

Sławomir Murawiec
Centrum Terapii Dialog

Leki przeciwpsychotyczne II generacji w iniekcjach o przedłużonym działaniu w polu skojarzeniowym psychiatrii

Second generation antipsychotics long-acting injections in the psychiatrist's associations field

Abstract

Any new medication or new treatment option must appear in psychiatrist's mind before its implementation in clinical practice. That means it must appear also in the context of associations and experiences that have been achieved previously. This context in the case of second generation antipsychotics long acting injections is constituted in some degree by association with depot neuroleptics and the image of patients with chronic course of schizophrenia, with deficit symptoms and poor treatment adherence. It can be cause of confrontation in psychiatrist's mind two set of images, one connected with this kind of patients and second of patients in firsts years of treatment and even patients with first episode psychosis. The latter group is recognized as suitable for treatment with new injectable antipsychotics. This field of associations can also include assumptions that patients will not accept long acting injections and large proportion of patients are never offered this treatment and associations of injection with the disease of particular strength and poor prognosis. Those can be reassured by the medication features as well as official rules and restriction in their use in clinical practice. The countertransference not-prescribing may require some conscious effort from the psychiatrist to become aware of one's own associations connected with depot/long acting injections.

Psychiatria 2014; 11, 1: 23–28

key words: schizophrenia, long acting injectable antipsychotics, associations, countertransference

Wstęp

Jeśli do stosowania praktycznego wprowadza się nowy lek, grupę leków lub nową metodę terapeutyczną, to zanim zostaną one zastosowane w praktyce klinicznej najpierw muszą pojawić się w umyśle lekarza, który ma je zastosować u swoich pacjentów. Mogłoby się przy tym wydawać, że wprowadzenie do użytku klinicznego nowego leku opiera się wyłącznie na uzyskaniu przez lekarza pewnej naukowej, obiektywnej wiedzy na temat jego nazwy, wskazań, dawkowania, potencjalnych zastosowań, działań niepożądanych, ceny, obecności (lub braku) refundacji, lub innych informacji obecnych w charakterystyce produktu, zaleceniach ekspertów

i w zakresie aspektów farmakoekonomicznych. Tak jednak nie jest, a przynajmniej nie jest to tak proste, jak moglibyśmy myśleć, opierając się wyłącznie na uproszczonych racjonalnych przesłankach.

Trzeba bowiem zauważyć, że pojawienie się nowego leku lub grupy leków umiejscawia się od samego początku w kilku kontekstach. Te konteksty to między innymi prosty fakt, że pacjenci cierpiący na dane schorzenie istnieli już poprzednio, zanim pojawił się nowy lek, i lekarz musiał posiadać wiedzę oraz umiejętności na temat ich leczenia przy zastosowaniu dotychczas istniejących środków i narzędzi terapeutycznych. Nowy lek lub leki wchodzą w tej sytuacji w kontekst dotychczasowej wiedzy i sposobów leczenia. Pytanie, które lekarz może postawić od razu, brzmi: „czy wnoszą coś nowego?” Być może z tego wynika nierzadkie zjawisko zastosowania nowoprowadzanych leków najpierw u pacjentów

Adres do korespondencji:
dr n. med. Sławomir Murawiec
Centrum Terapii Dialog
ul. Stryjeńskich 19, lok. 18U, 02–791 Warszawa
e-mail: smurawiec@gmail.com

lekoopornych, takich u których dotychczasowe sposoby terapii zawiodły. Takie zastosowanie leku stanowi próbę wprowadzenia go właśnie w kontekst dotychczasowych doświadczeń („skoro tamte leki nie pomagają, zobaczymy, czy ten nowy lek jest rzeczywiście taki świetny”). Wynik takiej próby może stanowić podstawę nie zawsze w pełni uprawnionych uogólnień — jeśli nowy lek okaże się skuteczny, to lekarz może się do niego „przekonać” pomimo faktu, że większość osób leczonych z danym rozpoznaniem nie jest lekooporna jak ten jeden wybrany pacjent. Jeśli nowy lek okazuje się nieskuteczny, to także przecież nie znaczy, że nie będzie skutecznym u większości pacjentów, u których może być zastosowany, a okazał się nieprzydatny u szczególnego, wybranego, niereagującego na dotychczasowe i nowe leczenie chorego.

Każdy nowy lek i nowa metoda terapeutyczna sytuują się także pomiędzy tym „co stare, dobre i sprawdzone” i „nowe”, a więc potencjalnie „niepewne”. Poszczególne osoby, w tym także lekarze, różnią się przy tym usytuowaniem na skali większej lub mniejszej naturalnej, osobowościowej tendencji do wypróbowywania nowych metod leczenia lub przywiązania do dotychczas istniejących i uznawanych za bezpieczne (bo znanych i wielokrotnie stosowanych). We własnej praktyce napotykałem wielokrotnie sytuacje, w których, zastanawiając się nad zastosowaniem po raz pierwszy nowego leku u pacjentów z określonym rozpoznaniem, dowiadywałem się od kolegi, że ma już on szerokie doświadczenia z tym nowym lekiem i zauważył pewne jego efekty i działania niepożądane lub posiada inne spostrzeżenia. Zapewne też ważnym kontekstem jest oczekiwanie na wprowadzenie nowych, przełomowych sposobów leczenia, które jest udziałem wielu lekarzy. To pragnienie pojawienia się takich sposobów leczenia lub leków, które zmienia zastaną rzeczywistość, zmieniają przebieg danego zaburzenia, dokonają takiego przełomu, jaki niekiedy miał miejsce w wielu dziedzinach medycyny (jak pojawienie się szczepień przeciw chorobom zakaźnym lub w nie tak dawnej przeszłości nagłe odkrycie, że wrzody śluzówki żołądka i dwunastnicy w większości przypadków powoduje czynnik zakaźny *Helicobacter pylori*, co zmieniło podejście terapeutyczne do ich leczenia). Pragnienie przełomu, nowego otwarcia zawsze ma jednak drugą stronę medalu — pragnienia zachowania dotychczasowych sposobów postępowania, ugruntowanych i sprawdzonych metod, zapewniających poczucie bezpieczeństwa nawyków.

Jeszcze bardziej złożona sytuacja dotyczy nowo wprowadzanych leków o przedłużonym działaniu, stosowanych w leczeniu schizofrenii (risperidon w iniekcjach o przedłużonym działaniu, olanzapina w iniekcjach o przedłużonym działaniu; wkrótce zapewne pojawią się

nowe leki o tej formie podawania). Aby wyjaśnić, czemu ta sytuacja jest tak złożona, chciałbym odwołać się do dwóch własnych doświadczeń:

- leki przeciwpsychotyczne drugiej generacji weszły do praktyki klinicznej w kontekście uprzednio stosowanych leków neuroleptyków klasycznych w postaciach *depot*;
- leki przeciwpsychotyczne drugiej generacji weszły do praktyki klinicznej także w kontekście wcześniejszego ich stosowania w formie doustnej.

Rozpoczynając pracę zawodową jako psychiatra wielokrotnie widziałem stosowanie leków neuroleptycznych w formie *depot* przez osoby bardziej doświadczone zawodowo i na tej podstawie powstało moje wyobrażenie, u kogo leki te mogą być stosowane, jaki rodzaj pacjentów jest odpowiedni do ich terapeutycznego wprowadzania. W tamtych czasach była to spójnie i jednoznacznie wyodrębniona grupa pacjentów: osoby z przewlekłą schizofrenią (a więc w określonym wieku), w bardzo słabym kontakcie emocjonalnym i werbalnym, z bardzo dużymi deficytami w funkcjonowaniu. Takie, u których przewlekłe proces chorobowy spowodował poważne ubytki w życiu emocjonalnym, poziomie funkcjonowania poznawczego, zakresie aktywności i które potwierdzały wizję schizofrenii jako choroby wyniszczającej, kończącej się dużymi deficytami i o złym rokowaniu. Tych samych lub takich samych pacjentów napotkałem także, pracując w późniejszym okresie w zespole leczenia środowiskowego — jako przewlekłych chorych z deficytami w każdej sferze mentalnej i funkcjonalnej. Wiele z tych osób nie współpracowało w leczeniu farmakologicznym i także taki kontekst podawania leków *depot* był stale obecny. Kolejnym więc zagadnieniem było w tym kontekście założenie lub fakt, że pacjenci którym podawane są leki *depot*, „nie chcą brać leków” i to jest jedną z przesłanek do ich zastosowania. Słowa „kadawer” które w tamtym czasie było w potocznym użyciu, w takim kontekście dawno już nie słyszałem.

Innym ciekawym, a nawet zaskakującym, kontekstem jest pojawienie się leków przeciwpsychotycznych II generacji w iniekcjach o przedłużonym działaniu w sytuacji stosowania od lat ich doustnych odpowiedników (co ciekawe, pierwsze leki doustne II generacji stosowane w Polsce to risperidon i olanzapina, dokładnie tak jak pierwsze dostępne w naszym kraju leki o przedłużonym działaniu). I tu napotykaemy co najmniej dwa zagadnienia — z rozmów w innymi psychiatrami pamiętam oczekiwanie, że leki przeciwpsychotyczne II generacji pojawią się w formie *depot*. Leki doustne okazywały się na tyle przydatne i skuteczne klinicznie, że pojawiały się oczekiwania, że będą także dostępne w formie o przedłużonym działaniu i takie oczekiwanie pojawiało się w rozmowach. Co

jednak zaskakujące, w momencie kiedy to oczekiwanie uległo ziszczeniu, sytuacja nie okazała się aż taka prosta i jednoznaczna, jak mogłoby się wydawać, zanim stały się one dostępne dla pacjentów. Drugie zagadnienie można podsumować następująco — w okresie wprowadzania olanzapiny i risperidonu (doustnych) do praktyki klinicznej w Polsce nie istniały formalno-prawne ograniczenia dotyczące ich zastosowania, poza tymi wynikającymi z wiedzy medycznej i uregulowań opartych na przesłankach medycznych. Leki mogły być stosowane u osób z rozpoznaniem schizofrenii w każdej sytuacji, w której lekarz uznał to za stosowne, nie było kontroli ze strony publicznego płatnika, „schizofrenii lekoopornej” według definicji organów kontrolujących oraz różnego rodzaju „schizofrenii w przypadkach...” ograniczających stosowanie leków od strony formalno-prawnej. Kiedy ziszczyły się wyżej opisane oczekiwania co do pojawienia się leków przeciwpsychotycznych II generacji w formie o przedłużonym działaniu się, zarówno same leki okazały się zaskakiwać pewnymi swoimi cechami i ograniczeniami ich zastosowania, jak i rzeczywistość okazała się już zupełnie inna.

Trzeba tu poczynić zastrzeżenie wskazujące jednoznacznie, że przedstawiona wyżej perspektywa ma charakter subiektywny. Z całą pewnością dla osób rozpoczynających pracę w psychiatrii w okresie ostatnich lat może się ona różnić. Dla tych osób istnienie leków II generacji w formie o przedłużonym działaniu jest rzeczywistością zastaną i powyższe uwagi w wielu aspektach zapewne nie odnoszą się do ich doświadczenia. Okres wprowadzania leków II generacji w formie doustnej należy dla tych osób do historii, tak jak dla mnie wprowadzenie do praktyki klinicznej neuroleptyków (choć chyba więcej jest opisów pierwszych zastosowań chlorpromazy [1] niż olanzapiny i risperidonu). Z drugiej jednak strony kwestie poruszone powyżej mogą odnosić się do osób z krótszym stażem pracy poprzez informacje przekazywane przez starszych kolegów i koleżanki oraz przez rodzaj pacjentów, z jakimi przychodzi im pracować. Pacjenci chroniczni, z rozległymi deficytami w wielu dziedzinach, którzy są leczeni lekami *depot*, mogą być także dla tych osób rzeczywistością zastaną, tyle że w innym jej aspekcie. Znaczenie dla gotowości do zmiany leczenia, niekoniecznie nawet na leki w postaci iniekcyjnej, może mieć także wiek lekarzy. Patel [2], omawiając własne wyniki badań, wskazuje, że: „Rozważając zmianę leku przeciwpsychotycznego u hipotetycznego pacjenta z suboptymalnym funkcjonowaniem przedstawionego w opisie przypadku, starsi i bardziej doświadczeni psychiatrzy byli bardziej konserwatywni, ponieważ niewielu z nich zasugerowało zmianę leczenia, podczas gdy młodszy psychiatrzy zalecali zmianę, jeśli pacjent przyjmował doustne leki pierwszej

generacji (FGA, *first generation antipsychotic*) lub neuroleptyki *depot* (FGA, *FGA-long-acting injections*)”. Obraz wyłaniający się z przytoczonych wyników ponownie wskazuje na złożoność procesów, w których kontekst psychiatrii i jego cech pozostaje w relacji z posiadanym przez niego obrazem dotyczącym stosowanych aktualnie leków i obrazem leków, które mogłyby być potencjalnie zastosowane w danej sytuacji klinicznej.

Przy takim nagromadzeniu procesów, kontrapunktów, niuansów i argumentów musi dojść do zderzeń, z których kilka chciałbym w tym miejscu wskazać. Po pierwsze do zderzenia obrazu pacjenta leczonego lekami w iniekcjach o przedłużonym działaniu. Obraz pacjentów leczonych neuroleptykami *depot* starałem się odmalować powyżej w tej pracy, natomiast współczesne podejście do podawania leków II generacji w tej formie koncentruje się na zupełnie innej grupie osób. Już nie mają być to osoby z przewlekłą postacią choroby i w starszym wieku, lecz osoby w ciągu pierwszych lat chorowania, a więc młodsze, niekiedy po pierwszym epizodzie psychotycznym. Kanadyjskie zalecenia dla klinicystów [3] mówiące o stosowaniu leków przeciwpsychotycznych w postaci iniekcji o przedłużonym działaniu mówią o ich użyteczności w pierwszym, krytycznym okresie choroby, w ciągu pierwszych lat od zachorowania. Emsley i wsp. [4] w opracowaniu książkowym dokonują szerokiego omówienia zastosowania tej grupy leków po pierwszym epizodzie psychoz, przytaczając wiele wyników badań odnoszących się do tego zagadnienia. Nie jest celem prezentowanej tu pracy szczegółowe omawianie tych publikacji, tym bardziej że druga z nich jest dostępna w języku polskim, lecz zwrócenie uwagi na całkowitą, diametralną zmianę obrazu pacjentów mających odpowiadać na leczenie w iniekcjach o przedłużonym działaniu. Zmiany te dotyczą:

- wieku (osoby w pierwszych latach chorowania, a osoby przewlekłe chore);
- fazy choroby (aktywna faza choroby, a utrwalony deficyt);
- obrazu klinicznego (obraz zmienny, występowanie psychoz, popraw i pogorszeń, a obraz przewlekłego procesu z deficytem);
- funkcjonowania (osoby zachowujące kontakt poznawczy i emocjonalny z otoczeniem, a osoby wycofane z tego rodzaju kontaktu);
- rokowania (potencjalnie korzystnego w przypadku osób młodych w pierwszych latach od zachorowania, a leczenia podtrzymującego bez oczekiwań istotnej poprawy);
- celów leczenia (podawanie leków w celu uzyskania bardziej korzystnego jej przebiegu, długofalowej poprawy klinicznej i funkcjonalnej, a podawanie u osób z przewlekłymi objawami ubytkowymi).

W podsumowaniu Projektu „Polska kazuistyka LAI 2012–2013” Łoza [5] przytacza dane potwierdzające stosowanie leków II generacji w tym nowym paradygmacie. Wynika z nich, że osoby opisane w tym badaniu to pacjenci, których średnia wieku wynosiła 32 lata (a więc młode), którzy chorowali średnio 7,25 roku, czyli z punktu widzenia zmian neurorozwojowych „nadal stanowili grupę o dużej dynamice procesu schizofrenicznego” [5], a dalsze przytaczane dane wskazują, że średni okres trwania choroby był w istocie krótszy i wynosił około 5 lat. Nie byli więc to pacjenci z przewlekłą postacią choroby, lecz osoby będące jeszcze w okresie dynamiki zmian procesu chorobowego.

Cytowana tu praca dostarcza jeszcze jednego potwierdzenia spostrzeżeń opisanych powyżej na podstawie własnego doświadczenia, kiedy autor wskazuje, że „Najwyraźniej stereotyp farmakoterapii neuroleptykami depot pacjentów głównie rezydualnych, z niewielką nadzieją na poprawę, ustępuje współcześnie tej nowej, aktywnej strategii leczenia” [5]. Opinia ta odzwierciedla powyższą perspektywę i zmianę obrazu pacjentów oraz celów leczenia, jaka następuje w obrazie leków przeciwpsychotycznych o przedłużonym działaniu.

Aprioryczne założenia „co myśli pacjent”

Nie tylko sam nowy lek lub nowy sposób leczenia są konstruowane najpierw w umyśle lekarza, przed ich zastosowaniem w praktyce. Konstruowane są również obraz pacjenta, u którego to leczenie może być zastosowane, ale także... reakcja pacjenta na propozycję zastosowania tego leku, a nawet reakcja pacjenta na sam lek, wyobrażenie tego, co może zadziać się po jego zastosowaniu u danej osoby. Podsumowując badania naukowe dotyczące nastawień lekarzy, pielęgniarek i pacjentów do leków przeciwpsychotycznych w postaci iniekcji o przedłużonym działaniu, Patel zauważa: „wydaje się, że jedną z głównych przyczyn zmian w zakresie wykorzystywania LAI jest założenie przez psychiatrów, że pacjenci po prostu nie lubią lub nie chcą przyjmować leków przeciwpsychotycznych w iniekcjach. Psychiatrzy mogą również uważać, że pacjenci nie mogliby preferować leków w postaci LAI” [2].

Zjawisko to może być podstawą konkretnych zachowań terapeutycznych lekarza. Ponownie można odwołać się tu do obrazu pacjentów niewspółpracujących w leczeniu, odrzucających leczenie, wyrażających negatywne opinie na jego temat, jako grupy mającej otrzymywać leczenie w iniekcjach o przedłużonym działaniu. Jeśli tego rodzaju obraz pacjentów dominuje w umyśle lekarza, na przykład w kontekście pacjentów wcześniej leczonych preparatami depot, to w konsekwencji będzie on przekonany, że pacjent „na pewno odmówi” lecze-

nia, jeśli mu je zaproponować, lub „na pewno” nie zaakceptuje jego skutków, jeśli zostanie ono włączone (skoro „tacy” pacjenci zawsze odmawiają i nie akceptują leczenia). Natomiast w kontekście stosowania leków przeciwpsychotycznych II generacji opinie te rozkładają się w sposób zróżnicowany. Dla wielu osób zaproponowanie leczenia nimi nie łączy się z wyobrażeniami opisanymi powyżej, dla wielu stanowi jednak trudność, w pewnej mierze poprzez skojarzenie z lekami depot, w całym polu skojarzeniowym, które starano się wyżej opisać. Dopiero realne doświadczenie może stanowić tu weryfikację, co jest wyobrażeniem, a co znajduje potwierdzenie w rzeczywistych wyborach pacjenta. Niekiedy bywa tak, że pacjent, któremu leczenie jest proponowane z przeświadczeniem, że może odmówić na nie zgody, nieoczekiwanie taką zgodę wyraża. Bywają także sytuacje dokładnie odwrotne. Póki nie nastąpi próba, weryfikacja, kwestia leczenia i reakcji pacjenta na nie pozostaje w sferze wyobrażenia opartego na poprzednich doświadczeniach i na odtwarzaniu we własnych myślach sposobu myślenia i nastawień pacjentów.

Waddel i Taylor [6] dokonali przeglądu piśmiennictwa dotyczącego akceptacji przez pacjentów terapii lekami o przedłużonym działaniu, na podstawie którego doszli do wniosku że o 18–40% pacjentów preferuje leczenie w takiej postaci i odsetek ten wzrasta, jeśli pacjenci rzeczywiście otrzymują takie leczenie (czyli nabywają osobistego doświadczenia terapii w iniekcjach). Jednocześnie autorzy ci stwierdzają, że leki pod postacią iniekcji długodziałających „nadal mają problem wizerunkowy” [6]. Wielu lekarzy zakłada, że pacjent nie zaakceptuje takiego leczenia, w związku z tym nie jest ono proponowane. Heres i wsp. [7] piszą, że obecnie w większości krajów do 20% pacjentów otrzymuje leczenie preparatami o przedłużonym działaniu, co stanowi niższy odsetek od liczby pacjentów potencjalnie akceptujących takie leczenie.

Leki a obraz choroby

W obrazie neuroleptyków depot/leków II generacji w iniekcjach o przedłużonym działaniu można prawdopodobnie odszukać także jeszcze jeden aspekt — obraz choroby, w której mają być stosowane. W polu skojarzeniowym lek występuje obok choroby, jaką ma leczyć (lub w której ma zastosowanie). Te skojarzenia mogą być odtwarzane w następujący sposób: „ciężka choroba” — „silne (mocne) leki”, „słaba choroba” — „słabe leki”. W takim kontekście iniekcja (zastrzyk) jest czymś, co budzi skojarzenia z silniejszym leczeniem niż tabletki (lek doustny). Ciężkie/poważne choroby leczy się bowiem zastrzykami (w analogicznym skojarzeniu kroplówkami, myślimy „ktoś był poważnie chory, bo dostał kroplówkę”). Obraz pacjentów leczonych neuroleptykami

depot wpisuje się w to skojarzenie — mamy wtedy do czynienia z powiązaniem w umyśle leków w iniekcjach (zastrzykach) — z obrazem ciężkiej, wyniszczającej choroby o dramatycznych konsekwencjach dla życia psychicznego i funkcjonowania osób chorych. Odwracając to skojarzenie — czy w umyśle pojawi się skojarzenie leków w iniekcjach („ciężkich leków”) z łagodniejszymi postaciami choroby, z pacjentami w aktywnej fazie pierwszych lat schizofrenii, z pacjentami o potencjalnie korzystnym lub przynajmniej nie tak dramatycznie złym rokowaniu? Wymagałoby to aktywnego „przestawienia” skojarzenia, przeformułowania go.

W tym kontekście można pomyśleć o zespole poiniekcyjnym, który był opisywany przy stosowaniu olanzapiny w iniekcjach o przedłużonym działaniu. Wpasowuje się on w skojarzenia z „ciężkim”, a nawet zagrażającym leczeniem. W tym kontekście zespół poiniekcyjny jest w rzeczywistości zdarzeniem medycznym, które może się wydarzyć z określonym prawdopodobieństwem [8], ale równocześnie „wpasowuje się” w pole skojarzeniowe o leczeniu zagrażającym, mogącym przynieść szkodę, niebezpiecznym. Może wtedy tworzyć całe rozległe powiązanie pomiędzy:

- zastosowaniem wyłącznie w „ciężkiej chorobie” /najcięższych przypadkach;
- skojarzeniami dotyczącymi zastrzyków jako poważniejszego leczenia;
- skojarzeniami dotyczącymi braku współpracy („ciężcy pacjenci”);
- skojarzeniami dotyczącymi stosowania zagrażającego pacjentowi leczenia;

Wydaje się, że sensownym rozwiązaniem tych problemów jest opracowanie stosownej procedury postępowania w przypadku wystąpienia zespołu poiniekcyjnego. Trudność dla osób zlecających i podających lek może stanowić bowiem konieczność improwizowanego reagowania w sytuacji wystąpienia tego zdarzenia. Posiadanie stosownej procedury postępowania (opisującej krok po kroku co zrobić w przypadku zdarzenia) odciąża osoby z zespołu terapeutycznego z myślenia „co ja wtedy zrobię” lub nawet „nie wiadomo co wtedy robić” i redukuje potencjalne obawy. Co ciekawe, i zgodne z proponowanym tu sposobem rozumowania, większość pacjentów, u których wystąpił zespół poiniekcyjny było hospitalizowanych. W zgodzie z wyżej zaprezentowanym wnioskowaniem hospitalizacja stanowi fakt — metodę zabezpieczenia pacjenta, i jednocześnie zjawisko psychologiczne odnoszące się do kwestii, że sytuacja tak poważna jak to, co opisano w punktach powyżej, może być rozwiązana (leczona) tylko w jeszcze o jeden stopień poważniejszy sposób, czyli w szpitalu.

Innym aspektem wzmacniającym niektóre skojarzenia dotyczące leków przeciwpsychotycznych w iniekcjach o przedłużonym działaniu są rozwiązania prawne oraz praktyki kontrolne ich dotyczące. Niezależnie od motywacji ekonomicznych ograniczających ich stosowanie zarówno zapisy o zastosowaniu w określonych sytuacjach, jak i uporczywy udokumentowany brak współpracy, czyli prawne restrykcje dotyczące ich stosowania oraz kontrole ze strony publicznego płatnika mają także swoje aspekty psychologiczne. „Wpychają” one za pomocą rozwiązań prawnych tą grupę leków we wskazane wyżej pole skojarzeniowe:

- leków stosowanych u osób niewspółpracujących w leczeniu — tak jak były stosowane neuroleptyki *depot*, czyli w skojarzenie z osobami i sytuacjami klinicznymi, jakie dotyczyły klasycznych leków przeciwpsychotycznych w tej formie;
- leków szczególnych, zastrzeżonych, nieprzeznaczonych do stosowania w codziennej praktyce, lecz wyłącznie w szczególnych sytuacjach, które dodatkowo trzeba dokumentować;
- leków, których stosowanie wywołuje różnorodne obawy lekarza [9];
- leków stosowanych w „ciężkich” postaciach choroby i u „ciężkich” pacjentów, skoro udokumentowaniu muszą podlegać skutki odstawienia leczenia, jak na przykład zaostrzenie choroby i hospitalizacja.

Podsumowanie

W trakcie IX Podlaskich Warsztatów Psychiatrycznych (04.02.2011) odbył się warsztat (S. Murawiec, A. Mosiołek) zatytułowany: „Kiedy odkładamy na bok medycynę opartą na dowodach. Przeciwwprzeniesieniowe aspekty stosowania leków” [10]. Jego tematem było stosowanie farmakoterapii w psychiatrii w kontekście psychologicznych nastawień lekarzy. Odwołano się do pracy Mintza [11], który wprowadził termin „przeciwwprzeniesieniowego stosowania leków” (*countertransference prescribing*), odnosząc się do sytuacji, kiedy przyczyny zastosowania leków wynikają z przeciwwprzeniesieniowych reakcji lekarza w relacji z pacjentem. Przeciwwprzeniesienie to zespół nastawień, emocji i wyobrażeń, które pojawiają się u prowadzącego leczenie w kontakcie z leczonym. Zdaniem Mintza lekarz może kierować się nieświadomymi motywacjami w decyzjach farmakoterapeutycznych, co może znajdować swój wyraz w sposobie prowadzenia leczenia. W takim rozumieniu lekarz może „odgrywać w działaniu” swoje nieświadome motywacje, emocje i trudności w relacji z pacjentem. Tym działaniem jest w tym przypadku sposób prowadzenia leczenia farmakologicznego. Mintz mówi o konieczności uświadomienia, że jawne powody zapisywania leku (lub powstrzymania

się od zapisywania leku) nie zawsze są rzeczywistymi powodami tego działania lub powstrzymania się od działania. Przykłady podawane przez Mintza obrazują zastosowanie leku wiążące się z powszechnymi problemami, jak na przykład: ustanowienie poczucia kontroli, radzenie sobie z własnym uczuciem bezradności, chęć czucia się osobą dobrą i dającą, kontrolowanie emocji pacjenta, a zwłaszcza emocji i nastawień pacjenta w relacji z lekarzem, albo też oddzielanie się emocjonalnie od pacjenta, aby się z nim nie identyfikować, aby utrzymać dystans emocjonalny, nieświadome wspieranie zależności pacjenta.

W tym kontekście można mówić o przywołanym wyżej zjawisku przeciwprzeniesieniowego stosowania lub niestosowania leków także w odniesieniu do leków przeciwpsychotycznych II generacji w iniekcjach o przedłużonym działaniu. Może to częściowo tłumaczyć zjawisko zróżnicowanego stosowania ich w różnych ośrodkach psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Jeśli to właśnie opisane wyżej czynniki psychologiczne czy, mówiąc innym językiem, przeciwprzeniesieniowe mają w tym kontekście poważne znaczenie, świadomość własnych skojarzeń z tą grupą leków powinna być pierwszym krokiem w zmierzeniu się z obecnymi i przyszłymi wyzwaniami w terapii schizofrenii.

Streszczenie

Nowe leki lub grupy leków przed ich zastosowaniem w praktyce klinicznej muszą pojawić się w umyśle lekarza, który ma je zastosować, a poprzez to odnaleźć swoje miejsce w polu uprzednio istniejących u niego skojarzeń i doświadczeń. W odniesieniu do leków przeciwpsychotycznych II generacji w postaci iniekcji o przedłużonym działaniu tym skojarzeniem może być stosowanie neuroleptyków depot u pacjentów z przewlekłą schizofrenią, cechujących się znacznym deficytem w funkcjonowaniu oraz niewspółpracujących w leczeniu. Te skojarzenia obarczają nowszą generację leków szczególnym rodzajem odniesień, mogących wpływać na ich aktualne stosowanie. Mogą przykładowo prowadzić do zderzenia skojarzeń dotyczących pacjentów dawniej leczonych lekami depot z zastosowaniami nowych leków w grupach pacjentów w pierwszych latach chorowania lub nawet z pierwszorazową psychozą. Mogą także budzić skojarzenia co do tego, że pacjent nie będzie akceptował leczenia w iniekcjach o przedłużonym działaniu oraz powiązania pomiędzy iniekcjami a ciężkim przebiegiem choroby i stosowaniem u szczególnie trudnych pacjentów. Te skojarzenia mogą być wzmacniane zarówno przez cechy samych leków, jak i przez rozwiązania prawne. Przeciwprzeniesieniowo uwarunkowane niestosowanie leków w iniekcjach w grupie pacjentów ze schizofrenią może wymagać od lekarza uświadomienia sobie własnych skojarzeń dotyczących tej grupy leków.

Psychiatria 2014; 11, 1: 23–28

słowa kluczowe: schizofrenia, leki w iniekcjach o przedłużonym działaniu, skojarzenia, przeciwprzeniesienie

Piśmiennictwo

1. Murawiec S. Subiektywne aspekty farmakoterapii schizofrenii w okresie wprowadzania chlorpromazyny do praktyki psychiatrycznej w Polsce — przegląd piśmiennictwa. *Psychiatria Polska* 2003; 37: 657–667.
2. Patel M.X. Stosunek pracowników ochrony zdrowia i pacjentów do leków w postaci LAI. W: Haddad P., Lambert T., Lauriello J. (red.). *Leki przeciwpsychotyczne w iniekcjach o przedłużonym działaniu*. Via Medica, Gdańsk 2011.
3. Malla A., Tibbo P., Chue P., Levy E., Manchandra R., Teehan M. Long acting injectable antipsychotics: recommendations for clinicians. *Can. J. Psychiatry* 2013; 58 (supl. 1): 305–355.
4. Emsley R., Chiliza B., Asmal L., Fleuriot de M. leki przeciwpsychotyczne w iniekcjach o przedłużonym działaniu w leczeniu wczesnej psychozy. W: Haddad P., Lambert T., Lauriello J. (red.). *Leki przeciwpsychotyczne w iniekcjach o przedłużonym działaniu*. Via Medica, Gdańsk 2011.
5. Łoza B. Neuroleptyki długo działające w postaci iniekcyjnej. *Kazuistyka. Neuropsychiatria Przegląd Kliniczny* 2013; 5: 246–249.
6. Waddell L., Taylor M. Attitudes of patients and mental health staff to antipsychotics long-acting injections. *Br. J. Psychiatry* 2009; 195: S43–S50.
7. Heres S., Reichhart T., Hamann J., Mendel R., Leucht S., Kissling W. Psychiatrists' attitude to antipsychotic depot treatment in patients with first-episode schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2011; 26: 291–301.
8. Tafliński T. Klasyczny „depot” czy lek atypowy o przedłużonym działaniu — analiza zysków i strat. *Psychiatria* 2013; 10: 32–40.
9. Murawiec S. Jak NFZ zmienił praktykę kliniczną lekarza psychiatry. *Psychiatr. Dypl.* 2014; 1: 5–6.
10. Murawiec S., Mosiołek A. (warsztat) Kiedy odkładamy na bok medycynę oparta na dowodach. Przeciwprzeniesieniowe aspekty stosowania leków. IX Podlaskie Warsztaty Psychiatryczne, Białowieża 3–5.02.2011.
11. Mintz D.L. Teaching the prescriber's role: the psychology of psychopharmacology. *Acad. Psychiatry* 2005; 29: 187–193.