

Czy psychoterapia psychodynamiczna ma zastosowanie w leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej? Wyniki badań, aktualizacja techniki, przykłady kliniczne

Is psychodynamic psychotherapy a useful approach in treatment of bipolar disorder? A review of research, actualization of technique and clinical illustrations

Lech Kalita

Praktyka prywatna

Summary

The author attempts to describe a role of psychodynamic psychotherapy in treatment of bipolar disorder. A general role of psychological interventions in treating this illness is sketched, highlighting the approach of combining psychotherapy and pharmacological treatment as the most common perspective. Recent research data on effectiveness of various psychotherapies in treating BD is presented. Conclusions from review suggest that intervention should be tailored to specifics of BD rather than limited to any single therapeutic modality. A brief review of psychoanalytic concepts regarding BD suggests little practical usefulness of a classic psychodynamic approach, based on concept of improvement through insight into repressed content. Another, contemporary approach is described, which underlines the need to attune level of work to the psychotic functioning and might be better suited to conclusions from reviewed research. A particular focus is put on concepts of psychoanalytically oriented psychiatrists: Richard Lucas, Riccardo Lombardi and Franco De Masi. On the basis of these concepts changes in technique are introduced to actualize the psychodynamic technique to achieve better fitting to needs of patients suffering from bipolar disorder, which is in most cases characterized by psychotic states. Author's ideas are illustrated with clinical examples.

Słowa kluczowe: psychoterapia psychodynamiczna, psychoterapia zaburzeń psychotycznych, choroba afektywna dwubiegunowa

Key words: psychodynamic psychotherapy, psychotherapy of psychotic disorders, bipolar affective disorder

Wprowadzenie

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie roli psychoterapii psychodynamicznej w leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD), z uwzględnieniem dotychczasowych doświadczeń klinicznych, ograniczeń, mocnych stron oraz wyników badań empirycznych. ChAD jest zaburzeniem psychicznym skutkującym nadzwyczajnymi zmianami nastrojów, energii i poziomu aktywności, które poważnie zakłócają codzienne funkcjonowanie. Rozpowszechnienie pełnoobjawowej ChAD w populacji sięga około 2–3% [1]. Klasyfikacja diagnostyczna DSM-5 wyróżnia dwa typy choroby afektywnej dwubiegunowej [2]. ChAD typu I cechuje się występowaniem epizodów maniакаlnych, które trwają przynajmniej 7 dni lub wymagają hospitalizacji. Zwykle pacjenci doświadczają także epizodów depresji, utrzymujących się przynajmniej 2 tygodnie. W wypadku ChAD typu II występuje naprzemiennosc epizodów depresyjnych i hipomaniакаlnych, ale bez pełnych epizodów manii charakterystycznych dla typu I. ChAD w niszczący sposób wpływa na życie zawodowe, funkcjonowanie społeczne i subiektywnie postrzeganą jakośc życia [3, 4]. Judd i wsp. [5] zrealizowali longitudinalne badania obejmujące okres 20 lat, w których wykazali, że upośledzenie funkcjonowania psychospołecznego dotyka pacjentów cierpiących zarówno na ChAD typu I, jak i II. Poszukiwanie adekwatnych metod leczenia oraz systematyzowanie istniejącej wiedzy stanowią zatem kluczowe zadania w pomocy pacjentom cierpiącym na ChAD, co uzasadnia przygotowanie niniejszej pracy.

Rola psychoterapii – wyniki badań

W literaturze dotyczącej terapii ChAD nie ma zgody co do roli psychoterapii w leczeniu. Niektórzy badacze twierdzą, że psychoterapia bez równoległej farmakoterapii jest wystarczająco skuteczną metodą leczenia ChAD [6], inni zaś uważają, że dobre wyniki przynosi jedynie terapia farmakologiczna [7]. Najbardziej powszechny wydaje się pogląd, że psychoterapia powinna stanowić formę leczenia równoległą do farmakoterapii [8, 9].

Pogląd ten nawiązuje do modelu podatności na stres, akcentującego współzależności między czynnikami psychologicznymi, społecznymi i biologicznymi w rozwoju ChAD. Wśród czynników psychospołecznych wiodącą rolę odgrywają stresujące wydarzenia, konflikty rodzinne, zaburzenie rytmów dobowych i społecznych oraz nieregularne przyjmowanie leków. Pomimo genetycznego i neurobiologicznego podłoża ChAD coraz powszechniej uważa się, że na przebieg tej choroby wpływają mogą oddziaływania ukierunkowane na środowisko społeczne [10, 11]. Interwencje psychoterapeutyczne mogą być skutecznym sposobem wspierania farmakoterapii nie tylko w epizodach depresyjnych (gdzie ich użyteczność jest szczególnie duża, jako że leki przeciwdepresyjne niosą ze sobą ryzyko skrajnej zmiany nastroju), ale też w pozostałych fazach choroby.

W ostatnich 15 latach pojawił się szereg publikacji poświęconych roli psychoterapii w leczeniu ChAD. Przedstawię krótko wnioski z przeglądu literatury.

Jones [12] dokonał przeglądu badań na temat skuteczności interwencji psychologicznych w ChAD, zrealizowanych od roku 1990. Analizował projekty badawcze

sprawdzające skuteczność psychoedukacji, terapii poznawczo-behawioralnej, terapii psychoanalitycznej oraz terapii interpersonalnej/rytmów społecznych. Terapia interpersonalna/rytmów społecznych jest opracowaną przez Ellen Frank adaptacją uznanej metody leczenia depresji – terapii interpersonalnej (TI). TI to krótkoterminowa psychoterapia przeznaczona do leczenia epizodów depresji, rozwinięta przez Klermana i Weissman i wywodząca się z psychoanalitycznych koncepcji: poglądów Sullivana oraz teorii przywiązania. Zogniskowana jest na problemach interpersonalnych i redukcji objawów. Ma charakter wysoko strukturalizowany i jest podejściem krótkoterminowym (12–16 tygodni). Liczne wyniki badań potwierdzają skuteczność TI [13, 14].

Ogólne wnioski z przeglądu wskazują, że terapie psychologiczne przynoszą korzyść osobom cierpiącym na ChAD. Jones [12] zwraca jednak uwagę na słabą metodologię wielu realizowanych badań, co może odpowiadać za nadmiernie optymistyczne szacowanie skutków psychoterapii. Podkreśla konieczność opracowania zarówno projektów badawczych o bardziej rygorystycznych metodach, jak i wyraźnych teoretycznych modeli zaburzenia dwubiegunowego, na których można oprzeć owe projekty. Szczególnie istotne zdaniem Jonesa wydaje się precyzyjne wskazanie kluczowych aspektów terapii dla poszczególnych faz ChAD [12].

Swartz i Swanson [15] przedstawili wnioski sformułowane na podstawie przeglądu 35 publikacji poświęconych badaniom nad skutecznością psychoterapii w leczeniu ChAD. W przeglądzie uwzględnili wyniki 28 badań przeprowadzonych w randomizowanych, kontrolowanych grupach klinicznych. Autorzy przeglądu zaznaczają, że farmakoterapia pozbawiona wsparcia interwencji psychologicznych prowadzi do częstszych nawrotów, rzadszych remisji, chronicznego utrzymywania się objawów i niepełnosprawności psychospołecznej. Na podstawie zgromadzonych wyników twierdzą, że psychoterapie dopasowane do specyfiki ChAD stanowią jedną z kluczowych form leczenia tej choroby. Wskazują na stabilne, powtarzające się dowody, że połączenie psychoterapii z farmakoterapią przynosi lepsze efekty niż stosowanie samej tylko farmakoterapii – zarówno jeśli chodzi o poprawę objawową, jak i obniżanie ryzyka nawrotów choroby. Swartz i Swanson [15] uwzględnili w przeglądzie terapie poznawczo-behawioralne, rodzinne oraz opisaną wyżej terapię interpersonalną/rytmów społecznych.

Zespół badaczy pod kierunkiem Miklowitz [16] prowadził badania nad skutecznością interwencji psychospołecznych i psychoterapii w leczeniu ChAD w ramach amerykańskiego projektu *Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder* (STEP-BP). Ich badania wykazały, że pacjenci korzystający z farmakoterapii osiągają szybszą i trwalszą poprawę stanu zdrowia, jeśli kuracji farmakologicznej towarzyszy intensywna psychoterapia. Projekt badawczy objął 293 pacjentów z diagnozą ChAD, części z nich oferując krótkoterminowy program psychoedukacyjny, części zaś intensywną, dziewięciomiesięczną psychoterapię w trzech modalnościach (behawioralno-poznawczej, rodzinnej i terapii interpersonalnej). Wszyscy uczestnicy korzystali równolegle z farmakoterapii. W ciągu roku 64% pacjentów korzystających z intensywnej psychoterapii uzyskało poprawę stanu zdrowia, w porównaniu z 52% pacjentów, którzy skorzystali z psychoedukacji. Osoby podejmujące psychoterapię uzyskały poprawę stanu zdrowia przeciętnie o 110 dni szybciej niż osoby w programie

psychoedukacyjnym. Korzystne wyniki po czasie dłuższym niż rok od rozpoczęcia badania utrzymywały się w grupie „psychoterapeutycznej” o 1,5 raza częściej niż w grupie „psychoedukacyjnej”. Nie zanotowano natomiast istotnych różnic między trzema modalnościami oferowanych psychoterapii.

Skuteczność interwencji poznawczo-behawioralnych w poprawianiu wyników leczenia oraz ograniczaniu ryzyka nawrotów choroby afektywnej dwubiegunowej jest dobrze udokumentowana [17–19]. Brakuje natomiast rzetelnych publikacji poświęconych badaniu skuteczności psychoterapii psychoanalitycznych czy psychodynamicznych w leczeniu ChAD. Godny uwagi wyjątek stanowią terapia interpersonalna oraz jej pochodna – terapia interpersonalna i rytmów społecznych. Z jednej strony podejścia te wyrastają bezpośrednio z psychodynamicznego podłoża teoretycznego, z drugiej – różnią się w kilku kluczowych aspektach od sposobu pracy, który zwykle określa się jako „psychoterapię psychodynamiczną” [20]. Do owych kluczowych aspektów zalicza się nieużywanie interpretacji przeniesieniowych oraz ograniczenie ambicji zmiany osobowości na rzecz lepszego radzenia sobie z chorobą rozumianą w kategoriach medycznych. Odwołam się w dalszej części artykułu do tych istotnych różnic.

Jedną z nielicznych publikacji badawczych poświęconych podejściu psychodynamicznemu w terapii ChAD przedstawili Gonzalez i Prihoda [21]. Wykazali, że psychodynamiczna terapia grupowa prowadzi do wyraźnej (u 73% badanych) poprawy objawowej, ograniczającej się jednak do objawów depresji. Autorzy sugerują, że psychoterapię psychodynamiczną pacjentów cierpiących na ChAD należy łączyć z farmakoterapią. Bush [22] przedstawia współczesne zastosowania podejścia psychoanalitycznego w leczeniu zaburzenia dwubiegunowego. Jej zdaniem współczesna terapia psychodynamiczna może stanowić szczególnie ważny wkład w zwiększanie skuteczności leczenia pacjentów cierpiących na ChAD, jeśli głównymi wątkami terapii uczyni się dynamikę przeniesieniowo/przeciwprzeniesieniową, wsparcie farmakoterapii, psychoedukację, stabilizację rytmu snu i czuwania, trudności interpersonalne oraz redukcję zachowań destrukcyjnych.

Zarówno przytoczone przeglądy badań, jak i aktualne wytyczne APA w zakresie leczenia ChAD wskazują jednak, że kluczowymi czynnikami są intensywność psychoterapii [16], powiązanie jej z farmakoterapią [9] oraz dopasowanie interwencji do specyfiki ChAD [15] i oparcie jej na teoretycznym rozumieniu psychologicznych mechanizmów ChAD [12], a nie zastosowanie określonej modalności terapeutycznej.

Podejście psychodynamiczne w psychoterapii ChAD: wczesne koncepcje

Psychoanalitycy w minionych dziesięcioleciach usiłowali podejmować próby psychologicznego leczenia choroby dwubiegunowej (określanej w przeszłości mianem psychozy maniakalno-depresyjnej). Freud w niektórych pismach [23] zdawał się wskazywać na potencjalne możliwości leczenia tego zaburzenia, w innych [24] powątpiewał w możliwości leczenia psychoanalitycznego. Konceptualizował chorobę dwubiegunową w kontekście swojej teorii zaburzeń depresyjnych (melancholii). Depresję Freud postrzegał w kategoriach niezgody na utratę: ego, nie godząc się na stratę ukochanego obiektu, utożsamia się z nim, przejmując odpowiedzialność za

utratę i jednocześnie karcąc się za nią. Prowadzi to do wewnętrznego udręczenia, odpowiadającego za utratę energii w depresji [23]. We wczesnej teorii Freuda epizod manii oznaczał sytuację, w której emocjonalna energia, uwięziona dotychczas w melancholicznym cierpieniu, dzięki uznaniu faktu utraty obiektu staje się nagle dostępna ego. W późniejszych pismach Freud rozwinął alternatywną koncepcję stanu manii jako chwilowej ucieczki od ideału ego; pojęcie ideału ego, pochodzące z teorii strukturalnej, miałyby stanowić nieosiągalną, idealizowaną wersję siebie, której świadomość boleśnie rani nasz narcyzm [25]. Mimo wartości idei Freuda dotyczących depresji (melancholii), potwierdzanej wynikami współczesnych badań nad skutecznością terapii psychoanalitycznej w leczeniu depresji [26], jego konceptualizacje dotyczące manii nie przetrwały próby czasu, prawdopodobnie ze względu na ich niewielką użyteczność praktyczną; sam wgląd oparty na tych koncepcjach nie przynosi pacjentom cierpiącym na ChAD spodziewanej poprawy.

Równolegle do Freuda idee dotyczące psychozy maniakalno-depresyjnej rozwijał Abraham [27, 28]. Wedle jego propozycji w stanach manii ego odrzuca jarzmo superego przez zmieszanie się z nim. Wydaje się, że to ujęcie – po pozbyciu się nieco archaicznej nomenklatury teorii strukturalnej – ma większą użyteczność praktyczną: jeśli za przejaw „surowego superego” uznamy urojenia o treści samooskarżającej, występujące w głębokiej depresji i odpowiadające za psychotyczne formy tego zaburzenia, to można sądzić, że stan manii faktycznie jest pokrewny z owym „superego”, bowiem także opiera się na występowaniu urojeń, choć przyjmują one inną treść.

W historii psychoanalitycznych koncepcji rozumienia stanów maniakalnych istotne miejsce zajmują także idee Klein [29] oraz Segal [30]. Klein [29] odnosi się do stanów maniakalnych jako elementu swojej oryginalnej koncepcji przeżywania stanów depresyjnych. O stanie depresyjnym pisze, że jest to sytuacja, w której ukochanym dobrym obiektem zagraża coś z naszego wnętrza, przy czym doświadczamy bolesnej świadomości niemożności ochrony tego, co kochamy, przed naszą własną destrukcyjnością, to zaś prowadzi do uczucia ogromnego przygnębienia i rozpacz. Zdaniem Klein cierpienie i znoszenie owych uczuć może prowadzić ku reparacji i ustanowieniu bardziej zintegrowanego i bardziej bezpiecznego świata wewnętrznego. Porażka w zakresie mierzenia się z destrukcyjnością względem obiektu i jej przepracowywania ma poważne konsekwencje i stanowi podstawę rozumienia patologii maniakalnej, która polega na wszechmocnym zaprzeczeniu rzeczywistości, poczuciu kontroli oraz uczuciach triumfu i pogardy. Segal [30] podkreślała zwłaszcza wymiar kontroli wpisany w tzw. maniakalną reparację.

Współczesna wartość opisanych wyżej koncepcji psychoanalitycznych w psychoterapii ChAD wydaje się w najlepszym wypadku dyskusyjna. Z jednej strony – idee Freuda, zwłaszcza na temat depresji, oraz koncepcje rozwijane przez Klein i jej uczniów tworzą zwarty system teoretyczny, dający psychoterapeucie fundament do rozumienia psychologii pacjentów cierpiących na ChAD. Na tę zaletę teorii psychoanalitycznej w odniesieniu do ChAD uwagę zwrócili Solimano i Manfredi [31]. Koutsoukos i Angelopoulous [32] proponują wręcz, by nakreślić analogię między „hydrauliczną” metaforą Freuda a współczesną wiedzą psychiatryczną, podkreślając związki między „homeostatycznym modelem, wpisanym w psychodynamikę Freuda,

a większością teorii deficytu/nadmiaru neuroaminy oraz oscylacyjnego modelu wyolbrzymionych rytmów biologicznych” [s. 2]. Z drugiej strony – praktyka oparta na klasycznej technice psychoanalitycznej, czyli na osiąganiu wglądu wskutek interpretacji przeniesienia i uświadamianiu treści nieświadomych, nie przynosiła pożądaných rezultatów. Z perspektywy współczesnej wiedzy można zwrócić uwagę, że próby oparcia się na leczącym wpływie wglądu pacjenta we własne przeżycia były skazane na niepowodzenie w pracy z osobami cierpiącymi na zaburzenie, któremu z definicji towarzyszą potężne trudności w osiąganiu wglądu [33]. Fromm-Reichmann i wsp. [34, 35] w połowie minionego stulecia przyznali, że psychoanalityczna terapia, „ogólnie rzecz biorąc, nie jest skuteczna w pracy z pacjentami maniakalno-depresyjnymi” [34, s. 158]. Bardzo ograniczoną rolę wglądu w pracy z pacjentami cierpiącymi na ChAD pokazuje niniejszy krótki przykład:

Pan A, 40-latek, podjął psychoterapię w wymiarze 2 spotkań w tygodniu zgodnie z zaleceniem tuż po opuszczeniu szpitala psychiatrycznego, gdzie został przyjęty z rozpoznaniem epizodu manii. Psychoterapię pana A prowadzono w klasycznej konwencji psychoanalitycznej, z założeniem o podstawowej roli wglądu oraz interpretacji przeniesienia. Epizod maniakalny zbiegł się w czasie z powrotem pana A z kilkuletniego kontraktu zagranicznego oraz z trudnym rozwodem. Pan A na pierwszych konsultacjach opowiadał chętnie o domu, z którego pochodził, o poczuciu bycia niedocenianym przez rodziców, o utracie rodzicielskiej miłości oraz o uczuciu samotności i niskiej samoocenie, które towarzyszyły mu od zawsze. Następne spotkania poświęcił na drobiazgowo opisy sytuacji, które miały miejsce w trakcie jego kontraktu zagranicznego oraz na skargi na postawę byłej żony. Na wszelkie komentarze łączące jego stan psychiczny bądź z przeszłymi doświadczeniami z domu rodzinnego, bądź z obecną, trudną sytuacją życiową, pan A reagował obojętnością, podobnie jak na próby zwrócenia jego uwagi na relację przeniesieniową. Na sesjach terapeutycznych ograniczał się do powtarzania wciąż na nowo tych samych historii. Jego codzienne funkcjonowanie nieco się poprawiało, co z dużym prawdopodobieństwem wiązało się z regularnym przyjmowaniem leków; natomiast z perspektywy rozwoju rozumienia samego siebie czy wglądu we własne przeżycia terapia pacjenta na przestrzeni kilkunastu miesięcy poczyniła bardzo niewielkie postępy pomimo regularnego uczestniczenia pana A w spotkaniach.

Psychoanalityczna terapia stanów psychotycznych: nowe spojrzenie na ChAD

Na podstawie powyższych spostrzeżeń można byłoby uznać, że psychoanaliza nie ma do zaproponowania pacjentom cierpiącym na ChAD niczego poza spójną teorią pozwalającą rozumieć związki między przeżywaniem stanów depresyjnych i maniakalnych, nieprzekładalną jednak na praktykę terapeutyczną wskutek ograniczonej zdolności pacjenta do korzystania z wglądu. Taki wniosek pomijałby jednak wkład

psychoanalizy, zwłaszcza współczesnej, w rozumienie i terapię stanów psychotycznych, szczególnie w kontekście psychotycznego aspektu choroby dwubiegunowej. Goodwin i Jamison [36] przeprowadzili metaanalizę 33 badań, z której wynika, że 61% osób cierpiących na ChAD doświadcza w przebiegu choroby przeżyć psychotycznych. Są to zjawiska oczywiste i wyraziste w epizodach manii, ale występują także w stanach hipomanii oraz niektórych epizodach ciężkiej depresji.

Podkreślenie psychotycznego charakteru ChAD zwraca uwagę na obszar, w którym psychoanaliza może zaferować użyteczne narzędzia pomocy pacjentom. Perspektywy psychoanalizy i psychiatrii w leczeniu ChAD oddaliły się od siebie na początku XX stulecia wskutek rozbieżności poglądów Krapelina i Freuda na genezę zaburzeń psychicznych: Freud [25] podkreślał rolę wyparcia potrzeb (tj. dynamicznej nieświadomości), natomiast Kraepelin [37] – rolę biologii. Współcześni przedstawiciele podejścia psychoanalitycznego podejmują wysiłki, by pomagać pacjentom, uwzględniając współistnienie biologicznie uwarunkowanych stanów psychotycznych, opierających się wpływowi wglądu, oraz stanów niepsychotycznych, pozwalających na bardziej tradycyjną pracę psychoterapeutyczną w konwencji psychodynamicznej. Takie ujęcie pozwala włączyć terapie psychodynamiczne do puli pomocnych interwencji psychologicznych, użytecznych w połączeniu z farmakoterapią. Poniżej przedstawiono kilka współczesnych koncepcji psychoanalitycznych, opracowanych przez psychoanalitycznie zorientowanych psychiatrów na podstawie wieloletniej pracy z pacjentami psychotycznymi, w tym także cierpiącymi na ChAD.

Brytyjski psychiatra i psychoanalityk Lucas [38], opierając się na swoim wieloletnim doświadczeniu w pracy z pacjentami psychotycznymi w warunkach szpitalnych, przedstawia koncepcję rozumienia stanów psychotycznych, która ma początek w ideach Biona [39]. Bion uważał, że umysł osoby psychotycznej dzieli się na niepsychotyczną i psychotyczną część, przy czym część niepsychotyczna związana jest z rzeczywistością (m.in. z tolerowaniem frustracji), natomiast część psychotyczna unika rzeczywistości, posługując się zaprzeczeniami i racjonalizacjami (podtrzymującymi system urojeń). Z powodu owych mechanizmów psychotyczna część osobowości nie zmienia się pod wpływem wglądu, aktywnie niszcząc i atakując znaczenie psychologiczne i zastępując je działaniem. Na tym tle Lucas [40] proponuje praktyczne rozumienie psychodynamiki choroby dwubiegunowej, podkreślając psychotyczny charakter tego zaburzenia. Jego zdaniem w fazie depresyjnej dochodzi do pogrążenia się pacjenta w urojeniu o utracie idealnego obiektu oraz, w konsekwencji, do dręczenia się wyrzutami za utratę tegoż. W fazach maniakałnych następuje natomiast ucieczka w urojenie o byciu idealnym obiektem lub posiadaniu go, uwalniająca pacjenta od dręczącej samokrytyki. Załamanie się fazy maniakałnej, nieuniknione i wynikające z oczywistych ograniczeń wpisanych w materialną rzeczywistość, stanowi zatem kolejną utratę idealnego obiektu i prowadzi do kolejnej fazy depresyjnej. Przykład takiej sekwencji zilustrować może krótki opis sytuacji pacjentki B:

Pani B, 20-latka, podjęła konsultację w celu rozpoczęcia terapii jeszcze w trakcie pobytu na oddziale psychiatrycznym, korzystając z przepustek. W pierwszym kontakcie pacjentka sprawiała na terapii wrażenie osoby dość pomieszanej, ale też autentycznie zaniepokojonej swoim

stanem i szukającej pomocy. Hospitalizacja stanowiła finał czwartej z rzędu ucieczki z domu (na przestrzeni ostatnich kilku miesięcy). Podczas owych „ucieczek” eskalowały też niebezpieczne zachowania – podczas ostatniego, kilkutygodniowego wyjazdu pacjentka uprawiała seks bez zabezpieczenia z wieloma partnerami, mieszkała u mężczyzny ze świata przestępczego, następnie zaś w towarzystwie innego mężczyzny przeniosła się do opuszczonego budynku; gdy poczuła się zagrożona, zaczęła uciekać z owego pustostanu i złamała stopę. Wówczas zdecydowała się skontaktować z rodziną i zwrócić po pomoc; zgodziła się też na stacjonarną hospitalizację w szpitalu psychiatrycznym, gdzie rozpoznano u niej epizod manii w przebiegu ChAD. Podczas konsultacji pani B mocno skarżyła się na nadmierną kontrolę ze strony rodziców. Twierdziła, że od zawsze czuła się pusta, głupia i nieinteresująca. Mówiła, że nie ma w niej niczego ciekawego i że nigdy nic nie osiągnie ze względu na swoje lenistwo, cwaniactwo i brak chęci do angażowania się. Dodawała, że obecnie bardzo niepokoi ją własna impulsywność (zwłaszcza podczas ucieczek) oraz poczucie bezwartościowości i pustki.

W tym krótkim przykładzie odnaleźć można wszystkie wskazane przez Lucasa elementy: dręczącą samokrytykę o urojeniowym nasileniu (pewność pacjentki, że nic nie osiągnie i przeświadczenie o własnej bezgranicznej głupocie, pomimo różnych faktycznych osiągnięć, na przykład ukończenia szkoły średniej i rozpoczęcia studiów); maniakalne ucieczki w urojenie o byciu całkowicie samowystarczalną; załamanie się fazy maniakalnej wskutek naporu rzeczywistości (złamanie kości stopy); utrata wielkościowych urojeń i powrót do fazy depresyjnej.

Lucas podkreśla jednak, że sam wgląd w tę dynamikę w większości wypadków nie wystarcza, by ją powstrzymać: „Wybuchowy proces [...] charakteryzuje się swoim własnym impetem i trwa, dopóki cała zaległa złość nie zostanie wypluta [...]. Gdy ten proces się zacznie – nie można go powstrzymać [...]. Do zakończenia każdego kolejnego cyklu nie trzeba żadnych ważnych wydarzeń w świecie zewnętrznym [...]. Poważne zaburzenia psychotyczne – jak na przykład choroba afektywna dwubiegunowa – dysponują wewnętrzną autonomią, jak powtarzające się erupcje wulkanu. Terapeuta musi zaakceptować, że mimo jego zaangażowania i oddania wobec pracy analitycznej prawdopodobnie zdarzać się będą kolejne załamania i hospitalizacje” [40, s. 207]. Lucas postuluje potrzebę dostrojenia się do odpowiedniej „fali”, by rozumieć komunikaty psychotycznej części osobowości i wzmacniać niepsychotyczną część w okresach, w których można z nią pracować. Podkreśla też, że psychoanalityczni terapeuci zbyt rzadko myślą o depresji jako o zaburzeniu psychotycznym – praca z pacjentami z chorobami dwubiegunowymi pokazuje, że depresyjne fazy nastroju pacjentów nie stanowią reakcji na wydarzenia zewnętrzne, lecz są konsekwencją wycofania się i zanurzenia w urojeniowym świecie fantazji [40].

Evans [41], nawiązując do prac Lucasa, zaznacza, że nawet w wypadku poważnych problemów psychotycznych część niepsychotyczna musi mierzyć się ze zwykłymi

problemami wpisanymi w rzeczywistość. Ta istotna uwaga wskazuje kierunek pracy psychologicznej z problemami psychotycznymi: wspieranie części niepsychotycznej w sprawniejszym funkcjonowaniu i orientowaniu się w rzeczywistości pomimo niszczącego wpływu części psychotycznej.

Lombardi [42], włoski psychiatra i psychoanalityk, postuluje istotne zmiany w technice pracy w psychoterapii stanów psychotycznych, związane z rozumieniem psychologicznego obrazu psychozy opartym na koncepcjach Biona i Matte Blanco. Podkreśla, że stany psychotyczne wiążą się z napływem niewypartych treści nieświadomych, tj. surowej emocjonalności, nieobleczonej w myśl i niepoddanej poznawczemu opracowaniu. Z tego powodu Lombardi wskazuje, by w pracy ze stanami psychotycznymi na drugi plan przesunąć interwencje opierające się na wglądzie, jak na przykład interpretacje przeniesienia i rekonstruowanie przeszłości. Proponuje natomiast, by skoncentrować się głównie na wspieraniu kontaktu pacjenta z rzeczywistością: umiejętności przeżywania i rozpoznawania własnych emocji oraz wzmacnianiu połączeń między ciałem a umysłem.

W uproszczeniu proponowana przez Lombardiego metoda pracy z trudnymi pacjentami polega na wspieraniu myślenia o czuciu doznań, przy zachowaniu dynamicznej oscylacji między myśleniem a czuciem. Lombardi pisze: „Skupienie na przeżyciach wewnętrznych pomaga pacjentowi rozwijać umiejętności tworzenia reprezentacji zmysłowego poruszenia oraz odróżniania uczuć od siebie, co pomaga mu oddzielić się od niezróżnicowanego, wewnętrznego chaosu. Pracy analitycznej w tym obszarze towarzyszy badanie wewnętrznej struktury oraz nieświadomych teorii wpływających na kształt relacji ciało–umysł” [43, s. 884]. Skoro zakłóceniu uległ przepływ przeżyć na osi ciało–umysł, Lombardi proponuje, by skoncentrować się właśnie na tej pionowej relacji, zamiast na poziomej osi pacjent–analityk (dlatego sugeruje ograniczenie roli interpretacji przeniesienia). Jeśli źródłem poczucia chaosu, przytłoczenia i zagubienia są nie tyle pomieszczone przez umysł treści (tj. dynamiczna nieświadomość obejmująca treści wyparte, na które można oddziaływać za pomocą wglądu), ile raczej niemożność ich pomieszczenia – to praca powinna skupić się na odbudowie aspektu pomieszczającego (czyli, w dużym uproszczeniu, na wspieraniu myślenia o uczuciach). Poniżej przedstawiono przykład psychodynamicznej pracy terapeutycznej opartej na zaleceniach Lombardiego:

16-letni C został zgłoszony do terapii przez matkę, gdy przebywał na oddziale stacjonarnym szpitala psychiatrycznego. Przyjęto go na oddział w stanie ostrej manii. Podczas epizodu C nawiązywał coraz bardziej chaotyczne nowe relacje, w tym seksualne, oraz stawał się coraz bardziej drażliwy i agresywny. Nadużywał także alkoholu i narkotyków. Kulminacją epizodu była sytuacja, w której owładnięty prześladowczymi urojeniami usiłował podczas konfliktu postrzelić kuzyna z kuszy myśliwskiej. Po trzymiesięcznej hospitalizacji terapeuta przeprowadził z C jedynie kilka konsultacji, podczas których udało się ustalić, że C faktycznie czuje, iż potrzebuje pomocy – ale już w trakcie spotkań ogarniał go pikujący w dół nastrój depresyjny. Skarżył się, że powrót do szkoły wywołuje w nim uczucie nieznośnego upokorzenia.

Po trzech konsultacjach okazało się, że niezbędna jest kolejna hospitalizacja, tym razem ze względu na ciężki epizod depresyjny. Terapeuta ustalił jednak z matką, że będzie mógł rozpocząć terapię C tuż po jego wyjściu ze szpitala.

W międzyczasie udało się zebrać informacje dotyczące tła choroby C. Ojciec pacjenta także chorował na ChAD, jego rodzice rozwiedli się kilka lat wcześniej w atmosferze konfliktu i prowadzili zacieklą batalię sądową o pokaźny majątek. Starsza siostra C również chorowała na ChAD. Pierwszy epizod manii wystąpił u pacjenta rok przed opisywanymi konsultacjami, wówczas C usiłował korzystać z leczenia zarówno ambulatoryjnie, jak i na oddziale dziennym. Jednak psychoterapia prowadzona w owych miejscach w tradycyjnej konwencji psychodynamicznej nie przynosiła rezultatów. C nie nawiązał kontaktu z terapeutkami, które jego zdaniem „więcej milczały, niż mówiły”, twierdził, że nie rozumiał ich psychologicznych teorii, a w trakcie leczenia na oddziale dziennym rozpoczął się jego drugi, opisany już pokrótce, epizod manii. Przed wybuchem choroby C uczył się dobrze, był popularną w szkole osobą, prowadził aktywne życie towarzyskie.

W pierwszym okresie terapii C podejmował zachowania autoagresywne – ciął się żyłką. Terapeuta próbował w bardzo prosty sposób pokazać C to zachowanie jako wyraz jego złości, którą trudno było jemu samemu i jego rodzinie rozpoznawać, bo od razu kojarzyła się z objawami choroby. Dzięki rozmowom prowadzonym w takim duchu C udało się zrezygnować z zachowań bezpośrednio autodestrukcyjnych; ta pierwsza interwencja stanowiła też przykład postawy terapeutycznej przyjętej przez terapeutę w pracy z C – terapeuta koncentrował się przede wszystkim na zaznajamianiu pacjenta z jego własnymi uczuciami, w których naporze często się gubił po niszczących epizodach choroby. Terapeuta celowo nie wprowadzał interpretacji przeniesieniowych i starał się utrzymywać aktywną postawę w rozmowie, pamiętając o losie poprzednich psychoterapii C. Stopniowo rozwijała się współpraca oparta na zaufaniu pacjenta, że terapeuta faktycznie chce mu pomóc w jego własnych celach: osiągnięciu niezależności i poczucia kompetencji sprzed choroby. Było to o tyle trudne, że postawa rodziny – bez wątplenia wspierająca i troskliwa w obliczu chaotycznych zachowań C – była przez pacjenta postrzegana głównie jako próby upokarzania i kontrolowania go. Trzy podstawowe problemy w terapii C dotyczyły rozumienia impulsów, pogłębiającej się izolacji oraz nadużywania substancji odurzających. Naturalne dla okresu adolescencji agresywne i seksualne impulsy C stały się w jego przeżyciu czymś związanym z chorobą, tak że bał się używać ich w jakiegokolwiek mierze – albo czuł, że może ich używać jedynie nadmiarowo. Wiązało się to z wycofaniem C z wszystkich relacji

społecznych z wyjątkiem znajomości z kilkoma kolegami z osiedla, z którymi kontakt ograniczał się do picia piwa i brania narkotyków. Nadużywanie substancji stało się szybko dla C problemem – nie tyle ze względu na ryzyko uzależnienia, ale też dlatego, że stan po zażyciu substancji zastąpił mu wszelkie żywe doznania.

Terapia C trwa lekko ponad rok. Udaje się uniknąć kolejnych hospitalizacji, choć problemy pacjenta są poważne. Niemożność funkcjonowania w szkole doprowadziła do przeplatających się okresów nauczania indywidualnego i prób powrotu do nauczania szkolnego. C ze zmiennym szczęściem stara się rozumieć swoje impulsy i emocje: w lepszych okresach podejmuje konstruktywne próby np. wchodzenia w relacje seksualne, ale w gorszych dniach reaguje na te zachowania np. rozwijaniem hipochondrycznych lęków przed chorobami wenerycznymi; podobnie na próby korzystania z agresji na rzecz większej samodzielności w codziennym funkcjonowaniu często reaguje po jakimś czasie rezygnacją i uległym podporządkowaniem matce. Od czasu do czasu zdarza mu się szukać ożywienia w substancjach odurzających, co przynosi skutki odwrotne do pożądanых: pogłębia izolację i apatię. Jednak dzięki psychoterapii C utrzymuje względnie stały rytm funkcjonowania, przestał sam „ordynować sobie” farmakoterapię (wcześniej uznawał, że podawanie leków, zwłaszcza stabilizujących nastroj, jest kontrolującym, wrogim działaniem matki) oraz wyraźnie ograniczył stosowanie używek. Obecnie głównym punktem psychoterapii są próby wsparcia pacjenta w ożywieniu jego relacji interpersonalnych – zarówno przez omawianie emocji towarzyszących budowaniu kontaktu z innymi ludźmi podczas psychoterapii, jak i za pomocą włączonej z inicjatywy terapeuty równoległej pracy poznawczo-behawioralnej trenerki funkcjonowania społecznego. Istotnym wymiarem pracy są także próby wspierania kontaktu pacjenta z jego własnym ciałem jako podstawowym obszarem kontaktu z rzeczywistością: zarówno w wymiarze dbania o siebie (pozbycie się nadwagi, higiena), jak i w swobodniejszym czuciu się w seksualnie sprawnym ciele. Klasyczne interpretacje przeniesieniowe czy próby rekonstrukcyjnego wyjaśnienia przeżyć C są w tej terapii przesunięte na dużo odleglejszy plan.

De Masi [44], psychiatra i psychoanalityk, w książce poświęconej psychoterapii psychoz proponuje, by rozróżnić dwa rodzaje nieświadomego. Pierwszy rodzaj to dynamiczna nieświadomość, złożona z treści, które właściwie można byłoby określić jako przedświadome, stosunkowo bliskie świadomości, bowiem zostały z niej wyparte wskutek konfliktu z innymi treściami. Ten rodzaj nieświadomości stanowi główny obszar pracy w klasycznej technice psychoanalitycznej, odkrytej i opisananej przez Freuda [25]. Obok dynamicznego nieświadomego De Masi wyróżnia nieświadomość, którą nazywa nieświadomością emocjonalno-receptywną: treści, z których nie zdajemy sobie

sprawy (wśród autorów kierujących współczesną psychoanalizę na to zjawisko wyróżnia Biona [39]). De Masi zaburzenia psychotyczne łączy z uszkodzeniami funkcji nieświadomości emocjonalno-receptywnej, dlatego zaleca, by w pracy ze stanami psychotycznymi rekonstrukcję przeszłości i interpretacje przeniesienia (czyli techniki właściwe dla pracy z nieświadomością dynamiczną) uzupełnić aktywnym przeciwdziałaniem wycofaniu pacjentów z rzeczywistości oraz odkrywaniem emocjonalnych przekształceń w psychozie, prowadzących do patologicznych psychotycznych konstrukcji. De Masi szczególnie silnie podkreśla rolę wycofania pacjentów w głąb własnego umysłu, w świat urojeń, uważając, że ten proces stanowi „rdzeń, wokół którego obraca się terapia psychoz” [44, s. 227]. Mówi o tym, że osoby cierpiące na zaburzenia psychotyczne od dzieciństwa cechują się skłonnością do wycofywania się w świat fantazji, co odbiera im możliwość uczenia się w oparciu o doświadczenie emocjonalne i prowadzi do rozwoju psychotycznego obszaru osobowości. Stan psychotycznego wycofania uzależnia, dając uczucie wszechmocy i utrwalając fałszywe przekonanie o możliwości kształtowania świata wewnętrznego wedle swoich pragnień i potrzeb. W przebiegu chorób dwubiegunowych zarówno fazy głębokiej depresji, jak i okresy manii opierają się na wycofaniu w fantazje: w okresach depresji fantazje obracają się wokół zmagania z wszechmocnym, surowym, karcącym obiektem, a w okresach manii pacjent wycofuje się w fantazje, w których sam identyfikuje się z obiektem dającym poczucie pewności, wszechwiedzy, wszechmocy i pełnej kontroli.

Kolejny krótki przykład ilustruje rolę wycofania jako jednego z mechanizmów zasilających psychotyczny obszar umysłu.

Pan D zgłosił się do terapii, mając 31 lat, bezpośrednio po rozstaniu z dziewczyną. Silne leki przeciwdepresyjne, które od lat przyjmował, przestały mu pomagać. Zastanawiał się nad hospitalizacją, ostatecznie postanowił rozpocząć psychoterapię. W przebiegu psychoterapii analitycznej, która trwała 9 lat w wymiarze 2 spotkań w tygodniu i zakończyła się trwałą remisją objawów depresyjnych i maniakalnych oraz istotną zmianą w zakresie zadań życiowych (praca, związek intymny, mieszkanie), pan D doświadczył epizodu hipomanii oraz bardzo krótkiej hospitalizacji, podczas której rozpoznano u niego ChAD i dotychczasową farmakoterapię opartą na lekach przeciwdepresyjnych zastąpiono monoterapią litem. Pan D od dzieciństwa spędzał dużo czasu w samotności, pochłaniając książki i marząc o ciekawych przygodach. Rodziców wspomina jako osoby bardzo sztywne i kontrolujące. Czuł, że nie interesowali się nigdy jego myślami, skupiali się jedynie na tym, by spełniał ich oczekiwania. Przeżywał ich jako „dwugłowego smoka”, przy czym matka była „głową obserwującą”, ojciec zaś – „głową ziejącą ogniem”. Ojciec bił pana D za nieposłuszeństwo. W okresie nastoletnim kilka razy zdarzyło się, że uderzył syna pięścią w twarz. Pan D po scenach przemocy najczęściej patrzył w okno i wyobrażał sobie, że nie istnieje. Konflikty pana D z rodzicami zwykle dotyczyły nauki: rodzice

uważali, że pan D „rozprasza się” pozaszkolnymi zainteresowaniami i naciskali, by koncentrował się wyłącznie na nauce, choć zawsze miał dobre oceny. W szkole średniej pan D czuł się coraz bardziej rozbity i bezradny; zgłosił się wówczas do psychiatry. Z rozpoznaniem głębokiej depresji skorzystał z pierwszej z kilku hospitalizacji, jednak krótkotrwała poprawa jego stanu psychicznego szybko ustąpiła. Rok później, obawiając się kolejnego konfliktu z ojcem, pan D podjął próbę samobójczą. Kolejny raz trafił do szpitala i ponownie doznał jedynie krótkotrwałej poprawy. Paraliżujące przygnębienie dręczyło go w kolejnych latach. Pan D trzykrotnie podejmował próby studiowania. Dwa pierwsze kierunki studiów wybrał pod naciskiem rodziców, trzeci już na własną rękę – ale za każdym razem już na pierwszym semestrze przerywał studia. Nie mógł się uczyć, bo paraliżował go lęk przed egzaminami, i jednocześnie ukrywał swoje niepowodzenie przed rodziną, absorbując się różnymi abstrakcyjnymi i technicznymi zagadnieniami niezwiązanymi z kierunkiem studiów. Pomimo chronicznej depresji pan D samodzielnie opanował umiejętności programistyczne, co pozwoliło mu podjąć pracę zawodową i utrzymać się. Jak mówił, wyprowadzka z domu była jedynym jego życiowym sukcesem. Poczul ogromną ulgę, gdy wyrwał się z jaskini dwugłowego smoka, ale nie umiał niczego na tym sukcesie zbudować. Po pracy spędzał dni przed komputerem, bezmyślnie przeglądając Wikipedię. Próbował związków z kobietami, ale za każdym razem czuł, że nie spełnia wymagań partnerek i coraz bardziej się męczył. Partnerki zniechęcone jego biernością odchodziły. Na jednym z pierwszych spotkań pan D stwierdził, że jego życie układa się według „Zasady trzech A” – apatii, abnegacji, alienacji.

Aktualizacja techniki pracy w psychodynamicznej terapii ChAD

Na podstawie prac wymienionych autorów, a także w odwołaniu do cytowanych w pierwszej części artykułu wyników badań, można zaproponować zaktualizowaną wersję psychodynamicznej techniki pracy, uwzględniającą psychotyczny obszar osobowości w funkcjonowaniu pacjentów cierpiących na ChAD. Do najważniejszych wskazań technicznych zaliczyć można: kluczową rolę wspierania kontaktu z rzeczywistością emocjonalną i zewnętrzną; wzmacnianie niepsychotycznego obszaru umysłu przez budowanie świadomości własnych uczuć, pragnień i potrzeb, z uwzględnieniem roli ciała; zaznajamianie się z psychotycznym obszarem umysłu i jego sposobami działania; ostrożne i ograniczone korzystanie z interpretacji rekonstrukcyjnych i interpretacji przeniesieniowych; zaangażowaną i aktywną postawę terapeuty; postawę pokory i akceptacji wobec wewnętrznej autonomii zaburzeń. Rozumienie dynamiki zmiany faz może służyć terapii, ale nie należy oczekiwać, że wgląd w tę dynamikę uzdrowi pacjenta. Ważnymi wątkami w psychoterapii pacjentów cierpiących na ChAD będą rozwiązywanie trudności interpersonalnych oraz redukcja zachowań destrukcyjnych,

wsparcie farmakoterapii, elementy psychoedukacji, stabilizacja dziennych rytmów snu i aktywności. Wspieranie lepszego kontaktu pacjenta z rzeczywistością zewnętrzną polega także na podkreślaniu progresywnych, konstruktywnych, samodzielnych zachowań pacjenta i rozwijaniu jego niezależności [42]. Warto przy tym zaznaczyć, że progresywny i podtrzymujący charakter pracy nie oznacza powierzchowności czy małej intensywności. Wymienieni współcześni autorzy oraz inni psychoanalitycznie zorientowani psychiatry [38, 40–45] wskazują na konieczność współpracy między poszczególnymi specjalistami (psychiatrami, psychoterapeutami, pracownikami socjalnymi) oraz włączania rodziny pacjenta w proces leczenia.

Wydaje się, że psychoterapia psychodynamiczna czy psychoanalityczna przekształcona wedle tych wytycznych przybliżyła się w kilku punktach do wspomnianej w pierwszej części niniejszej pracy terapii interpersonalnej (oraz terapii interpersonalnej/rytmów społecznych): owe obszary podobieństw to przede wszystkim drugoplanowa rola interpretacji przeniesieniowych, koncentracja na wątkach interpersonalnych, aktywniejsza rola psychoterapeuty oraz uwzględnienie stabilizującej roli dobrego osadzenia w zewnętrznej rzeczywistości. Terapia interpersonalna jest jednak podejściem z założenia wysoce strukturalizowanym i ograniczonym w czasie, natomiast przedstawione wskazania dotyczące techniki pracy znajdują zastosowanie także w bardziej elastycznej oraz długoterminowej psychoterapii psychodynamicznej/psychoanalitycznej.

Poniżej przedstawiono dłuższy i bardziej szczegółowy przykład pracy, w której zaktualizowanie techniki pracy przyczyniło się do istotnej poprawy funkcjonowania pacjentki, u której ostre stany maniakalne w przebiegu ChAD groziły całkowitym załamaniem życia społecznego i zawodowego.

Pani E rozpoczęła terapię, mając 23 lata. W ostatnim roku doświadczyła kilku epizodów manii, w których zmieniała miejsce zamieszkania i była wielokrotnie hospitalizowana. Podjęcie psychoterapii było jednym z warunków, jakie postawili jej rodzice, przyjmując ją na nowo pod swój dach. Pani E nie była jawnie przeciwna temu pomysłowi, przyjęła go z obojętnością, choć wyrażała poważne wątpliwości co do tego, czy terapia może jej pomóc. Była jednak autentycznie wystraszona tym, co działo się w jej życiu w ostatnich latach.

Zewnętrzny wygląd pacjentki wprost wyrażał jej wycofanie i pomieszenie. Wyglądała, jakby narzuciła na siebie całkowicie losowo wybrane elementy garderoby, niedopasowane ani stylistycznie, ani kolorystycznie. Pani E układała ręce i nogi tak sztywno, że przypominała manekin i sprawiała wrażenie, jakby była gdzieś poza swoim ciałem. Pacjentka wypowiadała się spójnie i z pewną elokwencją, ale w sposób całkowicie pozbawiony spontaniczności. Odpowiadała na zadane pytania, a poproszona o rozwinięcie myśli – dokładała kolejne zdania, ale robiła to machinalnie i automatycznie, jakby odtwarzała nagrane wcześniej wypowiedzi.

Pani E do niedawna studiowała w innym mieście, pracowała i mieszkała z narzeczonym w wynajętym mieszkaniu. Po nagłej

klótni kazała narzeczonemu wynosić się z mieszkania i kilka godzin później nawiązała romans z przypadkowo poznanym obcokrajowcem. Postanowiła z nim zamieszkać, ale gdy na chwilę zostawił ją samą, poznała innego mężczyznę i uznała, że to jednak z nim powinna się związać. Pani E nie była pewna faktów, ale pamięta, że kilka dni później przyjechali do niej rodzice, zaalarmowani przez zaniepokojonego porzuconego narzeczonego. Przerażeni stanem córki natychmiast zawieźli ją do szpitala. To zdarzenie było pierwszym z 6 kolejnych epizodów manii, przeplatanych krótkimi hospitalizacjami. Pani E przerwała studia, straciła pracę, zaczęła jeździć do mężczyzn mieszkających w różnych częściach Polski. Jeden z nich okazał się gangsterem, kolejny okradł ją z pokaźnych kwot, ostatni zaś pobił i zgwałcił. Epizody manii we wspomnieniach pani E stanowiły zlepek pomieszanych faktów, które zwykle kończyły się interwencją rodziców, zdolnych odnaleźć córkę i wbrew jej sprzeciwom umieścić ją w szpitalu. Ostatnia hospitalizacja odbyła się jednak na życzenie pacjentki, która po gwałcie i pobiciu poczuła się skrajnie zagrożona i sama zgłosiła się do szpitala. Rodzice zgodzili się, by po wypisie zamieszkała w domu rodzinnym, gdzie miała wydobrzeć na tyle, by móc wrócić na studia.

Wspomnienia pani E z dzieciństwa koncentrowały się wokół poczucia silnej kontroli i nadopiekuńczości rodziców. Pani E jako dziecko miała wrażenie, że jej rodzice chcą wiedzieć wszystko o jej sprawach – czuła, że robią to z troski, jednak była to sytuacja bardzo dla niej niewygodna. Lubiła oddawać się marzeniom, do których rodzice nie mieli dostępu. Zdarzało się, że były to dosyć nietypowe marzenia: jako dziewczynka pragnęła zamieszkać w szpitalu psychiatrycznym, gdzie przebywa wielu ciekawych ludzi. Gdy zaczęła dojrzewać, zaczęła aktywniej szukać sposobu na wyzwolenie się spod kontroli rodziców. Zaczęła spędzać dużo czasu poza domem i brać narkotyki; rodzice nasilili nadzór nad panią E, która niebawem doznała pierwszego epizodu manii. Po półrocznej hospitalizacji, którą wspominała bardzo źle, podporządkowała się oczekiwaniom rodziców. Ukończyła szkołę średnią, wyjechała na studia, dobrze się uczyła, dzwoniła do rodziców – aż do opisanego wyżej ponownego wybuchu choroby.

Pierwszy okres terapii pani E był trudnym doświadczeniem. Pacjentka, zachęcona przez terapeutę, mówiła co nieco o tym, co „przychodziło jej do głowy” – przy czym w większości były to suche relacje z tego, co się wydarzyło między sesjami. Wypowiadała się w sposób, który wydawał się całkowicie ogołocony z jakichkolwiek emocji. Terapeuta zwykle nie potrafił odnieść się do tych treści, gdyż do głowy przychodziły mu jedynie myśli równie powierzchowne jak opowieści pacjentki. Czasem terapeuta starał się zaproponować jakiś komentarz, zwykle jednak miał wrażenie, że jego interpretacje są bardzo sztuczne i niezgrabne.

Pierwszy okres pracy z panią E, realizowany głównie według klasycznej techniki i opierający się na próbach formułowania wglądu oraz na interpretacjach przeniesienia, spotkał się z opisanymi wyżej ograniczeniami. O ile sama regularność pracy terapeutycznej i życzliwa, skupiona na pacjentce relacja mogły stanowić niespecyficzny czynnik wspierający, o tyle próby uświadamiania pacjentce wypartej dynamiki psychicznej oraz zwracania uwagi na wzorce ożywające w przeniesieniu okazywały się jałowe.

Po pół roku terapii pani E zaczęła się pogrążyć w ciężkiej depresji. Z jednej strony dodatkowo utrudniło to kontakt terapeutyczny, bo pacjentka ledwo miała siłę cokolwiek mówić, z drugiej strony – w jej wypowiedziach zaczęły się pojawiać pierwsze emocjonalne treści, choć dotyczyły bardzo bolesnych uczuć. Pani E z rozpaczą przyglądała się temu, w jak wielkiej ruinie znajdowało się jej życie. Była pewna, że nie będzie w stanie wrócić na studia, bała się wychodzić z domu, wyobrażała sobie, że spędzi resztę życia w domu rodziców, na rencie z tytułu choroby psychicznej. Terapeuta starał się wspierać ją w tym trudnym okresie, podkreślając i doceniając jej najdrobniejsze sukcesy, ale nie uciekając od żałoby nad ogromnymi utratami.

Pani E powoli zaczęła wychodzić z depresyjnego stanu. Coraz więcej mówiła o rodzicach: o tym, że bardzo ją tłamszą, że narzucone przez nich reguły odbierają jej jakąkolwiek autonomię, że traktują ją jak małe dziecko, że jest przez nich uciskana. Mając nieco więcej energii, podjęła studia w systemie zaocznym i pracę kelnerki w bardzo ograniczonym wymiarze godzin. Niemal natychmiast zaczęła myśleć o wyprowadzce do innego miasta. Podziękowała za uzyskaną pomoc, uprzejmie stwierdziła, że terapeuta bardzo pomógł jej uporać się z depresją i zapowiedziała, że już niebawem będzie musiała przerwać terapię wskutek wyjazdu. Nadal jednak przychodziła na sesje. Próby interpretowania potrzeby ucieczki od tłamszącego, ograniczającego terapeuty zbywała gniewnymi prychnięciami, wyraźnie poirytowana. Niebawem myśli i zachowania pani E rozpedziły się jak pociąg. Po sesji, na której w bardzo pozrywany sposób opowiadała o swoich niespójnych planach wyjazdu, udziału w festiwalach muzycznych i zarobienia dużych pieniędzy, terapeuta wspólnie z zaniepokojonymi stanem pacjentki rodzicami przekonali pacjentkę do krótkiej hospitalizacji. Pani E powróciła do psychoterapii złamana i przygnębiona. Marzenia o samodzielności pękły jak bańka mydlana, wzięła urlop zdrowotny na kolejny semestr, zwolniła się z pracy. Znów mierzyła się z ogromem zniszczeń.

Taki schemat powtórzył się kilka razy w kolejnych miesiącach. Okresy przygniatającej depresji, kiedy pani E żmudnie próbowała wykonywać drobne kroki w kierunku odbudowy ważnych dla siebie spraw, przeplatały się z chwilami lepszego nastroju, które szybko zamieniały

się w wybuchową mieszankę buntu, złości i chęci ucieczki. W epizodach manii bądź hipomanii zwykle dochodziło do różnych spektakularnych wydarzeń: pewnego razu pani E spędziła noc na komisariacie, gdy policja przyłapała ją na paleniu marihuany, przy innej okazji zaczęła się angażować w wyłącznie seksualny romans z całkowicie nieznanym sobie mężczyzną. Dzięki ścisłej współpracy z lekarzem i rodziną pani E epizody zawsze spotykały się z odpowiedzią farmakologiczną.

W drugim roku terapii, tuż przed letnim urlopem terapeuty, pani E nagle, w bardzo nietypowy dla siebie sposób, powiedziała, że boi się przerwy. Pytała, czy terapeuta będzie dostępny, gdyby doświadczyła jakiegoś kryzysu. Na tle dotychczasowej, sztywnej i obojętnej relacji było to dość zaskakujące. Terapeuta powiedział pani E, że w wypadku kryzysu będzie dostępny pod telefonem, a jeśli zajdzie taka potrzeba, dopuszcza możliwość awaryjnego spotkania mimo urlopu; dodał jednak, że sądzi, iż poradzi sobie sama. Przyjęła tę propozycję z wdzięcznością, choć z niej nie skorzystała. Po przerwie relacja terapeutyczna nabrała nowego wymiaru – pani E podkreślała, jak ważna była dla niej postawa terapeuty. Tłumaczyła, że przez wiele miesięcy nie chciała o niczym mówić, bo nie ufała terapeucie: była pewna, że został wynajęty przez jej rodziców po to, by ją kontrolować, a jednocześnie musiała się z nim spotykać, bo bez tego nie miałyby gdzie mieszkać. Jednak z biegiem czasu zauważyła, że terapeuta przyjmuje jej wolnościowe zrywy ze spokojem, nie starając się ich jej wyperswadować, a jedynie próbując ją zrozumieć i proponując komentarz. Najważniejsze jednak było dla niej to, że mimo kolejnych epizodów choroby miała poczucie, że terapeuta nie traci nadziei na to, że może się jej udać powrócić na studia i rozpocząć dorosłe życie. Była przeświadczona, że wszyscy inni dawno już przestali w to wierzyć; sama również miała co do tego potężne wątpliwości. Była pewna, że terapeuta traktuje urlop jako czas, kiedy z ulgą odetchnie od jej beznadziejnej sytuacji, dlatego tak duże znaczenie miała dla niej jego gotowość do ewentualnego awaryjnego spotkania.

Można odnieść wrażenie, że pomocne w terapii pani E okazało się przyjęcie postawy, w której terapeuta zrezygnował z przeniesieniowych interpretacji uczucia zależności i lęków separacyjnych, natomiast zaakcentował raczej zaufanie i wiarę w niezależność i samodzielność pacjentki, wprowadzając możliwość „awaryjnego” spotkania, ale jednocześnie wyrażając nadzieję, że pani E ma potencjalne zasoby, by radzić sobie z własnymi emocjami w okresie przerwy w terapii. Był to zatem już wyraźny zwrot w stronę nieco innej techniki pracy, podkreślającej progresywne elementy i wzmacniającej niepsychotyczną część osobowości w zmaganiach z częścią psychotyczną.

Od tego momentu stan pani E powoli, ale względnie stabilnie się poprawiał. W trzecim roku terapii zaczęła nawiązywać pierwsze od

powrotu do rodzinnego miasta szczere relacje z ludźmi (zaczęła od odświeżenia kontaktu z przyjaciółką z dzieciństwa), niebawem weszła w stały związek. W owym czasie mimo kłopotów kończyła już studia, ale jeszcze nie czuła się na siłach, by utrzymać stałą pracę, co zdawało się dość adekwatnym rozpoznaniem sytuacji. Związek z nowym chłopakiem był dodatkowo atrakcyjny, gdyż dawał pani E szansę na wyprowadzkę z domu rodzinnego i większą niezależność. Ów pozorny rozwój w kierunku niezależności okazał się jednak przedwczesny, bowiem opierał się przede wszystkim na zewnętrznym buncie przeciwko rzeczywistym ograniczeniom. W świecie wewnętrznym pacjentka nadal zmagala się z nieznośnym uczuciem zależności, które zwalczała za pomocą zwrotu w kierunku psychotycznej części osobowości: wycofania i zafalszowania rzeczywistości.

Na początku pacjentka czuła, że relacja z chłopakiem jest bardzo bezpieczna, gdyż partner otacza ją czułością i troską, jednak z biegiem miesięcy czułość i troska zmieniły się w kontrolę i ograniczenia. Terapeuta odnosił wrażenie, że pani E znalazła w świecie zewnętrznym kogoś, kto dobrze wpasował się w rolę wewnętrzną, kontrolującą postaci, bowiem na sesjach skarżyła się na eskalację tego rodzaju zachowań. Partner nie pozwalał jej spotykać się ze znajomymi, wychodzić samej z domu, przeglądał jej telefon, urządzał sceny zazdrości i gwałtowne awantury. Pani E zaczęła sięgać po znane sobie sposoby radzenia sobie z zależnością od zniechęconego, kontrolującego obiektu: zaczęła wycofywać się z relacji z chłopakiem i pogrążyć w kolejnych kłamstwach i oszustwach. Potajemnie nawiązywała kontakty ze starymi znajomymi i na nowo sięgała po narkotyki, czując, że w ten sposób może ochronić swoją autonomię. Sojusz, który udało się do tej pory zbudować, pozwolił pani E korzystać z terapii, by oglądać z pewnego dystansu swoje działania. Wycofywała się z relacji z partnerem, okłamywała go i budowała fałszywą rzeczywistość – ale nie do końca okłamywała samą siebie, bo podczas spotkań z terapeutą starała się wyraźniej widzieć to, w jak ślepy zaulek zabrnął jej związek. Utrzymująca się sytuacja skrywanej wściekłości, zamaskowanej wycofaniem się w oszustwa, budziła w pani E coraz więcej napięcia.

Jednym z przełomowych momentów terapii był dzień, kiedy myśli pani E znów zaczęły się rozpędzać, jednak tym razem, zaniepokojona i zmartwiona, sama wpadła na pomysł zgłoszenia się do szpitala psychiatrycznego. Co więcej, umiała podzielić się z terapeutą tymi uczuciami podczas sesji – tym razem nie obwiniając za swoje poczucie słabości i zależności ani despotycznych rodziców, ani będącego na ich usługach terapeuty najemnika, lecz uznając tę słabość i stwierdzając, że być może potrzebuje przejściowo skorzystać z bardziej intensywnej pomocy. Terapeuta wsparł pacjentkę w tym postanowieniu,

dostrzegając w nim ważny wyraz jej rozwoju. Przytoczę w szczególności przebieg tej sesji:

Pacjentka rozpoczęła spotkanie wyraźnie pobudzona, mówiąc w lekko pozrywany sposób i wierząc się w fotelu. Powiedziała: „Bardzo żałowałam, że nie mogłam się z panem spotkać w czwartek, ale niestety nie wstałam, budzik mnie nie obudził. Miałam fatalny weekend, było bardzo źle, dramatycznie, czuję się bardzo źle. W tygodniu było dobrze, spędziłam kilka dni prawie w całości z F. (chłopakiem), on był chory, więc gotowałam mu obiady, byliśmy razem wiele godzin, i wydawało mi się, że jest między nami bardzo dobrze. Czulałam, że jest między nami tak dobrze i ciepło. A w sobotę poszłam na imprezę, znajomi mnie zaprosili, miałam potrzebę się zrelaksować, chyba od czasu do czasu można, no i w zasadzie całą noc byłam na tej imprezie. W niedzielę rano zadzwonił do mnie F. i od razu spanikowałam. Okłamałam go, bo nie wiedziałam, co mam zrobić, chyba bałam się, że on się wścieknie, że jestem na tej imprezie, więc powiedziałam mu, że jestem w domu. A on po 15 minutach znowu zadzwonił i powiedział, że przyjechał do mnie do domu, i że mnie nie ma, i że mam mu natychmiast powiedzieć, gdzie jestem. Więc odpowiadałam, że zaraz przyjadę. No i wsiadłam w autobus i przyjechałam, a na miejscu zrobili mi totalne pranie mózgu. Jak tylko weszłam, to już poczułam się dziwnie – w kuchni siedziała moja mama i F., obecnie dwie najbliższe mi osoby, i ramię w ramię zaczęły mi dokopywać. Dawno się nie nasłuchiwałam tyle o tym, jaką jestem niedobłą osobą. Miałam dosyć, a oni mówili i mówili. Najgorsze było to, że potem poszłam do swojego pokoju i mama dała mi spokój, ale F. został na cały dzień i całą noc, i nieustannie gadał i gadał, i chciał ze mną rozmawiać, ja już chciałam, żeby on sobie poszedł, ale on nie chciał wyjść, tylko cały czas gadał. Nawet rozmawiałam z mamą i ona też się z tym dziwnie czuła, że F. tak przesiadywał wbrew mojej woli, ale nie chciała się wtrącać. Nawet coś takiego mi powiedziała, że sama się poczuła dziwnie, jak zobaczyła, że schodzi na dół i bez pytania sobie z jej lodówki jakieś rzeczy bierze do jedzenia i wraca na górę. A dla mnie najgorszy był taki moment, jak rozmawialiśmy, ja byłam taka zapłakana, zapuchnięta, zerknęłam w lustro i wyglądałam żałośnie, jak siedem boleści, ale w jego oczach nie widziałam żadnego współczucia, tylko jakieś takie rozczerowanie, pogardę, może nawet nienawiść. Weekend był najgorszy. W poniedziałek było trochę lepiej, do momentu, gdy znajomy do mnie zadzwonił. Zapytał o tamtą imprezę, ja mu coś odpowiedziałam do telefonu, powiedziałam chyba gdzie byliśmy w tamtą sobotę, a F. się wściekł i na środku ulicy zaczął się wydzierać, że pewnie umawiam się na kolejną imprezę. Dla mnie to już za dużo. Ja już nie daję rady, czuję się taka zdradzona przez niego, ale przede wszystkim bardzo, bardzo zmęczona, nie mam już siły”.

Terapeuta spróbował przede wszystkim zwrócić uwagę pani E na jej uczucia, wesprzeć umiejętność oblekania emocji w myśli, dlatego po prostu powiedział: „Pani czuje się bardzo osaczona przez F. Miała pani nadzieję, że związek wniesie nową jakość w pani życie, a tymczasem pani czuje, że F. ramię w ramię z mamą chce panią kontrolować”. Na to pacjentka, sprawiając wrażenie coraz bardziej udręczonej, skarżyła się: „On jest jak taka «mama dwa». A w ten weekend był od niej dużo gorszy, jak powiedziałam, że jestem już zmęczona, że źle się czuję, to mama to zrozumiała, a on dalej piłował i piłował. To było naprawdę okropne... Wie pan co, ja już nie mam siły, jeszcze te święta, ale przede wszystkim chcę spokoju od F., źle się czuję, chcę się położyć do szpitala. Tam miałabym trochę spokoju, nie mógłby mnie tam nachodzić. Źle się czuję, źle się czuję, naprawdę, czuję, że muszę jak najszybciej dotrzeć do szpitala, nie mogę dłużej czekać, tam będę spokojna. Może to jest ucieczka, ale po prostu muszę. Chyba już pójdę, nie wysiedzę dłużej”. Wyglądała, jakby zamierzała wstać z fotela i wybiec z gabinetu. Terapeuta poczuł, że pacjentka potrzebuje jakiejś aktywnej, wyraźnej interwencji, i jednocześnie skarży się, że traci wiarę we własne możliwości pomieszczenia swoich przeżyć. Równoległe zdawał sobie sprawę, że samo rozumienie własnego stanu prawdopodobnie nie pomoże pacjentce się uspokoić, a pomysł hospitalizacji jest raczej wyrazem troski o siebie i dojrzałości. Dlatego powiedział: „Być może pani boi się, że uznam pani potrzebę odpoczynku w szpitalu za ucieczkę – i wydaje mi się, że myśli pani, że oceniam to bardzo krytycznie. Ale powiedziałbym, że nawet jeśli pani ucieka, to w możliwie bezpieczny sposób, z troską o siebie. Wcześniej wiele razy rodzina zmuszała panią do hospitalizacji, i czuła się pani bardzo osaczona ich presją. Teraz pani sama czuje, że szpital mógłby pomóc pani uwolnić się od poczucia osaczenia przez F. i mamę – bez konieczności nagłej ucieczki, na przykład do innego miasta”. Pani E momentalnie się uspokoiła, na nowo usiadła w fotelu, po czym odpowiedziała: „Wie pan co, dzwoniłam do mojego lekarza, żeby dał mi skierowanie, ale go nie ma, będzie w pracy dopiero w poniedziałek 29. I pomyślałam, że coś wykombinuję, nie wiem, wejdę na dach i zadzwonię, że chcę się rzucić z dachu. Ale teraz to właściwie rzeczywiście myślę, że mogę po prostu pojechać na dyżurkę do szpitala i powiedzieć, żeby mnie przyjęli, bo boję się o siebie. Rzeczywiście, chciałabym się tak schronić w tym szpitalu. Przebrałabym się w piżamę, uruchomiła laptopa, obłożyła książkami i przynajmniej miałabym spokojne święta. Pewnie, każdy wolałby święta w domu, ale dla mnie szpital to jest obecnie chyba najspokojniejsze miejsce. Chyba tak zrobię”. W tym punkcie terapeuta zdecydował się jedynie wesprzeć pacjentkę w rozwijającej się podczas tej sesji umiejętności pomieszczenia własnych przeżyć

i realistycznego, konstruktywnego dbania o siebie; inaczej mówiąc – wzmocnić niepsychotyczny obszar jej osobowości. Powiedział zatem: „Chyba trochę uspokoiła panią myśl, że nie osaczam pani i nie narzucam tutaj rozmowy, kiedy pani czuje się zagrożona i zmęczona, a jedynie doceniam pani dojrzałą postawę, gdy pani próbuje zadbać o siebie i pomyśleć o odpoczynku w szpitalu”. Warto zaznaczyć, że terapeuta odnosił się do relacji z pacjentką, ale jego interwencji nie należy nazwać interpretacją przeniesieniową. Nie wskazywał na żaden określony wzorzec relacji, który ożywał w relacji terapeutycznej wskutek przypisania terapii danej roli; terapeuta zwracał się do pani E jako rzeczywista osoba, używając relacji terapeutycznej na rzecz wsparcia wiary pacjentki w jej własne umiejętności, a nie po to, by pobudzać jej zależność od terapeuty.

Pacjentka odpowiedziała: „Może myślałam, że będzie pan rozczarowany, sama chyba jestem rozczarowana sobą, że znów ten szpital, ale rzeczywiście tym razem zgłaszam się tam w poczuciu, że to jest zadbanie o siebie samą. Ten związek z F. by mnie zadusił, ja już czułam w ostatnich tygodniach, że to jest za dużo, że ledwo co się jakoś sama ze sobą zaczęłam dobrze czuć, ledwo co zaczęłam się podnosić po tych egzaminach, zaczęłam na nowo odzyskiwać jakąś radość życia, a tymczasem pojawił się F. i te wszystkie skrajne uczucia... Z jednej strony takie prawdziwe uczucie bliskości z nim, a z drugiej złość i niezgoda na to, żeby on mnie tak dusił, tłamsił, ograniczał. Taka huśtawka emocjonalna, bardzo kojarząca się z moją chorobą. A ja nie chcę znów się rozkręcić w tej chorobie, nie chcę mieć kolejnych zmarnowanych lat. Więc lepiej mi będzie pójść do szpitala, jak wyjdę, to poproszę psychiatrę, żeby mi jeszcze raz leki ustawił. Tak, jak wyjdę od pana, to zadzwonię do rodziców, poproszę, żeby pomogli mi się spakować”.

Co ciekawe, do hospitalizacji ostatecznie nie doszło. Ze względu na brak miejsc w szpitalu ze względu na okres świąteczny pacjentka otrzymała jedynie podwyższoną dawkę leków i zalecenie częstszych kontrolnych spotkań z psychiatrą. Ogromne znaczenie dla pacjentki miało jednak samo przeżycie konfrontacji z kruchym obszarem swojej psychiki, zniesienie upokorzenia i złości związanej z tą konfrontacją oraz skorzystanie na własną prośbę z rzeczywistej pomocy, mimo dostępności znanych sobie i przynoszących bezpośrednią ulgę metod odwracania się od rzeczywistości.

Można przypuszczać, że pani E potrafiła skorzystać w tych okolicznościach z pomocy terapeuty przede wszystkim dzięki wcześniejszej, długotrwałej, choć mało widowiskowej pracy polegającej na budowaniu podstawowego zaufania. Gdy dzieliła się z terapeutką swoim zmartwieniem, mówiąc, że „czuje się fatalnie i chyba musi położyć się w szpitalu i uspokoić”, musiała zaufać,

ze terapeuta nie zatriumfuje nad nią i nie wykorzysta jej wyznania jako dowodu na konieczność przejęcia nad nią kontroli. Co więcej, bardzo potrzebowała poczuć, że mimo ewentualnej hospitalizacji na własne życzenie terapeuta będzie dalej w nią wierzył: nie straci nadziei, że kiedyś ukończy studia, zacznie się utrzymywać, założy rodzinę. Prawdopodobnie pani E do zbudowania tego rodzaju zaufania potrzebowała żywego doświadczenia: powtarzającego się cyklu wzlotów, budzących także w terapii nadzieję i optymizm, oraz upadków, które za każdym razem także i terapeutę poruszały i wystraszały. Pani E powiedziała terapeutce pod koniec terapii, że nie pamiętała, czy w pierwszych latach mówił jej jakieś mądre rzeczy – w istocie terapeuta zgadzał się z nią, bo nie sądził, by formułował w pierwszym okresie pracy szczególnie udane interpretacje. Pacjentka podkreślała natomiast, że dużo ważniejsze było dla niej to, że mimo emocjonalnych sztormów terapeuta trwał przy niej, nie próbując jej kontrolować, i że wbrew przeciwnościom zachowywał nadzieję na poprawę. Parafrazując słowa piosenki, stwierdziła, że w pewnym momencie poczuła, iż terapeuta „jest gotów pójść na dno razem z okrętem, nie wywiesi białej flagi, nie podda się”.

Niedługo później pani E ostatecznie rozstała się z F. Jej terapia przechodziła jeszcze wiele burzliwych faz, trwając łącznie niemal pięć lat. Pani E obroniła pracę magisterską, co stanowiło w jej przeżyciu ogromne osiągnięcie, wieńczące osiem lat starań. Podjęła stabilną pracę i przejęła z rąk rodziców płatność za psychoterapię. Weszła w nowy związek, w którym jednak odnalazła znane sobie schematy, relacja ponownie okazała się nieudana. Pani E mniej więcej rok po usamodzielnieniu zdecydowała o zakończeniu terapii, głównie z powodów finansowych. W odbiorze terapeuty zakończenie terapii nie była ucieczką, lecz racjonalnie umotywowaną, rozsądną decyzją. Na przestrzeni kolejnych kilku lat pacjentce zdarzało się kontaktować z terapeutą telefonicznie, gdy poszukiwała wsparcia bądź uspokojenia, ale zaznaczała przy tym, że dobrze radzi sobie z życiowymi wyzwaniami. Podkreślała, że mimo zmiennych nastrojów i niespokojnego trybu życia od momentu ukończenia terapii nie wymagała hospitalizacji, nie rozwijała faz manii, hipomanii ani klinicznej depresji i pozostawała w regularnym kontakcie konsultacyjnym z psychiatrą.

Z perspektywy czasu można przypuszczać, że elementem psychoterapii wspierającym lepsze funkcjonowanie pacjentki była aktualizacja techniki pracy terapeutycznej: odejście od prób udzielania wglądu oraz od częstych interpretacji przeniesienia na rzecz budowania kontaktu, w którym pacjentka mogłaby lepiej rozpoznawać własne emocje oraz dostrzegać i zauważać rozwój własnych konstruktywnych, progresywnych możliwości, co ostatecznie pomogło jej przejść

odpowiedzialność za siebie i lepiej o siebie zadbać. Psychoanalityczne rozumienie dynamiki faz depresji i manii nie służyło terapii w późniejszych fazach pracy do formułowania interpretacji, lecz stanowiło ważne oparcie, zwłaszcza w bardzo trudnych momentach kryzysów i braku nadziei w terapii pani E, doświadczającej długich i bolesnych faz depresyjnych oraz niebezpiecznych chwil kolejnych faz hipomanii. Ważnym wymiarem terapii pani E był wzajemnie wspierający stosunek między specjalistami prowadzącymi psychoterapię i farmakoterapię pacjentki. Ponadto praca z pacjentką nie mogłaby się udać – ani nawet zaistnieć – bez zaangażowania jej rodziny, finansującej przez długi czas psychoterapię i wspierająca panią E przez cały okres leczenia.

Podsumowanie

W niniejszej pracy podjęto próbę przedstawienia roli psychoterapii psychodynamicznej w leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej. Zaznaczono ogólne miejsce interwencji psychologicznych w terapii tego zaburzenia i podkreślono, że najczęściej zalecanym podejściem jest łączenie psychoterapii z farmakoterapią. Przedstawiono wyniki badań dotyczących skuteczności różnych podejść terapeutycznych w leczeniu ChAD, przy czym wnioski z przeglądu badań wskazują raczej na potrzebę dostosowania interwencji do specyfiki zaburzenia niż na prymat danej modalności terapeutycznej. W krótkim przeglądzie psychodynamicznych koncepcji dotyczących ChAD wskazano na niską praktyczną użyteczność klasycznego podejścia, opartego na założeniu o leczącej roli wglądu w wypartą dynamikę psychiczną. Zasugerowano, że podejściem spójnym z wnioskami z przeglądu badań są współczesne koncepcje psychoanalityczne, akcentujące konieczność dostosowania techniki pracy do specyfiki funkcjonowania psychotycznego. Zwrócono szczególną uwagę na współczesne koncepcje psychoanalitycznie zorientowanych psychiatrów: Lucasa, Lombardiego oraz De Masiego. Opierając się na ich zaleceniach, krótko podsumowano zmiany w technice pracy, aktualizujące podejście psychodynamiczne i dostosowujące je do potrzeb leczenia pacjentów cierpiących na ChAD – chorobę, w której przebiegu w większości wypadków występują stany psychotyczne. Sformułowane spostrzeżenia zilustrowano kilkoma przykładami klinicznymi.

Piśmiennictwo

1. Rowland T, Marwaha S. *Epidemiology and risk factors for bipolar disorder*. Ther. Adv. Psychopharmacol. 2018; 8(9): 251–269.
2. Gałecki P, Pilecki M, Rymaszewska J, Szulc A, Sidorowicz S, Wciórka J. *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5*. Wrocław: Edra; 2018.
3. Chacko D, Dayal Narayan K, Prabhavathy KS. *Disability in patients with bipolar and recurrent depressive disorder in remission: A comparative study*. Indian J. Psychol. Med. 2011; 33(1): 49–53.
4. Soumya PT, Nisha A, Varghese J. *Disability and quality of life of subjects with bipolar affective disorder in remission*. Indian J. Psychol. Med. 2016; 38(4): 336–340.
5. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Leon AC, Solomon DA i wsp. *Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: A prospective, comparative, longitudinal study*. Arch. Gen. Psychiatry 2005; 62(12): 1322–1330.
6. Basco M. *Cognitive-behavior therapy for bipolar I disorder*. J. Cogn. Psychother. 2000; 14(3): 287–304.
7. Rothbaum BO, Astin MC. *Integration of pharmacotherapy and psychotherapy for bipolar disorder*. J. Clin. Psychiatry 2000; 61(9): 68–75.
8. Huxley NA, Parikh SV, Baldessarini RJ. *Effectiveness of psychosocial treatments in bipolar disorder: State of the evidence*. Harv. Rev. Psychiatry 2000; 8(3): 126–140.
9. Rivas-Vazquez RA, Johnson SL, Rey GJ, Blais MA, Rivas-Vazquez A. *Current treatments for bipolar disorder: A review and update for psychologists*. Prof. Psychol. Res. Pr. 2002; 33(2): 212–223.
10. Scott J. *Psychotherapy for bipolar disorders – Efficacy and effectiveness*. J. Psychopharmacol. 2006; 20(2): 46–50.
11. Miklowitz DJ. *Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: State of the evidence*. Am. J. Psychiatry 2008; 165(11): 1408–1419.
12. Jones S. *Psychotherapy of bipolar disorder: A review*. J. Affect. Disord. 2004; 80(2–3): 101–114.
13. Cuijpers P, Geraedts A, Oppen van P, Andersson G, Markowitz J, van Straten A. *Interpersonal psychotherapy for depression: A meta-analysis*. Am. J. Psychiatry 2011; 168(6): 581–592.
14. Hees van MLJM, Rotter T, Ellermann T, Evers SMAA. *The effectiveness of individual interpersonal psychotherapy as a treatment for major depressive disorder in adult outpatients: A systematic review*. BMC Psychiatry 2013; 13: 22.
15. Swartz HA, Swanson J. *Psychotherapy for bipolar disorder in adults: A review of the evidence*. Focus 2014; 12(3): 251–266.
16. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, Reilly-Harrington NA, Wisniewski SR, Kogan JN i wsp. *Psychosocial treatments for bipolar depression: A 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program*. Arch. Gen. Psychiatry 2007; 64(4): 419–426.
17. Cochran SD. *Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders*. J. Consult. Clin. Psychol. 1984; 52(5): 873–878.
18. Lam DH, Hayward P, Watkins ER, Wright K, Sham P. *Relapse prevention in patients with bipolar disorder: Cognitive therapy outcome after 2 years*. Am. J. Psychiatry 2005; 162(2): 324–329.
19. Scott J, Garland A, Moorhead S. *A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders*. Psychol. Med. 2001; 31(3): 459–467.

20. Markowitz J, Svartberg M, Swartz H. *Is IPT Time-Limited Psychodynamic Psychotherapy?* J. Psychother. Pract. Res. 1998; 7(3): 185–195.
21. Gonzalez JM, Prihoda TJ. *A case study of psychodynamic group psychotherapy for bipolar disorder.* Am. J. Psychother. 2007; 61(4): 405–422.
22. Bush R. *Current role of psychodynamic treatment in bipolar disorder.* Int. Clin. Psychopharmacol. 2012; 28(e-Suppl A): e30–e31.
23. Freud S. *Żaloba i melancholia.* W: Freud S. *Psychologia nieświadomości.* Warszawa: KR; 2007.
24. Freud S. *Psychologia zbiorowości i analiza ja.* W: Freud S. *Pisma społeczne.* Warszawa: KR; 1998.
25. Freud S. *Ego i id.* W: Freud S. *Poza zasadą przyjemności.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1994.
26. Kalita L. *Długoterminowa psychoterapia psychoanalityczna jako skuteczna metoda leczenia głębokiej depresji – krótki przegląd współczesnej literatury i przykład kliniczny.* Psychoterapia 2018; 2(185): 63–78.
27. Abraham K. *Notes on the psycho-analytical investigation and treatment of manic depressive insanity and allied conditions.* W: Bryan D, Strachey A red. *Selected papers on psychoanalysis.* London: Hogarth; 1973.
28. Abraham K. *A short study of the development of the libido.* W: Bryan D, Strachey A red. *Selected papers on psychoanalysis.* London: Hogarth; 1973.
29. Klein M. *Wkład do psychogenezy stanów maniakalno-depresyjnych.* W: Klein M. *Pisma, t. 1: Miłość, poczucie winy i reparacja.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2007.
30. Segal H. *Wprowadzenie do teorii Melanie Klein.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
31. Solimano A, Manfredi C. *Bipolar disorder and psychoanalytical concepts of depression and mania.* Vertex 2006; 17(69): 347–352.
32. Koutsoukos E, Angelopoulos E. *Mood regulation in bipolar disorders viewed through the pendulum dynamics concept.* Int. J. Bipolar. Disord. 2014; 2: 9.
33. McEvoy JP, Wilkinson ML. *The role of insight in the treatment and outcome of bipolar disorder.* Psychiatr. Ann. 2000; 30(7): 406–408.
34. Fromm-Reichmann F. *Intensive psychotherapy of manic-depressives.* Confin. Neurol. 1948–1949; 9: 158–165.
35. Cohen M, Baker G, Cohen R, Fromm-Reichmann F, Weigert E. *An intensive study of twelve cases of manic-depressive psychosis.* W: Coyne EC. red. *Essential papers on depression.* New York: New York University Press; 1985.
36. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic depressive illness; Bipolar disorders and recurrent depression. Course and outcome.* London: Oxford University Press; 2007. S. 119–154.
37. Kraepelin E. *Manic-depressive illness and paranoia.* Edinburgh: Livingstone; 1921.
38. Lucas R. *The psychotic personality: A psychoanalytic theory and its application in clinical practice.* Psychoanal. Psychother. 1992; 6(1): 73–79.
39. Bion WR. *Różnicowanie osobowości psychotycznej i niepsychotycznej.* W: Bion WR. *Po namyśle.* Warszawa: Oficyna Ingenium; 2014.
40. Lucas R. *Why the cycle in a cyclical psychosis? An analytic contribution to the understanding of recurrent manic-depressive psychosis.* Psychoanal. Psychother. 1998; 12(3): 193–212.
41. Evans M. *Tuning into the psychotic wavelength: Psychoanalytic supervision for mental health professionals.* Psychoanal. Psychother. 2008; 22(4): 248–261.

42. Lombardi R. *Bezkształtna nieskończoność. Kliniczne rozważania nad teoriami Matte Blanco i Biona*. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2017.
43. Lombardi R. *The body emerging from the "neverland" of nothingness*. *Psychoanal. Q.* 2010; 79(4): 879–909.
44. DeMasi F. *Podatność na psychozę. Psychoanalityczne rozważania o naturze i terapii stanu psychotycznego*. Warszawa: Oficyna Ingenium, 2016.
45. Jackson M. *Manic-depressive psychosis: Psychopathology and psychotherapy in a psychodynamic milieu*. W: Gilbert S, Haugsjerd S, Hjort H red. *In lines of life, psychiatry and humanism*. Oslo: Tano; 1989.

Adres: Lech Kalita
e-mail: l.kalita@psyche.med.pl

Otrzymano: 3.05.2019
Zrecenzowano: 22.07.2019
Otrzymano po poprawie: 17.08.2019
Przyjęto do druku: 17.08.2019