

Koncepcja psychodynamicznej psychofarmakologii D. Mintza i B. Belnap – omówienie w odniesieniu do pacjentów ujawniających oporność na leczenie

The psychodynamic psychopharmacology by D. Mintz and B. Belnap – description of discipline in relation with treatment resistance

Sławomir Murawiec

Centrum Zdrowia Psychicznego IPiN w Warszawie
Kierownik: dr n. med. K. Prot-Klinger

Summary

In the process of education of psychiatrists and in psychiatric textbooks the information or chapters about combined treatment integrating psychotherapy and pharmacotherapy are very rare. There are not many chapters about the psychological meaning of medication. It is striking in this regard, since many patients currently receive both treatments. Another important artificial separation is a lack of integration of psychological knowledge in the understanding of psychological and physical effects of pharmacotherapy. The proposition of a new discipline – psychodynamic psychopharmacology by D. Mintz and B. Belnap is described and presented in the paper. They propose not only the new discipline but also practical recommendations for the psychodynamic treatment of pharmacologic treatment resistance. The paper presents also the concept of a pharmacologically informed psychotherapist for those who are psychotherapists but want to cross over boundaries between psychotherapy and pharmacotherapy.

Słowa kluczowe: farmakoterapia, psychoterapia, integracja

Key words: pharmacotherapy, psychotherapy, integration

Tematem tej pracy jest psychodynamiczna psychofarmakologia, opisana przez D. Mintza i B. Belnap [1], ze szczególnym zwróceniem uwagi na tych problemowych pacjentów, którzy nie reagują na standardowe leczenie farmakologiczne. Jest częstą sytuacją kliniczną, iż pacjenci leczeni lekami stosowanymi w psychiatrii nie w pełni lub nieadekwatnie odpowiadają na leczenie, lub też w trakcie długotrwałej farmakoterapii nagle zmienia się ich stan psychiczny lub fizyczny. Najczęstszą reakcją lekarza jest wtedy zmiana leku, jego dawki lub sposobu podawania, lub dołączenie innego leku (leków). Powstaje jednak pytanie, w jakich kategoriach interpretować reakcje pacjenta na leczenie? Czy zawsze wiążą się one z koniecznością modyfikacji interwencji farmakologicznej? Czy wynikają z procesów natury biologicznej, czy można prześledzić ich

psychologiczne, społeczne i życiowe uwarunkowania?. Wydaje się, że proponowana przez Mintza i Belnap psychodynamiczna psychofarmakologia może być skutecznym narzędziem pozwalającym na poznawcze podejście do tych zagadnień.

G. O. Gabbard i J. Kay [2] piszą o zanikaniu czy też zamieraniu biopsychologicznego modelu psychiatrii. Uważają, że najbardziej dramatyczną ilustracją tej tendencji jest zmniejszanie się nacisku na integrację farmakoterapii i psychoterapii w codziennej praktyce klinicznej. Przytaczają dane, z których wynika, że 55% pacjentów jest leczonych jednocześnie psychoterapeutycznie i farmakologicznie (dane te pochodzą z USA i nie muszą się pokrywać z polskimi). Zauważają jednak, że podręczniki psychiatrii rzadko zawierają rozdziały na temat łączonego leczenia tymi dwiema metodami, co oczywiście nie oznacza, że takie prace nie powstawały. Autorem znaczących opracowań w tej dziedzinie jest Gabbard [3, 4]. Ponadto farmakoterapia i psychiatria psychospołeczna są oddzielnymi przedmiotami nauczania. W związku z tym, jak może następować integracja obu tych dziedzin, skoro są one przedstawione jako dwie odrębne modalności leczenia – pytają cytowani autorzy [2]. Zwracają uwagę, że jeszcze do lat 70. XX wieku uważano psychoterapię i farmakoterapię za wykluczające się wzajemnie (w Polsce takie opinie można słyszeć do dziś, na szczęście coraz rzadziej). Bardziej współczesne badania wskazują, że jednoczesne leczenie obiema metodami jest najbardziej skuteczne. Przykładowo, w schizofrenii stosowanie opartej na psychoedukacji terapii rodzinnej i leczenia przeciwpsychotycznego zdecydowanie zmniejsza liczbę nawrotów choroby, w porównaniu ze stosowaniem każdej z tych metod oddzielnie [2].

Gabbard i Kay odnoszą się także do kolejnej fundamentalnej kwestii, która bywa przedmiotem licznych kontrowersji. Czy oba rodzaje oddziaływań powinny być prowadzone przez różne osoby? Ich zdaniem promuje to kartezjański dualizm i umowny podział pacjenta na „umysł”, leczony przez psychoterapeutę, i „mózg”, leczony przez psychiatrę. Natomiast prowadzenie obu sposobów leczenia przez jedną osobę bardziej sprzyja akceptacji integracji umysłu i mózgu – zarówno przez psychiatrę, jak i przez pacjenta. Model leczenia przez jednego psychiatrę obiema modalnościami wymaga, aby potrafił on myśleć o tym samym pacjencie zarówno kategoriami dysfunkcji mózgu (z obiektywnego punktu widzenia), jak i kategoriami empatii skierowanej ku cierpiącej istocie ludzkiej. Ten dwutorowy sposób odnoszenia się (bimodal relatedness) bywa porównywany do myślenia fizyków, którzy muszą jednocześnie myśleć kategoriami fal i cząsteczek o tych samych zjawiskach [2, 5].

Psychodynamiczna psychofarmakologia

David Mintz i Barri Belnap [1] proponują stosowanie psychodynamicznej psychofarmakologii. Psychodynamiczna psychofarmakologia jest dyscypliną, która uznaje ważność i rolę znaczeń i czynników interpersonalnych w leczeniu farmakologicznym. Nie jest ona w konflikcie z tradycyjną obiektywno-opisową farmakologią. Raczej ma na względzie wzbogacenie biologicznych ram farmakologii o odniesienia psychodynamiczne i ich wzajemne uzupełnianie się. Prowadzi to do pełniejszego rozumienia pacjenta i zwiększenia skuteczności leczenia.

Tradycyjne podejście, oparte na rozpoznawaniu objawów i stawianiu diagnozy, polega na szukaniu podobieństw pomiędzy różnymi pacjentami. Wyznacza podstawy racjonalnej psychofarmakologii i opiera się na ustalonych, popartych dowodami, informacjach. Stawiarza to możliwość formułowania istotnych wskazań i zaleceń co do wyboru optymalnego leczenia, które zwiększa prawdopodobieństwo pozytywnych wyników terapii.

Psychodynamiczna farmakoterapia bierze pod uwagę to, co jest indywidualne, jednostkowe w danym pacjencie. To podejście może mieć szczególną wartość w leczeniu pacjentów lekoopornych. W przypadku takich osób użyteczne jest rozważenie, co sprawia, że pacjent i jego reakcja na leki są odmienne niż ma to miejsce zazwyczaj. Należy wziąć pod uwagę jednostkową historię życia pacjenta, powtarzające się w jego życiu wzorce wydarzeń, obecne potrzeby rozwojowe i jego subiektywność. W ten sposób, zamiast dawać wskazówki, „co przepisać”, psychodynamiczna psychoterapia daje informację, „jak przepisać”, aby zwiększyć skuteczność leczenia. Kwestie te były podniesione także w piśmiennictwie polskim [6].

Zdaniem Mintza i Belnap istnieją pewne podstawy farmakologii psychodynamicznej, pozwalające na unikanie sytuacji, które mogłyby sprzyjać wystąpieniu lekooporności pacjenta. Są to:

- Uwzględnianie w myśleniu zarówno umysłu, jak i mózgu. „Naukowy” sposób myślenia o leczeniu jest konkretny i nie dopuszcza subiektywności, natomiast uznaje wyłącznie czynniki biologiczne. Mintz i Belnap zadają pytanie: Jeśli pacjent wraca po kilku tygodniach od zapisania mu leku i zgłasza poprawę nastroju, jak często psychiatra zastanawia się, czy powodem tej poprawy jest podany lek? Nie wiemy, czy pomógł lek, czy znaczenie leku uleczyło pacjenta.
- Waga uczenia się poprzez doświadczenie. Lek może wspomagać leczenie poprzez wspomaganie uczenia się. Pacjenci z depresją czy schizofrenią leczeni farmakologicznie mogą uczyć się lepiej w trakcie psychoterapii. Zdaniem Mintza i Belnap to raczej zdolność do uczenia się, a nie eliminacja objawów, ma pierwszeństwo w psychodynamicznej farmakoterapii.
- Przywiązywanie wagi do kompetencji pacjenta. W tradycyjnej farmakoterapii istnieje tendencja do spostrzegania pacjenta jako ofiary „działania genów” lub „braku równowagi chemicznej w mózgu”. W psychodynamicznej farmakologii pacjent, który może zmagać się z istotnymi deficytami biologicznymi, jest spostrzegany w kontekście swojej subiektywności pozostającej w interakcji z biologicznym podłożem. Jest spostrzegany także jako posiadający wewnętrzne zasoby, które mogą być zmobilizowane w celu zdrowienia. Nie jest pasywnym „polem bitwy” pomiędzy lekarzem a chorobą, ale sprzymierzeńcem lub doradcą w tej walce. W takim ujęciu formuła przymierza terapeutycznego z lekarzem i cele leczenia muszą być wzajemnie uzgodnione.

Zdaniem Mintza i Belnap powszechnie akceptowane algorytmy postępowania terapeutycznego koncentrują się przede wszystkim na właściwym doborze leku, jego dawki, czasu leczenia oraz właściwej diagnozie. Takie zjawisko jak lekooporność bywa niekiedy wyjaśniane na przykład występowaniem zaburzeń osobowości, ponieważ

stwierdzono, że zaburzenia osobowości mogą przyczyniać się do gorszej odpowiedzi na leczenie farmakologiczne. Nie jest wszakże jasne, w jaki sposób występowanie zaburzeń osobowości miałyby się przyczyniać do tego, że lek przeciwdepresyjny lub inny lek miałyby być nieefektywne. Algorytmy tworzone na potrzeby postępowania z pacjentami lekoopornymi właściwie nie zawierają żadnych odniesień do faktu, że problem lekooporności może nie mieć uwarunkowań biologicznych. Nie ma w nich informacji, że lekooporność może wynikać z nastawienia pacjenta do występujących u niego objawów lub relacji pacjenta z lekiem. Nie odnoszą się do tego, że lekooporność może mieć miejsce w przypadku pacjentów z zaburzeniami osobowości, którzy mają zaburzone relacje z obiektami wewnętrznymi, mogące korespondować z zaburzeniami ich relacji z lekiem. Znaczenie, jakie ma lek dla danego pacjenta, może wywierać, zdaniem Mintza i Belnap, głęboki wpływ na efekty leczenia tym lekiem.

Mintz i Belnap przytaczają wiele dowodów na poparcie swoich tez:

- Metaanalizy badań nad skutecznością leków przeciwdepresyjnych wskazują, że chociaż leczenie przeciwdepresyjne jest skuteczne, to efekt placebo stanowi pomiędzy 76% a 81% całości skuteczności leczenia.
- W badaniu Beitmana (1994), dotyczącym leczenia lęku, najważniejszym czynnikiem przewidującym skuteczność leczenia była gotowość pacjentów do zmiany. Pacjenci otrzymujący placebo, a nie aktywny lek (beznodiazepinę), którzy mieli większą motywację do zmiany, uzyskiwali większą redukcję lęku niż otrzymujący aktywną substancję.
- Badanie nad znaczeniem przymierza terapeutycznego z lekarzem, przeprowadzone przez Krupnick (1996), wskazywało, że relacja pacjent–lekarz jest ważniejsza dla wyników leczenia niż sam lek. Pacjenci mający dobre przymierze terapeutyczne z lekarzem uzyskiwali większą poprawę niż pacjenci mający złą relację otrzymujący aktywny lek. Największa poprawa występowała, gdy podawaniu aktywnej substancji towarzyszyło dobre przymierze terapeutyczne.

Rodzaje lekooporności uwarunkowanej psychodynamicznie

Mintz i Belnap [1] dzielą lekooporność na dwie kategorie: lekooporność „na” leczenie (treatment resistance to medication) i wynikającą „z” leczenia (treatment resistance from medication).

U pacjentów, którzy nie odpowiadają na leczenie farmakologiczne, występują, ich zdaniem, świadome lub nieświadome czynniki, które interferują z oczekiwanym efektem leczenia. Tego rodzaju sytuacja wiąże się często z brakiem współpracy w leczeniu. Inną grupą pacjentów z tej kategorii są osoby, które ujawniają silną odpowiedź psychologiczną lub fizyczną na lek. Jest ona doświadczana i spostrzegana jako pojawienie się nowych lub pogorszenie istniejących objawów, albo pojawienie się działań niepożądanych leczenia.

Psychoanalityczna wiedza o nieświadomej motywacji wskazuje na to, że pacjent może być często ambiwalentny wobec zaniknięcia objawów. Dlatego może nie być przygotowany do zmiany psychicznej – na przykład, kiedy objawy zarówno stanowią

źródło bolesnego doświadczenia, jak i umożliwiają rozwiązanie bądź odroczenie rozwiązania innych ważnych problemów.

Pacjenci mogą mieć opór przed pozbyciem się objawów, kiedy te objawy mają znaczenie komunikacyjne, na przykład mogą wyrażać ich desperacką potrzebę opieki, do czego nie mogą się przyznać w sposób świadomy. Inną sytuacją, kiedy leki mogą okazać się nieskuteczne, jest konfiguracja, w której ich działanie podkopuje ważne mechanizmy obronne.

Mintz i Belnap przytaczają przykład kliniczny pacjentki z oporną na leczenie schizofrenią. Wcześniej, z pomocą rodziców, opiekowała się ona synem, który umarł z powodu raka. Wtedy przestała tolerować leki; okazywały się one u niej nieskuteczne. Kiedy rozważano zmianę leku na silniejszy i bardziej skuteczny, pacjentka zaczęła mieć obawy, że pojawi się u niej depresja i że może popełnić samobójstwo. To, że słyszała omamowy głos zmarłego dziecka i miała urojeniowe przekonanie, że może odwrócić jego śmierć – podtrzymywało iluzję, że dziecko żyje. Jeśli przestałaby być psychotyczna, wtedy musiałaby się skonfrontować z utratą dziecka. Obawiała się więc, że ta żałoba mogłaby ją zabić. Opierała się skutecznemu leczeniu, ponieważ poprawa testowania rzeczywistości oznaczałaby dla niej porzucenie psychotycznych wysiłków na rzecz utrzymania poczucia, że dziecko jest obecne. Zagrażałoby to pojawieniem się depresji i podjęciem próby samobójczej.

Pacjenci, których charakteryzuje obecność zaburzonych relacji obiektualnych, mogą wносить te problemy w relację psychofarmakologiczną. Jeśli dana osoba ma zasadniczo pozytywne relacje z wewnętrznymi obiektami, to przyjęcie leku może aktywować te pozytywne reprezentacje, takie jak oralna gratyfikacja. U predysponowanych do tego pacjentów przyjęcie leku może aktywować zasadniczo negatywne reprezentacje, takie jak doświadczenie odrzucenia, zatrucia, seksualnej intruzji lub innych form bycia kontrolowanym w sposób fizyczny lub psychiczny.

Ciechanowski i wsp. [7] opublikowali interesujące badanie ilustrujące to zjawisko. Zastosowali teorię więzi (attachment theory) do problemów współpracy w leczeniu osób z cukrzycą. Okazało się, że styl, w jakim w wieku dziecięcym ukształtowała się więź, przekłada się na relacje z osobą leczącą i ostatecznie na poziom glikozylowanej hemoglobiny u chorych na cukrzycę.

Może być mylące to, że ujmując rzecz powierzchownie pacjent zgłasza się po pomoc. Pacjenci tego rodzaju mają trudność w ufnym poddaniu się leczeniu zaproponowanemu przez lekarza, ponieważ doświadczają subiektywnie leczenia jako przynoszące im szkodę lub cierpienie. Tego typu pacjenci kwestionują czystość motywów lekarza, obawiają się utraty kontroli, interesują się działaniami niepożądanymi leczenia lub skrupulatnie negocjują dawki leków i czas ich przyjmowania. Wskazuje to na to, że wnoszone przez nich do relacji z lekarzem i z lekiem reprezentacje mają negatywny charakter.

W niektórych przypadkach pacjenci usiłują przejąć kontrolę nad leczeniem poprzez sprawowanie kontroli nad lekarzem. Mogą w takich sytuacjach nie podawać lekarzowi prawdziwych informacji, informować o występujących symptomach w sposób niepełny lub zniekształcony i okazywać nagle rozładowania emocjonalne. Ma to na celu wymuszenie na lekarzu takiego sposobu podawania leków, który byłby pod ich

własną, a nie jego kontrolą. Mogą też przyjmować lek w innych niż zalecane dawkach (zbyt niskich lub zbyt wysokich), zmieniać sposób dawkowania. Daje im to poczucie sprawowania kontroli nad leczeniem.

Innym zjawiskiem, które może się pojawić, jest efekt nocebo. Jest to efekt odwrotny od efektu placebo, kiedy oczekiwanie, że z podaniem leku jest związane wyrządzenie jakiejś szkody, zamienia się w rzeczywistą szkodę, taką, jak pojawienie się nowych objawów psychologicznych lub somatycznych. Pacjenci skłonni do „reakcji nocebo” ciągle przerywają leczenie z powodu niemożliwych do tolerowania objawów niepożądanych lub efekt terapeutyczny nie może być osiągnięty z powodu zbyt niskich dawek leków wymuszonych szczególną wrażliwością pacjenta na działania niepożądane.

Kolejny rodzaj lekooporności wyróżniony przez Mintza i Belnap to oporność wynikająca „z” leczenia. Pojawia się ona w relacji z lekiem, którego działania pacjent ani nie obawia się, ani mu się nie opiera, jak to było opisane powyżej. Tacy pacjenci proszą o podanie leku i odczuwają jego działanie jako wartościowe i skuteczne. Lekarz może wtedy dostrzegać, że u pacjenta następuje zmniejszenie się natężenia objawów, ale jego stan nie poprawia się. W takich przypadkach lekooporność może pochodzić od leku lub pewnych przypisanych mu znaczeń. Przykładem może być powtarzające się niewielkie przedawkowywanie leku lub sporadyczne przyjmowanie dawek. W takiej sytuacji potencjalnie terapeutyczny efekt leku jest odwrotny i staje się nieterapeutyczny lub antyterapeutyczny.

Przykładowo, pacjent z cechami lęku, nie ufający sobie i swoim możliwościom podejmowania decyzji, może odraczać czynienie jakichś kroków rozwojowych do czasu, aż lek rozwiąże jego problemy. Taki pacjent wchodzi w regresję i oddaje swoją autonomię w ręce lekarza, który jego zdaniem ma zdolność i możliwość kontrolowania jego uczuć. Jakikolwiek wyzwania pogłębiają wtedy poczucie braku kompetencji, zaczyna się złośliwe sprzężenie zwrotne – pacjent traci źródła wsparcia społecznego, a koncentrowanie się na chorobie i leczeniu zastępuje próby przepracowania i rozwiązania własnych problemów.

Innym przykładem jest użycie leków dla utrudnienia uzyskania wglądu i zmiany psychicznej. Na przykład stwierdzono, że osoby, które mają większe poczucie winy z powodu seksualności, są bardziej rozhamowane po podaniu placebo niż osoby nie obciążone takimi problemami. W ten sposób leczenie może sprawiać, że pacjent może nie identyfikować własnych części psychiki jako należących do niego – ponieważ będzie przypisywał nie akceptowane impulsy lekowi. Wtedy to, w subiektywnej ocenie pacjenta, „z powodu leku” pojawiają się jakieś zachowania, ale nie mają one nic wspólnego z nim samym.

Jeśli mechanizmy obronne pacjenta opierają się na rozszczepieniu i projekcji, może on umieszczać swoją „złą stronę” w jakimś obiekcie zewnętrznym. Jeśli podejmie leczenie, to w sposób otwarty lub ukryty stoi za tym diagnoza: „coś mi jest”. W ten sposób może przypisać dane zachowania chorobie, a nie sobie (zgodnie z formułą „to nie ja, to choroba”). W ten sposób może umieścić swoje „złe strony” w byciu chorym, co pozwala na pozostawienie poczuciu tożsamości tylko tych dobrych części własnej osoby. Taki obrót wydarzeń może na początku przynosić ulgę zarówno pacjentowi, jak i lekarzowi, ale po pewnym czasie mogą pojawiać się nowe problemy. Może nastąpić pogorszenie funkcjonowania pacjenta, skoro już nie czuje się on odpowiedzialny za zachowania destrukcyjne. W efekcie możemy mieć do czynienia z nasileniem się prob-

lemów w życiu społecznym pacjenta, wyobcowaniu od własnych zachowań i uczuć oraz opornością na stosowane leczenie.

Innym przykładem mogą być pacjenci, którzy w swoim życiu psychicznym obronnie zastępują relacje z ludźmi lekiem (leczeniem). Takie osoby, które nie mogą polegać na satysfakcjonujących relacjach z innymi, mogą zwrócić się do relacji z lekiem, aby uniknąć ryzyka frustracji, gdyby poszukiwali relacji z ludźmi. W niektórych przypadkach leczenie staje się fetyszem, ważniejszym nawet niż zdrowie, którego to leczenie miałyby być celem. Tacy pacjenci mogą mieć nieświadomą motywację do pozostania chorymi i opierać się próbom włączenia bardziej adekwatnych sposobów terapii.

Pracę poświęconą leкови jako obiektowi relacji (takiemu jak osoba) opublikowała A. Tutter [8]. Jej zdaniem niektóre osoby doświadczają i traktują leki tak, jakby były one osobami, a więc tak, jakby były to obiekty. Leki doświadczane są wtedy jako posiadające pewną intencjonalność i działanie, przekraczają granice czegoś statycznego i zaczynają należeć do dynamicznego świata relacji obiektualnych. Jest wiele sposobów, w jaki może być nawiązywana relacja obiektualna z lekiem, i sposoby te mogą podlegać zmianom, przekształceniom, a także mogą ewoluować. Zdaniem Tutter leki mogą być subiektywnie doświadczane przez leczonych, tak, jakby były one osobami. Mogą być, innymi słowy, używane jako obiekty, albo pomieszczać w sobie reprezentacje obiektów. Tutter podkreśla, że używa słowa obiekt w znaczeniu nadanym mu w psychoanalizie – jako odnoszący się do osoby, zazwyczaj do osoby innej od podmiotu, ale także w znaczeniu self, albo odszczepionych fragmentów self, oraz obiektów częściowych. W tym rozumieniu uważa ona, że niekiedy osoby leczone mają takie myśli, uczucia i podejmują takie działania w stosunku do leków, jak gdyby te leki były osobami, aspektami osób lub częściami osób. Te odniesienia do leków mają taki charakter, jakby leki miały charakterystykę, właściwości, pełniły jakieś funkcje i obdarzone były rolami, do których leczony może w sposób dynamiczny i znaczący odnosić się. Jest to pewien rodzaj „personifikacji” leków, którą Tutter wiąże z ich symbolicznym znaczeniem. Szczegółową analizę relacji z lekiem pacjentki leczonej z powodu schizofrenii opisano również w piśmiennictwie polskim [9].

We wszystkich, opisanych wyżej sytuacjach leczenie działa skutecznie, a pacjent korzystnie spostrzega to działanie i chętnie przyjmuje lek. Jednak stan pacjenta pozostaje niezmienny lub pogarsza się.

Takie zjawiska były opisywane bardzo ciekawie przez pierwszych analityków prowadzących badania kliniczne nowych leków na początku lat 60. XX wieku [10]. Odnotowywali oni na przykład, że w badaniu klinicznym nowego leku poprawa objawowa (a więc np. zmniejszenie się nasilenia lęku) wystąpiła u większości badanych osób, ale nie uważali tego za efekt terapeutyczny. Jako efekt działania leku odnotowywali tylko sytuację, w której efekt farmakologiczny leku zmieniał coś w funkcjonowaniu pacjenta lub przebieg jego choroby zaczynał różnić się od dotychczas obserwowanego.

Psychoterapeuta „znający się” na lekach

Kwestia znajomości leków dotyczy nie tylko osób o medycznym wykształceniu, które mogłyby potencjalnie prowadzić psychodynamiczną farmakoterapię proponowaną

przez Mintza i Belnap [1]. Ponieważ, jak wspomniano wyżej, coraz większy odsetek pacjentów przyjmuje leki psychotropowe, także dla osób, które zajmują się psychoterapią, wiedza na ten temat staje się potrzebna. Nie oznacza to, moim zdaniem, że osoby o innym niż medyczne wykształceniu powinny mieć możliwość kierowania leczeniem farmakologicznym. Jednak powinny zdobywać, w miarę możliwości, rzetelną wiedzę o farmakoterapii. Omówione niżej prace odnoszą się do leczenia psychoanalitycznego, ponieważ zostały opublikowane przez autorów o takiej orientacji klinicznej, jednak czynione przez nich uwagi można odnieść szerzej – do psychoterapii jako całości.

Jaki może być cel posiadania przez osoby o psychoanalitycznym wykształceniu wiedzy o farmakoterapii? Na to pytanie odpowiada, między innymi, praca Marcii Kaplan i Sergio Delgado [11]. Proponują oni wprowadzenie pewnej kategorii profesjonalnej, mianowicie psychoanalityka posiadającego wiedzę na temat leków („psychoanalityka znającego się na lekach”). Ich zdaniem taka kategoria zawodowa może zachęcić nową generację psychiatrów do treningu psychoanalitycznego, a także dać korzyść pacjentom, zapewniając im wysokiej jakości leczenie. Taka osoba jest w stanie uczyć się, jak właściwie stosować leczenie, np. unikając upraszczających schematów postępowania wynikających z algorytmów leczenia (tak, jak jest w stanie uczyć się o przeniesieniu lub projekcyjnej identyfikacji w doświadczeniu klinicznym). Poprzez obznajmianie się z podejściem integracyjnym do diagnozy i leczenia może stawać się wzorcem dla lekarzy uczących się psychiatrii, którzy spostrzegają psychoanalizę jako zjawisko o marginalnym znaczeniu.

Kaplan i Delgado zauważają, że w obecnych czasach sposoby podejścia diagnostycznego w psychoanalizie i psychiatrii bardzo się różnią. Psychiatra biologiczny musi uzyskać dostateczną liczbę informacji, aby przyporządkować rozpoznanie do listy objawów wynikających z danej kategorii diagnostycznej. Te informacje diagnostyczne nie zależą od relacji z pacjentem. Psychoanalityk w trakcie diagnozy ocenia sposób, w jaki komunikuje się pacjent, jego zdolność do refleksji, strukturę charakteru, potencjał do tolerowania przeniesienia i zdolność do tworzenia przymierza terapeutycznego. Celem integracyjnego podejścia nie jest wykluczenie procesu diagnostycznego, ale rozszerzenie i pogłębienie kontaktu, który może prowadzić do psychoanalizy. Posłużenie się kategoriami medycznej klasyfikacji i zastosowanie leczenia farmakologicznego może wyniknąć, lub też nie, z tego procesu.

Psychoanalityk, który chciałby wkroczyć na to terytorium psychiatrii, ma zdaniem Kaplan i Delgado kolejny cel do osiągnięcia – jak utrzymać podejście psychoanalityczne, zdobywając także informacje prowadzące do postawienia psychiatrycznej diagnozy i wprowadzenia psychiatrycznego leczenia. W jaki sposób konceptualizować znaczenie symptomów? Czy objawy odzwierciedlają patologię mózgu, czy psychiczne konflikty? Czy trzeba zdefiniować mechanizmy, aby włączyć właściwe leczenie? Analityk, który chciałby rozważyć przedstawione pytania z tej podwójnej perspektywy, musiałby znaleźć swój własny sposób dający równowagę pomiędzy empatycznym wsłuchiowaniem się i emocjonalną bliskością z pacjentem na jednym biegunie a podejściem z dystansem charakterystycznym dla traktowania objawów jako fizycznej patologii mózgu. Dla dojrzałego psychoanalityka nabycie wiedzy o lekach jest zadaniem poznawczym. Ta wiedza może być dodana do posiadanej już wiedzy.

Dla osoby w trakcie treningu analitycznego, która uczy się myśleć analitycznie, jest to trudniejsze zadanie. Jest tak, ponieważ nauczanie psychiatrii jest pod wyraźnym wpływem wiedzy medycznej, behawioralnej i kognitywnej [11]. Może być trudne uczenie się dwóch języków opisujących umysł i mózg, i „przemieszczanie się” pomiędzy tymi dwoma dziedzinami wiedzy. Może na przykład występować tendencja kandydatów o medycznym wykształceniu do unikania trudności w przeniesieniu i przeciwprzeniesieniu i „przełączania się na podejście medyczne”. W innych wypadkach konieczne jest zrozumienie, że czasami zaostrzenie objawów choroby wymaga raczej rozmowy niż leków. W niektórych przypadkach ważne jest dostrzeżenie, że objawy wymagają podania leków, tak samo jako prowadzenia rozmowy.

Identyfikacja psychoanalityków, jako grupy zawodowej, opiera się często na modelowych sylwetkach nauczycieli i superwizorów. Niektórzy z nich nigdy nie stosowali leków, ani nie spostrzegają leczenia farmakologicznego jako uprawnionej części praktyki analitycznej (odrzucają je). W takich przypadkach osoby w trakcie treningu nie uczą się, jak stosować leki w obrębie analitycznego settingu i jak bilansować i godzić różne sposoby myślenia w praktyce klinicznej. Największym wyzwaniem taka praktyka może być dla psychoanalityków o medycznym wykształceniu. Chociaż psychoanalitycy o innej niż psychiatrycznej wyjściowej edukacji mogą mieć głęboką wiedzę o neurobiologii i neuropsychoanalizie, to ewentualną decyzję o włączeniu farmakoterapii podejmują inne osoby, do których kierują oni swoich pacjentów. Poznawczy wysiłek, aby zrozumieć neurobiologiczne i psychoanalityczne podstawy psychopatologii, jest taki sam w obu tych grupach, ale to grupa psychoanalityków o medycznym wykształceniu spotyka się z wyzwaniem, jakim jest stosowanie obu sposobów leczenia w trakcie klinicznej pracy z indywidualnym pacjentem.

Podsumowanie

Jak wynika z przedstawionego przeglądu piśmiennictwa, prowadzenie psychofarmakoterapii w sposób łączący ją z wiedzą psychodynamiczną nie jest zadaniem łatwym. Wymaga to nie tylko poznawczego nauczenia się zasad wynikających z obu dziedzin wiedzy, ale też zintegrowania ich we własnym myśleniu – tak, aby słuchając pacjenta móc starać się osiągnąć pewną równowagę w trafnym doborze interwencji; by móc nie reagować zmianami leku lub jego dawki na zjawiska wymagające rozmowy; także, żeby nie przeoczyć sytuacji klinicznych, w których zastosowanie lub zmiana leków mogłyby przynieść pacjentowi korzyść.

Problemem istotnym w tego typu podejściu są kwestie podnoszone przez Gabbarda i Kaya [2]. Już w momencie kształcenia obie dziedziny są traktowane jako odrębne i nauczane oddzielenie. Najczęściej nie uczy się, jak łączyć psychoterapię z farmakoterapią lub jak można rozumieć farmakoterapię psychodynamicznie. Ważne wyjątki stanowią rozdziały autorstwa Gabbarda [3, 4]. Pozostałe nieliczne źródła wiedzy na ten temat są rozsiane w piśmiennictwie. Często brak jest rozdziałów w podręcznikach ujmujących tę tematykę dwupłaszczyznowo, tak aby przygotować osoby szkolące się w psychiatrii do rozumienia i stosowania wyżej omówionych zagadnień w praktyce

klinicznej. Dzieje się tak pomimo tego, że liczba pacjentów leczonych lekami rośnie i coraz więcej trafia ich także do leczenia psychoterapeutycznego.

Wnioski

- Istnieje potrzeba stosowania wiedzy psychodynamicznej w postępowaniu farmakologicznym w grupie pacjentów wykazujących oporność na leczenie.
- Istnieje potrzeba uwzględniania psychodynamicznych, psychologicznych i społecznych czynników, istotnych dla skutecznego prowadzenia leczenia, w podręcznikach i opracowaniach dotyczących zasad stosowania farmakoterapii.

Концепция психодинамической психофармакологии D. Mintz i B. Belnap – обсуждение по отношению к пациентам, резистентных к лечению

Содержание

Процесс обучения психиатрии и учебники психиатрии не особенно часто учитывают информации .относящиеся совместного применения психотерапии и фармакотерапии с точки зрени их взаимной интеграции. Не всегда, также, в этих пособиях содержатся информации на тему психологических и релятивных значений, связанных с введением лекарственных препаратов. Это положение вещей тем более ударающее, т.к. очень много пациентов одновременно получают психотерапевтическое и фармакологическое лечение. Другой очень важной проблемой остается интеграция психологического знания в понимании эффектов фармакотерапии. Предлагаемая работа обсуждает предложения новой дисциплины – психодинамической психофармакологии, описанной D. Mintz i B. Belnap. Их предложения не являются только теоретическими, поскольку они предлагают конкретные указания относящиеся к терапевтическим воздействиям в случаях психологически обусловленной резистенци и к фармакологическому лечению. В работе обсуждены также вопросы „психотерапевта со знанием действия лекарственных веществ”, а также представлены данные для лиц занимающихся психотерапией, а которые то хотели бы перейти границы, отделяющие психотерапевтические знания от знаний по фармакотерапии.

Idee der psychodynamischen Psychopharmakologie von D. Mintz und B. Belnap - Beschreibung im Hinblick auf die Patienten mit pharmakologischer Resistenz

Zusammenfassung

Das psychiatrische Bildungsverfahren und die Handbücher zur Psychiatrie berücksichtigen nicht oft die Informationen zur gemeinsamen Anwendung der Psychotherapie und Pharmakotherapie, auf die Weise, die diese beiden Gebiete integriert. Nicht immer enthalten sie auch Informationen zur psychologischen Bedeutung und Relationen, die mit der Verabreichung von Medikamenten verbunden sind. Es ist um so mehr auffällig, dass viele Patienten gleichzeitig psychotherapeutische und pharmakologische Behandlung bekommen. Eine andere wichtige Frage ist die Integration des psychologischen Wissens im Hinblick auf die Wirkung der Pharmakotherapie. Die vorliegende Arbeit bespricht den Vorschlag, ein neues wissenschaftliches Gebiete zu schaffen - psychodynamische Psychopharmakologie, die von D. Mintz und B. Belnap beschrieben wurde. Ihr Vorschlag ist nicht ausschliesslich theoretisch, sie schlagen nämlich konkrete Anordnungen zu Maßnahmen bei der psychologisch bedingten pharmakologischen Resistenz vor. Die Arbeit bespricht auch die Frage des “Psychotherapeuten mit dem Wissen über Medikamente” für Personen, die Psychotherapeuten sind, aber auch die Grenzen überschreiten möchten, die das Wissen aus dem Bereich Psychotherapie von denen aus dem Bereich Pharmakotherapie trennen.

La conception de la psychopharmacologie psychodynamique de D.Mintz et de B.Belnap – description de cette nouvelle discipline par rapport aux patients résistant à la thérapie

Résumé

L'éducation des psychiatres et les manuels de la psychiatrie rarement présentent les informations concernant la psychothérapie et la pharmacothérapie combinées. Il en est de même avec les informations touchant les problèmes psychiques et la médication. Pourtant c'est très important car plusieurs patients suivent à la fois la psychothérapie et la pharmacothérapie. Donc il est très important intégrer les connaissances en psychologie et en pharmacologie. Ce travail présente la proposition d'une nouvelle discipline - la psychopharmacologie psychodynamique de D.Mintz et de B.Belnap. Leur conception n'est pas seulement théorique, ils donnent encore les recommandations pratiques surtout dans les cas de la résistance à la thérapie. Cet article décrit aussi le problème du psychothérapeute bien informé quant aux médicaments qui veut dépasser les limites séparant la psychothérapie et la pharmacothérapie.

Piśmiennictwo

1. Mintz D, Belnap B. *A view from riggs. Treatment resistance and patient authority – III. What is psychodynamic psychopharmacology? An approach to pharmacologic treatment resistance.* J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatr. 2006; 34: 581–600.
2. Gabbard GO, Kay J. *The fate of integrated treatment: whatever happened to biopsychosocial psychiatry?* Am. J. Psychiatry 2001; 158: 1956–1964.
3. Gabbard GO. *Basic principles and treatment approaches in dynamic psychiatry.* W: Gabbard GO, red. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice. Second revised edition.* American Psychiatric Association; 2000, s. 3–170.
4. Gabbard GO. *Combined psychotherapy and pharmacotherapy.* W: Kaplan & Sadock's *comprehensive textbook of psychiatry. Seventh edition.* Lippincott: Williams and Wilkins; 2000, s. 2225–2234.
5. Plakun EK. *A view from riggs. Treatment resistance and patient authority – III. What is psychodynamic psychopharmacology? An approach to pharmacologic treatment resistance,* by David Mintz and Barri Belnap. J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatr. 2006; 34: 579–580.
6. Murawiec S. *Dwie fazy występujące w klinicznej praktyce stosowania leków w psychiatrii.* Wiad. Psychiatr. 2006; 9: 241–245.
7. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE, Walker EA. *The patient-provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes.* Am. J. Psychiatry 2001; 158: 29–35.
8. Tutter A. *Medication as object.* J. Am. Psychoanal. Assoc. 2006; 54: 781–804.
9. Murawiec S. *Lek jako obiekt relacji – opis przypadku.* Psychiatr. Pol. 2004; 38: 707–717.
10. Murawiec S. *Sposoby rozumienia działania leków psychotropowych przez psychoanalitycznie zorientowanych badaczy w początkowych latach współczesnej farmakoterapii.* Post. Psychiatr. Neurol. 2006; 15 (4): 309–314.
11. Kaplan M, Delgado VS. *When worlds converge: combining depth psychotherapy and psychotropic medications.* Bull. Menninger Clin. 2006; 70: 253–269.

Adres: Centrum Zdrowia Psychicznego
Instytut Psychiatrii i Neurologii
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 22.05.2007
Zrecenzowano: 18.07.2007
Przyjęto do druku: 10.01.2008

Już wkrótce

Psychiatria Polska

ZESZYT NR 4/2008

W następnym zeszycie „Psychiatrii Polskiej” znajdą Państwo między innymi następujące opracowania:

- *„Moje myśli i odczucia” – kwestionariusz wglądu w schizofrenię*
Autorzy: Andrzej Kokoszka, Anna Telichowska-Leśna, Rafał Radzio
- *Rozwój koncepcji schizofrenii i narzędzi do jej diagnozy*
Autorzy: Dorota Frydecka, Andrzej Kiejna
- *Koncepcja siebie chorych na schizofrenię – przegląd badań*
Autorka: Maria Chuchra
- *Choroba – obrona – manipulacja: trudności opiniowania sądowo-psychiatrycznego*
Autor: Janusz Heitzman

W zeszycie również nasze stałe rubryki, prezentacja nowych pozycji *Biblioteki Psychiatrii Polskiej*.

Zapraszamy

Informacje na temat składania zamówień na prenumeratę, sposobu jej opłacenia oraz szczegółowy cennik wydawnictw znajdą Państwo na końcu zeszytu lub uzyskają, kontaktując się bezpośrednio z sekretariatem komitetu:

31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14
tel. +48 (012) 633-12-03, lub tel/fax. (012) 633-40-67