

PSYCHOTERAPIA 2 (157) 2011

strony: 59–69

Sławomir Murawiec

ZMIANA PSYCHICZNA ZWIĄZANA Z WPROWADZENIEM LEKU PRZECIWDEPRESYJNEGO W TRAKCIE TRWANIA PSYCHOTERAPII — OPIS PRZYPADKU

PSYCHIC CHANGE CONNECTED WITH ANTIDEPRESSANT TREATMENT IN THE COURSE OF PSYCHOTHERAPY — A CASE REPORT

Centrum Zdrowia Psychicznego IPiN
Kierownik: doc. dr hab. med. Katarzyna Prot

**escitalopram
psychotherapy**

Analizując kilka aspektów prowadzonego przez siebie procesu psychotherapeutycznego autor stara się przedstawić wpływ włączonego escitalopramu na dynamikę zmian. Przedstawia przy tym teoretyczne hipotezy wzajemnej interakcji psychotherapii i farmakoterapii w tym konkretnym przypadku.

Summary: Introduction. The paper presents the case report of psychic changes observed in a two week period of escitalopram treatment in the second year of psychodynamic psychotherapy.

Case report. Two sources of data was described in the theoretical part. First one is the André Green's theory of an emotionally unavailable mother (org. franc. complexe de la mère morte). The second one is results of the research on modifications of emotional processing in the course of the treatment with antidepressants. In these two contexts, the case was analysed. First the attenuation of negative emotions (like being angry) was noticed. Secondly, an improvement in cognitive processes was observed - like independent thinking, making evaluations, associations and insights. In transference, the patient perceived the therapist as helpful but emotionally distant and unavailable. His agreement on pharmacological treatment was not connected with the long period of stress and depression that followed it. It was connected with a break in narcissistic self-evaluation, rejection in relation with the belloved woman and expectation of her emotional and physical absence. This was in connection with his childhood depression and early relation with an emotionally absent mother.

Conclusions. The person conducting integrated treatment with both psychotherapy and pharmacotherapy is confronted with complex and equivocal situation that is difficult to interpret.

Dołączenie leczenia farmakologicznego w trakcie psychotherapii bywa niełatwym wyzwaniem poznawczym. Pojawiają się pytania: „Która z obserwowanych zmian wynika z jakich źródeł?”. „Co jest efektem działania leku, efektem placebo, następstwem zmiany w relacji, skutkiem przeniesienia i przeciwprzeniesienia?”. Przystępując do opisanego przypadku jako autor miałem (i nadal mam) wrażenie, że wszystkie konteksty i zagadnienia związane z nim są niemożliwe do ujęcia z powodu ich ilości, a także rozległości. Pomimo że opis ten dotyczy „tylko” dwutygodniowego okresu zainicjowania leczenia escitalopramem osoby będącej w psychotherapii, jego precyzyjne przedstawienie wydaje mi się niemożliwe. W związku z tym tylko kilka wybranych wątków jest przedmiotem tej pracy.

We wstępie do niej chciałbym poruszyć dwa, powiązane ze sobą, zagadnienia. Pierwsze to kwestia kontrowersji, czy leki w trakcie psychoterapii powinna przepisywać ta sama osoba, która ją prowadzi, czy powinna delegować do tego inną osobę. Druga to wyzwania i wątpliwości, jakie związane są z korzystaniem z wielu źródeł wiedzy w przypadku jednoczesnego prowadzenia farmakoterapii i psychoterapii.

Prowadzenie psychoterapii i farmakoterapii tego samego pacjenta przez dwie różne osoby bywa uważane za „czystsze”. Terapeuta dokonuje w tym wypadku „scedowania” zagadnień związanych z lekami na lekarza psychiatrę, zachowując dotychczasową pozycję profesjonalną w niezmienionym kształcie i ewentualnie obserwując/komentując pojawiające się pod wpływem leczenia zmiany w relacji terapeutycznej i zachowaniach pacjenta. Z punktu widzenia terapeuty sytuacja ta ma kilka zalet, przede wszystkim pozwala (poza) na zachowanie niezmienionego status quo — pozornie nic się nie zmienia, sesje przebiegają w dotychczasowym rytmie, narzędzia terapeutyczne (klaryfikacje, interpretacje) stosowane przez niego pozostają te same. Jednak w terapii pojawia się trzeci czynnik, związany zarówno z ingerującym w nią lekarzem, jak i ze skutkami działania leku. Może to rodzić liczne uczucia zarówno w terapii (ktoś „wtrąca się” w terapię, nawet w sytuacji, kiedy sam skierował pacjenta do lekarza), jak i w pacjencie (zadającym pytanie: „która terapia tak naprawdę mi pomaga?”).

Zagrożeniem jednoczesnego prowadzenia farmakoterapii i psychoterapii przez tę samą osobę może być poczucie omnipotencji i chęć zawłaszczenia pacjenta, zatrzymania go wyłącznie pod swoją kontrolą. Wprowadzenie leku przez osobę prowadzącą psychoterapię może być spostrzegane jako acting in terapeuty (zastąpienie metod psychoterapii działaniem). Może być jednak także widziane jako chęć wzmocnienia ego pacjenta, ponieważ funkcje ego oparte są na działaniu umysłu osoby leczonej (Zygmunt Freud mówił, że ego jest przede wszystkim fizyczne) [1].

W moim przekonaniu w różnych okolicznościach i wobec różnych pacjentów oba te sposoby jednoczesnego prowadzenia farmakoterapii i psychoterapii mogą znaleźć zastosowanie. W pewnych okolicznościach wskazane jest wręcz, aby obie modalności lecznicze prowadziły dwie różne osoby, w innych może je łączyć ta sama osoba, a niekiedy rozłączenie funkcji lekarza terapeuty bywa niemożliwe.

Innym zagadnieniem, ważnym w omawianym kontekście, jest konieczność czerpania z wielu źródeł wiedzy w sytuacji równoczesnego stosowania psychoterapii i farmakoterapii przez tę samą osobę. Prowadzenie leczenia wyłącznie w jednej modalności pozwala na poruszanie się w obrębie jednego kontekstu klinicznego i teoretycznego. Stosowanie farmakoterapii wymaga zwrócenia uwagi na wskazania i przeciwwskazania do stosowania leku, na objawy psychopatologiczne występujące u pacjenta, dobór dawki leku, a następnie na ocenę ustępowania wcześniej stwierdzonych objawów pod wpływem leczenia i ewentualne działania niepożądane. Prowadzenie psychoterapii związane jest z posługiwaniem się odpowiednimi metodami kwalifikowania do leczenia, sposobami jego prowadzenia, wykorzystaniem narzędzi psychoterapeutycznych oraz poddaniem się superwizji. W przypadku obu modalności obowiązują także odpowiednie zasady prawne i reguły etyczne prowadzenia leczenia.

Do jednoczesnego stosowania obu sposobów leczenia konieczna jest wiedza z różnych dziedzin. W kontekście omawianego w tej pracy pacjenta byłyby to wiedza dotycząca

zarówno kontekstu klinicznego i teoretycznego psychoterapii opartej na wglądzie, jak i efektów działania leków przeciwdepresyjnych z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI), które zostały zastosowane. Z przyczyn oczywistych omówienie we wstępie do opisu poniższego przypadku obu tych kontekstów teoretycznych przekracza ramy tej pracy. Chciałbym wyłącznie odnieść się do dwóch zagadnień.

Pierwsze z nich to zakłócenie wczesnej relacji matka—dziecko, które zostało opisane przez André Greena jako „kompleks martwej matki” [za: 2]. W opisie tym nie chodzi o fizyczną śmierć, lecz o „skutki dysfunkcji roli matki, a szczególnie jej okresowej — nierozpoznanej — psychicznej nieobecności, która znajduje się u podstaw takiej depresji dziecięcej. Kompleks martwej matki dotyczy zatem uszkodzenia psychiki dziecka pozbawionego i obecności psychicznej matki, i możliwości przeżywania żałoby w związku z tą nieobecnością” [2, s. 102]. Zdaniem Walewskiej [2] cechą tego zespołu jest brak odzwierciedlenia emocjonalnego dziecka przez nieobecną psychicznie matkę, co powoduje w pewnym obszarze jego psychiki powstanie reprezentacji pustki, zdrętwienia, „martwicy tkanki” psychicznej. Różne mogą być przyczyny psychicznej nieobecności matki w okresie rozwojowym dziecka — może to być choroba psychiczna, zaburzenia osobowości, alkoholizm, zaangażowanie się w inny związek emocjonalny (romans) lub pochłonięcie żałobą. Ta bezimienna depresja nie może być ujmowana w kategoriach emocjonalno-poznawczych, ponieważ fizycznie matka jest obecna przy dziecku. „Dziecko nie przeżywa żalu, gdy matka znika psychicznie, skoro nic nie może na to poradzić. Ta cicha destrukcja w pustce nie pozwala na ustanowienie relacji” [2, s. 103]. Zdaniem cytowanej autorki „martwa” matka nie jest bezpośrednio identyfikowana w narracji pacjenta, ponieważ pacjent może relacjonować jej fizyczną obecność we własnym dzieciństwie. Natomiast może być w relacji przeciwprzeniesieniowej w postaci jakby „blizny” w psychice pacjenta, śladu depresji dziecięcej, niezdolności do odzwierciedlenia psychicznego, braku aktywności. Te początkowo niezauważalne ślady braku odzwierciedlenia przez matkę w dzieciństwie mają miejsce w kontekście zatarcia bardziej jawnych punktów odniesienia, niemożności rozpoznania znaczenia zachowań macierzyńskich. Może to rodzić u dziecka poczucie winy i wzmacniać mechanizmy obronne rozwinięte przeciwko dziecięcej depresji. W konsekwencji dziecko nie potrafi rozwiązać problemu, ponieważ nie jest on ani dostrzegany, ani nazwany, a także nie może być poddany procesowi mentalizacji.

„Kompleks martwej matki” został opisany przez André Greena w 1980 roku [za: 3] jako uzupełnienie teorii psychoanalitycznej w odniesieniu do okresu prekonfliktualnego (przed fazą rozwoju, do którego odnosi się opis kompleksu Edypa). Jego cechą jest uszkodzenie rozwoju psychicznego dziecka wynikające z pozbawienia psychicznej obecności matki, a jednocześnie z niemożności przeżywania żałoby w związku z tą nieobecnością. „Brak psychicznego odzwierciedlenia przez matkę nieobecną psychicznie, odzwierciedlenia, które jest warunkiem życia psychicznego, powoduje w obszarze nieodzwierciedlonym reprezentację pustki, psychiczne zneruchomienie, zamartwicę tkanki psychicznej [...]. Ów obszar zdrętwiały psychicznie pozostaje jako nierozpoznawalny, martwy. Im wcześniej zaistniała ta trauma, tym trudniej człowiekowi zlokalizować się w swej wewnętrznej przestrzeni” [3, str. 141]. Zdaniem Walewskiej „kompleks martwej matki” odnosi się do doświadczeń związanych z doznaniem bolesnej pustki oraz ich powiązania z procesami przedświadomymi [3].

Drugim zagadnieniem, które chcę poruszyć, jest działanie leków przeciwdepresyjnych. W odniesieniu do leków z grupy SSRI opublikowane w ostatniej dekadzie prace podnoszą kwestię ich wpływu na przetwarzanie informacji emocjonalnych. Zdaniem Harmer [4, 5] oraz Harmer i wsp. [6] leki przeciwdepresyjne działają poprzez odwrócenie negatywnego zakłócenia przetwarzania informacji związanych z depresją i lękiem. Wyjściowo, przed leczeniem, sposób przetwarzania informacji o znaczeniu emocjonalnym jest zakłócony. To negatywne zakłócenie poznawcze charakteryzujące osoby z depresją jest według cytowanej teorii korygowane przez leki o działaniu przeciwdepresyjnym. Działanie leków przeciwdepresyjnych pojawia się stosunkowo wcześniej po ich podaniu, a zmieniony pod wpływem leczenia na bardziej pozytywny sposób przetwarzania informacji („odbioru otoczenia”) prowadzi stopniowo do coraz większej ilości pozytywnych stymulacji interakcyjnych, większej ilości wzmocnień społecznych, korzystnych zmian zachowania, a w końcowym efekcie do poprawy nastroju. Ten ostatni efekt działania leków wynika jednak w sposób pośredni z interakcji poprzedzających go elementów, takich jak zmiany w przetwarzaniu informacji, zmiany subiektywnego przeżywania oraz ich efekty dla interakcji społecznych i zachowania.

Zwiększenie przekąźnictwa serotonergicznego prowadzi do zmiany sposobu przetwarzania informacji emocjonalnych, np. dotyczących odbioru mimiki innych osób, interpretacji bodźców społecznych, odnoszenia do siebie pozytywnych cech i opisów, pojawienia się pozytywnych śladów pamięciowych. To z kolei powoduje bardziej pozytywne spostrzegania samego siebie i otoczenia (przypisywanie sobie pozytywnych cech, spostrzeganie pozytywnego odbioru społecznego własnej osoby oraz analogiczne procesy) i ma wpływ na zachowania społeczne (więcej interakcji z możliwością postrzegania ich w pozytywny sposób), większą asertywność, poprawę w zakresie funkcjonowania społecznego. W ostatecznym efekcie następuje poznawcza i psychologiczna rekonstrukcja oraz towarzysząca jej poprawa nastroju.

Przetwarzanie informacji o znaczeniu emocjonalnym, opisywane w tym kontekście, pozostaje poza świadomą kontrolą i poza możliwościami bezpośredniego subiektywnego spostrzegania. Dopiero ostateczny efekt tych procesów, na przykład w postaci poprawy nastroju lub zmian aktywności, jest subiektywnie i obiektywnie spostrzegany i oceniany jako ustąpienie objawów depresji. Klinicznie obserwowane opóźnienie początku działania leków przeciwdepresyjnych wynika z tego, że poprawa w zakresie nastroju jest pośrednim i odłożonym w czasie efektem wielu zmian inicjowanych przez podanie leku. Zagadnienia te omówiono szczegółowo w piśmiennictwie polskim [7, 8].

Opis przypadku

Pacjent lat 40, wykonujący zawód artystyczny, nigdy nieleczony psychiatrycznie. Podjął psychoterapię przed dwoma laty w związku z wydarzeniem w miejscu pracy, które oceniał jako bardzo poważne zajście (katastrofalne), pomimo że nie spowodowało ono dla niego dalszych konsekwencji. W tym okresie nie ujawniał żadnego zespołu psychopatologicznego, a celem podjęcia terapii było poradzenie sobie z następstwami wspomnianej wyżej sytuacji. Mniej więcej 1,5 roku wcześniej pacjent nawiązał relację intymną, w którą bardzo zaangażował się emocjonalnie. Poprzednio był w związku małżeńskim, który zakończył

się rozwodem przed 6 laty. Następnie był zaangażowany w kilka następujących po sobie związków (w określonym czasie zawsze z jedną partnerką). Po kilku miesiącach aktualnego, udanego, związku, jego jakość uległa stopniowemu pogorszeniu. Partnerka zaczęła okazywać mu znacznie mniejsze zainteresowanie i spędzać z nim mniej czasu. Związek ten stał się dla niego frustrujący, wywoływał następujące naprzemiennie emocje przygnębienia, złości oraz chęci naprawienia relacji. Po kilku miesiącach wystąpiły zaburzenia snu, nasilony niepokój i drażliwość, spadek efektywności pracy, labilność emocjonalna oraz uporczywe myśli o związku. W tym czasie zaproponowano mu podanie leku nasennego, jednakże odmówił.

W trakcie sesji psychoterapeutycznych pacjent powtarzał słowa i argumentacje partnerki dotyczące ich związku. Większa część sesji rozgrywała się według następującego scenariusza: pacjent mówił początkowo o swojej złości i frustracji z powodu postępującego rozpadu związku, następnie „kontrargumentował” to słowami partnerki, która wyjaśniała mu, dlaczego „tak musi być”, następnie ponownie wyrażał swoją frustrację i kolejny raz przytaczał jej słowa określające warunki i ograniczenia ich związku. W ten sposób jego własne myślenie było przeważnie „nieobecne” w trakcie sesji. Pacjent nie wypowiadał się we własnym imieniu, wszelkie opinie pochodziły od partnerki, natomiast on sam wyrażał smutek, lęk, złość, frustrację. W trakcie sesji zostało to wspólnie nazwane „mówieniem Magdą” (imię zmieniono). Pacjent „nie mówił sobą, mówił nią”.

W trakcie tych spotkań pacjent dokonywał także bardzo licznych i pełnych zaskoczenia porównań pomiędzy relacją swojej partnerki z jej dzieckiem a swoją sytuacją w okresie dzieciństwa. Zaskakiwało go zaangażowanie matki w sprawy dziecka, jej obecność przy nim, znajomość jego spraw, troska i opieka. Pacjent odkrył w tym czasie, że w okresie jego dzieciństwa nie doświadczył niczego podobnego, a nawet nie wiedział, że tak może wyglądać relacja dziecko—matka.

W tym okresie zaszły także poważne zmiany w sytuacji majątkowej, zawodowej i społecznej pacjenta, które były bezpośrednimi i pośrednimi konsekwencjami związku. Pacjent utracił znaczne sumy pieniędzy, został przeniesiony na niższe stanowisko w pracy, zaprzepaścił wiele, nie podtrzymywanych, relacji społecznych. Musiał także zmienić miejsce pobytu i zamieszkał w wynajętym, „obcym” dla siebie mieszkaniu.

Na zerwanie związku przez partnerkę pacjent zareagował bardzo emocjonalnie. Wystąpiły: poważne zaburzenia snu, obsesyjne myślenie o partnerce, napady płaczu (pacjent płakał wielokrotnie w ciągu dnia w pracy), napady złości, silnie wyrażane poczucie tęsknoty, płacz w każdej sytuacji przypominającej partnerkę i przy każdym pytaniu osób z otoczenia o nią. Kiedyś nie wytrzymał tego — wyszedł, wziął urlop na kilka dni i przestał chodzić do pracy. Na pewien okres utracił możliwości normalnego funkcjonowania, wykonywania pracy, podtrzymywania kontaktów społecznych. Zamknął się w domu oglądając całymi dniami filmy na dvd, aby zagłuszyć swój ból. Zaczął zgłaszać gorsze samopoczucie poranne i lepsze w godzinach wieczornych, obniżenie nastroju, spadek aktywności, sen płytki, przerywany oraz uczucia złości, nad którymi trudno mu było sprawować kontrolę.

W trakcie spotkań terapeutycznych pacjentowi ponownie zaproponowano podanie leków ułatwiających zasypianie, jednakże ponownie odmówił. Argumentował, że wzięcie leków oznaczałoby ostateczny koniec związku z partnerką.

Kiedy po pewnym czasie powrócił do pracy, spotkał się z silnym naciskiem otoczenia, „aby coś wziął”. Jego stan budził tak duży niepokój osób z otoczenia, że nalegały, aby zaczął zażywać jakieś leki (ponieważ nadal płakał w pracy i nie funkcjonował w roli zawodowej). Pacjent wyraził zgodę na przyjmowanie leku nasennego w chwili, gdy, jak twierdził, spał jedną godzinę w ciągu nocy. Telefonicznie zgłosił jednak, że lek słabo działa, ponieważ śpi po jego przyjęciu około 5—6 godzin i wybudza się o 4 nad ranem. W trakcie spotkania okazało się, że równocześnie z przyjmowanym lekiem zaczął pić alkohol. Na kolejnym spotkaniu poprosił o podanie „innego” leku, który pomógłby mu w poradzeniu sobie z narastającymi problemami i cierpieniem. Zaproponowano escitalopram w dawce 10 mg na dobę.

Sesja I (czwarty dzień po pierwszej dawce leku)

W trakcie tego spotkania pacjent poinformował, że rozpoczął przyjmowanie leku. Sesja była poświęcona jego przeżyciom w związku z relacją z partnerką, jednak kilka jej wątków odnosiło się do przyjmowanego leku. Pacjent mówił między innymi o swojej decyzji co do wzięcia leku. Była ona powiązana z uczuciem upokorzenia, jakiego zaczął doznawać w relacji. Dzień przed przyjęciem pierwszej tabletki escitalopramu spotkał się z partnerką. Opowiedział, że płakał, krzyczał, doszło do konfliktu, w pewnym momencie upadł w jej obecności. Jak mówi „czuł, że ona nim pogardza, że jest taki słaby”. Dwa dni wcześniej wyjechał do innego miasta, spotkał się ze znajomymi i, jak relacjonował, także czuł ich litość. Odczucie pogardy ze strony partnerki i to, że otoczenie się nad nim lituje, miały znaczenie dla decyzji o zgodzie na zażywanie leku. Pacjent widział kontekst rozpoczęcia leczenia jako poddanie się, klęskę, własny ostateczny upadek. Relacjonował, że dotychczas zawsze starał się być samodzielny i polegać na sobie. W tym okresie dowiedział się, że partnerka planuje kilka dłuższych wyjazdów, w trakcie których nie będzie mógł mieć z nią żadnego kontaktu. Relacjonował, że „nie będzie jej najpierw kilka dni”, „potem zaraz wyjeżdża i nie będzie jej dwa tygodnie”.

W trakcie spotkania zauważano na rękach pacjenta plaster. Zapytany, poinformował, że poszedł zapisać się do chirurga, celem usunięcia zmiany skórnej, i została ona usunięta „od ręki”. W dalszej rozmowie okazało się, że tego samego dnia (drugi dzień przyjmowania leku) zapisał się na zajęcia sportowe oraz wyszedł wieczorem ze znajomymi na koncert. Wszystkie te czynności planował od miesięcy lub lat i nie mógł ich zrealizować. Zmiana skórna była obecna od dawna i od kilku lat chciał „coś z nią zrobić”, o konieczności powrotu do poprzednio uprawianego sportu mówił w trakcie spotkań od roku, od mniej więcej roku nie był też w stanie wyjść wieczorem, ponieważ czekał na telefon od partnerki.

Podczas tego spotkania stała się także widoczna zmiana dotycząca kontaktu z pacjentem. Zapytano go, czy dostrzega różnicę pomiędzy aktualną sesją a tymi z ostatnich miesięcy. Po chwilowym zastanowieniu odpowiedział „Mówię sobą? Nie mówię Magdą?”. To sformułowanie potwierdziło wrażenie prowadzącego spotkanie. Pacjent w trakcie sesji wypowiadał własne sądy i opinie. Nie był tak „zalaný” przez gniew, złość i frustrację. Mówił ze swojego punktu widzenia, opisywał emocje, których doświadczał, i myśli, które przychodziły mu do głowy w związku z wydarzeniami ostatnich dni. Stanowiło to bardzo wyraźną, uderzającą różnicę w stosunku do przebiegu ostatnich spotkań.

Sesja II (11. dzień od rozpoczęcia podawania leku)

Kolejna sesja, podobnie jak poprzednia, uwioczniała zaszłe w pacjencie zmiany sposobu przeżywania. Wypowiadał się we własnym imieniu, używając takich sformułowań, jak „myślę”, „wiem”, „kiedy to analizuję”, lub ewentualnie „nie wiem, co o tym myśleć”. Sesja ta nie była zdominowana przez emocje złości i frustracji. Stało się możliwe wiązanie jego aktualnych przeżyć z relacją z matką oraz rozmowa na temat przeniesienia w relacji terapeutycznej. Pacjent był wychowywany wyłącznie przez matkę, jego ojciec opuścił rodzinę we wczesnym dzieciństwie chłopca. W trakcie spotkania pacjent podzielił się swoim poczuciem, że w relacji z drugą osobą musi być „pomocny” oraz odtworzył uczucia bycia „kłopotem” dla matki, chęć nieobarczania jej swoimi sprawami, samotność i izolację emocjonalną od niej. Wspominał, jak matka była zadowolona, gdy siedział sam w swoim pokoju i zajmował się sobą nie angażując jej czasu ani uwagi. Podobny brak zaangażowania matki w jego sprawy szkolne sprawiał, że starał się nie sprawać w tym zakresie problemów i matka nie chodziła na wywiadówki, „bo nie musiała”. Jej nieobecność emocjonalna sprawiała, że starał się jej nie obciążać swoim istnieniem, być samowystarczalny i pomocny dla niej. Przypomnił sobie także, że w dzieciństwie godzinami „kiwał się”.

W relacji przeniesieniowej w terapii pacjent ujawnił analogiczne odczucia — racjonalizowane opiniami, że relacja terapeutyczna wynika z wykonywania przez lekarza swojego zawodu, jest wyłącznie profesjonalna i nie wiąże się z jakimkolwiek osobistym zaangażowaniem. Także w tym kontekście przeżywał osobę terapeuty jako kogoś w gruncie rzeczy nieobecnego emocjonalnie, zdystansowanego, zniecierpliwionego jego problemami i brakiem ich skutecznego rozwiązywania. Słowa pacjenta, rozpoczynające sesję „dzis dalszy ciąg opery mydlanej” zostały zrozumiane następująco: „przepraszam, wiem, że jest pan już tym zniecierpliwiony, ale wszystko jest tak samo jak przy naszym poprzednim spotkaniu, czuję się z tym głupio wobec pana, ale nie umiem nic zmienić”. Te przeniesieniowe uczucia były odzwierciedleniem tego, czego pacjent doświadczał w relacji z matką — chęci, aby sam poradził sobie z codzienną egzystencją i problemami, nie angażując jej w swoje sprawy. W przypadku matki były one na poziomie racjonalnym przypisywane przeżyciom jej rodziców w czasie Holocaustu, w przypadku terapeuty — bezosobowości relacji profesjonalnej.

Omówienie

Wprowadzenie leku przeciwdepresyjnego (escitalopramu) związane było ze zmianą sposobu wypowiedzi i wyrażania emocji przez pacjenta w trakcie psychoterapii. Nastąpiła ona przed upływem 2 tygodni leczenia i nie towarzyszyła jej poprawa nastroju. Zmiana ta wyrażała się zmniejszeniem nasilenia negatywnych emocji (gniewu, złości) oraz zwiększeniem możliwości myślenia, kojarzenia i dokonywania oceny.

Takie spostrzeżenie kliniczne były już publikowane przez psychoanalityków. W 1987 r. H.W. Wylie i M.L. Wylie [9] opisali przypadek pacjentki, która została początkowo zakwalifikowana do psychoanalizy, jednak w toku analizy okazało się, że występują poważne ograniczenia w relacji psychoanalitycznej. Dopiero zastosowanie leku sprawiło, że mogła być wobec niej prowadzona klasyczna psychoanaliza z interpretacją pola przeniesieniowego.

Opis ten dotyczy 39-letniej chorej z rozpoznaniem depresji i trudnościami osobistymi. Kwalifikujący ją do rozpoczęcia procesu analitycznego psychoanalityk stwierdził, że spełnia ona kryteria APA pozwalające na podjęcie leczenia. Jednakże w toku analizy okazało się, że nie jest w stanie osiągnąć zrozumienia charakterystyki psychoanalitycznej sytuacji, w której mówi się o aktualnym przeżyciu analizując je (przyglądając się mu) z pewnym emocjonalnym dystansem. Kiedy tylko psychoanalityk oferował interpretację przeniesieniową, pacjentka oponowała, mówiła, że to absurd, że „nie może sobie wyobrazić takiej rzeczy”. Tematy możliwe do interpretacji pozostawały na zewnątrz gabinetu i nie można ich było przenieść w pole wzajemnej relacji, w pole przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowe.

Poza tym wymiarem, w wielu względach wytworzyło się silne przymierze terapeutyczne pacjentki z analitykiem. Po rozważaniach i znalezieniu wsparcia w literaturze, zdecydowano o podaniu leku przeciwdepresyjnego. Pacjentka otrzymała fenelzynę. Miesiąc od rozpoczęcia leczenia po raz pierwszy zaczęła mówić o uczuciach przeniesieniowych do analityka. Od tego czasu było możliwe wzięcie przez nią pod uwagę przeniesieniowych interpretacji. Badanie pragnień, snów, fantazji i zagrażających myśli, które wcześniej były nieosiągalne, obce dla niej i nieświadome — stało się możliwe. Poza analizą także nastąpiły zmiany w relacjach pacjentki z innymi ważnymi osobami, np. z matką. Pacjentka podczas farmakoterapii pozostawała w klasycznej analizie cztery razy w tygodniu.

H.W. Wylie i M.L. Wylie uważają, że pacjentka była w stanie podjąć pracę analityczną dzięki wzmocnieniu i integracji rozszczepionych części psychicznych, co było odbiciem efektu farmakologicznego leku, zmniejszenia uczuciowej wrażliwości, możliwości emocjonalnego zranienia i poprawy nastroju. Po podaniu leku była w stanie tolerować poczucie wrażliwości uczuciowej w przerabianiu najważniejszych elementów represjonowanego materiału.

W odczuciu autora tej pracy analogiczny proces zachodził także w opisywanym przypadku, i to w początkowym okresie podawania leku (pierwsze dwa tygodnie leczenia). Podanie leku zmieniło „podatność” pacjenta na rozmowę jako nośnik oddziaływań terapeutycznych. Umożliwiło pozyskanie ego pacjenta dla terapii. W okresie poprzedzającym podanie leku pacjent ujawniał wyraźne symptomy depresyjne oraz wiele uczuć frustracji, złości, agresji, gniewu, a jego wypowiedzi były w większości wyrazem identyfikacji z opiniami utraconego obiektu miłości. Z rzadka i dopiero w końcowych momentach sesji wypowiadał się we własnym imieniu, co zresztą prawie natychmiast przeradzało się w „kontrargumentowanie” tego słowami utraconej partnerki. Sesje były więc konglomeratami wyrażania frustracji i uwewnętrznionych cudzych opinii. Już kilka dni po podaniu leku sytuacja ta uległa zmianie, co w trakcie sesji stało się także widoczne dla samego pacjenta („Mówię sobą? Nie mówię Magdą?”).

Decyzja o podjęciu farmakoterapii

Decyzja pacjenta o wzięciu leku była dla niego równoznaczna z przyznaniem się do ostatecznej słabości i upadku. Miała więc kontekst poczucia wartości (narcystyczny). Pacjent, który dotychczas miał poczucie sprawowania kontroli nad własnym życiem, utracił je. Symbolicznym i konkretnym tego wyrazem był jego upadek w trakcie spotkania z byłą partnerką. Dopiero, kiedy upadł, kiedy stracił zdolność funkcjonowania społecznie i zawodowo, zdecydował się na przyjęcie leku.

Analogiczne znaczenie miało rozpoczęcie picia alkoholu wraz z rozpoczęciem przyjmowania leku nasennego. Pacjent dotychczas chlubił się, że nigdy się nie upił i nigdy nie stracił kontroli nad swoim zachowaniem. Wzięcie leku i picie alkoholu miały dla niego to samo emocjonalne znaczenie — nieradzenia sobie z samym sobą. Poddanie się kontroli substancji psychoaktywnych było dla niego równoznaczne z jego upadkiem.

W tym samym czasie przyjęcie leku miało także zapewne drugie, mniej świadome znaczenie, związane z przeżyciami narcystycznymi: pragnieniem bycia wzmocnionym czy odbudowanym dzięki temu działaniu. Oceniając swoją sytuację jako stan katastrofy narcystycznej pacjent sięgnął po lek jako środek wzmacniający ego, umożliwiający jego naprawę i odbudowanie poczucia własnej wartości.

Lek w kontekście depresji

Zgoda pacjenta na przyjęcie escitalopramu nastąpiła w sytuacji, gdy po kilku miesiącach nasilonego stresu pojawiły się niewątpliwe objawy depresyjne. Ale obecna depresja nie była jedyną depresją w jego życiu. Jak można sądzić, przeżył on już depresję dziecięcą (na co wskazywać mogą jego samotność i długotrwałe „kiwanie się”).

Wiązało się to z zakłóceniem sposobu nawiązywania relacji w dorosłym życiu. W związku z partnerką wszedł w bardzo silną relację zależności i identyfikacji. Relacjonował opinie znajomych mówiących, że stracił wszystkie granice i stał się najzupełniej zależny od partnerki. Po zerwaniu związku jego przeżycia zostały z kolei zdominowane przez uczucia frustracji i złości oraz identyfikacje z partnerką, co zakończyło się depresją.

Zarówno w odniesieniu do oddziaływań psychoterapeutycznych, jak i do farmakoterapii można przesledzić kilka, powiązanych ze sobą wątków. Po pierwsze, pacjent zgłosił się celem podjęcia psychoterapii w sytuacji, którą odczuwał jako „katastrofę” w pracy, a na przyjmowanie leku zgodził się w chwili katastrofalnego załamania się sytuacji osobistej.

W relacji z terapeutą w przeniesieniu pacjent odczuwał jego stosunek jako emocjonalny dystans. Odtwarzał w przeżyciu uczucia terapeuty jako zimne, profesjonalne, nacechowane co najwyżej chwilową empatią, pełne zniecierpliwienia i zawodu. W przeniesieniowej relacji z terapeutą odtwarzał dziecko w dramacie kompleksu „martwej matki” opisanego przez André Greena [2]. Przeżywał samego siebie z pozycji dziecka, które przeprasza, że ma problemy, i nie wie nawet, że możliwa jest inna relacja — doznawanie troski i opieki.

Można zwrócić uwagę, że na przyjmowanie leku pacjent zdecydował się dopiero w ostatecznie upokarzającej dla niego sytuacji. Nie skłoniło go do tego własne wielomiesięczne cierpienie i depresja, tylko upokorzenie i litość otoczenia, a więc dopiero chęć odbudowania poczucia własnej wartości w momencie jego definitywnego załamania. Własna depresja, cierpienie nie były stanem, który jego zdaniem wymagałby pomocy. Zdecydował się na przyjmowanie leku, kiedy partnerka zobaczyła go słabego, upadłego, i pojawił się chłód emocjonalny i pogarda w jej oczach. Moim zdaniem nie bez znaczenia były także plany wyjazdowe partnerki, o których nawet go nie poinformowała (pacjent wiedział o nich od jej dziecka). Na wzięcie leku zdecydował się, kiedy w relacji z partnerką reaktywowały się przeżycia głębokiego opuszczenia bez dostępu do procesu wewnętrznej żałoby: partnerka odtworzyła w relacji z nim emocjonalnie „martwą matkę”. Była to sytuacja, w której ona wyjeżdża, staje się nieobecna, nie uwzględniając w żaden sposób jego stanu emocjonalnego

ani potrzeb. Pacjent nie zgadzał się na przyjmowanie leku, kiedy partnerka była obecna, nawet jeżeli relacja z nią była skrajnie frustrująca, ale nadal możliwa, pomimo doznawanego cierpienia. Przyjął lek dopiero, kiedy ona miała zniknąć, stać się emocjonalnie i fizycznie niedostępna, tak jak w jego dzieciństwie jego matka.

Przetwarzanie informacji emocjonalnych

Zmiana sposobu przeżywania i kontaktu z terapeutą może być w opisanym przypadku hipotetycznie wiązana ze zmianami sposobu przetwarzania informacji emocjonalnych pod wpływem podawania leków przeciwdepresyjnych. Poświęcono temu zagadnieniu fragment we wstępie tej pracy. Zmiany te były związane z przetwarzaniem informacji na temat mimiki innych osób, dostępnością pozytywnych charakterystyk i pozytywnych wspomnień [4, 5, 6, 7, 8]. Takie dane jednak mogą być pochodną zastosowanych metod badawczych. Innymi słowy, stwierdzono eksperymentalnie, że zmiany przetwarzania informacji pod wpływem leków odnoszą się do wspomnianych zakresów, ale nie jest pewne, czy wyłącznie do nich. W tym kontekście interesującą kwestią jest podjęcie przez pacjenta dawno odkładanych aktywności kilka dni po rozpoczęciu leczenia. W ciągu jednego dnia wykonał on kilka czynności, których realizacja była od dawna przekładana. Wyłącznie w kategoriach domniemań można postawić pytania: Czy była to przypadkowa koincydencja? Czy był to wyraz efektu placebo? Czy działania te były związane z modyfikacją przetwarzania informacji o znaczeniu emocjonalnym pod wpływem leku? W moim odczuciu dla efektu psychoterapii miały znaczenie zarówno zmniejszenie nasilenia negatywnych emocji złości i frustracji, jak i zmiany sposobu przetwarzania informacji emocjonalnych, co zaowocowało większą integracją i wzmocnieniem ego.

Podsumowanie

Moim zdaniem przedstawiony wyżej opis przypadku nasuwa wiele dalszych pytań. Są to między innymi pytania o jednoczesne stosowanie psychoterapii i farmakoterapii zarówno w kontekście ich synergistycznego działania, jak i zróżnicowania poziomów oddziaływania obu tych modalności. Są to pytania o warsztat pracy terapeuty i lekarza psychiatry oraz narzędzia umożliwiające rozumienie zachodzących w trakcie leczenia złożonych procesów. Są to także pytania o podawanie leków w kontekście depresji obecnej, ale także przebytej w dzieciństwie przez pacjenta. Leki te niewątpliwie przynoszą ulgę w odniesieniu do aktualnych objawów depresyjnych, ale czy modyfikują także emocjonalno-relacyjne bliźny przeszłości?

Piśmiennictwo

1. Freud Z. Poza zasadą przyjemności. Warszawa: PWN; 1997, s. 71.
2. Walewska K. Progi narodzin. Rola teorii w pracy psychoanalitycznej. Doświadczenia własne. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011, s. 92–107.
3. Walewska K. Współczesna teoria André Greena. W: Walewska K, red. Psychoanaliza współcześnie. Nurt francuski. Warszawa: MediPage; 2007, s. 130–144.
4. Harmer CJ. Serotonin and emotional processing: does it help explain antidepressant drug action? *Neuropharmacol.* 2008; 55: 1023–1028.

5. Harmer CJ. Antidepressant drug action: a neuropsychological perspective. *Depress. Anxiety* 2010; 27: 231–233.
6. Harmer CJ, Goodwin GM, Cowen PJ. Why do antidepressants take so long to work? A cognitive neuropsychological model of antidepressant drug action. *Brit. J. Psychiatry* 2009; 195: 102–108.
7. Murawiec S, Mosiołek A. Neuropsychologiczna poznawcza hipoteza działania leków przeciwdepresyjnych — przegląd piśmiennictwa. *Psychiatr. Pol.* 2010; 44: 871–880.
8. Linke M, Murawiec S. Wpływ leków przeciwdepresyjnych z grupy SSRI na przetwarzanie informacji emocjonalnych w leczeniu depresji — wyniki badań kognitywnych i neuroobrazowych. *Farmakoter. Psychiatr. Neurol.* 2010; 3–4: 141–147.
9. Wylie HW, Wylie ML. An effect of pharmacotherapy on the psychoanalytic process: case report of a modified analysis. *Am. J. Psychiatry* 1987;144: 489–492.

Adres: Sławomir Murawiec
Centrum Zdrowia Psychicznego IPiN
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa,
tel: (22) 45 82 751, e-mail: murawiec@ipin.edu.pl

Konferencja Trzech Sekcji Psychoterapii „Czy psychoterapia zmienia mózg? Znaczenie dla praktyki psychoterapii” Kraków, 21–23 października 2011

Szanowne Koleżanki,
Szanowni Koledzy,

Gorąco zapraszamy do udziału w corocznej wspólnej konferencji Sekcji Naukowej Psychoterapii i Sekcji Naukowej Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

W tym roku zapraszamy do przyjazdu w dniach 21–23 października do Krakowa, gdzie konferencja będzie organizowana przez Katedrę Psychoterapii UJ CM. Obrady będą się odbywać w nowoczesnym i doskonale zlokalizowanym Centrum Dydaktyczno-Kongresowym Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Spotkamy się, aby móc rozmawiać nt. „Czy psychoterapia zmienia mózg? – Znaczenie dla praktyki psychoterapii”. Tak brzmi temat Konferencji i jemu będą podporządkowane obrady plenarne, jednak wszystkich Państwa zapraszamy do udziału i prezentacji prac na wszelkie aktualne tematy w ramach sesji równoległych, warsztatowych i posterowych.

Mamy nadzieję, że udział w Konferencji dla nas wszystkich stanie się okazją do miłych spotkań, ważnych dyskusji i głębokiej nauki. Pozdrawiamy oczekując na spotkanie w październiku,

Prof. Czesław Czabała – Przewodniczący Komitetu Naukowego
Dr hab. Krzysztof Rutkowski – Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego

Zgłaszanie prezentacji

Zapraszamy do nadsyłania zgłoszeń: sesji tematycznych, wystąpień w ramach sesji tematycznych, warsztatów, dyskusji klinicznych, superwizji, plakatów. Zgłoszenia zawierające tytuł i treść streszczenia do 200 słów, imiona i nazwiska autorów wraz z afiliacją, wskazanie osoby prezentującej i jej adres mailowy, a także rodzaj zgłaszanej prezentacji należy przesyłać na adres: jerzy.sobanski@uj.edu.pl

Termin przyjmowania streszczeń upływa 30 czerwca 2011.

Oplaty konferencyjne

Wysokość opłat konferencyjnych*	Członkowie trzech Sekcji	Nie członkowie	Studenci studiów magisterskich i lekarskich
Do 30 czerwca 2011	500 PLN	650	300
Od 1 lipca do 15 września 2011	600 PLN	700	350
Od 16 września możliwość wpłat tylko w trakcie konferencji	700 PLN	750	400

*Ceny nie zawierają bankietu. Dodatkowa opłata za bankiet wynosi 150 PLN.

Oplatę konferencyjną wraz z opłatą za bankiet należy przesłać na konto Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego nr konta: 50 1020 1068 0000 1802 0072 6281, adres: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne Sekcja Naukowa Psychoterapii 02- 957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9.

Zgłoszenie udziału w konferencji zawierające imię i nazwisko, dane do faktury (nazwę i adres firmy oraz nr NIP), a także datę i kwotę przelewu oraz informację o udziale w bankiecie należy przesyłać na adres konferencja3sekcje@gmail.com

Komitet naukowy:

Prof. Czesław Czabała – przewodniczący
Prof. Jerzy W. Aleksandrowicz
Prof. Bogdan de Barbaro
Prof. Jacek Bomba
Prof. Hanna Jaklewicz
Dr hab. Barbara Józefik
Prof. Irena Namysłowska
Dr hab. Krzysztof Rutkowski
Prof. Maria Siwiak-Kobayashi

Komitet organizacyjny:

Dr hab. Krzysztof Rutkowski – przewodniczący
Dr Edyta Dembińska – sekretarz
Dr Rafał Antkowiak
Dr Paulina Klonowska-Woźniak
Dr Lidia Popek
Mgr Zbigniew Jabłoński
Mgr Katarzyna Klasa
Lek. Michał Mielimąka
Lek. Łukasz Müldner-Nieckowski
Lek. Agnieszka Murzyn
Dr Jerzy A. Sobański
Lek. Krzysztof Tokarz

Organizator: Katedra Psychoterapii UJCM