

Lech Kalita

## **DŁUGOTERMINOWA PSYCHOTERAPIA PSYCHOANALITYCZNA JAKO SKUTECZNA METODA LECZENIA GŁĘBOKIEJ DEPRESJI — KRÓTKI PRZEGLĄD WSPÓŁCZESNEJ LITERATURY I PRZYKŁAD KLINICZNY**

### **LONG-TERM PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY AS AN EFFECTIVE APPROACH IN TREATMENT OF SEVERE DEPRESSION — A BRIEF REVIEW OF CONTEMPORARY LITERATURE AND CLINICAL CASE REPORT**

Gabinet prywatny

**depression  
psychoanalytic psychotherapy  
psychotic functioning**

#### **Streszczenie**

*Artykuł dotyczy klinicznej skuteczności długoterminowej psychoterapii psychoanalitycznej w leczeniu głębszych form depresji. Dane empiryczne, przegląd dotychczasowych badań oraz przykładowe projekty badawcze wskazują na skuteczność tej formy terapii, zwłaszcza w leczeniu głębszych form depresji. Autor zamieszcza także kilka uwag teoretycznych na temat psychoanalitycznego rozumienia głębszych i bardziej chronicznych zaburzeń depresyjnych — klasyczne psychoanalityczne spojrzenie na depresję jako trudność w godzeniu się z utratą, co prowadzi do skierowania agresji do wewnątrz; wyodrębnienie normalnej, neurotycznej i psychotycznej postaci depresji; oraz ujęcie funkcjonowania psychotycznego jako psychicznego obszaru wycofania się z kontaktu z rzeczywistością. Zasadniczą część artykułu stanowi kliniczna prezentacja psychoterapii 27-letniej kobiety z przewlekłą depresją o cechach psychotycznych, prowadzonej w oparciu o wskazówki techniczne wynikające z powyższych przesłanek teoretycznych — używanie przeniesienia do wspierania wspólnego tworzenia reprezentacji przeżyć niepodatnych uprzednio na psychologiczne opracowanie.*

#### **Summary**

This paper is focused on the clinical effectiveness of long-term psychoanalytic psychotherapy in the treatment of severe forms of depression. Empirical data, recent reviews, and exemplary research data prove that this form of therapy represents an effective method of treating depression, especially its more severe forms. The author also presents a brief discussion of some crucial theoretical notes regarding psychoanalytic understanding of severe and chronic forms of depressive disorders: the classic psychoanalytic view of depression as difficulty in coping with loss, which leads to turning aggression to the inside; the differentiation between normal, neurotic, and psychotic depression; and the idea of psychotic functioning as an aspect of mind which is withdrawn from reality. The main part of this article is a clinical case of psychotherapy conducted in line with technical clues derived from theoretical premises: transference was used to co-create representations of experiences which had remained unsusceptible to psychological processing.

## 1. Wprowadzenie

Niniejszy artykuł dotyczy klinicznej skuteczności długoterminowej psychoterapii psychoanalitycznej w leczeniu głębszych form depresji. Składa się z trzech części: przedstawienia aktualnych danych empirycznych z zakresu ogólnej skuteczności długoterminowej terapii psychoanalitycznej w leczeniu depresji; sformułowania kilku uwag teoretycznych na temat psychoanalitycznego rozumienia głębszych i bardziej chronicznych zaburzeń depresyjnych; oraz prezentacji materiału klinicznego z terapii przewlekłej depresji o cechach psychotycznych u 27-letniej kobiety.

### Długoterminowa psychoterapia psychoanalityczna jako metoda leczenia depresji — przegląd wyników badań

Współczesna literatura poświęcona skuteczności psychoterapii jednoznacznie wskazuje, iż psychoterapia psychoanalityczna czy psychodynamiczna stanowi skuteczną metodę leczenia zaburzeń psychicznych, w tym depresji [1–4]. Zagadnieniem skupiającym uwagę współczesnych badaczy w większej mierze niż ogólne badania skuteczności danych podejść terapeutycznych są próby określenia „specyficznych elementów leczenia na rzecz dotarcia do problemów indywidualnych pacjentów” [1, s. 137]. Przyjmując tę perspektywę proponuję przyrzeć się wynikom badań poświęconych specyficznemu kontekstowi: skuteczności długoterminowej psychoterapii psychoanalitycznej/psychodynamicznej w leczeniu głębszych form depresji.

Taylor [5] w przeglądzie badań poświęconych psychodynamicznym terapiom depresji zauważył, że psychodynamiczne terapie krótkoterminowe cechują się skutecznością porównywalną z leczeniem farmakologicznym oraz terapią poznawczo-behawioralną (CBT). Długoterminowe terapie, obok redukcji symptomów depresyjnych, dodatkowo przyczyniają się do poprawy w funkcjonowaniu społecznym, zawodowym i interpersonalnym.

Podobne wnioski z przeglądu literatury proponują Luyten i Blatt [6]. Podkreślają, iż długoterminowa psychoterapia psychoanalityczna oraz psychoanaliza przynoszą satysfakcjonujące rezultaty, zwłaszcza w pracy z pacjentami cierpiącymi wskutek złożonych zaburzeń psychicznych, w których depresja współwystępuje z zaburzeniami osobowości. Zauważają, iż długoterminowe terapie cechują się większą skutecznością w dłuższej perspektywie, zwłaszcza w odniesieniu do chronicznych przypadków depresji. Zwracają uwagę, iż terapie psychoanalityczne stanowią preferowaną przez wielu pacjentów metodę leczenia.

Huber, Henrich, Clarkin i Klug [7] przeprowadzili badanie zgłębiające różnice między skutecznością mniej i bardziej intensywnych psychoterapii psychodynamicznych. Wyodrębnili pojęcie długoterminowej terapii psychoanalitycznej (trwającej średnio 39 miesięcy z przeciętną częstotliwością 6 spotkań w miesiącu) oraz długoterminowej terapii psychodynamicznej (realizowanej średnio przez 34 miesiące z przeciętną częstotliwością 2,5 sesji w miesiącu). Skuteczność badano w oparciu o skalę Becka oraz uzupełniające kwestionariusze, określające między innymi wsparcie społeczne, ogólny poziom zdrowia psychicznego oraz problemy interpersonalne (SPC, SCL-90, IIP, SSQ). Analizy statystyczne wykazały, iż po trzech latach od zakończenia leczenia długoterminowa psychoterapia psychoanalityczna okazała się istotnie skuteczniejsza w zakresie redukcji objawów depresyj-

nych, powrocie do ogólnego zdrowia psychicznego, lepszym funkcjonowaniu osobowości oraz budowaniu wsparcia społecznego. Nie wykazano różnic w zakresie wpływu dwóch form terapii na problemy interpersonalne. Badacze uznali, iż większa intensywność terapii przekłada się na dłuższe utrzymywanie się pozytywnych efektów.

Badacze z Helsinek [8, 9] zrealizowali projekt porównujący cztery metody leczenia: terapię skoncentrowaną na rozwiązaniu (TSR, ok. 10 sesji w ciągu 8 miesięcy), krótkoterminową terapię psychodynamiczną (KTP, ok. 20 sesji w 6 miesięcy), długoterminową terapię psychodynamiczną (DTP, ok. 230 sesji w 31 miesięcy) oraz psychoanalizę (3–5 sesji w tygodniu przez 5 lat). Za pomocą skali Becka badano nasilenie objawów depresyjnych w 3., 7., 9., 18., 24., 36. oraz 72. miesiącu od rozpoczęcia terapii u wszystkich pacjentów, niezależnie od przydziału do grupy (a więc w niektórych grupach terapeutycznych także długo po zakończeniu leczenia). We wszystkich grupach terapeutycznych odnotowano wysoką wielkość efektu: od 0,8 do 1,5 (*d* Cohena). W pierwszym roku od rozpoczęcia terapii w grupach TSR i KTP objawy depresyjne złagodniały istotnie bardziej niż w przypadku DTP, w drugim roku — różnice wyrównały się, zaś w trzecim — w grupie DTP redukcja objawów okazała się istotnie skuteczniejsza niż w dwóch pozostałych. Psychoanaliza natomiast okazała się najbardziej efektywna w piątym i zarazem ostatnim roku jej trwania. Badanie grupy Helsinki pokazuje, że terapie krótkoterminowe dają szybsze korzyści, ale w dłuższej perspektywie terapia długoterminowa daje znacznie większe efekty.

Brytyjski projekt Tavistock Adult Depression Study (Badania nad depresją u dorosłych w klinice Tavistock) [10] dotyczył skuteczności psychoterapii psychoanalitycznej w przypadku uporczywej depresji (tj. depresji, w której leczeniu co najmniej dwie wcześniejsze formy leczenia zawiodły). Projekt badawczy objął 129 osób podzielonych na grupę kontrolną, korzystającą z niespecyficznego „standardowego leczenia psychologicznego” (SLP), oraz grupę badaną, korzystającą z długoterminowej terapii psychoanalitycznej (DTP). W momencie zakończenia terapii w obydwu grupach uzyskano niewielki odsetek całkowitej remisji, zaś odsetek osób osiągających częściową remisję nie różnił się istotnie między grupami (32,1% w grupie badanej oraz 23,9% w grupie kontrolnej). Wyniki oparto głównie o skale Hamiltona i Becka. Istotne różnice pojawiły się dopiero po zakończeniu terapii, co wykazały badania typu follow-up. Osoby korzystające z DTP uzyskały istotnie lepsze wyniki w zakresie remisji choroby: po 24 miesiącach od zakończenia leczenia w grupie DTP remisja utrzymywała się u 38,8% osób, w grupie SLP — 19,2% ( $p = 0,03$ ), po 30 miesiącach odpowiednio 34,7% i 12,2% ( $p = 0,008$ ), zaś po 42 tygodniach 30% i 4,4% ( $p = 0,001$ ).

#### Kilka zwięzłych uwag dotyczących teorii i techniki terapii depresji z perspektywy psychoanalitycznej

##### Depresja według klasycznej psychoanalizy

Przedstawiciele podejścia psychoanalitycznego proponują kilka istotnych idei zarówno w zakresie ogólnego rozumienia depresji, jak i w obszarze przyczyn jej chronicznych postaci. W klasycznej pracy poświęconej depresji Freud [11] wprowadził pojęcie melancholii, bogate w znaczenia i pojemniejsze niż sama tylko depresja, jednak mające bardzo dużo punktów wspólnych ze zjawiskiem znanym obecnie jako depresja kliniczna. Współcze-

śni badacze, np. Taylor i Fink, zwracają uwagę na biologiczny komponent melancholii (metabolizm kortyzolu) oraz wyróżniają różne jej formy (np. depresję psychotyczną i depresję poporodową). W pracy z roku 1917 Freud [11] zauważył, że w zaburzeniu tym dochodzi do **skierowania agresji do wewnątrz**, co prowadzi do **obniżenia samooceny, samooskarżeń** czy wręcz **samobójstwa**. Osoba depresyjna w dzieciństwie skierowała swoją miłość na drugą osobę i doznała rozczarowania (co określane jest mianem „utrąty obiektu miłości”). W efekcie identyfikuje się z utraconym obiektem, „włącza” go w obszar swojego ego. Złość odczuwana pierwotnie wobec utraconego obiektu zostaje skierowana na samego siebie. Kolejne doświadczenia straty i odrzucenia reaktywują uczucia związane z utratą pierwotnego obiektu, co może prowadzić do wystąpienia objawów depresji. Według Freuda prowadzi to do sytuacji, w której „miłość do obiektu, której nie można się wyrzec [...] ucieka w utożsamienie narcystyczne. [W]ówczas na owym obiekcie zastępczym [stanowiącym już część poczucia „ja” — przyp. L.K.] uaktywnia się nienawiść, czyniąc to w formie obrzucania obiektu obelgami, upokarzania go, przysparzania mu cierpienia i z tego cierpienia czerpiąc sadystyczne zaspokojenie” [11, s. 153].

#### Formy depresji według Jacobson oraz ICD-10

Edith Jacobson [12] w latach 70. XX wieku wprowadziła klinicznie istotne rozróżnienie między poszczególnymi formami depresji — normalną, neurotyczną i psychotyczną. Normalna depresja w ujęciu Jacobson bardzo przypomina stan określony przez Klein mianem pozycji depresyjnej [13]. Stanowi ona zasadniczo zdrowy stan, obejmujący zdolność do znoszenia poczucia winy, kontaktu z bólem psychicznym i problemami emocjonalnymi oraz uwzględnianie myślenia w ramach radzenia sobie z tymi sytuacjami [14]. W kontekście obowiązujących norm diagnostycznych tego rodzaju przeżyć nie uznaje się za zaburzenie kliniczne.

Za depresję neurotyczną bądź reaktywną Jacobson uznaje (w pewnym uproszczeniu) nadmiarową reakcję na stres, związaną z ograniczonymi zasobami psychicznymi oraz brakiem zewnętrznego wsparcia. Jacobson wskazuje, iż tego rodzaju depresje często cechują się wyraźnymi związkami z czynnikami zewnętrznymi — ważnymi utratami relacyjnymi. W takich sytuacjach wystarczającym wsparciem bywają wspierające reakcje bliskich, a tam, gdzie pacjent korzysta z psychoterapii, farmakoterapia często nie jest konieczna [15]. Taki stan we współczesnej diagnostyce z grubsza koresponduje z łagodnymi i umiarkowanymi epizodami depresyjnymi [16].

Zjawisko określone przez Jacobson jako depresja psychotyczna w obowiązującej terminologii diagnostycznej nazywamy głębokim epizodem depresyjnym o cechach psychotycznych [16]. W tej postaci depresji dominuje poczucie bezwartościowości, niska samoocena i poczucie winy. W epizodach psychotycznych występują omamy i urojenia o treści dotyczącej grzechów, ubóstwa, nieuchronnej klęski i katastrofy. Niemal zawsze występują objawy somatyczne, takie jak wczesne budzenie się oraz spowolnienie psychoruchowe, a także utrata apetytu i wagi, zmniejszenie libido, zanik miesiączki i zaparcia. Współczesna wiedza psychiatryczna wiąże te zjawiska z pochodnymi zaburzeń neuroendokrynologicznych, m.in. zaburzeniami sekrecji melatoniny i obniżeniem poziomu hormonów płciowych [17]. Depresji psychotycznej towarzyszą także objawy hipochondryczne — bóle głowy, klatki piersiowej

i żołądka z towarzyszącymi im lękami przed rakiem, atypowe bóle twarzy oraz myśli samobójcze [18]. Pacjenci cierpiący na tę formę depresji podejmują próby samobójcze, w których dominującym lub jedynym elementem jest intencja odebrania sobie życia, w odróżnieniu od prób podejmowanych w lżejszych postaciach depresji, w których zamiarowi samobójczemu towarzyszą także inne motywacje, na przykład związane z wołaniem o pomoc [15]. Leczenie takich pacjentów zazwyczaj obejmuje także farmakoterapię i hospitalizację psychiatryczną. Elementy dolegliwości określonej przez Jacobson mianem depresji psychotycznej odnajdujemy w wielu przypadkach nawracających czy chronicznych zaburzeń depresyjnych [16].

### Funkcjonowanie psychotyczne w depresji

Dla bezpośredniej pracy klinicznej z pacjentami cierpiącymi na psychotyczne formy depresji pomocne jest sformułowanie wyraźnej koncepcji funkcjonowania psychotycznego. W ujęciu psychoanalitycznym zasadniczym wymiarem funkcjonowania psychotycznego jest utrata kontaktu z rzeczywistością — nie tylko zewnętrzną (materialną), ale też emocjonalną (czyli utrata kontaktu z własnymi emocjami i ich przyczynami, zarówno wyprowadzonymi z zewnętrznych relacji, jak i z dynamiki relacji wewnętrznych) [19]. Za dominujące przejawy funkcjonowania psychotycznego uznaje się nie tyle najbardziej spektakularne wytwórcze objawy psychozy, jak omamy czy urojenia, ale przede wszystkim racjonalizację i wycofanie z rzeczywistości. Racjonalizacja, choć pozbawiona widowiskowości objawów wytwórczych, pozwala psychotycznej części umysłu uzasadniać i chronić urojeniowe przekonania i wynikające z nich zachowania przed weryfikującym wpływem rzeczywistości [15, 19].

W psychoanalitycznym rozumieniu psychotycznych postaci depresji istotną rolę odgrywa pojęcie *psychotycznego superego*. Sama idea superego pochodzi z języka klasycznej psychoanalizy (teorii strukturalnej) i określa instancję psychiczną pochodzącą od uwewnętrznionych postaw rodzicielskich, a odpowiedzialną za wartości moralne, sumienie i poczucie winy [20]. W kontekście psychotycznych postaci depresji zaakcentować należy przede wszystkim siłę miażdżącej samokrytyki, oderwanej od rzeczywistości (np. od faktów dotyczących winy czy odpowiedzialności pacjenta za własny stan), zatem nabierającej cech urojenia. Pojęcie „psychotycznego superego” przetłumaczone na bardziej współczesny język polega zatem na dręczeniu się odpowiedzialnością za doznane utraty w sposób urojeniowy, niebiorący pod uwagę rzeczywistości.

### Technika pracy w przypadku depresji z cechami psychotycznymi

Relacja terapeutyczna, oparta na przeniesieniu i przeciwprzeniesieniu, czyli uczuciach pacjenta i terapeuty powstałych w trakcie terapii, jest specyficznym wkładem podejścia psychoanalitycznego w próbę pracy z obszarem psychotycznym. Psychotyczny obszar umysłu stanowi sferę psychiki stosunkowo odporną na próby werbalnych interwencji — nie sposób rozwiązać urojeń wykonując jedynie poznawczą pracę nad przekonaniem [21]. W tym kontekście ważne wydaje się zwłaszcza bezpośrednie emocjonalne doświadczenie. Koncentracja na emocjonalnych przeżyciach w relacji terapeutycznej pozwala wykonywać psychologiczną pracę w sferze doświadczeń, a nie przekonań.

Współczesna psychoanaliza, zwłaszcza przedstawiciele podejścia intersubiektywnego [22] i relacyjnego [23], uzupełnia tę perspektywę o potrzebę dostosowania sposobu pracy

w przeniesieniu do głębokości zaburzeń pacjenta. W przypadku kontaktu z obszarem psychotycznym bardziej zaawansowane interpretacje przeniesienia, np. interpretacje rekonstrukcyjne, łączące relację terapeutyczną z historią życia pacjenta [24], należy przesunąć na drugi plan. Sytuację przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniową należy raczej wykorzystać do wrażliwego wspierania pacjenta w budowaniu umiejętności myślenia o niepomysłanych przeżyciach. W przypadku psychotycznych depresji praca w przeniesieniu i przeciwprzeniesieniu może służyć wspólnemu tworzeniu reprezentacji uczuć utraty i poczuciu winy, do tej pory boleśnie przeżywanym w sposób pozbawiony możliwości myślenia, czyli psychotyczny [25]. Współcześni autorzy psychoanalityczni w różnych kontekstach akcentują możliwość wykorzystania relacji do tworzenia reprezentacji umysłowych przeżyć do tej pory pozbawionych owych reprezentacji — odwołując się np. do pojęcia mentalizacji [26] czy do teorii umysłu Biona [23].

## 2. Przykład kliniczny

Poniżej przedstawiam pracę z pacjentką z diagnozą nawracającej depresji o cechach psychotycznych. Pacjentka ukończyła czteroletnią terapię psychoanalityczną w wymiarze dwóch spotkań w tygodniu.

Pani A. podjęła psychoterapię w wieku 27 lat. Postanowiła poszukać pomocy ze względu na utrzymujący się od kilku miesięcy bardzo obniżony nastrój, skutkujący pojawieniem się coraz silniejszych myśli samobójczych. Równoległe do podjęcia psychoterapii zgłosiła się do psychiatry, która zdiagnozowała u niej nawracającą depresję o cechach psychotycznych. Pierwszą diagnozę epizodu depresji pani A. uzyskała w wieku lat 19, wówczas pierwszy raz była hospitalizowana i korzystała z terapii grupowej.

Podczas wstępnych konsultacji pani A. powiedziała, że doświadcza nieustannego przyciśnięcia, uczucia beznadziei, braku sensu. Czuliła się „jak w potrzasku”, w „pułapce bez wyjścia”, czasem miała wrażenie, że jest „za szybą” oddzielającą ją od innych ludzi. W związku z tym bardzo bała się, że zwariuje. Nienawidziła siebie w tym stanie; zastanawiała się nad samobójstwem, ale powstrzymywała się przed nim, czując, że skrzywdziłaby innych.

Z silnymi emocjami opowiadała o domu rodzinnym i swojej historii. Od najmłodszych lat czuliła się pozbawiona kontaktu z matką i nierozumiana przez nią. Matka pacjentki cierpiała na chorobę psychiczną przejawiającą się m.in. silną skłonnością do wycofywania się. Nigdy nie pracowała, w lepszych okresach zajmowała się domem. Pani A. mówiła o matce chłodno, czasem z pogardą. Ojciec był dla niej wielkim ideałem, wzorem i oparciem — mimo faktu, że często kłócił się z matką, wciągając do kłótni panią A. W okresie dojrzewania przeżyła ogromne rozczarowanie, odkrywając, że ojciec dostarcza jej jedynie intelektualnych, pseudodoskonałych rozwiązań, natomiast nie jest zainteresowany jej przeżyciami. Pani A. rozpoczęła studia w innym mieście i podjęła pracę, jednak kiedy doświadczyła kłopotów finansowych, ojciec stwierdził, że nie może jej w żaden sposób pomóc — i że musi przerwać naukę. Wówczas pani A. załamała się i po krótkiej hospitalizacji podjęła terapię na oddziale dziennym. Szybko związała się na stałe ze starszym o kilka lat mężczyzną, który stał się dla niej wówczas oparciem, zamieszkała u niego i podjęła nową pracę, jednak zawsze doświadczała wyraźnego uczucia pustki. Następny kryzys przyszedł, gdy straciła kolejną pracę. Poczuliła się bezwartościowa, patrząc wstecz

na swoje życie uznała, że nie ma ono żadnego sensu, niczego nie dokonała, donikąd nie zmierza. Ów stan narastał; wystraszona swoimi uczuciami postanowiła szukać pomocy.

Można zauważyć, że historia życia pacjentki obejmuje wiele doświadczeń utraty, zawodu i rozczarowania, co koresponduje ze wspomnianą ideą „utruty obiektu miłości” jako przyczyny depresyjnej wewnętrznej katastrofy [11].

Obok bardzo obniżonego nastroju, przygnębienia i poczucia pustki pani A. doświadczała także innych objawów, typowych dla głębszych postaci depresji, choć dla postronnego obserwatora niekoniecznie kojarzących się z nią. Cierpiała na hipochondryczne lęki dotyczące nie tylko choroby psychicznej, ale też rozmaitych chorób somatycznych, na przykład nowotworów. Zdarzały się jej napady ostrego, panicznego lęku o cechach agorafobicznych, zwłaszcza gdy musiała oddalić się od miejsca zamieszkania. Często wpadała w stany, które nazywała „zawieszaniem się”: na przykład odkrywała, że spędziła kilka godzin przed komputerem, bezmyślnie przeglądając strony internetowe z ogłoszeniami o pracę. Stany „zawieszania się” można uznać za zjawisko dysocjacyjne, będące elementem przeżyć związanych z psychotycznym obszarem umysłu.

Wspólnym mianownikiem objawów pani A. była silna tendencja do przeżywania surowych, karcących myśli na własny temat, doświadczanych z siłą urojenia.

#### Miażdżąca samokrytyka: wątek psychotyczny

Sądzę, że elementem odpowiadającym za intensywność i przede wszystkim trwałość objawów depresyjnych pani A. była skłonność do poddawania się miażdżącej samokrytyce. Był to obszar jej funkcjonowania, który można nazwać psychotycznym obszarem osobowości — zawierał bowiem urojeniowe przekonania odporne na wszelki kontakt z rzeczywistością i nietolerujące wątpliwości. Skoncentrowała się na próbie przedstawienia etapów pracy nad tym psychotycznym aspektem depresji pacjentki. Równoległe zachodziła bardziej zwyczajna praca terapeutyczna, skupiona na wspieraniu zdrowszych mechanizmów radzenia sobie z depresyjnym afektem i lękiem.

W pierwszym okresie terapii pani A. przedstawiała miażdżącą samokrytykę w postaci absolutnych prawd na własny temat. Miała pewność, iż całkowicie różni się od innych ludzi, jest dziwakiem, kimś, kto nie potrafi sprawnie funkcjonować w codzienności, budować związków czy spełniać się w pracy. Była też stuprocentowo pewna, że jej życie jest skazane na katastrofę, a ona sama prędzej czy później zwariuje. Niemożność sprawnego mentalizowania konsekwencji doświadczenia utraty, czyli surowej samokrytyki, prowadziła do powstania niezmentalizowanego, niepodatnego na opracowanie myślowe, ale dręczącego panią A. „miażdżącego superego”. Obejmowało ono w moim mniemaniu zarówno nieświadome, niepoddane mentalizacji i pozbawione reprezentacji złorzeczenie sobie samej i kwestionowanie poczucia własnej wartości, jak i świadome konsekwencje tego stanu, czyli poczucie katastrofy i bycia „dziwakiem”. Doświadczając pozbawionych reprezentacji przeżyć, a nie mogąc o nich myśleć, pacjentka była zmuszona przyjąć je jako objawioną prawdę i pozostawała wobec nich bezbronna.

W tej fazie pracy dominowały próby budowania psychicznych reprezentacji tego obszaru przeżyć tak, by stworzyć możliwość przyglądania się owym urojeniowym przekonaniom z pewnego dystansu (oczywiście w tych chwilach, w których pani A. nie była

nimi całkowicie ovladnięta). Wyobrażenie czy przypuszczenie „że jest się kimś złym”, ma całkowicie inną siłę niż doświadczenie tego wrażenia z całą mocą urojenia jako „oczywistego faktu”. Ostatecznie pacjentce udało się sformułować wyobrażenie „gangu szyderców” — wewnętrznych głosów czy raczej „ludzików”, którzy podsuwali jej wyłącznie negatywne i katastroficzne interpretacje zdarzeń. Warto zaznaczyć, iż pacjentka nie miała żadnego zawodowego związku z psychoanalizą czy psychologią, zatem mimo nasuwającego się skojarzenia ze znanym pojęciem „narcystycznego gangu” Rosenfelda [27], reprezentacja stanowiła oryginalne dzieło pacjentki. Była to pierwsza wyobrażeniowa reprezentacja owego psychotycznego obszaru.

Kolejna faza pracy dotyczyła podejmowanych przez pacjentkę prób odkrycia pochodzenia owego „gangu szyderców”. W owym czasie na pierwszy plan wysunęły się wspomnienia z domu rodzinnego i postaci rodziców: wszechmocnego, bezwzględniego ojca, wedle którego odpowiedzią na każdy kłopot miała być jeszcze cięższa praca, oraz chorej, bezradnej i bezwolnej matki. Pani A. czuła, że jej uprzednia niezachwiana wiara w głos „gangu szyderców” wiązała się z poczuciem, że wyrażają oni postawę ojca: skrajnie surową, ale i tak lepszą, w poczuciu pacjentki, niż pograżenie się w matczynej chorobie i bezradności. Systematyczna praca nad tym obszarem pozwoliła pacjentce zbudować poczucie, że możliwa jest jakaś alternatywa: dostrzeganie własnej słabości i potrzeby wsparcia bez uznawania ich za ostateczny dowód na własną chorobę i szaleństwo. Istotnym wymiarem przeniesieniowej pracy nad tym zagadnieniem były miesiące, kiedy ze względu na trudną zawodową sytuację pani A. zdecydowałem się na obniżenie do połowy mojego honorarium. Pani A. była przekonana, że jej kłopoty finansowe oznaczają konieczność przerwania terapii, ewentualnie rozrzedzenia częstotliwości spotkań, co będzie ostatecznym dowodem na przeznaczoną jej katastrofę. Spodziewała się, że potraktuję ją jak uwewnętrzniona postać ojca, to jest bezwzględnie i chłodno, lub jak uwewnętrzniona postać matki — bezradnie i biernie. Gdy zareagowałem w inny sposób, pani A. mogła zauważyć, że jej oczekiwanie wynikało z przypisania mi cech uwewnętrznionych rodziców, choć w istocie zarówno bezwzględność i chłód, jak i bezradność i bierność stanowiły własne emocjonalne przeżycia pacjentki. Moja postawa, uwzględniająca bieżącą słabość pani A. i jednocześnie zakładająca, że z czasem może dojść do rozwoju i przewyciężenia problemów (zapropnowałem obniżenie honorarium na 3 miesiące, nie na zawsze) była dla niej całkowicie zaskakująca i przez to bardzo poruszająca. Dzięki uważnemu przyglądaniu się tym uczuciom pani A. mogła zacząć uwewnętrzniać tę postawę i sama podobnie traktować swoje kłopoty: widzieć w nich przejaw słabości, nad którą można pracować, a nie definitywny dowód na własną bezwartościowość.

Przedstawię przykład sesji pochodzącej z trzeciego roku terapii, gdy nasza praca koncentrowała się na utrwaleniu i usprawnianiu możliwości myślenia o psychicznych reprezentacjach surowej samokrytyki, przy jednoczesnym podejmowaniu typowych dla terapii analitycznej wątków: badania uczuć zależności i odrębności w relacji z terapeutą. Przykład pochodzi z trudnego dla pacjentki okresu, w którym przeprowadzka nałożyła się na zmiany w związku oraz przejściowe trudności zawodowe.

Pacjentka zaczęła sesję, mówiąc: „Jest beznadziejnie... Tak, jak było na początku, takie mam przeblęski tych okropnych, najczarniejszych uczuć... Wszystko się rozciąga jak guma... Myślałam, że to już nie wróci, ale to uczucie beznadziei, znowu to przeżywam.



Miałam nadzieję, że się od tego uwolnię... Najgorzej było w nocy. Nie mogłam spać, chyba do drugiej przewracałam się w łóżku i męczyły mnie te myśli... W zasadzie nic konkretnego, po prostu takie dopieprzanie sobie, że znów jestem w takim beznadziejnym momencie życia, że nie ma stąd żadnego wyjścia. Wie pan co, nawet próbowałam wcześniej, w ciągu dnia, jakoś sobie tłumaczyć, to pewnie musi tak wyglądać, że to jest taki niestabilny czas, ale wieczorem już chyba nie miałam na to siły i mnie te myśli dopadły. I dzisiaj też mnie męczyły, nawet jakoś mnie wątpliwości dopadły, czy ja dam radę do pana przyjechać dzisiaj, ale jakoś się przekonałam... Bardzo wyraźnie tym razem głosy gangu w sobie słyszę, cały czas kwestionują, podważają... Zaczęłam od tego, że jest tak jak było, ale to nie do końca tak, nadal mogę na to spojrzeć z jakiejś innej perspektywy... Czasem mogę pomyśleć, że to po prostu taki gówniany czas, zauważyć, że na szerszym planie dużo spraw wygląda lepiej... Przelotnie myślałam też o tym, że my się dziś spotkamy, że może pan mi jakoś pomoże... Tylko że to jest cholernie ciężkie... Miałam nadzieję, że już nie będzie tak ciężko”.

W swojej odpowiedzi starałem się wesprzeć adekwatne rozpoznawanie rzeczywistych kłopotów przez pacjentkę oraz zwrócić jej uwagę na możliwe reakcje, które w sobie odkryła: pochodzącą z psychotycznej części osobowości, niebiorącą pod uwagę rzeczywistości (czyli przejściowego charakteru kłopotów) reakcję „gangu szyderców” oraz alternatywną możliwość skorzystania z relacji terapeutycznej i z własnych zasobów, by przetrwać kłopoty, nie obwiniając się za nie i nie przeżywając ich jako nieskończonych. Zależało mi także, by nie przechylać komentarza ani na stronę zasobów, ani trudności, utrzymując pełniejszy obraz stanu psychicznego pacjentki. Powiedziałem zatem:

„Nie mam wątpliwości, że pani ma teraz obiektywnie trudny czas: utrata pracy, przeprowadzka, zmiany w życiu prywatnym; pani czuje się pozbawiona oparcia, sama wśród kartonów. Ale wydaje mi się, że pani też mówi o różnych reakcjach na te obiektywne trudności: na pierwszy plan wysuwa się reakcja »gangu szyderców«, czyli komentarz dotyczący tego, że znów wszystko się wali, kolejny raz wszystkie pani życiowe sprawy się rozpadają. Obok odnajduje pani jednak też inną perspektywę, poczucie, że może pani mieć jakieś oparcie w terapii i w sobie samej, że nie jest pani całkiem sama w swoich kłopotach i że nie jest pani całkiem bezradna. I myślę, że pewnie podobnie mieszane są pani uczucia: sporo rozczarowania mną i terapią, a do tego nieco ufności i nadziei na to, że pani pomożę”.

Pacjentka odpowiedziała, mówiąc, iż „gang szyderców” urosł w siłę w związku z jej kłopotami życiowymi. Poświęciła tym sprawom nieco miejsca, po czym dodała: „I w zasadzie to rozczarowanie też i pana dotyczyło, tak, jak pan mówi: jak w nocy się tak fatalnie poczułam, to co prawda mogłam sobie pomyśleć o panu, ale raczej mi to nie pomogło, bo pomyślałam, że tutaj, teraz, jednak jestem zdana tylko na siebie. A dzisiaj, kiedy do pana jechałam, to takie miałam mieszane uczucia: z jednej strony gang podpowiadał mi, że to znów wariacka jedzie do lekarza leczyć się na głowę, a z drugiej — po prostu chciałam się z panem spotkać, z nadzieją, że mi się zrobi lepiej”. Odpowiedziałem: „Myślę, że pani mówi o możliwości poczucia, że rzeczywiście jest z panią ktoś, kto naprawdę z troską myśli o pani sprawach: poczucia tego kogoś nie tylko w środku, w myślach i uczuciach, ale też na żywo, w bezpośrednim kontakcie. Sądzę, że raczej po to pani tu dziś przyjechała, a nie po to, bym panią uzdrowił terapeutycznymi czarami”. Pacjentka wyraźnie się rozluźniła i powiedziała: „Tak, rzeczywiście. Potrzebowałam kontaktu z panem”.

Od tego momentu w sesji zaczęła rozwijać wątek potencjalnej nowej relacji i nadziei na zbudowanie związku z interesującym ją mężczyzną. Na koniec sesji, odnosząc się do uczuć separacyjnych i starając się wesprzeć możliwość świadomego przeżywania utraty i myślenia o nim, powiedziałem — w nawiązaniu do wypowiedzi pacjentki o spotkaniach z interesującym ją mężczyzną: „Podobnie tutaj, między nami, wydaje mi się, że łatwiej pani poczuć mnie jako bliską osobę, gdy fizycznie jesteśmy tutaj razem w gabinecie, a przypuszczam, że po wyjściu z tego pokoju »gang szyderców« może na nowo wciągać panią w poczucie osamotnienia i beznadziei”. Pacjentka odparła: „Ha, trafna uwaga — rzeczywiście poczułam się dużo lepiej w tej rozmowie z panem, ale pewnie tak będzie, że jak wyjdę i wrócę do kartonów i przewodzących, to znów poczuję, że jestem sama, że pan ze mną tych kartonów nie pakuje do dostawczaka... Wie pan co, wstępnie umówiłam się z przyjaciółką jutro na wieczór, pomyślałam, że po tym wszystkim możemy się spotkać, przyda mi się. Ale na fali tej czarności już zaczęłam uznawać, że może to bez sensu, że już czuję, że głowa mnie zaczyna boleć, pewnie do jutra wieczora będzie mnie już bardzo bolała, i że tylko będę tej dziewczynie marudzić, i że chyba to odwołam. A teraz myślę sobie, że chyba jednak właśnie ważne, żebym nie odwołała, żebym nie została znowu sama w tym nowym mieszkaniu. I chyba po prostu pójdę do niej nawet z bolącą głową, trudno, najwyżej będę jej narzekać, że mnie łeb napieprza, ale rzeczywiście wyraźnie czuję, że potrzebuję z kimś pobyć, zwłaszcza już jak sama przewodząca się zakończy, bo przecież przede mną jeszcze weekend, rozstawianie tych wszystkich przedmiotów, może powinnam zrobić coś dla siebie...”

Tę wypowiedź odebrałem jako przejaw rosnącej możliwości korzystania przez panią A. ze sprzyjających relacji z ludźmi wskutek możliwości wyobrażenia sobie potencjalnego wpływu miazdzącej samokrytyki („fala czarność”, ból głowy i „marudzenie”) oraz lepszego rozumienia roli żywego kontaktu z ludźmi (nie tylko terapeutą) w przeciwdziałaniu tym uczuciom.

W końcowych fazach pracy terapeutycznej koncentrowaliśmy się przede wszystkim na przejmowaniu przez pacjentkę odpowiedzialności za wcześniejsze podporządkowanie „gangowi szyderców” oraz na godzeniu się z istnieniem takiego obszaru w jej psychice — przy czym otuchy i nadziei dodawał pacjentce fakt, że rozwój zdrowszej części osobowości sprawiał, że część psychotyczna nie wydawała się już tak dominująca. Przyjmowanie własnej odpowiedzialności za ów obszar przeżyć wiązało się między innymi z nowym spojrzeniem na osoby rodziców i ich miejsce w historii pacjentki. Pani A. była w stanie zauważyć pozytywne aspekty rodziców (dociekliwość zaszczepioną jej przez ojca oraz prostą, życzliwą troskę matki w miarę jej możliwości) i ze współczuciem spojrzeć na ich sytuację z przeszłości. Ze smutkiem konstatowała, że sprawy ułożyły się tak, że „gang szyderców” na lata zdobył przewagę w jej umyśle, ale nie jest to niczyja wina — zaś ona sama przede wszystkim cieszy się, że obecnie nie jest wobec niego bezradna. Zgoda na istnienie obszaru przeżyć związanego z nieadekwatną, surową samokrytyką opierała się, jak zaznaczyłem, na rosnącym poczuciu oparcia na zdrowszych elementach siebie. Także w tym zakresie ważną okazała się praca w przeniesieniu. Z perspektywy czasu pacjentka wspominała, że jednym z ważniejszych momentów terapii były sesje, kiedy przeżywała ponowne fale miazdzącej samokrytyki, wobec których oboje byliśmy bezradni. Czuła, że w danym momencie nie potrafię jej pomóc, a jednak ze zdziwieniem zauważała, że mimo

tego próbuję nadal ją rozumieć i jestem gotów na kolejne spotkania. Dzięki temu przesunęła się od widzenia we mnie „niskazitelny terapeutę”, który zawsze wie, co powiedzieć — do uznania mnie za „wystarczająco dobrego terapeutę”, momentami bezradnego, ale ogólnie pomocnego. Pacjentka mogła zaakceptować, że chwilami jestem bezsilny wobec siły jej urojonych przekonań, ale po jakimś czasie mogę zaproponować pomocny komentarz — a dzięki temu w podobny sposób zaczęła traktować własne kłopoty, widząc w nich stany przejściowe, a nie wszechogarniającą katastrofę.

### Farmakoterapia

Już podczas jednego z pierwszych spotkań pani A. zapytała, czy to dobrze, że równolegle — doświadczając myśli samobójczych — zgłosiła się do psychiatry. Akcentując lek pacjentki przed jej własną impulsywnością i utratą kontroli wsparłem pomysł konsultacji z lekarzem. Pani A. podkreślała odczucie ulgi towarzyszącej tej reakcji. Opowiedziała następnie, że 2 miesiące przed zgłoszeniem się do mnie była u innej psycholog, która powiedziała, że skoro ma myśli samobójcze, to ona jej nie może pomóc i że kieruje ją do psychiatry. Pani A. nie zgłosiła się do lekarza i jednocześnie przerwała kontakt z psycholog, bo poczuła, że ta wystraszyła się jej stanu.

Warto podkreślić adekwatność reakcji psycholog na myśli samobójcze pacjentki. Wydaje się, że interwencja specjalistki okazała się nieskuteczna raczej z powodu niepełności. Być może pani A. potrzebowała reakcji, która obejmowałaby zarówno dostrzeżenie psychotycznej części osobowości, wymagającej interwencji farmakologicznej, jak i części niepsychotycznej, zdolnej do rozwoju emocjonalnego i korzystania ze wsparcia psychologicznego czy terapeutycznego.

Pani A., wsparta przeze mnie w tym pomysle, rozpoczęła farmakoterapię równolegle do psychoterapii. Z początku korzystanie z leków było dla niej źródłem krytycznych myśli i katastroficznych wizji. Zastanawiała się, czy w tym momencie powtarza schemat znany z poprzednich pokoleń w jej rodzinie, czy staje się wariatką, i czy będzie brała leki już do końca życia. Można powiedzieć, że w pierwszym okresie terapii fakt przyjmowania leków stał się paliwem zasilającym mechanizm miażdżącej samokrytyki. Intensywna psychoterapeutyczna praca nad tym obszarem przeżyć pozwoliła pani A. zacząć budować zaufanie do farmakoterapii. Pani A. mogła wreszcie kwestionować surowość swoich samokrytycznych przekonań, dzięki czemu była w stanie dostrzec fakty, wcześniej przez nią kompletnie pomijane: mianowicie to, że leki okazały się bezpośrednio pomocne, stabilizując jej nastrój i dodając energii, a także to, że otrzymywała jedynie umiarkowane dawki leków przeciwdepresyjnych. Kiedy pani A. pozwoliła sobie na więcej zaufania do korzystania z pozytywnego wpływu leków, mogła jednocześnie bardziej realistycznie przyglądać się swoim możliwościom funkcjonowania bez nich. Poszerzając w kolejnych miesiącach psychoterapii obszar akceptowalnych przeżyć i znośnych stanów emocjonalnych dochodziła do wniosku, że być może jest w stanie spróbować mniejszych dawek, a po jakimś czasie zupełnie zrezygnować z przyjmowania leków — wszystko to w porozumieniu z psychiatrą.

Farmakoterapia pani A. trwała rok i z perspektywy czasu wydaje się, że stanowiła ważny element leczenia co najmniej z dwóch powodów. W pierwszej, wstępnej fazie terapii dostarczyła pacjentce poczucia bezpieczeństwa i zredukowała ryzyko impulsyw-

nych reakcji na surową samokrytykę (np. samobójstwa), natomiast w późniejszym okresie stanowiła jeden z obszarów, w których pacjentka uczyła się nowego spojrzenia na rozwój: od stanu słabości i bezradności (poczucie konieczności brania leków), poprzez wsparcie i pomoc (poczucie brania leków z wyboru), ku sprawności i niezależności (odstawienie leków). Kończąc farmakoterapię pani A. czuła wyraźną dumę i traktowała to jako istotne osiągnięcie na drodze do zdrowia. Podobne uczucia powtórzyły się w okresie kończenia psychoterapii, przebiegającej według analogicznego modelu rozwoju emocjonalnego.

Należy zauważyć, że mój wspierający stosunek do farmakoterapii i akcentowanie zarówno jej bezpośrednich, pozytywnych skutków, jak i znaczenia w rozwoju emocjonalnym pani A., znalazły odzwierciedlenie w postawie psychiatry, podczas okresowych wizyt wspierającej pacjentkę w decyzji o podjęciu i utrzymaniu psychoterapii także po zakończeniu leczenia farmakologicznego.

### Zalety długoterminowej terapii w obliczu psychotycznego aspektu depresji

Psychoterapia pani A. trwała cztery lata, z częstotliwością dwóch spotkań w tygodniu. Można powiedzieć, że pierwszy rok pracy, wsparty farmakoterapią, pozwolił pacjentce skutecznie uporać się z bieżącym epizodem depresyjnym, natomiast kolejne trzy lata poświęciliśmy pracy nad przyczynami ich nawracania — czyli nad uchwyceniem psychotycznego mechanizmu miażdżącej samokrytyki oraz nad wspieraniem niepsychotycznego obszaru osobowości i rozwijaniem dojrzałych mechanizmów radzenia sobie z uczuciami słabości, niekompetencji i porażki.

Posługując się psychoanalitycznymi teoriami zmiany psychicznej można byłoby mówić o tej dłuższej fazie pracy w kategoriach wzmacniania siły ego [28], budowania stabilniejszych i bezpieczniejszych relacji z obiektem [13] czy rozwijania funkcji pomieszczonej [29]. Jednak sądzę, że najbardziej żywego obrazu rozwoju emocjonalnego i zmiany psychicznej dostarcza metafora wprowadzona przez samą pacjentkę i powracająca na różnych etapach naszej pracy. W pierwszym roku terapii, skupionym na aktualnym epizodzie depresyjnym, pacjentka mawiała o sobie, że jest „zepsuta” i bała się, że „nikt nie będzie w stanie jej naprawić”. Pokładała we mnie nadzieję na taką naprawę: mawiała, że leki pozwalają jej funkcjonować w codziennym życiu, a do mnie przychodzi, żebym ją naprawiał. Po wyraźnym złagodzeniu objawów depresyjnych pacjentka czuła, że „jest zreperowana”, ale obawiała się — moim zdaniem adekwatnie — kolejnych „usterek”. Dlatego zdecydowała się kontynuować terapię, w nadziei na bliższe zaznajomienie się z naturą owych usterek oraz poznanie sposobów na ich naprawę.

Podczas jednej z sesji w najbardziej intensywnym okresie pracy, między drugim a trzecim rokiem terapii, pani A. powiedziała: „Tak to widzę obrazowo — że wcześniej często czułam się tak, jakbym ja przychodziła tu do pana, gdzie ma pan wielką szopę z narzędziami, a ja przychodzę z różnymi popsutymi rzeczami, pan ma narzędzia, więc pan to naprawia. A potem się pożegnamy, może na odchodne pan mi da jakiś mały młoteczek, ale to w zasadzie na nic, bo kolejne rzeczy będą się psuły, a ja nie mam tej szopy z narzędziami. A dziś chyba tak to czuję, że przychodzę to pana, i wspólnie naprawiamy — pana narzędziami, ale ważniejsze jest to, że razem naprawiamy, że ja też się uczę naprawiać, i że zgromadzę jakieś swoje narzędzia, nawet jeśli to będzie wymagało czasu...”.

Kiedy zdecydowaliśmy się kończyć terapię, pani A. powiedziała, że ma już własną skrzynkę z narzędziami. Co więcej, spodziewała się, że z całą pewnością raz na jakiś czas coś się w niej popsuje — i że będzie musiała dokonywać cyklicznych napraw. Czerpała jednak duże poczucie bezpieczeństwa i satysfakcji z przekonania, że w naszym kontakcie zgromadziła wystarczająco dużo narzędzi i przede wszystkim nauczyła się z nich korzystać. Oboje potrafiliśmy także w zrozumieli sposób nazywać uczucie stojące za tą barwną metaforą: pani A. potrafiła zaakceptować nieuchronność porażek, okresowych stanów słabości i niekompetencji (czyli „usterek”), oraz czuła, że dysponuje emocjonalnymi możliwościami pomieszczenia i przetwarzania tych uczuć w konstruktywny sposób („narzędzia”), co sprawiało, że nie czuła się wystawiona na przeżywanie urojeniowego stanu pewnej katastrofy („nienaprawialnego zepsucia”).

Krótkie podsumowanie zewnętrznych zysków z psychoterapii wydaje się sugerować, że była to praca wystarczająco skuteczna. Pod koniec drugiego roku terapii pani A. na nowo, zaocznie, rozpoczęła przerwane przed laty studia, co zawsze było jej marzeniem, i potrafiła się na nich utrzymać mimo nieuniknionych trudności i porażek. Mniej więcej w tym samym okresie ustabilizowało się jej życie zawodowe, co opierało się przede wszystkim na poczuciu, że potrafi utrzymać pracę nawet w okresach przygnębienia. W trzecim roku terapii pani A. mocno skoncentrowała się na próbie naprawy swojego związku, który miał się dobrze, dopóki była całkowicie zależna od partnera. Związek zaczął coraz bardziej chwiać się w posadach, gdy okazało się, że pani A. nie czuje się zobligowana do poddaństwa wobec partnera i chce uwzględnić także swoje potrzeby rozwoju (pragnęła m.in. ślubu i dziecka, przed czym partner się wzbraniał). Ostatecznie zdecydowała się zakończyć tę relację. Przez jakiś czas żyła samotnie w wynajętym mieszkaniu, utrzymując się z własnej pracy i nie rezygnując ze studiów. Przebrnięcie przez okres kłopotów, z którymi można sobie poradzić, a nie uczynić z nich dowodów na własną beznadziejność, stanowiło niezwykle ważne doświadczenie dla pacjentki. Po jakimś czasie zaczęła budować nową relację, w której czuła się w pełni wartościową osobą — czuła, że chce być z partnerem, choć może być sama (w poprzedniej relacji była przekonana, że pozostawiona sama przypadnie z kretesem).

W momencie zakończenia terapii mimo okresowego złego nastroju pani A. od dwóch lat nie doświadczała objawów, które uzasadniałyby podejrzenie kolejnego epizodu depresji. W końcowym okresie psychoterapii pani A. często z zadowoleniem powtarzała, że teraz po prostu ma zwykle kłopoty — zdarza się jej podły dzień i okropne samopoczucie.

### 3. Podsumowanie

W niniejszym artykule przedstawiłem kliniczny przykład skutecznej terapii pacjentki cierpiącej wskutek nawracającej depresji o cechach psychotycznych. Zademonstrowałem, w jaki sposób psychotyczna część osobowości przejawiała się w funkcjonowaniu pacjentki. W momencie rozpoczęcia psychoterapii pacjentka doświadczała urojeniowego przeświadczenia o byciu gorszą od innych ludzi oraz winną wszystkich swych niepowodzeń, skazaną na katastrofę. Urojeniowe przekonania były odporne na kontakt z rzeczywistością (faktami życia zawodowego i społecznego pacjentki) oraz cechowały się typową dla funkcjonowania psychotycznego totalnością i bezgranicznością.

Chroniczność depresyjnych kłopotów pacjentki wiązała się między innymi z tym, że jej miażdżąca, psychotyczna samokrytyka popychała ją ku faktycznemu wycofywaniu się z rzeczywistości, co podtrzymywało i wzmacniało dominację psychotycznego obszaru osobowości, aż do rozwinięcia silnych myśli samobójczych. Zasadniczym wątkiem psychoterapii tego wymiaru pacjentki było wspólne tworzenie psychicznej reprezentacji (wyobrażenia) jej przeżyć, uprzednio pozbawionych spójnej reprezentacji i niepodatnych na zwykle psychologiczne opracowanie. Reprezentacje nabierały znaczenia emocjonalnego w kontekście relacji terapeutycznej i zdarzeń w terapii, obejmujących autentyczne, bolesne, dojmujące uczucia niepewności i bezradności pacjentki i terapeuty. Czteroletnia praca zakończyła się w momencie, gdy pacjentka od ponad dwóch lat nie doświadczała epizodów depresji, w jej zewnętrznym życiu doszło do istotnych, pozytywnych w przeżyciu zmian, zaś w świecie wewnętrznym pacjentka rozwinęła poczucie umiejętności samodzielnej psychologicznej pracy nad trudnymi uczuciami, także nad pozostałościami nieadekwatnego przeżywania samokrytyki.

Z perspektywy teorii relacji z obiektem można powiedzieć, że powodzenie opisaney pracy terapeutycznej opierało się także na przekształceniu wewnętrznych relacji z obiektami, co prowadziło do większej zdolności mentalizowania doświadczeń frustracji i utraty, bez konieczności zwracania złości przeciwko „ja”. Sądzę, że owe zmiany oddziaływały na siebie wzajemnie: stworzenie psychicznych reprezentacji uczuć samokrytyki i poczucia winy pozwalało myśleć i rozmawiać o nich w kontekście emocjonalnie wspierającej relacji terapeutycznej i na tej podstawie przeżywać i uwewnętrzniać doświadczenie relacji z dobrym obiektem, zaś emocjonalnie sprzyjająca relacja terapeutyczna pozwalała z większym zaufaniem badać masywne uczucia samokrytyki i wyrzutów do siebie.

Ilustracja kliniczna stanowi praktyczny przykład zastosowania terapii psychoanalitycznej w leczeniu głębokiej, psychotycznej postaci depresji. Zgodnie ze współczesną wiedzą i przytoczonymi wyżej wynikami badań, długoterminowa psychoterapia psychoanalityczna stanowi skuteczną formę leczenia tej postaci depresji i przynosi trwale utrzymujące się, pozytywne skutki zarówno w obszarze objawów, jak i ogólnego funkcjonowania psychicznego i społecznego. Jedną z cech podejścia psychoanalitycznego jest uкорzenie techniki pracy w określonych założeniach teoretycznych.

Przytoczyłem kilka zwięzłych, najważniejszych idei teoretycznych, na których opierała się moja praca z panią A. Do owych idei należy klasyczne psychoanalityczne spojrzenie na depresję jako trudność w godzeniu się z utratą, co prowadzi do skierowania agresji do wewnątrz; wyodrębnienie normalnej, neurotycznej i psychotycznej postaci depresji; oraz ujęcie funkcjonowania psychotycznego jako psychicznego obszaru wycofania się z kontaktu z rzeczywistością. Z owych założeń teoretycznych wynikały zaznaczone wyżej wskazania dla techniki pracy: koncentracja na relacji przeniesieniowej w celu wspierania wspólnego budowania reprezentacji przeżyć pozbawionych tychże reprezentacji, zatem niepodatnych na psychologiczne przetwarzanie. Za pomocą przykładu pracy z panią A. zademonstrowałem, w jaki sposób można praktycznie, w warunkach klinicznych, prowadzić skuteczną psychoterapię głębokiej depresji opartą na wynikach współczesnych badań oraz określonych ideach teoretycznych i wskazówkach technicznych.

## Piśmiennictwo

1. Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am. Psychol.* 2010; 65: 98–109.
2. Fonagy P. The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry* 2015; 14(2): 137–150.
3. Leuzinger-Bohleber M, Kaehele H, red. An open door review of outcome studies in psychoanalysis. Londyn: IPA; 2015.
4. Kalita L, Chrzan-Dętkoś M. Skuteczność psychoterapii psychoanalitycznych. *Psychoter.* 2017; 4(183).
5. Taylor D. Psychoanalytic and psychodynamic therapies for depression. The evidence base. *Adv. Psychiatric Treat.* 2008; 14 (6).
6. Luyten P, Blatt SJ. Psychodynamic treatment of depression. *Psychiatr. Clin. North Am.* 2012; 35(1).
7. Huber D, Henrich G, Clarkin J, Klug G. Psychoanalytic versus psychodynamic therapy for depression: a three-year follow up study. *Psychiatria* 2013; 76 (2) 132-149.
8. Knekt P. Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychol. Med.* 2008; 38(5): 689–703.
9. Knekt P, Lindfors O, Renlund C, Sares-Jäske L, Laaksonen M, Virtala E. Use of auxiliary psychiatric treatment during a 5-year follow-up among patients receiving short – or long-term psychotherapy. *J. Affect. Disord.* 2011; 135(1): 221–230.
10. Fonagy P, Rost F, Carlyle J, McPherson S, Thomas, R, Fearon, P i wsp. Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: the Tavistock Adult Depression Study (TADS). *World Psychiatry* 2015, 14: 312–321.
11. Freud S. Żaloba i melancholia. W: Freud S, *Psychologia nieświadomości*. Przeł. R. Reszke. Warszawa: KR; 2007.
12. Jacobson E. *Depression: Comparative studies of normal, neurotic and psychotic conditions*. Madison: Intl Universities Pr; 1978.
13. Klein M. Wkład do psychogenezy stanów maniakalno-depresyjnych. W: Klein M. *Miłość, poczucie winy i reparacja* (Pisma, t. I). Przeł. D. Golec. Gdańsk: GWP; 2007.
14. Segal H. *Wprowadzenie do teorii Melanie Klein*. Przeł. Ł. Penderecki. Gdańsk: GWP; 2005.
15. Lucas R. *The psychotic wavelength*. Londyn: Routledge; 2009.
16. Pużyński S, Wciórka J. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków: Vesalius; 2000.
17. Joffe RT. Hormone treatment of depression. *Dial. Clin. Neurosci.* 2011 Mar; 13(1): 127–138.
18. Gelder M, Mayou R, Cowen P, red. *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry*. Londyn: Oxford University Press; 2001.
19. DeMasi, F. *Podatność na psychozę. Psychoanalityczne rozważania o naturze i terapii stanu psychotycznego*. Warszawa: Oficyna Ingenium, 2016.
20. Freud S. *Wykłady ze wstępu do psychoanalizy. Nowy cykl*. Przeł. P. Dybel. Warszawa: Wydawnictwo KR; 1995.
21. Bion WR. *Różnicowanie osobowości psychotycznej i niepsychotycznej*. Przeł. D. Golec. W: Bion WR. *Po namyśle*. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2014.
22. Ogden TH. *Sztuka psychoanalizy: śnienie niewyśnionych snów i urwanych krzyków*. Przeł. D. Golec, L. Kalita. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2011.
23. Lombardi R. *Bezkształtna nieskończoność. Kliniczne rozważania nad teoriami Matte Blanco i Biona*. Przeł. L. Kalita. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2017.

24. Etchegoyen H. The Fundamentals of psychoanalytic techniques in psychoanalysis. Londyn: Routledge; 2018.
25. Ogden TH. Reclaiming unlived life. Londyn: Routledge; 2016.
26. Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. Mentalizowanie w praktyce klinicznej. Kraków: WUJ; 2014.
27. Rosenfeld H. O psychopatologii narcyzmu. Perspektywa kliniczna. W: Steiner J, red. Rosenfeld po latach. Artykuły na temat jego wpływu na praktykę kliniczną. Przeł. L. Kalita. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2012.
28. Freud A. Ego i mechanizmy obronne. Przeł. M. Ojrzyńska. Warszawa: PWN; 2014.
29. Bion WR. Elementy psychoanalizy. Przeł. D. Golec. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2012.

Adres: l.kalita@psyche.med.pl