

Sławomir Murawiec

Prywatna praktyka specjalistyczna

„Odkochałem się w sobie” — uraz narcystyczny jako przyczyna pojawienia się objawów depresyjnych u młodych osób

*“I don’t love myself anymore”: narcissistic trauma
as a cause of depressive symptoms in young people*

Abstract

The work presents a case report of a patient with symptoms classified as depression. An in-depth interview revealed a specific problem of this patient, as well as for many other people with similar constellations of psychological processes. On the one hand, high demands addressed to himself, that is expectation of the career level and achievements at worldwide importance. On the other hand, in a situation of confrontation with the requirements of studies and life circumstances, a sense of loss of self-esteem, a sense of lack of future, sense of lost life, self-destructive tendencies and active maintaining of inertness and self-destruction.

Psychiatria 2020; 17, 2: 100–103

Key words: depression, drug-resistant depression, chronic depression, narcissism, self-destruction, low self-esteem

Wstęp

Kontekst, w jakim może być spostrzegana treść tego opisu przypadku, zmienił się kilkakrotnie i gwałtownie od czasu jego napisania. Opis został dokonany, zanim pojawił się utwór „Patointeligencja”, którego autorem jest Mata (Michał Matczak), a który został umieszczony w internecie w grudniu 2019 roku. Obecnie (kwiecień 2020) i uzyskał ponad 28 milionów wyświetleń. Poniższy opis przypadku może być widziany w kontekście tego utworu, jako opis tych sytuacji, w których wysokie wymagania wobec samego siebie konfrontują się z niepowodzeniem lub po prostu z codziennością. Kolejna ważna zmiana to pojawienie się pandemii koronawirusa COVID-19 (w Polsce w marcu 2020). Zmiany społeczne, ekonomiczne i inne tym wywołane sprawiają, że można przypuszczać, iż problemy młodych ludzi będą się

zmieniać w erze po pandemii COVID-19. Warto jednak, aby pozostał ślad tej rzeczywistości, która miała miejsce przed pandemią. Opis problemów nękających w tamtym czasie młode osoby zawiera poniższy opis przypadku. W niniejszej pracy poruszono trudny problem kliniczny dotyczący młodych osób z objawami kwalifikowanymi jako depresyjne, które, jak się wydaje, nie zawsze otrzymują optymalne formy pomocy. Ta grupa młodych osób wyodrębnia się z szerokiego grona osób z objawami z kręgu afektywnego na podstawie relacjonowanego przez nie procesu doprowadzającego do ich powstania. Można go podsumować jako proces „żałoby” po wyobrażeniach na własny temat i swojej przyszłości lub proces przebiegający według schematu „wszystko albo nic”. Są to osoby, u których konsultujący psychiatrzy rozpoznają zespół depresyjny. Leczy się ich także w psychoterapii w kontekście zaburzeń depresyjnych. Część z nich jest hospitalizowana z takim rozpoznaniem. Jednak leczenie farmakologiczne i psychoterapeutyczne często nie przynosi pełnej poprawy ich funkcjonowania. Pacjenci nadal ujawniają objawy apatii, braku aktywności, motywacji

Adres do korespondencji:

Sławomir Murawiec
Prywatna praktyka specjalistyczna
e-mail: smurawiec@gmail.com

i celów życiowych, nie podejmują aktywności adekwatnych do swoich możliwości, pojawiają się w ich relacjach myśli samobójcze. Obraz grupy osób, na które warto w tym kontekście zwrócić uwagę, można podsumować następująco:

- ujawniają objawy kwalifikowane jako depresyjne utrzymujące się w długim okresie, często wieloletnim;
- nie wykazują poprawy w wyniku stosowania farmakoterapii;
- nie wykazują poprawy w wyniku zastosowania psychoterapii ukierunkowanej na depresję;
- są w młodym wieku (wczesna dorosłość).

W pracy przedstawiono opis kilku konsultacji osoby z tego rodzaju problemem.

Opis przypadku

Relacja pacjenta zaczęła się bardzo charakterystycznie dla wyodrębnionej w tej pracy grupy osób. Pacjent w młodym wieku dorosłym zrelacjonował, że od wielu lat nie podejmował żadnych istotnych działań życiowych, cechowały go: apatia, brak motywacji, brak aktywności życiowej. Podejmował próby farmakoterapii, kilka prób psychoterapii, a ponadto był hospitalizowany psychiatrycznie. Jeśli chodzi o subiektywny odbiór skuteczności leczenia farmakologicznego, stwierdził: „Leki nawet pomagają lepiej się poczuć, mniej jest lęku, nastroj jest lepszy. Ale leki nic nie zmieniają, nadal tak samo brak aktywności życiowej”.

W związku z zarysowanym tu wywiadem pogłębiono rozmowę z pacjentem, zadając pytanie o myśli dotyczące tego co przeżywa. Wypowiedź pacjenta w tym kontekście wydaje się charakterystyczna dla pewnego rodzaju problemu: „To mnie dołuje, że nic nie robię, nie mam kariery, nie mam bazy, z której bym mógł czerpać, nie ma miejsca dla mnie na tym świecie”. Ta wypowiedź ukazuje w krótkim sformułowaniu rozdźwięk i ból psychiczny odczuwany przez tę osobę. Rozdźwięk wysokimi aspiracjami, „karię”, byciem osobą znaczącą a brakiem kariery, brakiem sukcesu i znaczenia jego osoby, który jest dla niej równoznaczny z poczuciem nieprzydatności, braku miejsca na świecie.

Wywiad

Pacjent rozpoczął naukę w prestiżowej szkole średniej w innym kraju. Osiągał tam bardzo dobre wyniki w nauce. Stanowiło to dla niego podstawę do myślenia o sobie: „jestem jednym z najlepszych uczniów w jednej z najlepszych szkół na świecie, a więc jestem jednym z najlepszych na świecie”. Relacjonował: „w szkole idealnie stopnie, byłem jednym z najlepszych, a w tym liceum było 5 samobójstw tych co nie dawali rady. Przez lata idealnie stopnie to była jedyna rzecz, na której się skupiałem”. Kwestie samobójstw innych uczniów rela-

cjonował nawet z pewną dumą, znaczenie emocjonalne jego relacji można próbować opisać słowami „są tacy, którzy nie dali rady, a ja sobie świetnie radziłem”.

Pacjent zauważał, że w domu panowała presja na sukces. Wiązał to z osobą ojca, który, jak relacjonował, przekazał mu: „że trzeba włożyć pracę i mieć sukces”. Pacjent zdawał sobie sprawę, że są to cele ojca, ale przyjął je jako własne, co opisał słowami: „Spostrzegałem, że jedyna szansa to uczenie się i posiadanie pracy w korporacji. Uwielbiałem się uczyć, przepracowałem w szkole całe życie jak szczur”. Ale (co jest widoczne w powyższej wypowiedzi) uważał, że „nie do końca ode mnie pochodził ten cel”.

Podjął studia na wyższej uczelni w tymże kraju i początkowo osiągał znakomite wyniki. Ojciec pacjenta z przyczyn niezależnych od siebie musiał przerwać finansowanie mu tej nauki. Pacjent podjął decyzję, że nie bierze kredytu, tylko rezygnuje ze studiów. Przerwał je i niemal natychmiast zaprzestał aktywności — jak mówił: „Przestałem się uczyć. Rok nic nie robiłem”. Następnie podjął prostą pracę, dużo poniżej swoich możliwości. W tych dwóch wydarzeniach można dostrzec przejawy zarówno żałoby po utraconych planach (brak aktywności), jak i złości, agresji (praca poniżej możliwości).

Pacjent zrelacjonował uczucia, które, jak pamiętał, towarzyszyły mu po rezygnacji ze studiów: „Dziura w brzuchu, nie chce być hydraulikiem, pracować w sklepiu. Sukces jest jedyną opcją. Nie widzę, żeby było psychiczne wyjście. Nic mi już w życiu nie zostało”. Miał poczucie, że jego dalsze życie nie ma już wartości, co opisywał: „Nic wartościowego, bo to była jedyna rzecz, z której mogłem być dumny, wysiłek wkładałem w coś, co miało mi pomóc żyć w społeczeństwie. Wkładałem wysiłek w coś, co by mi pomogło. Potem nie było nic, co warto robić. Zarobię dużo pieniędzy, będę miał karierę, będę miał sukces, za wysoko trochę celowałem”. Spójnie z tymi odczuciami po roku podjął pracę, która miała być potwierdzeniem, że już go nic nie czeka. Opisywał także utratę poczucia własnej wartości: Jego ocena siebie przedstawiała się następująco: „Przez sukces byłbym bardziej spokojny ze sobą, miałbym lepsze samopoczucie i zdanie o sobie. A teraz czuję się gorszy, słabszy. Zszedłem na gorszy i słabszy stan”.

Kolejnym elementem trudnych przeżyć pacjenta była utrata poczucia kontroli. Mówił o tym, że lubił rozwiązywać zadania. Chodziło mu jednak nie o wyzwanie intelektualne, ale o to, że sobie poradzi ze wszystkim, że ma kontrolę nad sobą i rzeczywistością: „Lubię umieć trudny problem do rozwiązania, lubię rozwiązywać zadania. Zawsze potrzebuję mieć idealne środowisko, nad którym mam kontrolę, jestem perfekcjonistą. Też mi się to podoba — poczucie, że się ma tę kontrolę, że jak wkładam wysiłek, to nie ma, że coś zrobiłem źle. Wszystko musiało się zakończyć tak jak sobie zaplanowałem, nic nie mogło wyjść źle, nie udać się”.

Jednym z kluczowych aspektów, które należy w tym miejscu podkreślić, były aspiracje pacjenta. Były to aspiracje (i są nadal) na poziomie zmiany całego świata: „Chciałbym zrobić coś ważnego dla ludzi, chce mieć wpływ na ten świat”. „Fajnie mieć władzę i jej używać”. „Nie umiem się zaspokoić mniejszym celem” — opisywał w trakcie wywiadu. Obecnie po doznaniu urazu poczucia wartości i w obliczu braku natychmiastowej realizacji tych aspiracji: „Chciałbym go zmienić, bo go nie lubię. Może mnie ten świat wkurzył, zranił”.

Autodestrukcja

Ważnym elementem opisywanego tu stanu są działania prowadzące do zniszczenia siebie i swojej przyszłości. Przejawem takiej postawy było podjęcie pracy poniżej możliwości. W okresie po przyjeździe do Polski takim elementem była niemożność podjęcia studiów w kraju. Obrazuje to dobrze kwestie ujęte w formule „wszystko, albo nic”. Albo najbardziej prestiżowe studia, albo żadne. Pacjent mógł rozpocząć studiowanie w Polsce, jednak ze względów psychologicznych nie był w stanie podjąć takiej decyzji. Podjęcie czy ukończenie nawet najlepszych studiów byłoby w jego subiektywnym przeżyciu porażką. Widocznym przejawem tych autodestrukcyjnych tendencji były jego fantazje o byciu narkomanem, alkoholikiem, stoczeniu się, śmierci i samobójstwie. Relacjonował: „Chciałbym przespać całe swoje życie i nie być uczestnikiem. Nie wierzę, że mogę się z tego wydostać. To co mi pozostało, to zostanie narkomanem, alkoholikiem, mizeria, w której jestem, albo samobójstwo”. „Pracy nie włożę na poprawę siebie.” „Ja w to nie wierzę, że zrobię coś, co polepszy mój stan.” Można zauważyć, że kontekście braku poprawy w wyniku leczenia — pacjent przyjął aktywną postawę, aby utrzymać swój stan, a nawet go pogorszyć, co zobrazował słowami: „Myślę, żeby się doprowadzić do punktu, że się zabiję”.

Znaczenie miał też kontekst zawiści i porównywania się z innymi. Opisywała to wypowiedź: „Ja jestem niewdzięczny za to, że dostałem taką możliwość i zrezygnowałam”. „To jest problem ze mną, nie tylko że brak sukcesu i ja w tym jestem, ale dużo osób na tym świecie by zabiło, zrobiło wszystko, żeby mieć takie opcje jak ja.” Na tym tle pojawiały się myśli o ukaraniu siebie: „Bo mi się nie chciało, moja decyzja, odpowiedzialność za to ponoszę. Tak jest łatwiej powiedzieć, że jestem słaby i gorszy, nie chce mi się włożyć wysiłku, karzę się, nie robiąc nic”.

Komentarz

Opisywane tu zjawiska nie są oczywiście niczym nowym, ich psychologiczne mechanizmy były notowane od dawna. Wydaje się jednak, że nabierają szczególnej aktual-

ności wśród młodych osób we współczesnych czasach (warunkach kulturowych, społecznych, w dobie mediów społecznościowych i nieograniczonych możliwości przemieszczania się). W ujęciu klasycznej wiedzy, Thomas H. Ogden [2] pisze w odniesieniu do freudowskiej teorii depresji: „Freud snuje dalej rozważania nad rolą ambiwalencji w melancholii, zwracając uwagę na to, że melancholicy — pomimo przekonania o swojej bezwartościowości — nie wykazują najmniejszych przejawów pokory »i zawsze można odnieść wrażenie, że czują się lekceważeni i bardzo niesprawiedliwie potraktowani«. To intensywne odczucie, że zostali zlekceważeni i niesprawiedliwie potraktowani, »możliwe jest jedynie dlatego, że reakcje na wyrażane poprzez ich zachowania wyrastają z psychicznej konstelacji buntu, który w wyniku pewnego procesu przekształcił się w dewastujący stan melancholii«”.

Elementy te są bardzo widoczne w opisanym przypadku, z jednej strony dramatyczne poczucie utraty wartości, bycia nikim, bycia na dnie, a drugiej — bunt i poczucie urazu „do świata”, że zostało się tak niesprawiedliwie potraktowanym.

Co ważne, pacjent zachowuje nadal identyfikację z poprzednim obrazem siebie. Nie może podjąć studiów w Polsce, w pewien sposób w rzeczywistości psychicznej nadal jest tą osobą, która ma wysokie aspiracje i robi karierę na najlepszej uczelni. Ponownie, wracając do Ogdena [2]: „»Porzucenie« obiektu przez melancholika (w przeciwieństwie do utraty obiektu przez osobę będącą w żałobie) jest paradoksalnym psychologicznym wydarzeniem: melancholik zachowuje ten porzucony obiekt w postaci identyfikacji z nim: w ten sposób [poprzez identyfikację z obiektem] cień obiektu pada na ego [...]. W melancholii ego zmienia się nie pod wpływem światła rzucanego przez obiekt, ale [bardziej mrocznie] pod wpływem »cienia obiektu«. Metafora cienia sugeruje, że doświadczenie melancholika polegające na identyfikacji z porzuconym obiektem ma płaską, dwuwymiarową jakość w przeciwieństwie do żywego, bogatego tonu emocjonalnego”.

W dalszym ciągu cytowanego rozdziału Ogden zwraca uwagę, że „melancholia to choroba narcystyczna”, a „narcystyczna więź z obiektem to taka, w której obiekt jest obsadzany energią emocjonalną pierwotnie kierowaną do siebie” [2]. Tym obiektem, którego nie może porzucić i który był tak silnie obsadzony energią psychiczną i wartością, był on sam, jego przyszłość, kariera, aspiracje i pragnienie stania się wielką postacią ludzkości (przy zastrzeżeniu, że pierwotnie taka konstelację obrazu siebie przekazał mu ojciec).

Nie jest celem tej pracy przedstawianie psychoanalitycznej wiedzy na temat depresji, lecz raczej podzielenie się kilkoma spostrzeżeniami i refleksjami opartymi na ma-

teriale klinicznym. Przywołany wyżej materiał teoretyczny ma uzmysławiać, że pewne zjawiska i procesy opisywane były od dawna i nie są niczym nowym. Chciałbym jednak dodać do opisywanych tu spostrzeżeń dwie refleksje. Po pierwsze, kwestie narastania tego rodzaju problemów wraz ze zmieniającymi się warunkami społeczno-kulturowymi. Coraz wyraźniej „w obecnych czasach” (przed epidemią COVID-19) nie można było być kimś zwyczajnym, jednym z wielu. W związku z tym wytwarzana była społeczna presja na natychmiastowe osiągnięcie wysokiej pozycji, wysokiego statusu w oczach otoczenia, przy czym w dobie komunikacji globalnej to społeczne odzwierciedlenie może obejmować cały świat. W wielkiej mierze rolę wiodącą w wytwarzaniu tej presji odgrywają media społecznościowe, których nadmierne używanie jest związane ze wzrostem ryzyka wystąpienia depresji [3]. Także swoboda przemieszczania się i na przykład studiowania za granicą sprawia, że w gabinetach pojawiają się osoby z problematyką opisaną powyżej. Analogicznych problemów doświadczają bowiem młodzi ludzie, którzy rozpoczęli studia za granicą i nie osiągnęli pełnego sukcesu. Także te osoby wracają niekiedy do Polski z nastawieniem „wszystko albo nic, jeśli nie odniosłem sukcesu na prestiżowej światowej uczelni, to powinienem siebie ukarać”. Nie podejmują w związku z tym studiów w kraju, a ich ewentualna kontynuacja jawi się im jako porażka i potwierdzenie utraty poczucia własnej wartości. Obecnie obowiązujące w psychiatrii systemy klasyfikacyjne mają też charakteru teoretyczny, a diagnoza jest stawiana w sposób zoperacjonalizowany. Niesie to za sobą zarówno niewątpliwe zalety, jak i liczne ograniczenia. Na poziomie diagnostycznym opisywani w tej pracy pacjenci spełniają

kryteria depresji i tak też są diagnozowani. Epizod depresyjny może mieć jednak różne przyczyny [4]. Różne procesy mogą prowadzić do powstania symptomów depresji i wielu przypadkach bez ich uwzględnienia leczenie jest tylko częściowo efektywne. Tak jak w opisanym tu przypadku pacjenta, gdzie leki powodowały częściową poprawę samopoczucia, lecz nie zmieniały sytuacji psychologicznej pacjenta. Jak pisze Rybakowski [5]: „Behawioralne i zewnętrzne czynniki podtrzymujące chorobę zmniejszają skuteczność leczenia przeciwdepresyjnego. Dotyczą one głównie sytuacji psychologicznej pacjenta powodującej, że ewentualna poprawa stanu psychicznego nie znajduje subiektywnej akceptacji u chorego. [...] W takich sytuacjach istotnym elementem postępowania jest dążenie do zmiany przez chorego percepcji swojej sytuacji, co można osiągnąć dzięki odpowiedniemu postępowaniu psychoterapeutycznemu”. Jednak także psychoterapia oparta na ścisłych schematach może nie trafiać w potrzeby indywidualnej osoby. Opisywany pacjent podejmował jej próby, były one jednak bezowocne. Inni pacjenci z opisywanej grupy wskazywali w trakcie wizyt, że zgłaszali się do psychoterapeutów, jednak „terapeuta(ka) mówił(a) o czymś innym niż ja przeżywam”. Mechaniczne zastosowanie protokołów bez uwzględnienia sytuacji pacjenta może mieć taką samą efektywność jak „danie leku na depresję” bez uwzględnienia indywidualnego kontekstu osoby leczonej. W związku z tym celem tej pracy jest wzbudzenie zainteresowania i refleksji dotyczącej szczególnej populacji osób z objawami depresyjnymi, w celu zapewnienia im bardziej dostosowanej do ich potrzeb i bardziej efektywnej pomocy. Niestety, pomoc ta jest niełatwa i wymagałaby opracowania właściwych sposobów leczenia.

Streszczenie

Praca przedstawia opis przypadku pacjenta ujawniającego objawy klasyfikowane jako depresyjne. Pogłębiony wywiad ujawnił u tego pacjenta, jak również u wielu innych osób o podobnej konstelacji procesów psychologicznych, pewien specyficzny problem. Z jednej strony wysokie wymagania wobec samego siebie, na poziomie kariery i osiągnięć o światowym zasięgu. Z drugiej strony w sytuacji konfrontacji z wymaganiami studiów i okolicznościami życiowymi, pojawiające się poczucie utraty własnej wartości, poczucie braku przyszłości, przegranego życia, tendencje autodestrukcyjne i aktywna postawa zmierzająca do utrzymania stanu beczynności i samozniszczenia.

Psychiatria 2020; 17, 2: 100–103

Słowa kluczowe: depresja, depresja lekooporna, depresja przewlekła, narcyzm, autodestrukcja, niska samoocena

Piśmiennictwo:

1. <https://www.youtube.com/watch?v=wTAibxp37vE> (11.12.2019).
2. Ogden TH. Sztuka psychoanalizy. Oficyna Ingenium, Warszawa 2011.
3. Lin LYI, Sidani JE, Shensa A, et al. ASSOCIATION BETWEEN SOCIAL MEDIA USE AND DEPRESSION AMONG U.S. YOUNG ADULTS. *Depress Anxiety*. 2016; 33(4): 323–331, doi: [10.1002/da.22466](https://doi.org/10.1002/da.22466), indexed in Pubmed: [26783723](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26783723/).
4. Rantala MJ, Luoto S, Krams I, et al. Depression subtyping based on evolutionary psychiatry: Proximate mechanisms and ultimate functions. *Brain Behav Immun*. 2018; 69: 603–617, doi: [10.1016/j.bbi.2017.10.012](https://doi.org/10.1016/j.bbi.2017.10.012), indexed in Pubmed: [29051086](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29051086/).
5. Rybakowski J. Depresja oporna na leczenie. *Psychiatria po Dyplomie*. 2019; 5: 19–23.