

# Zkušenosti s metyphenidátem v substituční léčbě závislosti na metamfetaminu

MUDr. Jakub Minařík



SANANIM

| [sananim.cz](http://sananim.cz) | [drogovaporadna.cz](http://drogovaporadna.cz) | [odrogach.cz](http://odrogach.cz) | [zavislost-info.cz](http://zavislost-info.cz)

# Methylphenidati hydrochloridum

RITALIN©

- Psychostimulans - stimulace je výraznější v mentální, než motorické oblasti
- Indikace dle SPC: ADHD, narkolepsie
- Doporučená dase u dospělých: obvykle 20-30 mg denně, max. denní dase 60 mg denně ve 2-3 denních dávkách, poslední dase v 18.00
- Biologická dostupnost 30%, T1/2 2 hodiny
- Mechanismus účinku: vazba na dopaminergní (DA) transportér a tím blokace re-uptake DA (také NA)
  - X metamfetamin blokuje re-uptake a facilituje uvolnění DA a NA z presynaptických dep.
- Nežádoucí účinky: vzestup tlaku a pulsu, bolesti hlavy, nevolnost, sucho v ústech, poruchy spánku
  - V terapeutických dávkách je toxická psychosa téměř vyloučena

# Čeho jsme se u metylphenidátu zvláště obávali?

Toxická psychosa	Nezaznamenali jsme
Hypertenze	Nezaznamenali jsme
Nárazové užívání velkých dávek	Nezaznamenali jsme
Interakce s dalšími látkami	1 případ, kolaps při užití vyšší dávky po ebrietě
Průnik preparátu na černý trh	1 případ

# Soubor klientů

- Od Roku 2007 jsme se v našem zařízení pokusili v celkem 10 případech o substituci metamfetaminu metylphenidátem.
- 6 klientů bylo užívalo metylphenidát krátkodobě a z péče buď vypadlo a nebo program ukončilo, protože jim metylphenidát nevyhovoval.
  - Z toho 5 klientů užívalo metylphenidát kratší dobu než 1 měsíc a nebo se jednalo o jednorázovou prekribci.
- 4 klienti byli v péči dlouhodobě a nebo jsou v péči dosud.

# Výběrové charakteristiky

## HLAVNÍ

- Závislost na metamfetaminu, aktivní užívání
- Hlavní drogou nebyla jiná látka nebo kombinace
- Nepřítomnost kontraindikací – Stavby úzkosti, napětí, neklidu, hyperthyreoidizmus, srdeční arytmie, těžká angina pectoris, glaukom, diagnostikované motorické tiky, diagnostikovaný nebo v rodinné anamnéze se vyskytující Tourettův syndrom, léčba inhibitory MAO, hypersenzitivita na preparát

## PODPŮRNÉ

- Doporučení klienta
  - Z terénních programů
  - Od již léčených klientů
- Obtíže, které by stimulancia mohli příznivě ovlivnit – stavy spojené se subj. nedostatkem energie, např. nadměrná spavost, depresivní porucha, dysthymie

# Přijetí do programu

- Klienty jsme buď vytipovali sami, nebo k nám byli doporučení, nejčastějším zdrojem byli terénní programy.
- Při vstupu
  - Odebrána anamnesa
  - Provedeno psychiatrické vyšetření
  - Změřen TK, puls, základní laboratorní vyšetření, vyloučení krví přenosných infekcí, EKG
  - Po souhlasu klienta s navrženou terapií jsme se všemi podepsali terapeutickou smlouvu
- Od přijetí také standardně mapujeme další oblasti
  - Sociální situaci, vztahy s rodinou, fungování v zaměstnání, ...

# Jak jsme stanovovali dávku?

- Ve všech případech jsme zahajovali dávkou 10-20 mg pro die.
- Klient dostal s prvním předpisem instrukci směřující k titraci dávky – „sledujte efekt, když bude nedostatečný, postupně zvyšovat maximálně o 10 mg denně, do nejvíce 60 mg denně“
- Při další kontrole jsme dávku vyhodnotili a upravili ji dle stavu pacienta
- Maximální dávku jsme stanovili dle doporučení výrobce na 60 mg denně.
  - Důvodem pro omezení byla obava z komplikací, hlavně toxické psychosy
  - Maximální dose jsme nikdy nepřekročili.

# Režim programu

- Zpočátku jsme u všech klientů stanovovali kontroly 1-2x týdně.
  - Součástí kontrol byli namátkové toxikologické kontroly.
- Dále jsme postupovali dle stabilizace stavu.
  - Tam, kde byla spolupráce dobrá jsme postupně prodlužovali intervaly kontrol na 4-6 týdnů.
- Ve všech případech jsme nabídli klientům:
  - Další psychiatrickou péči směřující k léčbě komorbidních duševních onemocnění.
  - Psychoterapeutickou podporu.
  - Pomoc při řešení sociální situace.
  - Pomoc při hledání zaměstnání.



# Popis skupiny klientů

Klíč	věk při vstupu do programu	pohlaví	drogová kariéra v letech	užívání pervitinu v letech	v ammanese toxická psychosa	pravidelně užívané látky	počet léčebných pokusů	léčby >2měs.	léčby ukončené	duševní komorbidita	ADHD	somatická komorbidita
1	26	ženské	2	2	ne	tabák	0	0	0	deprese, migrény	susp.	ne
4	37	mužské	21	11	ano	opioidy, BZO, alkohol	4	3	1	hraniční porucha osobnosti	ano	VHC
5	22	ženské	8	8	ano	konopí, tabák	0	0	0	dystymie, nadměrná spavost	susp.	ne
7	21	ženské	6	6	ano	Alkohol, tabák, konopí	2	2	2	spíšená porucha osobnosti	susp.	ne
9	33	ženské	10	3 roky, fentermin 1 rok	ne	alkohol, tabák	0	0	0	deprese	ano	ne

# Popis skupiny klientů

Klíč	doba SL ritalinem v měsících	dávka v mg	vnímání ritalinu	nežádoucí účinky a komplikace	podpurná PT	doprovodná medikace	abstinance od pervitinu	ukončení, důvod
1	10, nepravidelně	20-30	částečný efekt	ne	ano	fluoxetin, bupropion	ne	abstinance, nedostatečný efekt
4	5	60	částečný efekt	ne	ano	fluoxetin, lamotrigin, clonazepam, metadon	částečná	vyločen, podezření z prodeje
5	7	10-20	spolehlivý efekt	ne	ano	citalopram, imipramin	ano	abstinance, vlastní žádost
7	12	60	spolehlivý efekt	ne	ano	lamotrigin, citalopram	částečná	abstinance, gravidita
9	11	60	spolehlivý efekt	ne	ano	fluoxetin	ano	pokračuje v programu

# Kazuistika 1

## osobní anamnesa

- Žena, 33 let, vysokoškolačka, profesně etablovaná, úspěšná, bez stálého partnera
- Úplná rodina, rodiče vysokoškoláci, 1 sourozenec, dvojče (noneq)
- Somaticky vážněji nemocná nebyla, v dětství mozková komoce s bezvědomím bez následků, od dětství má problémy s krční páteří
- Duševní nemoci – 16-18 se léčila pro poruchy obživného pudu, ve 22 letech se léčila pro depresivní poruchu – kombinace farmakoterapie a psychoterapie, v příbuzenstvu schizofrenní onemocnění; při přijetí medikována venlafaxinem

# Kazuistika 1

## drogová kariéra

- Iniclace alkoholem v 18 letech, anamnesa nadměrného pití 6 let 1 litr vína denně, udává okénka i ranní třesy, alkohol identifikuje jako spouštěč užívání dalších látek; při přijetí pila víkendově
- 21-30 let kouřila tabák, nyní nekouří
- 27 – 28 nadužívala phentermin
- 28 – začala užívat metamfetamin, jen sniff, při přijetí denní usus, při přijetí 0,3 – 0,4g váženého metamfetaminu denně, přímo od výrobce, velmi dobrá kvalita
- Léčby: neabsolvovala, u nás první kontakt s adiktologií
- Vztah k návykovým látkám – nahlíží problémy s abusem, psychotropní látky vnímá jako problém, má tendence k nadužívání

# Kazuistika 1

## 1. měsíc

- Při přijetí změněna AD medikace z venlafaxinu na fluoxetin, na žádost klientky; nasazen metyphenidát v počáteční dozi 10 mg pro die, s doporučením titrace dose do max. 60 mg pro die.
- Během prvních 10 dnů dozi postupně zvýšila na 60 mg denně, stěžovala si na ztrátu fantazie, z doby užívání metamfetaminu přetrvávalo omezení sociálních kontaktů.
- Po 17 dnech léčby reportuje subj. i obj. zlepšení stavu – pochvala v zaměstnání, odmítla rizikovou situaci, má dojem, že se jí daří.
- Za 1 měsíc hodnotíme – od nasazení metylphenidátu abstinuje od metamfetaminu, poslední 2 týdny se cítí dobře, má o dobrou zpětnou vazbu od okolí; denní dose kolísá od 40 do 60 mg pro die, zrazuji klientku od úvah o vysazování

# Kazuistika 1

## 2. – 9. měsíc

- Po 6 týdnech reportuje intenzivní chuť o víkendu, situaci ustála; jako spouštěč identifikuje opilost, alkohol pije víkendově; motivujeme k opatrnějšímu nakládání s alkoholem
- Po 2 měsících si všimá chutí když nemá co dělat, všimla si že přibrala, efekt na redukci hmotnosti byl u metamfetaminu přec jen vyšší; motivuji k plánování volného času a tělocviku
- 5 měsíc relaps v opilosti, v souvislosti s relapsem reportuje ústup chutí, které jí dlouhodobě obtěžovali, má dojem, relaps jí pomohl najít další směr v léčbě
- 7 měsíc začíná pravidelně sportovat
- 9 měsíc se pokouší o redukci, stěžuje si však na pokles energie, vnímá významně vliv ročního období a panujícího počasí; vysazování nakonec odkládá na začátek léta
- 11. měsíc stav stabilizovaný, bez komplikací. Stále si stýská na vyšší hmotnost (BMI>26), identifikuje jako mechanismus zvládnání stresu přejídání

# Kazuistika 1: Nyní

- Klientka je stále v naší péči
- Stav vnímáme jako stabilizovaný, klientka spolupracuje plně podle našich představ
- Dose metylphenidátu stále 60 mg pro die, fluoxetin 40 mg pro die
- Plánujeme vysazení metylphenidátu v červnu 2010, na vlastní přání klientky

# Kazuistika 2: osobní anamnesa

- Muž, 37 let, vyučený nástrojař, pracoval jen asi 6 let, nyní v PID pro duševní onemocnění
- Úplná rodina, jedináček, otec vysokoškolský pedagog, matka zdravotní sestra; matka se léčí na psychiatrii pro depresi
- Somaticky – v dětství časté infekty HCD, prodělal VHB a VHC, stav po úspěšné léčbě interferonem.
- Duševní nemoci: v dětství ADHD, dyslexie, balbuties, depresivní stavy, v pravidelné psychiatrické péči od 29 let; Při přijetí medikace buprenorfin, lamotrigin, citalopram



# Kazuistika 2: drogová kariéra

- První zkušenost s psychotropními látkami v souvislosti s léčbou obtíží v dětství – užíval BZO
- Iniciace alkoholem a nikotinem v 15 letech, na SOU nadměrně pil, abusus měl formu sebemedikace; v 18 letech denní opilost, palimpsesty, renní doušky, třesy
- 18 – začíná užívat konopí, které mu pomáhá omezit alkohol
- 26 – začíná užívat metamfetamin, rychlá akcelerace abusu k dennímu užívání; opakovaně psychotické poruchy v souvislosti s abusem
- 27 začíná nadužívat benzodiazepiny, které bere prakticky kontinuálně do současnosti
- 29 – heroin, užívá až do 35 let, pak ve VTOS – tam po celou dobu medikován tramadolem a BZO na smyšlené bolesti zad a epilepsii; od 37 let v metadonovém programu
- Při přijetí denní polyusus - opioidy, benzodiazepiny, metamfetamin
- Léčby: celkem 4 léčby, 2x PL, 1x DST, 1x TK, pouze 1x ukončená, 1/2 roku abstinovat v programu DOC

# Kazuistika 2

## před nasazením metylphenidátu

- Přípravná fáze trvala celkem 8 měsíců
- Byla zaměřena na stabilizaci stavu, tak abychom mohli o nasazení metylphenidátu uvažovat
- V prvním měsíci doporučen do metadonového programu
- Stabilizace užívání BZO na 6 mg clonazepamu denně
- Omezení abusu metamfetaminu s cílem stav stabilizovat alespoň k minimální spolehlivosti

# Kazuistika 2

## 1 - 3 měsíc

- Začal pracovat jako pomocná síla na hřbitově
- Nasazujeme metylphenidát v dosi 20 mg pro die
- Po 2 týdnech reportuje pokles chutí na metamfetamin, dose 115 mg metadonu, 6 mg clonazepamu, 20 mg metylphenidátu; zlepšení stavu je patrné i obj.
- Po 3 týdnech – reportuje omezení kontaktu s jinými UD, pracuje, spokojený
- Po měsíci volá praktický lékař – klient chce předepsat tramadol, údajně na bolest zad, klienta doporučujeme poslat – u nás podrážděný, patrná intoxikace vším možným, edukace stran fungování v programu
- Počátkem 3 měsíce zvyšujeme dosi metylphenidátu na 30 mg pro die, kvůli nedostatečnému ovlivnění chutí, když jde na metadon, setkává se s lidmi, kteří mu nabízejí pervitin, obtížně to zvládá. Metadon 150 mg pro die.

# Kazuistika 2

## 3-5 měsíc

- Na konci 3 měsíce registrujeme opakované relapsy metamfetaminem, obj. zhoršený stav, metylphenidát navyšujeme na 60 mg denně; klient relapsuje i dalšími látkami, opioidy, benzodiazepiny; přecházíme na výdej léků 2x týdně
- Ve 4 měsíci je stav zhoršený téměř na úroveň stavu při přijetí, na problémy s klientem si stěžuje i metadonový program; pokoušíme se dát klientovi jasné hranice
- Následuje zlepšení, klient se stabilizuje, našel si partnerku (také UD), chce vysadit benzodiazepiny; Stanovujeme podmínku negativní toxikologie při pro další pokračování v programu
- V 5 měsíci opakovaně pozitivní toxikologie, signály o možné distribuci metylphenidátu dalším uživatelům

# Kazuistika 2

## Ukončení, současný stav

- Klient byl z programu vyloučen, resp. odešel po vzájemné dohodě
  - Klient odešel i z naší psychiatrické péče na vlastní žádost, vrátil se do péče ambulantního psychiatra, pokračoval v metadonovém programu
  - V době ukončení programu u nás jsme se dozvěděli ověřené informace o distribuci metylphenidátu spoluúčastníkům
- Po ukončení léčby u nás se stav klienta výrazně zhoršil
  - Zhoršení nepřičítáme pouze vysazení metylphenidátu, ale také rozvolnění kontaktu s klientem – práce s klientem byla poměrně intenzivní

# Co jsme vnímali jako významné u setrvavších klientů?

- Velikost dávky je zcela individuální
  - Expertem na stanování dose je klient sám, nejdůležitějším měřítkem je jeho subjektivní pocit
- Duševní komorbidita zvyšuje pravděpodobnost dobré odpovědi na léčbu
  - Speciálně ADHD, dystymie, depresivní porucha
  - Důsledná léčba komorbidních duševních onemocnění je nezbytná
- I dosažení jen částečné abstinence považujeme za úspěch
  - Za klíčovou považujeme sociální integraci a zvýšení kvality života
  - S problémy jsme se setkali nejčastěji v souvislosti s abusem alkoholu;
  - Relaps metamfetaminem obvykle nepřinesl zhoršení klinického stavu
- Nejvýznamnější změnu jsme zaznamenali v oblasti sociální stabilizace a sociální integrace klientů, subj. pak i ve zlepšení kvality života, omezení abusu dalších látek, omezení kontaktů s jinými UD

# Co jsme vnímali jako významné u vypadnuvších klientů?

- Nejčastějším důvodem vypadnutí byl nedostatečný efekt
- U všech bylo užívání metamfetaminu doprovázeno další závislostní problematikou – ve 4 případech abusus alkoholu, ve 2 případech patologické hráčství a v 1 případě paralelní nadužívání benzodiazepinů a opioidů
- Klienti této skupiny užívali metamfetamin typicky nárazově, v kratších jízdách a ve větších množstvích
- Klienti většinou efekt kontinuální stimulace hodnotili jako spíše nepříjemný a nedostatečně tlumil chuť na nárazové užití metamfetaminu
  - Na jejich styl užívání se hodí popis: „O víkendu pořádně zapařit a jít zase dál.“

# Souhrn 1

- Metylphenidát se jako látka jeví pro substituční léčbu jako použitelný
  - Podmínkou úspěchu je další péče, léčba komorbidit, psychosociální podpora
  - Zlepšení bylo signifikantní i tam kde se podařilo dosáhnout jen omezení užívání metamfetaminu
- Omezovací charakteristiky:
  - souběh užívání návykových látek,
  - nárazový styl usu metamfetaminu
- Podpůrné charakteristiky:
  - kontinuální užívání
  - ADHD, depresivní porucha
- Bez vlivu:
  - toxická psychóza



# Souhrn 2

- **Benefity:**
  - Stabilizace stavu,
  - omezení užívání návykových látek,
  - omezení v kontaktu s drogovou scénou,
  - vyšší frekvence kontaktů s nedrogovou populací,
  - lepší kontakt s rodinou a blízkými,
  - zlepšení kvality života
- **Rizika:**
  - Obchodování s látkou,
  - zdravotní komplikace spojené s nedisciplinovaností uživatele

# Děkuji za pozornost!

## Kontakt

MUDr. Jakub Minařík

Cadas SANANIM

Spálená 12, Praha 1, 110 00

[cadas@sananim.cz](mailto:cadas@sananim.cz)

222 925 245, 603 831 815



SANANIM

| [sananim.cz](http://sananim.cz) | [drogovaporadna.cz](http://drogovaporadna.cz) | [odrogach.cz](http://odrogach.cz) | [zavislost-info.cz](http://zavislost-info.cz)