

Depresja w ujęciu analitycznym

Fragment wykładu dra Piotra Drozdowskiego, wygłoszony w "Szkole Psychoterapii Psychodynamicznej"

Teraz chciałbym zaproponować rozważania natury bardziej dynamicznej tzn. związane z historią rozumienia depresji z punktu widzenia analitycznego i psychodynamicznego, a właściwie problem rozumienia psychoz depresyjnych, ponieważ o tym mówimy.

Rozpoznanie typu depresji czy melancholii, jak w tej chwili wracamy do tego historycznego terminu, jest rozpoznaniem w gruncie rzeczy symptomatologicznym a nie rozpoznaniem nozologicznym. Tak się stało, że na terenie psychiatrii współczesnej, stosując psychopatologiczny podział na zaburzenia psychotyczne, zaburzenia osobowości i zaburzenia nerwicowe również i w tych poszczególnych klasach postrzegamy depresje jako oddzielne jednostki. Mówiłem Państwu, że będziemy mówić o depresji neurotycznej, depresji osobowościowej i tzw. depresji psychotycznej.

Dzisiaj prezentując Państwu ujęcie dynamiczne, ujęcie analityczne problemu etiologii i pochodzenia depresji będę mówił o tej najgłębszej depresji, depresji psychotycznej.

Proszę Państwa, wszystko zaczęło się dość późno. Jeżeli przyjmujemy, że podstawowe sformułowania Freuda dotyczące stworzenia modeli psychicznego funkcjonowania człowieka zostały dokonane na przełomie wieków, to w przypadku depresji można mówić dopiero o roku 1917, bo w tym roku mniej więcej Freud w sposób najbardziej nośny zaczął formułować poglądy na temat depresji endogennej. To się bierze z tego, że Freud szedł od małej patologii, od patologii nerwicowej, a przede wszystkim patologii historycznej w kierunku konceptualizowania patologii głębszej, a więc psychotycznej. I tak w roku 1917 ukazuje się kluczowy jego artykuł pt. "Żałoba i melancholia", w którym to artykule Freud ustosunkowuje się do problemu depresji endogennej, do problemu psychozy depresyjnej. Artykuł ma znaczenie podstawowe, właściwie cytowany jest we wszystkich przeglądowych pracach dotyczących depresji. Nie będę go dokładnie omawiał. Chcę tylko powiedzieć, jakie dwie kluczowe tezy są sformułowane w tym artykule.

Otóż pierwszym zagadnieniem, którym Freud zajął się było zróżnicowanie pomiędzy melancholią, a smutkiem i żalem. Zajął się tym, o czym mówiłem wcześniej, a więc pojęciem normy i patologii w tym zakresie. Otóż Freud dochodzi do wniosku, że smutek i żal są uczuciami, które poza tym, jak byśmy fenomenologicznie powiedzieli, że są płytsze, nie tak głębokie, to pochodzą z zupełnie innego źródła. To znaczy, źródłem smutku i żalu, poczucia straty jest utrata realnej osoby, znaczącej postaci: matki, męża, dziecka, kogoś, kto jest dla nas ważną osobą, podczas gdy w przypadku melancholii, lub mówiąc współcześnie depresji, mamy do czynienia z brakiem realnej utraty i pojawieniem się z realistycznego punktu widzenia fenomenu dość niejasnego, jakim jest wejście w głęboką depresję, głęboką melancholię bez wyraźnego czynnika sprawczego. Można powiedzieć stosując te pojęcia, które Państwu przed chwilą przybliżyłem, że smutek i żal jest pochodzenia reaktywnego, podczas gdy melancholia jest pochodzenia endogennego. Ta depresja nie ma powodu realnego, jest więc emocjonalna tzn., że do tych zaburzeń dochodzimy z powodów emocjonalnych, a nie realnych. To jest pierwsza konstatacja: próba zróżnicowania tych fenomenów, które przedtem były łączone razem.

Nie jest to próba konsekwentnie przeprowadzona przez analityków bowiem ówczesny wielki analityk Abraham do końca uważał, że trudno jest rozdzielić żal i smutek od melancholii, że to są jak gdyby dwa aspekty tej samej sprawy.

Pierwszą konstatacją Freuda jest zróżnicowanie. Dochodzi on do wniosku, że w reakcji żałoby mamy do czynienia z utratą realnej osoby to w przypadku melancholii również mamy do czynienia z utratą tylko, że ta utrata ma inną naturę. Mianowicie obiekt stracony w melancholii, który tworzy zespół depresyjny, jest tzw. obiektem wewnętrznym.

Co to znaczy? To znaczy, że my w melancholii tracimy wewnętrzną reprezentację, a mówiąc prościej wewnętrzną obraz istotnego obiektu. Nie musimy stracić matki, ojca, męża, dziecko możemy natomiast stracić wewnętrzną obiekt, wewnętrzne wyobrażenie czyli można powiedzieć, że z tego punktu widzenia każda depresja czy ta najgłębsza psychotyczna, czy ta stosunkowo powierzchowna, płytsza, jaką jest żal czy strata jest reakcją na utratę. Czym bardziej utrata jest realna, bardziej utrata jest konkretna to depresja czy żal jest płytszy, a czym bardziej ta utrata jest emocjonalna, głębsza, symboliczna tym bardziej depresja jest głęboka i zagrażająca.

W drugim ustaleniu Freud stwierdził, że depresji czy melancholii towarzyszy autodeprecjacja siebie. To znaczy, że pacjenci cierpiący na najbardziej głębokie zaburzenia nastroju mają tendencje do autodestrukcji, autodeprecjacji, autowrogości, czyli skierowania swojej agresji na siebie. Stwierdził rzecz bardzo ważną, która nawet wśród psychiatrów nie jest w tej chwili obecna, że istotnym elementem, który występuje w depresji w dużym nasileniu jest wrogość. Wrogość, która może być dystrybuowana na zewnątrz albo może być kierowana do wewnątrz. Jeżeli jest skierowana do wewnątrz to mamy wówczas obraz autodestrukcyjnych, autodeprecjonujących tendencji u ludzi depresyjnych.

Dlaczego o tym mówię? Dlatego, że wszyscy jesteśmy wychowani na zdroworozsądkowym punkcie widzenia, że człowiek depresyjny jest człowiekiem bardzo głęboko cierpiącym, co jest prawdą. I taki jest nasz ogląd. Depresja i melancholia to jest cierpienie, a człowiek cierpiący budzi współczucie. I to jest prawda. To, co ja mówię, nie ma na celu likwidowania współczucia dla człowieka depresyjnego, nie ma na celu, abyście, Państwo, zmienili swoją perspektywę widzenia i teraz każdemu człowiekowi smutnemu imputowali, że w gruncie rzeczy to on jest autoagresywny i wrogi, żebyście się stali prześladowczymi obiektami w stosunku do tych osób, ma na celu to, że doznając uczucia współczucia, które jest uczuciem dojrzałym, nie tracili ze swojego oglądu mechanizmów funkcjonowania psychicznego. Nie chodzi o stosunek do wrogości, ale o wiedzę na ten temat, a wiedza nam służy po to, żeby ją wykorzystać do leczenia.

Chcę podkreślić dwie rzeczy, jeżeli chodzi o ten drugi wniosek Freuda: po pierwsze, że zawsze występuje utrata obiektu nie tylko realnego, ale również obrazu obiektu znaczącego pod postacią obiektu wewnętrznego, oraz autodestrukcyjne tendencje. Są one wyrazem wrogości, którą my z zewnątrz spostrzegamy jako skierowaną do siebie, ale w gruncie rzeczy wrogość jest skierowana do obrazu wewnętrznego obiektu. Można powiedzieć, że jeżeli ja noszę w sobie obraz mojej matki i w tej chwili w stosunku do tego obrazu kieruję swoją agresję, złość, wściekłość to z zewnątrz rzecz biorąc jest widoczne, że jestem autoagresywny. Jest to agresja do mojej matki, ale nie wyrażona do jej postaci zewnętrznej, tylko do jej obrazu, który ja noszę w sobie. Mianowicie chodzi tu o tzw. niedojrzałą, identyfikację z tym obiektem. Jeżeli ja mam

wspólne obszary identyfikacji z moją matką, to wtedy agresja do mojej matki jest również agresją do mojej własnej osoby.

Trzecim istotnym punktem, który Freud wyróżnia w tym artykule jest stwierdzenie, że wszyscy pacjenci depresyjni posiadają bardzo surowe Superego. Szorstkie, surowe, karzące, szczególnie okrutne można powiedzieć, ponieważ jest to superego bardzo pierwotne. Superego jest stosunkowo późno rozwojowo ukształtowane po okresie edypalnym i zawiera w sobie zarówno aspekt wspierający jak i normatywny. Superego osoby cierpiącej na depresję jest tzw. pierwotnym superego, które tworzy się w pierwszym roku życia. W gruncie rzeczy jest to załączek, osnowa Superego, bardzo jednowymiarowa, bez wspierającego aspektu, które posiada dojrzałe superego i bardzo restryktywna, karząca i agresywna w stosunku do posiadającego go człowieka. W związku z tym takie proste, prymitywne, jednowymiarowe superego stymuluje bardzo głębokie poczucie winy. Superego w warstwie normatywnej kontroluje nas przede wszystkim poprzez wzbudzanie wewnętrznego poczucia winy. Takie funkcjonowanie superego staje na drodze do zdrowego kochania siebie, czyli do tzw. zdrowego narcyzmu, zdrowego dbania o siebie.

Proszę Państwa, to są podstawowe tezy tej pracy otwierające drogi refleksji i wiedzy na ten temat do dnia dzisiejszego.

Drugą osobą, która wniosła bardzo wiele w latach czterdziestych i pięćdziesiątych do rozumienia najgłębszych zaburzeń nastroju, jakim jest depresja psychotyczna, jest Melania Klein. Wspominałem już Państwu, że ma ona olbrzymie zasługi, ale z tego punktu widzenia, który dzisiaj referuję, jeśli chodzi o psychopatologię psychoz to jej największe zasługi polegają na stworzeniu dwóch pojęć, a mianowicie pojęcia pozycji schizoidalno-paranoidalnej, którą omawiałem Państwu przy patologii rozszczepiennej oraz drugiej pozycji, czyli okresu rozwojowego dziecka, którą nazywamy pozycją depresyjną.

Melania Klein stwierdza, że w gruncie rzeczy każda depresja jest w mniejszym czy większym stopniu związana z pozycją depresyjną, przy czym w najgłębszych zaburzeniach afektywnych, w psychozach afektywnych występuje deficyt polegający na tym, że w dzieciństwie nie doszło do rozwiązania pozycji depresyjnej. Można powiedzieć, że ludzie cierpiący na chorobę afektywną nigdy pozycji depresyjnej nie

opuścili. Sprowadza się to do tego, że w określonym okresie rozwojowym nigdy nie byli w stanie odtworzyć takiej rzeczywistości psychicznej, w której by doszło do przewagi tzw. dobrych obiektów nad tzw. złymi obiektami. Nigdy nie opuścili, nie rozwiązali korzystnie dla siebie pozycji depresyjnej. To są osoby, które mają tendencję do chorowania co pewien okres czasu na chorobę afektywną dwu- albo jednobiegunową.

Ci zaś, którzy przeżywają normalny smutek lub żalobę są to ludzie, u których dochodzi do reaktywacji pozycji depresyjnej. Co z tego wynika? Wynika z tego, co Klein mówi, że zarówno pozycja schizoidalno-paranoidalna jak i pozycja depresyjna mogą być korzystnie albo niekorzystnie rozwiązane. W przypadku pacjentów z rozpoznaniem nawracającej schizofrenii albo rozpoznaniem choroby afektywnej niekorzystnie. To nie znaczy, że korzystne albo niekorzystne rozwiązanie jest na zawsze. To znaczy, że każda sytuacja, która, idąc za myślą Freuda i którą potwierdza Klein, która wiąże się z utratą obiektu realnego bądź obiektu wewnętrznego, wyobraźniowego, łączy się z reaktywacją pozycji depresyjnej. Możemy być zdrowi psychicznie w tym sensie, że mamy przewagę dobrych obiektów nad złymi, że jako dzieci głównie przy pomocy szczęścia, naszych matek, dobrego wyposażenia genetyczno-konstytucjonalnego, dobrego czasu historycznego, w którym się urodziliśmy, całego szeregu okoliczności korzystnych rozwojowo możemy pozytywnie rozwiązać pozycje depresyjną, ale to nie znaczy, że gdy odejdzie od nas mąż czy żona, jak stracimy dziecko, jak stracimy dobre wyobrażenie na nasz temat, wyrzucą nas z pracy, nie zdamy egzaminu czyli jak doznamy rozlicznych strat, że u nas się nie zreaktywuje pozycja depresyjna. Jak ona się zreaktywuje? Ona się zreaktywuje w taki sposób, w jaki była przez nas wcześniej rozwiązana.

To znaczy, że jeżeli korzystnie rozwiązaliśmy tą pozycję i we właściwym czasie to nasz żal, smutek, tendencje depresyjne będą stosunkowo krótko trwałe. Patrząc się z punktu widzenia żaloby, jeżeli umrze nam ktoś ważny to przeżyjemy fizjologiczną żalobę. Z psychiatrycznego punktu widzenia brak żaloby jest patologią. Rzecz polega na tym, że przeżycie żaloby, czyli reakcji na utratę osoby ważnej czy ważnego aspektu własnego obrazu będzie stosunkowo krótkotrwałe, będzie niedestruktywne, będzie, można powiedzieć fizjologiczne. Ale jeżeli rozwiązaliśmy depresyjną pozycję mniej czy bardziej niekorzystnie, będziemy mieć tendencję do patologicznego przeżywania

stanów żałoby po utracie. Na przykład po utracie pracy będziemy mieć tendencję do nadmiernego przeżywania utraty poczucia własnej wartości. Po porzuceniu nas w momencie, kiedy bierzemy rozwód będziemy mieć tendencję do długiego, autodestruktywnego, z myślami, z tendencjami samobójczymi przeżywania porzucenia nas przez męża, czy żonę. Jeżeli ktoś istotny umrze nie będziemy mogli dać sobie rady przez wiele miesięcy, będziemy mieć poczucie osamotnienia, beznadziejności, utraty perspektywy i sensu życia, egzystencji, tego wszystkiego, co się składa na język opisujący stany depresyjne.

Długość trwania i głębokość fizjologicznej żałoby stanowi o przejściu jej w jakość patologiczną, a przejście w jakość patologiczną świadczy o tym, że w pewnym okresie rozwoju z różnych powodów nie najkorzystniej rozwiązaliśmy dla siebie pozycję depresyjną.

Można powiedzieć, że sprawa polega nie na odrębności, ale na głębokości i na nowych jakościach. I to jest, proszę Państwa różnica z punktu widzenia Klein pomiędzy patologiczną żałobą, patologicznymi stanami depresyjnymi a fizjologicznymi. Rzecz polega na tym, że w przypadku najgłębszych patologii nie została pozytywnie rozwiązana pozycja depresyjna, a w przypadku żałoby jest reaktywowana poprzez zewnętrzne czynniki. Jeżeli tak ważna jest, pozycja depresyjna, jeżeli w gruncie rzeczy nasze życie składa się z cyklicznych konfrontacji z tą pozycją, a więc z cyklicznymi nawrotami depresyjności, oczywiście na różnym poziomie, z różną głębokością u różnych osób, to warto poświęcić trochę uwagi pozycji depresyjnej.

Jest to trzecia bardzo ważna pozycja w rozwoju dziecka mieszcząca się w pierwszym roku rozwoju. Przyjmuje się, że rozstrzyga się ona między 6 a 9-10 miesiącem rozwoju i, co istotne, w okresie kiedy głównym zadaniem dziecka jest stworzenie odrębności własnej, czyli stworzenie tzw. subiektywnego sensu istnienia. Dlaczego mówię, że subiektywnego sensu istnienia? Mówię tak z tego względu, że dziecko w pierwszym okresie życia jest pozbawione obiektywizacji. Czego jest pozbawione? Jest pozbawione słowa. Dopiero wtedy, kiedy dziecko zaczyna używać słów, kiedy słowa zaczynają funkcjonować jako zobiektywizowana interpersonalna relacja między dzieckiem a światem, głównie między dzieckiem z matką, dopiero wtedy dochodzi do pewnej obiektywizacji. Wcześniej dziecko musi dokonać bardzo ważnego rozwojowego zadania, jakim jest wyodrębnienie się fizyczne i psychologiczne

z jedności z matką i jedności ze światem, czyli musi zbudować granice. To jest bardzo istotne. My wiemy, że jeżeli proces budowania granic fizycznych czy psychicznych, jest z tego czy innego powodu zaburzony, to potem w życiu dorosłym żal wraca pod postacią różnych symptomatologii konwersyjnych, dysocjacyjnych, urojeniowych, depersonalizacyjnych i derealizacyjnych. Cały szereg różnych symptomów świadczy o tym, że ten proces w pewnym okresie wyodrębnienia został nie najszczęśliwiej przez dziecko rozwiązany.

Wyodrębnianie się jest u dziecka związane z pewnymi sensami subiektywnymi. Słowo sens nie odnosi się do racjonalizmu, tak jak my mówimy pejoratywnie, że coś jest sensowne albo jest bezsensowne. To nie chodzi o sensory racjonalne, intelektualne. Tu chodzi bardziej nie o mechanizm intelektualny, ale o mechanizm emocywny tzn., jak gdyby dziecko stanowi odrębną jakość. To są cztery sensory. Chodzi o sens działania, czyli siłę sprawczą w stosunku do ruchu; sens kohezji fizycznej tzn. że dziecko z bardzo rozbitej rzeczywistości, z bardzo rozbitej percepcji siebie tworzy schemat cielesnego ego, czyli kohezji, całości, stworzenia pierwszego nawet nie wzrokowego, ale emocjonalnego obrazu siebie; sens ciągłości tj. aby dziecko uzyskało w tym okresie pierwszego roku historyczność, mówiąc najprościej tzn. żeby dziecko nie żyło od nasycenia do frustracji, od gratyfikacji do frustracji, tylko żeby znalazło swój kontakt z pojęciem czasu. Jeżeli pojawia się pojęcie czasu, to pojawia się rozwojowo bardzo ważna rzecz, jaką jest odwlekanie satysfakcji tzn. uczenia się czekania i wyjścia z przerażającej sytuacji, w której jest noworodek, że albo matka istnieje albo nie istnieje, że jeżeli nie widzę matki to matka znika. Dopiero jak się pojawia pojęcie czasu to się pojawia pojęcie, że matka wyszła i wróci, a jeśli pojęcia czasu nie ma to matka wyszła i już nie wróci. To znaczy, że w pierwszym okresie życia każde wyjście matki jest związane z totalną utratą jej na zawsze. Tu chodzi o to, aby w dziecku wytworzyło się poczucie ciągłości. Sensy ciągłości są bardzo istotne. I ostatni sens odczuwania. Chodzi, aby dziecko w tym okresie nauczyło się rozróżniać różnego rodzaju stany wewnętrzne, aby wyodrębniło z jedności stanów wewnętrznych np. stany afektywne, żeby dziecko zaczęło różnicować np. złość od głodu. Dziecko nie różnicuje takich stanów, mało tego, dużo dorosłych, jak Państwo wiecie, nie różnicuje głodu od złości. W każdym razie wyodrębnienie takich jakości, że jestem zły albo zadowolony jest bardzo ważne. Te cztery sensory są kluczowe dla pierwszego roku życia.