

Psychodynamické aspekty farmakoterapie

MUDr. Peter Bobovnik

Psychosociálne centrum, Pšov

Nepopierateľné úspechy neurovied a psychofarmakológie by mohli viesť k zjednodušujúcej ilúzii psychiatra ako objektívneho vedca a pacientov ako biologických objektov. Tie by mali pri doporučenej dávke neurochemicky správne zareagovať a uzdraviť sa. V rámci komplexného biopsychosociálneho hľadiska je možné uvažovať i o psychologických aspektoch farmakoterapie. Príspevok je zameraný na isté prenosové a protiprenosové aspekty vzťahu predpisujúceho a pacienta a tiež na (nevedomý) význam medikácie pre pacienta. Všíma si možný podiel odporu a negatívnej terapeutickojej odpovede na fenomény ako noncompliance, refrakternosť na liečbu a hypersenzitivitu na nežiaduce účinky. Porozumenie týmto „iracionálnym“ faktorom u seba i u pacienta môže významne zlepšiť spoluprácu s pacientom i efekt liečby.

Kľúčové slová: psychofarmakoterapia, compliance, nežiaduce účinky, prenos, protiprenos, odpor, negatívna terapeutická reakcia, projektívna identifikácia.

Psychodynamic aspects of pharmacotherapy

Incredible advances in neurobiological sciences and psychopharmacology could create an illusion of a psychiatrist as the objective scientist and of patients as only biological objects who simply respond biochemically to medication and get well. From a complex biopsychosocial point of view we can consider also the psychological aspects of pharmacotherapy. The paper is centred on some transference and countertransference aspects of the doctor-patient relationship and on the unconscious meaning of medication for the patient. It also takes note of the possible contribution of resistance and negative therapeutic reply to noncompliance and hypersensitivity to side effects. Understanding of these „irrational“ factors may be used to deepen the pharmacotherapeutic alliance and improve the effect of therapy.

Key words: psychopharmacotherapy, compliance, side effects, transference, countertransference, resistance, negative therapeutic reaction, projective identification.

Psychiat. pro Praxi 2009; 10 (1): 17–19

Pred niekoľkými desaťročiami by bol termín „dynamická farmakoterapia“ považovaný za rozporuplný, čo bolo dedičstvom *dualizmu*, polarizovaných dynamických a farmakologických postojov k psychiatrickým poruchám. Zo strany psychoterapeutov pretrvávalo určité znepokojenie, že by farmakoterapia mohla zablkovať alebo narušovať psychoterapiu. Obávali sa, že medikácia zredukuje motiváciu k zmene znížením tlaku utrpenia a magicko-pasívnymi očakávaniami. Úzkosť indikovala prítomnosť psychického konfliktu, preto bola vnímaná čiastočne ako pozitívny znak. Farmakoterapeuti poukazovali na časovú a finančnú náročnosť psychoterapií s relatívne nízkou priekaznosťou účinnosti a možnú indoktrináciu či až „toxicitu“. V skutočnosti sa však tieto prístupy môžu účinne dopĺňať a kombinovať.

Súčinné použitie medikamentov a psychoterapie („*integrovaná liečba*“) je dnes zväčša

všeobecnou praxou. Súčasné trendy už rigidne nezdôrazňujú výhody oddelenia rolí predpisujúceho lekára a psychoterapeuta („kombinovaná liečba“).

I v bežnej psychiatrickej praxi bez súbežnej systematickej psychoterapie sa môžu vyskytovať *nevedomé fenomény* ovplyvňujúce farmakologické aspekty predpisovania synergicky alebo antagonisticky. Takmer 60 percent pacientov neberie lieky, tak ako sú im predpísané, preto sa hodnotenie dôvodov noncompliance môže stať mocným nástrojom v terapeutovom inštrumentári. Je preto potrebné zakomponovať psychologické a vzťahové aspekty pacienta do psychofarmakológie. Pacientove interpersonálne štýly a postoje k medikácii a lekárovi môžu hlboko ovplyvniť efekt liečby a compliance. Preto si je potrebné okrem toho „čo predpísať“ všímať aj „ako to predpísať“

Tabulka 1. Súčinnosť farmák a psychoterapie

Redukcia úzkosti liekmi – väčší priestor pre pacientovo pozorujúce ego.
Zlepšenie autonómnych ego funkcií.
Zvýšenie sebavedomia znížením pocitov bezmocnosti, márnosti a pasivity.
Zvýšenie pocitu bezpečia.
Väčší prístup k emóciám, k ich vyjadreniu a porozumeniu.

Tabulka 2. Súčinnosť psychoterapie a farmák

Psychoterapia zlepší compliance s farmakoterapiou.
Psychoterapia podporí adaptáciu a zvládanie obtiaží.
Psychoterapia zníži pravdepodobnosť rekurencie symptómov.
Psychoterapia znižuje výskyt relapsov po vysadení medikácie.

– aby pacienti neboli vnímaní iba ako biologické objekty, ktoré neurochemicky odpovedajú na medikamenty, ale i ako subjekty, ktoré reagujú na zmysel, ktorý pre nich medikácia má.

Noncompliance možno chápať, z hľadiska dynamickej psychiatrie, ako prenos, protiprenos a odpor. Psychiater predpisujúci lieky nie je o nič menej **prenosová** postava ako psychoterapeut. Pacient sa k nemu môže vzťahovať, ako by bol nejakým predošlým objektom jeho života. Dôležité je skúmanie „**agovania**“ týkajúce sa medikácie – preskočenie dávkovania, zabudnutie užitia, strata a snaha o znovupredpis a podobne. Odohráva a vyjadruje ním svoje vnútorné konflikty. Pokiaľ pacient odmietne predpísané lieky, psychiatri reagujú väčšinou autoritatívne, vyžadujúc pokračovanie ich vlastných postupov „bez otázok“. Tento postup zvyčajne zlyhá, pretože iba zvýrazňuje sklon vidieť lekára ako žiadanú rodičovskú figúru. Vyvolanie prenosu môže viesť k prebudeniu veľkého množstva hnevu a k zatrpknutiu voči rodičovským figúram, ktorým pacient verí. Odmietaním pomoci, ktorá im je ponúknutá, môžu títo pacienti nevedome uskutočňovať odplatu voči svojim rodičom. Dochádza tak k projekcii hnevu na terapeuta, takže jeho moc symbolizovaná tabletkou je vnímaná ako ohrozujúca a deštruktívna (prenosový intruzívny a kontrolujúci otec). Požitie lieku môže reprezentovať penetráciu, ktorá musí byť odmietnutá (liek ako „phallus“). Orálne aspekty lieku môžu evokovať raný zážitok hrozivej pasivity a bezmocnosti, psychofarmakológ a liek takto predstavujú vyživujúci „prs“. Pacient môže nevedomý vnímať farmakum ako jed („otrávené mlieko“) dávaný zlou matkou. Otázky prenosu musia byť vždy vzaté do úvahy pri predpisovaní liekov paranoidným pacientom.

Pri **negatívnej terapeutickej odpovedi** je terapeut vnímaný ako dokonalý, nedostižný zdroj pokoja a múdrosti, a zlyhanie jeho terapie tak predstavuje nevedomý závistlivý útok s cieľom zničiť

a otráviť tento „dobrý prs“. Ak takíto pacienti vycítia, že je lekár z nich nešťastný, často cítia skrytú radosť. V tomto prípade pacienti systematicky maria každý liečebný zákrok. Často prechádzajú cez dlhý zoznam liekov bez pocitu nejakého účinku. Niekedy sa hovorí o tzv. **nocebo efekte** – ide o odmietnutie medikácie alebo skúsenosť často opakovanej extrémnej senzitivity voči vedľajším nežiaducim účinkom akéhokoľvek lieku – interpretovateľný ako „odpor“ – založený na explicitnom alebo implicitnom očakávaní poškodenia. Na rozlíšenie od odporu sa zaviedol pojem **obštrukcie** (obstruction) – reflektuje jadrové konštitučné alebo vrodené faktory, ktoré bránia postupu psychoterapie a musia byť modifikované medikáciou. Na druhej strane je tu totiž hrozba nabaľovania nevedomých významov do neurobiologických faktorov.

Hlavne u nezrelších typov osobnosti pozorujeme rozštiepený (**splitting**) prenos, ku klinikovi ako ku psychoterapeutovi pozitívny a negatívny k nemu ako ku farmakoterapeutovi. Lekár „zasiahnutý“ týmto typom prenosu môže sám v rámci idealizácie nadhodnocovať efekt „liečby hovorením“ (výrazné narcistické zisky) – súčasne s podcenením, či až zanedbaním adekvátnej medikamentózneho terapie. Extrémnym opačným príkladom je výlučný „biologický“ prístup.

Štiepenie sa môže týkať i celého terapeutického tímu – nedorozumenie medzi lekármi pre typ a dávku lieku a podobne. Dôležité je preto dodržiavanie **triadickej aliancie** – zdieľanie cieľov liečby a terapeutických postupov medzi pomáhajúcimi a pacientom. Je samozrejmé, že existujú rozdiely v liečebnej filozofii ako aj osobné a medzioborové napätia. Pacienti, zvlášť s tendenciou k štepeniu, môžu využívať takéto trhliny, čo vedie k v terapii k slepej uličke (pri prijatí – „prečo vás vôbec sem posiela“... na ambulancii: „tí nemocniční doktori vám nerozumejú, lieky vysadíme“...).

Pacienti, ktorí majú tendencie k riadeniu alebo dominancii, budú lieky považovať za hrozbu

voči ich nezávislému postoju. Odmietanie toho byť kontrolovaný liekmi môže odrážať ranú skúsenosť obmedzovania, kontrolovania až zneužívania. Niekedy hovoríme aj o **narcistickom zranení** plynúcom z potreby medikácie. Lieky so sebou nesú znaky hanby, insuficiencie či poškodenia. To môže viesť k odmietnutiu alebo vysadeniu liekov, niekedy k prechodnej idealizácii medikamentózneho liečby v nádeji skorého odstránenia tejto potreby. Táto rýchla idealizácia býva nasledovaná devalváciou pri najmenších problémoch.

Naopak, u veľmi poslušných pacientov často lekár naráža na opačnú situáciu. Užívanie liekov pacientov „nasycuje“ do takej miery, že sa vzdajú akejkolvek zodpovednosti za svoje ochorenie. Pacient môže užívať medikáciu, aby zostal patologizovaný a vyhol sa napríklad zodpovednosti za svoje činy. Niekedy noncompliance spolu-vytvára **odpor identity** – strach zo straty svojho starého self, prípadne zo straty kreatívnych schopností (podobne ako sa obával Rilke psychoanalýzy – „So stratou svojich démonov by som prišiel i svojich anjelov“).

Psychotický pacient s **konkrétnym** myslením môže obsadiť liek významami, ktoré odrážajú primárny proces. Personifikácia lieku, zahrňujúca i gender lieku, odráža rozšírenie hlavného druhu prenosu na terapeuta alebo za použitia splittingu obranu pred uvedením takéhoto prenosu. Tabletky majú pre niektorých pacientov funkciu **prechodových objektov**, dovoľujúcich im zostať v spojení s ich psychiatriami, pokiaľ ich nevidia. Dotyk, pohľad na tabletku alebo samotná jej „cumľacia funkcia“ môžu mať na pacienta ukludňujúci účinok. V extrémnom prípade ide až o fetišistický objekt.

Predpis liekov je takisto ako iný liečebný zásah „kontaminovaný“ **protiprenosom**. Jedným z bežných dôkazov je nadmerné predpisovanie liekov. Niektorí psychiatri sú zúzkostňovaní intenzívnymi pocitmi určitého druhu prenosu. Na medikamentóznou liečbu sa môžeme pozeráť ako na spôsob narábania s touto úzkosťou. Klinik sa môže identifikovať s nadmerným emočným utrpením, je pre neho neznesiteľné. Miesto „kontajnerovania“ a „metabolizovania“ emócií – podržania v sebe a ich porozumeniu – ich protiprenosovo odohráva obrannými stratégiami. Medikovaním ustanoví pocit kontroly, kontroluje pacientove afekty a s nimi spojené vyjadrenia prenosových fenoménov, menežuje vlastné pocity bezmoci do opačného afektu a onnipotentného správania, disidentifikuje sa s pacientom, ustanoví tak hranicu pred prípadnou pohlcujúcou symbiózou, intenzívne prenosové afekty misdiagnostikuje ako poruchy nálady. Predpis lieku tak niekedy nemusí úplne zod-

Tabulka 3. Možné súvisy terapeutovho a pacientovho prežívania

Protiprenosové pocity	Možný pacientov symptóm
hnev	manipulácia
nuda	osobnostné odpojenie
defenzívnosť	hnev, hostilita
strach	paranoia, agresia
beznádej	beznádej
narcizmus	idealizácia
fantázie o zachraňovaní	závislosť
sexuálne vzrušenie	zvádzanie

povedať pacientovým reálnym starostiam a požiadavkám. V intenzívnejšom prípade reaguje až odmietnutím, poprením či ignorovaním pacienta a jeho obtiaží. Niektorí psychiatri môžu odpovedať na noncompliance pacienta želaním testu, tým, že poukážu na to, ako chorí môžu byť ich pacienti, ak nebudú nasledovať „lekárove postupy“. Iní môžu pacientov zastrášovať užívaním medikamentov alebo hrozbou ukončenia liečby, ak sa nepodriadia. Takéto vytykanie môže v pacientovi navodzovať pocit, že terapeuta neužívaním liekov zranil.

Takí psychiatri, ktorí majú ťažkosti s kontrolou vlastného hnevu, môžu odmietnuť limity pacientom, ktorí sa dožadujú väčšieho množstva medikamentu. V takýchto prípadoch psychiater dúfa, že požiadavky pacienta budú držať agresívu a nepriateľstvo mimo terapeutického vzťahu. Nanešťastie, pacientova náročnosť a hnev sa zvyčajne ešte viac vystupňuje. Pacienti sú senzitívni na takéto protiprenosové predpisovanie, reagujú niekedy masochistickým podľahnutím, niekedy silovým bojom.

U terapeuta je v hre *frustrácia jeho narcistických očakávaní* – iba málo pacientov dosiahne plnej úzdravy, zlyháva aj onipotentná túžba cítiť sa mocne a kontrolujúci všetky zložky starostlivosti o pacienta. Od absolvovanie medicíny dochádza k posunu od autoritatívneho aktívneho medicínskeho modelu k pasívnemu, viac psychotherapeuticky orientovanému prístupu. Tí istí lekári, ktorí sú receptívni voči pacientovým verbálnym produkciám, môžu zaujať rigidný postoj k liekom, direktívny, sugestívny.

Protiprenos nemusí viesť iba k jeho odohraniu, pri uvedomení pomôže lepšie pochopiť pacienta. Užitočný je pri tom koncept *projektívnej identifikácie*, v tomto prípade ako úsilie pochopiť i vlastné prežívanie vyvolané pacientom ako formu komunikácie. V snahe odmietnuť a vypudieť pocity bezmoci a hnevu ich pacient projikuje do terapeuta. Uvedomenie si pôvodu a vzťahového významu zažívaných emócií nám môže pomôcť lepšie porozumieť pacientovi, čo môže prehĺbiť

psychofarmakologickú alianciu. Napríklad, situácia pacienta s anamnézou včasného zneužívania – pacient jasne nedeklaruje svoje obavy a zášť voči doktorovej autorite (nemusí si ich byť ani vedomý). Miesto toho odmieta byť kontrolovaný tým, že by užíval lieky – tak ako sa niekedy cítil kontrolovaný zneužívajúcim rodičom. Medikáciu berie ako rozmar, niekedy veľa, niekedy málo. Po čase doktor cíti pocity bezmoci, manipulácie a hnevu.

Narastajúca medikalizácia vedie k hrozbe eliminácie *potreby psychotherapeutického vzdelávania* u psychiatrov. Tendencia vnímať psychotherapiu a medikovanie ako oddelené činnosti, so supervíziou pre psychotherapiu a inú, separovanú pre farmakoterapiu. Riešením by mohli byť napríklad i balintovské skupiny pre farmakoterapiu, vedené formou kazuistického seminára o problematickom pacientovi.

Literatúra

1. Busch NF. Psychotherapy and Medication: The Challenge of Integration (Psychoanalytic Inquiry Book Series), The Analytic Press; 2007; 192 s.

2. Gabbard GO, Beck JS, Holmes J. Oxford Textbook of Psychotherapy, Oxford University Press; 2007, 544 s.

3. Gabbard GO. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, American Psychiatric Publishing, Inc.; 2005, 652 s.

4. Mintz DL. Teaching the Prescriber's Role: The Psychology of Psychopharmacology. In Academic Psychiatry 2005; 29: 187–194.

5. Rosenfeld H. Impasse and Interpretation: Therapeutic and Anti-Therapeutic Factors in the Psychoanalytic Treatment of Psychotic, Borderline and Neurotic Patients (The New Library of Psychoanalysis); Routledge, 1987, 331 s.

6. Rosenfeld D. The Psychotic: Aspects of the Personality, Karnac Books; 1992, 336 s.

7. Sammons MT, Schmidt NB. Combined Treatments for Mental Disorders: A Guide to Psychological and Pharmacological Interventions, American Psychological Association (APA); 2001, 345 s.

8. Tasman A. Role of Psychotherapeutic Techniques in Pharmacotherapy (zdroj internet: www.worldpsychiatricassociation.org).

MUDr. Peter Bobovnik
Psychosociální centrum
Náměstí Přerovského povstání 1, 750 01 Přerov
bobovnik@mens.cz