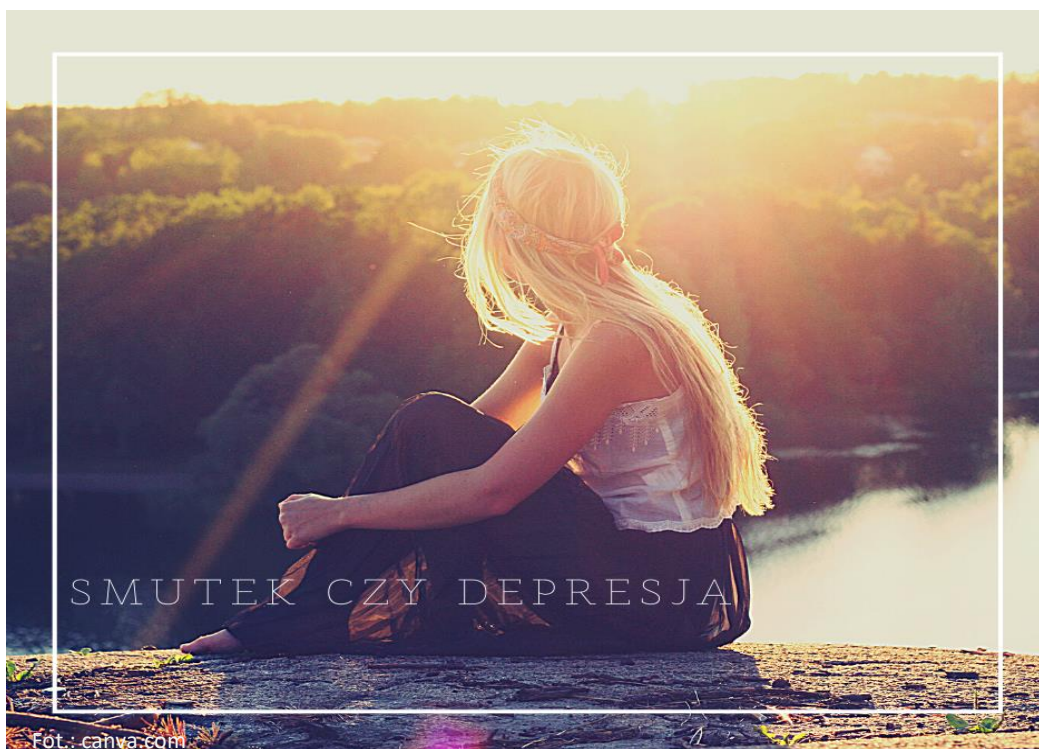


## DEPRESJA - psychoterapeuta psychodynamiczny spotyka pacjenta smutnego.



**Przybliżając problematykę depresji z perspektywy psychoterapii psychodynamicznej na wstępie pragnę podkreślić, że zakres tematyczny tej problematyki jest bardzo szeroki i będę się dziś skupiać na podstawowych terminach i podziałach.**

### 1. Co to jest zespół depresyjny?

To jest zespół siedmiu grup objawów, które musimy stwierdzać w różnych kombinacjach, żeby stwierdzić depresję. Nie wystarczy stwierdzić obniżenia nastroju. Obniżenie nastroju to jest pierwsza grupa, ale potem są inne grupy, tj. zaburzenia aktywności psychoruchowej, zaburzenia rytmów dobowych, zaburzenia wegetatywne, specyficzne zaburzenia myślenia, specyficzne zaburzenia hormonalne, cały szereg zmian w organizmie, które razem tworzą zespół depresyjny.

### 2. Rozróżnienie pomiędzy smutkiem a depresją.

Po pierwsze zachowujemy kluczowy rozdział pomiędzy językiem psychologicznym problemu smutku a ujęciem psychopatologicznym. Co to znaczy? Oznacza to, że nie każdy człowiek, który jest smutny musi zachować miano człowieka chorego na depresję.

Człowiek w trakcie życia niejednokrotnie doświadcza uczucia straty, ponieważ nie da się żyć i nie tracić. Dlatego nie ma życia bez smutku. Tracić można wszystko - rzeczy, idee, wyobrażenia, myśli, funkcje. Na poziomie funkcjonowania psychiki odpowiedzią na utratę może być *smutek psychologiczny*, pojawiający się okresowo lub *smutek patologiczny*, zwany *depresją*. Czym innym jest smutek przynależny psychologii i czym innym smutek przynależny psychopatologii. To rozróżnienie, jakie dokonywane jest przez psychoterapeutę, jest kluczowe, ponieważ to, co pomaga na smutek psychologiczny, nie będzie skuteczne dla leczenia smutku patologicznego. Są też ludzie, którzy mają falujący nastrój - budzą się i się czują bardzo dobrze, albo się budzą i wszystko jest nie tak – mają kiepski nastrój, mają złe samopoczucie. Ale nie osiąga to poziomu pełnego zespołu depresyjnego.



Istotą patologicznej depresji jest taki *poziom poczucie winy, wstydu i niskiego poczucia wartości*, który z uwagi na poziom głębokości, długości trwania i obrazu klinicznego jest kategoryzowany jako patologiczna wersja melancholii czy smutku. Istotą patologicznej depresji jest także problem *autodestrukcji*, więc *wrogości skierowanej przeciwko sobie* i tkwiąca w tej tendencji groźba samozniszczenia.

### 3. Pacjent *świadomy* depresji i *nieświadomy*, że ją ma.

Depresja świadoma to *utrata nadziei* w ogóle i biorąca się z niej *rozpacz*, że ten stan się nie zmieni – pacjent myśli: „zawsze będę depresyjny, zawsze będę miał takie pesymistyczne spojrzenie i zawsze będę miał *poczucie winy* i będzie mnie to poczucie winy dręczyło”. Świadome poczucie winy jest czymś, co najbardziej dręczy.

Istotą nieświadomej depresji jest *wrogość*. Podstawowym dylematem, który powoduje, że pacjent ma tak obniżony świadomie nastrój i utratę nadziei jest jego niemożność poradzenia sobie z wrogością, nie wykształcenie dostatecznie silnych mechanizmów obronnych, które by mogły neutralizować tę wrogość. To nie jest agresja w wypowiedziach, lecz jest realizowana w życiu, w różnego rodzaju tendencjach, które ta osoba ma. Konsekwencją u tych osób depresyjnych są tzw. tendencje autodestrukcyjne i w zależności od typu organizacji osobowości, w której występują te patologiczne formy smutku, osobowości te będą się różnić pomiędzy sobą stopniem uświadomienia tych tendencji autodestrukcyjnych – na przykład są ludzie, którzy myślą o samobójstwie, mówią o tym i są tacy, którzy żyją, decydują w sposób niebezpieczny, ryzykowny dla siebie, nie zdając sobie z tego sprawy. Także budowa osobowości ma kluczowe znaczenie dla ekspresji wrogości. To rozróżnienie wpływa decydująco na dialog terapeutyczny i sposób leczenia.

#### 4. Obraz objawów – jawne i maskowane



W depresji będą rozwijać się objawy, które mogą być *jawne*, które mają wyraźny obraz, widoczny i w otoczeniu i przez posiadacza, czyli cały szereg zmian w zachowaniu i ciele, które każdy zobaczy i które ogólnie można opisać, jako obniżenie nastroju. To jest *depresja jawna*. Ale istnieje także *depresja maskowana*. To znaczy, że jest depresja, ale bez tego kluczowego objawu, który każdy zauważa, czyli bez obniżenia nastroju,

ponieważ tu *depresja się przejawia w maskach*. Są dwie podstawowe maski. Maski bólowa i maska lękowa - liczne, niecharakterystyczne bóle albo silne lęki. Skąd wiemy, że to jest depresja? Ponieważ leczenie środkami antydepresyjnymi znosi ból i lęk, a leczenie przeciwbólowe i przeciwlękowe nie daje takiego efektu. Zatem nie każda depresja przejawia się jak depresja. Zespół depresyjny składa się z symptomów psychicznych i fizycznych i proporcje tych symptomów mogą być różne – może być pewnego rodzaju równowaga, albo jest dominacja objawów psychicznych, albo jest dominacja objawów somatycznych.

Ponadto chcę także podkreślić rozróżnienie pomiędzy *objawami depresji* a *osobowością depresyjną*. W pierwszym przypadku pacjent będzie walczył o powrót do tak zwanej normalności, będzie pamiętał, że był inny. W drugim przypadku pacjent nie pamięta, że był inny, bo od zawsze, odkąd pamięta „żyje depresyjnie” – z poczuciem udręczenia, nie wykorzystania swoich talentów, okazji, z poczuciem nietrafionych wyborów.

Ustalenie wyżej wymienionych różnic jest ważne dla trafnego rozpoznania i planowanego procesu leczenia.

(-) Iwona Ogrodnik

**Iwona Ogrodnik** - psychoterapeuta w Specjalistycznej Poradni Rodzinnej Dzielnicy Wawer, psycholog kliniczny. Od 10 lat zajmuje się psychoterapią i diagnostyką osób dorosłych i młodych dorosłych..

---

Specjalistyczna Poradnia Rodzinna Dzielnicy Wawer m.st. Warszawy jest jednostką organizacyjną m.st. Warszawy działająca dla mieszkańców Warszawy.

Skontaktuj się z nami:



22 277 11 98  
22 277 11 97



[sekretariat@sprwawer.pl](mailto:sekretariat@sprwawer.pl)



[www.sprwawer.pl](http://www.sprwawer.pl)



@SPRWawer