

## Subiektywne aspekty psychofarmakoterapii schizofrenii<sup>1</sup>

### Subjective aspects of psychopharmacology in schizophrenia

Sławomir Murawiec

Z III Kliniki Psychiatrycznej IPiN w Warszawie  
Kierownik: prof. dr hab. M. Jarema

---

Na podstawie piśmiennictwa omówiono subiektywne i psychodynamiczne zagadnienia dotyczące psychofarmakoterapii schizofrenii mające znaczenie dla współpracy chorych w leczeniu.

On the basis of literature, the authors discuss the subjective and psychodynamic aspects of pharmacotherapy in schizophrenia which are important for compliance.

schizofrenia  
farmakoterapia  
czynniki subiektywne

schizophrenia  
pharmacotherapy  
subjective factors

---

Efekt farmakologicznego leczenia w schizofrenii jest uzależniony od wielu czynników, które możemy podzielić na:

1. Związane z samą chorobą. Należy uwzględnić różny obraz kliniczny choroby (np. obecność objawów pozytywnych, negatywnych, afektywnych lub katatonicznych) oraz fakt, że zaburzenia klasyfikowane jako schizofrenia obejmują niejednorodną nozologicznie grupę schorzeń [13]. Wiemy, że leki neuroleptyczne są skuteczne w leczeniu zaburzeń schizofrenicznych, jednak skuteczność ta jest wysoce indywidualna, co może mieć związek z różną patofizjologią zaburzeń u poszczególnych osób, które są wspólnie klasyfikowane klinicznie.

2. Związane z chorobami współistniejącymi. Należy tu uwzględnić cały szereg czynników, dotyczących zarówno współwystępującej choroby, jak i interakcji leków z różnych grup. Przykładowo należy rozważyć wpływ niewydolności wątroby na farmakokinetykę neuroleptyków przez nią metabolizowanych. Ważny może być wpływ czynników somatycznych na stan psychiczny chorego. W piśmiennictwie wielokrotnie opisywane było zjawisko ustępowania objawów psychotycznych u pacjentów z przewlekłą schizofrenią, u których zaczęły się choroby somatyczne [23]. Należy wziąć także pod uwagę, że pacjenci z deficytami funkcji poznawczych mogą nie

---

<sup>1</sup>Wykonano w ramach grantu KBN 4 PO5B 15214

rozumieć celu podawania im leku lub natury jego działania i objawów ubocznych. Mogą oni interpretować działania lekarza i otoczenia jako zagrażające [17].

3. Związane z właściwościami samego leku, takimi jak farmakokinetyka (dostępność biologiczna, wiązanie z białkami, metabolizm, przechodzenie przez barierę krew-mózg), wiązanie z receptorami (np. specyficzne powinowactwo do receptora, odwracalność wiązania z receptorem), posiadanie przez lek czynnych metabolitów, czas działania leku. Jednym z najistotniejszych czynników jest stosowanie odpowiedniej dawki leku.

4. Związane z czynnikami subiektywnymi rodzinnymi i społecznymi. We współczesnych badaniach psychofarmakologicznych coraz więcej uwagi poświęca się wielu subiektywnym i jednostkowym czynnikom związanym z leczeniem. Wspólnym mianownikiem tych subiektywnych czynników jest współpraca chorych w leczeniu. Jest to czynnik, który często decyduje o skuteczności psychofarmakoterapii w schizofrenii. Fenton i wsp.[4] w obszernym podsumowaniu odnotowują, że na przykład tylko w 1994 roku ukazało się w piśmiennictwie anglojęzycznym 14 000 artykułów dotyczących zagadnień związanych ze współpracą chorych w leczeniu (compliance), zauważają jednak, że brak współpracy w leczeniu jest znacznie lepiej udokumentowany niż rozumiany. Uważają, że wynik długoterminowego leczenia jest w większej mierze determinowany przez fakt, czy, i jak, chory współpracuje w leczeniu niż przez sam dobór tego bądź innego leku przez lekarza. Prezentowana praca ma na celu właśnie pogłębienie rozumienia tych, wzajemnie powiązanych, zagadnień.

Istotną kwestią, która wymaga podkreślenia na początku tej pracy, jest możliwość oceny efektu leczenia w schizofrenii. Ta ocena musi uwzględniać różne subiektywne aspekty terapii. Welbel [25] zauważa że: „Sprawa oceny zmiany stanu psychicznego pod wpływem leku ma jednak nieco szerszy aspekt niż tylko ocenę ustąpienia lub zmniejszenia nasilenia objawów”. Jego zdaniem wymaga to uwzględnienia także „przystosowania społecznego i subiektywnego samopoczucia pacjenta”. Larsen i Gerlach [9] zadają pytanie o wartość sytuacji, w której pacjent według skal psychometrycznych jest dobrze leczony, ale sam nie odczuwa satysfakcji z leczenia.

Aktualny i szeroki przegląd badań nad subiektywnymi odczuciami pacjentów leczonych neuroleptykami przedstawiono w innej pracy [20]. Celem prezentowanego opracowania jest dokonanie przeglądu, na podstawie piśmiennictwa, subiektywnych i psychodynamicznych czynników istotnych w trakcie farmakoterapii schizofrenii.

### Czynniki subiektywne

Liczba subiektywnych czynników, wymienianych przez różnych autorów jako mające znacznie w farmakoterapii schizofrenii, jest znaczna. Są one uwzględniane intuicyjnie lub świadomie przez klinicystów, ale próba ich opisu i kategoryzacji skłania do brania pod uwagę właściwie wszystkich czynników, jakie dotyczą chorego (medycznych, psychopatologicznych, społecznych, rodzinnych) i przebiegu leczenia (związanego z lekarzem, innymi osobami zaangażowanymi w leczenie i instytucjami).

Wymienione w piśmiennictwie czynniki obejmują takie zagadnienia, jak:  
– Czynniki psychopatologii pacjenta. Van Putten i wsp.[21] uważają, że pa-

pacjenci odmawiający leczenia to osoby, które w trakcie burzliwie manifestującej się psychozy przeżywają treści wielkościowe (a nie, na przykład, prześladowcze). Preferują oni tę wielkościowość bardziej niż względną „normalność”, osiąganą dzięki przyjmowaniu leków. Jednocześnie nie przeżywają nieprzyjemnych doznań depresyjnych i lękowych. Z kolei pacjenci, których psychotyczne dekompensacje związane są z przeżywaniem lęku i depresji, są bardziej skłonni do współpracy w leczeniu. Autorzy ci zgłaszają istnienie grupy pacjentów, która nie chce polepszenia kontaktu z rzeczywistością spowodowanego działaniem leków. Także Wilson i Enoch [26] stwierdzili, że pacjenci z urojeniami paranoidalnymi odmawiają przyjmowania leków w formie tabletek częściej niż inni pacjenci. Według Mardera i wsp. [10] pacjenci odmawiający przyjmowania leków w szpitalu mieli większe nasilenie objawów psychopatologicznych, w tym wrogości, podejrzliwości i dezorganizacji.

– Czynniki intrapsychiczne. Sarwer-Foner [16,17] uważa, że działanie leku może interferować z głównymi mechanizmami obronnymi osobowości. Jeśli to działanie uniemożliwia lub osłabia możliwość korzystania przez ego pacjenta z ważnych, dominujących mechanizmów obronnych, to ego jest zagrożone przez napór niechcianych impulsów (np. agresywnych). Może to spowodować paradoksalną reakcję na lek w postaci pogorszenia stanu psychicznego pacjenta, narastania lęku, niepokoju lub paranoidalnych wyobrażeń. Przeciwnie, jeśli pacjent odczuwa, że farmakologiczne działanie leku pomaga mu kontrolować symptomy, nad którymi wcześniej nie mógł sprawować kontroli, i jeśli dostrzeża, że jego otoczenie podziela jego widzenie, wtedy czuje się bardziej adekwatny, zdrowszy i proces terapeutyczny przebiega pomyślnie [17]. Natomiast u pacjentów, dla których ważne jest zachowanie poczucia autonomii lub kontroli nad sobą (np. u pacjenta z objawami obsesyjno-kompulsyjnymi), subiektywne poczucie utraty kontroli nad swoimi myślami i działaniami pod wpływem leków może powodować reakcje lękowe.

Odnotowania wymagają także reakcje przeciwne. Przyjmowanie leku i jego działanie może zwiększać u chorych potrzebę doznawania opieki. Stąd wielu pacjentów może demonstrować większą pasywność i zależność, domagając się uwagi i troski. Efektem takich przeżyć, pozostających w relacji z lekiem i sytuacją wynikającą z leczenia, może być agrawacja symptomatologii. Taka postawa pacjenta jest komplementarna do „klasycznej” relacji lekarz–pacjent, w której jedynym obowiązkiem pacjenta jest oddanie swojego ciała i swoich problemów lekarzowi, aby ten je uleczył [17].

Day i wsp. [3] badali subiektywne nastawienie pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii do terapii neuroleptykami. W wyniku zastosowanej metody podzielili oni badanych pacjentów na cztery grupy, w zależności od nastawienia do leczenia. W dokonanym podziale zwraca uwagę duże znaczenie postaw pacjentów w wymiarze zależność–autonomia dla ich stosunku do neuroleptyków. Przykładowo, pacjenci z grupy A przejawiali poczucie zależności od leków, obojętność wobec objawów ubocznych, a jednocześnie silną wiarę w autorytet lekarza. Pacjenci z grupy B przywiązywali znaczną wagę do swojej autonomii, jednocześnie wyrażali negatywne nastawienie do neuroleptyków. Ocena leczenia przez pacjentów z grupy C była wyważona – brali oni pod uwagę pozytywne i negatywne strony przyjmowania leków. Pacjenci z grupy D wyrażali przekonanie, że leczenie przynosi im pewne korzyści, ale byli przekonani, że nie

potrzebują go i byli sceptycznie nastawieni do rad lekarzy. Autorzy konkludują, że podział pacjentów na dwie grupy, pozytywnie i negatywnie nastawionych do leczenia, jest zbytnim uproszczeniem. Uważają, że każdy pacjent konstruuje własne podejście do leczenia, w którym bierze pod uwagę, oprócz korzyści i dolegliwości związanych z leczeniem, także niezwykle ważne zagadnienie poczucia autonomii.

Fenton i wsp. [4] dzielą psychodynamiczne czynniki, ważne w farmakoterapii schizofrenii, na trzy grupy. Są to: psychologiczne znaczenie leczenia dla indywidualnego pacjenta, rola, jaką mają psychotyczne symptomy dla samooceny lub organizacji osobowości pacjenta oraz czynniki związane z przeniesieniem i przeciwprzeniesieniem.

– Czynniki związane ze sferą seksualną. Pacjent może interpretować intencje podawania mu leku lub jego działanie jako próbę uwiedzenia [17]. Dla mężczyzn przeżywających trudności w osiągnięciu męskiej identyfikacji seksualnej, wykorzystujących intelektualną lub motoryczną aktywność w celu zamaskowania swojej niepewności i identyfikujących pasywność z kobiecością – działanie leku, np. ograniczające aktywność ruchową, może powodować narastanie lęku [17].

– Czynniki związane z obrazem własnego ciała. Subiektywnie odczuwane zmiany w funkcjonowaniu ciała mogą być postrzegane przez pacjentów z objawami obsesyjno-kompulsyjnymi (dla których ważna jest kontrola ciała) jako zagrażające. Pacjenci ci mogą odbierać działanie leku lub objawy niepożądane jako zwiastuny zagrożenia, np. śmierci, jako „kary za grzechy” [17]. Także dla pacjentów z zaburzeniami osobowości „z pogranicza”, których obraz własnego ciała jest zaburzony, odczuwane działanie leku może być zagrażające [17].

– Czynniki rodzinne. Nawet pobieżne omówienie znaczenia czynników związanych z wpływem rodziny na efekt farmakoterapii w schizofrenii przekracza ramy tej pracy. Często jest to czynnik o kluczowym znaczeniu. Syntetycznie ujmując to Sarwer-Foner w swojej całościowej teorii efektu terapeutycznego w schizofrenii [17]. Uważa, że jeśli pacjent subiektywnie odczuwa, że terapia przynosi mu korzyść i poprawę stanu psychicznego – zwraca się następnie ku rodzinie, aby się przekonać, czy ona także dostrzega te pozytywne zmiany. Dalsze etapy powrotu do zdrowia mogą być zależne od „oceny” dokonywanej przez rodzinę. Jeśli komunikuje ona pacjentowi, że dostrzega te zmiany, proces terapii może być kontynuowany. Jeśli rodzina (niekiedy zdarza się to wbrew faktom) komunikuje, że poprawa stanu zdrowia nie nastąpiła, może to zablokować choremu możliwość czucia się bardziej adekwatnym, zdrowszym i w konsekwencji powodować np. przewlekanie się hospitalizacji.

– Czynniki przebiegu choroby. Przewlekły charakter choroby i konieczność wieloletniego przyjmowania leków zarówno w szpitalu, jak i w warunkach leczenia ambulatoryjnego są ważnym czynnikiem subiektywnego nastawienia do leczenia [12]. Mogą one wywoływać lęk przed uzależnieniem się od leków, jak również stanowią znaczne obciążenie dla chorych i ich rodzin. Wśród chorych zarówno na schizofrenię, jak i na inne choroby „ogólnomedyczne” stwierdza się gorszą współpracę w leczeniu, jeśli choroba jest przewlekła, leczenie ma charakter profilaktyczny, a konsekwencje jego przerwania są odsunięte w czasie [4]. Innym czynnikiem, który należy wziąć pod uwagę, jest częstość nawrotów psychozy – jeśli jest ona duża, pomimo przyjmowania leków, pacjent może spostrzegać leczenie jako nieskuteczne, a objawy uboczne jako

nadmiernie obciążające. Hogan i wsp. [6] uważają, że pacjenci, którzy nie doświadczają zadowalającego efektu terapeutycznego leków i pacjenci nie współpracujący w leczeniu, to te same osoby. Pacjenci, którzy odmawiają brania leków, mogą sądzić, że nie pomagają im one, nie mają z ich przyjmowania korzyści, są nieefektywne lub niepotrzebne [4].

– Czynniki kulturowe. Dla pacjentów, którzy ze względów kulturowych mają tendencję do postrzegania świata w sposób magiczny, w kategoriach dobra i zła, lek może stanowić np. „złe lekarstwo”, które oddaje ich we władanie lekarza [16].

– Czynniki poznawcze. Słaby wgląd jest związany z brakiem współpracy chorych zarówno w okresie leczenia szpitalnego jak i ambulatoryjnego [4]. Badania Mc Evoya i wsp. [11] sugerują konieczność dokonania rozróżnienia pomiędzy wglądem rozumianym jako poczucie choroby (świadomość problemu) a wyrażaną potrzebą przyjmowania leku i deklarowaną współpracą. Ponieważ nawrót choroby zdarza się po tygodniach lub miesiącach od odstawienia leków, chorzy rzadko łączą ze sobą te dwa fakty [4]. Odnotowania wymaga także istnienie dużej grupy chorych, którzy nie wierzą, że są chorzy, jednak przyjmują regularnie leki [4].

– Czynniki społeczne. Pacjentom towarzyszy często w trakcie leczenia lęk przed „stygmatyzacją” społeczną, zaklasyfikowaniem ich jako chorych psychicznie. Przyjmowanie leków może być przez nich traktowane jako „przyznanie” się przed sobą i otoczeniem do bycia chorym. Inny społeczny czynnik, istotny, zdaniem Meder [12] dla współpracy chorych w leczeniu, to stabilizacja ich sytuacji społecznej. Nie sprzyjają regularnemu leczeniu częste zmiany pracy pacjenta, utrata pracy, rozwód, zmiany miejsca zamieszkania. Van Putten i wsp. [22] zauważają, że pacjenci wykazujący negatywną („dysforyczną”) reakcję na podawane im leki, czują się skrzywdzeni przez lek, lekarza i instytucję medyczną. Rozwijają oni wrogą relację z personelem. Niekiedy stają się rzecznikami „ruchów konsumenckich” w USA, których celem jest walka z „nadużyciami” w psychiatrii.

– Czynniki dotyczące objawów niepożądanych. Rzewuska [14], charakteryzując objawy pozapiramidowe, odnotowuje, że mają one swoją komponentę afektywną. Na przykład dystoniom towarzyszy lęk, strach, stany paniki, akatyzi – poczucie niepokoju, napięcie, dyskomfort i rozdrażnienie, a objawom parkinsonizmu – apatia, anergia, anhedonia. Szafranski [19] podkreśla znaczenie poneuroleptycznego zespołu ubytkowego, którego subiektywnymi objawami są: poczucie otumanienia, senność, trudności w koncentracji, brak energii, apatia, zubożenie, poczucie wewnętrznej pustki. Larsen i Gerlach [9] stwierdzili, że pacjenci, którzy skarżyli się na pozapiramidowe objawy uboczne w trakcie leczenia neuroleptykami, mieli więcej psychicznych objawów ubocznych (takich jak zaburzenia koncentracji, astenia, sedacja, depresja) i akatyzi niż pacjenci, którzy byli przekonani, niezależnie od stanu faktycznego, że nie mają objawów ubocznych. Oceniają oni, że rozpowszechnienie związanych z leczeniem psychicznych objawów ubocznych może być większe niż się to powszechnie przypuszcza. Finn i wsp. [5] stwierdzili, że biorąc pod uwagę perspektywę widzenia pacjentów, zarówno w ocenie samych pacjentów, jak i psychiatrów, nie ma znaczącej różnicy pomiędzy nieprzyjemnymi doznaniem spowodowanymi przez symptomy schizofrenii a powodowanymi przez objawy uboczne neuroleptyków.

– Czynniki dotyczące używek i narkotyków. Rozpowszechnienie przyjmowania takich substancji psychoaktywnych, jak alkohol, narkotyki, używki (kawa, papierosy), leki antycholinergiczne jest znaczne wśród chorych na schizofrenię. Psychodynamiczne rozumienie zagadnień z tym związanych jest w literaturze psychiatrycznej stosunkowo mało pogłębione, odnotowane jest natomiast ich duże znaczenie, wiadomo bowiem, że używanie alkoholu i narkotyków współgra z brakiem współpracy w leczeniu [4]. Wydaje się, że zagadnienia te są trudne do interpretacji, ponieważ tu szczególnie łączy się wymiar intrapsychiczny (np. psychiczne doznania w trakcie i po intoksykacji substancją) z neurofizjologicznym (obiektywne efekty działania leku i innych substancji oraz subiektywne odczucia związane z tym działaniem). Przykładem mogą być dane dotyczące np. palenia przez pacjentów znacznych ilości papierosów. Nikotyna wywiera działanie na układ dopaminergiczny, które jest przeciwne do działania neuroleptyków [15]. Można przyjąć, że pacjenci palący odwracają częściowo działanie leku, co znajduje odzwierciedlenie w subiektywnie odczuwanej poprawie samopoczucia.

– Czynniki dotyczące fazy leczenia. Jednym z czynników determinujących krótko- i długoterminowe rokowanie w schizofrenii jest tzw. wczesna reakcja na neuroleptyk [1]. Jest to reakcja pozytywna lub negatywna („dysforyczna”) chorego, która pojawia się w ciągu pierwszych 48 godzin po podaniu leku. Stwierdzono, że pacjenci, którzy bezpośrednio po rozpoczęciu leczenia neuroleptykiem wykazywali wczesną subiektywną odpowiedź negatywną, objawiali mniejszą poprawę stanu psychicznego, ocenianą za pomocą skal psychometrycznych po 3 tygodniach leczenia, w porównaniu z pacjentami przejawiającymi wczesną reakcję pozytywną [7]. Negatywna subiektywna reakcja koreluje z brakiem współpracy w leczeniu i może być wykorzystana jako wskaźnik sugerujący taką okoliczność [2].

– Subiektywnie doświadczana relacja pacjenta z lekarzem (przeniesienie). Zdaniem Sarwer-Fonera [17] obserwowany klinicznie efekt działania leku może być sumą działania fizjologicznego leku i zakłóceń tego działania przez czynniki emocjonalne pacjenta. Czynniki te wynikają z przeniesienia, a więc z dotychczasowych doświadczeń pacjenta w relacjach z ważnymi dla niego osobami dorosłymi, sprawującymi nad nim opiekę w przeszłości. Relacje te mogą aktualizować się w wyobraźni pacjenta w jego relacji z lekarzem i personelem. Wynikiem tych procesów może być zarówno spektakularna poprawa, jak i nagłe pogorszenie się stanu psychicznego pacjenta.

Zdaniem Sarwer-Fonera [17] pacjent może subiektywnie odczuwać, że lekarz podaje mu lek, aby uniknąć osobistego zaangażowania. Podawanie leku jest wtedy odczuwane przez pacjenta jako odrzucenie przez lekarza jego osoby i jego potrzeb, coś, czym, w odczuciu chorego, lekarz chce zastąpić osobistą relację. Pacjent może także wyobrażać sobie, że lekarz podaje mu lek, ponieważ obawia się np. jego agresywności. Niekiedy można tu zapewne mówić o projekcji lęków samego pacjenta przed własną agresywnością [17].

Dla pacjentów skoncentrowanych na obserwowaniu sygnałów płynących z ciała lek może być spostrzegany jako introjekcja złego, prześladowczego obiektu, a ewentualne objawy niepożądane mogą stanowić „dowód” na „uszkodzające” i „niszczące” działanie leku.

– Subiektywnie doświadczana relacja lekarza z pacjentem (przeciwp przeniesienie). Znaczenie czynników przeciwp przeniesieniowych podkreśla Sarwer-Foner [17]. Ten sam autor zwraca uwagę na aprioryczne założenia lekarza, leżące u podłoża prowadzonej przez niego farmakoterapii [18]. Uważa on, że w obrębie myślenia psychofarmakologicznego można rozróżnić dwie szkoły. Według pierwszej z nich leki mają za zadanie leczyć chorobę jako całość, tzn. wyleczyć schizofrenię. Druga szkoła rozważa leki w kategoriach objawów podatnych na ich terapeutyczny wpływ. „Celem jest tu wzmocnienie zdolności pacjenta do panowania nad sobą przez kontrolowanie objawów i symptomów, które są dla niego dowodem jego stanu chorobowego” [18].

Także ocena poprawy stanu psychicznego dokonywana przez lekarzy podlega różnym wpływom. Van Putten i wsp. [21] uważają, że przy wypełnianiu skal psychometrycznych sam fakt, że pacjent odmawia leczenia, może wpływać na osobę oceniającą w ten sposób, że będzie go ona oceniała jako bardziej chorego niż pacjenta współpracującego, niezależnie od stanu faktycznego. Być może podobny wpływ ma miejsce przy ocenie wrogości pacjenta.

– Strategie podawania leków. Day i wsp. [3] sugerują, że w zależności od subiektywnego nastawienia do neuroleptyków, konieczne jest opracowanie specyficznych strategii postępowania (przykładowo, u pacjentów przywiązujących dużą wagę do zachowania poczucia autonomii i sceptycznie nastawionych wobec leczenia lepszą współpracę można osiągnąć dzięki lekom w postaci iniekcji o przedłużonym działaniu).

– Organizacja pomocy psychiatrycznej (np. czas oczekiwania na wizytę, wygląd pomieszczeń, długość spotkań z lekarzem) [12].

– Fakt, kto wydaje leki pacjentom, czy są one wydawane pojedynczo, czy grupowo, złożoność instrukcji dotyczących ich przyjmowania [12].

– Wygląd i forma leku. Wilson i Enoch [26] badali próbki moczu pacjentów otrzymujących chlorpromazynę i stwierdzili zmianę wyniku testu na obecność leku z negatywnego na pozytywny, gdy zamiast tabletek zaczęto podawać lek w syropie. Fenton i wsp. [4], w podsumowaniu zagadnień dotyczących współpracy w leczeniu pacjentów otrzymujących neuroleptyk w postaci doustnej i o przedłużonym działaniu, stwierdzają, że leczenie lekami depot ma niewielką przewagę i wiąże się z mniejszą liczbą nawrotów choroby. Ta postać leczenia nie eliminuje zjawiska braku współpracy, jednak w przypadku leczenia wstrzyknięciami neuroleptyku w postaci depot brak współpracy może być szybciej i z większą pewnością stwierdzony.

– Poziom oczekiwań personelu co do wyników leczenia i poziom frustracji personelu. Zdaniem Meder [12] praca z pacjentami przewlekle chorymi, nie rokującymi poprawy, mającymi niski poziom oczekiwań co do wyników leczenia jest dla personelu medycznego szczególnie frustrująca.

### Próby klasyfikacji

Zdaniem Wciórki [24] subiektywne czynniki, które mają wpływ na terapeutyczne działanie leku, to:

1. Znaczenie choroby dla pacjenta, obejmujące np. kwestie wglądu, postawy wobec choroby, koncepcje na jej temat i stosunek emocjonalny do choroby.
2. Relacje chorego z otoczeniem (rodziną, lekarzem, instytucją szpitala).
3. Nadawane przez niego znaczenie leku (obejmujące zarówno czynniki poznawcze, jak i dotychczasowe doświadczenia chorego w przyjmowaniu leków).
4. Odczucia związane z działaniem leku (np. wczesna subiektywna reakcja na neuroleptyk, interpretacja objawów niepożądanych).

Podział zjawisk związanych z odczuciami pacjentów przyjmujących neuroleptyki, zaproponowany w pracy z 1996 r. [20] obejmuje:

1. Wczesną, subiektywną reakcją na neuroleptyk (reakcja pojawiająca się w ciągu pierwszych 48 godzin po podaniu leku)
2. Psychiczne objawy niepożądane po neuroleptykach
  - poneuroleptyczny zespół ubytkowy
  - odczucia związane z objawami pozapiramidowymi
3. Subiektywną interpretację działania terapeutycznego i / lub objawów niepożądanych
4. Subiektywne całościowe nastawienie do neuroleptyku.
5. Samopoczucie podczas leczenia neuroleptykiem jako jedną ze składowych oceny jakości życia chorych.

Omówione wyżej próby usystematyzowania zagadnień dotyczących odczuć pacjentów starają się ująć całość zjawisk związanych z tą tematyką. Wydaje się, że zawarte wyżej informacje mogą być przydatne dla:

- lekarzy psychiatrów, prowadzących psychofarmakoterapię, umożliwiając im rozumienie subiektywnych aspektów leczenia, niektórych reakcji paradoksalnych po podaniu leku i niekiedy pacjentów, u których proces terapeutyczny przebiega nieoczekiwanie długo;
- psychoterapeutów, udostępniając wiedzę umożliwiającą omawianie z pacjentami ich subiektywnych przeżyć w trakcie leczenia – wydaje się, że często terapeuci, których pacjenci opowiadają o doznaniach i wyobrażeniach związanych z lekami, nie czują się wystarczająco kompetentni i proszą ich o zwrócenie się w tej sprawie do lekarza; może w ten sposób wyodrębnić się obszar przeżyć pacjenta, który nie jest w terapii omawiany;
- osób prowadzących jednocześnie psycho- i farmakoterapię. Problemy związane z łączeniem obu tych metod omawia Kokoszka i wsp. [8]. Podkreślają oni, że prowadzenie łączonej terapii wymaga wysokich kwalifikacji i w jej trakcie musi być omawiane znaczenie faktu przyjmowania przez pacjenta leków dla relacji terapeutycznej.

### Summary

The authors discuss the subjective and psychodynamic aspects of pharmacotherapy in schizophrenia which are important for compliance. A large number of different factors connected with psychopharmacotherapy are of particular importance when we consider their impact on compliance.

Those factors are psychopathology of patient's disease, insight, and his/her intrapsychic structure as well as the great number of factors which are based on social and cultural environment of



the patient. One of the most important factors is associated with the patient's family and the question how the family estimate the changes in the patient's health under the influence of medication. Other important factors include those which are rooted in the therapeutic environment of mental health service institutions and particularly in the therapeutic relationship between the patient and the treating psychiatrist. Those factors, including transference and countertransference, may cause specific impact or even distortions on a pharmacotherapeutic action of the antipsychotic drugs. The attempts to classify this compound area as well as some remarks concerning meaning of psychodynamic aspects of pharmacotherapy for different groups of mental health professionals are presented in the article. The psychodynamic and subjective factors of psychopharmacotherapy are seen here as a part of a more complex field of compliance but also as those which determine a successful therapeutic outcome in the care of schizophrenic patients.

### **Субъективные аспекты фармакотерапии шизофрении**

#### **Содержание**

На основании доступного обзора литературы Авторы представляют субъективные и психодинамические вопросы, относящиеся к психофармакотерапии шизофрении, имеющие большое значение для совместной работы больных при лечении. Обращено особенное внимание на такие факторы как: психопатология пациента, интрапсихические факторы, оценка и многие вопросы, связанные с действием лекарства, а также на оценке семейных, общественных и культуральных факторов в окружении больного.

В статье обсуждена роль психодинамических факторов и терапевтической реляции, перенесения и противоперенесения для эффекта действия лекарства у больных шизофренией. Представлены известные пробы классификации этих сложных явлений и их место в практике различных групп лиц, профессионально занимающихся помощью в области психического здравоохранения.

Предложенный литературный обзор указывает на факт, что субъективные и психодинамические факторы составляют важное составляющее, влияющее на совместную работу больных при их лечении и, именно они, могут быть элементом, детерминирующим терапевтический эффект.

### **Subjektive Aspekte der Psychopharmakotherapie in der Schizophrenie**

#### **Zusammenfassung**

In der Arbeit besprach man aufgrund der Literaturübersicht die subjektiven und psychodynamischen Fragen, die Pharmakotherapie in der Schizophrenie betreffen. Sie haben eine große Bedeutung für die Zusammenarbeit der Kranken in der Behandlung. Man konzentrierte sich auf solche Faktoren wie: Psychopathologie des Patienten, intrapsychische Faktoren, und zahlreiche Faktoren, die mit der Arzneimittelwirkung und dem Familien-, Sozial- und Kulturmilieu des Kranken verbunden sind. Man besprach die Rolle der psychodynamischen Faktoren und der therapeutischen Relation, der Übertragung und Gegenübertragung für die Effekte der Arzneimittelwirkung bei den schizophrenkranken Patienten. Es wurden die bisherigen Proben der Klassifizierung dieser zusammengesetzten Erscheinungen und ihre Position in der Praxis verschiedener Personen beschrieben, die sich beruflich mit der Betreuung im Bereich der psychischen Gesundheit beschäftigen. Die Übersicht weist darauf hin, dass die subjektiven und psychodynamischen Faktoren ein wichtiges Komponent bilden, das auf die Zusammenarbeit der Kranken bei der Behandlung einen Einfluß hat. Sie können auch oft ein Element sein, das für den therapeutischen Erfolg verantwortlich ist.

## Les aspects subjectifs de la psychopharmacologie dans la schizophrénie

### Résumé

En basant sur la littérature en question on discute les aspects subjectifs et psychodynamiques de la psychopharmacologie de la schizophrénie, important pour la coopération du malade dans la thérapie. L'auteur se concentre sur: psychopathologie du malade, facteurs intrapsychiques, problèmes liés à l'effet du médicaments, entourage social, familial et culturel du malade. On présente aussi le rôle des facteurs psychodynamiques, des relations thérapeutiques – transfert et contre – transfert – pour les résultats de la thérapie des schizophrènes. L'auteur décrit aussi les effort de classifier ces problèmes très complexes et il définit leur place dans la pratiques thérapeutiques. Cette article démontre que les facteurs subjectifs et psychodynamiques jouent le rôle important dans la thérapie et dans la coopération du malade au cours de la thérapie et parfois ils en déterminent le succès.

### Pismiennictwo:

1. Awad A.G.: *Subjective response to neuroleptics in schizophrenia*. Schizophr. Bull. 1993, 19, 3, 609–617.
2. Awad A.G., Voruganti L.N.P., Heslegrave R.J., Hogan T.P.: *Assesment of the patient's subjective experience in acute neuroleptic treatment: implications for compliance and outcome*. Int. Clin. Psychopharmacol. 1996, 11, suppl. 2, 55-59.
3. Day J.C., Bentall R.P., Warner S.: *Schizophrenic patients' experiences of neuroleptic medication: a Q-methodological investigation*. Acta Psychiatr. Scand. 1996, 93, 397–402.
4. Fenton W.S., Blyler C.R., Heinssen R.K.: *Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings*. Schizophr. Bull. 1997, 23(4), 637–651.
5. Finn S.E., Bailey J.M., Schultz R.T., Faber R.: *Subjective utility ratings of neuroleptics in treating schizophrenia*. Psychol. Med. 1990, 20, 843–848.
6. Hogan T.P., Awad A.G., Eastwood R.: *A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity*. Psychol. Med. 1983, 13, 177–183.
7. 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.
8. Kokoszka A., Golec S., Curyło A.: *Psychoterapia i farmakoterapia: alternatywne czy komplementarne metody leczenia?* Psychiatr. Pol. 1997, 31, 6, 739–744.
9. Larsen E.B., Gerlach J.: *Subjective experience of treatment, side effects, mental state and quality of life in chronic schizophrenic out-patients treated with depot neuroleptics*. Acta Psychiatr. Scand. 1996, 93, 381–388.
10. Marder S.R., Mebane A., Chien C.-P., Winslade W.J., Swann E., Van Putten T.: *A comparison of patients who refuse and consent to neuroleptic treatment*. Am. J. Psychiatry 1983, 140, 4, 470–472.
11. McEvoy J.P., Hartman M., Gottlieb D., Godwin S., Apperson L.J., Wilson W.: *Common sense, insight and neuropsychological test performance in schizophrenia patients*. Schizophr. Bull. 1996, 22, 4, 635–641.
12. Meder J.: *Aktywny udział pacjentów w leczeniu farmakologicznym*. Fundacja Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1995.
13. Rybakowski J.: *Postępy w badaniach nad etiopatogenezą schizofrenii w latach dziewięćdziesiątych*. Psychiatr. Pol. 1997, 31, 5, 513–526.
14. Rzewuska M.: *Ograniczenia w stosowaniu neuroleptyków w schizofrenii*. Farm. Psych. Neurol. 1996, 4, 3–20

15. Salokangas R.K.R., Saarijarvi S., Taiminen T., Lehto H., Niemi H., Ahola V., Syvalahti E.: *Effects of smoking on neuroleptics in schizophrenia*. Schizophr. Res. 1997, 23, 55–60.
16. Sarwer-Foner G.J.: *The dynamics of psychiatric drug therapy*. C.C. Thomas, Springfield, IL, 1960.
17. Sarwer-Foner G.J.: *The psychodynamic action of psychopharmacologic drugs and the target symptom versus the anti-psychotic approach to psychopharmacologic therapy: thirty years later*. Psychiatr. J. Univ., Ottawa 1989, 14, 1, 269–278.
18. Sarwer-Foner G.J.: *The relationship between psychotherapy and pharmacotherapy: an introduction*. Am. J. Psychother. 1993, 47, 3, 387–392.
19. Szafrński T.: *Poneuroleptyczny zespół ubytkowy*. Psychiatr. Pol. 1995, 29, 359–370.
20. Szafrński T., Murawiec S.: *Badania subiektywnych odczuć pacjentów leczonych neuroleptykami*. Post. Psychiatr. Neurol. 1996, 5, 3, 265–283.
21. Van Putten T., Crumpton E., Coralee Y.: *Drug refusal in schizophrenia and the wish to be crazy*. Arch. Gen. Psychiatry 1976, 33, 1443–1446.
22. Van Putten T., May P.R.A., Marder S.R., Wittmann L.A.: *Subjective response to antipsychotic drugs*. Arch. Gen. Psychiatry 1981, 38, 187–190.
23. Vender S., Civitarese G., Loconte M.: *Pseudo-recovery in schizophrenic patients with intercurrent physical disorders*. N. Trends Exper. Clin. Psychiatry 1996, 12, 1, 31–37.
24. Wciórka J.: *Choroba schizofreniczna jako indywidualne doświadczenie*. Post. Psychiatr. Neurol. 1996, 5, 3, 241–263.
25. Welbel L.: *Trudności oceny wyników farmakologicznego leczenia schizofrenii*. Psychiatr. Pol. 1980, 14, 1, 51–57.
26. Wilson J.D., Enoch M.D.: *Estimation of drug rejection by schizophrenic in-patients, with analysis of clinical factors*. Brit. J. Psychiatry 1967, 113, 209–211.

Otrzymano: 14.04.1998

Zrecenzowano: 29.06.1998

Przyjęto do druku: 11.07.1998

Adres: III Klinika Psychiatryczna  
Instytut Psychiatrii i Neurologii  
02-957 Warszawa, al. Sobieskiego 1/9

**Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego informuje o możliwości uzyskiwania przez członków zwyczajnych Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dofinansowania ich udziału w zjazdach, sympozjach i konferencjach naukowych odbywających się za granicą.**

Zasady przyznawania dofinansowania określają załączone „Zasady”. Komitet „Konferencje Naukowe PTP” ZG PTP gromadzi na ten cel środki na koncie: POLSKIE TOWARZYSTWO PSYCHIATRYCZNE Konferencje Naukowe, ul. Kopernika 21B 31-501 Kraków, w Banku PKO SA, o. w Krakowie Rynek Gł. 31; Nr Rachunku: 12401431-7001815-2700-401112-001.

Zarząd zachęca członków Towarzystwa do korzystania z tej możliwości, a także do pozyskiwania sponsorów dla tej działalności.

Wnioski o dofinansowanie należy składać na adres Komitetu na ręce prof. dr. hab. med. Jacka Bomby.

**Zasady dofinansowania przez Zarząd Główny wyjazdów na zjazdy,  
sympozja, konferencje naukowe za granicą z funduszu  
„Konferencje Naukowe PTP”**

1. Z refundacji kosztów udziału w zjazdach, konferencjach, sympozjach naukowych za granicą korzystać mogą członkowie zwyczajni Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.
2. Refundacja nie może przekroczyć:
  - A. kwoty równoważnej 1200 USD przy wyjeździe do USA
  - B. kwoty 900 USD przy wyjeździe do innego kraju
3. Refundacja może być rozliczona jako:
  - A. stypendium ZG PTP (tzn. jako opodatkowany przychód);
  - B. delegacja – przy czym jej koszty nie mogą przekroczyć kwot określonych w pkt. 2
4. Wniosek o dofinansowanie powinien wyprzedzać termin wyjazdu i zawierać:
  - A. potwierdzenie członkostwa zwyczajnego z datą przyjęcia do PTP, dokonane przez sekretarza oddziału, oraz opłacenia składek członkowskich dokonane przez skarbnika oddziału
  - B. informację o imprezie
  - C. kopię streszczenia zgłoszonego doniesienia
  - D. kopię potwierdzenia przyjęcia doniesienia do programu zjazdu
5. Dofinansowanie może być przyznane tylko jednemu autorowi w przypadku prezentacji prac zbiorowych.
6. Osoby korzystające z dofinansowania składają Zarządowi Głównemu sprawozdanie ze sponsorowanego wyjazdu w takiej formie, by mogło być opublikowane w czasopiśmie Towarzystwa.
7. Niniejsze zasady zostały przyjęte przez Zarząd Główny na posiedzeniu w dniu 7 kwietnia 1995 r.