

Lek jako obiekt relacji – opis przypadku

Object relation with drug – case report

Sławomir Murawiec

Z II Kliniki Psychiatrycznej AM w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kokoszka

Summary

Psychoanalytic exploration of the action of psychotropic drugs has a long tradition which begins in the pioneer days of contemporary psychopharmacotherapy in 1950-ties. This exploration and publications based on them theorized about influence of neuroleptics on ego defences, id drives and intrapsychic conflicts and decrease in symptomatology as a result in of action of the medication on all listed above. The paper presented is the case story about psychodynamic meaning of medication with a neuroleptic drug in a new context. The patient after a psychotic episode (paranoidal type) was treated with quetiapine 600 mg per day and in the same time had an individual psychotherapy. During psychotherapy her unability to establish object stability was disclosed. In that particular intrapsychic situation the patient established a relation with an omnipotent and idealized representation of the drug. Medication was an absolutely idealized object for her one that was controlable and stabile and could not abandon her. The quality of relation with the drug was based on a primary defence mechanism like splitting, idealization and omnipotence and denial.

Słowa klucze: schizofrenia, farmakologia, psychoanaliza

Key words: schizophrenia, pharmacotherapy, psychoanalysis

Coraz więcej osób jest obecnie leczonych farmakologicznie z powodu różnego rodzaju zaburzeń i chorób psychicznych. Wprowadzane są nowe generacje leków psychotropowych, takich jak leki przeciwdepresyjne, przeciwpsychotyczne i stabilizujące nastrój leki II generacji, nowe leki przeciwłękowe, nasenne i prokognitywne. Badania nad subiektywnymi i psychologicznymi aspektami leczenia nie dotrzymują niewątpliwie kroku tak burzliwemu rozwojowi psychofarmakoterapii. A można przecież zauważyć, że coraz więcej pacjentów w praktyce psychoterapeutycznej przyjmuje leki psychotropowe i psychoterapeuci są zmuszeni zająć wobec tego zjawiska jakieś stanowisko zarówno w sensie ogólnych poglądów, jak i w przypadku konkretnych pacjentów. Stanowisko to mogłoby się opierać, moim zdaniem, podobnie jak w innych dziedzinach wiedzy profesjonalnej, na znajomości dotychczasowego dorobku badań i dalszym twórczym ich rozwijaniu.

Badania nad psychologicznymi aspektami leczenia farmakologicznego mają swoją długą tradycję, sięgającą lat dwudziestych, oraz wybitnych przedstawicieli w nurcie psychoanalizy, którzy są jednakże mało znani i niewzględniani w kształceniu psychoterapeutycznym. Zdaniem Sarwer-Fonera [1] pionierami w tej dziedzinie są S. Rado i A. Gross. Rado w pracy opublikowanej w *International Journal of Psychoanalysis* (1926 r.) postulował, że pewne substancje mogą tworzyć sztuczną barierę chroniącą ego przed silnymi stymulacjami sensorycznymi. Wielki wkład w rozwój psychoanalitycznego podejścia do leków włożyli jednak autorzy, których działalność przypadła na lata pięćdziesiąte i sześćdziesiąte, czyli okres kształtowania się takiej farmakoterapii, jaką znamy obecnie. Ich pierwsze prace dotyczyły kolejno wprowadzanych leków, takich jak rezerpina i chlorpromazyna. Jednym z najważniejszych i najbardziej twórczych autorów wykorzystujących psychoanalityczną wiedzę w stosowaniu leków w psychotropowych był Gerald J. Sarwer-Foner. Jak pisze [1], on sam i jego współpracownicy od początku nie wierzyli w quasi-mistyczną [1] moc leku; rozumienie skuteczności leku opierali na założeniu, że usuwa on pewne objawy choroby, które ulegają wpływowi jego działania. Pacjenci podlegali indywidualnej psychoterapii w tym samym czasie, kiedy otrzymywali leki. Pozwalało to na badanie zmian w obronach ego pacjentów i psychodynamicznej eksploracji zachodzących procesów psychologicznych. Badano także pole relacji przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowej.

Badając efekt działania leków autorzy doszli do wniosku, że nie można go rozpatrywać bez uwzględnienia cech indywidualnych pacjenta. Prosta, ale wymowna analogia posłużyła do sformułowania tej tezy. Sarwer-Foner [1] przytacza przykład działania morfiny na żołnierzy rannych w walce. Jeśli morfina była podawana na polu walki, jeszcze „pod ogniem”, to żołnierze wymagali większych jej dawek niż ci sami żołnierze z tymi samymi ranami, ale kilka godzin później, już po ewakuacji. Na podstawie tej analogii Sarwer-Foner i współpracownicy sformułowali spostrzeżenie, że „charakterystyczne farmakologiczne działanie” leku może być zmienione przez okoliczności zewnętrzne, np. w opisanym wypadku przez warunki związane z nasilonym przeżyciem lęku.

Zdaniem Sarwer-Fonera [2], kiedy lek neuroleptyczny podawany jest pacjentowi w odpowiedniej dawce, zawsze wywołuje pewien określony zespół reakcji. Ten efekt został określony jako charakterystyczny profil farmakologiczny (*characteristic pharmacological profile*) i zdefiniowany jako klinicznie obserwowalne charakterystyczne farmakologiczne działanie leku. Wszyscy pacjenci otrzymujący lek w adekwatnej dawce ujawniają w różnym stopniu działanie jego charakterystycznego profilu farmakologicznego, z zastrzeżeniem że mogą występować indywidualne różnice we wrażliwości na ten lek. Przedmiotem psychoanalitycznego badania może być jednak sposób, w jaki profil farmakologiczny wchodzi w interakcję ze szczególną sytuacją osoby przyjmującej lek. Ta sytuacja obejmuje wiele poziomów – interpersonalny, rodzinny, otoczenia społecznego i inne. Lek podawany jest także w konkretnym kontekście – relacji z innymi ludźmi, z lekarzem, który z kolei musi się poruszać w określonym dla sytuacji leczenia kontekście medycznym i instytucjonalnym. Efektem tych złożonych zależności jest wprowadzenie terminów „efekt terapeutyczny” i „efekt psychologiczny” leku. Efekt terapeutyczny leku, w odróżnieniu od efektu farmakologicznego, jest

indywidualny, charakterystyczny dla osoby, ale nie dla populacji przyjmującej lek. Jego podłożem jest konstrukt tworzony przez pacjenta na podstawie działania farmakologicznego leku, który uwzględnia specyficzną sytuację psychiczną pacjenta w danym momencie. Ten symboliczno-emocjonalno-poznawczy konstrukt wpływa znacząco na reakcję pacjenta na podany mu lek. Odpowiedź kliniczna na leczenie jest, jak można rozumieć, wypadkową profilu farmakologicznego leku oraz modyfikacji działania farmakologicznego przez czynniki intrapsychiczne, przeniesieniowe i przeciwpreniesieniowe. Inni autorzy analizowali działanie leku także w odniesieniu do innych instancji psychicznych, nie tylko samego ego pacjenta.

Azima [za: 2] sugerował, że lek wpływa bezpośrednio na energię instynktualną i uważał, że leki mogą powodować reorganizację obiektów wewnętrznych oraz systemów kontroli. Winkelman twierdził natomiast, że nie tylko aspekty energetyczne, jak uważał Azima, ale także ego i superego pacjentów leczonych farmakologicznie podlega wpływowi leku [za: 1]. Ostow [3] stosował w latach pięćdziesiątych leki w trakcie psychoanalizy. W czasach współczesnych zainteresowanie psychologicznymi aspektami leczenia odżywa na przykład w psychoanalizie francuskiej. W 2002 roku został opublikowany monograficzny numer „Revue Française de Psychanalyse” zatytułowany „Leki psychotropowe na kozetce” [4]. Zagadnieniami dotyczącymi leków psychotropowych w kontekście psychoanalitycznym zajął się z nimi między innymi Daniel Widlöcher, prezydent Międzynarodowego Towarzystwa Psychoanalitycznego [5]. Rozdział dotyczący psychoanalitycznych aspektów leczenia neuroleptykami napisał Vassilis Kapsambelis [6]. Tak więc istnieje długa i nadal aktualna tradycja pozwalająca na włączanie w obręb myślenia psychoanalitycznego zjawisk związanych z farmakologicznym leczeniem pacjentów. W tej pracy chciałbym zaprezentować opis przypadku pacjentki leczonej psychoterapią psychoanalityczną po przebytych epizodzie psychozy paranoidalnej. Opis dotyczy drugiego i trzeciego roku terapii. W tym czasie tematyka związana z leczeniem podtrzymującym zaczęła bardzo intensywnie dominować w trakcie sesji. Eksploracja tej tematyki ujawniła silny związek pacjentki z lekiem.

Opis przypadku

Pacjentka, 26-letnia, przeżyła przed dwoma laty epizod psychozy paranoidalnej leczony początkowo w szpitalu powiatowym, a następnie w klinice uniwersyteckiej w jednym z miast na południu Polski. Wypisana z rozpoznaniem zespołu paranoidalnego została skierowana na psychoterapię indywidualną. Jako leczenie podtrzymujące zalecono quetiapinę w dawce 400 mg na dobę. W trakcie terapii, w okresie pogorszenia się stanu psychicznego (nasilenie lęku, bezsenności, nastawienia ksobne), zwiększono dawkę leku do 600 mg na dobę, co pozwoliło opanować wymienione objawy. W trakcie terapii pacjentka mieszkała sama, wynajmując mieszkanie w Warszawie; ukończyła studia licencjackie, podjęła pracę w pełnym wymiarze godzin w zawodzie zgodnym z wykształceniem, zaczęła samodzielnie utrzymywać się w Warszawie, znalazła partnera, z którym kontynuuje znajomość od przeszło roku. Tak więc pod względem funkcjonowania życiowego pacjentka podjęła role społeczne i zawodowe na pełnym

poziomie dobrego przystosowania społecznego, mimo braku oparcia w najbliższej rodzinie (mieszkającej w małej podgórskiej miejscowości). Regularnie, raz w tygodniu, uczestniczyła w terapii, opartej na założeniach psychoterapii psychoanalitycznej, regularnie także przyjmowała zalecane leki.

W trakcie terapii ujawniły się liczne problemy pacjentki dotyczące związków z innymi osobami. Analiza jej relacji z terapeutą (przeniesienia), partnerem, rodziną i innymi bliskimi osobami wskazywała na brak ustalenia przez pacjentkę stałości obiektu oraz przeżywanie relacji w sposób bardzo ambiwalentny. Pacjentka relacjonowała, iż ma poczucie, że ważna dla niej osoba (obiekt) porzuci ją, że nie odczuwa do niej żadnych pozytywnych uczuć; zawsze czuła się „niekochana i zostawiana”. Prowadziło to do specyficznego przeżywania relacji z partnerem. Przykładowo, gdy partner proponował spotkanie za kilka dni, pacjentka natychmiast podejrzewała, że nie jest on w żaden sposób zaangażowany emocjonalnie, że nic do niej nie czuje, że zamierza ją porzucić, przeżywała go jako osobę złą i prześladowczą i kierowała na niego (i na związek z nim) pełen wyrzutów atak. Każda taka sytuacja zagrażała zerwaniem związku i powodowała, że pacjentka domagała się zapewnień ze strony partnera o jego stałym zaangażowaniu emocjonalnym. Po takim spotkaniu nie była w stanie samodzielnie funkcjonować, czuła się rozbita, aż do czasu kontaktu telefonicznego lub ponownego spotkania, gdy odzyskiwała czasowo poczucie obecności i miłości obiektu oraz możliwość odzyskania integracji psychicznej. Analogicznie, w trakcie wakacyjnych przerw w terapii pacjentka albo starała się czymś intensywnie zajmować, aby utrzymać poziom funkcjonowania, albo jej funkcjonowanie życiowe ulegało poważnemu zakłóceniu i pogorszeniu. W opisie analitycznym można mówić o niemożności tolerowania niepewności co do obecności obiektu, silnej ambiwalencji i silnych tendencjach destrukcyjnych wyrażanych w relacjach. Dla pacjentki obiekt relacji istniał w momencie, gdy był obecny fizycznie przy niej, natomiast każde jego fizyczne lub psychiczne oddalenie się było przez nią przeżywane jak jego utrata; myślała, że ją opuszcza („on nie chce ze mną być”), że jest zły i prześladowczy („ten związek mnie niszczy”), co, jak odczuwała, mogło prowadzić do poczucia rozpadania się lub do psychozy. Wiązało się to z pragnieniem posiadania obiektu będącego pod całkowitą kontrolą oraz z niechęcią, nienawiścią, poczuciem zagrożenia i rozczarowania w relacjach z osobami, które były dostępne dla niej tylko częściowo, tak jak partner czy terapeuta. W związku z niemożnością tolerowania niepewności, także relacja z terapeutą nie mogła być przez nią doświadczana jako trwała i pomocna.

Lek jako obiekt relacji

Mniej więcej po dwóch latach leczenia podtrzymującego pacjentka zaczęła wypowiadać liczne treści odnoszące się do jej przeżyć związanych z przyjmowaniem leku. Żadne rozmowy na ten temat nie były inicjowane przez terapeutę. Pacjentka poruszała temat zaprzestania leczenia farmakologicznego w wyniku wiedzy wyniesionej z psychoedukacji. Była przekonana, że wszystko, czego dokonała w życiu po przebytej psychozie, jest związane z przyjmowaniem leku. Mówiła o tym, że lek stanowi podstawę jej życia, że fakt ukończenia studiów, znalezienia pracy i utrzymywania się w niej

nie jest związany z nią samą, tylko z zażywaniem leku. Uważała, że psychoza może w każdej chwili nawrócić i zniszczyć jej życie, a jedynym, co ją przed tym zabezpiecza, jest lek. Lek był w jej przeżyciu wewnętrzną podstawą jej funkcjonowania, związków, pracy, zdrowia, przebywania wśród ludzi zdrowych, uczestniczenia w społeczeństwie itd. Twierdziła, że gdyby miała odstawić lek, to musiałaby porzucić pracę, powrócić do swojej miejscowości, aby schronić się pod opiekę rodziców.

Pacjentka twierdziła, że w trakcie hospitalizacji początkowo nie chciała przyjmować leków, wyrzucała je, ukrywała. Potem dokonała próby samobójczej. Wspominała: „jak odzyskałam przytomność, wszystko się ułożyło”. Wtedy postanowiła: „muszę się wyleczyć, lekarstwa pomogą i będę je zażywać”. Kontekst dla tych przeżyć był następujący: „ludzie mnie w tym okresie zawiedli, brat ostro potraktował; brat miał rodzinę, więc nie mógł być dla mnie oparciem”. Powrót do zdrowia po próbie samobójczej powiązała w swojej psychice z przyjmowaniem lekarstw. Poczula, że one dają jej siłę. Mówiła: „dają takie kule, że mogę się podtrzymać, że nie jestem sama w konfrontacji ze światem”. Twierdziła, że nadal boi się być sama i odczuwa, że lek tłumi lęki, tłumi lęk przed samotnością. Powiedziała: „nie jestem sama dzięki lekowi”. Wyobrażeniu o zaprzestaniu brania leku towarzyszyła jej obawa, że wtedy lęk się znowu pojawi, „lęk, który łączy się z byciem samą”.

W trakcie sesji w skojarzeniach pacjentki pojawiali się wielokrotnie rodzice. Pacjentka opowiedziała o okresie swojego dzieciństwa, które w jej odczuciu było bardzo samotne. Opisując matkę, stwierdziła, że była dla niej istotna „praca i tylko praca”. Jako kilkuletnie dziecko po szkole całe dni spędzała samotnie w domu. Jej matka pracowała zarówno przed południem, jak i po południu, i wracała do domu w nocy. Pacjentka nie miała w tym okresie istotnych kontaktów rówieśniczych. Wspominała, że siedziała zupełnie sama, zwłaszcza że brat wychodził do kolegów. Ojciec pacjentki nadużywał alkoholu. Pacjentka wspomniała także o swoim lęku, kiedy ojciec pod wpływem alkoholu wracał do domu, a matki nie było. Zauważyła także, że w okresie, kiedy była dzieckiem i potrzebowała obecności matki, matka nie miała dla niej czasu, natomiast, kiedy miała lat kilkanaście i powinna się być właśnie usamodzielniać, matka przeszła na emeryturę i nagle zwiększyła się bliskość pomiędzy nimi. W dalszych skojarzeniach przywołała obraz brata i rodziców. Powiedziała: „Brat. Rodzice. Rodzice byli wsparciem, ale z drugiej strony były słowa brata: »ty się musisz usamodzielnić«. Jak mam się usamodzielnić, to muszę się uwolnić z bardzo ścisłej relacji z rodzicami. Myśl, że muszę wrócić i skończyć studia, być samodzielną bez rodziców, to też wymagało siły”.

Znaczenie farmakoterapii w odniesieniu do relacji z partnerem pacjentka opisała następująco: „W obecnej relacji z moim chłopakiem motorem jest to, że wiele rzeczy nie satysfakcjonuje, ale boję się być sama, nie kończę relacji. Czas brania leku minął. Ale chcę skończyć relację z chłopakiem. Powinno mi chodzić o skończenie z lekiem, a nie z nim. Może to zamiana. Jak skończę relację z chłopakiem, to moja równowaga się zachwieje i nie będę mogła przerwać brania lekarstwa. W ostatniej rozmowie, kiedy go zapytałam, czy chce być ze mną, on powiedział, że nie wie. Więc jest niepewnym oparciem. On ma swoje problemy. Jak jest osobą z problemami, to nie jest oparciem. Wtedy ja bym musiała być dla niego oparciem, a ja ledwo się trzymam”.

Po przerwie wakacyjnej pacjentka opisała kilka swoich snów, które mogą także być interpretowane w kontekście przyjmowania leku (oraz w kontekście relacji przeniesieniowej). Te sny, o nieskomplikowanej treści, którym towarzyszyły jednakże silne przeżycia emocjonalne lęku i przerażenia, opisywała następująco: „Śniło mi się, że się bujam na linie. Wiszę na linie i się bujam, pode mną przepaść, a ja się kołyszę na linie”. Inny sen miał następującą treść: „Lecę helikopterem, który ma przeszkoloną podłogę. Lecę nad jakąś głębią, przestrzenią, nie widać dna”. Kolejny sen: „Jadę pociągiem przez most. Miałam wysiąść na poprzedniej stacji, ale zdecydowałam, że pojedę dalej. Wokół pociągu widzę jakąś przestrzeń, morze, otchłań, ale ja jadę bezpiecznie w środku”. Interpretując te sny w związku z terapią można dopatrzeć się w nich symboli leku – lina (sen pierwszy) i helikopter (sen drugi). W trzecim śnie można odczytać myśl, że chciała lek odstawić, ale zdecydowała się brać go nadal, i dzięki temu czuje się bezpiecznie.

Lek a pierwotne mechanizmy obronne

Zasady, na jakich oparta była relacja pacjentki z lekiem, wynikały z pierwotnych mechanizmów obronnych [7]. Relacją tą rządziły pierwotne, psychotyczne sposoby organizacji struktury i funkcjonowania psychiki, takie jak idealizacja, opisana już wielokrotnie powyżej, oraz rozszczepienie, zaprzeczenie i procesy pierwotne, których ilustracją mogą być dwie niżej opisane sytuacje. Jedną z sesji pacjentka rozpoczęła mówiąc, że jej stosunek do leków wynika być może z niedostatecznej wiedzy o ich działaniu. Wyjaśniła, że gdyby miała więcej wiedzy o chemicznym działaniu leków, to być może jej stosunek do przyjmowanego leku byłby inny. Poproszona o dalszą wypowiedź stwierdziła, że gdyby wiedziała, jakie objawy niepożądane mogą ją czekać po odstawianiu leku, to łatwiej byłoby się jej, jak uważała, przygotować na te objawy. Okazało się, że w przeciwieństwie do stanu faktycznego (a także powszechnych odczuć na ten temat) w przekonaniu pacjentki niższa dawka leku kojarzyła się z większą liczbą działań niepożądanych, natomiast odstawienie leku kojarzyło się z wystąpieniem nasilonych działań niepożądanych („gdybym była poinformowana, tak jak moja koleżanka, która brała lek x. Pani ordynator jej powiedziała, że jeśli będzie brała mniej tego leku, to przy niskich dawkach może jej lecieć mleko z piersi”).

W trakcie innego spotkania, po otrzymaniu kolejnego opakowania quetiapiny, pacjentka przyszła zaniepokojona, pytając, czy terapeuta wie, co to za lek. Poinformowała, że z pewnością ulotka leku została zmieniona; pojawiły się w niej nowe informacje. Dotyczyły one wielu niebezpiecznych działań niepożądanych leku. Pacjentka oznajmiła, że w zasadzie wynika z tej nowej, zmienionej ulotki, że lek ten wywołuje padaczkę, a informacja o tym nie była dotychczas zamieszczana. Określiła lek jako niebezpieczny i groźny, i wyraziła zadowolenie z faktu, że niedługo będzie mogła go przestać przyjmować, choć zadowolenie to mieszało się z obawami co do powrotu psychozy po zaprzestaniu przyjmowania go.

Wypowiedź ta była tak różna od wszystkich dotychczasowych wypowiedzi pacjentki na temat otrzymywanego leku, że powstała we mnie chęć zapoznania się z „nową”

ulotką. Po przywołaniu swojej wiedzy na temat quetiapiny i zasad zmiany ulotek informacyjnych, oraz upewnieniu się, że pacjentka otrzymała ten sam lek, który przyjmuje od lat, stała się dla mnie widoczna psychologiczna wartość zmiany opisywanej przez pacjentkę. Zinterpretowałem, że rozmawiamy czasami o konieczności odstawienia leku i w tym kontekście, wydaje się, musi ona zmienić lek w coś negatywnego, aby móc go odstawić. Powiedziałem, że lek do tej pory był w jej odczuciu czymś bardzo silnym i dobrym, pozwalającym na samodzielne funkcjonowanie, chroniącym ją. Teraz, kiedy przygotowuje się do jego odstawienia, nagle staje się on w jej odczuciu czymś złym, groźnym. Być może dlatego, że tylko wtedy może go odstawić, odrzucić. Dodałem, że lek jest ten sam, tylko zmienia się jej nastawienie do niego.

Po tej interpretacji pacjentka zaczęła intensywnie kojarzyć różne sytuacje ze swojego życia potwierdzające, że jeśli się z kimś rozstawała, to w ostatnim okresie ten ktoś wydawał jej się zły. Były to skojarzenia z osobami, z relacjami. Dotyczyły poprzedniego partnera, znajomych, wykładowców na uczelni. Następnie pacjentka zaczęła zastanawiać się nad swoją relacją z rodzicami. Rozważała, czy jej obraz rodziców, zwłaszcza matki, nie był związany z tym, że musiała zobaczyć ją w negatywnym świetle, aby móc się z nią rozstać i zamieszkać w odległym mieście. W tej sytuacji wyraźnie widoczny był mechanizm rozszczepienia obiektu (wewnętrznego obrazu leku) na absolutnie dobry (lek „dotychczasowy”) i zły (lek „po zmianie ulotki”), zaprzeczenie wartości złego obiektu oraz przypisania mu treści prześladowczych.

Dyskusja

Przedstawiony wyżej fragment pracy klinicznej ilustruje, moim zdaniem, fakt, że pacjent przyjmujący lek może stworzyć wewnętrzną relację z tym lekiem. Nie jest tak w każdym przypadku. Jeśli przyjmujemy przez krótki okres lek na przykład „na przeziębienie”, to prawdopodobieństwo, że potraktujemy go jako coś zewnętrznego, co ma na przykład „zbić gorączkę” (także traktowaną jako coś zewnętrznego wobec poczucia własnego ja), jest duże. Natomiast jeśli lek ma być przyjmowany przez okres długi, na przykład kilkuletni, jak w omawianym przypadku, i związane z nim jest duże znaczenie emocjonalne (na przykład ma chronić przed psychotycznym załamaniem), to wydaje się, że wytworzenie relacji staje się w pewnych szczególnych okolicznościach możliwe. Przez te okoliczności rozumiem sytuację, w której nie doszło do ustanowienia wewnętrznej stałości obiektu i lek „wpasowuje się” w taką konstelację psychiczną, uzupełniając ją nadanym mu psychologicznym znaczeniem.

Jeśli taka relacja z lekiem zachodzi, to jest ona zgodna z wewnętrznym modelem tworzenia relacji, jaki ma dana osoba. W omawianym tu przypadku lek pełni wielorakie funkcje, a relacja z nim zorganizowana jest w pierwotny, psychotyczny sposób z użyciem pierwotnych mechanizmów obronnych.

Lek staje się dla pacjentki:

- obiektem stałej, pewnej relacji, który jest wierny, pewny, który nigdy nie opuści
- filarem ego – obiektem, dzięki któremu ego zachowuje strukturę i spójność
- partnerem towarzyszącym i wspierającym w życiu
- obiektem prześladowczym (w chwili, gdy pojawiają się przeżycia związane z jego

odstawieniem)

Interesującym aspektem jest zagadnienie leku w kontekście relacji z partnerem. Można tu dostrzec pewnego rodzaju wymienną rolę lek – partner w przeżyciach pacjentki. Partner jest przeżywany w sposób funkcjonalny, jako obiekt nie zaspokajający potrzeb emocjonalnych. Pacjentka gotowa jest zrezygnować z tego związku, aby utrzymać bardziej dla niej satysfakcjonującą i pewniejszą relację z lekiem.

Podsumowanie

Farmakoterapia nie jest interwencją wyłącznie biologiczną; ma wiele psychologicznych aspektów, które mogą być eksplorowane psychoanalitycznie. W przypadku opisanym powyżej pacjentka po przeżytym epizodzie psychotycznym, która nie ukształtowała uwewnętrznionego poczucia stałości uczuć obiektu, utworzyła relację z lekiem jako obiektem wyidealizowanym i onnipotentnym. Relacja ta oparta była na pierwotnych zasadach funkcjonowania psychicznego, takich jak pierwotne mechanizmy obronne i proces pierwotny.

Praca nie była sponsorowana.

Ēļęŗđňňāī ēŗę īāūļņ đļē`ōčč. Īđ`čńŗīēļ īŗāēŗāīē`

Ņīāīđēŗīēļ

Ďņčōīŗīŗēčņē=Īņęōļ ēņņēļāīŗāīē` īŗā āļēņņāēļē đņčōīŗīŗēčņē đđīđŗđŗīŗā āŗāī ēŗāļņīū ē āŗņčđōŗňň` đīđēīār āāļāīē` űāđļēļīē đņčōīŗđēŗēŗēīāēč ā 50-ō āīārō XX āļēŗ. Ÿņē ēņņēļāīŗāīē` ē īđ`ōāēčēīāŗīūļ đŗāīņū ēīīōļīņđēđīāŗēčņū īŗ űŗēčō đđīāēļēŗō ēŗę āēč`īēļ ēļęŗđňňā īŗ ēŗūčņīūļ ēļōŗīčēēū Ÿ ā ī. Ēđīēļ űīāī, đŗīņņēŗđēāŗēčņū űŗēļ āīđ`đīņū ēŗę ēīēč=Īňňāī āīņņōđ`īē Ÿīļđāēč, űī=Īēļ đđīōļņŗ ēēčāčāŗōčē đņčōīđ`ŗīēīāē=Īņęōļ űēčđņīēīā.

Ā īŗňňī`ūlē đŗāīļ đđīāňņŗāēļī ēīāčāčāōŗēūīļ ēīŗ=Īēļ ēļęŗđňňār ā īīāē ēīīņļēňī.

Īŗāēŗāīēļ īŗā đŗōēļīņē, ēīņīđŗ` đīđīļīņēŗ đŗđŗīēčāīūē űēīāđīē, ī đ`īņīē ā űī=Īēļ āāōō ēļņ āūēŗ ēļ=Īīŗ ēāļņēčēīē ā āīēļ 600 ēā ā űōņēč ōēŗēūāŗīņ, =ņī ā đđēīāļ đđīāīđēčāŗūļāī ēļ=Īē` đŗōēļīņēŗ āūđŗāīņŗēŗ ēīņđŗđņēčē=Īņęōļ đļē`ōčč ű đđēīēŗēļēūē ēļęŗđňňāīē. Đīņēļ īēŗī=ŗīē` āīņđ`ēņŗēčēŗōčē đŗōēļīņēŗ īŗ=ŗēŗ ēīāčāčāōŗēūīōļ đņčōīŗīŗēčņē=Īņęōļ űīđŗđ`ēļ. Āī āđļē` Ÿņīē űīđŗđ`ēč đŗōēļīņēŗ đđī`āē ēŗ īņņōňňāēļ =ōāňňār đ`īņňī` īīņņē īāūļņāŗ ā đļē`ōčč ű ēīūēč ēčōŗēč. Ā űŗēŗē űēčōŗōčē ēļęŗđňňāī, =ņī āī ēīņīđīāī āļē űđōār ēīāēŗ īŗ īļāī đŗīņ=čņūāŗņū ē űŗēŗ ļāī đđēļē ēīīņđēčđīāŗēŗ, űāļēŗēņ` īāūļēņīē čāļŗēčēčđīāŗīūē ē āņļōēīāōūēčē. Đŗōēļīņēŗ =ōāňņāīāŗēŗ ļāī đđīāīđēčāŗūļāī đđēņōňňāēļ ē ļēō đđēđ`ēņūāŗēŗ ōňđ`ļōč, ēŗę īŗđđēēļđ īēŗī=Īēļ āūņŗļāī īāđŗēīāŗē`, űŗēŗīņņī` űļēūīļ ōōīēčōīēčđīāŗīēļ ā īāūļņāļ āāŗēč īņ űļēūč, đŗāīņīņđ`īņīāīīņņū. Ņ āđōāīē űňđīūū, ēūņēč ī đđēļēđŗūļīēč đđēļēŗ ēļęŗđňňār űīđđīāŗēŗēŗņū ōŗīņŗēč`ēč, =ņī đ`īņīđ Īņ āņļ īŗēīđ`ēļīūļ ē āīēčāđŗēčņň` ē ēŗņīđē ē āōāļņ īňňāŗāŗņū` đŗā Īļ īđ`ļēŗē. Ÿņŗ āīōňđļīū` đļē`ōč` ű ēļęŗđňňāīē īđ`ēđŗēŗņū īŗ đđīāē=īūō ēļōŗīčēēŗō ēŗūčņīūāī ōđŗđēņīđŗ, űŗēčō ēŗę đŗēčāāīļīēļ, īļāŗņēčāčē, čāļŗēčēŗōč` đđī-đŗđŗīŗ ē űāļđōōļīūļ ļāī āļēņņāēļ.

Medikament als Beziehungsobjekt – Fallbeschreibung

Zusammenfassung

Psychoanalytische Studien an der Wirkung der psychotropen Mittel haben eine lange Tradition, die die Zeit der Einführung der modernen Psychopharmakologie in den fünfziger Jahren des 20. Jahrhunderts reicht. Diese Studien und Veröffentlichungen befassten sich mit

solchen Themem wie der Einfluss von Medikamenten auf die Abwehrmechanismen des Egos, die Menge der zugänglichen Energie, den Verlauf das Zurückhegen der psychopathologischen Symptome. Die geschilderte Arbeit bespricht die individuelle Bedeutung des Medikamentes in einem neuen Kontext. Die Beschreibung des Falles einer Patientin, die das paranoide Syndrom hinter sich hatte, und dann zwei Jahre lang mit Quetiapin in der Dosis 600 mg/Tag behandelt wurde, zeigt dass in der Behandlungszeit die Patientin eine intrapsychische Beziehung zu dem eingenommenen Medikament gebildet hatte. Nach dem Ende der Hospitalisierung wurde bei der Patientin eine individuelle psychoanalytische Therapie durchgeführt. Während der Therapie berichtete die Patientin über den Mangel an Stabilität des Objektes in der Beziehung auf andere Personen. In dieser Situation wurde das Medikament, zu dem sie ständigen und sicheren Zugang hatte und an dessen Zugänglichkeit sie Kontrolle hatte, zum idealisierten und omnipotenten Objekt. Die Patientin fühlte die sie ständig unterstützende Anwesenheit des Medikamentes und schrieb ihm ihre Errungenschaften zu: Studienabschluss, selbständige Funktionsweise weit von der Familie, feste Einstellung. Dagegen stellte sie sich vor, wenn sie das Medikament entzieht, dass sie alles verlieren und zu ihrer Mutter zurückkehren muss, damit sie sie betreut. Diese innere Beziehung zum Medikament stützte sich auf die Abwehrmechanismen, solche wie Zerspaltung, Negation, Idealisierung und Omnipotenz.

Le médicament comme objet de relation – description d'un cas

Résumé

Les recherches psychanalytiques concernant l'effet des psychotropes ont la longue tradition datant des années 50 du XX^{ème} siècle. Ces recherches et les publications en question se sont concentrées sur l'effet des médicaments sur les mécanismes de défense d'ego, sur l'énergie et sur le cours de l'élimination des symptômes psychopathologiques. Ce article présente un cas particulier et décrit l'effet des psychotropes dans le nouveau contexte. La patiente avec le syndrome paranoïde suivait la thérapie de quetiapine (dose journalière de 600 mg) pendant 2 ans. Au cours de cette thérapie la patiente a créé la relation intrapsychique avec le médicament. Après l'hospitalisation la patiente continue la psychothérapie individuelle. Pendant cette psychothérapie la patiente déclare le manque du sentiment de stabilité dans les relations avec les autres personnes. Le médicament est devenu pour elle l'objet idéalisé et omnipotent. La patiente l'a traité comme personne qui la soutient, qui l'aide à finir ses études, à travailler, à fonctionner dans la vie quotidienne. La pensée de finir la pharmacothérapie cause en elle le sentiment de tout perdre et de nécessité de vivre avec sa mère qui devra la soigner. Cette intrapsychique relation avec le médicament base sur les élémentaires mécanismes de défense tels que division, dénégation, idéalisation, omnipotence.

Piśmiennictwo

1. Sarwer-Foner G. *The psychodynamic action of psychopharmacologic drugs and the target symptom versus the anti-psychotic approach to psychopharmacologic therapy: thirty years later.* Psychiatr. J. Univ. Ottawa 1989;14,1: 268–278.
2. Sarwer-Foner GJ. *On the mechanisms of action of neuroleptic drugs: a theoretical psychodynamic exploration. The Hassan Azima memorial lecture.* W: Wortis J, red. *Recent advances in biological psychiatry*, vol. VI. The proceedings of the eighteenth annual convention and scientific program of the Society of Biological Psychiatry, Atlantic City, N.J., 7–9.06.1963. New York: Plenum Press; 1963.
3. Ostow M. *Drugs in psychoanalysis and psychotherapy.* New York: Basic Books; 1962.
4. *Les psychotropes sur le divan.* Rev. Franç. Psychanal. 2002; 66/2.
5. Widlöcher D. *Depression et anxiété.* Rev. Franç. Psychanal. 2002; 66: 409–422.

6. Kapsambelis V. *Formulations psychanalytiques des effets neuroleptiques*. Rev. Franç. Psychanal. 2002; 66: 447–464.
7. Walewska K. *Pierwotne mechanizmy obronne*. W: Sokolik M, red. *Problemy współczesnej psychoanalizy*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego; 1992, s. 26–42.

Otrzymano: 17.11.2003

Zrecenzowano: 5.01.2004

Przyjęto do druku: 26.01.2004

Adres: II Klinika Psychiatryczna AM
03-242 Warszawa, ul. Kondratowicza