

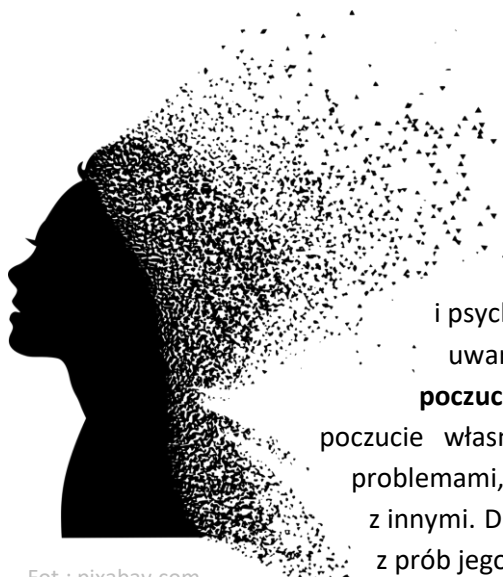


Warszawa, 23 lutego 2021 r.

Depresja i jej leczenie. Ujęcie psychodynamiczne.

Słowo wstępne

Koniec lutego to okres, w którym przypada Ogólnopolski Dzień Walki z Depresją. Z tej okazji pragnę przedstawić kluczowe aspekty depresji oraz jej leczenie.



Fot.: pixabay.com

Depresja jest czymś bardzo niejednoznacznym, w którym zachodzi relacja między procesami biologicznymi i psychologicznymi. Jednakże, niezależnie od biologicznych uwarunkowań depresji, wszyscy pacjenci doświadczają **zaburzenia poczucia własnej wartości**, własnej samooceny i samoszacunku. Ich poczucie własnej wartości i **patologiczne poczucie winy** są istotnymi problemami, z którymi się spotykają w relacjach ze światem, w relacjach z innymi. Dlatego przy planowaniu leczenia depresji należy zrezygnować z prób jego generalizacji na rzecz indywidualnego podejścia do pacjenta.

Utrata stale obecna w naszym życiu

Depresja jest jedną z dwóch możliwych reakcji na utraty, które występują w sposób naturalny w naszym życiu. **Depresja jest obrazem procesu separacyjnego**, procesu oddzielania się, jest obrazem utrat. Jeżeli żyjemy i się rozwijamy, to doznajemy utrat. Pierwszą utratą jest poród - to koniec życia płodowego, czyli utrata środowiska płodowego. W dalszym rozwoju doświadczamy utraty symbiotycznej relacji z matką, a następnie, poprzez proces fizjologiczny i rozwój psychomotoryczny, doświadczamy rozwojowej separacji. W okresie dojrzewania, w sposób naturalny i fizjologiczny, musimy utracić status dziecka. W wieku dorosłym, w procesie bilansowania, tracimy własny wizerunek i wyobrażenia na własny temat, a w wieku senioralnym tracimy zdrowie, sprawność i role zawodowe. W związku z tym, ten dylemat tracenia czegoś jest w dylematem rozgrywanym przez każdego w swoim życiu **stale**, a tym wszystkim okresom utrat **towarzyszy poczucie winy**.

Adekwatne poczucie winy jest potrzebne

Musimy rozróżnić poczucie winy, jako czynnik prorozwojowy od poczucia winy, jako czynnika patologicznego. Jeśli mamy **dojrzałe poczucie winy**, to jesteśmy dojrzałi później w życiu. Dojrzałe poczucie winy jest nieodłączną cechą naszego zdrowia psychicznego. O prorozwojowym wymiarze poczucia winy mówimy, gdy identyfikujemy się ze swoimi złymi cechami, przyznajemy się do nich i nie wyrzucamy ich na zewnątrz. Czyli mamy autorefleksję i poczucie, że jesteśmy za coś odpowiedzialni.

Zatem poczucie winy powinno być obecne, bo człowiek bez poczucia winy jest człowiekiem skrajnie niedojrzałym i narcystycznym.

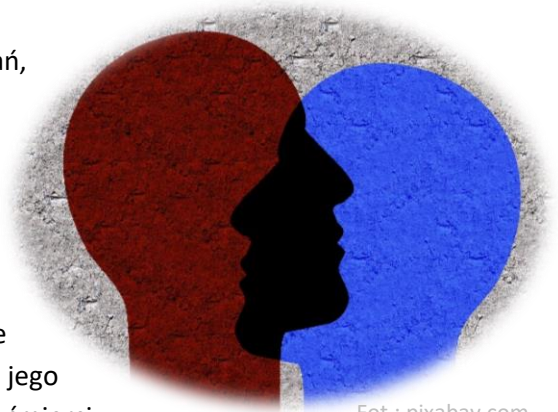
Natomiast, gdy mamy **patologiczne poczucie winy**, to cierpimy. Ważne są proporcje między tak zwanym „dobrem” a „złem” w nas. Patologiczne poczucie winy mamy wtedy, gdy dominują w naszej psychice: wściekłość, wrogość, sadyzm, negatywizm - nad dobrem, wdzięcznością, miłością, serdecznością. W zależności od przewagi którejś ze stron, mówimy o mniejszym lub większym poczuciu winy.

Podsumowując, walczymy z patologicznym poczuciem winy, ale kultywujemy prorozwojowe poczucie winy.

Żałoba i melancholia

Utraty mogą przebiegać według dwóch rozwiązań, o których pisał już w 1910 roku Freud. Może to być **droga żałoby** albo **droga melancholii, czyli depresji**.

Praca żałoby zmierza do zapomnienia obiektu zewnętrznego. Dla przykładu, gdy tracimy rodziców, żałoba będzie się rozgrywać głównie z realnym obrazem ojca, takim, jaki on był, nie tylko dla nas, ale także, jakim był społecznie - z realnymi związkami, jego realnymi obyczajami. Odnosząc się do konkretnego życia i śmierci, zmierza się do tego, żeby pozwolić zmarłemu umrzeć po raz drugi i ostateczny, nie biologicznie, ale psychologicznie. Rozmowy o zmarłych, o utraconych obiektach, mają głównie na celu spowodować rozstanie się z obiektem, czyli na poziomie **świadomym - zapomnienie**, ale na nieświadomym - **przechowywanie**. Obiekt utracony ma być przez nas w pewnym sensie przechowany i musi się stać **nieświadomą częścią nas**. Tym, czego pacjent doświadcza na poziomie świadomym w procesie przepracowania żałoby jest ulga, poczucie przyjemności i swobody, możliwości inwestowania w przyszłość. Na poziomie nieświadomym obiekt utracony jest w nas, nie dręczy nas tęsknota za nim.



Fot.: pixabay.com

Praca w depresji, czyli melancholii, będzie polegać na otaczaniu zmarłych opieką i ich **zatrzymywaniu** przy sobie, **związaniu się** z nimi – świadomie i nieświadomie. Ta reakcja jest **zaprzeczeniem utraty**, w której kontaktujemy się nie tyle z realnymi utratami, realnymi obiektami, co z obrazami wewnętrznymi, bardzo subiektywnymi obrazami relacji tych obiektów, na przykład z prywatnym, intymnym obrazem matki i będzie to obraz aspołeczny, bez kontekstu jej realnego funkcjonowania.

Podsumowując, praca w żałobie będzie dążyć do zapomnienia i przechowywania w nieświadomości, a w depresji - do zatrzymania przy sobie, związania się z utraconymi obiektami.

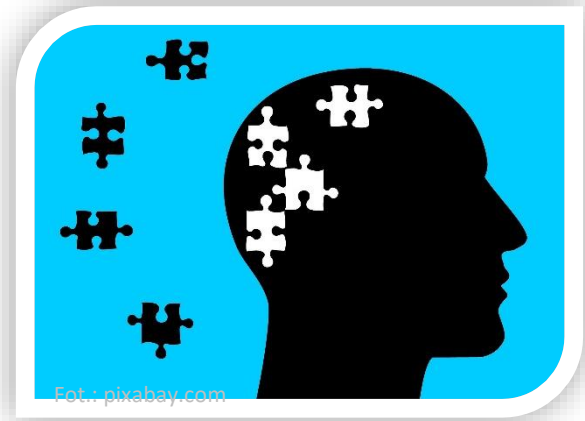
Narcyzm w depresji

Ponieważ depresja zajmuje się przede wszystkim relacją z wewnętrznymi obiektami, problemem związanym zawsze, w mniejszym czy większym stopniu z depresyjnością, jest problem narcyzmu. **Relacja depresyjna z obiektem wewnętrznym jest relacją narcystyczną**, ponieważ jej podstawowym problemem jest wartość samego siebie, własna samoocena i szacunek do siebie. Pacjent traktuje obiekt utracony jako część siebie i jest zaabsorbowany relacją wewnętrzną, a co za tym idzie, zajmuje

się przede wszystkim wartością swojej osoby. Jest to wymiar dewaluujący siebie. Nie jest w stanie wyrwać się z układów takich jak: silny – słaby, duży – mały, lepszy – gorszy, a najczęstsza jest opozycja: głupi – mądry. Pacjent przeżywa siebie jako gorszego, mniej wiedzącego. Ten problem jest dodatkowym elementem cierpienia, a także kluczowym problemem w terapii tych osób.

Patologiczne mechanizmy obronne w depresji

Istnieją mechanizmy zaprzeczania depresji, czyli patologiczne mechanizmy obronne, które w nieadaptacyjny sposób „pomagają” pacjentowi radzić sobie z depresją. Ich obraz niejednokrotnie różni się od socjologicznie pojmowanego obrazu człowieka w depresji – smutnego, pochylonego nad sobą w cierpieniu i ciszy. Istnieją bowiem takie odstony depresji, które zupełnie mogą nie kojarzyć się z tym zaburzeniem.



Dla przykładu, istnieje mechanizm polegający na utrzymywaniu „**falszywego ja**”, ukrywający lęki i dewaluacje. Jest to maska człowieka tym bardziej wyniosłego, im bardziej sam czuje się niedowartościowany.

Innym mechanizmem jest **nadmierne podwyższenie nastroju**, im gorsze samopoczucie i bardziej depresyjny obraz samego siebie.

Część tych mechanizmów może mieć charakter **uzależnienia** - alkohol i narkotyki w bardzo wielu wypadkach mogą być swoistą kuracją antydepresyjną.

Ludzie depresyjni mają także tendencję do **mechanizmów reparacyjnych** powodujących, że żyją oni bardziej dla innych niż dla siebie. Reparacyjność polega na tym, że pacjent przemieszcza problemy z relacji z obiektem, wynikające z wrogości pacjenta, na relacje z innymi obiektami, wobec których zachowuje się altruistycznie. Wiele prospołecznych aktywności może wynikać z czyjejś dobroci i dojrzałości, ale często te same rzeczy robimy z poczucia winy.

Kiedy łatwiej wyjść z depresji

Wyjście z depresji polega na przepracowaniu trzech wątków. Po pierwsze, **uznania wartości zależności od innych**, bo tylko wtedy jest możliwość rozwoju tych pozytywnych uczuć, a przede wszystkim tego bardzo dojrzałego uczucia, jakim jest wdzięczność. Drugim z nich jest **uznanie wartości obiektu** zamiast jego dewaluacji i okazywania mu pogardy. Trzecim jest **przeżycie smutku** z powodu utraty obiektu, który ma charakter rozwojowy.

Łatwiej jest wychodzić z depresji osobom, które mają **realne więzi** z obiektem, czyli mają silne granice i potrafią się realnie zróżnicować od ważnych dla siebie osób. Na przykład, gdy matka jest widziana w sposób bardziej realny, bardziej złożony, ma różne aspekty, w tym społecznego funkcjonowania, nie tylko indywidualne. Dobrze też rokuje, jeśli ta osoba ma możliwość tworzenia **związków ambiwalentnych**, czyli jest w stanie zobaczyć zarówno aspekty pozytywne, jak i negatywne danej osoby. Ważne jest też reagowanie adekwatnym, **dojrzałym poczuciem winy**, czyli przyjęcie części odpowiedzialności, co jest bardziej dojrzałe, bardziej antydepresyjne. Jest lepiej, gdy osoba ma

możliwość wprowadzenia na miejsce utraty utraconego obiektu, **obiekta przejściowego**, podtrzymującego. Osoby dojrzałe i dorosłe powinny czerpać takie obiekty z kultury.

Leczenie depresji

Im jest głębsza depresja, tym pacjent jest bardziej osadzony w somatyce, zaburzenia psychoruchowe są mocniej wyrażone. Im więcej psychotyczności w depresji, tym bardziej nieodzowne jest leczenie biologiczne. Do **leczenia farmakologicznego** kwalifikują się objawy wegetatywne, anhedonia, zahamowanie psychoruchowe, urojenia i halucynacje słuchowe, czyli zespoły psychotyczne. Na drugim końcu kontinuum są depresje psychogenne, gdzie problematyka psychologiczna ma istotne znaczenie, a czynnik



spustowy wywołujący objawy depresji jest natury psychologicznej. Do **stosowania psychoterapii** w szerszym zakresie kwalifikuje się: wyraźne obniżenie własnej wartości, wyraźne obniżenie samoszacunku, nieadekwatne, patologiczne poczucie winy, utrata motywacji, problemy interpersonalne, chroniczna utrata nadziei oraz wszelkiego rodzaju symptomy wycofania społecznego.

Ważne jest ustalenie w procesie diagnozy czy przeżywana utrata jest zaakceptowana, przyjęta, czy nie jest akceptowana. Zatem, czy pacjent posiada w sobie zgodę na rezygnację. Czym jest rezygnacja w tym przypadku? Jest ona akceptacją utraty. **Rozwijamy się poprzez rezygnację.** Można w dużym uproszczeniu powiedzieć, że celem leczenia jest przejście od depresji do żałoby oraz od żałoby do rezygnacji i przechowywania utraconych obiektów w nieświadomości.

Leczenie nie polega tylko na **wspieraniu i rozumieniu** pacjenta. Podstawowym aspektem pracy z pacjentem z depresją jest **pokazywanie mu jego funkcjonowania psychicznego** – autodestruktywności, tendencji do wiązania się z wewnętrznymi obiektami, przeżywania poczucia dużej niższości i wrogości do innych, a także wzbudzanie **nadziei**.

Co rozumiemy przez wyleczenie?

Jeśli terapia depresji jest pomyślnie zakończona, człowiek odzyskuje nadzieję, siłę, zdrowie fizyczne, wycofuje energię z utraconego wewnętrznego obiektu i wiąże się z innymi obiektami – jest w stanie tworzyć nowe związki, co nie było możliwe w depresji. **Inwestycja w przyszłość, w nowe związki**, jest wyleczeniem z punktu widzenia psychodynamicznego.

Artykuł powstał w oparciu o cykl wykładów wygłoszonych przez dr Piotra Drozdowskiego. Materiały niepublikowane.

(-) 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



www.sprwawer.pl



[@SPRWawer](https://www.facebook.com/SPRWawer)