
Historia psychoanalizy

Dzieło Zygmunta Freuda

W ludzkiej wędrówce kamienie milowe mają różny kształt. Czasem jest to wynalazek techniczny jako koło, czasem odkrycie nowego lądu. Psychoanaliza zapoczątkowana dziełem życia Zygmunta Freuda jest takim kamieniem milowym humanizmu.

Psychoanaliza zapoczątkowana dziełem życia Zygmunta Freuda jest takim kamieniem milowym humanizmu.

Nieświadomość ze swymi prawami i wpływem na los ludzki istniała oczywiście od zarania, przed Freudem; w losie każdego człowieka, narodu, w kulturze, poezji i dramacie. Freud natomiast zbadał, sformułował, pokazał wagę rzeczywistości wewnętrznej. Badał prawa nieświadomości i wnętrza przeżywającego, pokazał, że prawa te są precyzyjne, że relacje zachodzące między zjawiskami mają swój kształt, dynamikę, rozwój, a zaburzone - mogą być źródłem cierpienia psychicznego. W żmudnej, pełnej zaangażowania pracy dawał się prowadzić pacjentom neurotycznym po bezdrożach rzeczywistości wewnętrznej. Sformułowanie metody psychoanalitycznej pochłonęło jego całe pracowite życie.

Freud pokazał, jak wokół sił popędowych, biologicznych, którymi człowiek zakorzeniony jest w przyrodzie, narastają przeżycia, uczucia, fantazje i dążenia specyficznie ludzkie. Pokazał, jak psychika dorosłego człowieka zawiera w sobie warstwy kolejno przeżytych lat, faz rozwojowych i konfliktów. Blizny i lęki bezsilnego dziecka, które zakrywa pamięć intelektualna, ranią i osłabiają dążenia dorosłego. Pierwsze relacje człowieka stają się nieświadomą matrycą dorosłych związków. Wewnętrzne sprzeczności dają znać o sobie w formie napięć, symptomów chorobowych i cierpienia psychicznego; to, co nieświadome - bo objęte i wyparte lękiem - zagraża człowiekowi, kieruje nim poza świadomą kontrolą. W końcu Freud pokazał, jak można ulżyć w cierpieniu psychicznym, w kierowaniu bardziej świadomie własnym losem.

A zaczęło się od rozumienia przez lekarza psychicznego cierpienia pacjenta, od skomunikowania się z cierpiącym człowiekiem na poziomie źródła dolegliwości,

jakim jest konflikt wewnętrzny, a nie symptom chorobowy, którym pacjent komunikuje się z otoczeniem.

Psychoanalityczne spojrzenie na człowieka przeniknęło do filozofii i literatury dopiero później.

Praktyka psychoanalityczna Freuda

Czym jest, a czym nie jest praktyka psychoanalityczna? Nie o wykład tu idzie, ale o przybliżenie zjawiska Czytelnikowi, który bierze do ręki *Depresję*. Ujęcie analityczne. Potocznie funkcjonujący stereotyp: w półmroku gabinetu życzliwy staruszek siedzący u wezłowania leżącego na kozetce pacjenta przekonuje relacjonującego swe przeżycia, że cierpienia jego są wyimaginowane, że musi się na nie zgodzić. Niekiedy wypytuje o co pikantniejsze szczegóły z życia, głównie z dzieciństwa; udowadnia ich wpływ na chorobę, pochrząkuje z życzliwym zrozumieniem, niekiedy interpretuje i pokazuje, że widzi inną warstwę, niedostępną pacjentowi, poprzez jego sny i wolne kojarzenia. Pacjent poddaje się tym tajemniczym sformułowaniom a po paru latach, podniesiony na duchu, wychodzi z gabinetu pogodzony ze swoim losem...

Freudowi przypisuje się także przeerotyzowanie myśli, przypisanie nadmiernego znaczenia seksualizmowi dziecięcemu.

Freud technikę analityczną rozwijał całe życie, prowadząc równoległe autoanalizę. W literaturze francuskiej zebrał ten pasjonujący dokument Dider Anzieu: *L'autoanalyse de Freud et la decouverte de la psychoanalyse*. Metodę psychoanalizy rozwijali uczniowie Freuda, odrzucając czasem jego niektóre twierdzenia; zmieniało się życie, kultura - a z nią - obraz kliniczny i potrzeby pacjentów.

Był wychowankiem surowej epoki wiktoriańskiej, o moralności obwarowanej cenzurami, tabu; był dzieckiem ortodoksyjnej rodziny żydowskiej, o skomplikowanej historii; był dzieckiem matki - sporo młodszej od ojca Freuda - która związała ze sobą syna w szczególnie głęboki sposób. Targany niepokojami, impulsami, których nie rozumiał, zazdrością o pojawiające się młodsze rodzeństwo - do trzydziestego roku życia nie potrafił podjąć dorosłego, męskiego życia. Dość podobnych miał pacjentów. Ich konflikty wewnętrzne dotyczyły głównie sfery impulsów, popędów, cenzurowanych i represjonowanych w świadomości. A więc podświadomość mieściła reprezentacje

pragnień niedozwolonych, seksualnych. Freud lecząc swoich pacjentów - leczył się sam przez całe życie. Leczył - to znaczy poszukiwał drogi zrozumienia i uwolnienia nieświadomego. Tak na przykład zrozumiał, sformułował i pokazał wagę relacji syn-matka, zwanej kompleksem Edypa.

Dzisiejszy pacjent w analizie

Współcześni pacjenci są inni. Pokolenie dzisiejsze wychowane jest w większej tolerancji obyczajowej, z mniejszym dystansem i lękiem wobec rodziców. Role w rodzinie nie zawsze są wyraźnie podzielone; często ojcowie zmieniają pieluszki niemowlętom, a matki pracują na równi z ojcami. Dzieci z kluczem na szyi biegają po podwórku, czekają na dorosłych przed telewizorem. Często życie sypialniane rodziców nie jest dla nich tajemnicą. Dzisiejsi pacjenci mają mniej zahamowań, za to więcej w nich głębokiego opuszczenia uczuciowego, pustki, trudności nawiązania kontaktu z drugim człowiekiem, zaburzeń poczucia granic między „Ja” i rzeczywistością. Często są przeraźliwie świadomi swoich zaburzeń, lecz bez sił do życia. Coraz więcej spotykamy pacjentów cierpiących na depresję, ale ich psychoanaliza ma dzisiaj nieco inny kształt.

Relacja terapeutyczna

To, co dla Freuda było, w początkowym okresie, przeszkodą w leczeniu - zjawisko przeniesienia uczuć z osób znaczących dla pacjenta na lekarza - dziś jest niezbędną kanwą procesu psychoterapii. Bez owej silnej więzi zaakceptowanej z obu stron, bez odpowiedzi uczuciowej na głębokie i sfrustrowane dziecięce potrzeby pacjenta, bez osobistej relacji i stopniowego jej rozwiązywania, prowadzącego do usamodzielnienia się pacjenta - trudno o trwałe zmiany osobowości.

W relacji tej musi się znaleźć rozpacz i bunt; lęk, wstyd i uczucia pozytywne. Zadaniem analityka jest więc też stworzenie sytuacji bezpieczeństwa psychicznego, aby uczucia te mogły dojść do głosu. W analitycznej terapii grupowej taką funkcję pełni grupa jako całość. Dzięki temu rozluźniają się obronne mechanizmy psychiczne, uwalnia się treść zapomnianych lękowych przeżyć, dziecięce fantazje; ujawniają się nastawienia nerwicowe. Pacjent może ponownie, przy leczącym, „ubezpieczony” jego obecnością i obiektywizującym spojrzeniem, przeżywać zagrażający świat; oddzielić fantazję od rzeczywistości, poznać mechanizm nerwicowych zachowań. Zmniejsza się

napięcie wewnętrzne, zmniejszają się objawy nerwicy. Psychoanaliza jest więc też rozwojem i nabieraniem sił do życia.

Na związek terapeutyczny można spojrzeć także jak na sojusz między dwojgiem ludzi, zawarty na pewien czas i w określonym celu. Analityk nie jest więc czystym ekranem, na który pacjent projektuje swoje fantazje. Sojusz zakłada współpracę. Sam Freud mówił, że niezbędnym warunkiem terapii jest pozyskanie „Ja” pacjenta do zmagania z oporem, do procesu leczenia. Tak więc analiza nie jest także techniką sugestywną (jak sugeruje inny stereotyp) - lecz metodą leczenia opartą na współdziałaniu obu stron. Czynnikiem bardzo silnej motywacji daje często w przypadku poważnych zaburzeń lepszą prognozę niż łżejsze zaburzenie przy biernym oporze pacjenta.

Analiza jest także wysiłkiem psychicznym obu „sojuszników”, osadzonym w realnym kontrakcie czasowo-finansowym. Jest wysiłkiem nie zawsze udanym, czasem związanym z dużą przykrością, kiedy pacjent konfrontuje się z urazami czy słabościami, przed którymi się bronił. Czasem „koszt własny” jest zbyt duży: są pacjenci, którym bardziej służy farmakoterapia.

W końcu - technika analityczna prowadzi do zmian realnych w życiu poprzez zmiany wewnętrznych mechanizmów zachowania. Nic jest to więc - jak to nakreśla inny rodzimy stereotyp pojęciowy dotyczący analizy - ponurym uznaniem konieczności. Chyba że chodzi tu o rezygnację z nierealistycznych roszczeń, deficytów nie do odrobienia i fantazji wielkościowych, które są źródłem cierpienia.

Rozwój metody i nowe obszary jej stosowania

Psychoanalizy, łączącej w sobie cechy sztuki i nauki, zarazem medycznej i psychologicznej, można się uczyć jedynie poprzez relację uczeń-mistrz. Poprzez relację, w której uczący się, tak jak pacjent, przechodzi własne doświadczenia psychoanalityczne, doświadczają własne wnętrze, przeżywa świadomie relację z drugim człowiekiem. Dlatego na rozwój psychoanalizy można patrzeć jak na drzewo genealogiczne zapoczątkowane przez Freuda. Rozrosło się ono po świecie potężnie. Trochę inny ma kształt w Europie, inny w Ameryce, przeniknęło do dziedzin pokrewnych. Funkcjonuje jako element innych systemów terapii zaburzeń nerwicowych niż klasyczna analiza.

W dziedzinie psychosomatyki stworzył takie połączenie analityk francuski Pierre Marty w formie własnej teorii, praktyki i opisu ciągłości zaburzeń fizycznych i psychicznych.

Także bioenergetyka skoncentrowana na leczeniu zaburzeń w obrębie ciała włączyła do swej teorii myśli analityka niemieckiego Raicha (nurt ten w Polsce znalazł już swoje miejsce i zrozumienie).

Ostatnio coraz częściej, np. we Francji w pediatrii, już od oddziału położniczego - zespół psychoanalityk-pediatra-położnik obejmuje opieką całość związku matki z dzieckiem. Pedopsychiatry obserwują i leczą wczesne interakcje matki i dziecka (Serge Lebovici, Daniel Stern).

Coraz częściej też terapia młodzieży łączy podejście analityczne z dynamicznym – co zresztą zalecał już sam Freud ze względu na specyfikę tego okresu: Ego adolescenta jest tak rozchwiane, że wymaga on w leczeniu większej dyrektywności, a jednocześnie elastyczności w łączeniu technik.

Rozwinął się na całym świecie cały ogromny nurt leczenia psychoanalizą grupową. Zapoczątkował go S. M. Foulkes w USA. Zyskała ona ogromną popularność dzięki – z jednej strony większej dostępności dla pacjentów - z drugiej większej dostępności szkolenia psychoterapeutów, Psychoterapia grupowa okazała się więc nie tylko ekonomiczniejszą formą leczenia, ale także bardziej skuteczną przy pewnym typie zaburzeń relacji interpersonalnych.

Wyspecjalizowały się gałęzie psychoanalizy w zależności od wieku i rodzaju zaburzeń. Na przykład zjawisko narcyzmu, przez Freuda traktowane jako przeszkoda w leczeniu, doczekało się nie tylko całej szkoły leczenia, ale i ogromnej literatury (Grunberger, Kohut).

Sam Freud nie leczył dzieci, ale dał nam opis jednego przypadku „Małego Hansa”, cierpiącego na fobie (silne lęki) przed końmi. Leczył chłopca pośrednio - poprzez ojca pacjenta. Mały Hans wszedł do klasyki jako jedna z pięciu opisanych przez Freuda psychoanaliz. Podobno na koniec leczenia dostał od Freuda konia na biegunach. Naprawdę leczeniem dzieci zajęła się dopiero córka Freuda - Anna.

Dziś istnieje na świecie wiele towarzystw i wydawnictw, ośrodków psychoterapii i psychoanalizy dziecięcej.

Psychoanaliza a depresja

Najbardziej odpowiadające nam poglądy na różnicowanie depresji we współczesnej praktyce psychiatrycznej przedstawił krakowski psychiatra dr Piotr Drozdowski, kierownik Oddziału Nerwic Akademii Medycznej, w artykule „Terapia wglądowa pacjentki z depresją psychogenną”. Pozwolimy sobie zacytować go w całości.

„Problemy klasyfikacji chorób afektywnych zostały w polskiej literaturze przedmiotu wyczerpująco przedstawione w książce Stanisława Pużyńskiego i są odzwierciedleniem wielości podejść do zaburzeń psychicznych w psychoterapii. Składają się na nie różnice w przyjętych modelach psychiki ludzkiej, skrajnie różne założenia etiologiczne i różnice w podejściach badawczych. Dodatkową komplikacją jest stosowanie różnych języków psychopatologicznych (klinicznego, psychoanalitycznego czy egzystencjalnego). Przyjmując jednak priorytet leczenia nad absolutnym poznaniem zasad deontologicznych w stosunku do eksperymentu można próbować, opierając się na aktualnej wiedzy na temat chorób afektywnych, dokonać kilku pragmatycznych rozstrzygnięć. Grupa depresji tzw. objawowych i występujących w sprawach organicznych dość powszechnie nie budzi wątpliwości zarówno co do etiologii, jak i zasad postępowania terapeutycznego.

Różnice zdań zaznaczają się najostrzej w tym zakresie chorób afektywnych, w którym mieszczą się: choroba afektywna dwubiegunowa, tzw. wielka depresja, depresyjno-schizofreniczne psychozy mieszane oraz depresje o uwarunkowaniach psychogennych. Różnice dotyczą przede wszystkim istotności udziału czynników biologicznych, osobowościowych i urazów psychologicznych w wytworzeniu symptomatologii, a co za tym idzie adekwatności wyboru metody terapii. Jednym z istotnych powodów tego stanu rzeczy było przyjęcie przez psychoanalizę uniwersalnego modelu funkcjonowania psychiki ludzkiej i podporządkowanie mu kryteriów psychopatologicznych dotychczas stosowanych, co w praktyce znosiło rozdzielność psychozy od nerwicy, jako zaburzeń różnych jakościowo. W wyniku prac

Freuda (1917), Abrahama (1911, 1924), Melanii Klein (1934, 1940), Fromm-Reichmann (1964) ukształtował się koncept depresji jako reakcji na utratę.

Prototyp utraty obiektu powstaje w pierwszym roku życia, w relacji z karmiącą matką, a poprzez ambiwalentne traktowanie nie jest porzucony, lecz internalizowany w Ego. Powstały wówczas lęk organizowany jest według Klein w dwie formy: lęk prześladowczy lub lęk depresyjny. Pierwszy wiąże się z niebezpieczeństwem odczuwanym w stosunku do siebie, drugi w stosunku do niebezpieczeństwa grożącego obiektowi miłości. Oba typy lęków w późniejszym rozwoju mogą prowadzić na drodze fiksacji do stałych pozycji: schizoidalno-paranoidalnej lub depresyjnej.

Okres powstania tych lęków przypada na moment rozwoju Ja idealnego, w którym Ja utożsamia się z Id, dąży do popędowego zaspokojenia i gratyfikacji potrzeb, co łączy się z eksplozją impulsów agresywnych, destruktywnych i sadystycznych w stosunku do obiektu. Późniejszy rozwój Superego powoduje przez swój, restryktywny charakter, represję agresywności, depresję i samooskarżenie oraz wrogość uniemożliwiającą miłość. Charakteryzuje to wspomnianą pozycję depresyjną w późniejszym życiu.

Ta historycznie uwarunkowana fiksacja postawy depresyjnej aktualizowana być może przez aktualne straty rozumiane według Whita i Gillilanda jako straty realne, utraty symboli, wyobrażeń i fantazji: Formą psychotycznej obrony byłaby wówczas mania, rozumiana jako stan nierealistycznej archaicznej przyjemności.

Przydatność powyższego modelu w stosunku do chorób afektywnych z punktu widzenia terapeutycznego nie okazała się wielka. Rozwój badań neurofizjologicznych, biochemicznych, hormonalnych, a przede wszystkim synteza leków antydepresyjnych i zapobiegających nawrotom, praktycznie rozstrzygnęły wątpliwości na jakiej drodze odbywać się będzie leczenie psychoz afektywnych. Dalsze ograniczenia w jego zastosowaniu zawarte są w samej metodzie leczenia psychoanalitycznego. Wymaga ona takiego Ja, które zdolne jest do tolerowania frustracji popędów bez użycia acting-out, możliwości wytworzenia emocjonalnej i racjonalnej więzi w przeniesieniowej nerwicy, co stanowi zasadniczą trudność dla pacjentów psychotycznych z przetrwałymi elementami psychiki archaicznej. Warunki te eliminują również pewną liczbę pacjentów z grupy tzw. depresji uwarunkowanych psychogennie. Nie znaczy

to, aby psychoanalityczny sposób rozumienia i leczenia depresji nie był słuszny i adekwatny dla dużej grupy pacjentów. Argumentacja takiego stanowiska wydaje się być słuszna jedynie w oparciu o kazuistykę”.

Psychoanaliza jako metoda leczenia zajmuje się głównie cierpieniem i bólem, gdyż pacjent zgłaszający się po pomoc nie jest w swoim odczuciu człowiekiem szczęśliwym, nie czuje się dobrze ani sam ze sobą, ani z innymi, jego możliwości rozwojowe są sparaliżowane, a pacjent depresyjny odczuwa szczególnie dojmujący ból i z tego powodu, że jego życie niewarte jest życia. Przeżywa pragnienie samobójcze, a w ekstremalnym przypadku - aktywnie je realizuje.

Psychoanaliza jako teoria czy też systematyzacja zjawisk życia psychicznego zajmuje się także zjawiskiem przyjemności. Instynkt życia, dzięki któremu człowiek przybywa na świat, rządzi się właśnie ową zasadą przyjemności - zasadą tą rządzą się odzwierciedlone w aparacie psychicznym rozwojowe siły popędowe. Była to jedna z pierwszych zasad opisanych przez Freuda: siły popędowe, które nazwał Id dążą do zaspokojenia na każdym etapie rozwoju. Dalej Ja - czyli Ego, w myśl zasady rzeczywistości, godzi owe dążenia popędowe z trzecią instancją - Superego. Instancję tę, jak wiemy, tworzą normy, zakazy, nakazy, tabu, system wartości - wszystko to, za co jesteśmy od dziecka kochani, akceptowani i przyjmowani. Każdy człowiek może odszukać w swoim doświadczeniu wewnętrzny stan depresji związany z utratą kogoś czy czegoś, co przeżywał jako swoje i bliskie, albo też przeżycia depresyjne - odczucia braku, smutek związany z przechodzeniem w kolejny etap rozwojowy. Bo przekraczanie etapów rozwojowych to także godzenie się z utratami nabytków i przywilejów poprzednich epok: oto dorosły, cieszący się przywilejem życia miłosnego, cierpi na depresję związaną z utratą dzieciństwa, a z nim przywileju niepodejmowania odpowiedzialności za relację czy przywileju dostawania bezwarunkowego, jakim cieszy się dziecko w relacji z rodzicami.

Uczucie depresyjne, depresja - jest jak lęk subiektywnym doświadczeniem uniwersalnym, związanym z rozwojem. Jest sposobem, w jaki człowiek próbuje opanować konflikty, frustracje, zawody i utraty.

Cierpienie depresyjne jest podstawowym objawem poważnego obrazu klinicznego, charakterystycznego i dobrze zdefiniowanego, określonego jako jednostka chorobowa

- depresja. Obecnie niemal wszyscy autorzy, którzy zajmują się teoretycznym opisem depresji, zgodni są co do tego, że depresja jest stanem braku, a nie sygnałem alarmowym, jak np. lęk. Choroba depresji, jak każda choroba, zawiera oczywiście oba te czynniki: poczucie braku oraz zagrożenie. Jednakże ogarniający człowieka chorobowy stan depresyjny przeżywany jest głównie jako dojmujący stan braku obiektu. Przez obiekt, za Freudem najkrócej mówiąc, należy rozumieć „to - w czym i poprzez co instynkt może osiągnąć swój cel”.

Obiekt może być zarówno realny, jak i fantazyjny, definiuje się przez swą różnorodność i funkcje w historii osobistej podmiotu. Rozróżnienie obiektu realnego i fantazyjnego nic jest całkiem proste: np. można powiedzieć, że pokarm jest obiektem popędu oralnego, a jednocześnie może mieć wielorakie, subiektywne wartości fantazyjne. Podobnie nic zawsze jest proste rozgraniczenie obiektów częściowych od całkowitych.

Przedmiotem, obiektem miłości może być więc wszystko to, co jest przeżywane i przyjęte jako własny obiekt inwestycji energii życiowej (libida) i narcyzmu. Wszystko to, do czego człowiek czuje się wewnętrznie przywiązany.

I w końcu - obiektem dla człowieka jest i stać się może wszystko to, co traczone wywołuje depresje. Toteż obiektem miłości może być: osoba, iluzja osoby, samo uczucie (niekoniecznie uczucie szlachetne, np. przeżywanie ryzyka czy ekscytacja hazardem, nienawiść, walka, która była sensem i celem działania). Także obiektem wewnętrznym może stać się poczucie zgodności z ideałami i sumieniem, określona fantazja, idea, miłość własna, własny obraz, ideał Ego - wyrażany dążeniem np. do bycia kimś (szlachetnym, ale i wspaniałym karciarzem, człowiekiem interesu, kobieciarzem), własne ciało (co znajduje wyraz w stosunku uczuciowym do chorowania i różnych części organizmu, najczęściej w zaburzeniach hipochondrycznych). Cała szkoła francuskiej psychosomatyki analitycznej Pierrę Marty przyjmuje, że pacjent rozpoczyna proces zdrowienia od momentu, kiedy przyjmie własne ciało za obiekt miłości, nauczy się o nie dbać i nie utożsamiać się z nim; przejdzie od: „ja jestem chorującym ciałem” do: „moje ciało choruje i muszę się nim zająć”. Pacjent jakąś częścią staje się więc własnym rodzicem, opiekuńczym, a nie zaniedbującym czy nadopiekuńczym.

Obiektem może być także wszystko to, co nadaje życiu sens: praca zawodowa, cele społeczne, realizacja talentu itp., a utrata takich obiektów powoduje depresję o zabarwieniu egzystencjalnym.

Obiektami mogą stać się też dla człowieka jego własne wspomnienia jego „legenda życiowa” („ja, jako były marynarz mórz i oceanów ...”), pochodzenie społeczne, a także przyjemność perwersyjna.

Staralam się pokazać różne rodzaje znaczących wewnętrznie obiektów, ale w rzeczywistości ich znaczenie i klasyfikacja nigdy nie są takie jednoznaczne.

I tak na przykład dla dziecka utrata zabawki czy dla dorosłego jakiegoś drobiazgu może stać się źródłem poważnego zaburzenia depresyjnego wówczas, gdy na poziomie symbolicznym przedmioty te były identyfikowane z ważną dla nich osobą czy też ich znaczenie symboliczne miało charakter podstawowy.

Innym przykładem jest sytuacja utraty partnera. Może być przeżywana jednocześnie w sposób depresyjny na paru poziomach: jako utrata ukochanej osoby, której brak jest dotkliwy sam w sobie; jako uraz narcystyczny godzący w miłość własną i pozbawiający wartości obraz własny; jako źródło wstydu społecznego i dewaluacji; jako przegrana w rywalizacji i upokorzenie dotyczące przeżyć z poziomu edypalnego; także jako pozbawienie możliwości wymiany uczuciowej, nawet gdy chodzi o wymianę agresywną. Nieraz trafiają do leczenia osoby, które po świadomym rozwiązaniu związku zaczynają cierpieć na depresję, gdyż agresja ich, przedtem rozładowywana w konfliktach, została zablokowana. Na podobnej zasadzie partnerzy byłych alkoholików reagują depresją na ich wyleczenie, tak przecież oczekiwane. Innym paradoksalnym mechanizmem wyzwalamym chorobę u pacjentów predysponowanych do depresji może być sytuacja życiowego sukcesu lub nagrody, gdyż wzmacnia to istniejące już wcześniej poczucie winy: nagroda przeżywana jest jako niezasłużona, a zarazem kładzie kres sensowi działania.

Utrata obiektu i tęsknota za nim, za bliskością, niekiedy fuzją oraz trudność w pogodzeniu się z tym jest osnową stanu depresyjnego. Łączy się z tym trudność ze znalezieniem innego, zastępczego obiektu.

Nasilenie poczucia pozbawienia, aż do całkowitego obezwładnienia psychofizycznego, daje stan chorobowy. Pokazał to po raz pierwszy Freud różnicując żalobę normalną od patologicznej. Najbardziej dojmującą postacią, z którą spotkałam się w swojej pracy, to regresja narcystyczna, cierpienie sytuujące się na pograniczu nerwicy i psychozy. Pacjent cofa się do tego stanu rozwojowego, w którym jego relacje z obiektem były jeszcze słabo zaznaczone, a obiekt nie został jeszcze wyodrębniony: dziecięce odczucia Ja i nie-Ja były ze sobą zlane.

W depresji człowiek silnie przeżywa poczucie winy za atak na obiekt wewnętrzny. Jak to pokazała Melania Klein opisem pierwszej dziecięcej depresji, jednostka sama czuje się sprawcą swego opuszczenia i przeżywa silne poczucie winy. Toteż jego naturalna agresywność zostaje wycofana. Czytelnik w kolejnych rozdziałach odnajdzie przybliżenie tego zjawiska.

Tak więc zarówno przeżywanie trudności w godzeniu się z utratami, jak i zderzenie się z zasadą przyjemności i rzeczywistości może rodzić przeżycia depresyjne. Pacjent depresyjny zaczyna zdrowieć, kiedy w trakcie psychoterapii zaczyna wydobywać się z paraliżującego go i dotkliwego uczucia stanu braku: powraca zdolność przeżywania, zaczyna pragnąć, marzyć, kochać i działać, i staje się zdolny do wymiany agresywnej.

Samopoczucie - ta podstawowa dyspozycja uczuciowa - wyrasta na rozstajnych drogach odczuć biologicznych, ogólnego stanu fizycznego, relacji z innymi i ze światem zewnętrznym, a także - jak pokaże ta książka - samopoczucie zależy również od wewnętrznych relacji z obiektami znaczącymi.

Samopoczucie oscyluje między dwoma biegunami: przyjemnym i nieprzyjemnym. Zmiany te są zarówno strapieniem ludzkiej doli, jak i przywilejem. Przywilejem – bo zneruchomienie nastroju jest synonimem stagnacji i śmierci.

Czasem zamrożenie i bezruch, właściwe depresji, może człowiek pokonać własnymi siłami, czasem życie jakąś ofertą doda mu sił i przybliży go do siebie. Czasem niezbędny staje się związek terapeutyczny.

Otucha i nadzieja. To dwa sygnały opanowywania depresji. Nasza książka być może przyniesie otuchę i doda nadziei tym, którzy są przekonani, że ich cierpienie jest nie do pokonania.