

Psychodynamiczna psychofarmakologia w praktyce – możliwości interpretacji działań niepożądanych farmakoterapii. Opis przypadku

Psychodynamic psychopharmacology in clinical practice – interpretations of adverse events of pharmacotherapy. Case report

Sławomir Murawiec

III Klinika Psychiatryczna IPiN w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. M. Jarema

Summary

Introduction. Psychodynamic psychopharmacology offers possibility of implementation of psychodynamic thinking and interpretations in the process of pharmacotherapy of mental disorders. It can be helpful in improving results of treatment and solving difficulties in its course.

Method. The case report of a female patient after psychotic episode is presented. During the treatment with quetiapine the patient presented complains about adverse effects like weight gain and somnolence. These symptoms (at least partially) resulted from her emotional problems and changed after psychodynamic interpretation. After stopping the medication the patient's reactions to stress and process of separation from her mother changed dramatically. It was probably due to the discontinuation of medication.

Results. In some cases adverse events of medication have not only biological but also emotional roots. If properly recognized they can be interpreted and changed by psychological tools.

Conclusions. Psychodynamic psychopharmacology can be useful in deeper understanding and solving problems in the process of pharmacotherapy of mental disorders.

Słowa kluczowe: farmakoterapia, psychoanaliza, leki przeciwpsychotyczne, działania niepożądane, interpretacja

Key words: pharmacotherapy, psychoanalysis, antipsychotics, adverse events, interpretation

Psychodynamiczna psychofarmakologia daje możliwość bardziej efektywnego i świadomego całości sytuacji terapeutycznej stosowania farmakoterapii w leczeniu zaburzeń psychicznych. Jest to taki sposób myślenia o farmakoterapii chorób psychicznych, który stara się uwzględnić równocześnie wiedzę farmakologiczną i psychodynamiczną w praktycznym podejściu klinicznym i podejmowaniu decyzji co do postępowania w procesie leczenia. Ma ona znaczenie szczególne w przypadku

pacjentów lekoopornych, wykazujących atypowe reakcje po przyjęciu leków i nie współpracujących w leczeniu [1, 2, 3].

Opublikowano dotychczas wiele prac poświęconych psychodynamicznemu rozumieniu farmakoterapii w odniesieniu do leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi. Prace takie ukazywały się od czasu zainicjowania w latach 50. XX wieku współczesnej psychofarmakoterapii, a obecnie wydają się przeżywać renesans zainteresowania wśród autorów o orientacji psychodynamicznej i psychoanalitycznej, zapewne w związku z coraz powszechniejszym stosowaniem farmakoterapii u pacjentów uczestniczących w psychoterapii (osób z objawami depresji, lęku, zaburzeniami adaptacyjnymi itp.), postępami neurobiologii i koniecznością dostosowania własnej wiedzy i praktyki do współczesnych standardów.

Pionierskie publikacje poświęcone interpretacji psychodynamicznej działania leków stosowanych w psychiatrii powstawały zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych [4] i Kanadzie [5, 6, 7, 8, 9]. Analizowały one efekt działania leków z punktu widzenia psychoanalitycznego. Prace dotyczące tych tematów były następnie kontynuowane przez autorów takich, jak Gutheil [10], Roose i Johannet [11], Nevins [12], Kapsambelis [13], Gottlieb [14], Resnik [15], Gabbard i Kay [16] oraz Gabbard [17,18], ale w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych ubiegłego stulecia były one podejmowane sporadycznie. Wyrazem ożywienia zainteresowania relacją pomiędzy wiedzą psychoanalityczną a farmakoterapią są monograficzne wydania czasopism poświęcone temu zagadnieniu. Przykłady to numer „Revue Française de Psychanalyse” poświęcony farmakoterapii w psychiatrii (*Les psychotropes sur le divan*) [19], publikacje w „American Journal of Psychotherapy” [20, 21, 22], wydany w roku 2006 trzeci numer „Journal of the American Psychoanalytic Association” [23], opublikowana w 2007 roku w „Journal of American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry” seria prac pochodzących z Austen Riggs Center (zawierająca między innymi pracę D. Mintza i B. Belnap dotyczącą psychodynamicznej psychofarmakoterapii) [1, 2, 24, 25], czy prace publikowane w „Bulletin of Menninger Clinic” [26, 27, 28]. Nadal ukazują się prace Ostowa [29], który publikował już w latach 60. artykuły na powyższy temat. W sumie ukazało się co najmniej kilkadziesiąt obszernych publikacji, których szczegółowe omówienie przekracza możliwości i cele tej pracy.

Prezentowany tu opis przypadku ilustruje próbę zastosowania psychodynamicznej psychofarmakoterapii w praktyce klinicznej.

Opis przypadku

Pacjentka, lat 25, była hospitalizowana na oddziale psychiatrycznym z rozpoznaniem ostrych wielopostaciowych zaburzeń psychotycznych. Jak wynika z karty informacyjnej, w obrazie klinicznym dominowała dezorganizacja funkcji psychicznych, nasilona labilność afektu. Pacjentka w okresie poprzedzającym hospitalizację płakała, nie mogła efektywnie funkcjonować, wypowiadała pojedyncze niepowiązane wzajemnie słowa i zdania, nie chodziła do pracy, na przemian albo leżała w łóżku, albo chodziła niespokojnie po mieszkaniu rodziców, z którymi mieszkała. Ostatecznie, z powodu nasilonej dezorganizacji zachowania i wypowiedzi, trudności w nawiązaniu

z nią rzeczowego kontaktu i stanów pobudzenia została hospitalizowana. Zaordynowano kwetiapinę, a po pewnym czasie także citalopram z powodu obniżenia nastroju, jakie pojawiło się po kilkunastu dniach leczenia. Wypisana została w stanie znacznej poprawy. Zalecono kontynuację farmakoterapii i podjęcie psychoterapii. Pacjentka zgłosiła się do ambulatorium, gdzie była leczona stosowanymi dotychczas lekami.

W trakcie wizyt ujawniła, że pobyt w szpitalu poprzedzony był zerwaniem kilkuletniego związku z partnerem. Był to szczególny związek emocjonalny, w którym pacjentka była bardzo podporządkowana partnerowi i psychicznie tworzyła z nim fuzję. Była dostępna na każde żądanie, starała się spełniać oczekiwania partnera, przeżywała to, co on, myśleć tak jak on, była nieustannie emocjonalnie zajęta przeżywaniem związku z nim, myśleniem o nim. Jak ujawniła w trakcie wywiadu, podobnego rodzaju ścisły emocjonalny (symbiotyczny) związek tworzyła ze swoją matką.

Sytuacja I

Podczas wizyty pacjentka zgłosiła wzrost masy ciała, który wiązała z przyjmowaniem kwetiapiny. Oświadczyła: „Strasznie tyję po Ketrelu, utylam już 6 kg, w dzień tylko myślę o jedzeniu, w nocy wstaję, aby jeść. Cały czas mam jedzenie w głowie, tylko bym jadła”. Przyrost masy ciała jest jednym z częściej występujących działań niepożądanych leków przeciwpsychotycznych II generacji, może on być także związany z leczeniem kwetiapiną [30]. W związku z tym takie skargi pacjentki mogły zostać potraktowane rutynowo, jako wynikające z działania ubocznego przyjmowanego leku. Jednakże po dłuższej rozmowie i analizie wypowiedzi pacjentki zaproponowano jej rozważenie dwóch możliwości: przyrostu masy ciała jako wyniku działania leku oraz interpretacji, że wzrost ląknienia i masy wynikają z innych przyczyn, a zwłaszcza z jej uczucia pustki emocjonalnej.

Pacjentka odpowiedziała, że istotnie, kiedy tworzyła związek z byłym partnerem, niewiele jadła, nie odczuwała takiej potrzeby, natomiast czuła „że ma pełny brzuch i gule w gardle”. Następnie dodała: „Zawsze, jak jestem sama, to zaczynam jeść, a odkąd rozstałam się z chłopakiem i wyprowadziłam od matki, czuję ciągle to ssanie i pustkę w brzuchu. Jak ktoś jest ze mną, to jedzenie mogłoby nie istnieć. Wtedy nie czuję głodu, pustki, wtedy jest ekscytacja, pobudzenie i nie muszę jeść. Jak jestem sama, to brakuje mi tego i jem”.

Przyjmowanie pokarmu i relacja z partnerem miały także podobną cechę, którą opisała następująco: „Jedzenie i relacje z chłopakiem są takie, że potem czuję się źle, że potem czuję do siebie niechęć. Jak wychodziłam od chłopaka, to czułam się zabrudzona, czułam niechęć do siebie. Jak się najem, to też czuje niechęć do siebie, niechęć, że tak wyglądam, że się nażarłam”.

Pacjentka zaczęła mówić, że subiektywnie czuje jakby jej czegoś ważnego brakowało w środku, jak określiła: „takiej części filtrującej; jestem wypełniona syfem, brudami. Jak byłam z matką w domu, to codziennie od rana żeśmy gadały i ona to przegadywała. Kiedy się wyprowadziłam, nie ma z kim gadać, to czuję ten brud w sobie”.

Na kolejną wizytę, zaplanowaną po tygodniu, pacjentka przyszła przed czasem i poinformowała, że będzie musiała wcześniej wyjść. Po poprzedniej rozmowie przestała

przyjmować tak duże ilości pokarmów, przestała objadać się w dzień i wstawać w nocy, aby jeść. Zaczęła dbać o siebie, a także zapisała się na ćwiczenia fizyczne. Jej zajęcia miały wyraźnie charakter hiperaktywności, a emocjonalnie – przeżywała znacznie więcej uczucia złości do osób z otoczenia. Wiązała różne aspekty zmian w swoim samopoczuciu, mówiąc: „Nie zapycham się już tak jedzeniem, więc może jestem taka zła”.

Także jej relacja z matką uległa znacznej zmianie w tym okresie. Pacjentka zamieszkała samodzielnie. Matka, która zaraz po wyprowadzeniu się córki telefonowała do niej kilkanaście razy dziennie i której pacjentka zdawała relację z każdej swojej czynności i opisywała każdą osobę, z którą się spotkała, przestała tak często telefonować. Pacjentka powróciła do pracy, którą wykonywała z wielkim zaangażowaniem, starając się spędzać w niej jak najwięcej czasu. Poprawiły się jej relacje ze współpracownikami, zwłaszcza z mężczyznami, ponieważ jak relacjonowała: „Jest inaczej, bo przedtem byłam zapłakana, nie odzywałam się do nikogo, nie miałam kontaktów, a teraz, jak się odzywam, można ze mną normalnie porozmawiać, to oni są zachwyceni i dbają o mnie, mimo tej mojej złości”.

W okresie świątecznym pacjentka ponownie zamieszkała w domu rodziców. Po świętach zgłosiła się na wizytę i oświadczyła, że co prawda nie było wzmożonego apetytu w okresie świąt, ale dodała: „Strasznie spałam po tym leku”. Skargi na senność nie występowały w poprzednim okresie leczenia. W toku rozmowy pacjentka sama była w stanie dojść do wniosków, że wykorzystywała pretekst, jakim jest przyjmowanie leków psychotropowych, dla ograniczenia kontaktów z rodziną w trakcie świąt. Ponieważ w tym czasie podejmowała kroki separacyjne wobec rodziny, to okres świąteczny, w którym zamieszkała ponownie z rodzicami, wiązał się dla niej z pewnymi trudnościami emocjonalnymi. Pojawiła się więc „senność”, którą subiektywnie odczuwała. Ta senność pozwalała jej uczestniczyć wyłącznie w uroczystościach świątecznych, a większość czasu spędzać samotnie w swoim pokoju.

Sytuacja II

Pacjentka podjęła samowolnie decyzję o odstawieniu kwetiapiny i zgłosiła się na wizytę po kilku tygodniach. Relacjonowała, że ponownie zamieszkała z matką, ponieważ po odstawieniu leków zmieniło się gwałtownie jej samopoczucie. Zaczęła odczuwać nasilony lęk, obawy przed otaczającym światem. O ile poprzednio była w stanie mieszkać samodzielnie, separować się od rodziców, ograniczać z nimi kontakt, o tyle obecnie całkowicie zmieniła swoje zachowanie. Zamieszkała z matką, z którą spędzała większość czasu poza pracą. Będąc w domu, praktycznie cały czas przebywała w towarzystwie matki i tylko wtedy czuła się bezpiecznie. Miała poczucie, że coś złego może jej się stać, więc domagała się od matki stałego zapewniania, że wszystko jest i będzie dobrze. Przed każdym wyjściem z domu spędzała kilkanaście – kilkadziesiąt minut na żądaniu od matki ponawiania potwierdzeń, że nic jej się nie stanie, że wszystko będzie dobrze. Wieczorami matka usypiała ją, a niekiedy spała z nią. Pacjentka odnotowała, że zmiana jej samopoczucia jest związana z odstawieniem kwetiapiny, w związku z tym zaczęła uważać, że uspokajające ją działanie obecności matki jest ekwiwalentem działania kwetiapiny. Zaczęła więc nazywać matkę, z pozoru żartując,

nazwą leku. W czasie wizyty zacytowała przykładową wymianę zdań pomiędzy sobą a matką (pacjentka używała nazwy handlowej leku, którą w poniższym cytowaniu zastąpiono nazwą międzynarodową) – pacjentka do matki: „Kwetiapina, choć tutaj”; matka do pacjentki: „Kwetiapina nie przyjdzie, bo gotuje w kuchni”.

Po odstawieniu kwetiapiny pacjentka miała trudności z zasypianiem. Zmienił się także wzorzec jej problemów dotyczących nadmiernego łaknienia. Obecnie zaczęła mieć napady przypominające bulimiczne – spożywała duże ilości pokarmu w bardzo krótkim czasie, na przykład po przyjeździe z pracy do domu, jednak nie wymiotowała.

Dyskusja

Leki stosowane w psychofarmakoterapii potrafią zmienić subiektywne samopoczucie, nastrój, sposób przeżywania i interpretowania rzeczywistości, myślenie o sobie i otoczeniu, fantazje i wyobrażenia, mogą mieć wpływ na strukturę psychiczną, na cele i aspiracje przyjmującej je osoby, możliwości ich realizacji, na podejmowanie zadań życiowych i procesów rozwojowych. Ostow, zajmujący się tematyką farmakoterapii od strony analitycznej od przeszło 40 lat, zauważa, że np. leki oddziałujące na nastrój wpływają na całość przeżywania, na to, jak zdarzenia życiowe są interpretowane, jak osoba spozstrzega samą siebie, jakie ma fantazje, i poprzez te działania – stają się regulatorem zachowania [29]. W omawianym przypadku możemy dostrzec ważne wyznaczniki działania leku w wymiarze struktury psychicznej pacjentki i dokonywania przez nią zmian rozwojowych (separacyjnych). W okresie przyjmowania leku jej struktura psychiczna uległa wyraźnemu wzmocnieniu. Zaczęła ona być bardziej samodzielna i niezależna, podjęła kroki w kierunku wzmocnienia niezależnego od rodziców, zwłaszcza od matki, funkcjonowania.

Celem tej pracy jest zwrócenie uwagi na fakt, że skargi, relacje pacjentki dotyczące działania leków (zwłaszcza działań niepożądanych) mogą być interpretowane w różnorodny (choć wzajemnie nie wykluczający się) sposób. Zmiany behawioralne, które mogłyby być widziane wyłącznie w kontekście biologicznym, jako działania niepożądane leków (przyrost masy ciała, sennność), podlegają interpretacji psychologicznej i zmieniają się pod jej wpływem. Inne zmiany, które mogłyby być widziane jako czysto psychologiczne, takie jak dynamika procesu separacji-indywiduacji i dynamicznie zmieniające się losy relacji z matką, zależą być może od biologicznych zmian wywołanych zmianami funkcjonowania mózgu w związku z farmakoterapią.

W omawianym przypadku widoczna jest także wzajemna zastępowalność: leki – relacja – leki. Po odstawieniu kwetiapiny pacjentka zwraca się emocjonalnie ku matce. Wyraźnie to zresztą odczuwa i nazywa, kiedy używa nazwy leku jako żartobliwego imienia dla matki. W pierwszej opisanej wyżej sytuacji możemy dostrzec, że „obiektywne” działanie niepożądane może mieć wyraźny subiektywny wymiar i podlegać interpretacji psychodynamicznej. Przyrost masy ciała jest częstym działaniem niepożądanym leków przeciwpsychotycznych II generacji, w tym także kwetiapiny [30]. Jednak w omawianej sytuacji przyrost masy ciała u pacjentki wynikał prawdopodobnie z dwóch źródeł równocześnie i dawał się modyfikować częściowo za pomocą interpretacji werbalnej. Część tego działania wynikała z emocjonalnej sytuacji pacjentki

(poczucia samotności, pustki wewnętrznej, głodu emocjonalnego) i interpretacja tej sytuacji zmieniała nasilenie tego zachowania. Po interpretacji nadmierne łaknienie i przyrost masy ciała zostały na pewien czas zahamowane (pomimo przyjmowania tego samego leku w tej samej dawce), pacjentka uruchomiła natomiast psychologiczne i behawioralne mechanizmy, w tym zachowania związane z nadaktywnością (obrony maniakalne) i silniejsze odczuwanie negatywnych emocji.

W drugiej z powyższych sytuacji możemy rozważyć i inną interpretację, mianowicie powiązanie zachowań psychologicznych z czynnikami biologicznymi. Od samego początku stosowania leków neuroleptycznych, początkowo w chirurgii, miały one wywoływać i wywoływały przede wszystkim efekt zubożenia na bodźce [31]. Pierwsze opisywane działania neuroleptyków, poczynając od przełomowych spostrzeżeń Laborita, to izolacja sensoryczna (*effet d'isolement sensoriel*). Laborit, który używał prometazyny i chlorpromazyny w swoich mieszkankach litycznych, donosił, że pacjenci osiągają stan półprzytomności, a nawet lobotomii („may produce a veritable medicinal lobotomy”) [za: 31]. Co istotne, współczesne badania neurobiologiczne, choć ujmują to zagadnienie inaczej niż w czasach Laborita, Delaya i Denikera, to jednak zwracają uwagę na analogiczne do opisanych wyżej działania leków przeciwpsychotycznych. Według najnowszych hipotez dopaminergiczny układ mezolimbiczny jest wprężony w fizjologiczną aktywność mózgu i pośredniczy w wykrywaniu nowych i znaczących bodźców w otoczeniu. W stanie psychozy nadaktywność tego układu wiąże się z nadmiernym nadawaniem znaczeń bodźcom zewnętrznym i reprezentacjom wewnętrznym. Leczenie przeciwpsychotyczne natomiast (neuroleptykami i lekami II generacji) jest powiązane z efektem blokowania procesu nadmiernego nadawania znaczeń, poprzez działanie antydopaminergiczne we wspomnianych szlakach neuronalnych [32].

Jeśli wziąć za podstawę rozumowania przytoczone wyżej fakty, można przypuszczać, że po zaprzestaniu przyjmowania kwetiapiny pacjentka subiektywnie, mówiąc językiem popularnym, silniej odczuwała otaczającą ją rzeczywistość. Być może przez pewien czas trwał też proces uwrażliwienia. Odstawienie leku nie tylko sprawiło, że mogła nadawać znaczenia i spostrzegać nowe bodźce w sposób „prawidłowy”, zrównoważony, ale prawdopodobne jest, że nadawanie znaczeń „z odbicia” było zwiększone. Pacjentka subiektywnie zaczęła silniej odbierać bodźce z otoczenia, co powiązane zostało z uczuciem zagrożenia. To sprawiło, że potrzebowała nowego źródła bezpieczeństwa. Takim źródłem była dla niej matka, więc ponownie z nią zamieszkała i potrzebowała stałej jej obecności. W tym okresie to osoba matki była przez nią wykorzystywana do stworzenia „ochrony przeciwbodźcowej”. W takim ujęciu procesy psychologiczne i rozwojowe pacjentki, istniejące po zaprzestaniu leczenia, były w znacznym stopniu uwarunkowane przerwaniem przyjmowania leku.

Zaprezentowane powyżej sposoby interpretacji zmian samopoczucia i zachowania pacjentki w trakcie leczenia wiązały się z decyzjami terapeutycznymi. W pierwszej z opisanych sytuacji podtrzymano zalecenie leczenia kwetiapiną – alternatywna decyzja, zmiana leczenia na inny lek mogłaby wynikać z przypisania przyrostu masy ciała i senności leczeniu kwetiapiną. Jest kwestią otwartą do dyskusji, czy była to decyzja słuszna. Ostatecznie pacjentka lek odstawiła, chociaż po jego odstawieniu nadal skarżyła się na zaburzenia łaknienia i okresową sennność (trudność jej polegała

w tym okresie na tym, że nie mogła ich już wiązać z działaniem leku). W drugiej sytuacji omówiono z pacjentką szczegółowo zachodzące procesy psychologiczne i ich powiązanie z przerwaniem farmakoterapii. Kategorycznie nie wyrażała ona w tym czasie zgody na dalszą farmakoterapię.

Podsumowanie

Psychofarmakoterapia ma wiele wymiarów, zarówno biologicznych, jak i psychologicznych, społecznych, kulturowych oraz ekonomicznych. W wielu przypadkach uwzględnienie czynników psychodynamicznych może przyczynić się do bardziej efektywnego stosowania leków w leczeniu zaburzeń psychicznych. Tego rodzaju psychodynamiczna psychofarmakoterapia może stanowić pomoc w wyborze optymalnych strategii postępowania w różnych sytuacjach klinicznych. Może więc pozwolić na adekwatną interpretację procesów trwających w trakcie leczenia i wybór interwencji psychoterapeutycznych lub farmakologicznych w zależności od potrzeb pacjenta.

Психодинамическая психофармакология в практике возможности интерпретации побочных симптомов фармакотерапии. Описание наблюдения

Содержание

Введение. Психодинамическая психофармакология предлагает возможности применения психодинамического поведения и интерпретации во время фармакотерапии психических нарушений. Это может быть использовано в эффективности лечения и разрешения трудности в его проведении.

Метод. Представлена клиническая картина пациентки после перенесенного психотического эпизода, у которой во время лечения кветиапином появились побочные симптомы (увеличение массы тела, сонливость). Эти побочные симптомы, хотя типичные для кветиапина, истекли также из эмоциональных проблем пациентки и модифицировались под влиянием психодинамической интерпретации. После отставления введения препарата изменилось поведение больной и способы преодоления трудностей со стрессом и с сепарацией от матери, что может истекать из отсутствия биологического действия лекарства.

Результаты. В некоторых случаях побочные симптомы фармакотерапии не истекают только из биологического действия лекарства, но обусловлены многократно, в том числе психодинамически и могут быть модифицированы путем психологической интерпретации и интервенции.

Выводы. Психодинамическая психофармакотерапия может быть использована для углубленного понимания жалоб больных и явлений, появляющихся во время лечения психических нарушений.

Psychodynamische Psychopharmakologie in der Praxis – Möglichkeiten der Interpretation der unerwünschten Wirkungen der Pharmakotherapie – Fallbeschreibung

Zusammenfassung

Einleitung. Psychodynamische Psychopharmakologie bietet die Möglichkeit der Anwendung des psychodynamischen Denkens und Interpretation im Verlauf der Pharmakotherapie der psychischen Störungen. Es kann behilflich bei der Steigerung der Behandlungswirksamkeit und Lösung der Probleme während der Behandlung sein.

Methode. Es wurde die Patientin nach der psychotischen Episode beschrieben, die während der Behandlung mit Quetiapin unerwünschte Wirkungen meldete (Körpergewichtszunahme,

Schläfrigkeit). Diese unerwünschten Wirkungen, obwohl typisch für Quetiapin, hatten ihr Ursprung in den emotionellen Problemen der Patientin und wurden unter dem Einfluss von psychodynamischer Interpretation modifiziert. Nach dem Entzug von Quetiapin veränderte sich das Verhalten und die Weise der Selbsthilfe der Patientin im Stress und Trennung von der Mutter, was aus dem Mangel an biologische Wirkung des Medikaments hervorgehen konnte.

Ergebnisse. In manchen Fällen gehen die unerwünschten Wirkungen der Pharmakotherapie nicht nur aus dem biologischen Effekt des Medikaments hervor, sie sind different bedingt, auch psychodynamisch und sie können auf dem Wege des psychologischen Eingriffs modifiziert werden.

Schlussfolgerungen. Die psychodynamische Psychopharmakotherapie kann ein brauchbares Werkzeug zum Verstehen der Klage des Patienten und der während der Behandlung der psychischen Störungen auftretenden Erscheinungen sein.

La psychopharmacologie psycho dynamique dans la pratique clinique – l'interprétation des effets défavorables de la pharmacothérapie – la description d'un cas

Résumé

Introduction. La psychopharmacologie psycho dynamique offre les possibilités de l'application de la pensée et de l'interprétation psycho dynamique pendant la pharmacothérapie des troubles psychiques. Tout cela peut aider à influencer sur l'efficacité de la thérapie et à résoudre ses difficultés.

Méthode. On décrit le cas d'une patiente après l'épisode psychotique qui durant la thérapie de la quetiapine se plaint des effets défavorables tels que l'accroît du poids de corps et la somnolence. Ces effets défavorables bien que typiques pour la quetiapine résultent encore des problèmes émotionnes de la patiente et ils changent après leur interprétation psycho dynamique. Après la fin de la thérapie de la quetiapine les réactions de la patiente changent, il en est de même avec ses méthodes de se débrouiller du stress et avec la séparation avec sa mère – tout cela peut résulter de l'effet biologique du médicament.

Résultats. Parfois les effets défavorables de la pharmacothérapie ne résultent pas de son effet biologique mais ils sont conditionnés par les émotions et ils peuvent être modifiés par l'intervention psychologique.

Conclusions. La pharmacothérapie psycho dynamique peut être un outil utile pour la compréhension meilleure des plaintes des patients et des difficultés qui apparaissent au cours de la thérapie.

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. Psychiatry 2006; 34: 581–600.
2. 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. Psychiatry 2006; 34: 579–580.
3. Murawiec S. *Koncepcja psychodynamicznej psychofarmakologii D. Mintza i B. Belnap – omówienie w odniesieniu do pacjentów ujawniających oporność na leczenie.* Psychiatr. Pol. 2008; 42: 323–333.
4. Ostow M. *Drugs in psychoanalysis and psychotherapy.* New York: Basic Books; 1962.
5. Sarwer-Foner GJ, Koranyi EK. *Transference effects, the attitude of treating physician, and countertransference in the use of the neuroleptic drugs in psychiatry.* W: Sarwer-Foner GJ, red. *The dynamics of psychiatric drugs therapy.* Springfield: Charles C. Thomas Publisher; 1960: 402–417.
6. Sarwer-Foner GJ. *On the mechanisms of action of neuroleptic drugs: a theoretical psychodynamic exploration. The Hassan Azima Memorial Lecture.* W: Wortis J, red. *Recent advances in*

- biological psychiatry, vol. VI. The proceedings of the eighteenth annual convention and scientific program of the Society of Biological Psychiatry*, Atlantic City, N.J., 7–9. 06. 1963. New York: Plenum Press; 1963.
7. Sarwer-Foner GJ, Ogle W. *Psychosis and enhanced anxiety produced by reserpine and chlorpromazine*. *Can. Med. Assoc. J.* 1956; 74: 526–532.
 8. Sarwer-Foner GJ. *The relationship between psychotherapy and pharmacotherapy: An introduction*. *Am. J. Psychother.* 1993; 47: 387–391.
 9. Azima H, Sarwer-Foner GJ. *Psychoanalytic formulations of the effects of drugs in pharmacotherapy*. *Rev. Canad. Biol.* 1961; 20: 603–615.
 10. Gutheil TG. *The psychology of psychopharmacology*. *Bull. Menn. Clin.* 1982; 46: 321–330.
 11. Roose SP, Johannet CM. *Medication and psychoanalysis. Treatments in conflict*. *Psychoanal. Inq.* 1998; 18: 606–620.
 12. Nevins DB. *Psychoanalytic perspectives on the use of medications for mental illness*. *Bull. Menn. Clin.* 1990; 54: 323–339.
 13. Kapsambelis V. *Formulations psychanalytiques des effets neuroleptiques*. *Rev. Française Psychanal.* 2002; 66: 447–464.
 14. Gottlieb R. *A psychoanalytic hypothesis concerning the therapeutic action of SSRI medications*. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 2002; 50: 969–971.
 15. Resnik S. *Psychological and pharmacological medication in psychoanalysis, with particular reference to psychosis*. *Arch. Psychiatry Psychother.* 2004; 6: 49–60.
 16. Gabbard GO, Kay J. *The fate of integrated treatment: whatever happened to biopsychosocial psychiatrist?* *Am. J. Psychiatry* 2001; 158: 1956–1964.
 17. 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.
 18. Gabbard GO. *Combined psychotherapy and pharmacotherapy*. W: Kaplan & Sadock's *Comprehensive textbook of psychiatry. Seventh edition*. Lippincott Williams and Wilkins; 2000, s. 2225–2234.
 19. *Les psychotropes sur le divan*. *Rev. Franç. Psychanal.* 2002; 66.
 20. Hamilton NG, Sacks LH, Hamilton CA. *Object relation theory and pharmacopsychotherapy of anxiety disorders*. *Am. J. Psychother.* 1994; 48: 380–388.
 21. Mintz D. *Meaning and medication in the care of treatment-resistant patients*. *Am. J. Psychother.* 2002; 56: 322–337.
 22. Wilson SN. *The meaning of medicating. Pills and play*. *Am. J. Psychother.* 2005; 59: 19–29.
 23. *Medication and psychoanalysis*. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 2006; 54 (3).
 24. Plakun EM. *A view from Riggs. Treatment resistance and patient authority – I. A psychodynamic perspective on treatment resistance*. *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry* 2006; 34: 349–366.
 25. Elmendorf D, Parish M. *A view from Riggs. Treatment resistance and patient authority –V. Silencing the messenger: the social dynamics of treatment resistance*. *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry* 2006; 34: 375–392.
 26. Swoislin MH. *Psychoanalysis and medication: is real integration possible?* *Bull. Menn. Clin.* 2001; 65: 143–159.
 27. Swoislin MH. *Further thoughts on dualism, science and the use of medication in psychoanalysis*. *Bull. Menn. Clin.* 2001; 65: 171–178.
 28. Cabaniss DL. *Beyond dualism: psychoanalysis and medication in the 21st century*. *Bull. Menn. Clin.* 2001; 65: 160–170.

29. Ostow M. *Psychopharmacology and psychoanalysis*. Isr. Psychiatry Relat. Sc. 2004; 41: 17–22.
30. Stahl SM. *Podstawy psychofarmakologii. Leki przeciwpsychotyczne i normotymiczne*. Gdańsk: Via Medica; 2007.
31. Cunningham-Owens DG. *A guide to the extrapyramidal side-effects of antipsychotic drugs*. Cambridge University Press; 1999.
32. Kapur S. *Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia*. Am. J. Psychiatry 2003; 160 (1): 13–23.

Adres: III Klinika Psychiatryczna
Instytut Psychiatrii i Neurologii
02-957 Warszawa, al. Sobieskiego 9

Otrzymano: 24.07.2008
Zrecenzowano: 23.11.2008
Otrzymano po poprawie: 5.01.2009
Przyjęto do druku: 6.01.2009