

STRATEGIE DLOUHODOBÉ LÉČBY PSYCHOFARMAKY A JEJICH VYSAZOVÁNÍ

Kristýna Drozdová

Abstrakt

Farmakologická léčba psychiatrických poruch je součástí komplexní péče o nemocné s psychickými potížemi, vedle psychotherapie a poradenství, aktivizace a psychosociální rehabilitace. Volba psychofarmaka a strategie jeho podávání by měla být individualizována pro potřeby pacienta. Strategie podávání psychofarmak by měla od počátku zahrnovat i úvahy o délce podávání a možnosti jejího vysazování. Sami pacienti se kromě možných nežádoucích účinků již při první konzultaci ptají, kdy bude medikace vysazená. Toto opomíjené téma se s proměňujícím pojetím léčby, vyléčení a údravy v psychiatrii dostává do popředí. Je vhodné, aby tím, kdo vysazuje léky, byl psychiatr, a ne pacient sám. Základem zodpovědného rozhodnutí, kdy a jak vysadit medikaci, jsou dobře vedené, dlouhodobé studie.

Klíčová slova: psychofarmaka; údrava; plán léčby; příznaky z vysazení medikace; relaps, rekurence

STRATEGIES FOR LONG-TERM TREATMENT WITH PSYCHIATRIC MEDICATION AND THEIR DISCONTINUATION

Abstract

Pharmacological treatment of psychiatric disorders is part of the complex care of patients with mental health problems, in addition to psychotherapy and counselling, behavioral activation and psychosocial rehabilitation. The choice of psychiatric medication and the strategy for its administration should be individualized to the needs of the patient. The strategy for the administration of psychiatric medication should include from the outset considerations about the duration of administration and the possibility of discontinuation. In addition to possible side effects, patients themselves ask when the medication will be discontinued at the first consultation. This neglected topic is coming to the fore with the changing concepts of treatment, cure, and recovery in psychiatry. It is appropriate that the psychiatrist, and not the patient, should be the one who discontinues the medication. Well-conducted, long-term studies are the basis for responsible decisions about when and how to discontinue medication.

Keywords: *psychiatric medication; recovery, treatment plan, symptoms of discontinuation medication; relapse; recurrence*

Došlo: 15. 5. 2022

Schváleno: 19. 5. 2022

Léčba v psychiatrii

Farmakologická léčba psychiatrických poruch je součástí komplexní péče o nemocné s psychickými potížemi, vedle psychoterapie a poradenství, aktivizace a psychosociální rehabilitace. Pohled na duševní poruchy a osoby, které jimi trpí, se v průběhu času měnil a stále proměňuje. Psychiatrie narozdíl od jiných odvětví medicíny bojuje od počátku se stigmatizací (Ocisková & Praško, 2015) na jedné straně a problematikou možného zneužití moci na straně druhé (Foucault, 1993). Možná právě proto je zde více než jinde patrné omezování jednostranně paternalistického přístupu lékaře ve prospěch vyváženějšího vztahu lékaře a pacienta, kde se snažíme pro léčbu získat pacienta, vysvětlit mu výhody léčby a motivovat jej k léčbě. Lékař je nositel know how a jeho úkolem je pro léčbu pacienta získat a spolu-vystavět individuální léčebný plán, vyhodnocovat efekt zvolených strategií, eventuálně hledat nové možnosti. Vycházíme při tom z medicíny založené na důkazech (evidence – based science). Přesto zůstává lékař tím, kdo řídí celý průběh léčby, může zohledňovat přání a názory pacienta nebo členů jeho podpůrné sítě, pokud tyto nejsou v příkrém rozporu s podstatou léčby samé. Ve společném dialogu hledáme jedinečnou cestu léčby pro jedinečného pacienta (individualizace léčby). Pokud společnou řeč nenajdeme, má pro takové situace medicína institut odmítnutí péče (negativní reverz, pacient nesouhlasí s navrhovanou léčbou).

Léčba psychofarmaky

Léčba pomocí psychofarmak má tři fáze: nasazování (zvládnutí akutních obtíží), stabilizace (udržovací léčba, prevence návratu obtíží) a vysazování medikace. Trvání a charakteristika jednotlivých fází je ryze individuální, závislá na mnoha faktorech. Základem dobrého vedení terapie je spolehlivé stanovení diagnózy a výběr vhodné medikace (doporučené postupy). Důležitým mezníkem mezi udržovací léčbou a vysazováním psychofarmak je rozhodnutí lékaře, pacienta nebo domluva obou o vysazení medikace. Otázka, jak dlouho by měla být psychofarmaka podávána, je dlouhodobě předmětem bouřlivé debaty na poli psychiatrie (Zipursky et al., 2020). „Po určité době se musíme rozhodnout, zda v léčbě pokračovat, nebo ji ukončit a potom musíme zvažovat rizika vysazení“ (Seifertová, 2002, str. 118). Vysazování psychiatrické medikace je závažné rozhodnutí, které by nemělo být děláno náhle, bez rozmyslu, bez plánu, nebo jednostranně. V ideálním případě by měla existovat shoda mezi lékařem a pacientem, kdy, jak a za jakých okolností je možno vysazovat léky. Nelze docela dobře doporučit náhlé vysazování medikace bez rady s lékařem nebo vysazování medikace ve svépomocných skupinkách.

Pravděpodobně nastanou případy, kdy lékař nepovažuje za dobrý nápad léky vysadit, nebo navrhuje vysazování medikace odložit. Na druhou stranu se vyskytují i případy, kdy lékař naléhá na vysazení medikace a pacient toto odmítá (například při závislosti na benzodiazepinech). Existují pravidla a doporučení lékařských společností, založené na výzkumech a zkušenostech, které nám jsou oporou při sestavování individuálního plánu a napomáhají vedení léčby.

Plán vysazování psychiatrické medikace

Dlouhodobý plán, jak bude léčba podávána, nebo zda a za jakých podmínek bude možné léčbu snižovat nebo vysazovat, se formuluje, jakmile dojde k nástupu efektu léčby a jakmile se pacientovi uleví. Období stabilizační (udržovací) léčby se liší podle povahy diagnózy. Léky jsou podávány, přestože už není přítomná akutní symptomatika, ale trvá riziko návratu

onemocnění. Riziko onemocnění odhadujeme podle dosavadních výzkumů a podle klinické zkušenosti. Máme představu, v jakém procentu se nemoc vrací po včasném vysazení medikace. Tento moment je dobré podrobně pacientovi a/nebo jeho rodině vysvětlit, právě zde totiž dochází obvykle k vysazení medikace z rozhodnutí pacienta často bez vědomí lékaře. Běžným argumentem pacientů je to, že v tomto období již nemají příznaky, a tak léky brát nechťejí. Snažíme se vysvětlit benefit léčby na jedné straně a minimalizovat dávku a případné nežádoucí účinky léčby. Jednoduše řečeno podáváme nejnižší možnou ještě účinnou dávku léku a preferujeme monoterapii (léčbu jedním preparátem).

Na vysazení medikace se domlouváme tedy orientačně minimálně půl roku až rok před započítáním vysazování. Účastníkem tohoto rozhodnutí by měl být pacient, jeho lékař, člen jeho rodiny, se kterým žije ve společné domácnosti (pokud s tím pacient souhlasí) nebo některý z pracovníků centra duševního zdraví eventuálně psychoterapeut. Období vysazování medikace by se teoreticky mělo široce překrývat s obdobím úzdravy (recovery), pakliže je tato realizovatelná u konkrétního pacienta. Například u pacientů s demencí podáváme medikaci dlouhodobě, mnohdy do konce života, ke zlepšení kvality života a ke zmírnění příznaků nemoci bez snahy o dosažení úzdravy.

Strategie psychofarmakologické léčby se v průběhu času měnila a stále mění, podobně jako se mění pohled na psychické nemoci i na koncept úzdravy. Dlouhou dobu byli psychicky nemocní považováni za neléčitelné. Až s objevením prvních antipsychotik a antidepresiv se k rukám psychiatrů dostal prostředek zmírňující utrpení a umožňující „rozbití okovů“ (Philippe Pinel, otec moderní psychiatrie). Na pacienty se začalo pohlížet jako na více či méně léčitelné. Ke značnému rozšíření používání psychofarmak vedly objevy lépe tolerovaných preparátů (blokátorů zpětného vychytávání serotoninu, antipsychotik druhé generace a z hypnotik). Relativně široké a dlouhodobé zkušenosti s používáním medikace umožňují nově nahlížet na doporučení udržovací léčby. I ve vědecké literatuře se objevují výzkumy, relativně málo četné, popisující možnosti postupného vysazování medikace u různých diagnóz a ukazující následné trajektorie vývoje během této fáze léčby. Následující tabulky ukazují přehledně základní milníky farmakologické léčby antidepresivy a antipsychotiky.

Tabulka 1 Algoritmy podávání antipsychotik

Fáze	Délka trvání	Cíl
Akutní léčba	4-8 týdnů	<ul style="list-style-type: none"> • zvládnutí akutních symptomů (bludy, halucinace poruchy chování)
Fáze stabilizace	3-6 měsíců	<ul style="list-style-type: none"> • prevence návratu onemocnění • úprava medikace dle snášenlivosti • stanovení plánu, jak dlouho budeme podávat medikaci • zhodnocení kvality remise – plná, reziduální příznaky, komorbidity, návykové látky, rizikové faktory
Udržovací léčba	více než 6 měsíců	<ul style="list-style-type: none"> • podávání co nejnižší ještě účinné dávky, která má minimální nežádoucí účinky, nezhoršuje kvalitu života ani compliance pacienta • stanovení délky udržovací léčby
	1-2 roky Minimálně 5 let Trvale	<ul style="list-style-type: none"> první epizoda psychózy opakovaná epizoda neúplná remise, přítomnost rizikových faktorů, opakované časté epizody, závažné epizody, nespolupracující pacient, problematické prostředí, přítomnost komorbidit

Tabulka 2 Algoritmy podávání antidepresiv

Fáze	Délka trvání	Cíl
Akutní léčba	4-8 týdnů	<ul style="list-style-type: none"> zvládnutí akutních symptomů (depresivní nálada, úzkosti, poruchy spánku, narušení aktivit)
Fáze stabilizace	3-6 měsíců	<ul style="list-style-type: none"> prevence návratu onemocnění úprava medikace dle snášenlivosti stanovení plánu, jak dlouho budeme podávat medikaci zhodnocení kvality remise – plná, reziduální příznaky, komorbidita, návykové látky, rizikové faktory
Udržovací léčba	více než 6 měsíců	<ul style="list-style-type: none"> podávání co nejnižší ještě účinné dávky stanovení délky udržovací léčby
		6-12 měsíců první epizoda deprese nebo úzkosti Dlouhodobě opakovaná epizoda, neúplná remise, přítomnost rizikových faktorů, opakované časté epizody, závažné epizody, problematické prostředí, přítomnost komorbidit

Rizika vysazení medikace

Cílem léčby není jen redukce akutních příznaků, ale spíše dosažení plné remise, tedy úplné úlevy od příznaků a znovunabytí dřívějšího sociálního a pracovního fungování a udržení remise tak dlouho, jak je to jen možné (Shelton, 2001). Vysazení medikace příliš brzy po dosažení remise nebo vysazení medikace i vzdor nedosažení plné remise ohrožuje pacienta relapsem (znovuvzplanutím) nebo rekurencí (novou epizodou již zaléčené nemoci). Dlouhodobé podávání medikace tam, kde již není riziko návratu onemocnění nebo je minimální, může vést ke kumulaci nežádoucích účinků léků. Somatickým vedlejším účinkům byla věnována celá řada výzkumů. Zvykli jsme si sledovat u pacientů hmotnost nebo parametry lipidového metabolismu. V poslední době se objevují opatrné výzkumy či jednotlivé kazuistiky popisující dlouhodobé psychická vedlejší účinky, pro které pacienti léky vysazují. Při dlouhodobém podávání antidepresiv pacienti popisují, že si všímají určitého emočního oploštění, emocionální nepohody (anhedonie) nebo tzv. tardivní dysforie (trvalé rozlady, Lembke, 2021), které odeznívají s vysazením antidepresiv. Nadto se s nárůstem používání antidepresiv ukazuje, že je nutné syndromu z vysazení věnovat větší pozornost, než jsme dříve mysleli.

Syndrom z vysazení antidepresiv

Po určité době podávání antidepresiv ve stabilizační fázi, kdy rizikové faktory návratu onemocnění jsou minimální (např. efektivní doprovodná psychoterapie, vyřešení psychosociálních komplikací apod.) přistupujeme k plánování vysazení medikace. V posledních letech se dostává do popředí problematika syndromu z vysazení. Doposud byl tento syndrom upozaděn nebo bagatelizován i odbornými společnostmi (National Institute for Health and Care Excellence i American Psychiatric Association – Davis & Read, 2019), jejichž doporučení podceňují závažnost a trvání syndromu z vysazení. Tato komplikace vysazování medikace je relativně častá. Podle studií více než polovina pacientů (56 %) zažívá příznaky z vysazení a téměř polovina (46 %) je považuje za závažné. Tyto příznaky jsou vázány především

na skupinu SSRI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu), SRNI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu), TCA (tricyklická antidepresiva) a IMAO (inhibitory monoaminoxidázy) (Kosová, 2002). Není neobvyklé, že tyto příznaky přetrvávají po dobu několika týdnů (Davies & Read, 2019).

Příznaky z vysazení se objevují po ukončení dlouhodobého podávání celé řady psychofarmak (Spousta, 2001). U antidepresiv (pro jednoduchost zde uvažujeme SSRI/SNRI) se tento syndrom označujeme jako ADDS (Antidepressant Discontinuation Syndrome) a je zařazen jako nová entita v DSM 5 v kategorii Poruchy pohybu indukované medikací a jiné vedlejší účinky medikace (Bhat & Kennedy, 2017, Fava et al., 2015). Po léčích typu SNRI (venlafaxin) je přítomen téměř vždy při jejich vysazování (Fava et al., 2018). Tento syndrom může někdy obsahovat i zhoršení symptomů původního onemocnění, a tak může být mylně diagnostikováno jako relaps onemocnění. Pacient by měl být informován o riziku ADDS již na začátku léčby.

Symptomy obvykle začínají 2-4 dny po náhlém vysazení medikace, při snižování medikace, nebo po vynechání dávky u léků s krátkým biologickým poločasem, jako venlafaxin. Některé příznaky mohou přetrvávat až jeden měsíc. Bývají zdrojem intenzivní subjektivní nepohody některých pacientů. Tito popisují chřipkové příznaky, které mohou trvat asi 3 dny, intenzivní úzkost a smutek, motání hlavy při pohybu, nespavost, pocity na zvracení, a různé vracející se pocity elektrických výbojů v končetinách nebo vidění záblesků a světel (tabulka 3). Lze je dobře shrnout pod mnemotechnickou pomůcku FINISH (**F**lu like symptoms, **I**nsomnie, **N**ausea, **I**mbalance, **S**ensory disturbances, **H**yperarousal).

Tabulka 3 Nejčastější příznaky z vysazení u SSRI a TCA (adaptováno podle Kosová, 2002 a Bhat & Kennedy, 2017, Groot & Os, 2020)

Skupina příznaků	Nejčastější příznaky	SSRI/SNRI	TCA
Poruchy rovnováhy	závratě ze světla, vertigo, ataxie, problémy s koordinací pohybů	+	+
Senzorické příznaky	parestézie, znecitlivění, vidění záblesků, svalové záškuby	+	+
Poruchy spánku	insomnie, noční můry, živé sny	+	+
Obtíže v oblasti GIT	nauzea, zvracení, průjem, ztráta chuti do jídla	+	+
Afektivní příznaky	úzkost, agitovanost, pokles nálady	+	+
Celkové příznaky	Chřipkové příznaky, malátnost, iritabilita, hyperarousal, pocení ztráta chuti do jídla, bolesti svalů, hypomanické výkyvy	+	+
Extrapyramidové příznaky	Tremor, poruchy hybnosti, svalová ztuhlost	+	+
Ostatní	Kognitivní alterace, srdeční arytmie a jiné	+	

Syndrom z vysazení je nutné považovat za důležitý, neboť má významný klinický dopad na kvalitu života pacientů, a je třeba jeho existenci zohlednit v našich klinických doporučeních.

(Davies & Read, 2019, Kosová, 2002). Podmínkou dobré klinické praxe je možnost vzniku syndromu z vysazení SSRI předvídat, předcházet mu vhodným postupem vysazování léků, případně ho včas rozpoznat a již přítomné příznaky syndromu z vysazení mírnit nebo odstranit (Spousta, 2001). Při diagnostice a předcházení syndromu z vysazení je důležitá edukace a spolupráce pacienta. Ke zvládnutí mírných příznaků postačí psychologická podpora a nespécifické nefarmakologické postupy (Spousta, 2001).

Obecně nejprve vysazujeme doprovodnou a příležitostnou medikaci (léky proti úzkosti, léky nasazované při nespavosti). Snažíme se o monoterapii antidepresivem. Podle znalosti vylučovacího poločasu a množství aktivních metabolitů nebo schopnosti inhibice vlastního metabolismu předpokládáme riziko vzniku syndromu z odnětí. Léky s dlouhým poločasem vylučování (fluoxetin, sertralin a citalopram s jejich aktivními metabolity, z nových antidepresiv vortioxetin) mají nižší riziko vzniku příznaků. Tím, jak se postupně a pomalu snižuje hladina léku v krvi, dochází vlastně k situaci podobné pomalému snižování dávky. Někdy bývá doporučováno převedení pacienta na fluoxetin nebo vortioxetin před vysazením. Vortioxetin nebo escitalopram mají k dispozici i kapkové formy, které jsou vhodné, pokud bychom chtěli skutečně snižovat dávku velmi pomalu a postupně. Ekvivalentem takového snižování byly ve studii Groota a Ose (2020) speciálně připravené taperingstips pro personalizované tirované vysazení medikace podle Horowitz-Taylorovy metody. U nás ovšem nejsou dostupné.

Z výše uvedeného vyplývá, že je vhodné vysazovat antidepresiva postupně, po dobu několika týdnů. Spousta (2001) doporučuje vysazovat medikaci minimálně týden, klinická praxe ukazuje, že doba vysazování se liší preparát od preparátu a pacient od pacienta. Někdy se nevyhneme ani snižování po dobu několika měsíců. Musíme zvažovat různé způsoby vysazování farmakoterapie, různé algoritmy u různých diagnóz, přítomnost rizikových faktorů, relapsů a příznaky syndromu z vysazení podle daného léku. Shelton (2001) navrhuje algoritmy vysazování medikace podle skupin antidepresiv, o které se lze v klinické praxi dobře opřít. Lékař i pacient by si syndromu z vysazení medikace měli být vědomí, aby nedošlo k jeho mylné interpretaci jako rekurence původních obtíží. Předvídání, rozpoznání a účinné zvládnutí syndromu z vysazení SSRI zvyšuje komfort pacienta při léčení a zlepšuje jeho spolupráci s lékařem (Spousta, 2001, Bhat & Kennedy, 2017, Shelton, 2001).

Výše uvedené nové výzkumy podrobují kritickému zkoumání především otázky správné indikace antidepresiv. Stále více se poukazuje na nezbytnost rozšíření služeb psychoterapie, specificky vhodné pro určité diagnózy, založené na důkazech. Lehké depresivní a úzkostné poruchy by byly dobře léčitelné psychoterapií, pokud by tato byla pro pacienty dosažitelná. Alarmující je také fakt, že antidepresiva jsou spíše předepisována lidem z chudších socioekonomických vrstev (Lembke, 2022). Podobně palčivá je ale i otázka, jak dlouho mají být skutečně podávána antidepresiva po odeznění akutních případů. Moderní antidepresiva jsou relativně bezpečná, a tak jsou „bezstarostně“ podávána po mnoho let, mnohdy i celoživotně. Zarážející je informace britských autorů Cruickshanka, MacGillivraye a Bruce (2008), jejichž výzkum poukázal, že odhadem asi třetina lidí ve Velké Británii, užívajících antidepresiva déle než dva roky, již nenaplnuje žádnou klinickou indikaci k dlouhodobému podávání medikace, opírající se o důkazy. A jiná metaanalýza zase ukazuje, že kvalita života pacientů v dlouhodobé medikaci antidepresivy se nevylepší oproti neléčeným kontrolám (Almohammed et al., 2022). V tomto bodě budeme potřebovat pečlivé dlouhodobé studie i kazuistické záznamy, abychom lépe porozuměli podstatě dlouhodobého podávání antidepresiv.

Riziko návratu onemocnění po vysazení antipsychotik

Pacienti, kteří onemocní psychotickou poruchou (schizofrenie, schizoafektivní porucha, psychotická mánie, akutní psychotická porucha), se kromě epizody samotné musí vypořádat s tím, že nemoc nějakým způsobem zasahuje do jejich životních plánů. Obvykle procházejí všemi fázemi vyrovnávání se se závažnou diagnózou, jako pacienti, kterým byl diagnostikován maligní nádor nebo autoimunitní onemocnění. Zpočátku nemusí věřit, že takovou nemoc opravdu mají, mohou jí popírat. Častěji v této fázi popření vysazují léky nebo hledají alternativní přístupy. Psychiatrická diagnostika je založená na popisu příznaků, které jsou subtilní, fenomenologické povahy, kulturně a společensky měnlivé. Je zde méně pevných opěrných kamenů než například v kardiologii nebo chirurgii. Nádor na zobrazovacím vyšetření nebo infarkt na ekg pacient může vidět, když mu jej lékař ukáže. Možná i proto se snažíme v psychiatrii nalézt vhodné biomarkery a genotypové charakteristiky. Avšak stále i dnes je diagnóza založená na tvrzení psychiatra event. psychologa, který může využít psychodiagnostických metod. Pacient se musí spolehnout na erudici a klinickou zkušenost psychiatra.

Antipsychotika nasazuje nejen u výše zmíněných diagnóz, ale také jako doplňkovou medikaci u afektivních a úzkostných poruch, u poruch chování, doprovázejících organické poruchy, u poruch osobnosti a u léčby závislostí. Opět s příchodem novějších generací antipsychotik se rozšiřuje podávání medikace, rozšiřuje se spektrum poruch, na které mohou nebo bývají tyto léky předepisovány. Při dlouhodobém užívání medikace nastává podobný problém jako u antidepresiv, tedy zda léky vysazovat a kdy tak činit (Seifertová, 2002). U této skupiny léků ještě více zohledňujeme jejich vedlejší účinky, krátkodobé i dlouhodobé. Některé z těchto nežádoucích účinků mají významný vliv na kvalitu pacientova života. Na miskách vah u antipsychotické medikace je riziko relapsu onemocnění na jedné straně a nežádoucí účinky léčby na druhé straně.

Dlouhodobé studie u prvních epizod psychózy popisují, že až 30 % pacientů je schopno vysadit medikaci bez toho, aby došlo k relapsu. Zatímco studie zaměřené na vysazování medikace ukazují, že jen velmi málo pacientů zůstává v remisi po vysazení medikace. Tato diskrepance je podivuhodná, leč je vysvětlitelná metodologicky – tj. vinou charakteristik vzorku, distribuce psychiatrických poruch, trvání sledování, četnosti vysazení medikace a vlivem kritérií, která byla použita k definici rekurence onemocnění (Zipursky et al., 2020).

Na rozdíl od podávání antidepresiv zvažujeme u léčby psychotických poruch spíše dlouhodobější podávání léků, jak ukazuje tabulka 1. Snažíme se pacienty pro medikaci získat, aby byly schopní a ochotní se na léčbě aktivně podílet. Za tímto účelem byly vytvořeny edukační programy (Prelapse, Preduka aj.).

Při zvažování možnosti vysadit medikaci vždy odhadujeme riziko návratu obtíží. Mezi známé rizikové faktory patří věk pacienta (mladší pacienti jsou spíše ohroženi relapsem), nižší věk při začátku onemocnění, neparanoidní typ schizofrenie, nedávná hospitalizace, vyšší počet hospitalizací, závažnější symptomatika, vyšší dávkování před vysazením, přítomnost tardivních dyskinez, náhlé vysazení (Seifertová, 2002). Nicméně po první psychotické epizodě bude chtít velká část pacientů zkusit medikaci vysadit. Je vhodné mít představu, jak budeme v takovém případě postupovat, a plán, jak odhadnout riziko návratu obtíží.

Výzkumy ukazují, že při časném snižování medikace nebo jejím vysazování dochází častěji k návratu obtíží (Alvarez-Jimenez et al., 2016, Wunderik et al., 2007). Optimálními

kandidáty pro vysazení medikace jsou mladí pacienti po prodělané první epizodě psychózy, která ale nenaplnovala kritéria schizofrenie, kteří dosáhli klinické remise do 3 měsíců, dosáhly časně funkční údravy a mají dobré sociální zázemí. Předpokladem možnosti vysazení medikace stále zůstává dostupnost efektivních psychosociálních intervencí. V současné reformě psychiatrie si toto lze představit v rámci nově vznikajících CDZ nebo ambulancí s rozšířenou působností.

Podobně jako u skupiny antidepresiv i u antipsychotik vysazujeme léky velmi pomalu. Víme, že abruptivní vysazení je doprovázeno velkým počtem relapsů. A při snižování medikace monitorujeme pacienta stejně intenzivně jako při jejím nasazování. Dobrá klinická praxe ukazuje, že kontroly minimálně jednou měsíčně jsou optimální. Frekvenci návštěv v ambulanci přizpůsobujeme konkrétnímu pacientovi a preparátu tak, abychom zachytili především první příznaky hrozícího relapsu. A právě na tomto místě je důležitá dobrá spolupráce s pacientem a jeho poznání své nemoci. Pacient je tím prvním, který zjišťuje, že zažívá něco jinak než obvykle. Jsme pozorní i k nespecifickým příznakům, jako jsou poruchy spánku, nadměrná hovornost, změny ve vztazích. Kvalitní spolupráce se odvíjí od důvěry ve vztahu s lékařem nebo s členy týmu psychosociální podpory. V rámci edukačních programů si pacienti sami formulují, jak může vypadat relaps onemocnění, a jak se v takovém případě chovat (krizový plán). Fáze vysazování medikace se kryje s fází monitorování hrozícího relapsu a může trvat i jeden rok. Je důležité pacienta o takovém dlouhém a rizikovém období informovat v rámci plánu na vysazení medikace.

S každým dalším relapsem onemocnění jsme opatrnější a otálíme s vysazováním medikace (viz tabulka 1). S každou další atakou se prodlužuje období, po které motivujeme pacienta k užívání medikace, neboť se obáváme návratu původního onemocnění. Velmi složité jsou situace, kdy pacient je poučený o riziku návratu obtíží, a přesto trvá na vysazení medikace vzdor doporučení lékaře. Z obecně právního hlediska můžeme využít institut odmítnutí péče. Ale z praktického pohledu na věc tím vystavujeme pacienta situaci, kdy bude léky vysazovat sám a bez dohledu. Taková situace ovšem ještě zvyšuje riziko návratu onemocnění.

Závěrem

Vysazování psychiatrické medikace je opomíjená, leč velmi důležitá kapitola pacientova života. Základní podmínkou je aktivní rozpoznání všech pacientů, kde je možno léky vysadit a tam ve vhodný čas navrhnout vysazení (především léky proti úzkosti a antidepresiva) eventuálně formulovat plán vysazování. Léčba i léčebný plán by měly být přizpůsobeny danému konkrétnímu pacientovi, přestože je personalizovaná medicína v psychiatrii stále hůdnou budoucnosti (Alda, 2013), měli bychom se snažit k ní co nejvíce přiblížit. Dobré naplánování vysazení medikace s respektováním všech doporučení s ohledem na rizika syndromu z vysazení a/nebo návratu onemocnění nám v konečném důsledku zvyšuje pacientovu důvěru v léčbu a napomáhá spolupráci na léčbě (compliance). Psychiatrická léčba se od jiných oborů medicíny liší i tím, že jsou zde klíčové některé charakteristiky terapeutického vztahu podobně jako v psychoterapii. Neměli bychom být jen dobrými odborníky, ale i lidskými a autentickými osobami ve vztahu s pacientem.

Literatura

- Alda, M. (2013). Personalized psychiatry: many questions, fewer answers. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 38(6), 363-365.
<https://www.jpn.ca/content/jpn/38/6/363.full.pdf>
- Almohammed, O.A., Alsalem, A.A., Almangour, A.A., Alotaibi L.H., Al Yami, M.S., & Lai, L. (2022). Antidepressants and health – related quality of life (HRQoL) for patients with depression: Analysis of the medical expenditure panel survey from the United States. *PloS one*, 17(4), e0265928. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265928>
- Alvarez-Jimenez, M., O'Donoghue, B., Thompson, A., Gleeson, J.F., Gonzalez-Blanch, C., Killackey, E., Wunderink, L., & McGorry, P.D. (2016). Beyond Clinical Remission in First Episode Psychosis: Thoughts on Antipsychotic Maintenance v. Guided Discontinuation in the Functional Recovery Era. *CNS Drugs*, 30(5), 357-368.
<https://doi.org/10.1007/s40263-016-0331-x>
- Bhat, V., & Kennedy, S. (2017). Recognition and management of antidepressant discontinuation syndrome. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 42(4).
<https://doi.org/10.1503/jpn.170022>
- Cruikshank, G., MacGillivray, S., & Bruce, D. (2008). Cross-sectional survey of patients in receipt of long-term repeat prescriptions for antidepressant drug in primary care. *Mental Health in Family Medicine*, 5(2), 105-109.
- Davies, J., & Read, J. (2019). A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? *Addict Behav*, 97, 111-121. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.08.027>
- Fava, G.A., Gatti, A., Belaise, C., Guidi, J., & Offidani, E. (2015). Withdrawal symptoms after selective reuptake serotonin reuptake inhibitors discontinuation: A systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 72-81.
- Fava, G.A., Benasi G., Lucente, M., Offidani, E., Cosci, F., & Guidi, J. (2018). Withdrawal symptoms after Serotonin-Noradrenaline Reuptake Inhibitor discontinuation: Systematic Review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87, 195-203.
- Foucault, M. (1993). *Dějiny šilenství. Hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Gallimard.
- Groot, P., van Os, J. (2020). Outcome of antidepressant drug discontinuation with taperingstrips after 1-5 years. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 10, 1-8.
<https://doi.org/10.1177/2045125320954609>
- Ocisková, M., & Praško, J. P. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Grada Publishing.
- Kosová, J. (2002). Vysazení medikace u úzkostných a afektivních poruch. *Psychiatrie pro praxi*, 2.
- Lembke, A. (2021). *Dopamin. Jak přežít blahobyt a neubavit se k smrti*. Triton.
- Raja, S., Mahesh, N.M., & Panda, P. (2011). Withdrawal effects of tricyclic antidepressants and their management. *Journal of Global Trends in Pharmaceutical Sciences*, 2(3), 336-349.
- Shelton, R. C. (2001). Steps Following Attainment of Remission: Discontinuation of Antidepressant Therapy. *Prim Care Companion Journal Clinical Psychiatry*, 3(4), 168-74. <https://www.psychiatrist.com/read-pdf/23321/>
- Spousta, S. (2001). Syndrom z vysazení SSRI. *Psychiatrie pro praxi*, 1.
- Wunderink, L., Nienhuis, F. J., Sytema, S., Slooff, C. J., Knegtering, R., Wiersma, D. (2007). Guided discontinuation versus maintenance treatment in remitted first-episode psychosis: relapse rates and functional outcome. *Journal Clinical Psychiatry*, 68(5), 654-661.

Zipurski, R.B., Odejayi, G., Agid, O., & Remington, G. (2020). When you say „schizophrenia“ and I say „psychosis“: Just tell me when I can come off this medication. *Schizophrenia Research*, 225, 39-46.

Dodatek: Otázky a odpovědi při vysazování medikace

Vysazování antidepresiv

V jakých případech jsou antidepresiva používána?

Antidepresiva bývají nejčastěji ordinována k léčbě a prevenci návratu depresivní nebo úzkostné poruchy. Dále bývají indikovány u posttraumatické stresové poruchy, u mentální bulimie nebo u obsedantně kompulzivní poruchy. V první fázi se snažíme o zmírnění nebo vymizení příznaků onemocnění, při dosažení zlepšení (remise) podáváme léky ještě po určitou dobu, kdy trvá riziko návratu obtíží. Riziko návratu obtíží posuzujeme podle několika faktorů: frekvence epizod, počet prodělaných epizod onemocnění, přítomnost kompletní nebo nekompletní remise, přítomnost rizikových faktorů pro rekurenci poruchy, přítomnost doprovodných nemocí a komplikujících faktorů.

Jak dlouho budu medikaci užívat?

V jednoduchých případech, kdy zabírá první nasazený lék, je vhodné, aby pacient užíval medikaci několik týdnů po ústupu obtíží (4-8 týdnů jako léčba akutních obtíží) a dále minimálně 3-6 měsíců od nástupu remise jako stabilizační léčba. Někteří autoři dokonce uvádějí raději 9 měsíců. O délce udržovací terapie se domlouváme s pacientem podle rizika návratu původních obtíží.

Co se stane, když bude mít léčba nežádoucí účinky?

U každého podávaného preparátu se mohou vyskytnout nežádoucí účinky. Některé vedlejší účinky jsou přechodného charakteru, objevují se nejčastěji na začátku podávání léčby. Postupně odeznívají, jak se tělo adaptuje na daný lék. Jiné nežádoucí účinky jsou trvalejší povahy, nebo jsou pro pacienta natolik obtěžující, že žádá vysazení medikace. O takové situaci se domlouvá pacient s lékařem a hledají optimální alternativu – snížení dávky, změnu podávaného preparátu nebo augmentaci lékem, který může minimalizovat vedlejší účinky.

Mohou léky změnit mou osobnost?

Antidepresiva mění emoční prožívání. To znamená, že depresivní nálada se pomalu projasňuje, úzkosti se zmenšují, emoční dysregulace se stabilizuje. Může se stát, že pacient vnímá tuto změnu emočního prožívání nepříjemně, jejím důsledkem by ale měla být úprava psychické poruchy směrem k normě. Pacienti si zejména u dlouhodobého užívání mohou stěžovat na určité emoční oploštění, které bývá častým důvodem pro pokus o vysazení medikace. Léky nicméně neumí změnit osobnost pacienta. A pokud mění emoční reaktivitu, tato změna trvá jen po dobu podávání, po vysazení se emoční reaktivita vrací k předchozí normě.

Je možno léky bez obtíží vysadit?

Antidepresiva by měla být vysazována pomalu, během období několika týdnů, někdy i měsíců. Délku vysazování odhadujeme podle počáteční dávky, délky dosavadní léčby, farmakologických vlastností podávaného léku i odpovědi pacienta na léčbu (například významné nežádoucí účinky na začátku při nasazování). Orientačně asi polovina pacientů může

vysadit léky bez rizika syndromu z vysazení. U všech pacientů je vhodné postupovat pomalu a postupně, pokud nejsou přítomny důvody pro nutnost rychlého vysazení.

Musím projít syndromem z vysazení?

Syndrom z vysazení bývá orientačně přítomen u poloviny pacientů léčených antidepresivy. Pokud známe příznaky tohoto syndromu a riziko jeho vzniku, pak mu lze účelně a efektivně předcházet. Při dlouhodobém používání antidepresiv vždy pravidelně zjišťujeme, zda trvají klinické důvody pro jeho podávání.

Vysazování antipsychotik

V jakých případech antipsychotika podáváme?

Antipsychotika jsou nasazována v indikaci psychotické poruchy nebo jako augmentace léčby afektivních poruch. Můžeme je používat v celé řadě dalších indikací, u pacientů s organickými poruchami k ovlivnění poruch chování. V malé dávce je podáváme k úpravě poruch spánku tam, kde hrozí riziko vzniku závislosti na hypnoticích apod.

Proč je nutné užívat medikaci, i když už nemám příznaky?

Po zvládnutí akutních příznaků nastává období stabilizace. To znamená, že pacient již netrpí příznaky onemocnění, ale trvá riziko návratu obtíží. A to je důvod, proč je vhodné podávat medikaci ještě déle. Opakované studie uvádějí toto stadium léčby jako rizikové, kdy pacienti často vysazují medikaci bez porady s lékařem a vystavují se riziku návratu původních obtíží.

Jak dlouho budu medikaci užívat?

Doporučené je podávat medikaci 1-2 roky po první epizodě psychózy. Rozhodnutí, zda medikaci začneme vysazovat závisí na kvalitě dosažené remise, nepřítomnosti reziduálních příznaků. To, zda jsou nebo nejsou přítomny reziduální příznaky, nejčastěji záleží na tom, co nám pacient sdělí, potažmo jaké má pochopení toho, jak se jeho nemoc projevuje a toho, jaký máme spolu vztah. Pokud ke mně jako k psychiatrovi pacient důvěru nemá, mlže mít tendenci příznaky nesdělovat, nebo je zlehčovat. Pokud nebude znát své onemocnění a to, jak se projevuje, nemusí si ani příznaků či jejich návratu být vědomý.

Ač se to zdá banální, zodpovědné vysazování je možné jen v prostředí dobrého vztahu pacienta a lékaře. Vždy je dobré mít jasně popsáno, jak se onemocnění může projevovat, jak se projevovalo v minulosti, na co si dát pozor, stanovit si plán, co budeme dělat, když nastane daná alternativa.

Jak dlouho budu chodit do ambulance a jak často?

Pacient dochází do ambulance po celou dobu vysazování medikace, ať už je jakkoliv dlouhá. Interval mezi návštěvami jsou adekvátní intervalům snižování medikace tak, aby mohlo být zachyceno zhoršení stavu nebo nutnost změnit tempo snižování.

A pacient dochází do ambulance i po vysazení medikace nebo je i nadále s psychiatrem v kontaktu, například pomocí telefonické nebo emailové komunikace.

Jak se postupuje u vysazování medikace?

Na začátku si uděláme plán vysazování. Jsou některé léky, které je možné vysazovat bez rizika návratu obtíží. Nejčastěji je to doprovodná, krátce podávaná, medikace pro úzkost nebo pro nespavost, Tyto léky vysazujeme jako první, postupně směřujeme k tzv. monoterapii, nejnižší možnou ještě účinnou dávkou léku – což je obecně zásada udržovací medikace. Měsíční

rozestupy mezi ubráním medikace jsou dostatečné. Monoterapii základním antipsychotikem ubíráme, pokud je stav pacienta stabilní i přes ubrání doprovodné medikace, užitečné je snižování medikace po nejmenších částech. Tam, kde je možno tabletu rozpůlit, tam jí rozpůlíme event. rozčtvrtíme. Potahované tablety se snažíme nepůlit, protože by se změnily jejich farmakodynamické vlastnosti. Snažíme se najít vhodnou alternativu – například pokud jsou k dispozici kapky, použijeme kapky.

Jak dlouho to bude trvat?

Délka vysazování je individuální. Plán je vždy sestaven na míru danému pacientovi a jeho léčbě. Nejdelší je období vysazování depotní medikace. Je nutné sledovat pacienta ještě několik měsíců po vysazení dlouhodobých injekcí.

Co když mi lékař nedoporučí medikaci vysadit?

Pokud není remise dostatečně kvalitní objevují se reziduální příznaky, nebo jsou přítomny některé komplikující příznaky (negativní, afektivní, exekutivní, kognitivní), nebo pokud se v průběhu podávání udržovací medikace objeví nová epizoda onemocnění, musíme začít zvažovat prodloužení intervalu podávání medikace na 4-5 let. Pokud jsou příznaky přítomné setrvale, není na místě medikaci vysazovat, protože se důvodně domníváme, že tak dojde jediné ke zhoršení stávajícího stavu.

Údaje o autorce

MUDr. Kristýna Drozdová působí jako lékařka v psychiatrické ambulanci pro dospělé v Jihlavě. Od roku 2000 pracovala v psychiatrické nemocnici v Havlíčkově Brodě, nejdéle na oddělení pro komplexní léčbu a rehabilitaci psychotických a afektivních poruch. Zajímá se o propojení neurovědy, psychiatrie a psychoterapie.

Kontaktní údaje:

E-mail: drozdova25@seznam.cz

Drozdová, K. (2022). Strategie dlouhodobé léčby psychofarmaky a jejich vysazování. *E-psychologie*, 16(2), 54-65. <https://doi.org/10.29364/epsy.444>