

Próba psychodynamicznej interpretacji trudności terapeutycznych u chorej na przewlekłą schizofrenię

An attempt at psychodynamic interpretation of therapeutic difficulties in a case of chronic schizophrenia

SŁAWOMIR MURAWIEC

Z III Kliniki Psychiatrycznej IPiN w Warszawie

STRESZCZENIE. *Efekt kliniczny leczenia psychofarmakologicznego zależy zarówno od działania farmakologicznego podawanego leku jak i subiektywnej interpretacji tego działania przez pacjenta, która włącza podawany lek w całość sytuacji rodzinnej, osobistej i społecznej pacjenta i w jego relacje z lekarzem i personelem oddziału. Pojawiające się niekiedy nietypowe reakcje na lek związane są z wpływem leku na psychologiczne i behawioralne mechanizmy obronne pacjenta. Przykład kliniczny ilustruje próbę połączenia psychofarmakologicznej i psychodynamicznej interpretacji nieoczekiwanej reakcji na lek.*

SUMMARY. *Clinical outcome of psychopharmacological treatment depends not only on pharmacological action of the drug, but also on its subjective interpretation by the patient. Due to this interpretation the administered medication is included in the patient's whole familial, personal, and social situation, as well as in his/her relations with the doctor and hospital staff. Atypical responses to medication occurring sometimes are connected with the effect of the drug on the patient's psychological and behavioral defence mechanisms. A clinical case serves as an illustration of an attempt at a joint psychopharmacological and psychodynamic interpretation of an unexpected response to medication.*

Słowa kluczowe: schizofrenia / terapia / psychodynamika

Key words: schizophrenia / therapy / psychodynamics

Leczenie psychofarmakologiczne nie polega wyłącznie na biologicznym oddziaływaniu na zaburzone neuroprzekaznictwo w ośrodkowym układzie nerwowym, ale sytuuje się w całym kontekście indywidualnej i społecznej sytuacji chorej osoby. Jest także ważnym forum komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem. Jeżeli lekarz ocenia, że stan kliniczny pacjenta ulega poprawie, może obniżyć dawkę leku, jeżeli przeciwnie - może ją zwiększyć, poszukiwać nowych możliwości terapeutycznych, nowych leków. Pacjent widząc, że otrzymuje mniej albo więcej " tych różowych tabletek ", otrzymuje w najkrótszej formie informację o ocenie przez lekarza jego stanu i

efektów leczenia i stąd wysnuwa domysły dotyczące swojego zdrowia, szans na powrót do poprzedniego sposobu życia czy pracy, szans na opuszczenie oddziału albo na pozostanie w nim. Lek skuteczny wobec objawów u jednego pacjenta okazuje się niekiedy bez wpływu na stan innego. Zdarza się też, że czasem nawet niewielka dawka leku powoduje spektakularną i szybką poprawę, innym jednak razem poprawa stanu klinicznego następuje dopiero przy podawaniu znacznej dawki leku, wraz z ujawnieniem się objawów ubocznych. Niektórzy chorzy nalegają na podawanie im leków. Są też tacy, którzy przyjmują je niechętnie. U niektórych podawanie leku wywołuje znaczny

lęk, inni uparcie twierdzą, że leki wpływają na nich źle.

Liczne fakty obserwowane w codziennej pracy klinicznej przekonują, że efekt terapeutyczny leku zależy zarówno od jego działania farmakologicznego, jak też od tego, co pacjent czuje, myśli i przeżywa w związku z leczeniem, pobytem w szpitalu, lekarzem i swoją sytuacją życiową. Zwłaszcza występujące niekiedy po podaniu leku nieoczekiwane objawy sprawiają, że powinniśmy zastanowić się nad innym rozumieniem obserwowanych faktów niż wyłącznie farmakologiczne. Potrzebne może być połączenie wiedzy o farmakologicznym działaniu leków z psychodynamicznym zrozumieniem osoby, której ten lek jest podawany. Takie integrujące podejście, zgodne z aktualnymi tendencjami w psychiatrii i medycynie, wymaga przypomnienia badań nad psychodynamiczną interpretacją działania leków psychotropowych.

Krótki kliniczny przykład nietypowej reakcji na lek i wydarzeń związanych z leczeniem pacjentki, który chciałbym przedstawić może pozwolić lepiej rozumieć trudne sytuacje naszych pacjentów.

Próby psychodynamicznej interpretacji efektów działania leków psychotropowych pojawiły się wraz z nastaniem ery psychofarmakoterapii i postępowały równoległe z wprowadzaniem do leczenia psychiatrycznego kolejnych leków - chlorpromazyny (Delay i Deniker, 1952), rezerpiny (Kline, 1954), imipraminy (Kuhn, 1957).

Badacze zajmujący się psychodynamicznymi aspektami działania leków psychotropowych skupieni byli w dwóch grupach. Pierwszą z nich tworzyli autorzy z Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu McGill w Montrealu (Sarwer-Foner i wsp., Azima i wsp.). Drugą - autorzy ze Stanów Zjednoczonych (Ostow, Winkelman, Faucet, Lesse, Dimascio, Klerman, Shabshin i wsp.) [1].

Badania Sarwer-Fonera doprowadziły do rozróżnienia pomiędzy efektem farmakologicznym a terapeutycznym działania leku. Autor ten konkluduje:

"Przekonano się, że leki posiadają charakterystyczny profil farmakologiczny (który przejawia tendencje specyficzne dla fizjologicznych typów efektów wytwarzanych u grup osób, ale nie mają specyfiki terapeutycznej)" [7].

W rozumieniu autora termin *charakterystyczny profil farmakologiczny* obserwowany klinicznie oznacza całość odpowiedzi na lek obserwowanej po jego podaniu [7]. Obejmuje on charakterystyczny rozkład efektów stanowiących całościowe spektrum działania leku (z włączeniem osób słabo i wyraźnie reagujących). Niektóre osoby otrzymujące lek mogą przejawiać idiosynkrazję, także objawy uboczne mogą różnić się u poszczególnych chorych, ale hipotetyczna krzywa rozkładu typowych efektów leku jest charakterystyczna (np. wpływ na napęd ruchowy, sen, apetyt). Ten fizjologiczny efekt obserwowany klinicznie - to właśnie profil farmakologiczny danego leku, który pojawia się u każdego pacjenta otrzymującego lek w odpowiedniej dawce.

Efekt terapeutyczny jest indywidualny i charakterystyczny dla pacjenta, bowiem jest zintegrowany w przeżyciach pacjenta z całością jego sytuacji, w kontekście osobistym, rodzinnym, szpitalnym i społecznym.

Paradoksalna reakcja na leki psychotropowe, jako kolejny rodzaj efektu wywoływanego przez środki psychotropowe jest, zdaniem Sarwer-Fonera, paradoksalna tylko pozornie. Ta nieoczekiwana reakcja behawioralna pojawia się, gdy farmakologiczny efekt leku usuwa lub zmienia w sposób chemiczny pewne aktywności stosowane przez pacjenta jako główne mechanizmy obronne ego, przeciwko leżącym "poniżej" nierozwiązanym konfliktom nieświadomym. Tych aktywności pacjent używa dla odczuwania względnie dobrego samopoczucia. Szybkie usunięcie lub zmiana głęboko zakorzenionych sposobów obrony, powoduje przybliżenie się zreprezentowanego materiału bliżej świadomości powodując często panikę, podniecenie ruchowe, nastawienia urojeniowe, lęk albo autystyczne wycofanie [7].

EFEKT TERAPEUTYCZNY DZIAŁANIA LEKU

W swoich publikacjach Sarwer-Foner i współpracownicy [1,6,7,8] opisywali psychodynamiczne rozumienie działania leków psychotropowych. Sposób tego rozumienia opierał się na założeniu, że leki modyfikują działanie i możliwość wykorzystywania psychologicznych i behawioralnych mechanizmów obronnych jednostki, wpływając przez to na obserwowany przez psychiatrów obraz chorobowy. Podejście Sarwer-Fonera koncentrowało się wokół *ego* i jego mechanizmów obronnych, radzenia sobie przez pacjenta z nieakceptowanymi impulsami i modyfikowania tych mechanizmów obronnych przez działanie leku. Było bliskie zasady realności i doceniało wpływ licznych czynników realnych (środowiska społecznego, rodzinnego, szpitalnego) na stan psychiczny i radzenie sobie przez pacjenta ze swymi trudnościami. Zagadnieniami, do których badacze przykładali dużą wagę były problem radzenia sobie przez pacjenta z własną aktywnością, obrazem samego siebie, impulsami agresywnymi i seksualnymi oraz sposób, w jaki leki mogą to modyfikować. W tym kontekście znaczenia nabierał także czynnik energetyczny - leki poprzez modyfikację dostępnej dla *ego* i jego mechanizmów obronnych ilości energii, mogły zmieniać system mechanizmów obronnych powodując np. zagrożenie *ego* przez napór nie chcianych impulsów. Albo przeciwnie, przez zwiększenie ilości dostępnej energii, zwiększać samoocenę i ułatwiać radzenie sobie z życiem.

Zdaniem Sarwer-Fonera, farmakologiczny efekt działania leków jest włączany przez pacjenta w jego całościową sytuację życiową. Toteż efekt terapeutyczny w odróżnieniu od farmakologicznego, zależy od indywidualnego znaczenia dla pacjenta tego farmakologicznego działania w różnych obszarach jego sytuacji życiowej. Dlatego, po podaniu leku, mogą mieć miejsce zarówno poprawa samopoczucia pacjenta, jak i narastanie lęku, napady paniki, pobudzenie, zmiany obrazu cia-

ła, narastająca somatyzacja, ruminacje na temat integralności ciała, pochłonięcie przeżyciami winy, kary, lęku przed śmiercią, co odzwierciedla przeżycia związane ze zmienionymi funkcjami cielesnymi odczuwanymi przez pacjenta.

Psychodynamicznie zdeterminowana odpowiedź na lek jest rezultatem sposobu interpretowania działania leku przez pacjenta (interpretowania odczuwanych zmian fizjologicznych).

Jeśli pacjent czuje, że działanie leku pomaga mu kontrolować objawy, których wcześniej sam nie potrafił kontrolować (agresywność, seksualność), a teraz tę możliwość uzyskał, subiektywnie czuje się osobą "lepszą", bardziej adekwatną społecznie, poprawia się jego samoocena. Jeżeli przeciwnie, lek w odczuciu pacjenta pozbawia go mechanizmów obronnych koniecznych do utrzymania nawet ograniczonej sprawności funkcjonowania, pacjent czuje się osobą mniej adekwatną społecznie, "gorszą" we własnych oczach i w oczach otoczenia. Wtedy możemy oczekiwać reakcji "paradoksalnych".

Dla wyznaczenia kierunku subiektywnej odpowiedzi pacjenta na podawany mu lek, duże znaczenie ma jego relacja z personelem szpitala, a zwłaszcza z lekarzem. Sarwer-Foner jako istotne wymienia tu następujące czynniki: stosunek pielęgniarek i lekarza do stosowanego leku, intencja podawania leku (tzn. czy jest podawany jako mający leczyć chorobę osobę, czy też opanować pewne symptomy), obraz lekarza, jaki wytwarza sobie pacjent, uczucia przeciwprzeniesieniowe lekarza wobec pacjenta, obraz pielęgniarek i ich nastawienia do leku i pacjenta itp. Ważna jest rola lekarza w sprawianiu, by pacjent czuł, że jest postacią życzliwą, zainteresowaną dobrym stanem pacjenta i stąd zintrojektowaną przez pacjenta [6].

Psychoanalityczne ujęcie tego zagadnienia przez autora podkreśla znaczenie procesu introjekcji na poziomie nieświadomym, jaka towarzyszy przyjmowaniu leku przez pacjenta. Sam lekarz i podawanie leku są integrowane,

w terminach doświadczenia pacjenta, ze znaczącymi osobami z przeszłości. Pacjent za pośrednictwem leku może introjektować "dobro" i "siłę" lekarza, co pomaga mu kontrolować własne "zło" czy "słabość" i może mieć zasadnicze znaczenie dla jego zdrowienia. Odwrotnie, jeśli pacjent interpretuje działania lekarza i motywację do podawania mu leku jako wrogie, pojawiać się mogą zdeterminowane psychodynamicznie reakcje paradoksalne. Te przeniesieniowe zjawiska są charakterystyczne dla indywidualnej patologii pacjenta, organizacji jego osobowości, interakcji z otoczeniem, sposobu interpretowania działań otoczenia i w tym znaczeniu nie są specyficzne dla żadnego leku.

ILUSTRACJA KLINICZNA

Pacjentka lat 40. Od 20 lat hospitalizowana okresowo z rozpoznaniem schizofrenii. Wykształcenie średnie, do 25 roku życia pracowała w biurze, następnie przeszła na rentę. Mężatka, dwoje dzieci.

Okoliczności przyjęcia: zgłosiła się do Izby Przyjęć bez skierowania prosząc o przyjęcie do szpitala. Subiektywnie odczuwanym powodem konieczności tej hospitalizacji były zgłaszane przez pacjentkę impulsy agresywne określane przez nią jako "chęć rozwalania".

W obrazie klinicznym dominowały objawy negatywne: stereotypowe, ubogie wypowiedzi, brak płynności mowy, sztywny, nie modulowany afekt, zredukowany zakres mimiki. Wylączną treść wypowiedzi stanowiło sformułowanie "będę rozwalać", któremu towarzyszyły stereotypowe ruchy imitujące uderzenia oraz wyładowania ruchowe, w trakcie których pacjentka podchodziła szybkim krokiem do przedmiotów w otoczeniu, jednak nie powstrzymywana nie dokonywała żadnych uszkodzeń. W trakcie badania nie ujawniła żadnego szerszego kontekstu zgłaszanych impulsów agresywnych. Brak było w jej wypowiedziach elementów oddziaływania, kierowania, nasyłania. Pacjentka odpowiadała, że

źródłem tych impulsów jest ona sama ("ze mnie").

Pierwsze zachorowanie miało postać zespołu paranoidalnego. W poczuciu pacjentki leki, które wtedy otrzymała przyniosły jej szybką poprawę samopoczucia i ustąpienie objawów, subiektywnie odczuwanych przez nią jako źródło znacznego lęku. W trakcie kolejnych hospitalizacji, być może w związku z pierwszym pozytywnym doświadczeniem, chętnie przyjmowała leki.

Przebieg. Pacjentka od lat funkcjonowała życiowo w bardzo ograniczonym zakresie, jej aktywność była znikoma. Niechętnie i tylko w towarzystwie rodziny wychodziła z domu. Co pewien czas zgłaszała "chęć rozwalania", co stawało się przyczyną hospitalizacji. Była leczona neuroleptykami. Przed opisywaną hospitalizacją przyjmowała Fluanxol w dawce 3 mg/die.

Obecny pobyt. W oddziale pacjentka była w pełni skoncentrowana na tematyce leków, nieustannie dopominając się o nie w jak największych ilościach. Kolejno pojawiające się skargi, najczęściej dość ubogie w treści i stereotypowe, miały stanowić uzasadnienie dla podawania jej coraz to nowych leków i coraz większych ilości leków otrzymywanych dotychczas. Było wyraźnie widać, że w wewnętrznym świecie przeżyć tej osoby, leki obdarzone były pewnymi nadzwyczajnymi i bardzo pożądanymi przez pacjentkę właściwościami i działaniem.

Po przyjęciu do oddziału pacjentka nie otrzymywała neuroleptyku, a wyłącznie anksjolityk z grupy benzodiazepin (klorazepat w dawce 100 mg/die). Dotychczas podawany neuroleptyk odstawiono. W ciągu następnych kilku dni nastąpiła wyraźna poprawa, zarówno subiektywna, jak i w zakresie redukcji niepokoju ruchowego obserwowanego przez personel w oddziale. Także mąż pacjentki dostrzegł w tym okresie wyraźną poprawę jej stanu.

Jednak równoległe do poprawy stanu klinicznego zaczęły narastać objawy zespołu pozapiramidowego - sztywność mięśniowa,

hipomimia, hipokineza. Objawy te były o tyle nieoczekiwane, że pacjentka nie otrzymywała neuroleptyku, a lek który otrzymywała ma działanie przeciwne, zmniejsza, między innymi, napięcie mięśniowe. Wreszcie wystąpiły także drżenia mięśniowe ("to polekowe" - oświadczyła pacjentka). Nie przyjmując neuroleptyków wyglądała tak, jak osoba silnie zneuroleptyzowana i jednocześnie przestała zgłaszać jakiegokolwiek skargi na "chęć rozwalania" lub bóle somatyczne. To swoiste "zneuroleptyzowanie" wystąpiło po około tygodniu podawania anksjolityku, czyli w okresie dochodzenia do pełnej dawki, co pacjentka знаła z poprzednich pobytów w szpitalu i co mogła obserwować u innych pacjentów oddziału.

Stan ten został zakłócony, kiedy z wymiany zdań podczas obchodu lekarskiego pacjentka mogła zrozumieć, że objawy te są nieoczekiwane i nie mogą wynikać z działania leków które otrzymuje. Tego dnia pojawiły się ponownie wypowiedzi agresywne, skargi na dolegliwości somatyczne, znaczny niepokój ruchowy, natomiast "zespół pozapiramidowy" ustąpił. Pojawiło się nowe zachowanie, nie obserwowane wcześniej: pacjentka zaczęła wychodzić na korytarz (do personelu) i rozbiierać się. "To przez te leki" oświadczyła (te same, które otrzymywała poprzednio). Leki zmieniono teraz na tiorydazynę w dawce 75 mg/die, którą pacjentka otrzymywała do końca pobytu w oddziale, tj. przez 21 dni.

U wielokrotnie hospitalizowanej pacjentki nie obserwowano nigdy późnych dyskinez. Obraz kliniczny obecnie nie sugerował rozpoznania późnych dyskinez, natomiast zwracał uwagę wyraźny związek pomiędzy stanem klinicznym a informacjami uzyskiwanymi przez pacjentkę. Ustąpienie "zespołu pozapiramidowego" poprzedzało podanie pacjentce tiorydazyny. Otrzymując leczenie klorazepatem pacjentka zgłaszała początkowo poprawę i obserwowano zespół hipokinetyczny, a następnie otrzymując ten sam lek, ujawniła pogorszenie samopoczucia, a hipokineza ustąpiła. Dopiero po dwóch dniach zmieniono le-

czenie na neuroleptyk. Stopniowa poprawa jej stanu psychicznego była niekiedy zakłócana w sytuacjach wiążących się z niepokojem - na przykład w związku z planowaną konsultacją w innym szpitalu nastąpił krótkotrwały nawrót skarg i dolegliwości opisanych wyżej oraz niepokoju ruchowego. Pacjentka bardzo zdecydowanie przeczyła przy tym występowaniu lęku, obaw czy napięcia. Jej wypowiedzi brzmiały: "nie, nie boję się, tylko znowu chcę rozwalić", "brakuje jakiegoś leku, że samopoczucie mam niedobre, rozwalić znowu mi się chce", "mam niepokój, że będę rozwalić", "tylko żeby leki nie były zmienione, a może trzeba więcej leków".

Należy też wspomnieć o znacznej podatności tej pacjentki na sugestię, zarówno sugestie ze strony lekarzy, jak i innych pacjentów. Powtarzające się ruchy nogą, które pojawiły się pewnego dnia, imitowały objaw, który w tym czasie wystąpił u innej osoby na sali ("tak mi się noga trzęsie, widziałam, jak u innych pacjentów"). Wzmianka w jej obecności o "bólach korzonków" spowodowała dopominanie się o lek działający na takie bóle, które pacjentka zaczęła zgłaszać. Innym ważnym elementem obserwowanym w oddziale, była jej zupełna niemożność odroczenia gratyfikacji. Czy dopominała się o lek, czy o ubrania w związku z przepustką, czy o udostępnienie telefonu - musiała to uzyskać natychmiast, nie zważając na sytuację i okoliczności (zebrania personelu, przyjmowanie nowego pacjenta).

OMÓWIENIE

Omawiając opisaną sekwencję wydarzeń chciałbym zaproponować poszerzenie perspektywy klinicznej przez połączenie wiedzy psychofarmakologicznej z próbą psychodynamicznej interpretacji działania leków w kontekście obserwowanego obrazu klinicznego.

Omawiany przypadek sugeruje, że pozytywny efekt terapeutyczny podawanego leku wynikał z przekonania pacjentki, że lek chroni ją przed nie akceptowanymi impulsami agresywnymi i stanami psychicznymi, które były

dla niej trudne do zniesienia. To działanie pacjentka przypisywała działaniu farmakologicznemu leku. Rzeczywiście, efekt uspakajający, anksjolityczny, wchodzi w skład typowego profilu farmakologicznego działania leków z grupy pochodnych benzodiazepiny. Możemy tu jednak dostrzec, jak obok tego oczekiwanego działania (przeciwłękowego, poprawy subiektywnego samopoczucia), pojawia się "objaw uboczny" należący do profilu farmakologicznego działania zupełnie innej grupy leków - neuroleptyków, które pacjentka wielokrotnie przyjmowała i których działanie miała możliwość stale obserwować u innych pacjentów oddziału. Obserwowana poprawa kliniczna była uzależniona od kilku czynników: farmakologicznego działania leku, sposobu interpretacji i odczuwania tego działania przez pacjentkę, ale także "objawów ubocznych", które przyczyniając się do efektu terapeutycznego, nie były wcale takie "uboczne".

Stany psychiczne, których pacjentka nie mogła tolerować ani opanować, stały się możliwe do kontrolowania dzięki wzmocnieniu mechanizmów obronnych *ego* przez działanie leku domniemane przez pacjentkę. Wzmocnienie *ego* skutkowało polepszeniem samopoczucia pacjentki, jej bardziej adekwatnym zachowaniem. Takie zachowanie, dostrzegane zarówno przez rodzinę, jak i personel oddziału, było pacjentce komunikowane. Dlatego czuła się bardziej adekwatna, poprawiał się jej obraz siebie, objawy ustępowały, a wszystko to "dzięki lekom".

Kiedy jednak pacjentka domyśliła się, że jej stan nie jest w pełni uzasadniony przyjmowanymi lekami, poczuła się odstonięta, obnażona. Jej rozbieranie się wyrażało w symboliczny sposób znaczenie emocjonalne tego wydarzenia dla niej. Rozbierała się oczywiście "przez te leki", które miały ją wzmocnić, a które zawiodły i odstoniły jej bezbronność wobec trudnych do zniesienia stanów psychicznych. Wobec zrozumienia, że leki te nie mogą działać tak, jak to sobie wyobrażała i przedstawiała, stanęła bezbronna, (a więc naga) tak, jakby ta bezbronność uległa nagłemu

odstonięciu ("zdjęcie" mechanizmów obronnych - to tak, jak zdjęcie ubrania, osłony). To odstoniło jej agresję, czuła się nie chroniona przed impulsami (które demonstrowała w swoisty dla siebie sposób), ale czuła, że nie ma dosłownie nic, żadnej osłony która mogłaby ją chronić przed zagrożeniem z wewnątrz. Dopiero podanie nowych, "skutecznych" leków sprawiło, że znowu poczuła się chroniona i objawy ponownie ustąpiły.

W omawianym przypadku możemy też obserwować jak pacjentka, która nie otrzymywała neuroleptyku, wiązała energię z poziomu popędowego w sztywność mięśni, w objawy pozapiramidowe. Napięcie mięśniowe chroniło ją - zmniejszało niepokój i napęd, umożliwiało też uwolnienie energii ("drżenia polekowe"). Pacjentka czuła się lepiej, a proces ten zachodził w służbie *ego*, niezależnie od miorelaksującego działania przyjmowanych leków. Możemy tu jeszcze raz odwołać się do rozbierania się przez nią - zdjęcie tego napięcia z ciała powodowało, że przestało ono być chronione, a pacjentka stała się bezbronna wobec swoich trudności.

W sugestjach pacjentki, że brakuje jej jakiegось leku i w ciągłym ponawianiu prośby o nowe leki, można dopatrzeć się subiektywnego poczucia braku, deficytu. Pacjentka miała poczucie, że czegoś jej brak, a przestrzeń, która w ten sposób powstała, miała być wypełniona przez odczuwanie i interpretowanie działania leku. Miało ono nie tylko wzmocnić jej mechanizmy obronne *ego* przed zagrażającymi impulsami agresywnymi i lękiem. Lek był tak pożądany, ponieważ jego działanie miało pomóc jednej z funkcji *ego*, której deficyt pacjentka odczuwała - funkcji regulującej i kontrolującej siły popędowe. Funkcja ta, która przejawia się jako zdolność do znoszenia uczuć i stanów negatywnych (lęku, frustracji depresji), integrowania ich i rozumienia, pozwala także na odroczenie gratyfikacji [5]. Dla omawianej pacjentki subiektywnie interpretowane działanie leku oraz jego efekt farmakologiczny (np. redukcja lęku) umożliwiało skuteczną pracę tej części *ego*, to jest poradzenie

sobie z zalewającymi ją stanami psychicznymi, które, jak czuła, rozbiły ją, rozsądzały i dezintegrowały jej osobowość. Kiedy pacjentka czuła się ogarnięta przez niepokój, lęk, napięcie pochodzące z wewnątrz, czuła się dezintegrowana przez te uczucia - "rozwalana", co znajduje swój wyraz w komunikacie "będę rozwalać".

Ten komunikat odnosi nas do opisanej przez McDougalla "prymitywnej komunikacji"- tj. takiej, w której słowa są używane raczej jako płacz lub gesty - mają oddziaływać na drugą osobę, a nie komunikować czegokolwiek [4]. Przemieszczenie z "czuję się rozwalana", na "będę rozwalać" wskazuje na żywe procesy pierwotne, sposób głęboko pierwotnego funkcjonowania umysłowego, charakterystycznego między innymi dla stanów psychotycznych lub pracy marzenia sennego. Elementów procesów pierwotnych możemy dostrzec w funkcjonowaniu tej pacjentki znacznie więcej (żądanie natychmiastowości wszelkich działań, magiczne interpretowanie podawania leków).

Lęk przed dezintegracją, "byciem rozwaloną", był przez tę pacjentkę odczuwany na poziomie głębokim jako lęk przed dezintegracją cielesną. Leki poprzez "objawy uboczne" (sztywność, hipokinezę) nie tylko wiązały napięcie, ale także zapobiegały poczuciu dezintegracji i mogły dawać pacjentce poczucie istnienia ciała. Brak działania na ciało odczuwany był przez nią szczególnie dotkliwie. Wobec braku takiego działania farmakologicznego leku, pacjentka musiała je sobie odtworzyć.

Jak podkreśla Sarwer-Foner, dla poprawy stanu klinicznego pacjenta duże znaczenie mają czynniki przeniesieniowe i przeciwprzeniesieniowe. Historia tej pacjentki, ulga jaką przyniosło jej podawanie leków w trakcie pierwszej hospitalizacji, mają duże znaczenie dla jej magicznego zaufania do leków podawanych przez lekarza. Obniżenie lęku, zmniejszenie niepokoju przez podawane tej

pacjentce na początku leczenia pochodne benzodiazepiny, umacniło w niej wiarę w "moc lekarza", znacznie przyspieszając ustępowanie objawów. Także wzmożone zainteresowanie lekarza tą pacjentką zostało przez nią z pewnością zauważane i subiektywnie zinterpretowane.

Na zakończenie chciałbym zacytować opinię G. Sarwer-Fonera, iż "*leki neuroleptyczne w psychiatrii podsuwają jeszcze jedną zmienną w interakcjach pomiędzy ludźmi*", a wpływ tej zmiennej jest wysoce zindywidualizowany i jednostkowy [8].

PIŚMIENNICTWO

1. Azima H., Sarwer-Foner G.: Psychoanalytic formulations of the effect of drug in pharmacotherapy. W: Bordeleaux J.M. (red): *Extrapyramidal System and Neuroleptics*. Montreal, Editions Psychiatriques 1961, s.603-613.
2. Denber H.: Psychodynamic effects of the drug-induced extrapyramidal reactions on ward social structure. W: Bordeleaux J.M.(red): *Extrapyramidal System and Neuroleptics*. Montreal, Editions Psychiatriques 1961, s. 631-640.
3. Klein M.: Notes on some Schizoid Mechanisms. W: Klein M.: *Envy and gratitude and other works*. The Hogarth Press. Londyn 1980, s.1-24.
4. McDougall J.: Reflections on affect: A Psychoanalytic view of alexithymia. W: McDougall J.: *Theatres of the mind*. Free Association Books, Londyn, 1986, s.147-179.
5. Moore B., Fine B.: Słownik psychoanalizy (tłum. Ewa Modzelewska). Jacek Santorski et Co. Warszawa 1996.
6. Sarwer-Foner G., Kerényi A.: Accumulated experience with transference and countertransference aspects of the psychotropic drugs 1953-1960. W: Rothum F. (red.): *Neuropsychopharmacology*. Amsterdam. Elsevier Publishing Co. 1961.
7. Sarwer-Foner G.: Some comments on the psychodynamic aspects of the extrapyramidal reactions. W: Bordeleaux J.M.(red): *Extrapyramidal System and Neuroleptics*. Montreal, Editions Psychiatriques 1961, s. 623-628.
8. Sarwer-Foner G., Koranyi E.K.: Transference effects, the attitude of treating physician, and countertransference in the use of the neuroleptic drug in psychiatry. W: Sarwer-Foner G.: *The Dynamics of Psychiatric Drug Therapy*. Charles C. Thomas Publ., Springfield 1960. s.392-417.