

Sławomir Murawiec

## SYMBOLICZNA FUNKCJA LEKU — OPIS PRZYPADKU

### SYMBOLIC FUNCTION OF MEDICATION — A CASE REPORT

Centrum Zdrowia Psychicznego Instytut Psychiatrii i Neurologii  
Kierownik: dr n. med. Katarzyna Prot-Klinger

pharmacotherapy  
psychoanalysis

*Autor prezentuje pogląd, że leczenie farmakologiczne może być badane na poziomie działania biologicznego leku, ale także na poziomie psychodynamicznym, tworzenia relacji z lekiem przez osobę leczoną i na poziomie symbolicznym. Opisuje przypadek pacjenta leczonego fluoksetyną, który nadal zmianom obserwowanym u samego siebie w trakcie leczenia subiektywny wymiar zatrzymania procesu starzenia się i umierania oraz rozpoczęcia nowego życia. Znalazło to wyraz w namalowanych przez niego na ścianie mieszkania symbolach Adama i Ewy, których pierwowzory zapożyczył z rzeźb nagrobnych. Subiektywnie odczuwane działanie leku zostało przez pacjenta wyrażone w symbolicznej formie.*

**Summary:** Function of pharmacotherapy can be seen on different levels. It has not only a pharmacological function, but also a psychodynamic function, which in turn can have the function of object and patient and make the relation with a drug similar to a relation with a person, as well as having a symbolic function. The case story of a man treated with fluoxetine is described. In his subjective experience improvement during treatment has a special meaning that is stopping the process of ageing and dying and beginning a new life. He expressed this by painting in his house, in the centre of the living-room figures of Adam and Eve. He took the prototype of these figures from pictures of marble sculptures on tombs in an Italian necropolis. Conclusion: Subjective interpretation of drug action was expressed in symbolic form.

Praca ta ma na celu omówienie pewnej szczególnej funkcji leków stosowanych w psychiatrii, mianowicie funkcji symbolicznej. W proponowanym tu ujęciu można widzieć ich działanie w kilku płaszczyznach. Podejście to zaprezentowane zostało w publikacji pochodzącej z 1960 roku przez R. Cleghorna [za: 1 str. 405], który w dyskusji opublikowanej w książce poświęconej psychodynamicznemu działaniu leków stosowanych w psychiatrii zauważa: „Oczywiście trudno jest radzić sobie z trzema aspektami tej samej rzeczy. Leki mają funkcję symboliczną, funkcję psychodynamiczną i funkcję farmakologiczną, i wszystkie one pozostają we wzajemnej interakcji” [1, str. 405]. To rozróżnienie jest z jednej strony niezwykle nośne poznawczo, z drugiej — na pewno nie wyczerpuje listy wszystkich funkcji leków, jakie możemy stosować w psychiatrii. Z pewnością jest ich więcej, na przykład opisana funkcja tworzenia przez pacjenta związku z lekiem zbliżonego do związku z drugim człowiekiem [2, 3]. Jednakże w piśmiennictwie psychiatrycznym większość uwagi poświęca się funkcji farmakologicznej leków, natomiast dwie pozostałe funkcje są zaniebdywane i najczęściej — poza spektrum zainteresowań psychiatrów.

Wiele publikacji poświęconych funkcji psychodynamicznej leków powstawało w ubiegłym stuleciu, zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych [4,5] i Kanadzie [1, 6, 7, 8, 9]. Analizowały one efekt działania leków z punktu widzenia psychoanalitycznego. Publikacje dotyczące tych tematów są kontynuowane nadal przez takich autorów, jak D. Widlöcher [10], V. Kapsambelis [11] i jeden z najbardziej znanych współczesnych psychoanalityków S. Resnik [12]. Żywą polemikę wzbudziła praca psychoanalityka i profesora psychiatrii R. M. Gottlieba [13], który sugerował, że wspólnym mechanizmem działania leków z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI) jest modyfikowanie przez nie agresji. Zagadnieniom relacji pomiędzy wiedzą psychoanalityczną a neurobiologią poświęcony jest wydany w roku 2006 trzeci numer *Journal of the American Psychoanalytic Association* [14].

Intensywne badania dotyczące psychodynamicznych aspektów działania leków psychotropowych prowadził między innymi G. Sarwer-Foner, który analizował działanie leków w świetle wiedzy psychodynamicznej, relacji interpersonalnych oraz społecznego i rodzinnego otoczenia pacjenta [1, 6, 7,8, 9]. W literaturze polskiej opublikowano pracę omawiającą szczegółowo wybrane publikacje tego autora [15], a także opisy przypadków pacjentów leczonych farmakologicznie stanowiące ilustrację kliniczną proponowanych przez niego psychodynamicznych koncepcji [16, 17].

W pracy opublikowanej w 2002 roku Ostow [18] postulował niezwykle ciekawą koncepcję uwzględniającą marzenia senne pacjenta w podejmowaniu decyzji farmakoterapeutycznych. Zdaniem tego autora marzenia senne niosą w sobie między innymi informację o bieżącym stanie afektywnym pacjenta. W tym kontekście mogą być wzięte pod uwagę jako przesłanka w podejmowaniu decyzji o stosowaniu leczenia farmakologicznego. Autor ten opisuje przypadek pacjenta, u którego dokonywał zmian leku (np. z fluoksetyny na olanzapinę) na podstawie interpretacji afektywnej treści relacjonowanych przez niego snów. Ta koncepcja nie odnosi się jednak do symbolicznej wartości snów, lecz do nastroju i emocji w nich zawartych, choć ujawnianych w symbolicznym języku marzenia sennego.

W pracach tych nie poruszano tematu symbolicznej funkcji leków, w związku z tym prezentowana praca stanowi rozwinięcie i uzupełnienie wymienionych wyżej źródeł.

### Opis przypadku

Pacjent, lat 45, leczony ambulatoryjnie od 3 lat z powodu epizodu depresyjnego. Zajmował wysokie, odpowiedzialne stanowisko w sektorze państwowym, podobne stanowisko zajmowała jego żona. Na skutek problemów żony (która wykryła nieprawidłowości finansowe w miejscu swojego zatrudnienia i została zwolniona pod sfinansowanymi zarzutami) pogorszyła się gwałtownie sytuacja finansowa i społeczna pacjenta. Problemy żony znalazły swój dalszy ciąg na drodze sądowej, a także odzwierciedlenie w prasie. Następnie także on sam doświadczył mobbingu w miejscu pracy, z której nie mógł odejść ze względu na fakt, że żona nie pracowała. Te trwające kilka lat problemy, znajdujące swoje odzwierciedlenie w każdej sferze życia pacjenta (osobistej, rodzinnej, finansowej, społecznej, prawnej), związane były z subiektywnym przeżywaniem silnego cierpienia i niepokoju.

Pacjent zgłosił się do leczenia, z objawami zespołu depresyjnego, przed trzema laty. W wyniku zastosowanego leczenia citalopramem uzyskano ustąpienie objawów depre-

syjnych. Po pewnym czasie leczenie podjęła także jego żona. W wyniku stosowanej farmakoterapii uzyskano poprawę i stabilizację stanu psychicznego zarówno pacjenta, jak i jego żony. Po okresie terapii podtrzymującej (około 6–7 miesięcy) leczenie przerwano. Po upływie kilku miesięcy u pacjenta nastąpił kolejny okres pogorszenia się nastroju, obniżenia napędu, zwiększenia się drażliwości i niepokoju, zaburzeń snu. Pacjent zgłosił się ponownie z prośbą o leczenie. Ze względów finansowych nie otrzymał leczenia citalopramem, jak poprzednio, lecz generycznym preparatem fluoksetyny. Także to leczenie przyniosło wyraźną poprawę samopoczucia pacjenta, poprawę w zakresie objawów z kręgu depresyjnego oraz polepszenie się funkcjonowania. Pacjent kontynuował przyjmowanie leku. W tym czasie postanowił dokonać opisu zmian, jakie odczuwał w trakcie leczenia. Sformułował swoje refleksje w formie pisemnej barwnym, literackim językiem, a następnie przekazał je lekarzowi z prośbą o ewentualne wykorzystanie tego opisu do celów naukowych. „Uznałem jednak, że ta potrzeba ekshibicjonizmu — w pewnych granicach — ma walory terapeutyczne dla mnie, a może też posłużyć innym jako oryginalny zarys nietypowego studium przypadku w celach badawczych”. Relacja pacjenta ma charakter rozbudowany i wielowątkowy. Poniższe uwagi odnoszą się zaledwie do jej fragmentów, które zostały poniżej zacytowane:

„Przed podjęciem kuracji borykałem się z narastającym poczuciem bezradności wobec okoliczności życia i z przeświadczeniem o systematycznej utracie, a przynajmniej znacznemu ograniczeniu, zdolności intelektualnych, które pozwalałyby mi na bieżąco radzić sobie z kłopotami. Stwierdzałem u siebie wzmagające się kłopoty z koncentracją, pamięcią, kojarzeniem, gotowością poznawczą, motywacją do wysiłku. Objawy te składałem na karb starzenia się, choć wydawało mi się dziwne, by w wieku lat czterdziestu występowały one w takim nasileniu. Towarzyszyła im obniżająca się samoocena, przeżycie dojmującej frustracji, braku sukcesów. Rosła natomiast potrzeba samokontroli, by za wszelką cenę próbować odwrócić ten niekorzystny dla mnie stan rzeczy, niestety, bezskutecznie. Uświadomiłem sobie, że nie obejdzie się bez pomocy lekarskiej”.

Kolejne zacytowane fragmenty relacji pacjenta dotyczą subiektywnie spostrzeganego wpływu leku:

„Lek zaczął działać nadszpodziewanie szybko i w pożądaną stronę. W pierwszych miesiącach nawet działanie to było nieco nadmierne. Potrafiłem roześmiać się na ulicy do swoich myśli, albo powiedzieć coś do siebie. Zacząłem zachowywać się spontanicznie, co było zabawne i dla mnie, i dla otoczenia: pozwalałem sobie na frywolne uwagi pod adresem innych, komplementowałem współpracowniczkę, nie tyle przekraczając granice obyczajowe, co na pewno własne”.

„Wznowiłem z dobrym skutkiem przyjemność zabawowego trybu spędzania wolnego czasu z możliwością powrotu do obowiązków (pod kontrolą). Kwestia kontroli jest tu kluczowym aspektem przeżywania dobrostanu psychicznego: dotyczy to np. picia alkoholu. Zabawę na rauszu zacząłem z powodzeniem wypierać zabawą na trzeźwo. Ponieważ nastrój stanowi tło przeżyć emocjonalnych, po wypiciu zaś alkoholu zabarwia je pesymistycznie, uznałem, że alkohol ma zdecydowanie niekorzystny wpływ pod tym względem i warto odeń stronić”.

„Potrafię narzucić sobie reżim w pracy, ale też wiem, kiedy przerwać jakąś żmudną czynność, choćby na parę minut, by zregenerować siły”.

„Paradoksalnie, owa egocentryczna dbałość pozwala mi na rozwijanie altruizmu: tę z kolei skłonność tłumaczę sobie jako luksus człowieka o ustabilizowanej samoocenie, który nie musi wciąż potwierdzać swojego obrazu u innych i dzięki temu jest w stanie wyjść poza własne potrzeby. Nawiązałem w ciągu ostatnich dwu lat szereg znajomości, z których znakomita większość to znajomości z lat szkolnych, porzucone na minione dwadzieścia kilka lat, a teraz z dużym trudem zrekonstruowane. Mam dzięki temu ogromne grono znajomych (moich i żony łącznie), z którymi utrzymuję kontakty o różnym stopniu nasilenia w zależności od obopólnej ochoty, od sporadycznych po intensywne, przyjacielskie. Tu chyba dało o sobie znać poczucie osamotnienia w ciągu ostatnich lat i obecne nasilenie mojego życia towarzyskiego nosi znamiona kompensacji. Tym bardziej, gdy wziąć pod uwagę moją pozycję w środowisku zawodowym”.

„Jeśli miałbym wymieniać inne nurty, w jakie angażuję się ostatnio, to trzeba by napomknąć o licznych sublimacjach (są to projekty plastyczne i literackie, które zarzuciłem w dorosłości, a do których teraz powracam, oraz projekty społeczne i badawcze). Mnogość tych zaangażowań może sugerować, że popadłem w stan egzaltacji. Wykorzystując przedwojenny album zdjęć z genueńskiej nekropolii Camposanto i zainspirowany bielą ścian w salonie, odtworzyłem po obu stronach wejścia w naturalnej wielkości postaci Adama i Ewy. Rysując te figury, uporałem się z oswojeniem anonimowej przestrzeni, nadając jej jednocześnie wymiar intymny i uniwersalny. Figury żyją w różnych okolicznościach: towarzysko jestem chwalony przez odwiedzających dom znajomych, w samotne wieczory natomiast chętnie kontempluję sobie owe wielkie malowidła, śmiejąc się z irytujących niedostatków warsztatowych”.

„Biorąc jednak pod uwagę, że jestem w trakcie kuracji, i że pragnąłem wydobyć się z zakłętą koła niemożności, a także zacząć robić coś pożytecznego (w opozycji do nie dającej żadnej satysfakcji pracy zarobkowej i innych działań pozazawodowych z ostatnich lat), uznaję, że stan ten odzwierciedla moje potrzeby i skłonności, i że stanowi emanację mojego zdrowia psychicznego”.

### Komentarz

W komentarzu do tej relacji pacjenta chciałbym się skoncentrować wyłącznie na jednym wątku, to jest zwróceniu uwagi na symboliczne znaczenie nadane przez pacjenta lekowi i sytuacji leczenia. Jest oczywiście kwestią, która może być dyskutowana, czy problemy przeżywane przez pacjenta mają charakter zespołu depresyjnego, czy zaburzeń adaptacyjnych. Jednak przedstawienie historii choroby pacjenta i uzasadnienia rozpoznania nie jest zasadniczym celem tej pracy. Niezależnie od rozpoznania, pacjent nadał pewne znaczenie działaniu leku i na tym znaczeniu koncentruje się przedstawiona tu praca. To znaczenie symboliczne jest istotne zarówno w przypadku rozpoznania u tej osoby zaburzeń depresyjnych, jak i adaptacyjnych.

W okresie poprzedzającym leczenie pogorszyło się jego samopoczucie i funkcjonowanie. Jego indywidualna interpretacja tego stanu była związana z pojęciami „utrąty” i „starzenia się”. Wskazuje to na pewien konkretny sposób, w jaki poznawczo i emocjonalnie objaśniał sobie swój stan — jako wyraz przedwczesnego starzenia się prowadzącego do kolejnych utrat i ostatecznie do śmierci. Tego typu perspektywa braku przyszłości czy

zamknięcia perspektywy na przyszłość właściwa jest depresyjnemu sposobowi myślenia, natomiast interpretacja w kategoriach starzenia się i utraty funkcji intelektualnych wydaje się wskazywać na bardziej indywidualne cechy pacjenta.

Ten stan „starzenia się” prowadzącego do utrat i śmierci został odwrócony w wyniku działania leku. Relacja pacjenta wskazuje na bardzo silne przeżywanie tej zmiany — opisuje on swoje spontaniczne zachowania, radość z jej odczuwania. Zawiera także wyraźny opis poszerzenia się repertuaru jego zachowań: zaczął odnawiać dawne kontakty, przyjmować gości, podejmować działania dające przyjemność z zabawy i czasu spędzanego z innymi ludźmi, zaczął realizować się twórczo i pośrednio naukowo.

W kontekście poprzednio sformułowanej myśli o starzeniu się i utracach można dostrzec symboliczny sposób, w jaki pacjent zinterpretował obserwowane u samego siebie zmiany samopoczucia — jako odwrócenie (odrzućenie, zaprzeczenie) procesu starzenia się i umierania. Odczuwane subiektywnie działanie leku zostało symbolicznie zinterpretowane jako wyraz odradzającego się (rozpoczynanego na nowo) życia. Pacjent zaczął w związku z tym „żyć całą pełnią” w tych obszarach, w których mógł sobie na to pozwolić.

Symbolicznym przejawem tej interpretacji jest opisany przez niego obraz na ścianie przedstawiający Adama i Ewę. Pacjent zaczerpnął pierwowzór tych postaci z rzeźb nagrobkowych (co przywołuje obraz śmierci) wykorzystując album z zdjęciami z włoskiej nekropolii, nadał im jednak nowy sens umieszczając je w swoim salonie jako wyraz początku (początku ludzkości, początku własnego życia). W wykonaniu tego obrazu można dostrzec symboliczną transformację, obecną także w pisemnej relacji pacjenta: od śmierci do życia. Figury z nagrobków nad martwymi ciałami tych, którzy ulegli śmierci, stają się żywymi postaciami. Są one żywe jako symbolizujące początek ludzkości, początek życia, ozywają także w trakcie spotkań towarzyskich w domu pacjenta i w chwilach kontemplacji, kiedy samotnie przebywa on w swoim domu.

W ten sposób można pomyśleć o symbolicznej interpretacji przez pacjenta działania leku: jako przejścia od starzenia się, utraty (umierania) do życia, a nawet jako symbolicznej zamiany śmierci w życie.

Pacjent przyjmuje fluoksetynę już około 1 roku. W tym czasie nie obserwowano zmiany fazy choroby (objawów hipomaniakalnych lub maniakalnych). Nie było okresów wzmożenia nastroju i napędu czy skrócenia snu. Funkcjonowanie pacjenta powróciło do okresu przedchorobowego w zakresie spraw zawodowych i rodzinnych, natomiast poszerzył się repertuar aktywności w sferze pozazawodowej. Są one ograniczone, ale konsekwentnie przez pacjenta realizowane. Pomimo doświadczenia lobbingu, pacjent nadal nie zmienił miejsca pracy znosząc kolejne przejawy tego procederu. Znacznej normalizacji uległo jego zaangażowanie w życie rodzinne.

Z punktu widzenia psychodynamicznego można interpretować opisane tu zjawiska w kategoriach takich pierwotnych i masywnych mechanizmów obronnych, jak zaprzeczenie, idealizacja, onnipotencja, oraz bardziej dojrzałych, jak sublimacja i reakcja pozorowana. Niewątpliwie omawiany przypadek mógłby być analizowany w kategoriach psychodynamicznych. Nie podjęto tego tematu ze względu na decyzję o ograniczeniu się do jednego wątku omawianego w tej pracy. Z drugiej strony można odwołać się do uwag I. Yaloma poczynionych na temat psychoterapii, które jednakże można odnieść także do omawianego przypadku: „podstawowym materiałem psychoterapii jest zawsze [...] ból

egzystencjalny, a nie, jak się często uważa, stłumione instynkty czy nie dość dokładnie pogrzebane skorupy tragicznej przeszłości [...] podstawowe lęki wynikają ze sposobu, w jaki dana osoba usiłuje, świadomie lub nieświadomie, radzić sobie z nieuniknionymi zdarzeniami, z »danymi« egzystencji” [20, str. 17]. Wśród tych „danych egzystencji” Yalom wymienia nieuchronność śmierci. Wydaje się, że te uwagi odnoszą się tak do psychoterapii, jak i do każdego innego sposobu leczenia. Leczenia, które zazwyczaj w założeniu jest zmaganiem się z takimi cechami egzystencji, jak cierpienie, utraty, starzenie się i śmierć.

### Wnioski

Farmakoterapia jest widziana najczęściej w kontekście biologicznego działania stosowanego leku. Jednakże działanie leku może być rozpatrywane także na wielu innych poziomach, także na poziomie transformacji tego działania w umyśle pacjenta w jednostkowo przeżywane symbole o uniwersalnym charakterze.

### Piśmiennictwo

1. Sarwer-Foner GJ, Koranyi EK. *Transference effects, the attitude of treating physician, and countertransference in the use of the neuroleptic drugs in psychiatry. Discussion.* W: Sarwer-Foner GJ, red. *The dynamics of psychiatric drugs therapy.* Springfield: Charles C. Thomas Publisher; 1960, s. 402–417.
2. Murawiec S. Lek jako obiekt relacji — opis przypadku. *Psychiatr. Pol.* 2004; 38: 707–717.
3. Tutter A. Medication as object. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 2006; 54 (3): 781–804.
4. Ostow M. *Drugs in psychoanalysis and psychotherapy.* New York: Basic Books; 1962.
5. Willick MS. Psychoanalytic concepts of the etiology of severe mental illness. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 1989; 38: 1049–1081.
6. 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.
7. Sarwer-Foner GJ, Ogle W. Psychosis and enhanced anxiety produced by reserpine and chlorpromazine. *Can. Med. Assoc. J.* 1956; 74: 526–532.
8. Sarwer-Foner GJ. The relationship between psychotherapy and pharmacotherapy: An introduction. *Am. J. Psychother.* 1993; 47: 387–391.
9. Azima H, Sarwer-Foner GJ. Psychoanalytic formulations of the effects of drugs in pharmacotherapy. *Rev. Canad. Biol.* 1961; 20: 603–615.
10. Widlöcher D. Depression et anxiété. *Rev. Franç. Psychanal.* 2002; 6: 409–422.
11. Kapsambelis V. Formulations psychanalytiques des effets neuroleptiques. *Rev. Franç. Psychanal.* 2002; 66: 447–464.
12. Resnik S. Psychological and pharmacological medication in psychoanalysis, with particular reference to psychosis. *Arch. Psychiatry Psychother.* 2004; 6: 49–60.
13. Gottlieb R. A psychoanalytic hypothesis concerning the therapeutic action of SSRI medications. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 2002; 50: 969–971.
14. *Journal of the American Psychoanalytic Association. Medication and Psychoanalysis* 2006; 54 (3).

15. Murawiec S. Psychodynamiczne aspekty działania leków psychotropowych według koncepcji G. J. Sarwera-Fonera. *Psychoter.* 2004; 1(128): 67–75.
16. Murawiec S. Psychologiczne uwarunkowania samowolnego przerwania leczenia atypowym neuroleptykiem — opis przypadku. *Psychiatr. Pol.* 2000; 34: 289–298.
17. Murawiec S. Historia jednej terapii. W: Cechnicki A, Bomba J, red. Schizofrenia różne konteksty, różne terapie. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; s. 121–138.
18. Ostow M. Use of dreams by psychopharmacologist. *Am. J. Psychiatry* 2002; 159: 319–320.
19. Yalom ID. *Kat miłości. Opowieści psychoterapeutyczne.* Warszawa: J. Santorski & Co Agencja Wydawnicza; 2006, s. 17.

Adres: Dr n. med. Sławomir Murawiec  
Centrum Zdrowia Psychicznego, Instytut Psychiatrii  
i Neurologii, al. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa  
e-mail: murawiec@ipin.edu.pl