

Farmakoterapia zaburzeń nerwicowych – warunki optymalnego wyboru leczenia

Marcin Jabłoński

O leczeniu nerwic, zarówno farmakologicznym, jak i nefarmakologicznym, napisano wiele książek i artykułów. Dostępne są zalecenia i wytyczne dotyczące stosowania leków i psychoterapii. Celem tego artykułu nie będzie ich powielanie, a raczej refleksyjne spojrzenie na indywidualną relację terapeutyczną z perspektywy gabinetu psychiatry-psychoterapeuty. Ważnym składnikiem tej relacji jest wybór optymalnej metody farmakoterapii. Właśnie pewnym subtelnościami tego wyboru i ich specyfice chciałbym poświęcić poniższe refleksje, z nadzieją, że przyczynią się do optymalizacji decyzji terapeutycznych w praktyce.

Nerwice w systemach diagnostycznych

Zacznijmy od jednego z obowiązujących w obecnej psychiatrii paradygmatów – paradygmatu systemów diagnostycznych. W dużym uproszczeniu mówi on, że nie ma chorób poza systemem diagnostycznym, czyli żeby jakieś zaburzenie lub choroba mogły być rozpoznawane i leczone, muszą mieć swoje miejsce i kryteria diagnostyczne w systemie. W ten sposób co jakiś czas na skutek arbitralnej umowy środowisk fachowych, społecznych i biznesowych pewne zaburzenia odpowiednio znikają lub pojawiają się w polu widzenia lekarzy i terapeutów, co oczywiście nie znaczy, że ich obiektywna obecność w świecie lub stopień wywoływanego nimi cierpienia i niesprawności w jakikolwiek sposób się zmieniają. Zintegrowane systemy diagnostyczne – ICD i DSM, oddalając się od tradycyjnego przyczynowo-skutkowego spojrzenia na etiologię zaburzeń psychicznych, skoncentrowały się raczej na ich symptomatologii i dynamice, co w przypadku nerwicy zaowocowało wyraźną marginalizacją i rozproszeniem w systemie. Dla przykładu – funkcjonujące przez wiele lat niejasne pojęcie nerwicy depresyjnej zastąpiono równie niejasnym i wieloznacznym pojęciem dystymii, a np. dość dobrze zdefiniowaną psychodynamicznie nerwicę anankastyczną zastąpiła rozległa kategoria diagnostyczna – zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (OCD), ewoluująca w jeszcze rozleglejszym i mniej jasnym koncepcyjnie kierunku spektrum OCD. Tabela 1 przedstawia zestawienie jednostek diagnostycznych wg ICD-10, pod którymi kryją się różne, tradycyjne nazwy nerwic.

Na powyższym przykładzie widać już pierwszy dylemat, przed jakim staje lekarz

diagnosta, do którego trafia pacjent-klient z nerwicą. Co rozpoznać? Zaburzenie lękowe, a może nerwicę? Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne czy nerwicę? Zaburzenie pod postacią somatyczną czy nerwicę? Pytanie tylko na pozór wydaje się wydumane i akademickie. Pozór ten wynika z konieczności przełożenia rozpoznania na postępowanie lecznicze. I tak zbliżamy się do kolejnego paradygmatu współczesnej psychiatrii, który staje nad drogą do optymalnego leczenia chorego z nerwicą, tj. paradygmatu evidence based medicine (EBM), tzn. paradygmatu medycyny opartej na dowodach. Problem polega na tym, że aby według współczesnych kryteriów naukowości i dobrej praktyki klinicznej uznać jakieś postępowanie lecznicze za zgodne z obowiązującą wiedzą, należy odwołać się do dowodów naukowych jego skuteczności i bezpieczeństwa. Można odnieść wrażenie, że zarówno systemy diagnostyczne, na których opiera się rozpoznawanie zaburzeń we współczesnej psychiatrii, jak i paradygmat EBM, zamiast przybliżyć lekarza i pacjenta, służąc zacieśnieniu wzajemnego rozumienia i współpracy, starają się przenieść relację terapeutyczną na grunt teoretyczny, zoperacjonalizowany i statystycznie bezosobowy. Można z dużą dozą prawdopodobieństwa stwierdzić, że dowodów naukowych definiujących algorytmy farmakologiczne w nerwicach nie ma wcale. Owszem, są badania dotyczące zaburzeń lękowych – lęku napadowego, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, fobii społecznej itp. Ale czy o to nam chodzi? Przed nami siedzi pacjent z nerwicą, a świadomość istnienia nerwic jest głęboko zakorzeniona społecznie, kulturowo zarówno wśród chorych, jak i wśród lekarzy. Jeśli uda nam się uniknąć niebezpieczeństw

wynikających z edukacji i bycia na bieżąco z systemami diagnostycznymi, jak również podejściem biologiczno-farmakologicznym wywodzącym się z metodologii EBM, musimy wreszcie spotkać się z pacjentem i jego oczekiwaniami. Oczekiwaniemi, których on sam często nie jest w stanie kompletnie nazwać i precyzyjnie określić. Ma przecież nerwicę. Nerwicę która przenika jego mentalność i osobowość, która niejednokrotnie przeplata się z wszystkimi wymiarami jego historii i egzystencji.

Wymiary zaburzeń nerwicowych

Pojęcie wymiarów weszło już na trwałe do języka psychiatrii w odniesieniu do schizofrenii. Z perspektywy wymiarów dyskutuje się obecnie nie tylko o fenomenologii schizofrenii, ale przede wszystkim o wyborze optymalnej farmakoterapii. Niektóre neuroleptyki oddziałują bowiem korzystnie na wymiar pozytywny, a inne na negatywny, inne na afektywny, a inne jeszcze na agresję lub funkcjonowanie ogólne. Chciałbym zachęcić do podobnego – z perspektywy wymiarów – spojrzenia na nerwice. Z całą pewnością nerwice mają wymiar patofizjologiczny. Nie budzi obecnie wątpliwości stwierdzenie, że zaburzenia funkcji złożonych układów neuronalno-biochemicznych manifestują się klinicznie wieloma objawami opisywanymi tradycyjnie jako nerwicowe (odczucie lęku, objawy sercowo-naczyniowe, objawy neurovegetatywne i inne). Właściwie ten wymiar wydaje się zasadniczym, jeśli nie jedynym celem obecnie zalecanej farmakoterapii zespołów nerwicowych – utożsamianych najczęściej z grupą zaburzeń lękowych. Ale czy

wszystkie objawy odbiegające od szeroko rozumianej normy diagnostycznej są wynikiem patofizjologii. A co z fizjologią i adaptacją? Czy stan rozpoznawany jako zaburzenie lękowe uogólnione bądź inny, określany mianem dystymii, nie może kształtować się w sytuacjach przewlekłego dystresu i zmęczenia lub frustracji i przeciążenia? Kiedy wrodzona nieśmiałość staje się fobią społeczną, a skrupulatność zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym? Czy uwrażliwienie na sytuacje podobne do silnego urazu sprzed lat i ożywienie emocjonalne to już zaburzenie stresowe pourazowe? Czy łązy w oczach córki na realne wspomnienie zmarłej matki lub podobną sytuację w serialu telewizyjnym to już psychastenia? Uważni czytelnicy mogliby w tej chwili stwierdzić z przekorą, że właśnie ten dylemat starają się rozstrzygnąć zoperacjonalizowane systemy diagnostyczne, a uważni i trochę złośliwi skonkludować, że przez autora przemawia jego własny neurotyzm wspólny z duchem antypsychiatrii. Sądzą jednak, że stwierdzenia te byłyby jedynie próbą ucieczki od tematu niewyznaczalności ostrych granic normy i patologii w tych niezwykle subtelnym i niejednoznacznych sytuacjach. A może przy rozstrzygnięciu tego dylematu warto poznać punkt widzenia pacjenta – jego schematy poznawcze. Może warto zreflektować też własne schematy poznawcze i wynikające z nich sposoby porządkowania rzeczywistości, w tym oceny danej sytuacji klinicznej. Może warto zwrócić uwagę na aktualny sposób życia, zachowania i zwyczaje społeczne pacjenta, sposób wyrażania emocji, odniesienia do obszarów duchowości, oraz na kontekst kulturowy i egzystencjalny. Warto też zastanowić się, jak na relację terapeutyczną i wybór leków wpływa nasze i pacjenta myślenie o zaburzeniu nerwicowym w ujęciu nozologicznym, tzn. czy nadanie nazwy rzeczywistości klinicznej

może wpłynąć na rozumienie problemu i proces decyzyjny w ustalaniu leczenia, np. jak zmienia myślenie o problemie samo nazywanie nerwicy natręctw zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym. W tabeli 2 zestawiono opisane w tekście postulowane wymiary nerwic.

Miało być prościej, a nie jest, zwłaszcza jeśli zgodzimy się z tezą o wielowymiarowości zjawiska nerwicy. A tym bardziej jeśli zgadzając się, zadamy pytanie: w jaki sposób dostępne leki miałyby oddziaływać na opisane i rozeznane wymiary nerwicy? Czy lek sięga w obszary egzystencji i duchowości. Pojawiające się najnowsze badania przypisują lekom coraz więcej możliwości, zarezerwowanych do niedawna wyłącznie dla subtelnym oddziaływań terapeutycznych, m.in. w obszarach systemów poznawczych pacjenta, nadawania znaczeń, dostrzegania i interpretacji zachodzących procesów i zdarzeń. Przy dochodzeniu do zagadnienia optymalnego wyboru leku w kontekście wymiarów nerwic rodzą się kolejne pytania. Jeżeli obecny u pacjenta lęk, objaw nerwicy, uznamy za reakcję psychofizjologiczną, obronną, sygnałową, adaptacyjną – w stresie, kryzysie, konflikcie, zagrożeniu, to czy należy za wszelką cenę tłumić go farmakologicznie, a może raczej interpretować i poszukiwać przyczynowych metod obniżenia jego natężenia? Jeśli tłumić farmakologicznie, to jak długo? Czy traktować lek jako swoisty dopalacz, pozwalający przetrzymać więcej napięcia i dyskomfortu, czy raczej unikać nadmiernego uspokajania, w obawie o poważniejsze zaburzenie homeostazy po przekroczeniu zdolności adaptacyjnych pacjenta wobec przewlekającego się dystresu. Czy zatem wystarczą doraźnie zastosowane leki przeciwłękowe, np. surowo oceniane benzodiazepiny, czy należy rozważyć dłuższe leczenie np. zalecanymi jako stan-

dard inhibitorami zwrotnego wychwytu serotoniny? Jaką ostatecznie przyjąć postawę – redukcjonistyczną, zgodnie z którą zasadniczym celem farmakoterapii jest zniesienie objawu, złagodzenie reakcji patofizjologicznej i poprawa funkcjonowania na co dzień, czy idealistyczną wynikającą z rozumienia mechanizmów rozwoju nerwicy w kontekście paradygmatów psychiatrii psychodynamicznej, związanej z propozycją psychoterapii, spojrzenia systemowego i potrzeby zmiany. Jak odnieść się wreszcie do niefarmakologicznego działania leków w relacji terapeutycznej. To, że efekt placebo w badaniach lekowych wynosi ponad 40%, co oznacza że klinicznie istotna poprawa zachodzi u 40 ze 100 chorych przyjmujących zupełnie nieaktywną farmakologicznie tabletkę, a korzystne działanie samej substancji farmakologicznej uznawane jest dopiero, jeśli ten próg przekracza, nie powinien ująć naszej uwagi. Innym jeszcze zagadnieniem pozostaje zmieniający się kontekst kulturowy farmakoterapii nerwic. Obecne podejście nozologiczne i dominacja myślenia kategoriami dowodów naukowych (paradygmat EBM) w ustalaniu zaleceń leczniczych, nasilona kontrola społeczna i instytucjonalna relacji terapeutycznych stawiają lekarza terapeutę przed trudnym wyborem między bezkrytycznym zastosowaniem się do aktualnych standardów – często pokłosa intensywnej promocji leków przez koncerny farmaceutyczne – a wyborem podejścia tradycyjnego w medycynie, opartego na własnym pogłębionym doświadczeniu i przekazie w relacji mistrz – uczeń. Tabela 3 przedstawia podsumowanie pytań dotyczących optymalnego wyboru leku w kontekście wymiarów zaburzeń nerwicowych.

Współpraca między lekarzem a pacjentem, zjawisko ambiwalencji

U podstaw każdej udanej terapii leży dobra współpraca między lekarzem a pacjentem. Czy poza opisanymi powyżej jeszcze ja-

TABELA 1
Zestawienie jednostek diagnostycznych wg ICD-10, pod którymi kryją się różne, tradycyjne nazwy nerwic

Kategoria	Nazwa tradycyjna nerwicy (zaburzenie ICD-10)
F34.1	Nerwica depresyjna (dystymia)
F40.1	Nerwica społeczna (fobie społeczne)
F41.	Napady paniki, nerwica lękowa, depresja lękowa, histeria lękowa (inne zaburzenia lękowe)
F42.	Nerwica anankastyczna, nerwica obsesyjna, nerwica natręctw, nerwica obsesyjno-kompulsyjna (zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne)
F43.	Nerwica urazowa (zaburzenie stresowe-pourazowe)
F44.	Nerwica konwersyjna, histeria (zaburzenia dysocjacyjne [konwersyjne])
F45.	Nerwica hipochondryczna, nerwica serca, żołądka (zaburzenia hipochondryczne, zaburzenia autonomiczne pod postacią somatyczną)
F48.	Neurastenia, nerwica psychasteniczna, nerwica zawodowa (inne zaburzenia nerwicowe)
F60.9	Nerwica charakteru (zaburzenia osobowości BNO)
F68.0	Nerwica roszczeniowa (inne zaburzenia osobowości i zachowania)

TABELA 2
Wymiary nerwic

Patofizjologiczny
Objawowy
Fizjologiczny
Adaptacyjny
Poznawczy
Behawioralny
Emocjonalny
Egzystencjalny
Duchowy
Kulturowy
Nozologiczny

kieś inne charakterystyczne zjawiska kształtują relację terapeutyczną w odniesieniu do leczenia nerwicy. Opierając się bardziej na własnym doświadczeniu w pracy z chorymi na nerwicę niż na dowodach naukowych, chciałbym podkreślić rolę dwóch mechanizmów mogących, zwłaszcza na początkowym etapie kształtowania relacji terapeutycznej, nadawać jej określony kierunek. Problemy te odnoszą się do zjawisk ambiwalencji i frustracji. Co należy podkreślić, problemy te dotyczą wszystkich uczestników relacji terapeutycznej. Ze strony pacjenta ambiwalencja często pojawia się już na samym początku spotkania z lekarzem, kiedy opisuje swoją drogę do gabinetu – co w skrócie można opisać pytaniem: czy w ogóle jestem chory, a jeśli tak, to czy leczyć się z tych dolegliwości, a może nie leczyć? I czy na pewno u psychiatry? Kolejne pytanie pojawia się zwykle na końcu wizyty, kiedy po usłyszeniu rozpoznania nerwicy pacjent zastanawia się, czy w ogóle zgodzić się na uzupełniające badanie psychologiczne,

np. osobowości, oraz na proponowaną farmakoterapię lub psychoterapię. Pewna cykliczność tych pytań ujawnia się po kilku miesiącach – pod postacią wątpliwości, czy w ogóle i jak długo kontynuować leczenie, zwłaszcza jeśli objawy nie przeszkadzają już w codziennym życiu. Obszar ambiwalencji odnosi się też do obiektu terapii, jakim staje się lek. I to zarówno w odniesieniu do wątpliwości pacjenta, jak i terapeuty. Czy leki leczą nerwicę, czy tylko łagodzą objawy, wyłącznie pomagają, czy mogą też zaszkodzić, czy przewlekłe stosowane na pewno utrwalają poprawę, czy tworzą rodzaj zależności? Sam lekarz pewnie niejednokrotnie stawia sobie pytanie, co właściwie leczy – nerwicę czy zaburzenie z ICD-10, czy proponować pacjentowi tylko leki, a może też psychoterapię, analizować kontekst choroby i szukać jej potencjalnych przyczyn w systemie otaczającym pacjenta, czy wyłącznie skoncentrować się na objawach tu i teraz, czy odwoływać się do własnego doświadczenia i doświadczenia swoich nauczycieli, czy za-

uwać odległym analizom znajdującym swoje odzwierciedlenie w tzw. dowodach naukowych. Warto też zadać sobie pytanie, czy i w jakim stopniu praktykowanie przez lekarza psychoterapii kształtuje jego podejście do problemu kompleksowego leczenia pacjenta z nerwicą. To, że chory na nerwicę może być leczony co najmniej w czterech konstelacjach terapeutycznych: tylko przez lekarza – farmakologicznie, tylko przez terapeutę – psychoterapią, przez lekarza psychoterapeutę w jednej osobie, jak również przez dwie osoby: lekarza i psychoterapeutę, niewątpliwie wpływa zarówno na indywidualny wymiar relacji, jak i na obraz oraz efektywność leczenia w kontekście analizy całej populacji pacjentów z nerwicami. Tabela 4 podsumowuje zjawisko ambiwalencji w relacji terapeutycznej z chorym na nerwicę.

To, że do gabinetów trafiają z objawami nerwicowymi coraz częściej osoby młode, dobrze wyedukowane, aktywne, w okresach przełomowych, kryzysowych, promuje wybór farmakoterapii, jako metody uznanej i dającej na dzieje na szybszą poprawę objawową. Niestety, zalecenie wielomiesięcznego leczenia i licznych ograniczeń (samochód, alkohol, ciąża), wczesne mniej lub bardziej typowe objawy niepożądane, np. selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny lub benzodiazepin, jak również informacja o możliwości nawrotu dolegliwości po zakończeniu lub przerwaniu leczenia powoduje frustrację. Najwyraźniej uwidacznia się on w odniesieniu do potrzeby jednoznacznego, szybkiego i zarazem trwałego efektu. Zjawiska społeczne, jak informacja o leku, internet, z przysłówiowym dr. Googlem oraz forami dyskusyjnymi pacjentów, obalają mit lekarza terapeuty jako jedyne posiadacza tajemnej wiedzy o leku i zasadach postępowania terapeutycznego. Globalnie procesy te często zamiast rzeczowo informować i uspokajać, sprzyjają przeżyciom lękowym i ambiwalencji niejednokrotnie w odniesieniu do całego systemu opieki psychiatrycznej.

Podsumowując, mam nadzieję że zaprezentowana perspektywa pytań i wątpliwości pozwoli czytelnikom dojrzeć złożoność relacji terapeutycznej w kontakcie z chorym na nerwicę, a tym samym pośrednio przyczyni się do optymalizacji wyboru metody leczenia w tej złożonej grupie pacjentów.

Zalecane piśmiennictwo

1. Pringle A, Browning M, Cowen PJ, Harmer CJ. A cognitive neuropsychological model of antidepressant drug action. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2010 Jul 29. [Epub ahead of print]
2. Harmer CJ. Antidepressant drug action: a neuropsychological perspective. *Depress Anxiety*. 2010 Mar; 27 (3): 231-233.

ciąg dalszy piśmiennictwa na str. 54

TABELA 3

Podsumowanie pytań, odnośnie do optymalnego wyboru leku w kontekście wymiarów zaburzeń nerwicowych

Optymalny wybór leków w kontekście wymiarów zaburzeń nerwicowych

Lek jest reakcją fizjologiczną, obronną, sygnałową, adaptacyjną – w stresie, kryzysie, konflikcie, zagrożeniu. Lek nie powinien być traktowany jako dopalacz przy bezkrytycznym spojrzeniu na kontekst zaburzenia

Celem farmakoterapii jest zniesienie objawu, złagodzenie reakcji patofizjologicznej, poprawa funkcjonowania na co dzień (tylko tyle czy aż tyle?)

Lek może zmieniać zachowanie i modyfikować emocje. Należy brać pod uwagę farmakologiczny i pozafarmakologiczny wpływ leków, interakcje z psychoterapią i obecność leku-obiektu w relacji terapeutycznej

Lek nie sięga w obszar konfliktu, nie dotyka obszaru egzystencji, duchowości. Nowe badania sugerują jednak, że może wpływać na struktury poznawcze pacjenta

Stosunek do leków a także stosowanie się do zaleceń mogą być uwarunkowane kulturowo. Redukcyjne i zoperacjonalizowane nozograficzne systemy diagnostyczne i paradygmat EBM narzucają określone podejście terapeutyczne. Coraz trudniej działać terapię na ich pograniczu lub w oparciu o indywidualne doświadczenie i relację mistrz – uczeń

TABELA 4

Zjawisko ambiwalencji w relacji terapeutycznej z chorym na nerwicę

Obszary ambiwalencji	Uczestnik relacji terapeutycznej
Podjąć leczenie – nie podjąć leczenia	Pacjent
Brać leki – nie brać leków	
Podjąć terapię – nie podjąć terapii	
Kontynuować leczenie – zakończyć	
Leczy chorobę – maskuje objawy	Lek
Pomaga – szkodzi	
Utrwala poprawę – uzależnia	
Nerwica – zaburzenie z ICD-10	Lekarz
Tylko lek – lek + psychoterapia	
„Dzielić się pacjentem” – unikać współpracy	
Analizować przyczynowo – skupić się na tu i teraz	
Evidence Based Medicine – Experience Based Medicine	