

Wydarzenia ...

(dokończenie ze str. 2)

- wydatne skrócenie pobytu w szpitalach psychiatrycznych;
- zredukowanie liczby łóżek w szpitalach psychiatrycznych oraz zmniejszenie liczby tych szpitali w niektórych krajach radykalnie (postulowany obecnie przez Światową Organizację Zdrowia wskaźnik łóżek psychiatrycznych wynosi 2-4 na 10 000 mieszkańców);
- zmiana modelu organizacyjnego szpitali psychiatrycznych, zanikanie tradycyjnych ich atrybutów (kraty, drzwi bez klamek, sale dla chorych podnieconych, liczne izolatki),
- organizowanie oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych.

Wprowadzenie wymienionych trzech grup leków psychotropowych do terapii zaburzeń psychicznych okazało się niezwykle owocne dla rozwoju badań mózgu, procesów neurofizjologicznych oraz neurochemicznych leżących u podłoża neuroprzekaźnictwa. Neuroleptykom i lekiem przeciwdepresyjnym zawdzięczamy opracowanie koncepcji patogenezy schizofrenii (hipoteza dopaminowa) oraz zaburzeń afektywnych (koncepcja katecholaminowa, hipoteza indoloaminowa), których znaczenie heurystyczne okazało się nader ważne dla wiedzy o przyczynach zaburzeń psychicznych.

W odniesieniu do grupy psychoz schizofrenicznych – podstawowe znaczenie przypadło lekom przeciwpsychotycznym (nazywanym także neuroleptykami), począwszy od historycznych już, ale wciąż stosowanych: chlorpromazyny oraz haloperidolu, poprzez pochodne tioksantenu, pierwsze neuroleptyki atypowe (sulpiryd, klozapina), formy depot, do systematycznie rozwijanej grupy tzw. atypowych neuroleptyków, którym przypada coraz większe znaczenie w terapii psychoz. Wprowadzenie leków przeciwpsychotycznych umożliwiło leczenie większości chorych w warunkach ambulatoryjnych, przyczyniło się wydatnie do poprawy rokowania w schizofrenii i szans wyleczenia.

Rozwój psychofarmakologii i psychofarmakoterapii wywarł również istotny wpływ na zakres i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych chorym z zaburzeniami afektywnymi, w tym osobom z nawracającymi zaburzeniami depresyjnymi. Wprowadzenie w latach 1950. i 1960. do terapii depresji inhibitorów MAO, i – niemal równocześnie – trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych (pierwszym była imipramina), a następnie innych grup tych leków umożliwiło leczenie większości chorych z depresją w warunkach ambulatoryjnych oraz zredukowanie do minimum stosowania elektrowstrząsów. Pojawiła się realna szansa zapobiegania nawrotom zaburzeń afektywnych oraz samobójstwom wśród tej grupy chorych – przełomowe znaczenie przypada w tym zakresie wprowadzeniu do praktyki klinicznej soli litu.

Rozwój psychofarmakoterapii depresji wiąże się z wprowadzeniem leków zapewniających coraz większy komfort terapii. Chociaż wprowadzona przed 40 laty grupa leków trójpierścieniowych znajduje wciąż szerokie zastosowanie w terapii depresji zwłaszcza w warunkach szpitalnych, leki nowe, o bardziej selektywnym działaniu, zapewniają lepszy komfort leczenia i znajdują coraz szersze zastosowanie w pomocy chorym depresyjnym w warunkach ambulatoryjnych.

Postępy terapii dotyczyły nie tylko wymienionych dwóch dużych grup zaburzeń. Możliwa jest również efektywna pomoc licznej grupie osób dotkniętych zaburzeniami pozornie lżejszymi, lecz będącymi przyczyną dużego dyskomfortu, niekiedy cierpień. Mam na myśli zaburzenia lękowe w postaci lęku przewlekłego oraz lęku występującego napadowo. Możliwość pomocy farmakologicznej tej

grupie chorych początkowo wiązała się z rozwojem grupy leków anksjolitycznych benzodiazepinowych. Ta wartościowa grupa leków psychotropowych stała się jednak wkrótce przyczyną problemu – mianowicie niekontrolowanego przyjmowania i nadużywania, niekiedy groźnych dla życia zespołów abstynencyjnych oraz uzależnień.

Dalszy postęp terapii lęku wiąże się z wykorzystaniem w celach terapeutycznych leków przeciwdepresyjnych, początkowo trójpierścieniowych, ostatnio selektywnych inhibitorów wychwyty serotoniny oraz selektywnych odwracalnych inhibitorów MAO-A. Takie nowe podejście w terapii wiąże się z możliwością wdrażania u części chorych efektywnego postępowania profilaktycznego (dotyczy to m.in. lęku napadowego oraz fobii społecznej).

Wyraźny postęp należy odnotować w terapii niektórych uzależnień. W szczególności, dotyczy to zespołów abstynencyjnych. Majaczenie alkoholowe, które jeszcze przed 30 laty było chorobą groźną dla życia i kończyło się zejściem śmiertelnym u około 25% chorych, obecnie jest opanowywane w ciągu 2-4 dni, zaś ryzyko zgonu zredukowano do minimum. Istotny postęp dotyczy również leczenia zespołów abstynencyjnych opiatowych. Krytykowana przez niektórych terapia substytucyjna osób uzależnionych od opiatów (stosowanie np. metadonu), chociaż nie rozwiązuje problemu uzależnienia, jednak wydatnie poprawia przystosowanie społeczne i zmniejsza ryzyko powikłań somatycznych, w tym zakażeń (m.in. HIV).

Mniej spektakularne sukcesy uzyskano w leczeniu zespołów otępiennych, chociaż i tu mówić można również o pewnym postępie. Wdrożenie do praktyki klinicznej inhibitorów acetylocholinerazy pozwala na uzyskanie poprawy procesów poznawczych w łagodnym oraz umiarkowanym otępieniu typu alzheimerowskiego, co uznać należy za istotną pomoc nie tylko chorym, ale i ich opiekunom.

Reasumując – można z dużym prawdopodobieństwem stwierdzić, że zrealizowanie nowoczesnych i humanitarnych koncepcji pomocy osobom chorym psychicznie oraz radykalne zmiany modelu organizacyjnego psychiatrycznej opieki zdrowotnej, systematyczne odchodzenie od systemu, w którym centralne miejsce zajmował szpital psychiatryczny na rzecz psychiatrii środowiskowej, okazało się możliwe na szeroką skalę w wyniku rozwojem psychofarmakoterapii.

Nie ulega też wątpliwości, że wdrożenie do praktyki klinicznej takich metod oddziaływań pozabiologicznych, jak różnorodne formy psychoterapii indywidualnej i grupowej oraz rehabilitacji byłoby niemożliwe w odniesieniu do licznych chorych psychotycznych bez racjonalnego stosowania leków psychotropowych.

Wymienić tu należy twórców współczesnej psychofarmakoterapii (autorów i/lub daty pierwszych publikacji):

- Inhibitory MAO (nieselektywne: izoniazyd, iproniazyd): J. Delay (1952), M. Luria i H. Salzer (1952), J. Bloch (1954), N. Kline (1957);
- Imipramina: R. Kuhn (1957);
- Sole litu: J.F.K. Cade (1949), M. Schou (1954, 1964), C.D. Hartigan (1963);
- Chlorpromazyna: J. Delay i P. Deniker (1955, 1956);
- przeciwdopaminowe działanie leków przeciwpsychotycznych (A. Carlsson, 1963);
- Haloperidol: P. Janssen (1958, 1959);
- Benzodiazepiny: Chlorodiazepoksyd (1955, 1960).

STANISŁAW PUŻYŃSKI
członek korespondent PAU
Warszawa