

Farmakoterapia objawów zaburzeń nastroju i lęku w kontekście procesów separacyjnych i przekształcania relacji z rodzicami w kierunku dojrzałości i samodzielności emocjonalnej – spostrzeżenie kliniczne

Pharmacotherapy of affective and anxiety symptoms in the context of separation processes and transforming the relationship with parents towards emotional maturity and independence – clinical observation

Sławomir Murawiec¹, Tomasz Gondek², Władysław Sterna³

¹Poradnia Zdrowia Psychicznego Harmonia LUX MED, Warszawa

²Sekcja Kształcenia Specjalizacyjnego, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne

³Prywatny Gabinet Psychiatryczny, Gorzów Wielkopolski

Psychiatria Spersonalizowana 2022; 1(1): 43–48

Streszczenie

Wstęp: Osoby w wieku dojrzewania i młode osoby dorosłe stają przed ważnymi zdaniami dotyczącymi separacji i przekształcania relacji z rodzicami w bardziej dojrzałą formę, a także przed zadaniami dotyczącymi uzyskiwania niezależności i samodzielności emocjonalnej, społecznej, zawodowej i finansowej. Wystąpienie w tych okresach rozwojowych zaburzeń lub problemów psychicznych, np. z kręgu afektywnego, lękowego, problemów osobowościowych, trudności w regulacji emocji i zachowań, może utrudniać lub uniemożliwiać zachodzenie tych ważnych procesów.

Opis przypadku: W pracy opisano pacjentkę będącą w silnej, nierozwiązanej relacji zależności emocjonalnej od matki. Pacjentka zgłosiła się w celu uzyskania pomocy psychiatrycznej w zakresie objawów z kręgu zaburzeń afektywnych i lękowych. Zalecono leczenie lamotryginą i pregabalina. Uzyskano poprawę samopoczucia i funkcjonowania pacjentki. W okresie wielomiesięcznej obserwacji pacjentka przekształciła swoją relację z matką. Dzięki poprawie w zakresie doświadczanych objawów – uzyskanej w wyniku przyjmowania leków oraz pracy psychoterapeutycznej – uzyskała większą samodzielność emocjonalną w relacji z matką i przestała być w pełni zależna od niej emocjonalnie. Jednocześnie relacje pacjentki z matką uległy w jej subiektywnym odczuciu znacznej poprawie. Pacjentka przypisała te efekty przyjmowanym lekom.

Wnioski: Ważnym, ale często pomijanym i niedostrzeganym w piśmiennictwie naukowym aspektem działania leków stosowanych u osób we wczesnej dorosłości jest ten, że mogą one, w połączeniu z terapią psychoterapeutyczną, odblokowywać możliwość separowania się, uzyskiwania samodzielności i nawiązywania bardziej dojrzałej relacji z rodzicami i innymi osobami.

Słowa kluczowe: młodzi dorośli, depresja, lęk, farmakoterapia, pregabalina, lamotrygina, psychoterapia, separacja, dojrzałe relacje, niezależność osobista, regulacja emocjonalna.

Autor do korespondencji:

dr hab. Sławomir Murawiec, Poradnia Zdrowia Psychicznego Harmonia LUX MED, Rondo ONZ 1, 00-124 Warszawa,
e-mail: smurawiec@gmail.com

Abstract

Introduction: Adolescents and young adults face important developmental tasks: separation, transforming relationships with their parents into a more mature form, gaining emotional, social, professional and financial independence. The occurrence of mental disorders or problems in these developmental periods, for example affective, anxiety, personality problems, difficulties in regulating emotions and behaviors, may impede or even block these important processes.

Case report: The paper describes a woman in a strong, unresolved, emotional dependence on her mother. The patient came for psychiatric help because of mixed affective and anxiety symptoms and emotional regulation problems. Treatment with lamotrigine and pregabalin was recommended. The patient's symptoms and functioning improved as a result of pharmacotherapy. During the following months of observation, the patient transformed her relationship with her mother. Based on the symptom improvement as a result of medications and during psychotherapeutic work, the patient gained greater emotional independence in her relationship with the mother. At the same time, the patient's relationship with her mother improved significantly. The patient attributed these effects to the medications she was taking.

Conclusions: An important – but often overlooked and not recognized in scientific literature – aspect of pharmacotherapy in early adulthood is the fact that effective pharmacological treatment, combined with psychotherapeutic treatment, may unblock the possibility of separating, gaining independence and establishing a more mature relationship with parents and other people.

Key words: young adults, depression, anxiety, pharmacotherapy, pregabalin, lamotrigine, psychotherapy, separation, mature relationships, personal independence, emotional regulation.

Wstęp

Zarówno obserwacje kliniczne, jak i doniesienia z literatury naukowej [1] wskazują na istotne znaczenie wieku adolescencji oraz wczesnej dorosłości dla ujawniania się objawów zaburzeń psychicznych oraz problemów dotyczących używania substancji psychoaktywnych. Jednocześnie ten sam zakres wiekowy ma kluczowe znaczenie dla procesów osiągnięcia dojrzałości psychospołecznej, separowania się od rodziców oraz podejmowania kroków na drodze uzyskania kolejnych etapów edukacji, nawiązywania relacji i wchodzenia w związki, podejmowania pierwszej pracy i zdobywania niezależności finansowej. Występowanie problemów i zaburzeń psychicznych w tym okresie może poważnie wpływać na przebieg tych procesów albo nawet istotnie je hamować. Coraz więcej doniesień w literaturze fachowej, ale także relacji klinicystów zajmujących się problematyką zaburzeń psychicznych w adolescencji i u młodych osób dorosłych [2–4] wskazuje, że zakres przeżywanych przez młodzież i młodych dorosłych problemów obejmuje szerokie spektrum różnych objawów psychopatologicznych, nadużywania substancji psychoaktywnych, trudności w regulowaniu emocji oraz kształtowania relacji rówieśniczych i społecznych w szerszym zakresie. W tym kontekście przywoływana jest potrzeba zapewnienia opisywanej tu grupie osób pomocy psychoterapeutycznej oraz interwencji psychiatrycznych, w tym farmakologicznych. Dopiero przy pomocy tego rodzaju interwencji możliwe staje się przechodzenie

przez kolejne etapy rozwojowe i uzyskiwanie kolejnych etapów separacji emocjonalnej od rodziców oraz odblokowanie procesów usamodzielniania się i osiągnięcia dojrzałych poziomów funkcjonowania emocjonalnego, społecznego i zawodowego.

Schizofrenia, zaburzenia dwubiegunowe czy, generalizując, schorzenia należące do kategorii poważnych zaburzeń psychicznych (*serious mental illness* – SMI) są najczęściej wskazywane jako przyczyna poważnych zakłóceń procesu rozwoju psychospołecznego, zawodowego i tworzenia własnych związków rodzinnych u młodych osób dorosłych [5]. W tym kontekście podkreśla się, że tego rodzaju zaburzenia mogą hamować naturalne procesy dojrzewania i rozwoju w kierunku uzyskiwania samodzielności, niezależności emocjonalnej, finansowej i przekształcania relacji z rodzicami (opiekunami) w bardziej dojrzałe, które są adekwatne dla relacji osób dorosłych. Mniej uwagi skupia się na znaczeniu występowania objawów i zespołów z kręgu depresyjnego i lękowego lub współwystępowania wielu zakresów objawów psychopatologicznych dla procesów dojrzewania i usamodzielniania się. Objawy tego rodzaju mogą jednak także bardzo poważnie zakłócać przebieg procesów, które powinny zachodzić we wczesnej dorosłości. W pracy zwrócono uwagę na wpływ leczenia (farmakologicznego i/lub psychoterapeutycznego) na odblokowanie procesów rozwojowych u młodych dorosłych i w związku z tym możliwość realizacji kolejnych kroków rozwojowych jako wyniku skutecznego leczenia.

Współwystępowanie zaburzeń psychicznych

Osoby w wielu adolescencji i młode osoby dorosłe, u których pojawiają się trudności dotyczące zdrowia psychicznego, rzadko doświadczają jednego izolowanego problemu w tym zakresie. Ponieważ sytuacja zdrowia psychicznego tych osób zmienia się bardzo dynamicznie, warto zwrócić uwagę na wypowiedzi ekspertów, także te pojawiające się w komunikacji kierowanej do społeczeństwa oraz lekarzy niepsychiatrów, którzy zauważają że: „Aktualne obserwacje kliniczne wskazują na współwystępowanie objawów z różnych kręgów w późnej adolescencji i wczesnej dorosłości. Moi koledzy na izbach przyjęć dziecięcych szpitali psychiatrycznych mówią, że gorzej jest dosłownie z tygodnia na tydzień. Również z moich obserwacji wynika, że więcej osób zgłasza depresję, lęki i zaostrzenie objawów innych zaburzeń, także odżywiania się. Często spotykamy się z samookaleczeniami” [2]. „W ostatnich latach zdecydowanie więcej występuje kryzysów psychicznych, co oznacza, że mamy częściej do czynienia z zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi. W związku z tym wzrasta liczba samookaleceń i samobójstw” [4].

Takie same wnioski płyną z usystematyzowanych badań naukowych [1], które wskazują, że zaburzenia psychiczne i związane z używaniem substancji często pojawiają się między 13. a 24. rokiem życia, a więc u osób w omawianej tu grupie wiekowej. Według szacunków nawet 2/3 młodych ludzi, u których występuje jedno zaburzenie psychiczne lub związane z używaniem substancji psychoaktywnych, ma co najmniej jedno dodatkowe zaburzenie. Współwystępowanie zaburzeń psychicznych wiąże się z większym nasileniem objawów i przewlekłością oraz gorszymi wynikami leczenia. Współwystępowanie zaburzeń psychicznych może podważać zasadność wyróżniania odrębnych (nieciągłych) jednostek w klasyfikacjach diagnostycznych i utrudniać lub komplikować badania etiologiczne. Jak wskazują Kessler i współpracownicy [6], współwystępowanie zaburzeń jest raczej normą wśród osób z diagnozą psychiatryczną, ponieważ u 50% osób, u których w danym roku postawiono taką diagnozę, możliwe jest ustalenie kolejnego rozpoznania zaburzenia współwystępującego. Prezentowana praca dotyczy właśnie osoby ze współwystępowaniem objawów z kręgu depresyjno-lękowego i niestabilności nastroju, a także trudnościami w regulacji emocji i w kształtowaniu relacji osobistych.

Kontekst procesów separacyjnych

W relacjach pacjentów należących do grupy młodych dorosłych, które przyjmują leczenie farmakologiczne z powodu objawów lękowych, depresyjnych lub w kontekście problemów osobowościowych oraz nadużywania substancji psychoaktywnych, bardzo często pojawia się relacja, której kontekst jest przedmiotem tego spostrzeżenia klinicznego. Ta relacja brzmi następująco:

- osoba, która doświadcza objawów (np. lękowych i/lub depresyjnych), a która poprzednio podjęła kroki separacyjne, wyprowadziła się od rodziców, podjęła samodzielną pracę, zaczęła się sama utrzymywać lub korzystać tylko z ograniczonego wsparcia rodziców, w momencie nasilenia objawów przeprowadza się do rodziców. W obliczu narastania objawów zakłócających funkcjonowanie wykonuje „krok wstecz” w kontekście usamodzielniania się i „chroni się” u rodziców lub innych opiekunów. Po uzyskaniu poprawy dzięki zastosowaniu farmakoterapii osoba ta podejmuje na nowo zadania rozwojowe, wyprowadza się od rodziców i wraca na drogę do samodzielności;
- osoba, która pomimo osiągnięcia wieku i bycia w sytuacji, w której kroki separacyjne od rodziców i zmierzające do usamodzielnienia się mogłyby być podejmowane, pozostaje w wyniku występowania objawów w emocjonalnej zależności od rodziców. Złagodzenie i/lub ustąpienie tych objawów psychopatologicznych dzięki leczeniu farmakologicznemu otwiera drogę do samodzielności i kolejnych kroków separacyjnych i rozwojowych.

Poniższe doniesienie odnosi się do drugiej z tych sytuacji.

Opis przypadku

Pacjentka w wieku 23 lat zgłosiła się na konsultację z powodu objawów lękowych, depresyjnych oraz trudności w relacjach z aktualnym partnerem. Pochodziła z miasta o średniej wielkości, przeprowadziła się w związku z podjęciem studiów do miasta akademickiego. Po przeprowadzce doświadczyła licznych trudności adaptacyjnych i pojawiły się objawy z kręgu lęku, depresji oraz wahania nastroju. Pacjentka nawiązała relację z mężczyzną o charakterze przemocowym – była poniżana, wyzywana, upokarzana. Pozostawała jednak w związku, ponieważ, jak deklarowała, „bardzo chciała mieć chłopaka” i obawiała się, że jeśli zakończy związek, zostanie sama. W opisywanym okresie była w stałym telefonicznym kontakcie z matką. Rozmawiała z nią każdego dnia, czasami wielokrotnie w ciągu

doby. Rozmowy te trwały niekiedy do kilku godzin. Pomimo wyprowadzki do innego miasta i pozornej samodzielności pozostawała w silnej zależności emocjonalnej od matki. Każde wydarzenie w życiu pacjentki i każde jej przeżycie emocjonalne było z matką omawiane i współdzielone.

Z powodu objawów lękowych i wahań nastroju do leczenia włączono lamotryginę w dawce 50 mg oraz pregabalinę w dawce 300 mg. Jak zaznaczono wyżej, diagnoza pacjentki mogła być widziana w zakresie współwystępowania zaburzeń (obejmującego objawy z kręgu zaburzeń nastroju w kontekście jego obniżenia i niestabilności, objawów lękowych, problemów w regulacji emocji i zachowania). W wyniku leczenia uzyskano znaczną poprawę samopoczucia pacjentki.

Leczenie

W opisanym przypadku podjęto leczenie skojarzone lekiem należącym do grupy stabilizujących nastroj (lamotrygina) oraz lekiem, którego wskazania obejmują terapię zaburzenia lękowego uogólnionego (pregabalina). Choć większość publikacji dotyczących stosowania leków, zwłaszcza badań klinicznych z randomizacją, dotyczy zastosowania leków w monoterapii, to jednak w praktyce klinicznej dokonujemy często łączenia leków o różnych mechanizmach i celach działania. Przykładem są zaburzenia osobowości *borderline*, w których terapii nie dokonano rejestracji żadnego leku, natomiast leczona jest znaczna większość pacjentów (80–90%) [7, 8]. W przypadku współwystępowania objawów z różnych kręgów przemyślana strategia leczenia skojarzonego preparatami o różnych mechanizmach działania może przynieść istotne korzyści.

Jako psychiatrzy jesteśmy szkoleni w korzystaniu z systemów klasyfikacji zaburzeń psychicznych opartych na kryteriach diagnostycznych, które zakładają, że dany objaw występuje lub nie występuje i w zależności od liczby występujących objawów – dane zaburzenie występuje lub nie występuje. Następnie oczekuje się, by na podstawie tak postawionej diagnozy dobrać lek, optymalnie jeden, który będzie w danym zaburzeniu najskuteczniejszy. Perspektywa ta prowadzi jednak do znacznego uproszczenia indywidualnego obrazu problemów każdego pacjenta i w konsekwencji do skupiania pacjentów o objawach o różnorodnym nasileniu w jedną grupę, dla której proponuje się to samo leczenie. W rzeczywistości jednak objawy występujące u danego chorego nie są zero-jedynkowe, a na każdą z domen objawowych należałoby patrzeć raczej jak na nakładające się na siebie spektra, zależne od stopnia

dysregulacji różnych systemów mózgu, rozciągające się od minimalnego do znacznego nasilenia objawów.

Gdy w ten sposób spojrzymy na konstelację objawów występującą u osoby zgłaszającej się po pomoc, możemy dojść do wniosku, że jest dość mało prawdopodobne, by problemy dotyczące różnorodnych domen objawowych, z których każda może mieć także różne nasilenie, rozwiążemy, stosując jeden lek, choćby w potencjalnie najskuteczniejszej dawce. Polifarmakoterapia może być zatem rozwiązaniem, które przy złożonym obrazie klinicznym możemy rozważać od początku leczenia pacjenta, biorąc zawsze pod uwagę potencjalne interakcje.

Musimy też pamiętać, że leków nie stosujemy w próżni i stosowanie jednego leku, zwłaszcza w wysokiej dawce, nawet przy dobrej odpowiedzi klinicznej pacjenta, doprowadzi u niego na ogół do rozregulowania innych układów, co pacjent zgłosi nam jako działania niepożądane. Częstym przykładem z praktyki psychiatrycznej są objawy obniżenia libido po stosowaniu leków z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwyty serotoniny (*selective serotonin reuptake inhibitor* – SSRI). Objaw uboczny możemy skorygować obniżeniem dawki leku i ewentualnie dodaniem drugiego leku, np. bupropionu w podstawowej dawce. Libido powinno ulec przynajmniej częściowej poprawie, jednak wystąpić mogą objawy uboczne nowego leku, takie jak tachykardia, którą być może będziemy musieli skorygować minimalną dawką beta-adrenolityku. Jeśli naszym głównym celem jest przede wszystkim dobrostan pacjenta, a nie unikanie polifarmakoterapii, to takie kaskadowe postępowanie, ze stosowaniem ostatecznie kilku leków w niskich dawkach zamiast jednego leku w wysokiej dawce, będzie często naturalnym wyborem.

W opisanym przypadku skuteczne okazało się zastosowanie leków działających częściowo w różnych, a częściowo w komplementarnych mechanizmach: pregabalinę w umiarkowanej i lamotryginę w niskiej dawce.

Uruchomienie procesów separacyjnych

Po ustabilizowaniu samopoczucia oraz ustąpieniu lęków pacjentka zakończyła związek, w którym była przed podjęciem leczenia i w początkowym jego okresie. Skoncentrowała się na studiach, zaczęła uzyskiwać dobre wyniki, podjęła dodatkową pracę. Po około roku od poprawy samopoczucia w trakcie wizyty kontrolnej przedstawiła następującą relację, która stała się impulsem do przedstawienia tego doniesienia klinicznego: „Ogólnie czuję się dobrze. Dostałam nową pracę. Skończyłam rok i piszę pracę licencjacką. Relacje w rodzinie

się poprawiły. Dzięki tym tabletkom odcięłam pępowinę i mogę sama podejmować decyzje. Te leki pozwoliły mi oddzielić się od dawnych rzeczy. Mniej mam lęku, mniej przeżywam, mniej się stresuję. Oddzieliłam się od mamy”.

Pacjentka zrelacjonowała w kontekście psychoterapii, w której uczestniczyła: „Początkowo za namową terapeutki zredukowałam ilość kontaktów telefonicznych do mamy. Potem już sama z siebie zredukowałam długość. Z godzinnych rozmów zrobiły się minutowe. Wcześniej potrafiłam z każdą sprawą do niej dzwonić, codziennie do niej po pracy dzwoniłam. Jakbym wtedy nie zadzwoniła do niej, źle bym się czuła sama ze sobą. Byłyśmy od siebie zależne, to było ciężkie, kłóciłyśmy się”.

Pacjentka w trakcie rozmowy oceniła, że pomimo że mieszkała w innym mieście: „to bycie na co dzień z mamą ciągle było. A teraz nie ma jakichś kłótni, nie ma napięcia, nie obwiniam jej za coś”.

Pacjentka posumowała tą wypowiedź twierdzeniem: „Dobrze, że biorę te leki. Nie ma lęków, mniej przeżywam te sytuacje, które się dzieją, nie przeżywam hysterii, nie płaczę”.

Ta zmiana przeżywania (ustąpienie objawów) pozwoliła jej na „odcięcie pępowiny”, usamodzielnienie się i jednocześnie poprawę relacji z matką.

Dyskusja

Wydaje się, że w kontekście farmakoterapii często myślimy o poprawie funkcjonowania mierzonej odpowiednimi skalami – poprawie rozumianej jako redukcja nasilenia objawów „choroby”. Rzadziej myślimy w kontekście procesów separacji – indywidualizacji, usamodzielniania się, a więc zmian wewnątrzpsychicznych i w konsekwencji wprowadzania zmian życiowych. A może to być ważny, jednak pomijany kontekst prowadzenia leczenia u osób w wieku dojrzewania i młodych dorosłych. W sytuacji, kiedy zaburzenia z kręgu depresyjno-lękowego, trudności osobowościowe, zaburzenia regulacji emocjonalnej i kształtowania relacji osobistych, nadużywanie substancji psychoaktywnych blokują albo opóźniają możliwości usamodzielniania się, osiągnięcia bardziej niezależnego funkcjonowania, to osoba pozostaje w stanie zatrzymania rozwoju. Następuje zatrzymanie procesów rozwojowych, które powinny zachodzić we wskazanym wieku, nawet jeśli warunki zewnętrzne wskazują, że mogłyby mieć miejsce – jak w przypadku opisywanej tu pacjentki.

W związku z tym główna teza tego doniesienia mówi, że skuteczne leczenie farmakologiczne, w połączeniu z psychoterapeutycznym, może odblo-

kowywać możliwość separowania się, uzyskiwania samodzielności i nawiązywania bardziej dojrzałej relacji z rodzicami.

Mechanizm tej zmiany w opisanym wyżej przypadku można rozpatrywać w wielu aspektach:

- już samo zwrócenie się o pomoc do klinicystów było aktem samoopieki ze strony pacjentki i kreowania swojego życia w inny niż dziecięcy sposób;
- skorzystanie z pomocy psychiatry i psychoterapeuty pozwoliło na przyjęcie bardziej partnerskiej pomocy niż w relacji z matką, co sprzyjało wyodrębnianiu się;
- zastosowanie leków poprawiło bilans negatywnego i pozytywnego doświadczania siebie, torując drogę psychoterapii i zmianom życiowym;
- redukcja nasilenia lęku i koncentracji na nim pozwoliła pacjentce na mniej lękowe przeżywanie zadania rozwojowego (stopniowej separacji z matką);
- zaangażowanie w proces pomagania pozwoliło rozpoznać negatywny schemat kontaktowania się ze sobą, a po jego korekcie – na zdystansowanie się w relacji z matką;
- do wyzwolenia z przemocowej relacji partnerskiej mogło dojść, ponieważ traktowanie przez partnera przestało być odbiciem traktowania siebie.

Przypadek ten wskazuje także na wagę postawy psychoterapeuty, z którym lekarz prowadzący nie miał kontaktu. Psychoterapeuta podjął jednak kroki w pracy z pacjentką jako osobą taką, jaką stawała się ona w trakcie leczenia (w trakcie procesu zmiany psychicznej). Leczenie farmakologiczne przyniosło pewne zmiany samopoczucia i funkcjonowania pacjentki, a psychoterapeuta podążył za tymi zmianami, wspierając procesy separacyjne i usamodzielnianie się. Terapia, którą pacjentka opisała w trakcie wizyty, może być oceniona jako prowadzona w sposób dość dyrektywny, ale jednocześnie plastycznie wpasowywała się w proces zmian psychicznych i życiowych, których doświadczała osoba leczona.

Opisana sytuacja to ciekawy przykład ustanowienia triady terapeutycznej: pacjentka – psychiatra – psychoterapeuta. Dzieje się tak wówczas, gdy zachodzi komunikacja między jej członkami, ale również gdy jest ustanowiona domyślnie. Pacjentka, korzystając z pomocy, nawiązała dwie relacje terapeutyczne, a klinicyści intuicyjnie wspierali swoją pracę oraz jej kierunek. Zastosowane leki niewątpliwie obniżyły poziom napięcia i lęku u pacjentki. Można jednak przypuszczać, że przez pewien czas były wartościowym stabilnym obiektem przejściowym, z którym pacjentka nawiązała relację – świadczy o tym jej końcowa relacja dotycząca wpływu leków („Dzięki tym

tabletkom odcięłam pępowinę”). W wielu wypadkach również zastosowanie leku przez psychiatrę jest tłem do interwencji terapeutycznych, gdyż nie istnieje coś takiego, jak „sterylne” przepisywanie leków.

Podsumowanie

Na podstawie opisu przypadku pacjentki leczonej lamotryginą i pregabalina zwrócono uwagę, że skuteczne leczenie farmakologiczne w połączeniu z psychoterapią może odegrać ważną rolę w kontekście procesów separacji, uzyskiwania samodzielności i niezależności oraz bardziej dojrzałej relacji z rodzicami.

Jednocześnie chcielibyśmy zwrócić uwagę na specyficzne trudności, jakie obserwowaliśmy w trakcie pracy nad tym opisem przypadku. Po pierwsze, w dominującej części piśmiennictwa naukowego zakłada się obserwacje i opis pacjentów i grup pacjentów, u których ustalono jedno konkretnie wyodrębnione rozpoznanie. A więc pacjent powinien z założenia ujawniać jedno zaburzenie psychiczne, które następnie jest leczone. Obserwacje klinicystów przywołane we wstępie do tej pracy, a także obserwacje autorów tego opracowania wskazują, że współwystępowanie problemów z wielu kręgów dotyczy poważnej części osób zgłaszających się po pomoc psychiatryczną.

W konsekwencji, jak to zaznaczono powyżej, w trakcie pracy nad tą publikacją obserwowaliśmy pewną trudność w konfrontacji oczekiwań „naukowo-

ści” z rzeczywistością kliniczną. W trakcie szkolenia w korzystaniu z systemów klasyfikacji zaburzeń psychicznych opartych na kryteriach diagnostycznych psychiatrzy są przygotowywani do takiego sposobu myślenia, w którym dane zaburzenie występuje lub nie występuje. W konsekwencji są szkoleni, aby na podstawie tak postawionej diagnozy dobrać lek, optymalnie jeden, który będzie w danym zaburzeniu najbardziej skuteczny. Jak już wskazaliśmy wyżej, perspektywa ta prowadzi do znacznego uproszczenia indywidualnego obrazu problemów każdego pacjenta i w konsekwencji do skupiania pacjentów o objawach o różnorodnych nasileniu w jedną grupę, dla której proponuje się to samo leczenie. W rzeczywistości jednak objawy występujące u danej jednostki nie reprezentują kategorii dających się opisać według schematu „tak–nie”. Na każdą z domen objawowych należałoby patrzeć raczej jak na nakładające się na siebie spektra, zależne od stopnia deregulacji różnych systemów mózgu, rozciągające się od minimalnego do znacznego nasilenia objawów. W związku z tym powstaje problem w opisywaniu w literaturze naukowej pacjentów ze współwystępowaniem zaburzeń i/lub problemów psychicznych powstających na różnych poziomach i całej złożoności ich leczenia.

Na marginesie, ale nie bez związku z tematem pracy, można zauważyć, że zmierzenie się z tymi problemami odzwierciedla także procesy usamodzielniania się i dojrzwania myślenia klinicznego autorów tego opracowania.

Piśmiennictwo

1. Lynch SJ, Sunderland M, Newton NC, Chapman C. A systematic review of transdiagnostic risk and protective factors for general and specific psychopathology in young people. *Clin Psychol Rev* 2021; 87: 102036.
2. Nowosielska P, Żechowski C. Dzieci wracają do szkół i to, co narastało miesiącami, staje się widoczne. Gorzej jest z tygodnia na tydzień. Wywiad z dr. Cezarym Żechowskim. *Dziennik Gazeta Prawna* 31.05.2021. <https://serwisy.gazetaprawna.pl/edukacja/artykuly/8177279,koronawirus-problemy-psychiczne-dzieci-psychiatria-dziecieca.html>
3. Nodzyńska P. Psychiatra dziecięcy: W pandemii wzrosły depresje u dzieci. Moi koledzy już nie dają rady, a problem dopiero narasta. Wywiad z dr. Cezarym Żechowskim. *Wyborcza.pl* 02.06.2021. <https://wyborcza.pl/7,82983,27155587,psychiatra-dzieciocy-w-pandemii-wzrosly-depresje-u-dzieci.html>
4. Kostecka A, Stopień A. Dzieci potrzebują naszej uwagi. Wywiad z dr hab. Agnieszką Stopień. *Menedżer Zdrowia* 30.04.2019. <https://www.termedia.pl/mz/Dr-hab-Agnieszka-Slopien-Dzieci-potrzebuja-naszej-uwagi,33947.html>
5. Thornicroft G, Tansella M, Becker T i wsp. EPSILON Study Group: the personal impact of schizophrenia in Europe. *Schizophr Res* 2004; 69: 125-132.
6. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M i wsp. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 90.
7. Murawiec S, Holka-Pokorska J. Możliwości farmakoterapii w zaburzeniach osobowości typu borderline. *CNS Rev* 2018; 2: 151-159.
8. Timäus C, Meiser M, Bandelow B i wsp. Pharmacotherapy of borderline personality disorder: what has changed over two decades? A retrospective evaluation of clinical practice. *BMC Psychiatry* 2019; 19: 393.