

Identita a psychofarmaká

Dr. med. Florian Katzelberger

Pri konzíliách a na psychosomatických oddeleniach často vyvstáva otázka nevyhnutnosti podávania psychofarmák. K téme psychodynamiky medikácie ma viedla situácia, v ktorej pacienti odporujú lekárskej rade, lieky buď užívajú, alebo striktne ich odmietajú.

Čím je psychické ochorenie závažnejšie, tým skôr sa odporúča psychofarmakoterapia. Popri reálnych obavách z vedľajších účinkov však často pretrvávajú/sú prítomné odmietajúce postoje voči psychofarmakám z obáv zo straty autonómie a pocitov vnútornej závislosti. Iní pacienti zasa zneužívajú psychofarmaká, aby sa vyhlili pocitom vnútornej prázdnoty, až k manifestnej závislosti od nich.

Pacienti s poruchami osobnosti sú často extrémne citliví na vedľajšie účinky liekov (Benkert, Hippus, 2010) a len ťažko sa s nimi spolupracuje. Vo svojom živote majú zlé medziľudské skúsenosti a často sú nedôverčiví práve aj voči takým autoritám, ako sú lekári.

Pacienti so štruktúrnymi poruchami si veľakrát silne prajú ochranu liekom na vyrovnanie pocitov vlastnej neistoty alebo, naopak, majú masívny strach, že užívaním lieku stratia vlastnú identitu.

Extrémny prípad, keď pacientka nespôlpracovala, ktorý som nedávno zažil, bola jedna 81-roč. pacientka somatizujúca pri partnerských problémoch.

Prípad 1. Pani, 81-roč., ktorá roky trpí na vysoký krvný tlak a ktorý sa podľa nej nedá na lieky nastaviť. Po prijatí hovorí, že vyskúšala veľa liekov, nič nepomohlo, resp. trpí následkami vedľajších účinkov. Preto už nič neužíva. Na oddelení jej však namerali životnebezpečné hodnoty krvného tlaku 230/110. Tým, že svojvoľne vysadzuje lieky, cíti sa dobre: "celé to svinstvo ide von" (na myslí má vedľajšie účinky liekov, ktorými sa cíti vo svojej neohrozenosti obmedzovaná).

Popri senzitivite na vedľajšie účinky liekov a jej nechuti spolupracovať je pacientka aj zatrpknuto napätá. V terapii sa vie len veľmi málo otvoriť: v roku 1945 utiekla aj so svojimi rodičmi (ku ktorým mala počas celého života úzky vzťah) z Čiech. Jej manželstvo bolo pre ňu frustrujúce: manžel kvôli pracovnej zaneprázdnenosti nemal pre ňu a ich syna čas. Rozhovory s ňou úplne zablokoval. Už sa s tým zmierila, ale životom je veľmi sklamaná.

V protiprenose som mal pocit, že nemám šancu voči jej skúmavému správaniu a musím rešpektovať jej želanie po sebaurčení. Robím si starosti nielen o jej, ale aj o svoju (pracovnú) budúcnosť. Zo strachu z výčitiek zanedbania starostlivosti pre istotu privolám ďalšieho internistu.

Pacientka však bola spokojná bez liekov a po 3 týždňoch prepustená na vlastnú žiadosť. My terapeuti sme však mali pocit zlyhania.

Možno jej pomohla skúsenosť samostatne sa rozhodovať o medikácii a ohraničenie sa voči terapeutom, ktoré podporilo jej pocit autonómie do takej miery, že môže nastúpiť do ambulantnej starostlivosti.

V tomto prípade bola farmakoterapia určite indikovaná, predovšetkým lieky na vysoký tlak. Pravdepodobne aj nasadenie psychofarmák by mohlo pomôcť znížiť depresiu, úzkosť a napätie.

Pri ťažkých psychických poruchách je psychoterapia možná až po psychofarmakoterapii (Kapfhammer, 2004; Küchenhoff, 2010).

Ak niekto odmieta lieky, ešte to neznamená, že ide o psychickú poruchu. Vyžadovanie alebo odmietanie tabletiiek môže mať rôzne pozadie! Popri komplexnosti obrazu choroby, vedľajších účinkov, informovanosti o chorobe a možnostiach terapie, socioekonomických faktoroch, ako sú náklady a dostupnosť liekov, je nastavenie a sebaobraz pacienta, ako aj lekára dôležitým kritériom pre lieky alebo proti nim.

Keď sa pacient a lekár nezhodnú na celkovom modeli choroby, pacient nebude nasledovať návrhy liečby.

Spolupráca je závislá od dôvery k ošetrojúcemu lekárovi. U pacientov, ako aj u psychoterapeutov môžu pretrvávajúť želania, ako aj výhrady voči tabletkám, prípadne aj voči ich predpisovaniu. Môže dôjsť napríklad k nebezpečenstvu, že sa pacient bude cítiť ako odsunutý alebo ako beznádejný prípad.

Dôvera k lekárovi terapeutovi je nielen rozhodujúcim kritériom pri užívaní alebo neužívaní lieku, ale tiež v zmysle placebo, resp. necebo efektu – či účinkuje, alebo dokonca škodí.

Na základe pozitívne ladeného terapeutického vzťahu môžu lieky fungovať ako prenosové objekty, a takto sa stať placebom.

V prípade negatívneho prenosu sa samotné lieky bez účinnej látky stávajú necebom.

Psychodynamicky vyjadrené, na rôznych štruktúrnych úrovniach existuje množstvo možných projekcií konfliktov týkajúcich sa predpísaného lieku (Kapfhammer, 2004).

Podľa viac alebo menej konfliktných skúseností v medziľudských vzťahoch pacienta variuje aj psychický význam/dôležitosť liekov. Psychodynamické dôvody pre odmietnutie alebo prijatie lieku môžu existovať na všetkých štádiách alebo štruktúrnych úrovniach.

Napríklad na oidipálnej úrovni môže byť počas psychoterapie ponúknutý liek vnímaný prekvapivo ako votrelec alebo konkurent.

Narušená spolupráca je častejšie podmienená preoidipálne (Kuchenhoff, 2010). Tabletky, resp. jej odmietnutie tu môže slúžiť ako prechodný objekt, ako tretí preoidipálnej triangulácie (porovnaj J. Dieter, 2000).

Úlohu hrajú análne – magické fantázie o dávaní a braní v prípade, keď sa „liečiteľ“ konkretisticko-symbolicky prehltnie.

Mentzos (1992) pomenúva tri rozličné zrelé cesty k internalizácii (introjekcia ako prechodný pojem): inkorporácia, introjekcia, identifikácia. Pričom najranejším a najnezrelejším mechanizmom je inkorporácia, pred diferenciaciou self a objektu, resp. regresiou k nej.

V zmysle ranej potreby väzby vzniká u pacienta želanie istoty a ochrany prostredníctvom tabletiiek.

Toto želanie blízkosti je ale u pacientov so štruktúrnou poruchou ambivalentné, pretože zároveň pretrvávajú aj konflikt blízkosti a dištancu, strach z pohlcujúceho symbioticko-dyadického vzťahu.

Borderline štruktúra osobnosti je sprevádzaná neistým sebavnímaním, difúznou identitou. Toto zraniteľné self môže ešte viac ohroziť ponuka alebo príkaz na užívanie psychofarmák. Kapfhammer (2004) hovorí o orálnej ambivalencii. Tabletky sa môžu stať dobrou alebo zlou potravou.

Z kleiniánskeho pohľadu vládne paranoidno-schizoidná pozícia, ktorá štepí objekt, v našom prípade ošetrovateľa, resp. tabletky, ktoré ho symbolizujú, na dobrý alebo častejšie zlý objekt. Čím ťažšie narušená štruktúra, tým viac je štepenie polarizujúce a iracionálne na „dobré“ a „zlé“ tabletky.

Predpokladáme, že každý tretí alebo štvrtý pacient v analýze užíva aj psychofarmaká (Cabaniss a Roose, 2005, podľa Kuchenhoffa, 2010). Práve borderline pacienti dostávajú k psychoterapii ešte aj lieky. V jednej štúdií o efektivite „Na vzťah zameranej terapie“ (TFP) užívalo až 60 % borderline pacientov psychofarmaká (Doering a kol., 2014).

Pri terapii depresí je tiež účinné užívať antidepresíva spolu so psychoterapiou (Huhn a kol., 2014)

Nemecké smernice pre liečbu depresíí (DGPPN a kol., 2012) hovoria o tom, že pri ľahšej forme depresie sa uprednostňuje psychoterapia. Pri ťažkých depresiách sa navrhuje a uprednostňuje kombinácia antidepresív a psychoterapie pred jednotlivými terapeutickými postupmi. Napríklad psychoterapia môže zlepšiť medikamentóznú voľbu. A opačne, psychofarmaká pri ťažkých psychických poruchách pomôžu nástupu psychoterapie (Kapfhammer, 2004; Kuchenhoff, 2010).

Pri stredne ťažkých depresiách sa podľa smerníc môžu ponúknuť oboje. V psychiatricko-psychoterapeutickej praxi sa pri stredne ťažkých afektívnych ochoreniach často nasadzuje kombinácia psychoterapie s antidepresívami, aj keď táto kombinácia nie je celkom preverená. Naproti tomu pri dystýmii, ťažkej depresii a chronickej depresii sa jednoznačne odporúča kombinácia antidepresív so psychoterapiou.

Pri takejto kombinovanej liečbe je však ťažko posúdiť, ktorá stratégia a nakoľko vedie k úspechu (Schneider, 2003).

Psychoterapia by sa však mala nasadiť v každom prípade, ak je pre ňu dostatočná motivácia, ak sú známky aktuálnych alebo raných konfliktov alebo psychosociálne záťaž, resp. podozrenie na psychickú komorbiditu, akou sú úzkostné stavy a poruchy osobnosti (Kapfhammer, 2004; Zobel a kol., 2012).

Psychofarmaká zdoľajú symptómy, ale nemôžu zmeniť psychosociálne podmienky, vyriešiť vnútorné konflikty alebo vyliečiť deficity v Ja štruktúre. (Schauenburg, 2000; Dieter W., 2004).

Psychofarmaká však môžu na základe svojho chemického účinku zlepšiť aktuálne fungovanie Ja psychickou stabilizáciou (Busch und Sandberg 2008).

Vyjadrené psychodynamicky môžeme povedať, že zlepšia obranu, aby štruktúra mohla lepšie fungovať. (Kuchenhoff, 2010).

„Medikácia má slúžiť stabilizácii, podporovať Ja redukciou strachu“ (Wöller und Kruse, 2010, s. 344).

Tak vyvstáva nebezpečie, že posilnením obrany bude protichodne pôsobiť odpor na vyriešenie vnútorných konfliktov. Tabletky poslúžia k agovaniu. Čím väčšie sú deficity v Ja štruktúre, tým skôr dôjde k vnútorným konfliktom dôsledkom medikácie (Kuchenhoff, 2010).

Tu môže ísť o vyhnutie sa alebo dynamiku závislosti:

Nebezpečie zneužitia tabletiiek, hlavne benzodiazepinov a analgetík vrátane opiátov.

Borderline pacienti nezriedka konzumujú lieky, aby odbúrali neznesiteľné napätie a na projekciu svojich zlých skúseností navonok.

Narcistickí pacienti môžu užívať psychofarmaká, aby svoje vyprázdnené veľké ego znova naplnili. Purcell (2008) opisuje nevedomú funkciu tabletiiek ako narcistickú plombu, ako odpor, ochranu pred bolestivými afektmi.

K tomu jedna kazuistika:

Pán P., 48-roč., narcistický sebaneistý učiteľ, prichádza ku mne do ambulancie s diagnózou depresie a panickej poruchy. Už je kolegom neurológom nastavený na antidepresívum Mirtazapin.

Medikácia slúži na utíšenie, tlmenie, funguje ako poistka, ako prechodný objekt v zmysle narcistickej plomby pre regresívne túžby. Tlmenie Mirtazapinom (má antihistaminové vedľajšie účinky) je dôležité na tlmenie úzkosti a účinok nastupuje okamžite (v protiklade k antidepresívam, ktorých účinok začína cca až po 2 – 3 týždňoch). Užívanie liekov len podporuje fixáciu na telesnú symptomatiku/somatizáciu :

Napríklad pacient hovorí, že cíti vedľajší účinok ako pálenie v oblasti hrude, keď sa extrémne preťažá. Reagujem prekvapene, že takýto vedľajší účinok mi nie je známy. Na to mi on odpovie, že neužíval lieky, lebo si zo strachu vygoogloval ich vedľajšie účinky. A bez prechodu pokračuje, že jeho žena mala fibromyalgiu: „Neviem, čo by som robil, keby som nemal ženu a deti !...ako ma môžu mať rady, keď som taký chorý?“

Tu je zrejma spojitosť medzi jeho úzkosťou a potlačenými autonómnymi túžbami a tendenciou k úteku.

Pán P. mal počas mojej dovolenky suicidálne myšlienky, hospitalizovali ho, pridali mu druhé antidepresívum Venlafaxin. V arteterapii spracúva aj nešťastnú smrť svojej sestry dvojčičky. Po mojej dovolenke mi z nemocnice telefonicky referuje, že sa má lepšie, len nevie, či mu pomohol Venlafaxin, alebo arteterapia. (Pocit autonómie je tu oslabený liekmi.) Navrhujem mu, aby k tomu aj namaľoval obraz. Stabilizovaný je prepustený a na ďalšiu hodinu mi prináša obraz. (pozri obr.)

Ruka v ruke kráča so mnou cestou k vrcholu (resp. hrobu, ako na inom obraze z predošlej imaginácie smútku nad mŕtvou sestrou). Lieky sú ako pestré kvetiny na kraji cesty, a aj iní lekári stoja dokola“ človek nikdy nevie!“

Zdá sa, že pacient namiesto liekov akceptoval moje sprevádzanie na ceste spracovania smútku. Ale čoskoro sa zase obáva vedľajších účinkov, ktorým pripisuje svoje ochladnutie, zhoršený spánok, nervozitu, zívanie. Na druhej strane sú lieky preňho bezpečnou kotvou na redukciu úzkosti, ako ochranná aura okolo neho, ktorú sám môže riadiť. Takto mi opakovane tematizuje význam liekov. Táto otázka odráža narcistické zneistenie a túžbu po ochrane, ako aj jeho konflikt závislosti a autonómie.

Aby sme mohli na tom ďalej pracovať a zvýrazniť jeho vnímanie významu liekov, dávam mu imaginovať jeho vlastnú formuláciu ako motív: „ Predstavte si ochrannú auru okolo seba, ktorú môžete sám riadiť.“

Imaginácia:

Imaginuje ťažký čierny pršiplášť, ktorý ho obopína. Je daždivo, pozerá sa na temný les, cez ktorý musí prejsť, ale nechce. Stojí tam rozkročený, neoholený, v čižmách, veste a tmavých okuliaroch, mačetou na boku ako“High Noon“ – tak teraz idem! Z lesa sa blýskajú oči vlkov. Keď ho vyzvem, aby sa dobre pozrel, obraz sa zmenil. Vlci nie sú agresívni. „ Podávam im nejaké jedlo, 3-4 to zjedia hneď a idú so mnou. “Teraz sa cíti v lese dobre, užíva si typickú lesnú vôňu, hľadá hříbiky a pije z potoka.

Po rozhovore si spomína na tvrdého, drsného otca, ktorý pil, kričal a bil. Keď sa hádal s matkou (presný opak jeho), dôvodom boli vždy deti, napr. keď pacient priniesol domov zlé známky. Otec sa tiež často vyhrážal, že sa zastrelí.

Tomu zodpovedajú aj veľké, ako aj ambivalentné vzťahové želania v otcovskom prenose. Vo falicko-narcistickej predstave vie natankovať, ale je aj pripravený na vyrovnanie sa s vynárajúcimi sa konfliktmi. Nedochádza k odporu voči obrane bolestivých skúseností, ale práve umožnenie konfrontácie pod ochranou terapeutického vzťahu.

*Medzičasom pacient hovorí, že sa cíti uvoľnenejšie. Lieky mu umožnili **zaoberať sa sebou**, odstránili somatické ťažkosti. Teraz ich chce odstrániť.*

*Rozpoznáva, čo je vonku a **čo nie je on**, naučil sa prihliadať na **vlastné hranice**, nie iba myslieť na dobro druhých. Čím viac sa mu to bude dariť, o to bude istejší a o to viac bude cítiť autonómiu až tak, že panické ataky nebudú potrebné.*

*Takto reflektuje pacient svoje kroky k **nájdeniu svojej identity**, resp. k vytvoreniu štruktúry pomocou psychoterapie za pomoci antidepresív.*

Je dôležité, aby sme chápali funkciu psychofarmák vo vytváraní vzťahov, ich psychodynamiky pri predpisovaní liekov. (Küchenhoff, 2010)

„Popri strachu z vedľajších účinkov sú lieky vnímané ako ohrozenie vlastnej identity“ (Teusch und Gastpar, 2000).

Týka sa to hlavne psychofarmák, ktoré ovplyvňujú cítenie, myslenie a vedomie.

Pacienti so štruktúrnou poruchou majú často veľmi citlivý odmietavý postoj voči psychofarmakám zo strachu, že stratia kontrolu, alebo zneužívajú psychofarmaká, aby sa vyhli vnútornému pocitu prázdna.

*Všeobecne ide o dialektický **bipolárny model** (Mentzos, 2013; Schauenburg, 2000):*

- **Progresívny pól zameraný na seba** s cieľom: udržanie vlastnej identity – **pacient ostáva na diaľku pseudoautonómny - strach zo straty kontroly, preto odmieta lieky, ktoré by ho mohli negatívne ovplyvniť** (pozri prípad)*

versus

- **Regresívny pól zameraný na objekt** s cieľom: zjednotenie a väzba – *pacient chce tabletky, chce empatický náprotivok, v našom prípade je to pomoc liekov inkorporovať.*

Záver

Pri kombinácii psychofarmakológie a psychoterapie je potrebné reflektovať symbolický **význam liekov v terapeutickom vzťahu**. Lieky by sa mali podávať nielen kvôli ich farmakologickému významu, ale tiež s ohľadom na psychologický účinok, ako aj vedľajšie účinky. Už len pomyslenie na možnú medikáciu v psychoterapii ovplyvňuje pocity a fantázie v terapeutickom vzťahu.

To, či psychofarmaká a psychoterapia budú z „jednej ruky“ (Thiel et al., 1998; Schneider, 2003), alebo lepšie od dvoch rozličných odborníkov (Ermann, 1997), je potrebné posúdiť individuálne.

Je tu riziko, že na jednej strane „jedna ruka nevie, čo robí druhá“ (Küchenhoff, 2010), na druhej strane je nebezpečenstvo agovania liekmi a nepriehľadnosti prenosového diania.

Čítanie pacientových prenosov a vlastného protiprenosu je aj tu cenným diagnostickým a terapeutickým pracovným prostriedkom. Tak môže zhoda (Compliance) napr. poukázať na úroveň štruktúry, alebo dôkladná práca s protiprenosom okrem iného viesť aj k očakávanej želanej spolupráci.

Zvlášť pri interdisciplinárnej spolupráci je potrebná pre kombináciu psychofarmák a psychoterapie vzájomná informovanosť a zhoda v postupe terapie a metód.

Rovnako ako pri každej zmene settingu musíme v rámci psychodynamickej liečby reflektovať zmenu terapeutického vzťahu v dôsledku nasadenia farmakoterapie.

Literatúra

Benkert O., Hippus H. (2010): Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. 8. Auflage, Springer, Berlin

Busch F, Sandberg L (2012): Combined Treatment of Depression. Psychiatr Clin N Am 35: 165-179

Cabaniss D, Roose S (2005): Psychoanalysis and psychopharmacology. New research, new paradigms. Clin Neurosci Res 4: 399-403

DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression (2012) S3 Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression-Kurzfassung, 1. Auflage 2009. Version 1.3 Januar 2012

Dieter J (2000) Symbolbildung und ihre Bedeutung für die Psychotherapie. Imagination: 5-28

Dieter W (2004): Störungsspezifische KIP-Therapie der Depression. Imagination: 5-50

Doering S, Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C, Buchheim A, Martius P, Buchheim P (2010): Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: Randomised controlled trial. Brit J Psych, 196:389–395.

Ermann M (1997): Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin. 2.Aufl.

Kohlhammer, Stuttgart

Huhn M, Tardy M, Spineli LM, Kissling W, Förstl H, Pitschel-Walz G, Leucht C, Samara M, Dold M, Davis JM, Leucht S (2014): Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: a systematic overview of meta-analyses. JAMA Psychiatry:706-15

Kapfhammer HP (2004): Psychotherapie und Pharmakotherapie – ein synergistisches Unternehmen dargestellt am Beispiel der Behandlung depressiver Störungen. Imagination 1: 7-26

Küchenhoff J (2010): Zum Verhältnis von Psychopharmakologie und Psychoanalyse – am Beispiel der Depressionsbehandlung. Psyche - Z Psychoanal 64: 890-916

Mentzos S (1992): Neurotische Konfliktverarbeitung. 6. Aufl., Fischer

Mentzos S (2013): Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen. 5. Aufl. Vandenhoeck und Rupprecht, Göttingen

Schauenburg H (2000): Psychodynamische Therapie. In: N. Hoffmann, H. Schauenburg (Hrsg.): Psychotherapie der Depression: 44-62. Thieme, Stuttgart

Schneider, W. (2003): Editorial: Psychopharmaka und Psychotherapie. Psychodynam Psychother: 3-6

Teusch L, Gastpar M (2000): Psychotherapie und Psychopharmaka. In: W Senf und M Broda (Hrsg.): Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch. 2. Aufl., Thieme, Stuttgart

Thiel A, Freyberger H, Schneider W, Schüssler G (1998): Psychotherapie versus Pharmakotherapie? Der Fall Osheroff versus Chestnut Lodge und Ergebnisse der ICD-10 Forschungskriterienstudie zur Beurteilung depressiver Störungen. Psychotherapeut 43: 39-45

Wöller W, Kruse J (2010): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: Basisbuch und Praxisleitfaden. 3. Aufl. Schattauer, Stuttgart

Zobel I, Kech S, van Kalker D, Dykieriek P, Berger M, Schneibel R, Schramm E (2011): Long-term effect of combined interpersonal psychotherapy and pharmacotherapy in a randomized trial of depressed patients. Acta Psychiatr Scand 123: 276-282

Zhrnutie

Lieky sa môžu byť často vnímať ako ohrozenie identity. Práve pacienti so štruktúrnymi poruchami a difúznou identitou majú často buď senzitivne odmietavý postoj voči psychofarmakám (väčšinou antidepresív), alebo zneužívajú lieky (benzodiazepíny, opiáty), aby sa vyhli vnútornému pocitu prázdna.

Ak sa na vizite psychosomatického oddelenia otvorí otázka možnosti medikácie popri psychoterapii, odráža to určitý prenosový fenomén a celá scéna má diagnostickú výpovednú hodnotu.

Príspevok má podnietiť reflexiu významu nasadenia psychofarmák v psychoterapii.

Kľúčové slová: kombinovaná terapia – antidepresíva a psychoterapia – identita – porucha osobnosti.

Autor

Dr. med. univ. Florian Katzlberger

Psychiater a neurológ, odborný lekár pre psychosomatickú medicínu a psychoterapiu,
psychoterapeut, cvičný terapeut pre KIP v ÖGATAP
Súkromná prax, tel. ++43 680 317 0214, f.katzlberger@web.de
Prednosta psychosomatického odd. Schön-Klinik Berchtesgadener Land,
Deutschland, ++49 8652 930,
FKatzlberger@Schoen-Kliniken.de