

Sławomir Murawiec

**PSYCHODYNAMICZNE ASPEKTY DZIAŁANIA LEKÓW
PSYCHOTROPOWYCH WEDŁUG KONCEPCJI G.J. SARWERA-FONERA**

**PSYCHODYNAMICS OF PSYCHOTROPIC DRUG EFFECTS
ACCORDING TO G.J. SARWER-FONER**

II Klinika Psychiatryczna AM w Warszawie

Autor omawiając koncepcję z okresu wprowadzania do medycyny neuroleptyków rozszerza spektrum rozumienia reakcji pacjenta na określony środek farmakologiczny o psychologiczne czy nawet psychodynamiczne aspekty obejmujące kontekst całej sytuacji leczącej. Przypomina jednocześnie, że posługiwanie się środkami farmakologicznymi w procesie psychoterapii może być rozumiane poprzez reakcję przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniową relacji lekarz-pacjent.

**pharmacotherapy
psychoanalysis**

Summary: According to G.J.Sarwer-Foner neuroleptic drugs in psychiatry offer another variable in human interactions. The therapeutic effect of the drug is not only an objective non personalized event. On the contrary, the effect of the drug in the treatment of a particular person is highly individual. The effect observed on the psychopathology and behavior depends on personalized reactions of the individual patient to the effect of the drug in terms of his/her total intra-psychic, family and social situation. Moreover, transference and counter-transference in the patient-doctor relationship influence the physiologic effects of the drugs.

Zastosowanie psychoanalitycznego podejścia do leków psychotropowych ma długą historię. Pionierami w tej dziedzinie byli S. Rado i A. Gross [1]. Rado w pracy opublikowanej w International Journal of Psychoanalysis w 1926 roku 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 (wprowadzona przez Nathana Kline'a 1954) i chlorpromazyna (przez Delaya i Denikera w 1952).

Jednym z najważniejszych i najbardziej twórczych autorów stosujących psychoanalityczną wiedzę w aplikowaniu leków psychotropowych był Gerald J. Sarwer-Foner, pracujący w tym okresie (1953-1957) w Queen Mary Veterans Hospital; Montreal Military Hospital i w Department of Psychiatry Uniwersytetu McGill w Montrealu. Stosowanie leków było przez niego i jego współpracowników ograniczone tylko do sytuacji bardzo

ewidentnych objawów psychiatrycznych o dużej intensywności i powodujących znaczny dyskomfort pacjentów. Jak pisze Sarwer-Foner [1] od początku nie wierzyli oni w quasi-mistyczną moc leku uleczenia całej choroby, lecz rozumienie działania leku opierali na założeniu, że usuwa on pewne jej objawy. Pacjenci podlegali indywidualnej psychoterapii w tym samym czasie, kiedy otrzymywali leki. Pozwalało to na badanie zmian w ich obronach ego i psychodynamiczną eksplorację zachodzących procesów psychologicznych. Badano także pole relacji przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowej.

Czy można psychoanalitycznie interpretować działanie leku? W 1960 roku ukazała się książka pt. „Dynamika terapii lekami psychiatrycznymi” [2] zawierająca, oprócz tekstów poświęconych tej tematyce, dyskusję nad poszczególnymi artykułami. W dyskusji nad artykułem zamieszczonym w książce Geralda Sarwera-Fonera i Erwina K. Koranyiego [2] R. Cleghorn z Montrealu przedstawił krótką i bardzo pojemną poznawczo formułę psychoanalitycznego kierunku myślenia o farmakoterapii: „Leki mają symboliczną funkcję, psychodynamiczną funkcję i farmakologiczną funkcję, które oddziałują wzajemnie na siebie” [2]. Autorzy tej dyskusji często też cytują Denikera, który wtedy właśnie opublikował pracę, w której łączył, stanowiące, jak można sądzić z dyskusji, duży problem, zjawisko „excito-motor reactions”, nazywane też „turbulent phase” (akatyzyja), po podaniu neuroleptyków z reakcjami histerycznymi [2]. Przegląd piśmiennictwa z tamtego okresu, dotyczącego psychoanalitycznej eksploracji leczenia farmakologicznego, wymagałby oddzielnej książki, toteż w pracy tej chciałbym przedstawić główne idee tylko G. Sarwera-Fonera oraz jego współpracowników. Oparłem się na kilku pracach podsumowujących doświadczenia Sarwera-Fonera, choć należy zaznaczyć, że jest on autorem lub współautorem kilkudziesięciu publikacji dotyczących tej tematyki.

Badając efekt działania leków Sarwer-Foner i wsp. doszli do wniosku, że działania leku nie można rozpatrywać bez uwzględnienia czynników 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 „specyficzne farmakologiczne działanie” leku może być zmienione przez okoliczności zewnętrzne, np. w opisanym wypadku przez warunki związane z nasilonym przeżyciem lęku.

Działanie farmakologiczne a terapeutyczne

Zdaniem Sarwera-Fonera [3], kiedy lek neuroleptyczny podawany jest pacjentowi w odpowiedniej dawce, zawsze wywołuje pewien zespół działań [3]. 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 obej-

muje 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, 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 psychologiczną 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 przeciwprzeniesieniowe.

Hipoteza kontinuum obronnego

Zdaniem Sarwera-Fonera działanie leków może być opisane na podstawie teorii kontinuum obron ego. Objaw występujący u pacjenta jest pewną wypadkową, rodzajem kompromisu. Jest swego rodzaju najlepszym rozwiązaniem indywidualnej konstelacji wewnętrznych konfliktów, popędów, impulsów i obron przed nimi w spostrzeganej przez niego sytuacji zewnętrznej oraz efektem integracyjnych wysiłków zarówno układu nerwowego, jak i psychiki. Sarwer-Foner sformułował na tej podstawie hierarchiczny model, przypominający model H. Jacksona lub model J. Mazurkiewicza, ale w odniesieniu do obron ego. Jego zdaniem pod naciskiem nierozwiązanego konfliktu może nastąpić załamanie grupy obron ego. Następuje wtedy zagrożenie wydostaniem się nie tolerowanych impulsów, nad którymi pacjent nie może zapanować. W takiej sytuacji znajduje oparcie w innej grupie obron ego, jednak ten nowy poziom reprezentuje stan „niższy”, mniej zintegrowany, regresywny i świadczący o obniżeniu się normalnego poziomu funkcjonowania. Wtedy właśnie pojawiają się lub ulegają zaostrzeniu objawy (psychopatologiczne) stanowiące opisany wyżej kompromis w indywidualnej konstelacji popędów i obron. Natomiast wraz z poprawą stanu psychicznego zachodzi zdaniem Sarwera-Fonera proces odwrotny, proces wstępowania obron ego na wyższy poziom, i mniej zintegrowane, bardziej prymitywne obrony regresywne są zastępowane przez obrony bardziej zintegrowane. Towarzyszy temu ustępowanie objawów psychopatologicznych wraz z osiągnięciem przez pacjenta lepszego panowania nad swoimi intrapsychicznymi konfliktami.

Sarwer-Foner uważa, że na poziomie nieświadomym objawy spełniają cztery zasadnicze funkcje:

- są próbą represji (ukrycia) (przez symboliczne zamaskowanie) istoty nieakceptowanych impulsów, które zagrażają włamaniem się do ego
- są symbolicznie zakamuflowaną częściową ekspresją tych impulsów, a poprzez to są ich częściową gratyfikacją
- poprzez jednoczesną represję i ekspresję impulsów (punkt 1 i 2) są częściową obroną przeciwko dalszemu ujawnianiu się tych impulsów w świadomości i zachowaniu
- ponieważ impulsy ulegają jednak ujawnieniu, objawy są częściowo karą związaną z poczuciem winy z powodu nieakceptowanych impulsów; cierpienie związane z wstępowaniem objawów jest częściowym odkupieniem tej winy.

Zdaniem cytowanego autora niektóre z symptomów, jakie ujawnia pacjent, reprezentują bardziej niż inne istotę problemów, z jakimi się boryka. Znaczące objawy wyrażają bezradność pacjenta wobec nasilenia nieakceptowanych impulsów. Wyrażają one także zdewaluowane poczucie własnej wartości i poczucie mniejszej wartości, niższości, perwersyjności i zła. Toteż dla pacjenta pewien konkretny zbiór objawów symbolizuje „widoczną zewnętrzną manifestację ujawniającą wszystkim, całkowicie lub częściowo, wewnętrznie spostrzeganą istotę choroby, nad którą nie panuje” [1]. Sarwer-Foner porównuje występowanie objawów z flagą, która pokazuje wszystkim dookoła, jakiego rodzaju problemy nękają pacjenta i fakt, że jest on wobec nich bezradny. W innej publikacji [3] Sarwer-Foner podkreśla, że dla pacjenta istnieje różnica pomiędzy poszczególnymi objawami. Są objawy subiektywnie ważniejsze i mniej ważne. Te objawy o szczególnym znaczeniu symbolizują dla pacjenta istotę jego choroby w następującym sensie:

- symbolizują jego poczucie braku wartości i niezdolność do lepszego radzenia sobie
- wyrażają bezradność wobec wewnętrznych popędów, nieakceptowanych ze względu na zasadę rzeczywistości
- symbolizują widoczną, zewnętrzną manifestację wyrażającą to, co wewnętrznie spostrzega on jako istotę swojej choroby, a więc reprezentują jego bezradność, bezwartościowość i porażkę w walce z własnymi konfliktami, oraz zwycięstwo choroby, porażkę w intrapsychicznych zmaganiach
- reprezentują konieczność wycofania się na regresywny poziom funkcjonowania.

Ważne w rozumieniu efektów leków przez Sarwera-Fonera jest rozróżnienie grup pacjentów w zależności od reakcji na leki, które to rozróżnienie wprowadza za Paulem Hochem [2]. Po podaniu leków możliwe są dwie sytuacje

- wyraźna szybka poprawa lub pogorszenie
- powolna zmiana stanu psychicznego.

W tych przypadkach, w których następowała bardzo szybka poprawa, pacjent najczęściej otrzymywał od znaczących osób w otoczeniu komunikat, że jego stan ulega poprawie, że radzi sobie lepiej. Pacjent odczuwał, że dzięki lekowi odzyskał kontrolę nad tymi aspektami psychiki, nad którymi nie panował [1]. Psychodynamicznie reprezentuje to poczucie lepszej kontroli tych objawów, które zostały opisane powyżej, i które mają dla pacjenta subiektywnie największe znaczenie jako symbolizujące istotę jego choroby [3]. Stan psychiczny pacjenta poprawiał się, ponieważ odczuwał on, że za pomocą chemicznego działania leku jest w stanie lepiej radzić sobie z impulsami, z którymi poprzednio nie radził sobie lub radził sobie dużo gorzej w określonym czasie i sytuacji. Ci, których stan poprawiał się natychmiast, mogli osiągnąć taki efekt, ponieważ w ich subiektywnym przeżyciu lek pozwalał na radzenie sobie z istotą choroby, co przedtem znajdowało się poza ich możliwościami [1, 2, 3]. W następnym etapie pacjent „testował” to poczucie wobec otoczenia (pielęgniarki, lekarze, członkowie rodziny), a w przypadku potwierdzenia z ich strony — stan psychiczny i funkcjonowanie poprawiały się nadal. W przypadku osób, u których następowało dramatyczne pogorszenie, działanie leku znosiło lub zakłócało znacząco efektywność obron ego używanych do utrzymania, choćby nawet patologicznej, równowagi psychicznej. W takich sytuacjach szybkość działania leku mogła nie pozwalać

pacjentowi na zaadaptowanie się do nowej sytuacji. W innych przypadkach wchodziły w grę czynniki przeniesieniowe i pacjent przypisywał lekarzowi intencje zgodne z wewnątrzpsychicznymi relacjami z ważnymi osobami z przeszłości. Nieświadome lęki przed zależnością, czyjąś kontrolą i mocą mogły wpływać w takich przypadkach na spostrzeganie działania leku. W przeciwrzuceniu konfrontowało to lekarza z jego własnymi problemami, związanymi z kontrolą i zależnością, jednak aktualizowanymi w relacji z pacjentem. Gdy poprawa następowała powoli, a nie bardzo szybko, zdaniem Sarwera-Fonera miała miejsce sytuacja, w której działanie leku znosiło objawy, ale nie te, które reprezentowały dla pacjenta istotę jego choroby. W takiej sytuacji, pomimo działania leku, pacjent nadal czuł się słaby i bezwartościowy oraz niezdolny do kontrolowania tych najważniejszych problemów, z którymi nie mógł sobie poradzić [3].

Przykładem, który jest często cytowany w pracach tego autora — kiedy działanie leku wchodzi w interakcje z mechanizmami obronnymi ego — jest sytuacja mężczyzn niepewnych swojej męskości i używających aktywności intelektualnej lub ruchowej do jej potwierdzenia. W takich przypadkach działanie leku ograniczające aktywność umysłową lub motoryczną, zmniejszające ilość energii, koniecznej do aktywności, może być subiektywnie spostrzegane jako zmniejszające poczucie męskości, a poprzez zwiększenie pasywności — jako feminizujące.

Spostrzeżenie to pojawiło się bardzo wcześnie w pracach omawianego autora. Sarwer-Foner i Ogle [4] analizowali subiektywne aspekty leczenia rezerpiną i stwierdzili w odniesieniu do psychologicznych aspektów leczenia, że aktywność generalnie, w tym aktywność ruchowa, służy często rozładowaniu, ukierunkowaniu czy wyrażeniu stanu psychicznego (powszechnie mówi się o „wyładowaniu” złego stanu psychicznego). Ich zdaniem znaczące uspokojenie pacjenta zmniejsza jego możliwości używania i wyrażania swojego stanu psychicznego za pomocą zazwyczaj dostępnych środków ekspresji, takich jak ruch i przemiana energii psychicznej w aktywność. W takim wypadku, ich zdaniem, może dojść do narastania lęku u pacjenta, a nawet wybuchu psychozy. Wynika to z faktu, że objawy, w rozumieniu tych autorów, mają „charakter obronny” i znaczenie dla utrzymania emocjonalnej stabilności pacjenta (mogą, jak uważają Sarwer-Foner i Ogle, chronić przed dalszą dezintegracją psychiki). Farmakologiczne („chemiczne”, jak ujmowane jest to w cytowanej pracy) zmniejszenie natężenia objawów może w związku z tym sprzyjać pojawieniu się stanu, w którym pacjent będzie spokojny, ale będzie miał omamy, urojenia lub objawy dysocjacyjne. Zgodnie z tą obserwacją, autorzy stwierdzili, jak wspomniano powyżej, niekorzystny efekt leczenia rezerpiną u mężczyzn wykazujących lęk przed zwiększeniem pasywności oznaczającej dla nich utratę męskości, lub — obawy przed zmianami w obrazie czy integralności ciała. Jak odnotowują, dla tych osób fizjologiczne działanie leku było zagrażające psychologicznie.

Podsumowując to, co przedstawiono powyżej, Sarwer-Foner sformułował teorię psychodynamicznych efektów w schizofrenii [1]. Jego zdaniem na poprawę kliniczną w związku z działaniem leku ma wpływ wiele okoliczności:

1. Biologiczny efekt działania leku (specyficzny farmakologiczny profil leku) zapewnia kontrolę nad objawem lub objawami.
2. Objawy te są uważane przez pacjenta za ważne, ponieważ reprezentują jego niezdolność do stawienia czoła swoim problemom i panowania nad samym sobą, oraz wzbudzają-

cymi lęk impulsami. Te impulsy reprezentują szczególnie ważne wewnętrzne konflikty, których pacjent nie może sam rozwiązać. Poprzednio w obliczu tej niemożności uległy rozbiciu mechanizmy obronne pacjenta i nastąpiła regresja funkcjonowania psychicznego aż do poziomu chorobowego.

3. Kontrola tych objawów jest spostrzegana przez pacjenta jako korzystna dla niego samego.
4. Pacjent ocenia tę kontrolę w kontekście całej swojej sytuacji intrapsychoicznej (konflikty wewnętrzne, impulsy) i aktualnej sytuacji w rzeczywistości.
5. Pacjent odczuwa korzyść z działania leku, ponieważ spostrzega kontrolę symptomów jako dobrą dla siebie i uważa, że przywraca ona jego panowanie nad sobą samym.
6. Takie odczucie jest podstawą poprawy stanu psychicznego oraz wyjścia pacjenta ze stanu regresji, i pojawienia się neurotycznych i normalnych mechanizmów obronnych, oraz sposobów funkcjonowania psychicznego.
7. Pacjent konfrontuje własne spostrzeżenia na swój temat z komunikowanymi mu przez znaczące osoby z otoczenia.
8. Jeżeli te znaczące osoby informują, że dostrzegają poprawę stanu psychicznego pacjenta, kontynuuje on proces normalizacji funkcji psychicznych.

Aspekty przeniesieniowe

Sarwer-Foner spostrzega pole relacji przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowej jako kluczowe dla działania leku. Jego zdaniem odczuwane przez pacjenta fizjologiczne działanie leku jest następnie zniekształcane przez nadawane mu świadome i nieświadome znaczenia. Podłożem tych zniekształceń są znaczące doświadczenia w dotychczasowym życiu pacjenta, które znajdują odzwierciedlenie w aktualnych relacjach na różnych poziomach i w odniesieniu do różnych osób i instytucji. Możliwe są tu różne sytuacje łączące się z zażywaniem leku. Zdaniem Sarwera-Fonera i Koranyiego [2] nawet jeśli pacjent nie podlega formalnie psychoterapii, to działanie leku może być interpretowane w kategoriach wiedzy psychoterapeutycznej. Jeżeli głównym punktem, na którym skupia się postępowanie wobec pacjenta, jest podawanie mu leku, to lek staje się „leczeniem” pacjenta, a wtedy wszystko — sytuacja terapeutyczna, lekarze, pielęgniarki, inni pacjenci, reguły szpitala, rodziny są przez niego kojarzone (łączone) z lekiem i jego fizjologicznym efektem. Jeśli natomiast lek jest podawany w szerszym kontekście metod terapeutycznych, jest on inkorporowany jako inny czynnik leczniczy o ważnym fizjologicznym działaniu i interpretowany w kontekście relacji z lekarzem i otaczającym środowiskiem. W tym kontekście autorzy omawiają także występowanie reakcji paradoksalnych [2]. Ich zdaniem mają one miejsce w sytuacji, gdy fizjologiczne działanie leku jest interpretowane przez pacjenta jako pozbawiające go czegoś istotnego, czyniące jego odczucia mniej adekwatnymi. W takiej sytuacji po podaniu leku pacjent może zareagować zwiększonym natężeniem dotychczasowych objawów lub pojawieniem się objawów lękowych i pobudzenia.

Jeżeli jednak pacjent subiektywnie spostrzega działanie leku jako korzystne, mają miejsce pewne przeniesieniowe zjawiska, które są niespecyficzne dla działania leku, lecz wynikają z czynników psychodynamicznych. Jeśli ustępują objawy psychopatologiczne i lęk, to następuje „wzmacniający ego” efekt leku, pozwalający na kontrolowanie symptomów nękających pacjenta. To działanie wpływa z kolei na relację z lekarzem, jako że

jest to „widoczna demonstracja »mocy lekarza«”. W niektórych publikacjach mowa jest także o mechanizmach introjekcji, poprzez które „dobro” lekarza albo wręcz „dobry” lekarz są inkorporowane oralnie w formie tabletek [5]. Autorzy uważają, że dokładnie ten sam fizjologiczny efekt leku może być zinterpretowany przez różnych pacjentów w różny sposób, co przekłada się dalej na obserwowaną poprawę kliniczną, lub jej brak, oraz na szybkość jej wystąpienia.

Aspekty przeciwprzeniesieniowe

Czynniki przeciwprzeniesieniowe ważne dla efektu farmakoterapii są związane ze specyficznymi uwarunkowaniami leczenia w danym szpitalu oraz z panującą w nim filozofią leczenia [2]. To spostrzeżenie sytuuje terapię prowadzącego ją lekarza w szerszym kontekście całości środowiska terapeutycznego w danym ośrodku jako istotnego czynnika decydującego o skuteczności postępowania farmakologicznego. Czynniki związane z właściwościami tego środowiska oraz liczne czynniki realne, spośród których Sarwer-Foner i Koranyi [2] wymieniają na przykład dostępność środków finansowych i czas, oraz zbyt małą liczbę personelu, wpływają na lekarza podającego lek niezależnie od czynników związanych z konkretną chorobą pacjenta lub jego specyficzną psychopatologią. Inne realne czynniki ważne dla sytuacji przeciwprzeniesieniowej leczenia to konieczność leczenia i kontrolowania dużych populacji osób chronicznie pobudzonych lub z regresją funkcjonowania, społeczna potrzeba „leczenia” lub uzyskania szybkiej poprawy oraz kontrolowania w zakresie pobudzenia psychoruchowego większych grup pacjentów przy jednoczesnej niewielkiej dostępności środków, niedostatku personelu pielęgniarskiego oraz czasu lekarza. Bardziej jednostkowym czynnikiem może być spostrzeżenie schizofrenii jako choroby spowodowanej głównie czynnikami biologicznymi i co za tym idzie oczekiwanie na „magiczny terapeutyczny pocisk” na nią [2]. Oczywiście innym przeciwprzeniesieniowym czynnikiem, powodującym powstrzymanie się od leczenia farmakologicznego, może być przedkładanie interwencji psychoterapeutycznej nad inne środki leczenia. Ważnymi czynnikami jest to, czy lekarz i pielęgniarki lubią pacjenta, czy też nie, czy spostrzegają go jako osobę zagrażającą czy dostarczającą pozytywnych uczuć. Ma to zwłaszcza znaczenie w odniesieniu do tzw. trudnych pacjentów. Opisany [2] jest przykład terapii, w trakcie której lekarz podał pacjentowi lek będąc przekonanym, że oferuje mu „leczenie” i będzie bardziej w stanie współdziałać z nim w psychoterapii. Jednak istotną motywacją do podania leku było wycofanie się lekarza z kontaktu oraz przekonanie, że skoro pacjent otrzymuje lek, to jego problemy są leczone, a więc nie jest konieczne prawdziwe osobiste zaangażowanie w psychoterapię.

Reakcja pacjenta na fizjologiczne działanie leku jest często nieświadomie zdeterminowana przez przeciwprzeniesieniowe uczucia lekarza. Pacjent może podejrzewać na przykład, że lekarz czuje się zagrożony niektórymi problemami, jakie on ujawnia. Takie obszary problemowe może stanowić agresywność i wrogość lub seksualność, perwersyjność. Jeśli pacjent spostrzega, że lekarz czuje się zagrożony ujawnianymi przez niego problemami, to interpretuje działanie leku w tym kontekście. Te reakcje lekarza mogą być różnorodne — zaniepokojenie, trzymanie pacjenta na dystans, lękowe wycofanie się lub agresywność (np. w interpretacjach) — dokładnie tak, jak ma to miejsce w psychoterapii. Jednak w przypadku podawania leku te przeciwprzeniesieniowe uczucia lekarza są wią-

zane z lekiem, i z fizjologicznym, odczuwanym subiektywnie przez pacjenta efektem jego działania. Na przykład wystąpienie lęku u pacjenta po podaniu leku może być wynikiem zbiegu takich czynników, jak objawy psychopatologiczne, interakcja z lekarzem i lękowa reakcja ze strony lekarza.

Zdaniem Sarwera-Fonera i wsp. postawa znaczących osób z personelu ma duże znaczenie w wytworzeniu przekonań, „co wolno, a czego nie wolno”. Członkowie personelu, jak wszyscy ludzie, starają się dostarczyć satysfakcji swoim przełożonym. Mogą istnieć pewnego rodzaju „behawioralne oczekiwania” co do zachowania pacjenta i poziomu aktywności, który on wykazuje, i osoby z personelu mogą być, w sposób bardziej lub mniej otwarty, nagradzane i karane w danym środowisku, w zależności od wyników w zakresie spełniania tych oczekiwań. To zjawisko dotyczy zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek. W ten sposób środowisko danego ośrodka tworzy swój pogląd na to, co jest „terapeutyczne” i co stanowi „poprawę” u pacjenta. Jako przykład tego zjawiska cytowani autorzy podają różny stosunek w różnych ośrodkach do wspomnianego na początku tej pracy „excitomotor syndrome” w trakcie leczenia farmakologicznego, który bywa ignorowany przez jednych, natomiast w innych szpitalach staje się przyczyną przerwania terapii lub znacznej modyfikacji dawki.

Wnioski

Koncepcja G.J. Sarwera-Fonera kierunków możliwej psychodynamicznej interpretacji działania leków psychotropowych, omówiona w tej pracy, jest tylko jedną z wielu możliwości rozumienia psychologicznych aspektów leczenia. Powstała ona już dawno, chociaż jak się wydaje ma nie tylko historyczne znaczenie. Została tu przedstawiona ze względu na chęć dostarczenia polskiemu czytelnikowi wiadomości w zakresie, który moim zdaniem w polskim piśmiennictwie nie jest reprezentowany adekwatnie do swojego znaczenia, leki są bowiem stosowane w psychiatrii bardzo często, natomiast refleksja nad subiektywnymi i psychologicznymi aspektami ich działania dochodzi do głosu zdecydowanie rzadziej. Koncepcja Sarwera-Fonera, psychoanalityczna w założeniach, skoncentrowana jest na ego, sile ego, mechanizmach obronnych, a działanie leków jest widziane w kategoriach wzmacniania kontroli ego. Celem leczenia farmakologicznego jest w niej [6] wzmocnienie możliwości pacjenta panowania nad sobą poprzez kontrolowanie objawów wymykających się spod tej kontroli i stanowiących dla niego oznaki jego choroby. W takim ujęciu, cele farmakoterapii są zbliżone zdaniem Sarwera-Fonera do celów psychoterapii. Modyfikowanie mechanizmów obronnych prowadzi według niego do zmian w obrazie nozologicznym [6]. Zgodnie z takim rozumieniem podawane np. w schizofrenii leki nie mają działania leczniczego na chorobę, jaką jest schizofrenia, lecz są skuteczne przeciw objawom, które ulegają ich wpływowi (co jest nazywane „target symptom approach”). Mam nadzieję, że praca ta będzie mogła stanowić pomoc we własnych próbach rozumienia, co dzieje się z pacjentami, zwłaszcza w przypadkach tak zwanych pacjentów trudnych, lub w sytuacjach niespodziewanych czy paradoksalnych reakcji na leki.

Piśmiennictwo

1. Sarwer-Foner G.J. 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 G.J., Koranyi E.K. Transference effects, the attitude of treating physician, and countertransference in the use of the neuroleptic drugs in psychiatry. W: Sarwer-Foner G.J. *The dynamics of psychiatric drugs therapy*. Springfield: Charles C Thomas Publisher; 1960.
3. Sarwer-Foner G.J. 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.
4. Sarwer-Foner G.J., Ogle W. Psychosis and enhanced anxiety produced by reserpine and chlorpromazine. *Can. Med. Assoc. J.* 1956; 74: 526-532.
5. Azima H., Sarwer-Foner G.J. Psychoanalytic formulations of the effects of drugs in pharmacotherapy. *Rev. Canad. Biol.* 1961; 20: 603-615.
6. Sarwer-Foner G.J. The relationship between psychotherapy and pharmacotherapy: An introduction. *Am. J. Psychother.* 1993; 47: 387-391.

Adres: II Klinika Psychiatryczna AM w Warszawie
ul. Kondratowicza 8
03-242 Warszawa

