

KAKŠNI PSIHOFARMAKOLOGI SMO?

K pisanju tega prispevka, ob pomembni obletnici izhajanja *Viceverse*, me je vzpodbudila serija člankov S.M. Stahla v letošnjih izdajah *Journal of Clinical Psychiatry*, v katerih razpravlja o sedmih navadah zelo učinkovitega psihofarmakologa.

V zadnjih letih je v Slovenijo in v samo psihiatrijo farmacevtska industrija prinesla številna nova zdravila, ob čemer se je pomembno spremenila sama stroka, s tem pa tudi razmišljanje psihiatrov. Nova zdravila, na primer sodobni antidepresivi, so posegla v področja, ki so bila pred tem skorajda izključna domena različnih psihoterapevtskih pristopov (obsesivno kompulzivne motnje, motnje hranjenja, nekatere oblike depresivnih motenj, ipd.). Tako se je dobro znana delitev na »psihoterapevte« in »klasične klinike oz. psihofarmakologe« zameglila. To pa ni vedno najbolj v korist bolnikov, posebno ker nam ta megla onemogoča vpogled v lastna znanja in delo, ki ga opravljamo. Medsebojna pomoč in da brez strahu povprašamo o problemu, na katerega smo naleteli, nekoga »z nasprotnega brega«, nam žal še vedno ni povsem domača. Pa bi morala biti.

Psihofarmakologija ne pomeni »predpisovanja« psihotropnih zdravil bolnikom, temveč znanje o tem, kaj z zdravili sploh počnemo - bodisi kratkoročno, bodisi dolgoročno – ne glede na to, ali smo napredni ali previdno klasični. Izhajam seveda iz predpostavke, da zdravila dobro poznamo in vemo, da imajo pogosto neprijetne zažigalne vrvice, pa tudi iz tega, da te zažigalne vrvice spregledamo in rečemo, meni se že ne bo vžgala. Že v začetku je torej dobro, da si pripravimo gasilni aparat in udušimo tiste plamenčke, ki bi na koncu lahko zanetili pravi požar – intimni ali socialni, naš ali bolnikov.

V eni izmed sedmih navad zelo učinkovitega psihofarmakologa, kot jih opredeljujeta Stahl in Covey, je pomembno določiti cilj zdravljenja. Ali znamo pravilno določiti cilje zdravljenja? Kako hitro se psihofarmakologi (ob sodelovanju bolnikov ali pa tudi brez njih) poženejo proti »nekemu« cilju? Takoj se na pot postavi prva ovira, to je diagnoza, po možnosti vsaj delovna. Če jo uspešno preskočimo, se nam odpre ravnina akutnega psihofarmakološkega zdravljenja (dolga vsaj 4 do 6 tednov), ki pa le ni popolnoma ravna, temveč že takoj prinaša naslednjo prepreko – stranske učinke, ki jih zdravniki najmanj marajo, čeprav jih ravno v psihofarmakoterapiji pogosto pričakujemo.

Psihiatrov morda zato sploh ne presenečajo več, zanje postanejo »tolerantni«. Psihatri namreč. Stahl pravi, da zelo učinkovit psihofarmakolog predvidi stranske učinke, tudi časovno razmerje med njihovo pojavnostjo in nastopom terapevtske učinkovitosti, časovni potek nastopa tolerance na stranske učinke in približno trajanje zdravljenja. S tem učinkovito zakoliči pot do končnega, a že na začetku postavljenega cilja zdravljenja. Bolnik mu pri tem pomaga le, če je o svojem zdravljenju poučen, če se psihiater z njim pogovarja o njegovi motnji in zdravljenju.

Večkrat sem se vprašala, ali bi jemala zdravila, o katerih ne vem nič, se po njih neznansko debelim, postajam vse okornejša in si ne zapomnim niti domače telefonske številke, moj psihiater pa mi pravi, kako dobro napredujem, saj vendar nimam več glasov (to, da so mi bili prijetni, ga ne zanima, drugega pa mu ne povem), sama pa sem prepričana, da z menoj ni nič narobe. Ne, takšnih zdravil zagotovo ne bi jemala, posebno ne, če zdravnik nikoli ne bi imel časa ali potrebe, da mi sploh pojasni, kaj dam vsak dan v usta oziroma kaj in zakaj mi vsaki mesec medicinska sestra zapiči injekcijo v tisti del telesa, ki ga niti dobro ne vidim. Morda bi se omehčala, če bi bili z menoj potrpežljivi in mi večkrat vse ponovili, me poučili o zdravljenju in zdravilih ter me ob stranskih učinkih tudi pomirili s kakšno besedo (pa ne z »bo že bolje« ali »brez tega ne gre«). Smo psihiatri kdaj v vlogi bolnika, nas mučijo vprašanja o naši bolezni in zdravljenju?

Visoko učinkovit psihofarmakolog predvideva te prepreke in se ob vsaki zamenjavi zdravil, dodajanju ali odvzemanju zdravil vsaj poskuša pogovoriti z bolnikom. Izkazalo se je, da je to plodnejše, kot pa anamnestično ugotavljanje »barve kolesa stare mame«.

Načrtovanje poti do realnih ciljev zdravljenja psihiatričnih bolnikov Covey imenuje pogajanje oz. dogovarjanje v iskanju ravnovesja med preveč nasilnimi in preveč zadržanimi psihofarmakologi. Namen je ustvariti načrt različnih poti do cilja, v katerih lahko zmagata oba, bolnik in psihofarmakolog; lahko sicer tudi izgubljata, vendar iskreno upam, da redko izgubita.

Nisem naštel vseh sedmih navad zelo učinkovitega psihofarmakologa. Če se ocenjujemo za učinkovite psihofarmakologe, si jih bomo sami prebrali v originalu (1-5). Kritiziramo ali pa pohvalimo pa se lahko pred domačim ogledalom.

*As. Mag. Blanka Kores Plesničar, dr. med. Psihiatrična klinika,
Studenec 48, 1260 Ljubljana-Polje.*

Literatura

1. Stahl SM. The 7 habits of highly effective psychopharmacologist: overview (Brainstorms). *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 242-3.
2. Stahl SM. The 7 habits of highly effective psychopharmacologist, pt 2: begin with the end in mind (Brainstorms). *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 327-8.
3. Stahl SM. The 7 habits of highly effective psychopharmacologist, pt 3: sharpen the saw with selective choices of continuing medical education programs (Brainstorms). *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 401-2.
4. Stahl SM. The 7 habits of highly effective psychopharmacologist, pt 4: Developing and implementing the vision. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 464-5.
5. Covey SR. *The 7 habits of highly effective people: powerful lessons in personal change*. New York, NY: Simon & Schuster, 1990.