vzniku a průběhu poruchy spatřuji v kopírování úzkostně-vyhýbavého chování v nukleární rodině.

V prvním sezení uzavíráme terapeutický kontrakt. Do odletu se sejdeme ještě 3x na 90 minut, využijeme hypnózu, začleníme AT a uplatníme klíčové sugesci z hypnózy.

Na sezení dále následuje ukázka nácviku AT, a to prvního cviku tíhy, která trvá jen pár minut. Od dnešního dne bude klientka trénovat nejméně 1x denně. V závěru sezení dostává úkol. Má si připravit věty, které by pro ni snížily obavy z letu na minimum.

### Druhé sezení

V úvodu metodicky kontrolujeme nácvik AT, který se daří, a proto můžeme přidat další cvik, a to teplo. Poté se věnujeme formulaci hypnosugescí. Klientka potřebuje důvěřovat letecké společnosti a odvrátit pozornost jinam, nejlépe na nějakou činnost. Zformulované sugestivní věty jí pomalu čtu, aby byla ověřena jejich výstižnost (konotace slov). Následuje hypnotizace. Po indukci (navození) hypnotického stavu několikrát opakuji sugestivní věty: „Důvěřuji tomu, že letadlo doletí v pořádku. Je známo, že tato trasa má příznivé klimatické podmínky. Doposud všechna letadla společnosti Travel doletěla v pořádku. Díky tomu, se mohu plně věnovat čtení a prožívání toho, co čtu. Budu zaměřena jen na text. Při vyrušení se snadno a rychle vrátím zpět ke čtení plnou pozorností. Všechno ostatní nechám odplynout. Spoléhám na to, že let proběhne klidně a dobře. Cvičení relaxace udržuje tyto věty v nevědomí aktivní.“

Poslední věta zvyšuje účinnost a trvanlivost sugescí. Po návratu z hypnózy klientka sdělu-

je, že přestala vnímat tělo, že se jí hlas ztrácel a někde se vzdalovala. To ukazuje na hranici střední až hluboké míru hypnotického ponoření (třístupňová škála hloubky hypnózy: mírná, střední, hluboká).

Navrhuji, aby si vytvořila kartičku s klíčovými větami, které si bude číst během dne a zejména před usnutím. „Důvěřuji, že tento let proběhne v pořádku, spoléhám se na své nevědomí, a tak budu úplně klidná. A proto se mohu věnovat tomu, co chci.“

### Třetí sezení

Klientka přichází do ordinace s kartičkou v ruce, jež má žlutou barvu a velikost kreditní karty. Volba barvy je vhodná, jelikož je signální, váže pozornost a má aktivující dopad. Efekt sugescí je tímto implicitně posilován. Projevuje svou iniciativu tím, že kartičku nosí v peněžence, ve volných chvílích si ji pročítá a před usnutím odkládá na noční stolek. Vkládání sugescí před spánkem je zvláště výhodné, protože slova se lépe v mysli fixují.

Cvičení AT zdárně pokračuje, klientka cítí tíhu v celém těle a teplo v rukou, tak přistupujeme ke třetímu cviku, jímž je tep srdce.

Hovoříme o tom, že máme málo času do odletu, tak je důležité využít všechny metody. Praktikami mimo sezení se pacientka zapojuje do léčebného procesu, a tím přijímá část odpovědnosti.

Potom proběhne druhá hypnóza s totožným obsahem jako ta první. Po dehypnotizaci klientka popisuje velkou tíhu, kterou cítila jako kámen na hrudi. Na otázku, co by to mohlo být, odpovídá, že asi ten strach z letu. Tuto metaforu využijeme v další hypnóze.

### Čtvrté sezení

Poslední sezení před odletem začínáme zadáním dalšího cviku AT, kterým je prohloubení dechu. Klientka je pilná, cvičí 2x denně a uvádí se do hluboké relaxace, kdy dochází k odpojení od okolí.

V třetí hypnóze probíhá komunikace ohledně tíhy na hrudi.

T (terapeutka): „Sedíte v letadle a víte, že za chvíli začne startovat... cítíte strach, který se zmocňuje vašeho těla... na hrudi vnímáte tíhu jako když tam leží kámen...“ Ptám se, „cítíte tu tíhu?“

K (klientka): „Cítím tíhu kamene na hrudi.“

T čte 2x obsah žluté kartičky a sugeruje. „Kámen se drolí na štěrky... tíha se zmenšuje... tíha je ještě menší... Je tíha na hrudi menší?“

K: „Tíha je menší.“

T čte 2x obsah žluté kartičky a sugeruje. „Štěrk na hrudi se rozmělnuje na drobná zrníčka písku... tíha ustupuje... tíha ustoupila... Ustoupila tíha?“

K: „Ne, úplně ne.“

T čte 2x obsah žluté kartičky a sugeruje. „Drobná zrníčka písku odplavuje voda... zbytek tíhy mizí... tíha je úplně pryč... hrud' je lehká... Je tíha pryč?“

K: „Tíha zmizela.“

Proběhla zkušenost T fixuje PHS, po níž efekt sugescie přetrvává do bdělého stavu nebo nastupuje po něm.

T: „Jakmile začnete číst žlutou kartičku, kámen na hrudi se rozdrolí na štěrky, ten se rozmělní na zrníčka písku, která voda odplaví pryč. Stane se to přesně tak jako tady, a proto budete v letadle úplně klidná a uvolněná.“

Po čtvrtém sezení klientka absolvovala let do ciziny a poslala SMS. Panika začala v letadle

několikrát nastupovat, ale po přečtení kartičky se snížila a postupně odezněla.

### Páté sezení

Za tři týdny se setkáváme v ordinaci a já se dovídám, že při letu zpět do ČR použila kartičku jen 1x. Klientka projevila zájem na pokračování PST, a tak si definujeme témata, na která se zaměříme: rodičovské vzorce chování, pacientčina rodičovská zralost, svoboda vs. odpovědnost, nezávislost, nedůvěra v blízkých vztazích, profesní zacílení, smysl života. Některá témata souvisí s těmi, jež byla zmíněna v úvodním sezení. Jejich terapeutické zpracování je důležité pro konečné překonání fobie. Z těchto důvodů máme také v plánu hypnózu opakovat před dalším letem.

Následně proběhlo několik sezení, včetně dalšího letu. Tady už nedošlo k žádnému náběhu paniky, ale klientka ho absolvovala se žlutou kartičkou v příručním zavazadle.

Po plánovaném přerušení PST se už do ordinace nevrátila.

### Diskuze

Pro léčbu aviafobie byla zvolena tzv. trojramenná hypnoterapie, která kromě hypnózy zahrnuje také autohypnózu (AT) a práci se sugescemi. Komplexní, propojené a intenzivní terapeutické působení mělo vyšší šanci na efekt, protože doba před letem byla velice krátká. Účinnost posilovaly aktivity pacientky v době mimo sezení. Nácvik autohypnózy přináší zkušenost, že lze sugescemi ovlivňovat prožívání, což zvyšuje u pacientů sebevědomí a též důvěru hypnóze. Sugescie používané na sezení a mimo něj recipročně působí, a tak dochází k posilování jejich trvanlivosti.

### Závěr

Terapii lze považovat za úspěšnou, protože došlo k výraznému poklesu fobických příznaků a při druhém letu letadlem už nenastaly vůbec. Kontrakt byl naplněn. Při opakované pozitivní zkušenosti v letadle lze očekávat trvalou změnu. Kurativními faktory jsou vedle vysoké hypnability, také důvěra v terapeutickém vztahu a převzetí aktivní odpovědnosti samotnou pacientkou.

### LITERATURA

1. Alman BA, Lambrou P. Autohypnóza. Praha: Pragma; 1992.
2. Honzák R, et al. Úzkostný pacient. Praha: Galén; 2020.
3. Horvai I. Hypnosa v lékařství. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství; 1959.
4. Kermani K. Autogenic training. London: Souvenir Press; 1996.
5. Kratochvíl S. Klinická hypnóza. Praha: Grada; 2009.
6. Langen D. Sprievodca hypnózou v medicíně. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2008.
7. McKenna P. Svět hypnózy. Praha: Columbus; 1995.
8. Novotný P. Tajemství hypnózy. Liberec: Dialog; 2004.
9. Praško J, Vyskočilová J, Prašková J. Úzkost a obavy. Praha: Portál; 2006.
10. Prochaska JO, Norcross JC. Psychoterapeutické systémy. Praha: Portál; 2024.
11. Sheehan E. Autohypnóza. Praha: Pragma; 1999.
12. Vymětal J. Obecná psychoterapie. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek; 1994.
13. Zeig JK. Umění psychoterapie. Praha: Portál; 2005.

## KNIŽNÍ NOVINKA



KATJA PAPE-RASCHEN  
PŘEKLAD FIALOVÁ, INGEBORG

### KOMUNIKACE S LIDMI S DEMENCÍ

100 OTÁZEK PRO PRAXI

Dobře komunikovat znamená dobře pečovat. Kniha představuje základy komunikace při péči o pacienty, ale zaměřuje se zejména na osoby s demencí. Důležité je, aby se člověk s demencí cítil respektovaný a oceňovaný (hovoří se o tzv. validaci). Kniha popisuje, jakou roli má komunikace v různých modelech péče. Najdeme zde řadu užitečných tipů – např. ohledně nepoužívání otázek začínajících na proč, mluvení v první osobě a v kladných větách, v dialektu nemocného, pomalu a klidně, ve stejné výšce očí, autenticky, se zahrnutím pacientových neverbálních signálů. Cílem je komunikovat citlivě, eticky a předcházet nedorozumění a náročným situacím. Kniha, která je doprovázená příklady z praxe, je vhodná pro profesionály, kteří se zabývají léčbou osob s demencí, i pro všechny ty, kdo o ně pečují v pracovním i osobním kontextu.

Katja Pape-Raschen vystudovala sociologii a sociální behaviorální vědy. Již mnoho let pracuje ve zdravotnictví a v současnosti provozuje lůžkové zařízení pro lidi s demencí v německých Brémách.

Portál, 249 Kč, 120 str., brož.

# Dvojitá sleva, dvojitá výhoda! 20+20 %

## PŘEDPLATNÝM ČASOPISU NA ROK 2025 ZÍSKÁTE:

**20% slevu** na kongresy\*  
pořádané společností SOLEN

**20% slevu** na předplatné  
časopisu Psychiatrie pro praxi  
při úhradě **do 15. 12. 2024**

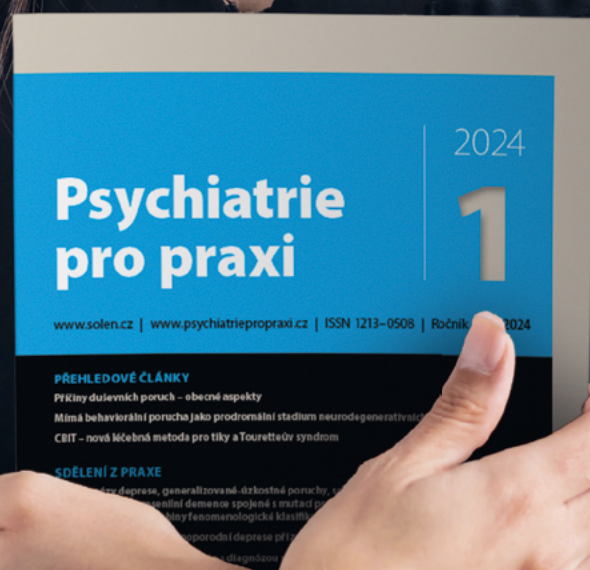
Tematická suplementa

Přístup do archivu  
časopisu on-line

**Uhrad'te**  
předplatné  
(3 čísla/rok)  
**do 15. 12. 2024**  
za cenu:  
~~1 100 Kč~~  
**880 Kč**

### Objednávejte

[www.psychiatriepropraxi.cz](http://www.psychiatriepropraxi.cz)  
[predplatne@solen.cz](mailto:predplatne@solen.cz)



\* platí pro kongresy uvedené v seznamu →



# Zaznělo na XV. sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP

## V červnu 2024 v Karlových Varech

## Na cestě k personalizované léčbě schizofrenie

Zpracováno na základě přednášek prof. MUDr. Pavla Mohra, Ph.D., a prof. MUDr. Jiřího Masopusta, Ph.D.

Na XV. sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP, který proběhl v červnu 2024 v Karlových Varech, proběhlo sympozium věnované současným cílům léčby schizofrenie, individualizované volbě antipsychotika i možnosti kombinace antipsychotik. Prof. Mohr připomněl, že cílem léčby schizofrenie je dnes dosažení zotavení a plné kompetence pacienta. Nemáme ale k dispozici univerzální terapeutický postup, který by byl vhodný pro všechny pacienty. Léčba schizofrenie musí být individualizovaná a přizpůsobená dané fázi onemocnění. Nejlepších výsledků je dosahováno při spolořozhodování lékaře a pacienta o volbě terapie. Nedostatečná terapeutická odpověď nebo špatná snášenlivost léčby zhoršují spolupráci pacienta a jsou důvodem ke změně sekvence terapie. Dnes je doporučována včasná změna antipsychotika nebo zahájení kombinované léčby. Nežádoucí účinky léčby není nutné považovat za nutný kompromis při dosažení účinnosti. Látky s odlišným farmakologickým profilem mohou současné kompromisy v léčbě schizofrenie překonat a pomoci pacientům fungovat na optimální úrovni a využít vlastní potenciál.

Prof. Masopust připomněl doporučenou léčbu akutní ataky schizofrenie i postupy udržovací a stabilizační léčby. Jak uvedl, dnes dochází k odklonu od dřívější snahy najít jeden univerzální lék na všechny fáze léčby schizofrenie. U řady pacientů lze z důvodu nedostatečné účinnosti, nesnášenlivosti nebo přetrvávajících symptomů zvolit postup, kdy se ke stávajícímu antipsychotiku přidá šetrnější přípravek, případně lék cílený na přetrvávající příznaky a následně se pomalu postupně snižuje dávka původního antipsychotika. Buď lze zůstat u racionální kombinované léčby s minimální dávkou původního antipsychotika, nebo přejít na monoterapii. U souboru 12 pacientů se schizofrenií, u nichž byl ke klozapinu přidán kariprazin, byly nejčastějším důvodem této kombinace reziduální pozitivní příznaky, negativní symptomy, úzkost, kognitivní dysfunkce, zvýšení tělesné hmotnosti a poruchy glukózového metabolismu. Prezentována byla také kazuistika 24letého studenta po první epizodě paranoidní schizofrenie, která byla dobře zvládnutá podáváním olanzapinu a přechodně i risperidonu během hospitalizace. Po propuštění ale převládaly negativní příznaky a došlo k výraznému nárůstu tělesné hmotnosti. Pacient nebyl schopen učit se na zkoušky. Díky přidání kariprazinu a pomalé zkřížené titraci, která vedla k monoterapii kariprazinem, se zmírnily negativní příznaky a sedace, snížila se tělesná hmotnost a zlepšily se metabolické parametry, přičemž se neobjevily žádné nežádoucí účinky. Pacient je nyní již 3 roky ve funkční remisi.

### Cíle léčby schizofrenie: od remise k zotavení

prof. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.

Národní ústav duševního zdraví, Klecany, 3. LF UK, Praha

### Cíle léčby schizofrenie

Očekávání od léčby schizofrenie se s rozvíjejícími se terapeutickými možnostmi v čase posouvají, od zmírnění symptomů v 60. letech, přes dosažení remise s prevencí relapsu a zlep-

#### DECLARATIONS:

##### Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

##### Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18<sup>th</sup> WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

##### Conflict of interest and financial disclosures:

None.

##### Funding/Support:

None.

Cit. zkr: Psychiatr. praxi. 2024;25(3):158-165

Článek přijat redakcí: 28. 8. 2024

MUDr. Zuzana Zafarová

zafarova@seznam.cz

šení fungování v 80. letech, dosažení soběstačnosti s funkční remisí, kognitivním fungováním a zlepšením kvality života na přelomu tisíciletí až po dosažení zotavení a plné kompetence v dnešní době. Zotavení nemusí nutně znamenat úplné vymizení symptomů onemocnění, které je většinou doživotní, ale spíše získání vlády nad vlastním životem, soběstačnost a možnost naplnění potenciálu jedince.

Léčba schizofrenie je ale i dnes zahajována až v době akutní ataky – první epizody psychózy, zatímco onemocnění se rozvíjí již o mnoho let dříve. Již během dětství a dospívání se mohou objevovat negativní a později i pozitivní symptomy v premorbidním a prodromálním stadiu. Kromě léčby akutní ataky zahrnuje terapie schizofrenie udržovací léčbu s cílem prevence relapsu a také péči směřující ke zlepšení funkčního stavu, jako je remediacce, rehabilitace aj. Zároveň se rozvíjejí snahy o časnou identifikaci osob v riziku vzniku psychotického onemocnění a o prevenci jeho rozvoje pomocí farmakologických, a především nefarmakologických intervencí. Velkým hypotetickým přáním do budoucna je primární prevence schizofrenie (1).

### Dosahované výsledky

Léčba akutní ataky schizofrenie vede k odpovědi u 18–65 % pacientů, přičemž při první atace je podíl léčebných odpovědí vyšší (40–87 %). Část pacientů je ale na léčbu rezistentních, přetrvává u nich např. kognitivní deficit anebo reziduální symptomy, a u části nemocných s dosažením odpovědi na léčbu dochází k časnému relapsu. Remise onemocnění je dosaženo u 7–52 % léčených, opět v případech první ataky jsou výsledky lepší (17–81 % remisí). I u pacientů v remisi ale hrozí relaps a zotavení je dosahováno jen u 8–20 % pacientů (2).

### Sekvenční léčba

Zatím neexistuje lék, který by byl účinný v akutní i udržovací léčbě schizofrenie, pokrýval všechny symptomy a současně vykazoval dobrou bezpečnost. Jak ukazují velké metaanalýzy klinických studií, všechna schválená antipsychotika jsou účinná. Liší se ale významně svou bezpečností a snášenlivostí, i když většinou nejsou k dispozici jejich přímá porovnání. Léky s vyšší účinností bývají často spojeny s vyšším výskytem nežádoucích účinků (3–6).

Současná doporučení pro léčbu schizofrenie jsou založena na sekvenční léčbě. Recentní studie, která hodnotila účinnost dosahovanou v jednotlivých krocích sekvenční léčby, ukázala významně klesající podíl pacientů s léčebnou odpovědí s postupujícími kroky. V prvním kroku vykázalo odpověď 53 % léčených (při první epizodě 63 %), ve druhém kroku jen 26 % (při první epizodě 34 %) a ve třetím kroku 26 % (při první epizodě jen 16 %), ovšem pokud byl ve třetím kroku podán klozapin (lék určený pro pacienty s rezistentní schizofrenií), byl podíl odpovědí vyšší – 43 % (45 % při první epizodě), (Obr. 1) (7). To naznačuje, že není třeba čekat příliš dlouho s nasazením léčby určené pro pozdější kroky terapie, nebo zkoušet sekvenci léků s podobným mechanismem účinku.

### Monoterapie vs. kombinovaná léčba

V poslední době se také změnilo paradigma optimální léčby schizofrenie, za kterou byla považována monoterapie. Data ukazují, že racionálně nastavená kombinovaná léčba může znamenat větší přínos. Přes 20 let sledování více než 60 tisíc pacientů se schizofrenií ve finském registru přineslo výsledky o prevenci rehospitalizací při monoterapii a kombinované léčbě. Ty ukazují, že u řady antipsychotik je kombinace s dalším antipsychotikem účinnější než jeho podávání v monoterapii (Obr. 2) (8). Navíc je třeba si uvě-

domit, že kombinovaná léčba je v reálné praxi podávána většinou pacientům, kteří nereagují na monoterapii. Zjištěné rozdíly mezi účinky monoterapie a kombinované léčby schizofrenie jsou tedy pravděpodobně ještě větší.

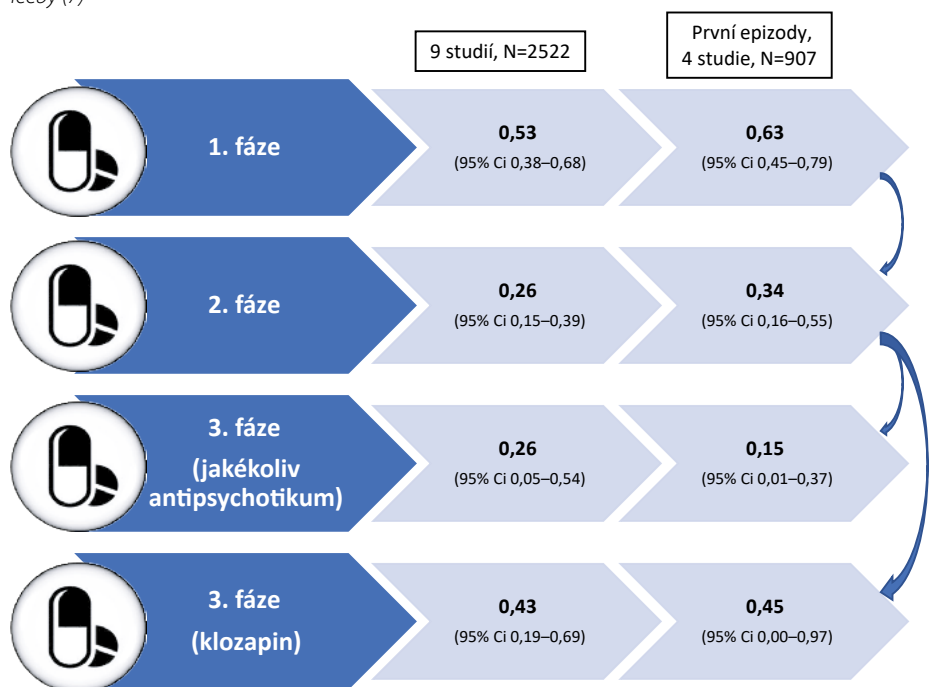
Obavou při podávání kombinace antipsychotik je bezpečnost léčby. Analýza dat ze stejného celonárodního registru, z období 1996–2017 zahrnující 61 889 pacientů se schizofrenií porovnávala výskyt hospitalizací pro nepsychiatrická onemocnění u jedinců se schizofrenií léčených monoterapií a kombinovanou antipsychotickou léčbou, a to v závislosti na dávce léků. Výsledky ukázaly, že při podávání dávek > 1,1 doporučené denní dávky je riziko nepsychiatrických hospitalizací nižší u kombinované léčby (Obr. 3). To naznačuje, že bude třeba přehodnotit i pohled na bezpečnost kombinací antipsychotik v léčbě schizofrenie.

### Volba vhodné terapie

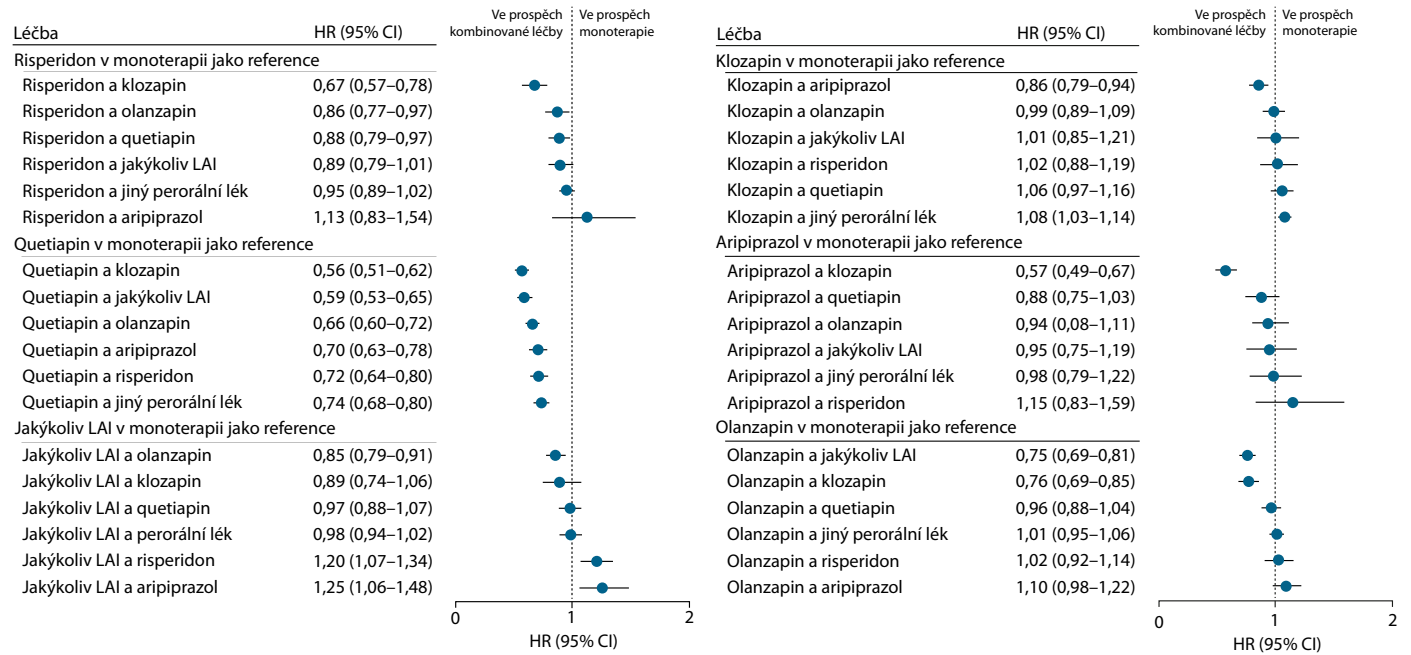
Při výběru léčby u pacientů se schizofrenií je třeba zvážit faktory týkající se samotného pacienta, jeho onemocnění, průvodní medicace i prostředí, ve kterém žije (10, 11).

Lze si představit, že ideální lék dokáže léčit psychózu, eliminovat příznaky, dosáhnout remise, překonat rezistenci na léčbu, účinně chránit před relapsem, je účinný na příznaky úzkosti a deprese, zmírňuje negativní a kognitivní symptomy a současně má benigní profil

**Obr. 1.** Podíl pacientů s odpovědí na léčbu schizofrenie v jednotlivých krocích doporučené sekvenční léčby (7)



**Obr. 2.** Prevence rehospitalizace u pacientů se schizofrenií při monoterapii a při kombinované antipsychotické léčbě (8)



LAI – dlouhodobě působící injekční lék

nežádoucích účinků, tj. minimální sedativní působení, metabolické a endokrinní nežádoucí účinky a nevyvolává extrapyramidový syndrom (EPS) (11). Současné terapeutické možnosti nás ale nutí ke kompromisům. Dlouhodobá povaha nežádoucích účinků, včetně metabolických, endokrinních a kardiálních komplikací, může představovat dilema při volbě účinné terapie (12). Lékař musí zvážit, jak potenciální nežádoucí účinky ovlivní celkový zdravotní stav pacienta a jeho životní styl. Zohledňuje např. věk, tělesnou hmotnost, kardiovaskulární zdraví, průvodní medikaci, či předchozí nežádoucí účinky (13–15). Lékař při výběru terapie preferuje účinnost, zatímco pro pacienta může být hlavní parametr snášenlivosti léčby. To ukazují i výsledky analýzy příčin nonadherence k farmakoterapii schizofrenie. Špatná adherence k předepsané medikaci byla zjištěna zhruba u poloviny pacientů se schizofrenií. I když důvodem špatné adherence k léčbě je nejčastěji nedostatečný náhled pacienta na vlastní onemocnění a abúzus návykových látek, hned na třetím místě jde o negativní postoj k medikaci, který je důvodem nonadherence u 30,5 % pacientů, a na čtvrtém místě nežádoucí účinky medikace, které jako důvod nonadherence uvedlo 27,8 % pacientů (Obr. 4) (16).

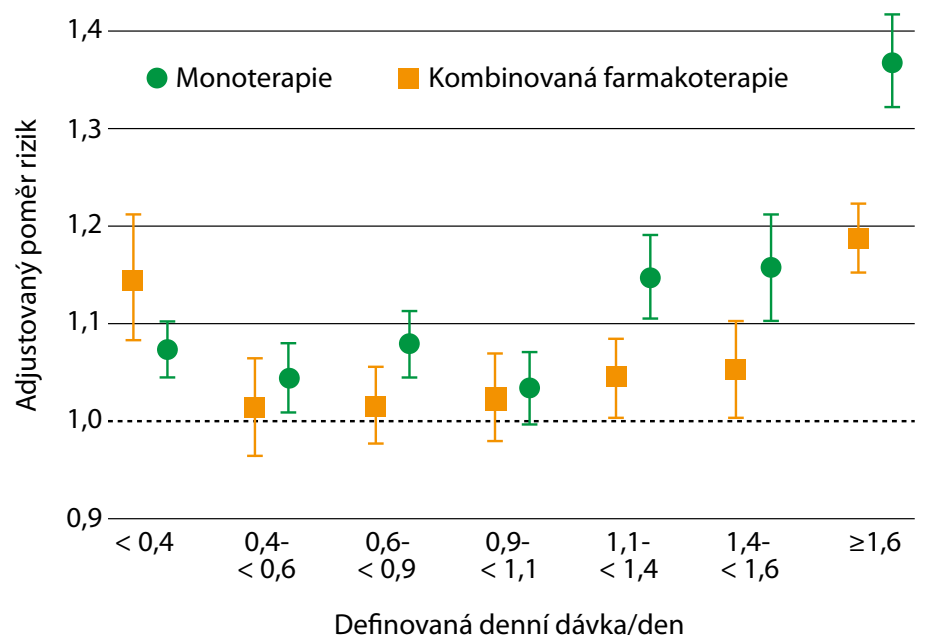
Ochotu užívat léky snižuje z nežádoucích účinků především výskyt EPS a agitovanost, dále metabolické nežádoucí účinky, ale také sedativní působení, zhoršení kognice a nežádoucí endo-

krinní účinky (17). Bylo prokázáno, že ochotu užívat medikaci významně snižuje také vliv léku na zvýšení tělesné hmotnosti. Lék, který má potenciál zvýšit hmotnost o 5–9 kg by podle vlastního vyjádření neužívala třetina pacientů, a lék, který vede k průměrnému nárůstu hmotnosti o > 9 kg, by neužívalo 52,4 % nemocných se schizofrenií (17).

Důležitý je nejen několikátý denní efekt, ale i dlouhodobý výskyt nežádoucích účinků po řadu měsíců a let, kdy má pacient předepsanou medikaci užívat. Nedávná metaanalýza

ukázala, že z dlouhodobé udržovací terapie schizofrenie podávané > 12 týdnů má významný dopad na zvýšení tělesné hmotnosti asenapin, paliperidon, quetiapin, brexpiprazol, olanzapin a zotepin. Neutrální efekt na tělesnou hmotnost v porovnání s placebem byl naopak zjištěn u aripiprazolu, kariprazinu, lurasidonu a ziprasidonu (5). Riziko všech těchto nežádoucích účinků je třeba při volbě terapie zohlednit, protože negativní postoj k medikaci prokazatelně snižuje kvalitu života pacientů se schizofrenií (18).

**Obr. 3.** Riziko nepsychiatrických hospitalizací u pacientů se schizofrenií léčených antipsychotiky v monoterapii nebo v kombinaci (9)





# REAGILA<sup>®</sup>

CARIPRAZINE



## Schizofrenie mění život. Reagila mění životní příběh.

### ZKRÁCENÉ SPC PŘÍPRAVKU REAGILA

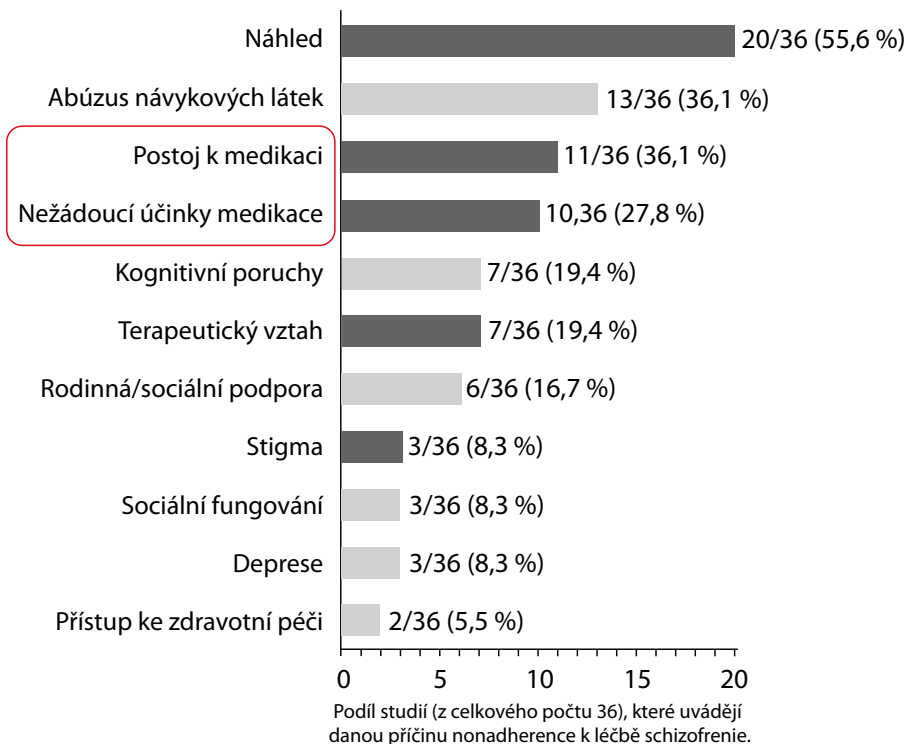
**SLOŽENÍ:** Reagila 1,5mg obsahuje 1,5mg kariprazinu. Reagila 3mg obsahuje 3mg kariprazinu. Reagila 4,5mg obsahuje 4,5mg kariprazinu. Reagila 6mg obsahuje 6mg kariprazinu. **INDIKACE:** Přípravek Reagila je indikován k léčbě schizofrenie u dospělých pacientů. **DÁVKOVÁNÍ:** Přípravek Reagila je určený k perorálnímu podání, užívá se jednou denně ve stejnou denní dobu s jídlem nebo bez jídla. Počáteční dávka je 1,5mg jednou denně. V případě potřeby může být dávka zvyšována po 1,5mg až do maximální dávky 6mg/den. Má být udržována nejnižší účinná dávka. Při přechodu z jiného antipsychotika na kariprazin se postupně ukončuje předchozí léčba za současného zahájení léčby kariprazinem. U pacientů s těžkou poruchou funkce ledvin nebo jater se použití kariprazinu nedoporučuje. Způsob podání: Přípravek Reagila je určený k perorálnímu podání, užívá se jednou denně ve stejnou denní dobu s jídlem nebo bez jídla. U pacientů, kteří mají problémy s polykáním tvrdých tobolek nebo kteří upřednostňují tablety dispergovatelné v ústech, může být jako alternativa k přípravku Reagila tvrdé tablety použity přípravek Reagila tablety dispergovatelné v ústech. **KONTRAINDIKACE:** Hypersenzitivita na složky přípravku. Současné podávání silných inhibitorů CYP3A4. Současné podávání silných nebo středně silných induktorů CYP3A4. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ:** Výskyt sebevražedného chování je vlastní psychotickým onemocněním. Antipsychotická léčba má být prováděna důkladnou kontrolou vysoce rizikových pacientů. Vzhledem k tomu, že kariprazin způsobuje akatizii a neklid, má se používat s opatrností u pacientů, kteří mají sklon k akatizii nebo kteří již symptomy akatizie vykazují. Pokud se u pacienta léčeného kariprazinem objeví známky a příznaky tardivní dyskineze, je třeba zvážit přerušování léčby. Při předepisování kariprazinu pacientům s Parkinsonovou chorobou má lékař zvážit rizika léčby oproti jejím přínosům. Současné podávání kariprazinu se středně silnými inhibitory CYP3A4 může vést ke zvýšení celkové expozice kariprazinu. Doporučuje se monitorovat individuální odpověď a snášenlivost. **INTERAKCE:** Současné podávání kariprazinu se silnými inhibitory CYP3A4 je kontraindikováno. Doporučuje se během současného podávání kariprazinu se středně silným inhibitorem CYP3A4 monitorovat individuální odpověď a snášenlivost a v případě potřeby má být dávka kariprazinu snížena (dočasně) z důvodu potenciálního zvýšení expozice. Současné podávání kariprazinu se silnými a středně silnými induktory CYP3A4 může vést k významnému snížení expozice celkovému kariprazinu. Proto je současné podávání kontraindikováno. **TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ:** Ženy se mají během užívání přípravku Reagila a ještě alespoň 10 týdnů po užití poslední dávky vyvarovat otěhotnění. Během léčby kariprazinem je třeba přerušit kojení. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** Nejčastěji hlášeným NÚ byla akatizie (19 %) a parkinsonismus (17,5 %). Časté NÚ: Zvýšení tělesné hmotnosti, změny chuti k jídlu, dyslipidemie, poruchy spánku, anxieta, sedace, závrať, dystonie, extrapyramidová onemocnění, rozmazané vidění, tachyarytmie, hypertenze, nauzea, obstrukce, zvracení, zvýšení jaterních enzymů, zvýšení kreatinfosfokinázy v krvi, únava. **DOBA POUŽITELNOSTI:** 5 let. **UCHOVÁVÁNÍ:** Chraňte před světlem. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** Gedeon Richter Plc., Gyömrői út 19-21, 1103 Budapešť, Maďarsko. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO:** EU/1/17/1209/001-042. **DATUM SCHVÁLENÍ:** 13.7.2017.

Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, se Souhrnem informací o přípravku.



GEDEON RICHTER

**Obr. 4.** Příčiny nonadherence k antipsychotické léčbě u pacientů se schizofrenií (16)



■ Příčiny úmyslné nonadherence

■ Příčiny neúmyslné nonadherence

### Sdílené rozhodování a péče centrována na pacienta

V poslední době se hodně hovoří o sdíleném rozhodování lékaře a pacienta o léčbě. Vede totiž

k lepším výsledkům léčby. Sdílené rozhodování je proces, v němž lékař a pacient přijímají společná rozhodnutí o péči a léčbě na základě klinických důkazů a preferencí informovaného pacienta (19).

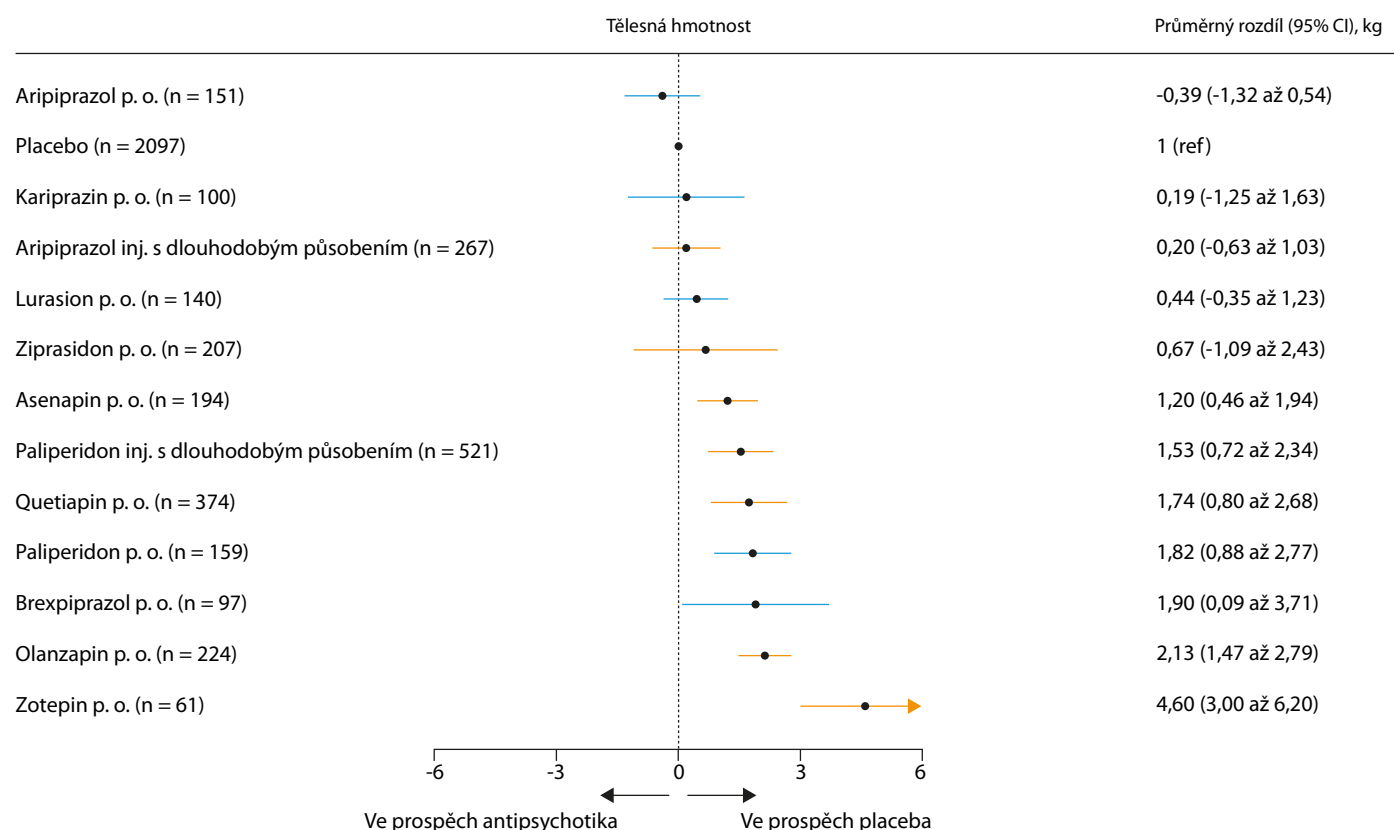
Ústřední součástí sdíleného rozhodování je přijetí toho, že pacient a lékař vnášejí do procesu rozdílné, ale stejně důležité znalosti a zkušenosti (20). Zatímco expertiza lékaře zahrnuje znalosti o diagnóze, etiologii nemoci, prognóze, léčebných možnostech a pravděpodobném výsledku, pacient zná lépe sociální okolnosti, má vlastní postoj k riziku, vlastní hodnoty, preference a zkušenosti se svou nemocí. Pokud se pacient účastní rozhodování o péči o své zdraví, rozhodnutí jsou více individualizovaná, je dosaženo lepšího výsledného stavu a efektivnějšího využití a alokování zdrojů (19).

Důležité je také zapojení rodiny pacienta do jeho léčby. Schizofrenie zasahuje do života nejen pacienta, ale i jeho blízkých. V loňském roce vyšla v českém jazyce Otevřená kniha pro rodiny, ve kterých žijí lidé se schizofrenií. Kniha je volně dostupná ke stažení na <https://bit.ly/otevrena-kniha>. Je výbornou pomůckou a doplňkem psychoedukačních programů a přináší odpovědi na otázky, které se mnozí příbuzní pacientů ani neodvážejí vyslovit nahlas.

### Komplexní personalizovaná péče o pacienty se schizofrenií

Výsledky léčby schizofrenie zlepšuje personalizovaná terapie. Zahrnuje farmakoterapii a psychosociální intervenci, které zmírňují pří-

**Obr. 5.** Změna tělesné hmotnosti pacientů se schizofrenií při udržovací antipsychotické léčbě trvající nejméně 12 týdnů (17)



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 spolurozhodování 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

považována kombinace kariprazinu, ale i dalších parciálních agonistů dopaminu s olanzapinem, quetiapinem a klozapinem, nebo aripirazolu s klozapinem (Obr. 6) (25).

V souboru 12 pacientů se schizofrenií, u nichž byl ke klozapinu přidán kariprazin, byly nejčastějším důvodem této kombinace reziduální pozitivní příznaky, negativní symptomy, úzkost, kognitivní dysfunkce, zvýšení tělesné hmotnosti a poruchy glukózového metabolismu. U většiny pacientů umožnilo přidání kariprazinu snížit dávku klozapinu (27).

Suboptimální kombinace, které mohou potencovat některé nežádoucí účinky zahrnují např. risperidon + kariprazin, haloperidol + kariprazin, klozapin + risperidon nebo olanzapin + risperidon (26).

### Snášenlivost antipsychotik

Antipsychotika jsou velmi heterogenní z hlediska výskytu nežádoucích účinků. K tomu je třeba přihlížet při individuální volbě přípravku. Nežádoucí účinky často využití antipsychotik limitují. Nejlépe snášení jsou parciální agonisté dopaminu a lurasidon. Doporučení pro léčbu schizofrenie obsahují i návod, jaké antipsychotikum je při výskytu jednotlivých nežádoucích účinků vhodné. Jestliže se objeví akatázie, je doporučeno vysazení medikace, která přispívá k akatázii, snížení dávky antipsychotika nebo přesun tohoto podávání na noc, přidání medikace redukující akatázii (β-blokátory, anticholinergika, antagonisté 5-HT<sub>2A</sub> či benzodiazepiny), případně změna antipsychotika na klozapin, quetiapin či brexpiprazol (25).

Při léčbě schizofrenie se mnohdy objevují metabolické nežádoucí účinky, jako je nárůst tělesné hmotnosti, zvýšení glykemie, hladiny LDL cholesterolu či triglyceridů, které vedou ke zvýšení kardiometabolického rizika pacientů a v konečném důsledku mohou být příčinou zkrácení délky života (28). Proto je vhodné volit antipsychotika s nízkým metabolickým rizikem, kam patří amisulprid, aripirazol, asenapin, brexpiprazol, haloperidol, kariprazin, lurasidon a ziprasidon. Metabolicky šetrné antipsychotikum, které má současně prokázaný efekt na zmírnění negativních příznaků je kariprazin (25).

### Negativní symptomy

Jednou z domén, které jsou léčbou schizofrenie nedostatečně ovlivněny, jsou negativní

příznaky (alogie, avolice, anhedonie, otupený afekt, asociálnost). Může se jednat o negativní příznaky primární, které jsou projevem onemocnění, ale i sekundární vznikající např. i jako nežádoucí účinek léčby. Pokud převažují negativní příznaky, je třeba u pacientů s chronickou relabující formou schizofrenie nahradit antipsychotikum 1. generace za přípravek 2. generace, u pacientů s první epizodou schizofrenie má nejvíce důkazů na zmírnění negativních příznaků kariprazin v dávce 3–6 mg/den. Při jeho nedostatečné účinnosti lze použít amisulprid (50–300 mg/den), pokud ani s ním není dosaženo dostatečné účinnosti, tak olanzapin. Poté je doporučeno zvážit augmentaci léčby antidepressivy (SSRI, NaSSA) nebo aripirazolem (25, 29). Pro zjištění přítomnosti negativních příznaků je vhodné použít dotazník pro sebehodnocení negativních symptomů (SNS), který může pacient vyplnit sám např. v čekárně (30).

### Kazuistika – dosažení funkční remise schizofrenie u mladého studenta po převedení na monoterapii kariprazinem

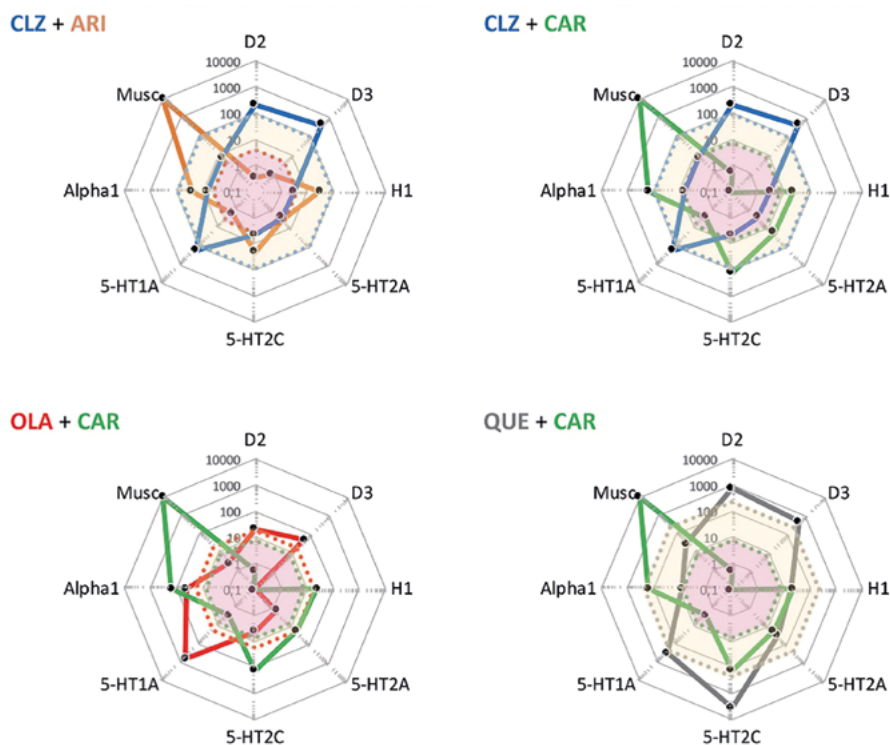
Student vysoké školy byl ve věku 24 let poprvé hospitalizován po několikaměsíčním zhoršení psychického stavu. Diagnostikována byla paranoidní schizofrenie. Neužíval žádné návykové látky, somaticky byl zcela zdrav, v ro-

dinné anamnéze měl z psychiatrických onemocnění pouze depresi u otce, byl svobodný, bezdětný a žil v bytě s matkou. Během hospitalizace mu byl podáván olanzapin v maximální dávce 25 mg/den, přechodně v kombinaci s risperidonom 1 mg/den. Propuštěn byl po 6 týdnech s předepsaným olanzapinem v dávce 20 mg/den.

Při prvním kontrolním vyšetření v ambulanci, za 3 měsíce po propuštění z nemocnice, převažovaly negativní příznaky – byla přítomna pokleslá nálada, projevy sedace, plochá emotivita, hypobulie, hyposexie, pacient si stěžoval na zvýšení tělesné hmotnosti a neschopnost učit se na zkoušky. Somaticky byl bez výraznějších obtíží. K olanzapinu byl proto přidán kariprazin s velmi pomalou zkříženou titrací z 1,5 na 3 a posléze na 4,5 mg/den při postupném snižování dávky olanzapinu po 1 měsíci od nasazení kariprazinu, a to vždy o 5 mg/týden. Olanzapin bylo možné po 5 měsících zcela vysadit a pacient dále pokračuje v monoterapii kariprazinem.

Díky této změně terapie odezněla sedace, zmírnily se negativní příznaky (po 6 měsících o 13 bodů dle sebehodnotící škály negativních symptomů, SNS), neobjevily se žádné nežádoucí účinky a došlo ke zlepšení funkčních schopností o 22 bodů dle škály PSP (Personal and Social Performance scale). Zastavil se také nárůst těles-

Obr. 6. Potenciálně vhodné kombinace antipsychotik v léčbě schizofrenie (26)



né hmotnosti a následně došlo k jejímu poklesu o 6,5 kg, snížila se glykemie (o 0,6 mmol/l), hladina LDL cholesterolu (o 1,3 mmol/l), triglyceridů (o 1,3 mmol/l) a prolaktinu (o 64 mIU/l). Pacient byl celkově živější, sám referoval znovunabytí schopnosti naplno prožívat emoce. Zkřížená titrace byla u tohoto nemocného velmi pomalá a opatrná z důvodu převádění v ambulantních podmínkách, závažnosti epizody i relativně krátké doby od propuštění z nemocnice. Pacient

je nyní již 3 roky ve funkční remisi, dostudoval vysokou školu a pracuje.

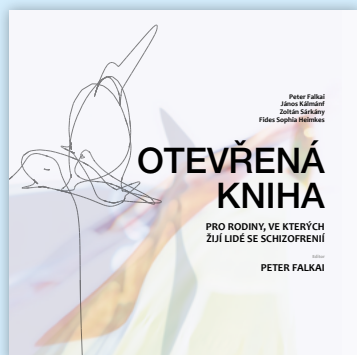
## Závěr

Schizofrenie postihuje na celém světě okolo 24 milionů lidí. U 90 % z nich se při první epizodě objeví nejméně 1 negativní příznak. V léčbě jsou doporučována preferenčně antipsychotika 2. generace, která ale mají řadu nežádoucích účinků. Častý je vznik diabetu,

nárůst tělesné hmotnosti, hypertenze a hyperprolaktinémie. K dispozici máme i moderní léky, jako je kariprazin, který má vysokou afinitu k D3 receptorům, dlouhý biologický poločas, vykazuje parciální agonismus k serotoninovým a dopaminergním receptorům, minimální metabolické a endokrinní nežádoucí účinky, má prokázanou účinnost v prevenci relapsů a efektivně zmírňuje negativní symptomy schizofrenie.

## LITERATURA

1. McCutcheon RA, Reis Marques T, Howes OD. Schizophrenia - An Overview. *JAMA Psychiatry*. 2020 Feb 1;77(2):201–210.
2. Carbon M, Correll CU. Clinical predictors of therapeutic response to antipsychotics in schizophrenia. *Dialogues Clin Neurosci*. 2014 Dec;16(4):505–524.
3. Leucht S, Leucht C, Huhn M, et al. Sixty Years of Placebo-Controlled Antipsychotic Drug Trials in Acute Schizophrenia: Systematic Review, Bayesian Meta-Analysis, and Meta-Regression of Efficacy Predictors. *Am J Psychiatry*. 2017 Oct 1;174(10):927–942.
4. Huhn M, Nikolakopoulou A, Schneider-Thoma J, et al. Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 2019 Sep 14;394(10202):939–951.
5. Schneider-Thoma J, Chalkou K, Dörries C, et al. Comparative efficacy and tolerability of 32 oral and long-acting injectable antipsychotics for the maintenance treatment of adults with schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 2022 Feb 26;399(10327):824–836.
6. Efthimiou O, Taipale H, Radau J, et al. Efficacy and effectiveness of antipsychotics in schizophrenia: network meta-analyses combining evidence from randomised controlled trials and real-world data. *Lancet Psychiatry*. 2024 Feb;11(2):102–111.
7. O'Donoghue B, Piacenza F, Plapp H, et al. Response rates to sequential trials of antipsychotic medications according to algorithms or treatment guidelines in psychotic disorders. A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res*. 2024 Jun;268:193–204.
8. Tiihonen J, Taipale H, Mehtälä J, et al. Association of Antipsychotic Polypharmacy vs Monotherapy With Psychiatric Rehospitalization Among Adults With Schizophrenia. *JAMA Psychiatry*. 2019 May 1;76(5):499–507.
9. Taipale H, Tanskanen A, Tiihonen J. Safety of Antipsychotic Polypharmacy Versus Monotherapy in a Nationwide Cohort of 61,889 Patients With Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2023 May 1;180(5):377–385.
10. Kane JM, Correll CU. Pharmacologic treatment of schizophrenia. *Dialogues Clin Neurosci*. 2010; 12(3):345–357.
11. Correll CU. What are we looking for in new antipsychotics? *J Clin Psychiatry*. 2011;72 Suppl 1:9–13.
12. Abidi S, Bhaskara SM. From chlorpromazine to clozapine—antipsychotic adverse effects and the clinician's dilemma. *Can J Psychiatry*. 2003 Dec;48(11):749–55.
13. Leucht S, Cipriani A, Spinelli L, et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*. 2013 Sep 14;382(9896):951–962.
14. Uçok A, Gaebel W. Side effects of atypical antipsychotics: a brief overview. *World Psychiatry*. 2008 Feb;7(1):58–62.
15. Barnes TR, Drake R, Paton C, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: Updated recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2020 Jan;34(1):3–78.
16. Velligan DI, Sajatovic M, Hatch A, et al. Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. *Patient Prefer Adherence*. 2017 Mar 3;11:449–468.
17. Achtyes E, Simmons A, Skabeev A, et al. Patient preferences concerning the efficacy and side-effect profile of schizophrenia medications: a survey of patients living with schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2018 Sep 12;18(1):292.
18. Hofer A, Kemmler G, Eder U, et al. Quality of life in schizophrenia: the impact of psychopathology, attitude toward medication, and side effects. *J Clin Psychiatry*. 2004 Jul;65(7):932–939.
19. Foot C. Gilbert H, Dunn P, et al. People in control of their own health and care. *The King's Fund*. 4. 11. 2014. Dostupné na: [https://assets.kingsfund.org.uk/f/256914/x/7c-4051df4c/people\\_in\\_control\\_their\\_own\\_health\\_care\\_november\\_2014.pdf](https://assets.kingsfund.org.uk/f/256914/x/7c-4051df4c/people_in_control_their_own_health_care_november_2014.pdf).
20. Coulter A, Collins A. Making shared decision-making a reality. *The King's Fund*. 28. 7. 2011. Dostupné na: [https://assets.kingsfund.org.uk/f/256914/x/73b4098901/making\\_shared\\_decisions\\_making\\_reality\\_july\\_2011.pdf](https://assets.kingsfund.org.uk/f/256914/x/73b4098901/making_shared_decisions_making_reality_july_2011.pdf).
21. Canadian Psychiatric Association. Clinical practice guidelines. Treatment of schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 2005 Nov;50(13 Suppl 1):75–575.
22. Tandon R, Targum SD, Nasrallah HA, et al. Treatment Effectiveness in Schizophrenia Consortium. Strategies for maximizing clinical effectiveness in the treatment of schizophrenia. *J Psychiatr Pract*. 2006 Nov;12(6):348–363.
23. Kašpárek T, Ustohal L. Léčba akutní epizody schizofrenie. Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2018. Dostupné na: <https://postupy-pece.psychiatrie.cz/specialni-psychiatrie/f2-schizofrenie/lecba-akutni-epizody-schizofrenie>.
24. Howes OD, Thase ME, Pillinger T. Treatment resistance in psychiatry: state of the art and new directions. *Mol Psychiatry*. 2022 Jan;27(1):58–72.
25. Masopust J, Kopeček M, Protopopová D. Stabilizační a udržovací léčba schizofrenie. Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2022. Dostupné na: <https://postupy-pece.psychiatrie.cz/images/pdf/Stabilizacni-udrzovaci-lecba-schizofrenie-22.pdf>.
26. Hjorth S. The More, the Merrier...? Antipsychotic Polypharmacy Treatment Strategies in Schizophrenia From a Pharmacology Perspective. *Front Psychiatry*. 2021 Nov 24;12:760181.
27. Siwek M, Chrobak AA, Gorostowicz A, et al. Kariprazin augmentation of clozapine in schizophrenia—a retrospective chart review. *Front Pharmacol*. 2024 Jan 4;14:1321112.
28. Pillinger T, McCutcheon RA, Vano L, et al. Comparative effects of 18 antipsychotics on metabolic function in patients with schizophrenia, predictors of metabolic dysregulation, and association with psychopathology: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2020 Jan;7(1):64–77.
29. Masopust J, Mohr P, Kopeček M. Antipsychotika v léčbě predominantních negativních příznaků schizofrenie: aktualizace doporučených postupů. *Psychiatrie*. 2020;24(1):40–43.
30. Dollfus S, Mach C, Morello R. Self-Evaluation of Negative Symptoms: A Novel Tool to Assess Negative Symptoms. *Schizophr Bull*. 2016 May;42(3):571–8.



Knihu lze volně stáhnout zde



## Vzdělávejte se s Psychiatrií pro praxi

### Prezenční konference



- **30. konference Duševní zdraví mládeže**
  - 7.–8. 11. 2024, Brno, [www.konferencedzm.cz](http://www.konferencedzm.cz)
- **21. konference Psychiatrie pro praxi**
  - 21.–22. 11. 2024, Olomouc, [www.kongrespsychiatrie.cz](http://www.kongrespsychiatrie.cz)

### Podcasty



- **Kdy nám zdravotní a sociální systém podává pomocnou ruku?**  
– Mgr. Hana Potměšilová, BA, DiS.
- **Obžerství – sedmý hřích nebo do očí bijící epidemie?** –  
prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc.

### On-line kurzy



- **On-line kurz pro praktické psychiatry 2024**
  - Odborný garant: MUDr. Pavel Theiner, Ph.D.
  - Aktivní do 30. 11. 2024
  - Počet kreditů: 2
  - Registrační poplatek: zdarma

Sledujte [www.solen.cz](http://www.solen.cz) a získejte nejaktuálnější informace o možnostech vzdělávání.

SOLEN MEDICAL EDUCATION

# Připravujeme do Psychiatrie pro praxi

2025

1

- Psychiatrizace genderové dysforie
  - Psychedelika jako alternativa v léčbě některých duševních poruch
  - Soucit se sebou – lék na úzkost?
  - Inovace psychiatrické péče o ženy v perinatálním období v ČR
  - Změna farmakokinetiky psychofarmak u pacientů s renální insuficiencí
  - Sportování v terapii schizofrenie
  - Práce s fenoménem sebepoškozování na dětském psychiatrickém oddělení
- ...a mnoho dalších zajímavých témat, upoutávek na kongresy a knižní novinky




VYJDE  
V BŘEZNU





# mirzaten<sup>®</sup> oro-tab<sup>®</sup>


mirtazapinum tablety dispergovatelné v ústech 15 mg, 30 mg, 45 mg

## Mirzaten je dostupný také v orodispergovatelných tabletách<sup>1</sup> s výhodami:

  
**Rychlé rozpuštění a snadné polykání bez nutnosti zapíjení tekutinou<sup>2, 3</sup>**

  
**Diskrétní a jednoduché užití při každé příležitosti<sup>3</sup>**

  
**Menší přírůstek hmotnosti ve srovnání s FCT.<sup>4</sup>**

  
**Téměř 50% pacientů je přesvědčeno, že ODT tablety zlepšují adhezenci.<sup>4</sup>**

  
**Příjemná POMERANČOVÁ chuť<sup>3</sup>**



FCT – filmem potahované tablety

ODT – orodispergovatelné tablety

### MIRZATEN ORO TAB Zkrácená informace o přípravku

**Názyv přípravku:** Mirzaten Oro Tab 15 mg, Mirzaten Oro Tab 30 mg, Mirzaten Oro Tab 45 mg, tablety dispergovatelné v ústech. **Složení:** 1 tableta dispergovatelná v ústech obsahuje mirtazapinum 15 mg, 30 mg nebo 45 mg. **Indikace:** Léčba epizod depresivní poruchy u dospělých. **Dávkování a způsob podání:** Účinná denní dávka je obvykle mezi 15 a 45 mg; počáteční dávka je 15 nebo 30 mg. Účinek mirtazapinu se začne projevovat obvykle po 1–2 týdnech léčby. Léčba dostatečnou dávkou má navodit příznivou odpověď během 2–4 týdnů. Nedostává-li se dostatečná odpověď, je možno dávkou zvýšit až na dávku maximální. Nedostává-li se odpověď během dalších 2–4 týdnů, má být léčba ukončena. Je doporučeno ukončovat léčbu mirtazapinem postupně, aby se předešlo příznakům z vysazení. Pacienti s depresí mají být léčeni dostatečnou dobu, nejméně však 6 měsíců, aby se zajistilo, že jsou bez příznaků. Přípravek Mirzaten Oro Tab se má užívat, pokud možno v 1 večerní dávce před spaním, ale je ho možno podávat také ve dvou rozdělených dávkách (1x ráno a 1x večer, kdy vyšší dávka má být užitá večer). Tablety se mají užívat perorálně. Tableta se rychle rozpadne a je možno ji spolknout i bez zapíjení vodou. Přípravek se nemá užívat k léčbě dětí a dospívajících do 18 let. U pacientů se středně závažnou až závažnou poruchou funkce ledvin u pacientů s poruchou funkce jater může být clearance mirtazapinu snížena. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku přípravku. Užívání společně s inhibitory monoaminooxidázy (MAO). **Zvláštní upozornění:** Pacienti s anamnézou sebevražedného chování v minulosti, nebo ti, kteří projevují významnou míru sebevražedných představ před začátkem léčby, mají zvýšené riziko sebevražedných myšlenek a pokusů a mají být během léčby pečlivě sledováni. U osob užívajících mirtazapin byl zaznamenán útlum kostní dřeně, který se zpravidla projevoval granulocytopenií nebo agranulocytózou. V postmarketingovém období byl u mirtazapinu velmi vzácně hlášen výskyt agranulocytózy, většinou reverzibilní, ale v některých případech fatální. Lékaři mají věnovat pozornost výskytu příznaků jako je horečka, bolest v krku, stomatitida nebo jiné příznaky infekce; při výskytu těchto příznaků je třeba léčbu ukončit a vyšetřit krevní obraz. Přípravek se musí užívat s opatrností a pečlivým sledováním u pacientů s: epilepsií a organickým poškozením mozku, poruchou funkce jater nebo ledvin, onemocněními srdce, jako např. převodní poruchy, angina pectoris a infarkt myokardu, hypotenzi, diabetem mellitem, schizofrenií nebo jinou psychotickou poruchou, bipolární poruchou, poruchami močení, jako je hyperplazie prostaty, akutním glaukomem s úzkým úhlem a zvýšeným nitroočním tlakem. Léčbu je třeba přerušit v případě výskytu žloutenky. Byly hlášeny případy prodloužení intervalu QT, torsades de pointes, ventrikulární tachykardie a náhlé smrti, akatizie/psychomotorický neklid, hyponatémie, vzácné serotoninový syndrom; byly hlášeny také závažné kožní nežádoucí účinky, při jejichž výskytu je třeba mirtazapin okamžitě vysadit a již nesmí být znovu nasazen. Léčbu mirtazapinem je třeba vysazovat postupně pro riziko výskytu příznaků z vysazení. Starší pacienti jsou často citlivější, zvláště k nežádoucím účinkům antidepresiv. Přípravek obsahuje laktózu, sorbitol a aspartam. **Interakce:** Mirtazapin se nemá podávat souběžně s inhibitory MAO nebo v průběhu dvou týdnů po skončení terapie inhibitory MAO. Mirtazapin může zvyšovat sedativní vlastnosti benzodiazepinů a jiných sedativ a alkoholu. Další interakce: L-tryptofan, triptany, buprenorfin, tramadol, linezolid, methylenová modř, SSRI, venlafaxin, lithium, přípravky s těžalkou tekčovannou, warfarin, karbamazepin, fenytoin, ketokonazol, cimetidin, silné inhibitory CYP3A4, inhibitory proteázy HIV, azolová antimykotika, erytromycin, nefazodon. Léčivé přípravky prodloužující interval QT (např. některá antipsychotika nebo antibiotika). **Těhotenství a kojení:** Je nutná opatrnost, pokud je přípravek předepisován těhotným ženám. Pokud je přípravek Mirzaten Oro Tab užíván do porodu nebo krátce před porodem, je doporučeno postnatální sledování novorozence pro možné příznaky z vysazení. Rozhodnutí o užívání přípravku během kojení má být učiněno na podkladě zvážení přínosu kojení pro dítě a přínosu léčby pro ženu. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Přípravek Mirzaten Oro Tab má malý nebo žádný vliv na schopnost řídit a obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášené nežádoucí účinky jsou ospalost, sedace, sucho v ústech, zvýšení tělesné hmotnosti, zvýšení chuti k jídlu, závrátě a únava. Rovněž byly v souvislosti s léčbou mirtazapinem hlášeny závažné kožní nežádoucí účinky, včetně Stevensova-Johnsonova syndromu, toxické epidermální nekrolýzy, lékové reakce s eozinofilií a systémovými příznaky (DRESS), bulózní dermatitidy a erythema multiforme. **Balení:** 30 tablet dispergovatelných v ústech po 15 mg, 30 mg a 45 mg. **Doba použitelnosti:** 5 let. **Uchovávání:** Přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání.

Seznamte se, prosím, s úplnou informací o přípravku dříve, než jej předepíšete.

Datum registrace: 19.12.2001. Držitel rozhodnutí o registraci: Krka, d. d., Novo mesto, Slovinsko.

Reg. č.: Mirzaten Oro Tab 15 mg: 30/757/07-C, Mirzaten Oro Tab 30 mg: 30/758/07-C, Mirzaten Oro Tab 45 mg: 30/759/07-C. Léčivé přípravky jsou vydávány pouze na lékařský předpis. Léčivé přípravky jsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Veřejně přístupná odborná informační služba: tel. +420 221 115 150, e-mail: info.cz@krka.biz; www.krka.cz

Literatura: 1. www.suki.cz 2. Kokoszka A, Barbič-Žagar B, Brus S, Dular-Meglič T. Orally disintegrating tablets: advantages and disadvantages. Psychiatric News, Vol. 13, No. 2, April – May 2010.

3. Vozelj Škrab S, Rebolj V, Dular Meglič T. Treatment of depression, anxiety and depression with anxiety with Krka's antidepressants – a wide choice for different types of patients. Krka v medicini in farmaciji 2014 3. SPC Mirzaten Oro Tab.

4. Delini-Stula A, van Oers H, van Willigenburg A et al. Treating depression with different galenical drug formulations: Does it make a difference? The comparison of mirtazapine fast dissolving formulation (FDT) with conventional mirtazapine tablets (CT). Int J Psychiatry Clin Pract. 2009;13(2):109–116.

Krka ČR, s.r.o., Sokolovská 192/79, 180 00 Praha 8 - Karlín, Tel. +420 221 115 115, www.krka.cz

Sl. Med. 9/2024, Czech Republic, 2024-I-N-A4-53

**PRVNÍ ATYPICKÉ ANTIPSYCHOTIKUM  
SCHVÁLENÉ AGENTUROU EMA PRO  
LÉČBU ADOLESCENTNÍCH PACIENTŮ  
OD 13 LET A DOSPĚLÝCH S DIAGNÓZOU  
SCHIZOFRENIE<sup>1</sup>**

**LĚČÍME MYSL,  
RESPEKTUJEME TĚLO**

**ÚČINNOST NA SCHIZOFRENIÍ  
S MINIMÁLNÍM DOPADEM  
NA METABOLISMUS<sup>2</sup>**

**Literatura:** 1. SPC přípravku Latuda. 2. Harvey PD. (2015): The clinical utility of lurasidone in schizophrenia: patient considerations, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Vol. 11: 1103-1109.

**Latuda 18,5 mg, Latuda 37 mg, Latuda 74 mg:** S: Lurasidonum 18,6 mg, 37,2 mg, 74,5 mg v jedné potahované tabletě. **I:** Léčba schizofrenie u dospělých a dospívajících ve věku 13 let a starších. **KI:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo pomocné látky. Souběžné podávání silných inhibitorů a induktorů CYP3A4. **ZU:** Ke zlepšení klinického stavu pacienta může dojít za několik dnů až několik týdnů. Pacienty je během tohoto období nutně pečlivě sledovat. Je zapotřebí pečlivě sledovat pacienty vysoce rizikové k sebevraždě. U pacientů s Parkinsonovou chorobou může vyvolat skryté příznaky parkinsonismu. Byl zaznamenán zvýšený výskyt EPS po léčbě lurasidonom v porovnání s placebem. Jestliže se objeví známky a příznaky tardivní dyskineze, je třeba zvážit přerušení podávání všech antipsychotik, včetně lurasidonu. U pacientů s kardiovaskulárním onemocněním, prodlouženým intervalem QT, hypokalemií v rodinné anamnéze a při současném užívání s jinými léčivými přípravky, o nichž je známo, že mohou mít vliv na prodloužení QT intervalu, je zapotřebí užívat lurasidon s opatrností. Lurasidon je nutně používat s opatrností u pacientů, kteří mají v anamnéze epileptické záchvaty nebo jiná onemocnění, která potenciálně snižují práh vzniku záchvatů; kardiovaskulární poruchy; ortostatickou hypotenzi; diabetes a rizikové faktory pro něj a zvýšení tělesné hmotnosti. V případech známek neuroleptického maligního syndromu je nutně lurasidon vysadit. Lurasidon se musí používat s opatrností u starších pacientů s demencí, kteří mají rizikové faktory pro výskyt cévní mozkové příhody. Před a během léčby lurasidonom by měly být rozpoznány rizikové faktory žilního tromboembolismu a následně by měla být uplatněna preventivní opatření. Lurasidon zvyšuje hladiny prolaktinu. Během léčby lurasidonom je zapotřebí vyhnout se grapefruitové šťávě. Současné podávání Latudy a dalších serotonergních látek, jako jsou buprenorfin/opioidy, iMAO, SSRI, SNRI nebo tricyklická antidepresiva, může vést k potenciálně život ohrožujícímu serotoninovému syndromu. Pokud je souběžná léčba jinými serotonergními látkami klinicky odůvodněná, doporučuje se pečlivě sledování pacienta, zejména během zahájení léčby a zvyšování dávek. **NU: Dospělí:** Velmi časté: (≥1/10) insomnie, akatázie a nauzea. Časté: (≥1/100 až <1/10) hypersenzitivita, zvýšená tělesná hmotnost, snížená chuť k jídlu, agitovanost, úzkost, neklid, somnolence, parkinsonismus, závratě, dystonie, dyskineze, tachykardie, hypertenze, průjem, zvracení, dyspepsie, nadměrná sekrece slin, sucho v ústech, bolest v epigastriu, břišný diskomfort, vyrážka, pruritus, bolest v zádech, muskuloskeletální ztuhlost, zvýšení kreatininu v séru, únava, zvýšení hladiny kreatininfosfokinázy v krvi. **Dospívající:** Velmi časté NU: akatázie, bolest hlavy, somnolence, nauzea. Časté NU: hyperprolaktinémie, snížená/zvýšená chuť k jídlu, abnormální sny, agitovanost, úzkost, deprese, insomnie, psychotické poruchy, schizofrenie, napětí, poruchy pozornosti, závratě, dyskineze, dystonie, parkinsonismus, tachykardie, zácpa, sucho v ústech, nadměrná sekrece slin, zvracení, hyperhidróza, rigidita svalů, erektilní dysfunkce, astenie, únava, podrážděnost, zvýšení hladiny kreatininfosfokinázy v krvi, zvýšení C-reaktivního proteinu, snížení/zvýšení tělesné hmotnosti. **IT:** Používat s opatrností v kombinaci s dalšími léčivými přípravky ovlivňujícími centrální nervovou soustavu, alkoholem a léčivými přípravky prodlužujícími interval QT. Pokud je lurasidon podáván se slabými nebo středně silnými induktory CYP3A4, je třeba monitorovat účinnost lurasidonu a v případě potřeby upravit dávkování. Souběžné podávání lurasidonu se středně silnými inhibitory CYP3A4 může zvýšit expozici působení lurasidonu. Souběžné podávání lurasidonu s inhibitory P-gp a BCRP může zvýšit expozici působení lurasidonu. Lurasidon je inhibitor efluxních transportérů BCRP. Souběžné podání substrátů BCRP může vést k zvýšeným koncentracím těchto substrátů v plazmě. **TL:** Lurasidon nemá být během těhotenství užíván, pokud to není nezbytně nutné. U kojících žen, které užívají lurasidon, je třeba zvážit, zda potenciální přínos léčby ospravedlňuje potenciální riziko pro dítě. **D:** Doporučená počáteční dávka je 37 mg lurasidonu jednou denně s jídlem. Není zapotřebí žádná titrace úvodní dávky. Přípravek je účinný v rozsahu dávek 37 až 148 mg jednou denně u dospělých a 37 až 74 mg jednou denně u dospívajících. Zvýšení dávky musí být založeno na úsudku lékaře a klinickou odpověď je nutně sledovat. Maximální denní dávka nesmí překročit 148 mg u dospělých a 74 mg u dospívajících. U pacientů se středně těžkou a těžkou poruchou funkce ledvin a jater je doporučená úprava dávek. **DRR:** Aziende Chimiche Riunite Angelini Francesco – ACRAF. S.p.A., Viale Amelia 70, 00181, Rome, Itálie **Reg.č.:** Latuda 18,5 mg: EU/1/14/913/001-007, Latuda 37 mg: EU/1/14/913/008-014, Latuda 74 mg: EU/1/14/913/015-021 **Uchovávání:** V původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Datum poslední revize textu SPC:** 15. 4. 2024 Latuda 18,5 mg je vázána na lékařský předpis a není hrazena zdravotními pojišťovnami. Latuda 37 mg a 74 mg jsou vázány na lékařský předpis a jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. Seznamte se, prosím, se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).