

Sławomir Murawiec

ETAPY PROWADZENIA FARMAKOTERAPII DEPRESJI - SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE
(DONIESIENIE WSTĘPNE)

SUCCESSIVE PHASES OF PHARMACOLOGICAL TREATMENT IN DEPRESSION -
REMARKS FROM CLINICAL PRACTICE

Centrum Zdrowia Psychicznego, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Kierownik: dr n med. Katarzyna Prot-Klinger

Streszczenie

Omówiono własne spostrzeżenia kliniczne autora dotyczące leczenia osób z depresją, z punktu widzenia subiektywnych aspektów leczenia. Wybór właściwego leku przeciwdepresyjnego oraz następująca po jego podaniu poprawa kliniczna nie jest tożsama z całością procesu terapeutycznego. Proces terapii ma swoje specyficzne i dające się wyodrębnić fazy. Pierwsze z tych faz mają miejsce jeszcze przed formalnym rozpoczęciem terapii. Natomiast po rozpoczęciu terapii szczególne znaczenie mają następujące fazy: faza ostatecznej decyzji pacjenta o przyjęciu leku, faza wczesnej reakcji psychologicznej pacjenta na odczuwaną przez niego poprawę samopoczucia i faza później reakcji psychologicznej na leczenie.

Abstract

The paper presents author's experiences from the clinical practice of pharmacological treatment of depressive patients. This experiences are summarized from the point of view of subjective aspects of treatment. The choice of proper medication and a patient's symptomatic improvement are only two parts of treatment processes. There are more phases of successful treatment. Initial phases are present even before its beginning. During the course of pharmacotherapy some phases are of great importance: the phase of a patient's ultimate decision to start the medication, the phase of early psychological adaptation to experienced improvement, and the phase of late psychological adaptation to the process of treatment and its consequences.

Słowa klucze: depresja, farmakoterapia, psychologia

Key words: depression, pharmacotherapy, psychology

Wstęp

Farmakoterapia jest istotnym i powszechnie stosowanym elementem leczenia zaburzeń psychicznych. W terapii niektórych zaburzeń odgrywa rolę wiodącą, w innych jest uzupełnieniem psychospołecznych metod leczenia. Wiedza na temat psychofarmakoterapii jest istotną składową wykształcenia psychiatrycznego i z tego względu powinna być jak najbardziej pełna i wielowymiarowa. Przedmiotem większości artykułów dotyczących farmakoterapii w medycynie jest właściwy wybór leku i jego dawki w określonym schorzeniu lub konkretnej postaci klinicznej tego schorzenia. Jeśli wziąć jako przykład depresję, to prace naukowe, zalecenia ekspertów oraz przewodniki farmakoterapii podają jakie leki można zastosować w przypadku depresji, w jakich dawkach, w jakim okresie, jakie badania dodatkowe należy wykonać w trakcie leczenia. I jest to niewątpliwie wiedza podstawowa, niezbędna, bez której prowadzenie skutecznego leczenia jest zupełnie niemożliwe. Jednak z drugiej strony, zagadnienie to nie wyczerpuje całości tematu prowadzenia skutecznej farmakoterapii. Mówiąc językiem kolokwialnym - tego rodzaju literatura mówi, co włączyć do leczenia. Ale nie w pełni odpowiada na inne pytanie: jak włączyć to do leczenia u konkretnego pacjenta oraz jak to leczenie dalej prowadzić?

W związku z tym w podręcznikach i opracowaniach dotyczących farmakoterapii brakuje pewnego rodzaju podrozdziałów, mówiących jak w praktyce dane leczenie może być wdrożone, zaproponowane, jakie są fazy tego leczenia, jakie trudności można napotkać.

Istnieje pewnego rodzaju nieporozumienie, które można byłoby wywieść z pewnego wyjściowego uproszczenia - mówiącego, że jeśli podamy właściwy lek to już "wszystko będzie dobrze" - ale jego skutki przekraczają wyłącznie pojęcie uproszczenia. Uproszczenie to sprowadza bowiem złożony proces leczenia do kwestii trafnego doboru leku.

Wybór, podanie właściwego leku w odpowiedniej dawce jest tylko najważniejszym, ale wyjściowym elementem łańcucha zdarzeń w prowadzeniu psychofarmakoterapii. Dobór leku jest oczywiście kluczowy. Ale pojawia się tu pewien czynnik, który wskazuje na to, że decyzja o wyborze leku, chociaż ma znaczenie podstawowe, nie jest jednak jedyną decydującą o skuteczności farmakoterapii.

Drugi istotny czynnik ukrywa się pod wielowymiarowym hasłem współpracy w leczeniu.

Znaczenie czynników psychologicznych i subiektywnych w farmakoterapii

Temat współpracy w leczeniu farmakologicznym jest szeroko omawiany i dyskutowany w piśmiennictwie psychiatrycznym. Wyczerpująco omawiają ją Leo i wsp [1]. Autorzy ci wskazują, że współpraca pacjentów w leczeniu farmakologicznym jest przeciętnie oceniana na 50% procent. Oznacza to, że nawet, jeśli trafnie dobierzemy lek, połowa pacjentów z różnych względów samowolnie go odstawi.

Także w polskim piśmiennictwie medycznym zagadnienie to było szeroko uwzględniane, co znalazło wyraz w opublikowanych monografiach i monograficznych numerach czasopism poświęconych tej tematyce [2, 3]. Wiązą się z nim również zagadnienia tzw. subiektywnej odpowiedzi na leczenie [4-14], badanej bardzo intensywnie zwłaszcza w odniesieniu do schizofrenii. Najbardziej szczegółowe i dogłębne analizy znaczenia leczenia w kontekście psychologicznym są podejmowane przez autorów psychoanalitycznych, między innymi we Francji [15-18], Stanach Zjednoczonych [19-23], Kanadzie [24], a także w Polsce [25-28].

Kwestie te mają znaczenie w codziennej praktyce klinicznej. Jeśli wziąć pod uwagę fakt, że istnieją pacjenci, którzy tak bardzo boją się ewentualności przyjmowania leków, że nie zgłoszą się na wizytę; pacjenci, którzy zgłoszą się na wizytę, ale nie wykupią przepisanej im recepty; tacy, którzy po zapoznaniu się z ulotką leku nie wezmą nawet jednej tabletki oraz pacjenci, którzy przerywają leczenie zanim będzie miało szansę zadziałać (na przykład po przyjęciu pierwszej tabletki) - to możemy zauważyć, że choć trafny dobór leku jest podstawą skutecznego leczenia, to skuteczne leczenie nie polega wyłącznie na trafnym doborze leku. W takim ujęciu nawet jeśli trafnie dobierzemy lek, to jest to dopiero etap w dłuższej historii prowadzenia farmakoterapii u danego pacjenta.

Etapy leczenia farmakologicznego w praktyce klinicznej

Proces poprawy w wyniku leczenia jest wielostopniowy, nie przebiega na zasadzie zero-jedynkowej: są objawy-nie ma objawów. Co najmniej dwa etapy leczenia mają tu kluczowe znaczenie. Pierwszy etap to wywołane przez lek ustępowanie objawów, które jednakże przez pacjentów często spostrzegane jest inaczej niż przez lekarzy. Jeśli leczymy depresję, to trafnie rozpoznając zespół depresyjny wyodrębniamy jego poszczególne cechy, takie jak: obniżenie nastroju, obniżenie napędu, anhedonia, zaburzenia snu i rytmów dobowych, lęk. Ale te objawy, w takim ujęciu, istnieją dla rozpoznającego depresję lekarza. Dla pacjenta istnieje poczucie bezsensu własnego życia, poczucie braku perspektyw, bycia ciężarem dla rodziny, dolegliwości somatycznych. W naszej perspektywie w trakcie skutecznego leczenia ustępują objawy. W perspektywie osoby leczonej zmienia się samopoczucie, powraca radość, odnawiają się kontakty z bliskimi, powraca chęć do życia, powraca poprzednio znane samopoczucie, ustępują bóle fizyczne. W związku z tym rozpoczyna się drugi etap leczenia - dostosowywanie się do subiektywnie odczuwanych zmian. Ten drugi etap decyduje ostatecznie o powodzeniu leczenia, jest bowiem kluczowy dla decyzji o dalszym przyjmowaniu leku.

Poniżej zaproponowano podział procesu leczenia na pewne etapy. Podział ten odnosi się wyłącznie do najczęściej leczonych w praktyce ambulatoryjnej pacjentów z dolegliwościami z kręgu lękowo-depresyjnego. Nie odnosi się on do leczenia pacjentów ze schizofrenią, manią, otępieniami,

zaburzeniami osobowości czy uzależnieniami. Proces leczenia w tych innych zaburzeniach ma inną dynamikę i napotyka inne trudności. Zaproponowany podział na fazy leczenia nie pretenduje do "jedynej słuszności", jest raczej propozycją, która ma zwrócić uwagę na fakt, że leczenie farmakologiczne jest złożone i wielowymiarowe.

Niżej opisane spostrzeżenia kliniczne powstały w trakcie ambulatoryjnej terapii farmakologicznej pacjentów depresyjnych. Inspiracją do ujęcia ich w prezentowanym tu kontekście były badania własne nad subiektywnymi aspektami leczenia farmakologicznego prowadzone w III Klinice Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii oraz prace opublikowane przez autorów o orientacji psychoanalitycznej, zwłaszcza przez Geralda Sarwer-Fonera, których omówienie zawarto w innej pracy [23].

Początek leczenia ma miejsce jeszcze zanim osoba cierpiąca trafi do lekarza. Na te fazy leczenia wpływ lekarzy jest wyłącznie pośredni, poprzez kształtowanie postaw na temat psychiatrii, akcje edukacyjne, artykuły w prasie, informacje w mediach. Wagę tego etapu unaoczniają takie kampanie społeczne jak: Lecz Depresję [29], Otwórzcie Drzwi [30] czy Odnaleźć Siebie [31]. W wyniku działań medialnych z nimi związanych zmienia się społeczne nastawienie do psychiatrów i leczenia psychiatrycznego, co pozwala wielu osobom na poszukanie adekwatnej do ich problemów pomocy. Są to fazy leczenia jeszcze bez samego aktywnego leczenia, ale często w ogóle umożliwiające jego podjęcie.

Fazy leczenia farmakologicznego:

I. faza zbierania informacji i "prób biologicznych"

II. faza wyobrażeń, oczekiwań i lęków

III. wizyta

IV. faza "zatrzymanego czasu"

V. faza lęków przed otruciem lub nadziei na nakarmienie

VI. faza obserwowania u siebie zmian

VII. faza adaptacji do zmian - wczesna

VIII. faza adaptacji do zmian w późniejszym okresie

Faza I to faza zbierania informacji i obserwowania znanych sobie osób, o których wiadomo, że są leczone. Źródłem informacji mogą być ulotki, prasa, środki masowego przekazu, a często przede wszystkim Internet. Ale nie tylko takie "bezosobowe" źródła wiedzy mają znaczenie. Często ważny jest tu wymiar osobistego kontaktu, na przykład osobistego spotkania z kimś, kto był leczony.

Informacje przekazane w takim osobistym kontakcie są oczywiście niezwykle ważne dla dalszych decyzji osoby wahającej się co do podjęcia leczenia.

Czasami osoba, która nie decyduje się jeszcze na podjęcie leczenia, "deleguje" kogoś ze swego otoczenia, aby je podjął i obserwuje efekty tej swoistej "próby biologicznej".

Faza II. W okresie poprzedzającym wizytę u lekarza następuje skumulowanie wyobrażeń, oczekiwań i lęków związanych z leczeniem, wyobrażeniami na temat psychiatrii, osób chorych psychiatrycznie, leczenia psychiatrycznego, leków psychotropowych itd. Może ona się niekiedy wiązać z formułowaniem bardzo konkretnych oczekiwań, typu zgody na psychoterapię i formułowaniem a priori absolutnego odrzucenia możliwości przyjmowania leków psychotropowych. W fazie tej następuje krystalizacja tych wartości, które są dla pacjenta kluczowe i które chciałby ochronić w trakcie leczenia. Taką wartością mogą być na przykład funkcje intelektualne. Wtedy pacjenci mogą zgodzić się na przyjmowanie leku pod warunkiem, że wartość ta zostanie ochroniona (np. pod warunkiem, że lek nie będzie miał niekorzystnego wpływu na sprawność intelektualną).

Temat wizyty u psychiatry wymagałby oddzielnej pracy i nie będzie tu poruszany, choć oczywiście przebieg wizyty u lekarza ma kluczowe znaczenie. Dla potrzeb niniejszego opracowania przyjęto jednak, że wizyta miała przebieg pomyślny, lek i jego dawka oraz sposób podawania zostały dobrze dobrane a zasady jego przyjmowania zostały przedstawione pacjentowi w sposób staranny i zrozumiały.

Kolejna faza leczenia, następująca bezpośrednio po wizycie u lekarza, nie jest obecna zawsze, ale dość często. Jeszcze przed przyjęciem leku i rozpoczęciem leczenia ma miejsce okres kilku dni (czasami tygodni) zanim pacjent zakupi lek i przyjmie pierwszą jego dawkę. Tak jakby cały wysiłek emocjonalny i decyzyjny związany z leczeniem ulegał na pewien czas zawieszeniu przed przejściem do kolejnego etapu.

Następna faza jest często fazą albo nadziei albo nasilonego lęku. Jest związana ze zjawiskami tradycyjnie związanymi z przyjmowaniem leku. Po pierwsze lek jest przyjmowany oralnie. Po drugie, większość leków jest przyjmowana w sposób regularny jak jedzenie. W związku z tym jego przyjmowaniu może towarzyszyć dwojakiego rodzaju wyobrażenie: o byciu karmionym lub o byciu trutym [19]. Wyobrażenie o przyjmowaniu czegoś dobrego, pomocnego i karmiącego jest bardziej związane z dobrą współpracą w leczeniu. Wyobrażenia na temat bycia trutym i leku jako trucizny mogą być związane albo z nasileniem lęku na początku leczenia, albo z przerwaniem terapii.

Bardzo wielu pacjentów ujawnia tego typu wyobrażenia, często znajdujące swoje upostaciowanie w nawiązaniu do treści ulotek informacyjnych o lekach. W takich sytuacjach pacjenci czytają ulotkę i w ich wyobrażeniu lek staje się równoznaczny z groźną, zagrażającą im trucizną. W innych wypadkach pierwsza tabletką powoduje nieoczekiwane, nasilone działania niepożądane, które zdaniem pacjenta dowodzą jej szczególnie niekorzystnych właściwości. Pamiętać należy, że przyjmowanie leku jest równoznaczne z pozwoleniem, aby jakaś substancja otrzymana od innej

osoby, zmieniała funkcjonowanie organizmu i samopoczucie poprzez swoje właściwości, a poza kontrolą przyjmującego lek. W tej sytuacji bardzo łatwo mogą się ujawniać postawy paranoidalne, nieufność, potrzeba kontroli, uczucie zagubienia czy zagrożenia.

Po zaobserwowaniu zmian swojego samopoczucia oraz zmian we własnym zachowaniu i możliwościach aktywności, pacjent adaptuje się do tych zmian (wczesna faza adaptacji). Adaptacja do nich dotyczy także otoczenia pacjenta. Proces ten przebiega w sposób prostszy, jeśli zmiana wywołana przez działanie leku jest interpretowana jako powrót do przedchorobowego poziomu funkcjonowania. Ocena, że ktoś jest teraz taki, jak był kiedyś, przeważnie związana jest z powrotem danej osoby do poprzedniego sposobu przeżywania i funkcjonowania i brakiem oporu wobec takiej zmiany ze strony otoczenia. Jeśli jednak występują jakieś zmiany, które nie odpowiadają temu "co już było", pacjent i jego otoczenie mogą się do tego zaadaptować, albo mogą mieć z tą adaptacją trudność. Jeśli proces adaptacji do zmian wywołanych działaniem leku jest zakłócony lub nie przebiega pomyślnie, to pacjent może podjąć decyzję o przerwaniu leczenia [32].

Z pewnym opóźnieniem, na bazie pomyślnego przebiegu poprzednich faz leczenia podejmowane są nowe aktywności: zawodowe, towarzyskie, czasami twórcze, czasami jest to decyzja o zmianie sposobu życia, przeprowadzce, podjęciu nauki, zmianie pracy itp. Są one możliwe dzięki skutecznemu leczeniu i poprawie funkcjonowania pacjenta w różnych sferach. Są one także związane z działaniem leku i często także przez samych pacjentów wiązane z lekiem jako czynnikiem zapewniającym subiektywne poczucie bezpieczeństwa, stabilności i przewidywalności własnego samopoczucia. Może to, w przypadku takiej interpretacji, stawać się czynnikiem umożliwiającym, w przekonaniu pacjenta, podejmowanie tych zmian.

Podsumowanie

Praktyczne znaczenie dostrzegania i rozpoznawania opisanych faz leczenia jest bardzo duże, warunkuje bowiem jakiejkolwiek interwencje w opisany proces. Kilka kluczowych momentów, wobec których należy zachować szczególną czujność w trakcie prowadzenia farmakoterapii to moment inicjowania leczenia, pojawienie się lęków prześladowczych po jego zainicjowaniu oraz zmiany adaptacyjne pacjenta i jego otoczenia w odpowiedzi na stosowaną farmakoterapię.

W momencie inicjowania leczenia warto rozpoznać, jakiego rodzaju lęki i wyobrażenia wnosi w tę sytuację pacjent. Istnieje bowiem ryzyko, że jeśli nie zostaną one omówione, to pacjent leczenia nie podejmie (np. wyjdzie z wizyty z receptą, ale jej nie wykupi).

Dostrzeżenia i podjęcia próby dopomożenia pacjentowi w ich przezwyciężeniu wymagają także lęki dotyczące szkodliwości działania leków. Duże znaczenie może tu mieć wyodrębnienie poszczególnych obaw i próba ich systematycznego omówienia. Istotną rolę mogą tu odegrać obiektywne materiały edukacyjne (informatory dla pacjentów), ponieważ pacjenci często wierzą

słowu pisanemu i może ono zmniejszać ich obawy. Wymagana jest oczywiście pełna spójność informacji przekazywanych pacjentowi werbalnie z treścią tych informatorów.

W odniesieniu do adaptacyjnych zjawisk po włączeniu leczenia należy zwrócić uwagę na subiektywne znaczenie efektów działania leku w odbiorze pacjenta. Dla niektórych pacjentów działanie to może mieć znaczenie wzmacniające ego (poczucie siły, kompetencji, radzenia sobie). Takie osoby raczej współpracują w leczeniu. W innych przypadkach lek może być jednak spostrzegany jako odbierający jakąś ważną dla pacjenta wartość np. poczucie autonomii i radzenia sobie samemu w życiu (kontrolowania własnego życia). Taka osoba może odczuwać pomocne działanie leku jako dowód, że sama sobie nie radzi. Istnieje wówczas niebezpieczeństwo podjęcia próby samowolnego odstawiania leku w celu odzyskania poczucia kontroli nad własnym życiem, zagrażające oczywiście nawrotem objawów, wobec których lek okazał się skuteczny.

Piśmiennictwo

1. Leo RJ, Jassal K, Bakhai YD. Niestosowanie się do zaleceń dotyczących terapii psychofarmakologicznych w grupie osób z zaburzeniami psychicznymi. *Psychiatria po Dyplomie*. 2006; 3: 43-49.
2. Jarema M. red. Leczenie farmakologiczne w schizofrenii. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków; 1999: 65-79.
3. *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii*. 1999; 4:5-21.
4. Awad AG, Hogan TP. Early treatment events and prediction of response to neuroleptics in schizophrenia. *Prog. in Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*. 1985; 9, 585-588.
5. Awad AG, Hogan TP. Drug therapy in schizophrenia-Prediction of outcome [Abstract]. *Schizophr. Res.* 1988; 1: 1222.
6. Awad AG. Quality of life of schizophrenic patients on medications and implications for new drug trials. *Hosp. Comm. Psychiatr.* 1992; 43, 3: 262-265.
7. Awad AG. Subjective response to neuroleptics in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1993; 19, 3: 609-617.
8. Awad AG, Hogan TP. Subjective response to neuroleptics and the quality of life: implications for treatment outcome. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994, 89 (suppl. 380): 27-32.
9. Awad AG, Voruganti LNP, Heslegrave RJ, Hogan TP. Assessment of the patient's subjective experience in acute neuroleptic treatment: implications for compliance and outcome. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 1996; 11 (suppl. 2): 55-59.
10. Hogan TP, Awad AG, Eastwood R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychol. Med.* 1983; 13: 177-183.
11. Hogan T.P., Awad A.G.: Subjective response to neuroleptics and outcome in schizophrenia: a re-examination comparing two measures. *Psychol. Med.* 1992,22,347-352.

12. Awad AG, Naber D.: Neuroleptic dysphoria 50 years later. *Acta Psychiatr. Scand.* 2005; 111 (suppl. 427): 5.
13. Voruganti LP, Awad AG. Brain imaging research on subjective responses to psychotropic drugs. *Acta Psychiatr. Scand.* 2005; 111 (suppl. 427): 22-28.
14. Marder SR. Subjective experiences on antipsychotic medication: synthesis and conclusions. *Acta Psychiatr. Scand.* 2005; 11 (suppl. 427): 43-46.
15. Widlöcher D. Depression et anxiété. *Revue Française de Psychanalyse. Les psychotropes sur le divan.* 2002; 66: 409-422.
16. Kapsambelis V, Gekiere C, Ginestet D. Clinical classification of neuroleptics. Critical study and current prospects. *Encephale.* 1990; 16, 2:63-70.
17. Kapsambelis V. Formulations psychanalytiques des effets neuroleptiques. *Revue Française de Psychanalyse. Les psychotropes sur le divan.* 2002; 66: 447-464.
18. Resnik S. Psychological and pharmacological medication in psychoanalysis, with particular reference to psychosis. *Arch. Psychiatr. Psychother.* 2004; 6: 49-60.
19. Tutter A. Medication as object. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 2006; 54 (3): 781-804.
20. Ostow M. *Drugs in psychoanalysis and psychotherapy.* Basic Books; New York: 1962.
21. Sarwer-Foner GJ. The relationship between psychotherapy and pharmacotherapy: An introduction. *Am. J. Psychother.* 1993; 47: 387-391.
22. Gottlieb R. A psychoanalytic hypothesis concerning the therapeutic action of SSRI medications. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 2002;50: 969-971.
23. Medication and Psychoanalysis. *W: J. Am. Psychoanalytic Assoc.* 2006; 54, 3.
24. Awad GA. The effects of medication on the psychoanalytic process. The case of selective serotonin reuptake inhibitors. *The psychoanalytic study of the child.* 2001; 56: 263-285.
25. Murawiec S. Psychodynamiczne aspekty działania leków psychotropowych według koncepcji G.J. Sarwera-Fonera. *Psychoterapia* 2004; 1, 128: 67-75.
26. Murawiec S. Lek jako obiekt relacji - opis przypadku. *Psychiatr. Pol.* 2004; 38: 707-717.
27. Murawiec S. Psychologiczne uwarunkowania samowolnego przerwania leczenia atypowym neuroleptykiem - opis przypadku. *Psychiatr. Pol.* 2000; 34: 289-298.
28. Namysłowska I. Kontakt terapeutyczny z osobą chorą na schizofrenię. *Post. Psychiat. Neurol.* 2006; 15: 137-141.
29. <http://www.leczdepresje.pl/>
30. <http://www.otworciedzdrzwi.pl/>
31. <http://www.odnalezcsiebie.pl/>
32. Murawiec S. Dwie fazy występujące w klinicznej praktyce stosowania leków w psychiatrii. *Wiadom. Psychiatr.* 2006; 9: 241-245.

Adres autora:

Dr n med. Sławomir Murawiec

Centrum Zdrowia Psychicznego, Instytut Psychiatrii i Neurologii

Al. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa

e-mail: murawiec@ipin.edu.pl