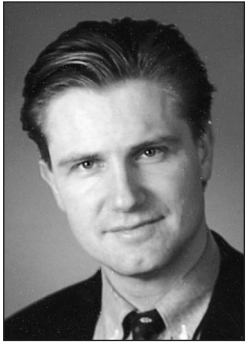


Notkun geðlyfja hjá börnum og unglungum

„Erum við að dópa niður börnin okkar?“



Bertrand Lauth

Þróun á notkun geðlyfja hjá börnum og unglungum og aukin þekking á þessu sérsviði innan læknisfræðinnar eykur vonina hjá lækni sem fæst daglega við að lina þjáningar sjúklings, bæta lífsgæði hans og draga eins og mögulegt er úr afleiðingum geðrænna sjúkdóma sem oft á tíðum eru alvarlegar ef þeir koma fram á þessum aldri (1).

Þróun þessi heyrir til mikilvægra framfara í meðferðar- og forvarnavinnu á sviði barna- og unglunga-geðlækninga, einkum þegar geðlyfjameðferðin er notuð sem viðbót við önnur meðferðarúræði (2, 3). Reynslan sýnir að lyfjameðferðin auðveldar og eykur virkni vinnu sérfræðinga á borð við sálfræðinga, hjúkrunarfræðinga, sjúkra- og iðjuþjálfara, félagsráðgjafa, talmeinafræðinga og svo mætti lengi telja.

Prátt fyrir miklar vísindalegar framfarir innan barnageðlæknisfræðinnar er erfitt að berjast gegn þeim miklu fordómum þegar kemur að geðlyfjagjöf hjá börnum; neikvæðar umræður í fjölmiðlum hafa því miður alltaf haft skaðandi áhrif fyrir unga sjúklinga okkar og fjölskyldur þeirra (4, 5). En heimikið hefur gerst á sviði geðlyfjafræðinnar fyrir börn og unglunga undanfarinn áratug. Endurskoðun alþjóðlegra greiningarkerfa, gerð og þróun mats-, skimunar- og greiningartækja, með bæði viðurkennda gagnsemi, áreiðanleika og staðfærslu, hafa leikið mikilvægt hlutverk, sem og talsverð aukning á klínískum rannsóknum um virkni geðlyfja hjá börnum og unglungum.

Marktækustu breytingarnar á heimsvísu hafa átt sér stað síðastliðin fimm ár hjá barna- og unglunga-geðlæknum (6); þar kemur til annars vegar aukið vægi geðlyfja í meðferð fyrir börn og unglunga og hins vegar tilkoma fjölmargra nýrra lyfja á markaðinn sem hafa augljósa kosti og minniháttar áhættu (7).

Því miður eru mörg lyf á markaðnum sem notuð eru í ríkum mæli hjá fullorðnum sem enn hafa ekki verið rannsökuð til hlítar eins og gera þyrfti ef vel ætti að vera fyrir sjúklinga undir átján ára aldri. Aukið og stýrt eftirlit með þeim og stórt úrtak væri nauðsynlegt til að sýna fram á með ótvíræðum vísindalegum hætti vikni þeirra, hættuleysi og þol hjá börnum og unglungum (8).

Margar rannsóknir hafa þó verið gerðar, meðal annars á stóru úrtaki, varðandi notkun barna á mismunandi geðlyfjum sem sýna augljóslega öryggi, virkni og gæði vissra lyfja (2, 3, 9).

Viðurkenning á geðlyfjum er gefin af amerísku matvæla- og lyfjaeftirlitsnefndinni (Food and Drug Administration) sem segir á afar skýran hátt hvaða geðlyf eru heimil fyrir börn og unglunga með hliðsjón af aldri sjúklinganna og ábendingum.

Þessar lyfjameðferðir eru kallaðar „standard“ þegar þær hafa hlotið náð hjá fyrrgreindu eftirliti en notkun á alls kyns lyfjum sem flokkast undir „off label“ eru í dag engu að síður að stórum hluta viðurkennd þegar nægar rannsóknir liggja fyrir; hér er um að ræða:

- notkun á efnum sem lyfið inniheldur fyrir yngri notendur en þá yngstu eins og ameríska matvæla- og lyfjaeftirlitsnefndin bendir á.
- notkun í öðrum ábendingum en þeim sem þegar hafa verið viðurkenndar.

Þetta viðhorf var kunnert og viðurkennt árið 1993 af ameríska læknafélaginu (American Medical Association) sem benti á að „lyfseðill fyrir lyfi sem flokkast undir „off label“ sé að öllu leyti réttlætanagerur ef notkunin hvílir á vísindalegum rökstuddum grunni og álitni sérfræðinga og ef gerðar hafa verið rannsóknir á því (controlled studies) (9).“

En þessi afstaða auðveldar ekki nema síður sé vinnu læknis sem oft lendir í því að kljást við fordóma annarra varðandi notkun geðlyfja hjá börnum og unglungum. Læknirinn lendir því í þeirri erfiðu og óréttlátu aðstöðu að þurfa að taka á sig ábyrgð sem ætti að hvíla á öðrum.

Greiningarvinna og skilgreining á markmiðum með lyfjameðferð

Hafa ber í huga að nákvæm sjúkdómsgreining þarf að fara fram hjá lækni áður en lyfjameðferð er ákveðin fyrir börn og unglunga. Hér er mælt með álitni sérfræðings sem þyrfti að hafa yfirsýn og skilning á andlegum veikindum barnsins og fjölskylduaðstæðum þess.

Slíkt vinnuviðhorf felur í sér að forðast ofnotkun geðlyfja, það er skrifa uppá lyf án þess að um greinileg geðvandamál sé að ræða hjá sjúklingi. Því miður felst hættan á ofnotkun einnig í þrúbeidni sumra foreldra fyrir uppáskrifum geðlyfja sem tengjast ekki endilega alvarlegum geðvandamálum hjá barni.

Því er afar mikilvægt að sérfræðingur vegi og meti af nákvæmni annars vegar barnið og hins vegar fjölskyldu þess og félagslega þætti. Upplýsingar frá öðr-

Höfundur er barna- og unglunga-geðlæknir, sérfræðingur á Barna- og unglunga-geðdeild (BUGL) Landspítala, Dalbraut 12, 105 Reykjavík.

um aðilum sem þekkja vel til barnsins, svo sem frá kennurum, skipta einnig miklu máli í þessu samhengi.

Hér er ráðlagt að ávallt sé stuðst við DSM-4 eða ICD-10 við sjúkdómagreiningu því sérfræðingur þarf að velja meðferðarúræði á vísindalegum grundvelli þar sem notast er við þessi greiningarkerfi. Ekki hvað síst skiptir þetta meginmáli þegar áform eru um notkun á „off label“ á lyfjum.

Tvennt ber að hafa hugfast hvað þetta varðar; annars vegar greiningu og hins vegar skilgreiningu á markmiðum með lyfjameðferð:

- Hægt er að taka dæmi með einkennum á borð við árásarhneigð sem getur tengst mörgum sjúkdómsgreiningum eins og gagntækri þroska-röskun, geðklofa, hegðunarröskun eða athyglisbresti með ofvirkni. Nú myndi lyfjameðferð í þessu tilviki, þar sem einblínt væri á árásar-gjarna hegðun, ekki vera sú sama; það færi eftir greiningu og einnig myndi lyfjagjöfin verka eða ekki verka á önnur einkenni sjúkdómsins.
- Ef litið er á einkenni á borð við athyglisbrest með ofvirkni væru væntingarnar þær að með örvandi lyfjum myndi einnig sjást bati hvað árásarhneigð varðar. Þegar litið er á einkenni eins og geðklofa myndi „neuroleptics“ lyf verka á ofskynjanir, eða „psychotisk“ einkenni, og stuðla þannig að bata á árásarhneigð.
- Aftur á móti gæti einhverft barn sýnt að einhverju leyti batamerki með lithium lyfi ef markmiðið væri að bæta sjálfskaðandi og árásar-gjarna hegðun þess, en lyfið myndi hugsanlega ekki hafa jákvæð áhrif á önnur einkenni (10).

Þróun einkenna/batahorfur

Lyfjameðferð er ætlað að virka og hafa áhrif á viss einkenni, svokölluð megineinkenni (Target Symptoms). Þau samsvara vanlíðan og þjáningum barna og valda breytingum á lífsgæðum þeirra og virkni bæði innan fjölskyldunnar og samfélagsins. Þegar meta skal áhrif lyfs á barn er að hægt að segja að matið hvíli á þremur mismunandi mættarstólþum; einkennum, greiningu og breytingum á virkni (Functional Impairment). En lækningar þarf vitanlega að endurskoða batahorfur og þróun einkenna í víðara samhengi í takt við erfiðleika barnsins og fjölskyldutengsl.

Læknirinn þarf að taka tillit til viðhorfa fjölskyldumeðlima sem og annarra er tengjast félagslegu og menningarlegu umhverfi barnsins þegar huga skal að geðlyfjameðferð og andlegum þjáningum barnsins. Þá spilar meðferðarsamband læknis, barns og fjölskyldu stórt hlutverk (11).

Læknisfræðilegt klínískt mat skiptir hér mestu máli en notkun á mælikvörðum er líka ráðlögð. Fjölmargir mælikvarðar eru til þegar meta skal einkenni, bæði notaðir af meðferðaraðilum og sem sjálfspróf fyrir barnið eða unglinginn, og hafa lengi verið viður-

kenndar aðferðir og verið notaðar um langt skeið. Þetta á bæði við þegar meta skal alvöru einkenna á borð við þunglyndi, maníu, geðklofa, kvíðaröskun, einhverfu, Tourette-sjúkdómminn, átröskun og athyglisbrest með ofvirkni.

Þegar meta skal á heildina litið þróun á einkennum og lífsgæði sjúklingsins eru einnig til aðrir mælikvarðar sem notaðir eru af meðferðaraðilum. Stuðst er við alla fyrrgreinda mælikvarða sem grunn fyrir lyfjameðferð og síðan aftur seinna á þeim tíma sem breytinga á einkennum er að vænta:

- Til dæmis þegar um þunglyndiseinkenni er að ræða og lyfjagjöf felst í þunglyndismedferð, þá er sígilt að halda að nýtt mat á einkennum sé ástæðulaust innan tveggja vikna frá upphafi lyfjameðferðar (nema ef sjúklingi versnar eða um sjálfsvígshættu væri að ræða). Þvert á móti þegar um er að ræða kvíðaröskun þar sem gefið er clonazepam, þá hefst virkni lyfsins tveimur til þremur dögum síðar (athuga að notkun clonazepam er óæskileg til lengri tíma hjá barni) (9).

Hvað sem öðru líður þá er reglan ávallt sú, hvort sem matið á þróun einkenna felur einfaldlega í sér álit sérfræðings eða viðurkenndum stöðluðum mælikvörðum, að byggja það á mismunandi upplýsingum (svo sem frá foreldrum, kennurum, sjúklingi sjálfum).

Lyfjameðferð og þroski barna og unglunga

Börn og unglingar þurfa stærri skammta af geðlyfjum miðað við líkamsþyngd en fullorðnir til að ná fram sömu virkni og magni lyfja í blóði. Þetta er hægt að útskýra með annars konar virkni lifrar og nýrna hjá börnum og unglungum samanborið við fullorðna. Því gerist það oft í reynd að sömu lyfjaskammtar í meðferð eru notaðir fyrir börn og unglunga og fullorðna.

Jatlow (1987) (12) benti á að þó hæfileiki líkamans til að brjóta niður og vinna úr lyfjum minnkaði jafnt og þétt alla barnæskuna þá dregur mun hraðar úr honum þegar kemur að kynþroskaaldri, og að niðurbrot lyfjanna verður sambærilegt og hjá fullorðnum einstaklingi þegar miðjum unglingsaldri er náð.

Þetta þýðir í raun að lækni þarf sérstaklega að vera á varðbergi gagnvart skyndilegum breytingum hjá sjúklingi á kynþroskaaldri til að geta gert aðrar ráðstafanir sem fyrst og breytingar á lyfjameðferð.

Þá er einnig oft sagt að barn bregðist öðruvísi við geðlyfjameðferð en fullorðinn, auðvitað vegna þeirra breytinga sem eiga sér stað í líkamlegum og andlegum þroska þess. Til að mynda segir Geller (1992) (13) að börn sem tekið hafa þunglyndislyfið nortriptyline þjáist mun sjaldnar af „anti-cholinergic“ aukaverkunum, til dæmis munnþurrk, sem fullorðnir kvarta oft undan.

Annað dæmi sem tengist þessu og þá ófullþroskaðri heilastarfsemi barna varðar „catecholamine“ kerfi sem nær einvörðungu fullum þroska á fullorð-

insárum. Þroski á þessu kerfi gæti útskýrt af hverju það dregur með svo mikilvægum hætti úr tíðni at-
hyglisbrests með ofvirkni á fullorðinsárum. Þá skal líka bent á að örvasandi lyf, öfugt við það sem gerist hjá eldri unglíngum og fullorðum, valda yfirleitt ekki ofsakæti og örlyndi hjá börnum.

Niðurlag

Geðlyfjagjöf sérfræðings kemur einungis til eftir að búið er að skoða og greina geðræn vandamál í víðu samhengi hjá barni eða unglíngi og fjölskyldutengsl þeirra, og er á engan hátt beint eða hugsunarlaust svar við beiðni af hálfu sjúklings eða fjölskyldu hans.

Allir þeir lækningar sem bera ábyrgð á börnum í starfi sínu eiga að fylgjast með mikilvægri þróun, hraðri sem nýrri, á sviði geðlyfjameðferða hjá börnum og unglíngum. Upplýsingaflæði til almennings tengt þessu efni er mjög viðkvæmt mál vegna for-
dóma og ætti ekki að vera á neikvæðum nóttum: um-
ræðan á að vera réttlát, gagnleg og varfærnisleg, í takt við tímann, og veita allar þær margvíslegu upplýsingar sem til eru, varðandi börn annars vegar og fullorðna hins vegar; forðast skyldi bæði ofureinföldun á svo viðkvæmu efni og að blanda öllu saman (4, 5).

Þegar lækningar ákveður notkun geðlyfja hjá börnum og unglíngum þarf hann að taka tillit til viðhorfa fjölskyldumeðlima sem og annarra er tengjast félagslegu og menningarlegu umhverfi barnsins. Þá spilar meðferðarsamband sem þróast milli læknis, barns og fjölskyldunnar stórt hlutverk og lækningarnar sem skrifar upp á geðlyf styðst auðvitað við það traust sem honum er sýnt. Þetta meðferðarsamband er afar dýrmætt og ætti aldrei að ráðast á það að óþörfu með neikvæðum greinaskrifum fagmanna sem ýta undir tor-
tryggni gagnvart okkar sérgrein. Barnageðlæknis-

fræði er í sífelldri þróun og íslenskir sérfræðingar eiga skilið traust af hálfu kollega sinna því þeir eru varkár-
ir og temja sér gagnrýna hugsun jafnframt því að sinna símenntun sinni af kostgæfni.

Heimildir

1. „Child and Adolescent Psychopharmacology“, Continuing Education Course, Massachusetts General Hospital, Dep. of Psychiatry Boston, 10.-12. mars, 2000.
2. „Pharmacologic Combination treatments in Child and Adolescent Psychiatry“. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Psychopharmacology Update Institute (Continuing Education Course), New York, January 29-30, 1999.
3. „Psychopharmacology in Difficult to treat Populations: Guidelines and Clinical Cases“. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Psychopharmacology Update Institute (Continuing Education Course), New-York, January 24-25, 2003.
4. Sigurðsson J.Á. „Faraldur kvíðans“, Helgarblað DV, laugardag 18. janúar, 2003, s. 1, 34, 39.
5. Sigurðsson J.Á. „Is ADHD over or underdiagnosed?“ Fyrirlestur á málþingi Barnageðlæknafélags Íslands á Læknadögum, 17. janúar 2003.
6. Sigurðardóttir D, Baldursson G. „Medications and Treatment Practice in ADHD“. Fyrirlestur á málþingi Barnageðlæknafélags Íslands á Læknadögum, 25. janúar 2002.
7. Gillberg C. (Ed.) „Child and Adolescent Psychopharmacology“. European Child and Adolescent Psychiatry 2000; 9 (suppl 1.)
8. Lauth B. „Les Traitements Psychotropes chez l'Enfant et l'Adolescent“. Fyrirlestur á málþingi geðlækna PSYGE, Créteil, France, 4. maí 2002.
9. Green WH. „Child and Adolescent Clinical Psychopharmacology“. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2001.
10. Kutcher S. „Practical Clinical Issues Regarding Child and Adolescent Psychopharmacology“. In: Martin A, Scahill L, (Eds.). Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America-Psychopharmacology, 9; 1: January 2000.
11. Epelbaum C. „Place des psychotropes en psychiatrie infantile“. In: Ferrai P (Ed.), Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Paris, Flammarion, 1993: 532-52.
12. Jatlow PI. „Psychotropic drug disposition during development.“ In: Popper C (Ed.). Psychiatric Pharmacosciences of children and adolescents, Washington DC, American Psychiatric Press, 1987, 27-44.
13. Geller B, et al. „Pharmacokinetically designed double-blind placebo-controlled study of nortriptyline in 6- to 12-year-olds with major depressive disorder.“ J Am Acad Child Adole Psychiatry 1992; 31; 34-44.

Til allra lækna á Landspítala Viðhorfskönnun

AÐ FRUMKVÆÐI stjórnar lækna ráðs Landspítala (LSH) verður gerð viðamikil viðhorfskönnun meðal lækna á LSH. Könnunin tekur til starfsumhverfis, starfs, stjórnunar, kennslu, rannsóknna og fleira.

Öllum læknum verður sendur spurningalisti og þess eindregið vænst að þeir sjái sér fært að taka þátt í þessari könnun og svari spurningum þeim sem listinn hefur að geyma. Þótt spurningarnar séu margar eru þær auðskiljanlegar og tekur ekki langan tíma að svara þeim öllum.

Kristinn Tómasson yfirlæknir Vinnueftirlits ríkisins ásamt með starfs- og gæðanefnd lækna ráðs LSH undir forystu Hauks Hjaltasonar læknis hafa útbúið spurningalistann. Starfsfólk Vinnueftirlitsins mun vinna úr gögnum og greina niðurstöður könnunarinnar. Þær verða sendar stjórn lækna ráðs sem mun

birta öllum læknum niðurstöðurnar sem og öðrum þeim sem ástæða þykir til.

Rannsókn þessi nýtur fjárhagslegs stuðnings Læknafélags Íslands og Læknafélags Reykjavíkur.

Því einu er við þetta að bæta að mikil þátttaka er áriðandi og niðurstöðurnar gætu orðið þýðingarmiklar fyrir lækna og gagnlegar stöðu þeirra og starfi og þar með starfsemi og stjórnun LSH. Starfsemi sjúkrahússins byggist á hinni læknisfræðilegu þekkingu og stjórnun þess ætti því og skyldi umfram annað taka mið af þeirri staðreynd með tilliti til starfsþáttanna: þjónustu, kennslu, þjálfunar, rannsókna og grunnvísinda.

Sverrir Bergmann

Formaður lækna ráðs Landspítalans