

Władysław Sterna<sup>1</sup>, Anna Sterna<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki Sp. z o. o. w Gorzowie Wielkopolskim

<sup>2</sup>Oddział Leczenia Zaburzeń Nerwicowych i Osobowości w Międzyrzeczu

# Psychoterapia a farmakoterapia — czy można je łączyć?

*Psychotherapy and pharmacotherapy — can it be combined?*

## Abstract

*As the progress in psycho-pharmacological research goes, one began to emphasize the sense of combining pharmacotherapy and psychotherapy as a parallel treatment methods. Such an approach, in the light of the recent knowledge is proving to be more effective in treating schizophrenia, major depression, anxiety disorders, bipolar disorder, obsessive-compulsive disorder, dysthymia, bulimia and addiction to nicotine. In the reviewed studies there is a recommendation to combine psychotherapy and pharmacotherapy in such disorders as somatization disorder, borderline personality or erectile dysfunction. Pharmacotherapy is combined with different types of psychotherapy: cognitive-behavioral psychotherapy, psychodynamic psychotherapy, interpersonal psychotherapy, supportive psychotherapy and others. Combining pharmacotherapy and psychotherapy, both in an integrated and split approach becomes an increasingly common method of mental disorders' treatment. The author presents the views on combining the pharmacotherapy and psychotherapy, summarizes the arguments of supporters and opponents of this approach and points to the problems resulting from the combination of both methods.*

**Psychiatria 2016; 13, 2: 84–91**

**Key words:** *psychotherapy, pharmacotherapy, integrated treatment*

## Wstęp

W okresie, gdy zaczęto wprowadzać leki psychotropowe, pojawił się pogląd o hierarchii leczenia. Leczenie psychologiczne (analityczne) było postrzegane, jako głębokie, leczące i takie, które nie powinno być zakłócanie — o ile to możliwe — lekami. W tym ujęciu leki miały znaczenie tylko w łagodzeniu objawów zaburzeń psychicznych i nie wpływały na konflikty psychiczne leżące u podłoża zaburzeń psychicznych.

Taki pogląd powstał w erze dominacji leków typu barbiturany i benzodiazepiny, które przepisywane były nieraz nadmiernie i niezasadnie, z niską świadomością uzależnienia i odległych konsekwencji. Leki te nie pomagały w terapii, a wielokrotnie ją utrudniały [1].

Obecnie wyniki prac nie są już tak jednoznaczne. Skuteczne leczenie nie jest wyłącznie psychologiczne ani biologiczne; zaburzenia psychiczne są zarówno psychologiczne jak i biologiczne; psychoterapia powoduje zmiany w funkcjonowaniu mózgu, a farmakoterapia wpływa na stan umysłu. Efekt biochemiczny psychoterapii i farmakoterapii, na poziomie zmian neurotransmisji w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN), jest podobny [2–4]. W miarę postępu we wprowadzaniu nowych środków psychotropowych zaczęto podkreślać celowość łączenia farmako- i psychoterapii, jako metod równoległego postępowania. Takie zalecenia rekomendowało Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (APA, *American Psychological Association*) [5–7], publikując wytyczne w tym zakresie. W świetle badań takie postępowanie jest bardziej skuteczne w leczeniu schizofrenii, dużej depresji, zaburzeń lękowych, choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD), zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, dystymii, bulimii oraz uzależnienia od nikotyny. W literaturze obecne są również zalecenia łączenia terapii w zaburzeniach somatyzacyjnych czy oso-

## Adres do korespondencji:

Władysław Sterna  
Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki Sp. z o. o.  
ul. Walczaka 42, 66–400 Gorzów Wlkp.  
tel./faks 95 7 331 634  
e-mail: walczaka3bd@onet.eu

owości borderline [8–13]. Farmakoterapię łączy się z różnymi rodzajami psychoterapii: poznawczo-behawioralną, psychodynamiczną, interpersonalną, wspierającą i innymi. Łączenie psycho- i farmakoterapii staje się też coraz częściej obserwowanym faktem. W Stanach Zjednoczonych w stanie Nowy Meksyk i Luizjanie przyznano prawo przepisywania psychologom określonych środków pod warunkiem przestrzegania wytycznych i algorytmów, powstały odrębne szkolenia na temat zasad psychofarmakologicznych dla psychologów.

Psychoterapia i farmakoterapia mogą być prowadzone w sposób zintegrowany lub rozdzielony [14].

### **Łączenie psychoterapii i farmakoterapii**

Dyskusja związana z równoczesnym stosowaniem leków i psychoterapii toczy się na łamach piśmiennictwa od lat. Jest również obecna w bieżących rozmowach klinicystów. Wydaje się, że w ostatnich latach przybywa zwolenników łączenia psychoterapii i farmakoterapii w konkretnych przypadkach. Śledząc dyskusję na ten temat, warto zauważyć argumenty podnoszone przez obie strony. Przeciwnicy łączenia farmakoterapii i psychoterapii podnoszą między innymi następujące argumenty [15–19]:

- stosowanie leków powoduje łagodzenie objawów a przez to zmniejsza motywację do uzyskania wglądu w istniejące problemy i także do przeprowadzenia potrzebnych zmian;
- stosunkowo szybka poprawa samopoczucia po lekach może wzmacniać tendencję do uzyskiwania natychmiastowej gratyfikacji, a w ten sposób osłabiać udział w terapii, która po opanowaniu objawów staje się wyłącznie „przykra”;
- wprawdzie leki łagodzą objawy zaburzeń takich jak schizofrenia, ChAD, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, to pacjenci nadal cierpią z powodu utrzymujących się trudności psychospołecznych, interpersonalnych, niemożności rozwiązywania bieżących problemów życiowych — w tych kwestiach leki nie są pomocne;
- według teorii uczenia się zależnego od stanu to, czego pacjent nauczył się w procesie psychoterapii połączonym z farmakoterapią, będzie możliwe do wykorzystania, tylko gdy będzie przyjmował leki;
- farmakoterapia może powodować mniej świadomą kontrolę objawów, co daje większe ryzyko nawrotu choroby po odstawieniu leków, a to negatywnie wpływa na długoterminowy wymiar terapii;
- zalecenie leku przez psychoterapeutę pogłębia stan zależności wobec niego i powoduje bardziej autorytarny jego odbiór;
- uzależniające działanie niektórych leków (BZD, benzodiazepiny) przeszkadza w przyjmowaniu pomocy psychoterapeutycznej;

- czas poświęcany pacjentowi w leczeniu zintegrowanym jest niewystarczający, gdyż jest na jednej sesji dzielony między terapię a kwestie farmakologiczne;
- przepisywanie leków może wpływać na relację lekarz–pacjent, gdyż klinicysta przepisujący leki może być postrzegany jako autorytatywny i dyktatorski a ten który ich nie przepisyje jako łagodniejszy i mniej dynamiczny (możliwe są oczywiście bardziej skomplikowane sytuacje);
- psychoterapeuta i farmakoterapeuta działają z różnych perspektyw i odwołują się do innych teorii ludzkiego zachowania się;
- psychoterapeuta pomaga w ciężkiej pracy introspekcji dotyczącej wewnętrznych konfliktów, których uwarunkowanie ma miejsce w życiu człowieka — tę pracę mogą zakłócać leki;
- farmakoterapeuta często przyjmuje rolę dominującą, w której klient musi się biernie dostosowywać — inaczej jest w psychoterapii, która jest bardziej partnerska;
- taki dualizm jest dość typowy dla naszej kultury wskazuje na dwa różne style decyzyjne oraz dwie różne drogi dojścia do rozwiązania problemu, a to nie pomaga pacjentowi;
- podczas łączenia farmakoterapii i psychoterapii pacjenci mogą błędnie przypisywać poprawę działaniu leków a nie zmianom, które dokonują się dzięki psychoterapii;
- zastosowanie leku może powodować tendencję do minimalizowania interakcji między terapeutą i pacjentem (zastosowanie leku jako stworzenie dystansu z trudnym pacjentem);
- ustąpienie objawów na skutek leczenia farmakologicznego nie jest równoznaczne z ustąpieniem samego zaburzenia. Farmakoterapia nie leczy tylko hamuje ujawnianie się objawów zaburzeń. Pacjenci nie zdają sobie z tego sprawy i ustąpienie objawów traktują jako wyleczenie co rodzi oczywiste komplikacje.

Zwolennicy łączenia farmakoterapii i psychoterapii podnoszą jednak następujące argumenty wskazujące na celowość łączenia psychoterapii i farmakoterapii [20–29]:

- już w publikacjach Anny Freud widać było, że pacjenci byli z powodzeniem leczeni obiema formami pomocy jednocześnie;
- zastosowanie leku może być wartościowym obiektem przejściowym w terapii jak i źródłem nadziei;
- coraz mniej badaczy sądzi, że farmakoterapia i psychoterapią działają na zasadzie odmiennych mechanizmów — obie metody powodują podobne zmiany biochemiczne w mózgu;
- badania nad genetycznymi i biologicznymi efektami psychoterapii silnie przemawiają za zintegrowanym modelem leczenia;
- leczenie łączone może wzmacniać siłę, prawdopodobieństwo i zakres odpowiedzi pacjenta oraz akceptację leczenia;

- to przekonanie klinicystów, że jedna z tych dróg jest zła, a druga dobra (farmakoterapia—psychoterapia) stanowi główne utrudnienie w łączeniu obu metod i nie zależy to od samych metod pomagania;
- leki mogą poprawiać koncentrację a przez to pamięć i zdolność do uczestniczenia oraz uczenia się w procesie psychoterapii;
- leki mogą redukować zniekształcone lub nieracjonalne myślenie, a przez to wzmacniać pożądane efekty psychoterapii;
- leki zmniejszając pobudzenie i lęk oraz nasilenie cierpienia — poprawiają zdolność uzyskiwania korzyści z psychoterapii;
- psychoterapia poprawia przestrzeganie zasad farmakoterapii (choć nieraz pogarsza);
- leki wpływając na funkcjonowanie energetyczne niektórych pacjentów (depresja) ułatwiają korzystanie z psychoterapii i wprowadzanie zmian życiowych;
- psychoterapia w połączeniu z lekami może spowodować usunięcie nieprawidłowości somatycznych;
- w przypadku pacjentów którzy muszą przyjmować leki i cierpią na inne ciężkie choroby zintegrowane leczenie jest skuteczniejsze.

Dodatkowo wskazuje się na to, że leczenie polegające na łączeniu psychoterapii i farmakoterapii:

- pozwala obniżyć wskaźnik nawrotów choroby,
- zmniejsza ryzyko nawrotu objawów;
- wspiera zdolność pacjenta do używania zdrowych strategii radzenia sobie,
- poprawia przestrzeganie zaleceń;
- zaburzenia, takie jak osobowość *borderline*, wymagają leczenia zintegrowanego aby skupiać się na integrowaniu a nie rozszczepianiu;
- w leczeniu rozdzielonym pacjent w razie nieobecności jednego terapeuty (choroba, urlop, wyjazd itp.) pozostaje pod opieką drugiego;
- wspólna terapia pozwala na wykorzystanie najlepszych zasobów psychiatry i terapeuty;
- w leczeniu rozdzielonym prowadzonym przez dwóch terapeutów, znacznie zwiększa się liczba informacji klinicznych niż w pojedynczej terapii;
- mogą być one jednak właściwie wykorzystane tylko w przypadku dobrej współpracy terapeutów;
- wspólne prowadzenie pacjenta uruchomi system wzajemnego wsparcia w sytuacji kryzysowej (np. próba samobójcza, impas w terapii) od osoby znającej problemy pacjenta.

#### **Leczenie zintegrowane a leczenie rozdzielone**

Połączenie psychoterapii i farmakoterapii może przybrać jedną z dwóch form — leczenia zintegrowanego lub rozdzielonego. Zintegrowane leczenie to takie, które

prowadzi jeden klinicysta (zwykle psychiatra), leczenie rozdzielone jest prowadzone przez przynajmniej dwóch klinicystów: psychiatrę i psychoterapeutę. Z badań nie wynika jasno, które podejście (zintegrowane lub rozdzielone) jest bardziej skuteczne. Farmakoterapię powinien prowadzić lekarz psychiatra, ale często prowadzą ją również lekarz rodzinny lub inny specjalista. Dzieje się tak z wielu powodów. Ważnym pytaniem jest jednak to, czy farmakoterapia odbywa się za wiedzą terapeuty i jakie znaczenie dla procesu terapii może mieć brak wiedzy terapeuty na ten temat.

Pacjenci często stosują środki, którym przypisują działanie psychotropowe, na przykład leki „ziołowe” dostępne bez recepty, leki psychotropowe otrzymywane od bliskich — nie informując o tym lekarza ani terapeuty — co również może modyfikować przebieg terapii. Znaczenie może mieć efekt farmakologiczny, ale równie ważne może być znaczenie, jakie pacjent nadaje działaniu leku, co nie musi mieć związku z efektem farmakologicznym. O ile farmakoterapię prowadzi w naszych warunkach zawsze lekarz, o tyle psychoterapię prowadzi wyszkolony w psychoterapii (lub nie) psycholog, psychiatra, terapeuta uzależnień, pielęgniarka, pracownik socjalny, ksiądz — odrębnym pytaniem jest: czy mają do tego odpowiednie kwalifikacje. Leczenie rozdzielone może odbywać się w różnych wariantach:

1. Psychiatra, który jako pierwszy dokonuje oceny pacjenta, stwierdza, że najlepszym rozwiązaniem będzie spotkanie się z innym klinicystą na psychoterapii a psychiatra nadal będzie się z spotykać z pacjentem w celu leczenia farmakologicznego i zajmowania się innymi kwestiami medycznymi.
2. Psychiatra może również dokonywać oceny pacjenta, który podaje, że terapeuta skierował go na farmakoterapię. Psychiatra zgadza się zapewnić leczenie farmakologiczne oraz inne leczenie, o ile uzna, że istnieje konieczność zapisania leków psychotropowych. Pacjent w tym wypadku kontynuuje terapię u swojego psychoterapeuty.
3. Możliwa jest również taka sytuacja, że pacjent bierze udział w psychoterapii oraz korzysta z farmakoterapii u innego lekarza. Z powodu braku poprawy zostaje skierowany do psychiatry w celu oceny i modyfikacji bądź wdrożenia innego leczenia.
4. Pacjent jest w leczeniu zintegrowanym u psychiatry. Z różnych powodów psychoterapia u niego musi się zakończyć (np. brak postępu w terapii, brak funduszy, zmiany ubezpieczeniowe, przeprowadzka do innego miasta). W tej sytuacji pacjent pozostaje pod opieką farmakologiczną u psychiatry spotykając się zdecydowanie rzadziej, a z terapii korzysta już u innego terapeuty.

Leczenie rozdzielone ma swoje zalety [30, 31]. Pozwala na pełne wykorzystanie umiejętności psychoterapeuty i psychiatry; umożliwia ekonomiczne wykorzystanie zasobów obu klinicystów; daje większą możliwość wyboru terapeuty tej samej płci, wieku, szkoły terapeutycznej itp.; umożliwia poświęcenie pacjentowi większej ilości czasu i zasobów; w tej wersji leczenia istnieje szansa na lepszą współpracę i wsparcie między terapeutą i psychiatrą. W literaturze podnoszone są również wady leczenia rozdzielonego [15]. Do takich można zaliczyć błędne spostrzeżenia pacjenta, terapeuty i/lub psychiatry, które w tej formie leczenia nie są na bieżąco konfrontowane; możliwość przepisywania niewłaściwych leków przez psychiatrę, gdy nie zna on szczegółów prowadzonej terapii; kwestie prawne i etyczne wymagające odrębnych rozważań oraz możliwość rywalizacji między terapeutą i psychiatrą. Takie leczenie jest również droższe. W leczeniu rozdzielonym koniecznym jest czytelne rozdzielenie zadań psychiatry i psychoterapeuty. Psychiatra i psychoterapeuta powinni uzgodnić zakres odpowiedzialności i obowiązków oraz sposób komunikowania się między sobą [15]. Obaj klinicyści powinni być również świadomi swoich planów dotyczących zakończenia leczenia. W literaturze wskazuje się na fakt tworzenia się w opisanej sytuacji szczególnego rodzaju trianglernej relacji pomiędzy farmakoterapeutą, psychoterapeutą i pacjentem [32] (inni autorzy dodają czwartą stronę relacji — lekarza pierwszego kontaktu [33]). Relacja ta składałaby się z trzech diadycznych związków (pacjent-psychoterapeuta, pacjent-farmakoterapeuta, farmakoterapeuta-psychoterapeuta), w każdym z nich potencjalnie mogą się ujawniać takie zjawiska psychoterapeutyczne jak np. przeniesienie czy przeciwprzeniesienie. Fakt ten wymaga świadomego uwzględnienia przez specjalistów obu dziedzin. Ponadto, zwraca się uwagę na możliwość istnienia różnic w rozumieniu włączenia trzeciej osoby do podstawowej diady pacjent-osoba pomagająca. Dla psychoterapeuty obserwowana konieczność skierowania pacjenta do farmakoterapeuty może być postrzegana jako wyraz własnej niekompetencji. Symetrycznie, sytuacja przyjęcia przez farmakoterapeutę pacjenta kierowanego z gabinetu terapeutycznego może być dla niego psychologicznie obciążająca, delegująca odpowiedzialność za „trudnego pacjenta”. Co więcej, specjaliści obu dziedzin mogą różnić się podstawowymi przekonaniem dotyczącymi pacjenta, jak na przykład etiologia zaburzenia [34]. W przypadku tak podstawowych różnic w konceptualizacji pacjenta, trudno wyobrazić sobie spójną współpracę między specjalistami. Z perspektywy pacjenta, każdy obserwowany sygnał braku zgodności ideologicznej, wzajemnego zaufania

między specjalistami czy trudności w komunikacji może rodzić uczucia utrudniające przebieg leczenia.

Imhof i wsp. [34] postulują istnienie 6 obszarów mogących rodzić trudności we współpracy pomiędzy psychoterapeutą i farmakoterapeutą:

1. Warunki współpracy. Specjaliści obu dziedzin powinni posiadać dokładną i aktualną wiedzę dotyczącą wzajemnych kompetencji, orientacji terapeutycznej czy specjalizacji. Wskazane jest, żeby specjaliści uzgodnili zakres wzajemnych kompetencji, obowiązków i odpowiedzialności względem pacjenta.
2. Poufność. Zarówno w przypadku włączenia w tok przebiegu leczenia konsultacji, jak i trwałej współpracy z drugim specjalistą, wymagane jest omówienie tego i uzyskanie zgody pacjenta na taką współpracę.
3. Ryzyko i odpowiedzialność. Zaistnienie współpracy między psycho i farmakoterapeutą niesie za sobą ryzyko, że za ewentualny błąd jednego specjalisty, odpowiedzialność ponosić będą oboje. Autor nie ma tu na myśli jedynie konsekwencji prawnych, ale również te bardziej dyskretne — konsekwencje w nastawieniu pacjenta względem osoby pomagającej.
4. Przeniesienie i przeciwprzeniesienie. Świadomość obu specjalistów o istnieniu tych zjawisk jest nieodzownym elementem skutecznej współpracy. Włączenie drugiego specjalisty do diady pacjent — osoba pomagająca jest momentem krytycznym w procesie psychoterapeutycznym i jako taki musi być on postrzegany przez obu terapeutów.
5. Rola systemu opieki zdrowotnej. Jeżeli leczenie pacjenta odbywa się w ramach systemu opieki zdrowotnej, należy mieć na względzie tego konsekwencje. Autor podaje przykład ograniczenia wyboru drugiego specjalisty (nie wszyscy mają podpisaną umowę z płatnikiem (tu: NFZ), a także ograniczeń formalnych wynikających z sytuacji systemu, jak na przykład konieczność długiego oczekiwania na konsultację z drugim specjalistą.
6. Edukacja. Efektywna współpraca pomiędzy psycho i farmakoterapeutą wymaga wzajemnej edukacji. Farmakoterapeuta powinien posiadać podstawy wiedzy o procesie psychoterapeutycznym, a psychoterapeuta powinien zdobywać wiedzę o leczeniu farmakologicznym.
7. Zadania psychiatry w leczeniu rozdzielonym można przedstawić następująco:
  - określenie, na jakie objawy docelowo mają wpływać leki;
  - ocena współwystępujących problemów zdrowotnych;
  - rozmowa o przekonaniach pacjenta na temat farmakoterapii;
  - motywowanie do przyjmowania leków;

- konsultowanie ewentualnych objawów ubocznych;
- do rozważenia: skonsultowanie i ustosunkowanie się do odczuć i przekonań psychoterapeuty odnośnie leczenia farmakologicznego;
- do rozważenia: ustosunkowanie się do odczuć i przekonań rodziny lub bliskich pacjenta na temat farmakoterapii.

W przypadku decyzji o rozpoczęciu leczenia rozdzielonego zaleca się uwzględnienie poniższych czynników [15, 16].

Leczenie rozdzielone — postępowanie:

- rozważny dobór osoby i problemu zdrowotnego do tego typu leczenia;
- zawarcie przymierza lekarz–pacjent będzie trudniejsze ze względu na charakter leczenia rozdzielonego;
- sprawdzenie jak pacjent zareaguje na propozycję leczenia farmakologicznego i jakie są jego odczucia na ten temat;
- poznanie przekonań pacjenta dotyczących leczenia łączonego oraz leczenia wyłącznie za pomocą farmakoterapii albo psychoterapii;
- ocena zdolności pacjenta do omówienia diagnozy, planu leczenia, połączenia leków z psychoterapią oraz korzyści i ryzyka zażywania leków;
- ustalenie czy sam psychiatra ma wystarczające umiejętności, aby uczestniczyć w leczeniu rozdzielonym;
- zapewnienie pacjenta o tajemnicy lekarskiej i omówienie powodów, dla których owa tajemnica może zostać złamana (np. sytuacja bezpośredniego zagrożenia dla siebie lub innych), ustalenie czy i jak lekarz będzie kontaktował się z terapeutą pacjenta. Lekarz powinien w otwarty sposób zapytać pacjenta o zgodę na porozumiewanie się z terapeutą a także o to, czy wszystkie poruszane sprawy mogą być omawiane z terapeutą, czy też niektóre nie powinny, a jeśli tak, to dlaczego;
- określenie zakresu odpowiedzialności i obowiązków oraz sposobu komunikowania się między psychoterapeutą i psychiatrą;
- ustalenie z pacjentem, ewentualnie z jego rodziną kwestii zastępstwa pod nieobecność terapeuty lub psychiatry (sytuacje kryzysowe, urlopy itp.);
- uzgodnienie w/w kwestii z płatnikiem (np. gdy jest nim NFZ);
- uzyskanie świadomej zgody pacjenta na wszystkie elementy leczenia rozdzielonego;
- konieczność informowania terapeuty przez psychiatrę o decyzjach dotyczących leków oraz unikanie przekazywania tych informacji poprzez pacjenta.

W przypadku leczenia rozdzielonego może być ono prowadzone w systemie zamkniętym i otwartym. W systemie zamkniętym lekarz i terapeuta mają za sobą historię współpracy, znają się, pracują ze sobą we wspólnym miejscu (np. P.Z.P. lub zespół gabinetów), mają ustalone i otwarte kanały komunikacji. W systemie otwartym lekarz i terapeuta nie współpracują ze sobą regularnie, znają się powierzchownie, nie wymieniają poglądów zbyt często (np. z powodu odległości), a nawet mają odrębne poglądy na te same tematy. Zdecydowanie preferowana jest współpraca w systemie zamkniętym.

### **Problemy związane z łączeniem psychoterapii i farmakoterapii**

Mimo że łączenie farmakoterapii i psychoterapii jest coraz częściej stosowaną metodą leczenia, należy się liczyć z wieloma problemami z tym związanymi. Najważniejsze zestawiono poniżej.

Problemy w łączeniu obu metod:

- badania nad efektywnością łączenia obu metod są trudne i kosztowne;
- wiele kwestii w tych badaniach jest charakteru subiektywnego;
- bardzo trudno jest zaprojektować badania w taki sposób, aby kontrolować niektóre zmienne, jak choćby preferencje pacjenta;
- odrębny tryb i miejsce kształcenia lekarzy oraz psychologów nie sprzyjają wypracowywaniu wspólnego myślenia o terapii;
- w tradycyjnym sposobie organizacji opieki psychiatrycznej psychologdy i psychoterapeuci podlegali/podlegają służbowo lekarzom, co powoduje utrwalanie sporów kompetencyjnych;
- wprowadzenie leku pacjentowi będącemu w terapii grupowej oddziałuje nie tylko na pacjenta i terapeutę, ale również na innych pacjentów oraz na grupę jako całość;
- zażywanie leku może aktywizować pozytywne przeżycia w stosunku do psychoterapeuty a negatywne uczucia do terapeuty mogą powodować niedocenianie efektów terapeutycznych i nasilenie działań ubocznych leku;
- samo wypisanie recepty może być przeżywane jako podarunek, uznanie powagi cierpienia. Może też być przeżywane jako kara lub próba narzucenia kontroli, przemoc lub uwiedzenie;
- pacjenci zaprzeczający występowaniu poważniejszych zaburzeń mogą odmawiać przyjmowania leku, gdyż pomaga to w bagatelizowaniu dolegliwości;
- lekarz mający wątpliwości co do tego, czy pacjent czerpie korzyści z psychoterapii może odczuwać



- konieczność dania pacjentowi czegoś, co pomoże mu zauważyć „podarunek”;
- pacjent niedostrzegający na razie efektów psychoterapii może naciskać na lekarza, aby ten wypisał mu lek;
  - terapeuta sfrustrowany brakiem efektów, a obarczający za to podświadomie pacjenta — może zalecać mu leki komunikując mu nie wprost, że jest to kara za brak właściwej aktywności i brak postępów w leczeniu;
  - terapeuci źle znoszący agresję pacjenta mogą poddawać się jego sugestiom dotyczącym leku, licząc na to, że zaspokajając jego potrzeby, spowodują zniknięcie agresywnych tendencji. Zwykle to nie pomaga tylko nasila roszczeniową postawę i agresję;
  - odmowa połączenia obu metod przez terapeutę w przypadku silnych objawów może mieć też wpływ na relację terapeutyczną: jako wyraz zaufania i wiary terapeuty w to, że jest w stanie poradzić sobie z objawami; jako wyraz lekceważenia jego cierpienia; jako odmowa pomocy; jako znęcanie się terapeuty nad chorym;
  - psychiatrzy bez elementarnych umiejętności terapeutycznych trudno będzie współpracować z terapeutą. Wydaje się, że terapeuta nieznający się na farmakoterapii może jednak łatwiej współpracować z psychiatrą;
  - brakuje wyszkolonej kadry umiejącej łączyć psychiatrię i farmakoterapię;
  - niektórzy terapeuci mają nadal negatywne odczucia i stosunek do farmakoterapii przekazywany świadomie lub nie pacjentowi. Może to powstrzymywać ich od rekomendacji skorzystania z farmakoterapii w odpowiednim momencie;
  - terapeuta może mieć negatywne doświadczenie związane z leczeniem farmakologicznym (np. dotychczasowa zła współpraca z psychiatrą), co powoduje niechęć do udziału w leczeniu rozdzielonym;
  - terapeuta może czuć się zmuszony do zaakceptowania leczenia farmakologicznego chociaż w danym przypadku wolałby prowadzić wyłącznie psychoterapię — kto zatem miałby o tym zdecydować: terapeuta, lekarz, pacjent?
  - niektórzy lekarze, co zdarza się coraz rzadziej, nadal mają negatywne nastawienie do psychoterapii;
  - w sporach kompetencyjnych może powstawać pytanie: czy psychiatra powinien zaakceptować zawsze diagnozę terapeuty? Czy terapeuta ma zgodzić się z diagnozą psychiatry? Wydaje się, że każdy z nich powinien formułować własną a następnie konsultować z drugim. Otwartym pozostaje pytanie: co wtedy gdy nadal pozostają rozbieżne;

- trudno jest odpowiedzieć na pytanie, czy lekarz może (i czy powinien się o to starać) być dla pacjenta biorącego udział w psychoterapii „sterylny”, a zatem służyć tylko jako farmakolog, czy jest to w ogóle możliwe;
- pacjent może czuć się zmuszony do udziału w leczeniu farmakologicznym z powodu braku dostępności do psychoterapii a nie z powodu rodzaju przeżywanych dolegliwości gdyż psychiatrzy na ogół są bardziej dostępni niż psychoterapeuci;
- farmakoterapię często stosują lekarze różnych specjalności nie zawsze prawidłowo (lekarz rodzinny, ginekolog, gastrolog itp.) nie kierując na psychoterapię, ale również nie informując o takiej możliwości, bądź nawet nie mając świadomości konieczności takiego skierowania.

Wśród problemów powstających w prowadzeniu psychoterapii i farmakoterapii w sposób rozdzielony mogą powstawać również określone problemy prawne [35, 36]. Istnieje prawdopodobieństwo, że w sprawach spornych pacjent pozwie do Sądu tego z klinicystów, który jest bardziej zamożny, lepiej ubezpieczony albo któremu łatwiej udowodnić błąd. Z dużym prawdopodobieństwem będzie to lekarz, co może generować problemy we współpracy z terapeutą. Psychiatra może współpracować z terapeutą z niewystarczająco ubezpieczonym terapeutą (wielu terapeutów w Polsce praktykujących poza zakładami opieki zdrowotnej nie posiada ubezpieczenia, gdyż nie ma takiego wymogu). Należy też zauważyć, że leczenie farmakologiczne większej liczby pacjentów zwiększa prawdopodobieństwo popełnienia błędów medycznych i konsekwencji prawnych ze strony lekarza.

Niektórzy autorzy [37] wskazują również na możliwe problemy etyczne, które mogą się pojawić we współpracy terapeutów i lekarzy. Może tu chodzić o wykonywanie czynności poza kompetencją, na przykład wypisywanie leków przez osoby nieodpowiednio przeszkolone; brak aktywnego udziału w decyzjach terapeutycznych zespołu; przyjmowanie poglądu innego klinicysty bez dokonania własnej oceny; niewystarczający czas poświęcony pacjentowi przez lekarza; nieetyczny podział pracy między specjalistami; współpraca ze specjalistą o niewystarczających kwalifikacjach i doświadczeniu.

### **Jak łączyć?**

Na koniec rozważań należy dodać, że brakuje powszechnie uznanych wytycznych odnośnie do wyboru najlepszego rodzaju pomocy na podstawie takich czynników, jak: diagnoza, obraz kliniczny, wiek, płeć, inne zaburzenia psychiczne i somatyczne. Klinicysta, do którego pacjent się zgłasza jako pierwszego, jest niejako „punktem wejścia do systemu pomocy”; często on decyduje o rodzaju pomocy i może się zdarzyć, iż osoba wymagająca psychoterapii

może zostać poddana farmakoterapii a pacjent wymagający również wsparcia farmakologicznego poddany zostanie jedynie psychoterapii. W wielu przypadkach rodzaj uzyskanej pomocy nie zależy zatem od problemów i potrzeb pacjenta lub konkretnej diagnozy, ale zależy od innych czynników takich jak preferencji ubezpieczyciela; systemu zarządzania opieką zdrowotną; dostępności lekarzy i terapeutów; poglądów terapeuty/lekarza; możliwości finansowych pacjenta; miejsca zamieszkania pacjenta (wieś–duże miasto); lokalnej tradycji udzielania pomocy pacjentom (np. miasto z dużą tradycją psychoterapii); doświadczeń wśród rodziny lub bliskich w zakresie korzystania z pomocy. Powyższe czynniki mogą powodować, że pacjent otrzymuje pomoc od takiego klinicysty, który jest dostępny, a nie takiego, którego pomocy najbardziej potrzebuje. Pacjent może zgłosić się do psychiatry z problemem typowym dla terapii i otrzymać farmakoterapię lub psychoterapeuta zignoruje sytuację wymagającą wsparcia farmakologicznego.

Nie ma jednoznacznych rekomendacji co do sekwencji postępowania w przypadku łączenia psychoterapii i farmakoterapii, gdyż trudno jest ustalić, czy farmakoterapia i psychoterapia powinny być stosowane jednocześnie czy też w określonej kolejności. Często pacjenci biorący udział w psychoterapii kierowani są dodatkowo na farmakoterapię, gdy nie ma poprawy lub gdy trzeba wzmocnić jej efekty. W innych przypadkach pacjenci kierowani są na psychoterapię po opanowaniu głównych objawów klinicznych np. ostrego lęku, doznań psychozycznych, znacznej zmiany nastroju. W jednym z badań [38] oceniano sekwencję pomocy w przypadku leczenia depresji o umiarkowanym nasileniu. Na początku przez 8 tygodni pacjenci korzystali tylko z farmakoterapii lub psychoterapii. Po 8 tygodniach poddano wszystkich ocenie klinicznej i w przypadku redukcji objawów o mniej niż 30% dołączono drugi rodzaj leczenia. Po 16 tygodniach ponownie poddano obie grupy ocenie klinicznej. Wnioskiem płynącym z tych badań było to, że w przypadku małej skuteczności leczenia pojedynczą metodą leczenia dołączenie drugiej daje zawsze lepsze rezultaty niż kontynuowanie tylko i wyłącznie dotychczasową metodą. Drugim istotnym wnioskiem płynącym z badania było to, że rekomenduje się rozpoczynanie leczenia tego zaburzenia od psychoterapii a ewentualnie w razie małej skuteczności dołączenie farmakoterapii, gdyż łatwiej jest utrzymać motywację pacjentów do pracy w porównaniu do grupy zaczynającej tylko od farmakoterapii. W wielu wypadkach jednak z uwagi na rodzaj schorzenia od początku prowadzi się psychoterapię i farmakoterapię. Kończenie leczenia częściej będzie polegało na zakończeniu najpierw farmakoterapii i kontynuacji psychoterapii niż odwrotnie.

W przypadku rozważania decyzji o włączeniu leku w trakcie terapii, niezależnie od tego czy będzie ona prowadzona w formie zintegrowanej czy też rozdzielonej należałoby ustalić wcześniej pewne istotne elementy:

- jakie przekonania na temat leków ma pacjent, na przykład czy uważa, że uzależniają, uszkadzają mózg, że ich działania będą widoczne dla otoczenia;
- czy pacjent ma doświadczenia (jakie?) z działaniem leków innych grup (np. antybiotyki);
- czy pacjent ma motywację do przyjmowania leku? Jeśli nie, to jakie działają czynniki?
- poglądy bliskich pacjenta na stosowanie leków;
- które objawy są celem leczenia, a które są dla pacjenta najbardziej uciążliwe i najważniejsze?
- jakie współwystępują choroby lub zaburzenia, które mogą mieć znaczenie dla wprowadzania leku?
- czy pacjent przyjmuje inne leki oraz czy nie jest od jakichś leków uzależniony? Czy zażywa narkotyki, w jakim nasileniu pije alkohol?
- jakie skutki leczenia mogą być uciążliwe dla pacjenta i ewentualnie dla jego rodziny?;
- jakie mogą przeszkody w stosowaniu leku, na przykład dawkowanie, badania dodatkowe, trudności w połykaniu, koszt leków, prowadzenie samochodu, współżycie seksualne itp.;
- ocena swojego związku terapeutycznego i refleksja na temat tego, co się w nim stanie po zastosowaniu leku;
- przedstawienie pomysłu na zastosowanie leku na jednej sesji i odłożenie decyzji o tym do następnej;
- uzgodnienie czy będzie można informować terapeutę, lekarza rodzinnego lub innych profesjonalistów o leczeniu — następstwach;
- po zastosowaniu leku umówienie się na następne spotkanie w dość krótkim, możliwym terminie (1–2 tyg.);
- ocena na każdej wizycie, a zwłaszcza na początku leczenia, możliwości pojawienia się tendencji samobójczych!

### Uwagi końcowe

Należy zauważyć, że powyższy przegląd ma charakter wstępu do rozważań na temat uwarunkowań i konsekwencji łączenia psychoterapii i farmakoterapii. Autorzy koncentrują się głównie na perspektywie klinicystów, jedynie uzupełniając ją o perspektywę pacjenta. Dalsze rozważania powinny przybliżyć czytelnikowi perspektywę pacjenta. Cytowane piśmiennictwo w przeważającej części odnosi się do sytuacji współpracy między dwoma specjalistami — psychoterapeutą i farmakoterapeutą w leczeniu pacjenta. Szerszego opisu wymagałaby też druga wspomniana przez autorów możliwość — prowadzenie leczenia przez jednego specjalistę, psychofarmakoterapeutę.

**Streszczenie**

W miarę postępu w badaniach psychofarmakologicznych zaczęto podkreślać celowość łączenia prowadzenia farmakoterapii i psychoterapii, jako metod równoległego postępowania. Takie postępowanie — w świetle dostępnych badań okazuje się skuteczniejsze w leczeniu schizofrenii, dużej depresji, zaburzeń lękowych, choroby afektywnej dwubiegunowej, zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego, dystymii, bulimii oraz uzależnienia od nikotyny. W literaturze obecne są zalecenia łączenia psychoterapii i farmakoterapii w zaburzeniach tak różnych, jak zaburzenia somatyzacyjne, osobowość typu borderline czy zaburzenia erekcji. Farmakoterapię łączy się z różnymi rodzajami psychoterapii: poznawczo-behawioralną, psychodynamiczną, interpersonalną, wspierającą i innymi. Łączenie farmakoterapii i psychoterapii, zarówno w podejściu zintegrowanym jak i rozdzielonym, staje się coraz częstszym podejściem w leczeniu zaburzeń psychicznych. Autor przedstawia poglądy z piśmiennictwa dotyczące łączenia farmakoterapii i psychoterapii, zestawia argumenty zwolenników i przeciwników takiego podejścia oraz wskazuje na problemy wynikające z połączenia obu metod.

**Psychiatri 2016; 13, 2: 84–91**

**Słowa kluczowe:** psychoterapia, farmakoterapia, leczenie zintegrowane

**Piśmiennictwo:**

- Roose S.P. Psychodynamic therapy and medication. W: Integrated Treatment of Psychiatric Disorders. American Psychiatric Publishing, Washington 2001; 31–50;
- Kandel E. Psychotherapy and the single synapse. N Engl. J. Med. 1979; 308: 1028–1037,
- Gorman J.M., Kent J.M., Sullivan G.M. i wsp. Neuroanatomical hypothesis of panic disorder. Am. J. Psychiatry 2000; 157: 493–505.
- Beitman B.D. Introduction. W: Beitman B.D., Blinder B.J., Thase M.E. i wsp. (ed.). Integrating psychotherapy and pharmacotherapy. New York 2003.
- American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. Am. J. Psychiatry 1994; 151 (12 supl.): 1–36.
- American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Am. J. Psychiatry 1997; 154 (4 supl.): 1–63.
- American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder, 2nd edition. American Psychiatric Association, Washington 2000.
- Dunner D.L., Schmalig K.B., Hendrickson H. i wsp. Cognitive therapy versus fluoxetine in the treatment of dysthymic disorder. Depression 1996; 4: 34–41.
- Walsh T.B., Wilson G.T., Loeb K.L. i wsp. Medication and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. Am. J. Psychiatry 1997; 154: 532–531.
- Clarkin J.F., Carpenter D., Hull J. i wsp. Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. Psychiatr. Serv. 1998; 49: 531–533;
- Barlow D.H., Gorman J.M., Shear M.K. i wsp. Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: a randomized controlled trial. Jama 2000; 283: 2529–2536.
- Frank E., Grochocinski V.J., Spanier C.A. i wsp. Interpersonal psychotherapy and antidepressant medication: evaluation of a sequential treatment strategy in women with recurrent major depression. J. Clin. Psychiatry 2000; 61: 51–57.
- Lipsitt D.R., Starcevic V. Psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of somatoform disorders. Psychiatr. Ann. 2006; 36: 341–348.
- Riba M.B., Balon R. The challenges of split treatment. W: Integrated Treatment of Psychiatric Disorder. American Psychiatric Publishing 2001; 143–162.
- Kay J. Psychotherapy and medication. W: Oxford Textbook of Psychotherapy. New York 2005; 463–475;
- Riba M.B., Balon R. Competency in combining pharmacotherapy and psychotherapy: Integrated and Split Treatment. Arlington 2005.
- Klerman G.L., Weissman M.M., Markowitz J. i wsp. Medication and psychotherapy. W: Bergin A.E., Garfield S.L. (ed.). Handbook of psychotherapy and behavior change. New York 1994; 734–782.
- Tasman A., Riba M.B., Silk K.R. The doctor–patient relationship in pharmacotherapy: Improving treatment Effectiveness. New York, Guilford 2000.
- Jibson M.D. Transference and countertransference. W: Tasman A., Riba M.B., Silk K.R. (ed.). The doctor–patient relationship in pharmacotherapy. New York, Guilford 2000; 95–126.
- Cochran S.D. Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorder. J. Consult. Clin. Psychol. 1984; 52: 873–878.
- Hogarty G., Andreson C.M., Reiss D.J. i wsp. Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare of schizophrenia. Arch. Gen. Psychiatry 1986; 43: 633–642.
- Klerman G. L. Ideologic conflicts. W: Integrating pharmacotherapy and psychotherapy. American Psychiatric Press 1991; 3–20.
- Spiegel D. A., Bruce T. J., Gregg S. F. i wsp. Does cognitive-behavior therapy assist slow-taper alprazolam discontinuation in panic disorder? Am. J. Psychiatry 1994; 151: 876–881.
- Pykel E.S. Psychotherapy, medication combinations and compliance. J. Clin. Psychiatry 1995; 56: 24–30.
- Wiborg I.M., Dahl A.A. Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder? Arch. Gen. Psychiatry 1996; 53: 689–694.
- Kay J. Integrated treatment an overview. W: Integrated Treatment of psychiatric disorders. American Psychiatric Publishing 2001; 1–29.
- Gabbard G.O. The rationale for combining medication and psychotherapy. Psychiatr. Ann. 2006; 36: 2006.
- Wright J. H., Hollifield M. Combining pharmacotherapy and psychotherapy. Guest editorial. Psychiatr. Ann. 2006; 36: 302–305.
- Fava M., Rush A.J. Current status of augmentation and combination treatments for major depressive disorder: a literature review and a proposal for a novel approach to improve practice. Psychother. Psychosom. 2006; 75: 139–153.
- Balon R. Positive and negative aspects of split treatment. Psychiatr. Ann. 2001; 31: 598–603.
- Goldsmith R.J., Paris M., Riba M.B. Negative aspects of collaborative treatment. W: Psychopharmacology and Psychotherapy: A collaborative approach. American Psychiatric Press, Washington 1999; 33–63.
- Pilowsky, D., Bellinson, J. Psychotherapist, psychiatrist and patient. A triadic relationship. J. Psych. Pract. Res. 1996; 5: 26–34.
- Lazarus A. A proposal for psychiatric collaboration in managed care. Am. J. Psychotherap. 1994; 48: 600–609.
- Imhof J.E., Altman R., Katz J.L. The relationship between psychotherapist and prescribing psychiatrist. Some considerations. Am. J. Psychotherap. 1998; 52: 261–272.
- MacBeth J.E. Divided treatment legal implications and risks in psychopharmacology and psychotherapy: A collaborative approach. American Psychiatric Press 1999; 111–158;
- MacBeth J.E. Legal aspects of split treatment: how to audit and manage risk. Psychiatr. Ann. 2001; 31: 605–610.
- Lazarus J. Ethical issues in collaborative or divided treatment in psychopharmacology and psychotherapy: A collaborative approach. American Psychiatric Press 1999; 159–177.
- Deker J., Van H.L., Hendriksen M. i wsp. What Is the Best Sequential Treatment Strategy in the Treatment of Depression? Adding Pharmacotherapy to Psychotherapy or Vice Versa? Psychother. Psychosom. 2013; 82: 89–98.