

Kazuistika

Nefarmakologické aspekty polypragmázie

Igor Smelý, Mária Zavadilová

Polypragmázia je podľa slovníka cudzích slov spôsob liečby, pri ktorom sa požívajú viaceré liečebné postupy súbežne alebo krátko po sebe. V lekárskej terminológii častejšie za polypragmáziu označujeme neúčelné podávanie viacerých liekov súčasne, ktoré ani nie je potrebné. V tomto duchu naberá slovo polypragmázia skôr negatívny náboj. Preto by sme sa radi venovali polypragmázii ako faktu bez toho, aby sme mu a priori prisudzovali pozitívnu či negatívnu hodnotu.

S polypragmáziou sa v praxi stretávame často a stretávame sa s ňou aj v psychiatrii. Ide jednak o súbežné užívanie viacerých psychiatrických liekov, ale aj o kombinované užívanie psychiatrických a nepsihiatrických liekov.

Často sa na rôznych vedeckých fórach diskutuje o neúčelnosti niektorých spôsobov polypragmatickej liečby. Sme oslovovaní, aby sme sa snažili liečiť čo najmenším počtom liekov, sú nám vysvetlené rôzne riziká polypragmázie, učíme sa o vzájomných farmakokinetických, ale aj farmakodynamických interakciách a nakoniec prideme do praxe a vidíme, že všetko je inak.

Je naozaj klinický lekár nepoučiteľný? Alebo ignoruje to, čo počul na konferenciách a vedeckých schôdzach? Či sú radoví ambulantní psychiatri natoľko hlúpi, že akademikom neostáva než zasnúť?

Týmto príspevkom by sme radi poukázali na to, že pri rozhodovaní o liečbe pacienta vstupujú do tohto procesu okrem racionálnych faktorov (zohľadňujú naše poznatky o psychofarmakách a iných liekoch a dajú sa ovplyvniť vzdelávaním a účasťou na konferenciách) aj menej uvedomované nefarmakologické faktory, ktoré by sme nemali zanedbať. Domnievame sa, že ich uvedenie nám môže pomôcť lepšie rozhodovať v prospech pacienta.

Napriek tomu, že sa o tom málo hovorí, rozhodovanie lekára nie je ovplyvňované iba jeho znalosťami, ale aj ďalšími faktormi. Lekár je pri rozhodovaní vystavený mnohým faktorom, medzi ktoré patria: časový stres, momentálne citové rozpoloženie, presvedčenie o vhodnosti liečebných postupov, presvedčenie o diagnóze, pozitívne či negatívne emócie vo vzťahu k pacientovi, obľúbenosť a preferovanie niektorých liekov, kognitívne rámce, v ktorých lekár o prípade uvažuje,

obava z možného zhoršenia zdravotného stavu pacienta pri zmene liečby, obava z reakcie okolia (pacienta, rodiny pacienta, kolegov atď.).

Radi by sme verili tomu, že lekár si uvedomuje tieto okolnosti a racionálne ich spracúva, ale v skutočnosti sme presvedčení, že v podvedomí lekára tomu tak nie je. Tým sa môže jeho rozhodovací proces stať menej racionálny. Kognitívne procesy sú natoľko späté s našimi emóciami, skoršími zážitkami, ktoré prostredníctvom procedurálnej pamäte či primingu vstupujú do rozhodovacieho procesu, že všetko, o čo sa môžeme snažiť, je urobiť ich viac vedomými a prijať zodpovednejšie rozhodnutia. Zdá sa nám, že túto zložitost ignorujú niektorí prívrženci medicíny založenej na dôkazoch v dobrej viere, že ak budeme mať v hlavách správne algoritmy, budeme sa aj správne rozhodovať. Aj keď si vážime snahu o spresňovanie lekárskeho postupov a vidíme nedostatky v tejto oblasti, nedomnievame sa, že osobné rozhodovanie lekára má nahradiť abstraktný algoritmus.

Teraz sa na niekoľkých kazuistikách pokúsime poukázať na polypragmáziu a jej možné príčiny či dôvody, ktoré lekára k takémuto rozhodnutiu viedli. V niektorých prípadoch vyslovíme len domnienky, nakoľko nevieme, čo sa odohrávalo v hlave lekárov, ktorí sa o pacientov starali pred nami, inokedy čerpáme z vlastnej introspekcie, nakoľko v polypragmázii v tomto prípade pokračujeme s vedomím jej rizík. Domnievame sa, že napriek tomu sú niektoré naše postrehy zovšeobecniteľné a využiteľné pre prax iných kolegov.

Kazuistika 1 – 63-ročná pacientka, starobná dôchodkyňa

Pacientka v starostlivosti psychiatra od roku 2004, v starostlivosti našej ambulancie od novembra 2007. Diagnosticky vedená ako recidivujúca depresívna porucha. Neuropsychická záťaž v rodine nezistená.

Pri prevzatí do našej starostlivosti pacientka bola už dlhodobo v liečbe citalopramom 20-20-0 mg, bupropionom 150-0-150 mg, mirtazapinom 30 mg večer, alprazolamom 0,5-0-1 mg a piracetamom 1200-1200-0 mg. Napriek trojkombinácii anti-depresív, anxiolytika a nootropika sa približne 3 razy do roka objavili epizódy ťažkej depresie, trvajúce minimálne mesiac,

Psychiatrická ambulancia, Prešov

Adresa: MUDr. Igor Smelý, Psychiatrická ambulancia, Prešov, Slovensko

ktoré pacientku vyradzovali z bežného života (okrem jedla a základnej hygieny prakticky nevstávala z postele, bol prítomný apaticko-abulický sy., anhedonia, suicídálne úvahy a pesimistický a beznádejný pohľad do budúcnosti).

Vzhľadom k trojročnej neúspešnej terapii (až trojkombináciou) antidepresív sme uvažovali o možnosti BP II (bipolárnej afektívnej poruchy – typ II), ale anamnesticky ani heteroanamnesticky sme nezistili výskyt hypománie. Ani dotazník nálady nám veľmi nepomohol. Pacientka je v prejavoch jednoduchšia, nedokáže diferencovanejšie opísať svoj vnútorný svet.

V priebehu prvých týždňov a mesiacov sme preto zredukovali množstvo antidepresív a nasadili ako thymopropylaktikum lithium, ktoré by bolo účinné, aj ak by sa jednalo o BP II, má antisuicídálne účinky a neohrozuje pacientku, ani čo sa týka fertility, nakoľko je mimo fertillného veku. V mesiaci február 2008 pacientka užívala bupropion 150-0-150 mg mirtazapin 30 mg večer a lithium 3x300 mg.

Začiatkom roka 2008 sme ešte zaznamenali jednu stredne ťažkú depresívnu epizódu trvajúcu 4 týždne, ale do konca roka 2008 už len dve krátke a menej intenzívne epizódy zhoršenia v trvaní 10-14 dní. Zredukováním a zmenou terapie sme zaznamenali objektívne aj subjektívne zlepšenie kvality života pacientky. Z terapie sme vylúčili alprazolam, ktorý pacientka užívala viac rokov.

Ako možné nefarmakologické faktory na strane predošlého terapeuta by sme mohli (bez snahy kritizovať) označiť **terapeutickú bezradnosť, nedostatok času na pacienta a zaoberanie sa terapeutu inými záležitosťami ako klinickou diagnostikou**. Pacientka referovala, že lekár sa počas kontrolných vyšetrení venoval rôznym súkromným záležitostiam v živote pacientky aj seba, čo síce prispelo k budovaniu vzťahu, ale vlastne sa netýkalo diagnostiky a liečby. Preto bola pacientka zaskočená otázkami, ktoré sme jej kládli, čo pri jej intelektuálnej jednoduchosti môže viesť k opomenutiu niektorých dôležitých symptómov. Ďalším nefarmakologickým faktorom by mohlo byť aj **privyknutie si na recidívy ochorenia pacienta**, čím sme ohrození všetci, ktorí dlhodobo pracujeme s pacientom, ktorého stav sa výraznejšie nelepší alebo sa pravidelne objavujú recidívy ochorenia. Môže nás to viesť k menšej ostražitosti a chybám v úsudku.

K tomu čo nazývame farmakologickými faktormi patrí zváženie možnosti bipolárnej afektívnej poruchy, zváženie vhodnosti a interakčného potenciálu liekov a možnosti liečby v konkrétnom životnom období pacientky, zváženie komorbídnych faktorov a prípadných interakcií s inými liečivami a pod.

V ďalších kazuistikách sa zameriame na vybrané nefarmakologické aspekty.

Kazuistika 2 – 25-ročný pacient, ženatý, pracujúci v pomáhajúcej profesii

Pacient v starostlivosti psychiatra od roku 2003 pre panickú poruchu (asi 1 x v týždni záchvat úzkosti s panickým charakterom, s obavami o svoje zdravie a s vegetatívnu symptomatikou).

Anamnesticky zistená aj jedna epizóda depresie spojená so suicídálnymi úvahami spustená reaktívne problémami v partnerskom vzťahu.

Z rodinnej anamnézy: babka v staršom veku navštevuje psychiatra, nevieme kvôli akej diagnóze, bližšie neuvádza, otec bol závislý od alkoholu, matku pacienta opustil, keď tento mal 1 rok. Pacient 4 roky v liečbe dosulepinom 75 mg denne, sulpiridom 50 mg denne a bromazepamom 1,5-3 mg denne a napriek tomu častý výskyt úzkostnej symptomatiky, znamenajúci obmedzenie v bežných aj pracovných aktivitách

Pacienta sme prevzali v októbri 2008, postupným znižovaním dávky sme najprv vylúčili z terapie anxiolytikum a neskôr sulpirid, takže pacient užíva dosulepin 75 mg večer. Pacient bol zaradený do KBT s cieľom lepšie porozumieť svojmu ochoreniu a zvládať úzkostné stavy. Koncom januára a v mesiaci február 2009 zaznamenávame výrazný pokles úzkostnej symptomatiky. Vylúčením anxiolytika sme zabránili vzniku závislosti a kombinácia s psychoterapiou priniesla úspech terapie.

V tomto prípade sa domnievame, že významnú úlohu v udržiavaní polypragmázie mala pacientom internalizovaná správa od predchádzajúceho psychiatra: „Už budete musieť brať lieky do konca života“, ktorá u úzkostného pacienta viedla k obavám vynechať ktorýkoľvek liek a úzkostné stavy riešiť užitím anxiolytika. **Nedostatočné zhodnotenie psycho-terapeutických možností** viedlo k zbytočne dlhému udržiavaniu polypragmatickej liečby, ktorá mohla byť v začiatkoch plne racionálna a zmysluplná. Dnes je pacient po piatich mesiacoch liečby v našej ambulancii a piatich psychoterapeutických sedeniach v liečbe jedným antidepresívom v udržiavacej dávke, ktorú podávame hlavne kvôli anamnestickému údaju o jednej epizóde depresívneho ochorenia (a čiastočne aj kvôli panickej poruche). Pacient má naďalej tendenciu riešiť niektoré diskomfortné stavy užitím lieku, ale prešiel k voľno predajným bylinným liekom (napr. Benosen) a uvedomuje si, že toto riešenie môže byť niekedy súčasťou zabezpečovacieho správania a tak sa ho snaží minimalizovať. Sám charakterizuje terajšie obdobie s nádejou v hlase: „Som teraz v stave vysadzovania liekov.“

Kazuistika 3 – 29-ročná invalidná dôchodkyňa

Pacientka v starostlivosti našej ambulancie od roku 2001, predtým asi 5 rokov v starostlivosti iného psychiatra, opakovane asi 5x hospitalizovaná na psychiatrickom oddelení v Košiciach a Prešove. Posledná ústavná liečba v roku 2004.

Z anamnézy: matka liečená ako popôrodná psychóza, teraz ako panická porucha. Otec závislý od alkoholu, abstínuje.

Stav pacientky diagnosticky hodnotíme ako nediferencovaný schizofréniu s paranoidnými a hebefrénnymi črtami. V klinickom obraze pretrvávajú bludná paranoidná produkcia, erotomanické bludy, sluchové halucinácie, afektívna labilita s nedostatočnou kontrolou impulzov, v správaní odbrzdenosť, familiárnosť, infantilita, afekty hnevu, v reči početné zdobneniny, neologizmy, vulgarizmy, osobnosť nedostatočne integrovaná s trvalými postschizofrénnymi zmenami.

Z terapeutických pokusov aspoň stručne v časovom slede od roku 2001: Leponex, Prothazin, Diazepam, zmena Leponexu na Risperdal, Rivotril, Akineton, Nitrazepam, zmena Risperdalu na Seroquel, Xanax, zmena Risperdalu na Haloperidol, zmena Xanaxu na Frisium, pridaný Cisordinol inj, návrat ku kombinácii Risperdal, Leponex, výmena Risperdalu za Zoleptil, výmena Zoleptilu za Zeldox, výmena Zeldoxu na Solian.

Aktuálna terapia od roku 2005: clozapin 200-100-200 mg, amisulprid 400-200-400 mg, clonazepam 3x2 mg, diazepam 0-0-20 mg, biperiden 3x2 mg. Napriek opakovane meneným kombináciám antipsychotík a ďalších medikamentov a ich pomerne vysokým dávkam nedochádza k výraznejšej úprave psychického stavu. Pacientka zatiaľ nikdy nedosiahla úplnú remisiu ochorenia.

Za úspech aktuálnej terapie však pokladáme to, že od roku 2005 nebola nevyhnutná ústavná hospitalizácia, ktorú pacientka aj jej rodina v minulosti veľmi zle znášali, sociabilita pacientky je lepšia, poruchy správania v zmysle agresívnych prejavov v domácom prostredí zriedkavejšie a v neposlednej miere oceňujeme dobrú spoluprácu rodiny s našou ambulanciou.

V tomto prípade sme sa opakovane v začiatkoch liečby pokúšali zmeniť terapiu smerom k monoterapii, ale opakovane pri týchto pokusoch dochádzalo k zhoršovaniu stavu pacientky, takže sme sa vrátili aj keď v zmenenej forme k polypragmázii. Pacientka užíva vysoké dávky dvoch rozdielnych antipsychotík, ktorých kombinácia nemá v nám známej literatúre oporu. Napriek tomu vyššia dávka klozapínu vyvolávala epileptické paroxyzmy, takže teraz je pacientka bez tejto komplikácie farmakoterapie. Okrem toho ako prídavná farmakologická liečba sú použité dve odlišné druhy benzodiazepínov a antiparkinsonikum na zvládanie vedľajších účinkov antipsychotickej medikácie. Napriek tejto liečbe je pacientkin stav posledné 4 roky uspokojivo stabilizovaný, dochádza na pravidelné mesačné kontroly s pravidelnými mesačnými odbermi na krvný obraz a diferenciál pri liečbe klozapínom. Nedochádza k poklesu neutrofilov. Pacientka nebola posledné 4 roky hospitalizovaná na psychiatrickom oddelení. Je síce naďalej psychotická v zmysle pretrvávania reziduálnych bludov a halucinácií, ale jej sociabilita je výrazne zlepšená. Správanie je nápadné, oslovuje nás zdobeninami krstných mien alebo titulov, dokáže spolupracovať pri odbere krvi, čo v začiatkoch liečby bolo takmer nemožné. Pri liečbe výdatne pomáha spolupráca s rodičmi, pričom k zlepšeniu prispelo aj to, že otec ostal s pacientkou doma a zabezpečuje opatrovateľskú starostlivosť.

Domnievame sa, že k udržiavaniu polypragmázie nás viedli okrem farmakologických faktorov aj také veci, ako sú: **obava z rehospitalizácie** (keďže sa domnievame, že pobyt v domácom prostredí jej stavu veľmi prospieva), **zohľadnenie dobrej spolupráce s rodičmi pacientky**, ktorí by avizovali prípadné vedľajšie príznaky antipsychotickej liečby (napr. epileptický záchvat, nadmernú sedáciu a pod.), **terapeutická bezradnosť, ale aj trpezlivosť a očakávanie primeraných (nie ideálnych) výsledkov terapie**. Obávame sa, že snaha o monoterapiu (aj keď sú aj novšie preparáty antipsychotík) by sme riskovali príliš veľa a **zaťažili by sme neprimerane nielen pacientku, ale aj jej rodinu**. Uvedomujeme si, že je to naša domnienka, ale práve na tomto príklade chceme poukázať, ako aj naše domnienky a súdy vstupujú do rozhodovacieho procesu lekára.

Záverom

V tomto príspevku sme chceli poukázať na to, ako vstupujú do rozhodovacieho procesu lekára aj iné faktory, ako je len znalosť liekov a ich správne podávanie. Nemali by sme tieto faktory ignorovať, aj keď ich rozpoznanie môže byť oveľa ťažšie. Odporúčame venovať im pozornosť aj na odborných podujatiach, pokúsiť sa ich jasnejšie pomenovať a možno aj klasifikovať. Toto uvedomenie si nefarmakologických faktorov môže viesť k lepšiemu a zodpovednejšiemu správaniu sa lekárov, k uvedomeniu si vlastných nedostatkov, ale aj predností, ale aj k zváženiu faktorov na strane pacienta (ochota užívať lieky, kritickosť k ochoreniu, porozumenie odporúčaniam lekára, predpojatosť voči psychiatrickej liečbe atď.). Napriek tomu, že sa s týmto fenoménom v každodennej praxi často stretávame, len málokedy to reflektujeme na psychofarmakologických sympóziách. Naša výzva znie: „**Skúsme uvažovať aj o týchto nefarmakologických aspektoch lekárovho rozhodovania a budeme lepšími lekármi.**“

Literatúra

Literatúra u autorov.

Do redakcie došlo 20.2.2009.