

Władysław Sterna¹, Sławomir Murawiec²

WSPÓŁPRACA PSYCHIATRY I PSYCHOTERAPEUTY — ZAGADNIENIA PRAKTYCZNE

COOPERATION OF A PSYCHIATRIST AND A PSYCHOTHERAPIST — PRACTICAL ISSUES

¹Katedra Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersytet Zielonogórski

²Specjalistyczna Praktyka Lekarska

**psychotherapy
cooperation in treatment
split treatment**

Streszczenie

Łączenie psychoterapii i farmakoterapii dotyczy przynajmniej 1/3 osób korzystających z pomocy psychiatrów i psychoterapeutów. Pomaganie pacjentowi jest skuteczne wtedy, gdy uda się ustanowić triadyczny sojusz terapeutyczny obejmujący pacjenta, psychiatrę i psychoterapeutę. Współpraca w takim zespole wymaga od klinicystów dodatkowych kompetencji. Już na etapie rozważania możliwości wspólnego prowadzenia pacjenta powinni oni nawiązać ze sobą kontakt, aby ustalić możliwości i warunki współpracy. Komunikacja między specjalistami powinna odbywać się od początku leczenia. Ważne jest, aby specjaliści wymieniali się przynajmniej takimi informacjami, jak dłuższa nieobecność któregoś z nich, zmiana w podejściu terapeutycznym, istotne zmiany w stanie klinicznym czy ogólne wrażenie każdego z nich na temat reakcji pacjenta na leczenie. Możliwe są również sytuacje, w których nie uda się nawiązać satysfakcjonującej wszystkie strony współpracy. W niniejszym artykule autorzy omówili najważniejsze zasady dotyczące dobrej współpracy między psychiatrą i psychoterapeutą oraz wskazali na czynniki ją promujące. Mogą one być punktem wyjściowym do stworzenia rekomendacji odnośnie do dobrych praktyk w tym zakresie oraz zainicjować dyskusję środowiska na ten temat.

Summary

Combining psychotherapy and pharmacotherapy concerns at least 1/3 of people being in contact with psychiatrists and psychotherapists. Helping is effective when it is possible to establish a triadic therapeutic alliance involving the patient, the psychiatrist, and the psychotherapist. Cooperation in such a team requires additional skills from clinicians. At the stage of considering the possibility of cooperation, clinicians should contact each other to determine the possibilities and terms of it. Communication between specialists should take place from the beginning of treatment. It is important for specialists to share at least such information as prolonged absence of any of them, change in the therapeutic approach, significant changes in the clinical condition, or the overall impression about the patient's response to treatment. There are also situations in which it is not possible to establish cooperation which would be satisfactory for all the specialists. In this article, the authors discuss the most important principles of good cooperation between a psychiatrist and a psychotherapist and

point out the factors that promote it. These can be the starting point for creating recommendations regarding good practices in this field and initiate a discussion within the professional environment on this subject.

Wstęp

Sytuacje, w których osoba w trakcie psychoterapii przyjmuje jednocześnie leki psychotropowe nie należą do rzadkości. W badaniach przeprowadzonych w Polsce w 2015 roku, obejmujących psychoterapeutów pracujących w Warszawie, oceniano zakres łączenia tych dwóch metod leczenia: psychoterapii i stosowania leków. W pierwszym badaniu 36 psychoterapeutów, u których w terapii pozostawało 281 pacjentów, aż 55% z nich przyjmowało leki w trakcie psychoterapii [1]. Co ciekawe, stwierdzono, że większa liczba pacjentów będących w terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) przyjmuje leki (68%) niż w terapiach o modalności psychoanalitycznej i psychodynamicznej (47%). To wstępne badanie przeprowadzono w ośrodku o medycznym charakterze, w którym pracuje podobna liczba lekarzy psychiatrów i psychoterapeutów.

W kolejnym badaniu, przeprowadzonym w poradni i gabinetach o ściśle psychoterapeutycznym profilu, uzyskano dane dotyczące 545 pacjentów leczonych psychoterapeutycznie przez 63 psychoterapeutów o orientacji psychodynamicznej i psychoanalitycznej. W tej grupie 33% pacjentów będących w psychoterapii przyjmowało jednocześnie leki [2]. Wynik ten był więc niższy od poprzedniego i pozwalał na stwierdzenie, że mniej więcej jedna trzecia do połowy pacjentów uczestniczących w psychoterapii przyjmuje jednocześnie leki psychiatryczne. W ankiecie przeprowadzonej wśród uczestników konferencji „Psychiatrizy dla Psychologów 2015” organizowanej przez Centrum Terapii Dialog w Warszawie uzyskano dane dotyczące 671 procesów psychoterapeutycznych w 45% przypadków łączonych z jednocześnie stosowaną farmakoterapią. Zgodnie z wcześniejszymi wynikami w przypadku psychoterapii poznawczo-behawioralnej odsetek łączonych terapii był wyższy i wynosił 50%, natomiast w przypadku psychoterapii psychoanalitycznych i psychodynamicznych 41% pacjentów korzystało z psychoterapii łączonych z lekami [dane niepublikowane].

Podsumowując można powiedzieć, że co najmniej 1/3 pacjentów uczestniczących w psychoterapii przyjmuje jednocześnie leki psychotropowe w jej trakcie, choć być może bliższe prawdy mogą być informacje o wyższych wartościach, pomiędzy 40–50%. Uzyskane wyniki badań wskazują, że wiele osób uczestniczących w psychoterapii przyjmuje równocześnie leki, a specjaliści dostrzegają korzyści z takiego łączonego leczenia [3, 4].

Leczenie zintegrowane i leczenie rozdzielone

Stosowanie leków w trakcie psychoterapii może być zintegrowane z nią lub rozdzielone. W wersji zintegrowanej jeden klinicysta zapewnia psychoterapię i farmakoterapię — w warunkach polskich jest to lekarz psychiatra. W leczeniu rozdzielonym jeden klinicysta prowadzi psychoterapię, a drugi leczenie farmakologiczne. Mimo powszechnego stosowania takiego podejścia istnieje zaskakująco mało publikacji w języku polskim na ten temat. W pracy opublikowanej w 2016 roku [5] dokonano przeglądu argumentów za i przeciw łączeniu psychoterapii i farmakoterapii.

Temat łączenia psychoterapii i farmakoterapii jest rzadko poruszany, mimo że najnowsze wyniki badań [3, 4] wskazują na wysoki poziom akceptacji psychoterapii jako metody leczenia w psychiatrii przez lekarzy psychiatrów. Mogłoby więc to implikować istnienie otwartego pola wymiany doświadczeń w tym zakresie. Jak dotąd nie powstały jednak w Polsce rekomendacje odnoszące się do współpracy psychiatrów i psychoterapeutów, choć na świecie obecne są one od dawna i są systematycznie uzupełniane [6].

Leczenie rozdzielone paradoksalnie wymaga od klinicystów większych kompetencji niż prowadzenie psychoterapii lub psychoterapii i farmakoterapii jednocześnie. Leczenie rozdzielone wymaga, aby osoby w nie zaangażowane rozpoznały i zajęły się tym, co Busch i Gould [7] nazywają „trójkątem terapeutycznym” i aby uzyskały to, co Kahn [8] opisał jako „triadyczny sojusz terapeutyczny”.

W podnoszonym w tej pracy kontekście znaczenie mają także kwestie etyczne. Kiedy leczenie rozdzielone wynika ze wskazań związanych z pacjentem (na przykład z diagnozą), problemy etyczne nie dotyczą samej zasadności wyboru takiego rozwiązania. W sytuacji, gdy za leczeniem rozdzielonym stoi tendencja do redukcji kosztów, problemy etyczne pojawiają się bardzo często [9].

Początek współpracy

Biorąc pod uwagę problem kliniczny oraz zasoby pacjenta wydawałoby się, że to jego cechy osobowe oraz rodzaj problemu, z jakim się boryka, powinny decydować o formie udzielonej pomocy. Tymczasem często to inne czynniki decydują, że pacjent najpierw przychodzi do psychiatry lub najpierw do psychoterapeuty — choćby z uwagi na dostępność różnych grup specjalistów. Jeśli pacjent najpierw spotka się z psychoterapeutą, to ta osoba nierzadko decyduje, czy zostanie on poddany dalszej ocenie przez psychiatrę pod kątem istnienia wskazań do stosowania leków. Może się również zdarzyć, że przeszkolenie psychoterapeutyczne będzie miał również psychiatra, do którego jako pierwszego zwróci się pacjent. Od niego będzie zależeć, czy zapewni pacjentowi również psychoterapię czy skieruje go do innego klinicysty na nią. Wyniki badań wskazują, że jeśli lekarz sam nie podejmie się psychoterapii będąc psychoterapeutą, to zalecenia co do jej podjęcia udzieli chętniej [4] niż jeśli psychoterapeutą nie jest. Na klinicyście „pierwszego kontaktu” często będzie spoczywała odpowiedzialność zarządzania procesem i metodami niesienia pomocy.

Preferencje pacjentów co do metod uzyskania pomocy i zaangażowania w jedną lub dwie relacje ze specjalistami mogą się różnić. Niektórzy pacjenci mogą preferować relację wyłączną, a więc wygodę i prywatność w kontaktach z jednym klinicystą. Takie osoby mogą opierać się sugestiom co do włączenia drugiego specjalisty w proces leczenia. Inni pacjenci doceniają możliwość korzystania z komplementarnych umiejętności dwóch klinicystów i chcą skorzystać z szerszej oferty pomocy. Niektórzy psychofarmakoterapeuci doceniają możliwość specjalizacji wyłącznie w zakresie stosowania leków i budują bazę polecanych psychoterapeutów. Inni nie decydują się na zawężanie aktywności zawodowej. Część psychoterapeutów cieszy się z możliwości poszerzenia oferty pomocy o współpracę z psychiatrą. Inni nie lubią utraty autonomii i źle znoszą otwarcie intymnego związku diadycznego na współpracę z nowym klinicystą. Dla pacjenta i obu klinicystów współpraca może załagodzić stres związany z uczuciem wyłącznej odpowiedzialności za leczenie.

Taka współpraca jest jednak bardziej skomplikowana i generuje większe koszty, które w zasadzie nie są zwracane [10].

W przypadku nawiązywania przez specjalistów współpracy niezbędne jest jej zdefiniowanie. Generalnie mogą zdarzyć się trojakiemu rodzaju sytuacje: konsultacja, nadzór i współpraca [11]. Konsultacja odbywa się między dwoma profesjonalistami, z których jeden prosi o nią drugiego. Klinicysta bierze pod uwagę zalecenia konsultanta i decyduje, czy podążać za nimi na podstawie wiedzy i rozumienia pacjenta. Konsultacja może odbywać się w sposób formalny i nieformalny. W formalnej, konsultant zwykle zapoznaje się z dokumentacją medyczną pacjenta i/lub spotyka się z nim. Wnioski z konsultacji zapisuje się w dokumentacji medycznej pacjenta. W trakcie konsultacji nieformalnej nie ujawnia się tożsamości pacjenta, a klinicysta powinien uzyskać ewentualną zgodę konsultanta na zapisanie jego nazwiska w dokumentacji. Przykładem nieformalnej konsultacji będzie rozmowa dwóch klinicystów przy okazji konferencji naukowej, np. między słuchaczem a wykładownicą.

Nadzór (superwizja) to sposób współpracy, w której superwizant jest zobowiązany do przestrzegania rekomendacji superwizora. Nadzór może być na początku intensywny i może się zmieniać w czasie, gdy superwizant staje się coraz bardziej doświadczony. Współpraca polega na ciągłym dzieleniu się odpowiedzialnością w bezpośredniej opiece nad pacjentem i często jest inicjowana w wyniku prośby o konsultację.

Wprowadzenie leku

Jeśli sugestia wprowadzenia leku pojawia się ze strony terapeuty, powinien on wyjaśnić pacjentowi swoje rozumienie potencjalnych efektów farmakoterapii, dając mu czas na ujawnienie jego odczuć i wyrażenie ewentualnych obaw i/lub oczekiwań. Wywieranie presji na pacjenta może skutkować negatywną reakcją i wyeliminować w ten sposób potencjalnie pozytywny wpływ leku. Rzadko omawia się z pacjentem pozafarmakologiczne aspekty działania leków psychotropowych [12], mimo że są one oczywiste. W trakcie prowadzenia leczenia farmakologicznego warto uwzględnić fakt, że negatywne przeniesienie może dotyczyć również leku. W takiej sytuacji będzie ono wyrażane poprzez skargi na objawy uboczne, które są w efekcie „pseudoskutkami ubocznymi”, a więc nie wynikają z biologicznego działania leku, lecz szeroko rozumianych odczuć i interpretacji, jakich doświadcza i dokonuje pacjent.

Uważne stosowanie leków

Przepisujący lek psychiatra nie może tracić z oczu kontekstu, w jakim ordynuje lekarstwo oraz potencjalnych pozafarmakologicznych aspektów jego działania [12]. Niektórzy pacjenci będą wymagali zbudowania szczególnie silnego sojuszu terapeutycznego, zanim będą w stanie przyjmować leki. Osoby nieufne wobec lekarzy, wątpiące w skuteczność działania leków, zanim będą w stanie przyjąć receptę, muszą poczuć zaufanie wobec zdolności i troski psychiatry. Stosowanie leków w trakcie psychoterapii może negatywnie wpływać na relację terapeutyczną [13] poprzez efekty farmakologiczne. Leki przeciwdepresyjne często u osób należących do spektrum dwubiegunowości wyzwalają manię/hipomanię polekową. Stosowanie neuroleptyków powodować może pojawienie się objawów seda-

cji lub depresyjnych. Objawy uboczne trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych mogą zniszczyć przymierze terapeutyczne. Pacjenci paranoidalni mogą interpretować objawy uboczne jako przejaw wrogości psychofarmakoterapeuty. Zbyt szybka objawowa poprawa może spowodować, że pacjenci stracą motywację do zmiany osobistej i szybko wrócą do poprzedniego, nieadaptacyjnego wzorca funkcjonowania. Także bliscy pacjenta, dostrzegając szybką objawową poprawę, mogą zachęcać pacjenta do przerywania terapii jako niepotrzebnego wysiłku.

Współpraca

Większość praktyków jest zdania, że ścisła komunikacja i kontakt między psychofarmakologiem a psychoterapeutą są niezbędne. Busch i Malin [14], omawiając ten problem, wskazują na podejście niektórych analityków, którzy starają się mieć tak mały kontakt z farmakoterapeutą, jak to jest możliwe, aby zachować neutralność, co wspomaga proces terapeutyczny. W ramach tego modelu analityk ogranicza komunikację z konsultującym psychofarmakologiem i bada terapię farmakologiczną, tak jak każdy inny proces zachodzący w życiu pacjenta. We współczesnych rekomendacjach podejście takie spotykane jest niezmiernie rzadko.

Mimo rekomendacji współpracy, stosowanie tego zalecenia nie jest oczywiste. Według niektórych badań [15] współczynnik koordynacji leczenia ze strony psychiatrów i psychoterapeutów waha się w bardzo szerokich granicach od 0 do 100%, ale tylko 36% psychiatrów zawsze koordynuje leczenie rozdzielone. W innym badaniu ustalono, że przynajmniej w 1/4 przypadków wspólnego leczenia trwającego ponad pół roku nie było żadnej komunikacji między prowadzącymi leczenie [16]. Charakterystyczne jest to, że przedstawiciele obu grup zawodowych uważają, że to oni częściej inicjują kontakt [17]. Sama współpraca między dwójką klinicystów opiera się na zestawie innych niż standardowe umiejętności diagnostyczne i terapeutyczne i wielu klinicystów nie zostało w tym zakresie przeszkolonych. Na etapie oceny możliwości współpracy warto zadać sobie następujące pytania [18]:

1. Jak się porozumiewacie? Osobiście czy przez telefon lub e-mail? Jak często będziecie się kontaktować? Jakie informacje będą udostępniane? Czy poza rutynowymi kontaktami będą zdarzenia, które spowodują kontakt (np. niezgłoszenie się pacjenta na wizytę, zmiana leków).
2. Czy uzgodniliście swoje role oraz sposoby ich realizacji? [Na przykład, gdy terapeuta zauważy negatywną reakcję na wprowadzony lek, powinien być przygotowany do kontaktu z psychiatrą. Psychiatra powinien uprzedzić go o spodziewanych objawach niepożądanych, gdyż terapeuta ma częstszy kontakt z pacjentem.]
3. Czy istnieje wzajemne zrozumienie obecnego stanu pacjenta? Czy są sygnały sugerujące pogorszenie stanu pacjenta, na które każdy powinien zwrócić uwagę?
4. Jak sobie radzisz z potencjalnymi konfliktami? [Nierzadko zdarza się, że pacjenci próbują antagonizować klinicystów, przekazując im sprzeczne lub niepełne informacje, co może powodować powstanie innych koncepcji postępowania.]

Czynniki sprzyjające i utrudniające współpracę są liczne i dotyczą różnych kategorii. Rozwijanie roboczych relacji między klinicystami wymaga czasu. Często zaczynają oni od

pracy z jednym wspólnym pacjentem, a potem ich liczba się powiększa. Trudni pacjenci są katalizatorami intensywności współpracy i większość klinicystów odczuwa ulgę, mogąc dzielić ciężar opieki nad nimi [19]. Spodziewanie się, że obaj klinicyści od początku mają te same cele, jest nierealistyczne. Cele krótkoterminowe mogą być różne, o ile się nie wykluczają. To samo odnosi się do różnych paradygmatów postrzegania problemów pacjenta. Współpracy sprzyja kolokacja praktyk, co pozwala na możliwość licznych, choćby bardzo krótkich spotkań. Wady tego rozwiązania skupiają się głównie wokół kwestii niezależności, gdyż niektórzy specjaliści zdecydowanie ją preferują.

Ustanowienie trójkąta terapeutycznego odbywa się bardzo wcześnie, już na poziomie skierowania do procesu terapii. Sugestię skierowania na leczenie pacjent może odebrać jako oddanie go innej osobie lub uznanie za „beznadziejny przypadek”. Psychofarmakolog może zostać wyidealizowany jako dobry obiekt, co może współgrać z nierozpoznaną przez niego zmnową z pacjentem — z podświadomym przekazem, iż może on sam zająć się problemem. Dlatego rola terapeuty powinna być od początku jasno określona w oparciu o otwartą i pełną szacunku relację z psychofarmakologiem. Wspólne rozmowy, zwłaszcza na początku leczenia, mogą zniwelować ryzyko dysocjacji pacjenta, gdy wnosi on różne treści na spotkaniach z psychiatrą i psychoterapeutą [20]. Ponieważ psychoterapeuta spotyka się z pacjentem w leczeniu rozdzielonym zdecydowanie częściej, powinien otrzymać od psychofarmakologa informację o możliwych objawach i działaniach niepożądanych leczenia.

Pośród kompetencji klinicystów, które sprzyjają współpracy w leczeniu podzielonym, na pierwszym miejscu wymienia się szacunek i otwartość na współpracę [10]. W takim leczeniu „zespół” to jest współpraca dwóch klinicystów zbudowana dla celów praktycznych, związanych z leczeniem jednego lub kilku pacjentów. Wyzwaniem, ale również praktyczną umiejętnością, będzie zidentyfikowanie tych klinicystów, z którymi praca będzie zbyt trudna lub niemożliwa z powodu podstawowych różnic w wartościach klinicznych, programów leczenia, stylów osobowościowych lub kompetencji.

We współpracy psychofarmakologa oraz psychoterapeuty zachodzą również procesy interdyscyplinarne i organizacyjne. Cohen [21] pisze o zazdrości analityka (psychoterapeuty) wobec psychofarmakoterapeuty, który nie musi znosić bólu analizy i widzi pacjenta krótko podczas oczekiwania na działanie leku. Psychiatrzy z kolei mogą świadomie lub nie zazdrościć wolności relacji, którą mają psychoterapeuci i która nie jest tak mocno krępowana przepisami czy algorytmami postępowania. Taka zazdrość zdarza się nie tylko między osobami, ale także między profesjami w ogóle.

Określenie „integracja” jest często używane w literaturze w kontekście psychoterapii i farmakoterapii prowadzonych w jednej strukturze organizacyjnej. W rzeczywistości jednak często instytucje tworzą obronę przed integracją, dzieląc zadania, które mają zaspokoić odpowiednie potrzeby pacjentów. I tak pomimo pracy na rzecz „biopsychospołecznego” modelu pomagania w istocie psychiatrzy zajmują się „bio-”, psychoterapeuci — „psycho-”, a pracownicy socjalni „społecznymi” aspektami problemów klientów. W tym znaczeniu deklarowana integracja w rzeczywistości nie zachodzi [22].

Pośród podstawowych warunków właściwego prowadzenia leczenia rozdzielonego autorzy wymieniają wzajemną potrzebę znajomości doświadczenia klinicystów, kwalifikacji, obszaru specjalizacji, formacji teoretycznej oraz rodzaju pacjentów, których żaden z profesjonalistów nie chciałby leczyć [23]. Zasadniczym warunkiem wzajemnej komu-

nikacji między klinicystami jest uzyskanie na to świadomej zgody pacjenta. Większość pacjentów jest usatysfakcjonowana wiedząc, że profesjonaliści komunikują się ze sobą. Pacjenci rzadko nie zgadzają się na komunikację między psychoterapeutą i psychofarmakoterapeutą. Odmowa kontaktu między profesjonalistami uniemożliwia prawidłowy rozwój leczenia rozdzielonego i nie rekomenduje się jego prowadzenia w takiej sytuacji [10].

Bardzo trudne jest ustalenie i utrzymywanie granic interwencji psychofarmakoterapeutycznych. Z jednej strony Ellison [10] sugeruje, że psychiatra powinien unikać głębokich interpretacji; nie zagłębiać się w bardzo osobiste obszary, takie jak historia traumy; powstrzymać się przed nadmierną empatyczną dyspozycyjnością jako słuchacza, która może zachęcić pacjenta do oczekiwania ciągłej gratyfikacji. Prowadzi to bowiem do idealizacji profesjonalisty i ingeruje w sojusz między pacjentem a psychoterapeutą. Podobnie, nawet psychoterapeuta zaznajomiony z lekami powinien zachować uważność, aby nie doradzać pacjentowi w sprawie ich wyboru, dawkowania lub skutków ubocznych. Zatem, jeśli pacjent podejmuje temat działań niepożądanych leku w rozmowie z psychoterapeutą, gdyż jest zakłopotany ich charakterem (np. dysfunkcją seksualną), powinien zostać zachęcony do omówienia tych problemów z psychofarmakoterapeutą. Podobnie, jeśli pacjent informuje psychofarmakoterapeutę o takich problemach, jak używanie narkotyków lub bolesne uczucia w relacji z terapeutą, psychofarmakoterapeuta powinien zachęcić go do rozmowy o tych problemach z psychoterapeutą. Z drugiej strony Goin [24] twierdzi, że po zapoznaniu się psychofarmakoterapeuty z pacjentem przydatna może być psychodynamiczna interpretacja oporu i obrony.

Aby uporządkować zasady współpracy między klinicystami w leczeniu rozdzielonym, autorzy [25] ustalili siedem zasad dobrej współpracy:

1. Przejrzystość relacji (współpraca czy nadzór) i ustalenie, czym który z klinicystów się zajmuje.
2. Kontrakt. Pisemna umowa dotycząca obowiązków i ról pomoże rozwiązać założenie, że psychiatra nadzoruje cały proces pomagania.
3. Komunikacja, która odbywa się między klinicystami rutynowo, nawet wówczas, gdy leczenie przebiega dobrze.
4. Zgoda pacjenta, która wymaga, aby wiedział on i rozumiał, jaką rolę pełni wobec niego każdy z klinicystów.
5. Kompleksowy przegląd tego, co się wydarzyło w terapii, zwłaszcza jeśli psychiatra spotyka się z pacjentem dość rzadko.
6. Wzajemne zebranie ważnych informacji przez klinicystów, jeśli nie znają się zbyt dobrze.
7. Konsultacje zewnętrzne, których powinno się zasięgać wówczas, gdy pojawiają się problemy w przebiegu leczenia lub z przestrzeganiem zasad współpracy.

Omówione powyżej rekomendacje odnośnie współpracy prowadzących wspólne leczenie wydają się dobrym układem odniesienia. Minimum komunikacji musi dotyczyć takich momentów pomagania, jak rozpoczynanie i kończenie leczenia; zmiana planu leczenia; kiedy pojawiają się problemy oraz gdy klinicysta planuje nieobecność [26].

W leczeniu rozdzielonym istnieją obszary, które się wzajemnie pokrywają, jak choćby monitorowanie zachowań samobójczych. Każdy z klinicystów musi przyjąć wspierające

drugiego stanowisko w różnych kwestiach, co może się przejawiać choćby w tak prostym pytaniu przez terapeutę o to, czy przyjmuje leki zgodnie z zaleceniami lub przez psychiatrę ogólnie o przebieg terapii. Autorzy [27] podają przykłady takich konstruktywnych dialogów. Specyficzna sytuacja ma miejsce w przypadku terapii pary, gdy okazuje się, że jedno z partnerów wymaga pomocy farmakologicznej. Aby nie unieważniać potencjału jednego z członków pary: „tak, widzę, że to nie ja mam problem i nie ja potrzebuję leków”, autorzy sugerują, aby pierwsza konsultacja z psychofarmakoterapeutą odbyła się z parą.

Rozwiązywanie problemów

Tak jak w każdej współpracy, podczas wspólnego leczenia pojawiają się nieuchronnie problemy z nim związane [26]. Psychofarmakolodzy zgłaszają kilka typowych trudności w trakcie współpracy. Zdaniem niektórych terapeutów oczekują nadmiernej liczby szczegółów dotyczących pacjenta, które niekoniecznie odnoszą się do aktualnego leczenia. Terapeuta może chcieć szczegółowo opisywać przeszłe urazy pacjenta, podczas gdy psychofarmakolog potrzebuje wiedzieć o ostatnich zmianach objawów, które pomagają w ocenie konieczności zmian leczenia. Niektórzy terapeuci sugerują pacjentom wprost, że powinni przyjmować określony lek, co psychiatrzy odczuwają jako przejaw wkroczenia w ich kompetencje. Wreszcie zdaniem psychiatrów, wielu terapeutów nie jest osiągalnych w razie konieczności pilnego kontaktu. Z drugiej strony terapeuci mają również zastrzeżenia dotyczące współpracy. Z ich perspektywy psychiatrzy nie dochowują wzajemności, np. gdy terapeuta przekazuje lekarzowi ważne informacje, a ten nie odpowiada na kontakt, mimo że w ostatnim okresie dokonano znaczącej zmiany leczenia. Zdaniem terapeutów psychiatrzy nie zawsze informują o ważnych zdarzeniach, jak np. o tym, że pacjent został hospitalizowany. Zdarza się, że psychiatra zaleca innego rodzaju terapię niż ta, którą stosuje terapeuta bez porozumienia z nim. Wreszcie obaj profesjonaliści mogą mieć odmienne opinie o tym, co stanowi praktykę opartą na dowodach (EBM).

Aby postępować skutecznie obaj klinicyści powinni mieć możliwość przekazywania informacji i wymiany doświadczeń, co uniemożliwi dzielenie informacji przez pacjenta. W szczególnych sytuacjach możliwe byłoby zainicjowanie spotkania pacjenta, psychiatry i psychoterapeuty w celu znalezienia rozwiązania terapeutycznego oraz zapewnienia klinicystom bezpieczeństwa [24].

Nawet gdy współpracujący ze sobą klinicyści są otwarci na współpracę, wspólne leczenie może kończyć się niepowodzeniem, gdy pojawią się znaczące ideologiczne różnice dotyczące postrzegania pacjenta lub leczenia; niedopasowanie stylów pracy klinicystów; słaba komunikacja; wątpliwości odnośnie do rzeczywistych kompetencji lub etyki [10]. Bardzo pragmatyczną przyczyną zerwania współpracy może być brak czasu na wzajemną komunikację. Przyczyną może być również współpraca poniżej standardu praktyki, gdy np. terapeuta bardzo często odwołuje sesje lub psychofarmakolog zaleca przestarzałe lub nieskuteczne leki [28].

Komunikacja między klinicystami w żadnej innej sytuacji nie jest tak ważna, jak w przypadku sytuacji konfliktowych. Kiedy pacjent opisuje niewłaściwe, jego zdaniem, zachowanie drugiego klinicysty — należy zachować daleko idącą ostrożność, dopóki takie zachowanie nie zostanie odpowiednio zbadane i zweryfikowane. Czasem krótka rozmowa

między klinicystami wyjaśni proste nieporozumienie czy stojący za nim błąd [10]. Jeśli stwierdzony zostanie poważniejszy konflikt, konsultacja z obustronnie akceptowalnym konsultantem zewnętrznym może być pomocnym rozwiązaniem. W przypadku znacznych naruszeń etycznych klinicysta może stanąć przed poważnym dylematem. W takiej sytuacji dobrze jest się skonsultować z doświadczonym kolegą lub zasięgnąć porady prawnej. Przerwanie wspólnego leczenia jest bardzo negatywnym doświadczeniem dla pacjenta. Jednak nieusuwalne zastrzeżenia wobec współpracującego klinicysty mogą skłonić drugiego z nich, po zasięgnięciu konsultacji, do rezygnacji ze wspólnego leczenia, gdyż w innym przypadku może ono powodować szkodę pacjenta i wywoływać niedopuszczalne ryzyko dla leczącego.

Prowadzący leczenie farmakologiczne psychiatra w sytuacji trudnej nie może w dowolnym momencie i w dowolny sposób zaprzestać leczenia. Ponieważ psychoterapeuta nie może zająć się leczeniem farmakologicznym argumentacja, że po zaprzestaniu farmakoterapii pacjent jest nadal leczony, nie jest uzasadniona. Zwłaszcza zaprzestanie leczenia w sytuacji kryzysowej, brak zapewnienia alternatywnej opieki oraz naruszenie przepisów w tym zakresie — mogą być przyczyną oceny tego działania jako porzucenia i w efekcie uznanie za błąd w sztuce lekarskiej [29]. Wypowiedzenie współpracy musi być dokonane w rozsądnym czasie, na ogół oznacza to z 30–60-dniowym wyprzedzeniem tak, aby terapeuta i pacjent mogli nawiązać skuteczną współpracę z innym farmakoterapeutą.

W pracy zespołowej, mimo że poprawia ona jakość opieki nad pacjentem, istnieją trzy potencjalne obszary konfliktowe [30]. Dyfuzja ról to niejasność, w której obowiązki i wiedza klinicysty kończą się w odniesieniu do innych profesjonalistów. Konkurencja między przedstawicielami różnych dyscyplin powoduje nadmiarową polaryzację między paradygmatem medycznym a terapeutycznym i może utrudniać integrację pomocy. Rzeczywista lub odczuwalna niespójność między rozkładaniem się odpowiedzialności i podziałem władzy jest dość częstym przeżyciem członków zespołu. Wspomniani autorzy zwracają również uwagę na to, że problematyczna może być niejasność prawna dotycząca współpracy, która może być interpretowana na kilka sposobów: 1) jako partnerstwo (wtedy specjaliści mogą być odpowiedzialni za działania drugiego); 2) podległość (gdzie jeden odpowiada za działania drugiego); 3) zespół (gdzie nie ustala się żadnych zasad prawnych); 4) odrębne praktyki (wtedy każda ponosi odpowiedzialność za własne działania). Ustalenie, z jaką formą współpracy mamy do czynienia, wydaje się niezbędne.

Rekomendacje

Autorzy [22, 24, 31] udzielają następujących rekomendacji odnośnie do zapobiegania występowaniu problemów w leczeniu rozdzielonym:

- jeśli obaj klinicyści dotąd się nie znali, warto, aby nawiązali kontakt, choćby telefoniczny, co pozwoli na redukcję wyobrażeń na temat drugiego klinicysty, zastępując je realnymi informacjami;
- warto poznać specyficzne oczekiwania drugiego klinicysty i jego preferencje: czy oczekuje wstępnej informacji o pacjencie jeszcze przed spotkaniem z nim czy też chce się skonsultować dopiero po takiej wizycie;
- celowa jest rozmowa z klinicystą o przypadkach i przekonanie się, w jaki sposób myśli on o problemach klinicznych;

- cenne jest rozpoznanie, czy w skierowaniu na konsultację kryją się dodatkowe motywacje (wdzięczność za poprzednią współpracę, przygotowanie do przyszłej rekomendacji, wynik wzajemnej przyjaźni itp.);
- należy zachować profesjonalny szacunek do klinicysty, z którym się współpracuje;
- trzeba utrzymywać stałą uważność na przejawy przeniesienia i przeciwprzeniesienia;
- jeśli terapeuta nie jest zapoznany z lekiem, lekarz powinien wyjaśnić jego działanie, czas stosowania, możliwe działania niepożądane, interakcje z innymi lekami. Jeśli terapeuta zna mocne i słabe strony leku, może zachować uważność wobec możliwych komplikacji związanych ze stosowaniem leków;
- należy uzyskać świadomą zgodę pacjenta na komunikację klinicystów i wyjaśnienie charakteru ich kontaktów;
- warto wypracować otwartą komunikację między klinicystami co pozwoli na rozumienie i przewidywanie trójkątnego przeniesienia bez zażenowania i negatywnego wpływu na leczenie;
- psychiatra może zaoferować prowadzenie leczenia pod warunkiem pozostawania w terapii, aby jej nie deprecjonować, gdy pacjent chce porzucić psychoterapię na rzecz farmakoterapii;
- o ile konsultację klinicystów opłaca pacjent, powinien być wystarczająco poinformowany o znaczeniu takiego czasu i sposobu, w jaki to wpływa na jakość zapewnianej usługi. Jednak klinicyści nie mogą czekać na zatwierdzenie kosztów przed podjęciem komunikacji, gdyż takie oczekiwanie jest szkodliwe i potencjalnie niebezpieczne;
- trzeba zwrócić uwagę na newralgiczne obszary współpracy między klinicystami, takie jak brak czasu i struktur ułatwiających komunikację, kwestie poufności, różnych języków i praktyk roboczych — gdyż deficyty w tych zakresach najczęściej powodują załamanie współpracy;
- niezależnie od etapu psychoterapii, w którym wskazana jest terapia lekowa, terapeuta powinien wyjaśnić powód sugestii farmakologicznej z jego strony, pozwalając pacjentowi na rozważenie tego problemu.

Podsumowanie

W świetle współczesnej wiedzy na temat leczenia zaburzeń psychicznych pytanie, czy można łączyć psychoterapię z farmakoterapią wydaje się już nieaktualne. Bardziej właściwe jest pytanie o to, w jakich przypadkach, na jakich warunkach i w jaki sposób można połączyć te dwa sposoby pomagania tak, aby pacjent odniósł jak największe korzyści. W niniejszym artykule autorzy zajmowali się leczeniem rozdzielonym, w którym psychoterapeuta prowadzi terapię, a psychiatra zapewnia farmakoterapię. Mimo iż takie podejście jest bardzo często spotykane, niewiele jest publikacji na ten temat, zwłaszcza polskojęzycznych. Celem publikacji było przedstawienie współczesnej wiedzy na temat

współpracy psychiatry i psychoterapeuty w procesie pomagania oraz zainicjowanie dyskusji na ten temat. Następnym krokiem będzie wypracowanie rekomendacji odnośnie do współpracy.

Piśmiennictwo

1. Murawiec S, Jabłoński M, Sosnowska K, Datka W, Król-Kuczkowska A, Moraczewska A: Nastawienia psychoterapeutek do leczenia farmakologicznego w trakcie prowadzenia psychoterapii — badanie pilotażowe w wielkomijskim ośrodku psychiatryczno-psychoterapeutycznym. *Psychiatria* 2015; 12: 150–159.
2. Murawiec S, Sosnowska K, Król-Kuczkowska A, Moraczewska R: Attitudes of psychotherapists in medically-oriented and psychotherapeutically-oriented center towards pharmacotherapy in the course of psychotherapy. *Europ. Neuropsychopharm.* 2015. 25 (suppl.2) Abstracts 28th ECNP Congress: S364.
3. Murawiec S, Kudlik A, Matuszczyk M, Sosnowska K, Moraczewska R, Król-Kuczkowska A, Bieńkowski P, Samochowiec J.: Nastawienie lekarzy psychiatrów wobec psychoterapii — badanie ogólnopolskie. *Psychiatria* 2017; 14: 101–115.
4. Murawiec S, Litwin D.M, Seroka N, Kudlik A, Sterna W, Matuszczyk M. Nastawienie lekarzy psychiatrów wobec psychoterapii jako formy leczenia zaburzeń psychicznych — ponowne badanie w 2018 roku. *Psychiatria* 2019; 16, 1: 16–25.
5. Sterna W, Sterna A. Psychoterapia i farmakoterapia — czy można je łączyć? *Psychiatria* 2016; 13, 2: 84–91.
6. American Psychiatric Association: Guidelines for psychiatrists in consultative, supervisory, or collaborative relationships with nonmedical therapists. *Am. J. Psychiatry* 1980; 137: 1489–1491.
7. Busch FN, Gould E: Treatment by a psychotherapist and a psychopharmacologist: transference and countertransference issues. *Hosp. Comm. Psychiatry* 1993; 44: 772–774.
8. Kahn DA: Medication consultation and split treatment during psychotherapy. *J. Am. Acad. Psychoanal.* 1991; 19: 84–98.
9. Lazarus J. A. Ethics in split treatment. *Psychiatric Annals* 2001; 31; 10: 611–614.
10. Ellison JM. Teaching collaboration between pharmacotherapist and psychotherapist. *Acad. Psychiatry* 2005; 29(2): 195–202;
11. Sederer L.I, Ellison J, Keyes C. Guidelines for prescribing psychiatrists consultative, collaborative, and supervisory relationships. *Psychiatric Serv.* 1998; 49 (9): 1197–1202.
12. Sterna W. Niefarmakologiczne działanie leków stosowanych w psychiatrii. *Psychiatria* 2018; 15, 4: 220–227;
13. Beitman B. Pharmacotherapy as an intervention during the stages of psychotherapy. <https://psychotherapy.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.psychotherapy.1981.35.2.206>;
14. Busch FN, Malin FD. Combining psychopharmacology, psychotherapy and psychoanalysis. *Psychiatric Times* 1998, 15, <https://www.psychiatrictimes.com/addiction/combining-psychopharmacology-psychotherapy-and-psychoanalysis>;
15. LoPiccolo CJ, Taylor CE, Clemence C, Eisdorfer C. Split Treatment. 2005; 2(1): 43–46.
16. Baruch RL, Vishnevsky B, Kalman T. Split-care patients and their caregivers how collaborative is collaborative care? *J. Nerv. Ment. Dis.* 2015; 203(6): 412–417.

17. Avena J, Kalman T. Do psychotherapists speak to psychopharmacologists? A survey of practicing clinicians. *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry* 2010; 38: 675–684.
18. McNary A. Managing the suicidal patient in a split-treatment relationship. *Innov. Clin. Neurosci.* 2016; 13(3–4): 42–45.
19. Lorenz AD, Mauksch LB. Models of collaboration. *Prim Care* 1999; 26(2): 401–410.
20. Frey BN, Mabilde LC, Eizirik CL. The integration of psychopharmacotherapy and psychoanalytical psychotherapy: a critical review. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2004; 26(2): 118–123.
21. Cohen SK. The use of medication with patients in analysis: Panel of the New York Psychoanalytic Society. *J. Clin. Psychoanal.* 1992, 1, 26–35.
22. Konstantinidou H, Evans C. Pharmacotherapy and psychotherapy: the challenges of integrating two paradigms. *Psychoanal. Psychother.* 2015; 29(4): 343–362. <https://doi.org/10.1080/02668734.2015.1051096>
23. Imhof JE, Altman R, Katz JL. The relationship between psychotherapist and prescribing psychiatrist. *Am. J. Psychother.* 1998; 52 (3): 261–272.
24. Goin MK. Practical Psychotherapy: Split Treatment: The Psychotherapy Role of the Prescribing Psychiatrist. <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.52.5.605>
25. Mossman D, Weston CG. Splitting treatment: How to limit liability risk when you share a patient's care. *Curr. Psychiatr.* 2010; 9(3): 43–46.
26. Tekell JL, Erickson SS, Matthews KL. Collaboration with the nonphysician therapist. *Acad. Psychiatry* 1997; 21(3): 155–164.
27. Chiles JA, Carlin AS, Benjamin GAH, Beitman BD. A physician, a nonmedical psychotherapist, and a patient: The pharmacotherapy-psychotherapy triangle. W: Beitman BD, Klerman GL, red. *Integrating pharmacotherapy and psychotherapy* lington, VA, US: American Psychiatric Association 1991, str. 105–118.
28. Gitlin MJ, Miklowitz D. Split treatment: Recommendations for optimal use in the care of psychiatric patients. *Ann. Clin. Psychiatry* 2016; 28(2): 2–7.
29. Gutheil TG, Simon RI. Abandonment of patients in split treatment. *Harv. Rev. Psychiatry* 2003; 11: 175–179.
30. Gardner CS, Holzman SR. Interdisciplinary collaboration: psychiatric medical backup in the outpatient clinic. *Psychiatr Q.* 1983; 55(4): 253–260.
31. Pilovsky D, Bellinson J. Psychotherapist, psychiatrist and patient. A triadic relationship. *J. Psychother. Pract. Res.* 1996; 5(1): 26–34.

Adres: wladyslawsterna@gmail.com