

# WGLĄD

Rok 5, numer 15  
Marzec 2022

# DEPRESJA

## Wywiad

Z Małgorzatą Pruchnik-Surówką,  
psychiatrą dzieci i młodzieży

W grupie chorych na  
depresję skuteczną  
próbę samobójczą  
podejmuje 15-25% osób

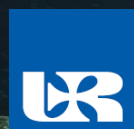
Kawiarenka  
Psychologiczna  
**NOSTALGIA**

**WOJNA W UKRAINIE**

Stamtąd można było wrócić,  
a nie zapaść się czy utonąć

Rozmowy o depresji

BIULETYN ZAKŁADU PSYCHOLOGII  
INSTYTUT PEDAGOGIKI  
UNIwersytet RZESZOWSKI



## W numerze

<b>Andrzej Łukasik</b>	3
Jakby za przekręceniem kontaktu wszystko gaśnie	
<b>Andrzej Łukasik</b>	4
Piąty dzień wojny	
<b>Rozmowa Tomasza Gosztyły z Małgorzatą Pruchnik-Surówką</b>	6
Bardzo ważne jest, żeby rodzic rozumiał i słuchał swoje dziecko	
<b>Andrzej Łukasik</b>	11
Leczenie ciemności, Cz. I	
<b>Andrzej Łukasik</b>	14
Leczenie ciemności, Cz. II	
<b>Stamtąd można było wrócić, a nie zapaść się czy utonąć</b>	17
Rozmowy o depresji	
<b>Z badań Zakładu Psychologii</b>	23
<b>Kawiarenka psychologiczna</b>	25
Nostalgia	
<b>Rezonans</b>	27
<b>Z badań psychologicznych na świecie</b>	28
<b>Słow(n)ik psychologiczny</b>	28
Anhedonia	
<b>Mistrzowie psychologii</b>	29
Aaron Temkin Beck	
<b>Czy wiesz, że...</b>	30
<b>Recenzje</b>	30
<b>Eksperymenty psychologiczne</b>	31
Antydepresyjne ławki przyjaźni	

# WGLĄD

**Rok 5, numer 15**

**Marzec 2022**

### Skład redakcji

**Dr hab. Andrzej Łukasik, prof. UR**  
redaktor naczelny

Dr Tomasz Gosztyła  
zastępca redaktora naczelnego

Dr Małgorzata Marmola – redaktor  
merytoryczna

Dr Anna Wańczyk-Welc – redaktor  
merytoryczna

Dr Anna Englert-Bator – redaktor  
merytoryczna

Mgr Anna Lenart - redaktor  
merytoryczna

### Adres redakcji

ul. ks. Jałowego 24  
35-010 Rzeszów  
zakladpsychologii@ur.edu.pl

[https://www.ur.edu.pl/kolegia/  
kolegium-nauk-spoecznych/instytutu/  
instytut-pedagogiki1](https://www.ur.edu.pl/kolegia/kolegium-nauk-spoecznych/instytutu/instytut-pedagogiki1)

Redakcja zastrzega sobie  
prawo skracania tekstów

W numerze wykorzystano obrazy  
na podstawie Pixabay License

Andrzej Łukasik

## Jakby za przekręceniem kontaktu wszystko gaśnie

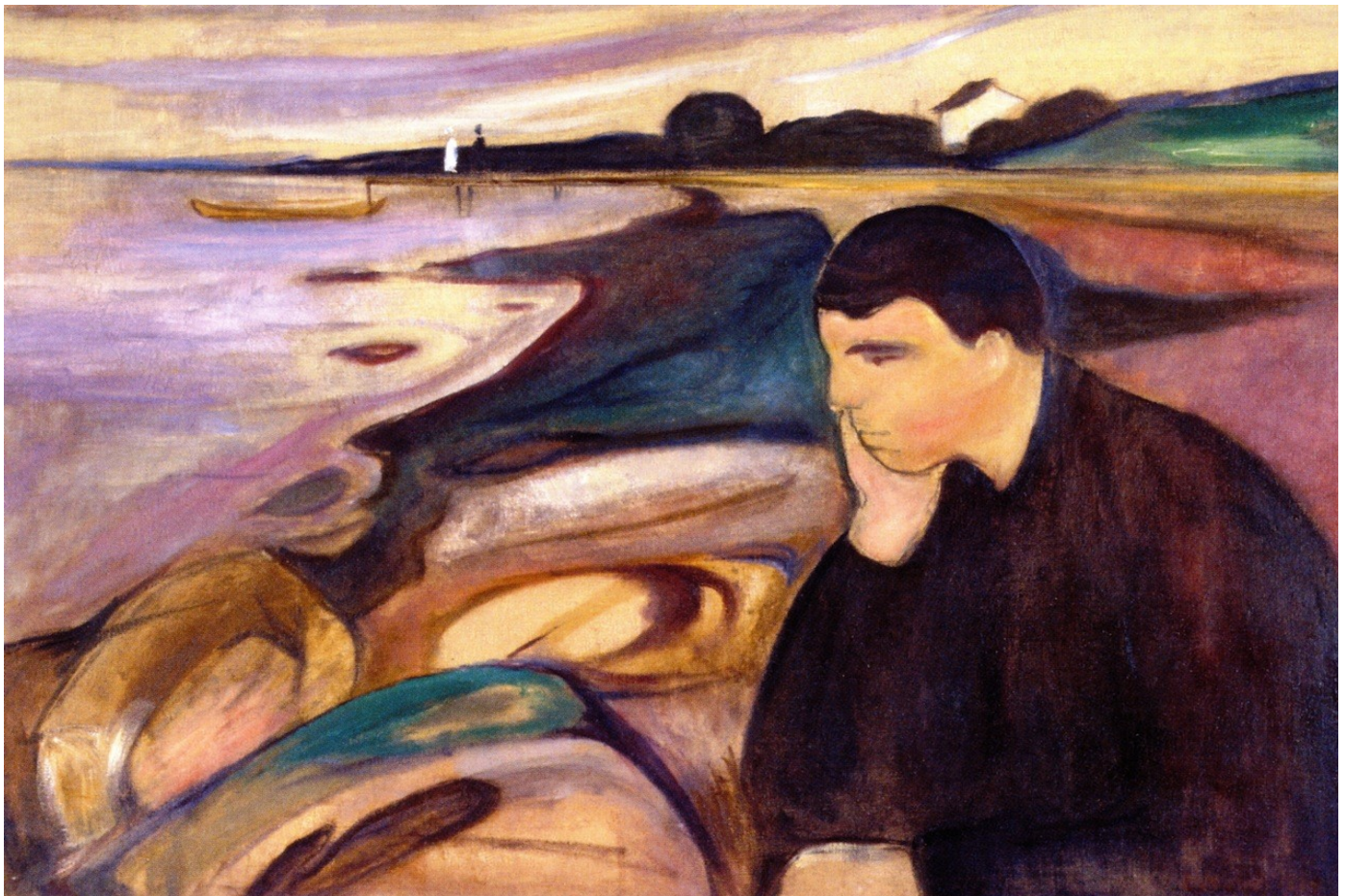


Przemożny smutek, przeszłość, te-  
rażniejszość i przyszłość malowana  
w mrocznych barwach, poczucie za-  
mknięcia w czarnej bańce, niechęć  
czy wręcz niezdolność do wysiłku fi-  
zycznego, objawy cielesne, zaburze-  
nia snu, płacz, lęk. Obraz depresji nie  
jest prosty i jednolity, ale dominuje  
w nim czerń. Znakomity polski psy-  
chiatra Antoni Kępiński, na które-  
go książkach wychowały się kolejne  
pokolenia psychiatrów i psycholo-  
gów, tak pisał o depresji w *Melan-  
choli*: „W depresji smutek nachodzi  
człowieka bez uchwytnej przyczy-  
ny. Jakby za przekręceniem kon-  
taktu wszystko gaśnie, świat traci  
swą barwę, przyszłość zamienia się  
w czarną ścianę nie do przebycia,  
a przeszłość – w pasmo ciemnych  
wydarzeń obciążających chorego po-

czuciem winy”. Wiele osób cierpi  
na depresję, także te, które są znane  
ze względu na swoje talenty: akto-  
rzy, sportowcy, literaci, naukowcy.  
Ale nie oznacza to, że to jakaś od-  
miana „królewskiej choroby”, osobli-  
wy stygmat osób kreatywnych. Osoby  
z twórczych wyżyn po prostu czę-  
ściej o niej mówią, mając poczucie,  
że ich głos może być lepiej wysłucha-  
ny i przez to pomocny. W ten sposób  
walczą zarówno z mitami narosłymi  
wokół depresji, jak i o to, by przesta-  
no traktować ją jako chorobę, którą  
należy ukrywać. Walczą także w ten  
sposób o swoje prawo do zdrowia.

Depresja dotyczy osób różnych za-  
wodów, o różnym wykształceniu, w  
różnym wieku – także dzieci (w od-  
niesieniu do tego ostatniego zagad-  
nienia w tym numerze „Wglądu”

polecam szczególnej uwadze wywiad  
Tomasza Gosztyły z doktor Małgo-  
rzą Pruchnik-Surówką). Wbrew  
rozpowszechnionemu mitowi nie jest  
to jednak choroba demokratyczna:  
kobiety zapadają na nią częściej niż  
mężczyźni, osoby starsze częściej niż  
młodsze, zaś niższy status społecz-  
no-ekonomiczny oraz niższy poziom  
wykształcenia są czynnikami zwięk-  
szającymi ryzyko zachorowania,  
także i w Polsce, na co wskazują nie-  
dawne obszerne badania wielokultu-  
rowe. Na tej podstawie można więc  
sugerować, iż aby zmniejszać zacho-  
rowalność na depresję, nie wystar-  
czy leczyć tylko pojedyncze osoby,  
ale trzeba dążyć do globalnych zmian  
społeczno-ekonomicznych, podwyż-  
szając dobrobyt społeczny i poziom  
wykształcenia społeczeństw. Jak więc



Edvard Munch (1863–1944), *Melancholy* (1894), Kolekcja prywatna  
Wikipedia Commons, Public domain

widać, to nie lada wyzwanie, wykraczające daleko poza czysto medyczne przyczyny depresji.

Depresja jest chorobą. Nie jest – jak uważają niektórzy – lenistwem, „rozmemłaniem”, „chwilową kiepską formą”, które można przegonić słowami: „weź się do życia”, „weź się w garść”, „nie śpij bez przerwy”, „zabierz się wreszcie do jakiejś roboty”, „przestań myśleć tylko o sobie”, „złaż z łóżka”. To zaklęcia czarnoksiężnika, które – mimo nawet jego dobrej woli – są w depresji całkowicie bezużyteczne. Depresja może wystąpić jako samodzielna choroba, ale często towarzyszy chorym somatycznie, także onkologicznie, i tym cierpiącym na przewlekły ból. Niezwykle ważne jest więc leczenie obejmujące nie tylko podstawową chorobę, ale także ob-

jawy depresyjne. Dowiedziono na przykład, że leczenie objawów depresji wpływa na zmniejszenie odczuwania przewlekłego bólu.

Depresja może być chorobą śmiertelną. Oblicza się, że w tej grupie chorych skuteczną próbę samobójczą podejmuje 15–25% osób. Jeśli przytoczymy jeszcze jedną liczbę, że według WHO około 280 mln ludzi na świecie cierpi na depresję, to oznacza, iż samobójstwa w depresji popełnić może od 42 mln do 70 mln osób! Te dramatyczne dane pokazują, że zaklęcia czarnoksiężnika nie działają ozdrowieńczo... Aby rzeczywiście skutecznie pomóc osobom cierpiącym na depresję, trzeba takie cierpienie zrozumieć, wyjść poza obiegowe sądy i stereotypy, wskazać drogi leczenia. Potrzebne jest jesz-

cze to, aby osoby cierpiące na depresję nie wstydziły się jej ani o nią nie obwiniały, jakby to była jakaś zaraźliwa czy deprecjonująca choroba. Nie ma wirusa depresji. Nie świadczy ona o słabości ani nie jest to jakaś „kara za grzechy”. Tego typu przekonania, często mające korzenie w obiegowej mądrości, niszczą motywację do leczenia i opóźniają proces zdrowienia. Kampanie społeczne, takie jak „Twarze depresji. Nie oceniam, akceptuję”, „Forum Przeciw Depresji” oswajają depresję, służą otwarciu na osoby cierpiące na to zaburzenie, i pokazują, jak można z niej wyjść. Przyłączamy się do szczytnych idei tych kampanii, poświęcając depresji ten numer „Wglądu”.

Andrzej Łukasik

## Piąty dzień wojny



Jako mały chłopiec spędziłem kilka tygodni w obozie pionierskim pod Kijowem. Chyba nazywał się Алмазный (Diamentowy), a może inaczej. Mam pewne wspomnienia z tego obozu położonego w pięknym, pachnącym lesie nad małym jeziorkiem. Pamiętam naszego ukraińskiego opiekuna, ciepłego, opiekuńczego mężczyznę w średnim wieku, noszącego na głowie biały letni kaszkiet zawadiacko przesunięty na bok. Pamiętam, że ktoś zatopił drewniano-kartonową miniaturę krążownika (Aurora?) służącego do przejazdów po jeziorze. Podejrzanie padło na nas, Polaków, ale nie jestem pewien, czy ten „sabotaż” rzeczywiście był naszą sprawką. Mam przed oczami obrazy z Kijowa: Ławra Peczerska, Sobór Mądrości Bożej, szerokie ulice, jakiś duży tom towarowy, w którym wydawałem ruble na dziecięce „sprawki”. Niewiele tych wspomnień, okruchy ledwie. Ale teraz, gdy rosyjskie wojska dokonały bestialskiej

inwazji na Ukrainę, wspomnienia wróciły z całą mocą.

Gdy kilka miesięcy temu zaczęliśmy zbierać materiał do tego numeru „Wglądu” o depresji, nikt z nas nie przypuszczał, że jego publikacja przypadnie na czas rosyjskiej inwazji na Ukrainę. W miarę upływu kolejnych tygodni zaczęły jednak dopływać do nas pomruki zbliżającej się wojny. Nadal były to tylko pomruki, ale dziś, gdy piszę ten tekst, nierzeczywiste słało się rzeczywistym. Rosyjskie wojska napadły na europejski kraj, a Polska stała się granicą, której przekroczenie może stać się zarzewiem nowej wojny światowej. Nie wiem, co będzie w momencie, gdy „Wgląd” zostanie opublikowany. Tak jak wielu Polaków, jestem pełen obaw i niepokoju. Nie wiem, co zrobi prezydent Putin jutro lub pojutrze, czy za tydzień. Czy wojska białoruskie dołączą do wojsk rosyjskich i zaleją Ukrainę tysiącami żołdatów? Jaka jest waga gróźb prezydenta Rosji

o użyciu broni atomowej. Czy to tylko bief mający na celu przestraszenie wspólnoty wolnych krajów, element psychologicznej walki, której zadaniem jest siać lęk u ich obywateli i w następstwie prowadzić do uległości, konformizmu, zgody na jego poczynania? A może jest to realna groźba? Widziałem w telewizorze, że na front ściągane są miotacze ognia, potworna broń. Świadczy to o coraz większej desperacji rządzącego Rosją, bo plan wojny błyskawicznej poległ równie szybko jak tysiące rosyjskich żołnierzy, którzy zginęli w walce z Ukraińcami, heroicznie broniącymi swojej Ojczyzny. Jaki jest naprawdę Putin? Na pewno jest dyktatorem z katalogu postaci najmroczniejszych. A czy jest socjopatą? Obawiam się twierdzącej odpowiedzi na to pytanie, bo ciąg dalszy tej wojny może być straszny.

Wojna to nie tylko straty w ludziach – żołnierzach, cywilach – sprzeczanie, terytorium czy straty ma-



terialne związane ze zniszczeniami infrastruktury. To także straty psychiczne. Miliony Ukraińców żyją pod groźbą ostrzału, spadających rakiet i bomb. Wielu doznaje tego skutki bezpośrednio. Wiele milionów ludzi cierpi, bojąc się o siebie i swoich bliskich – zarówno tych, którzy walecznie stawiają opór wojskom najeźdźcy, jak i tych, którzy pozostają w swoich domach i mieszkaniach na terenach, na których toczą się walki. Wielu musiało odbyć przerażającą ucieczkę z kraju. Skutki psychiczne będą różne: zaburzenia lękowe, depresja, zespół stresu pourazowego. Będą zmagać się z tym zarówno żołnierze, jak i cywile, dorośli i dzieci. Jeszcze nie teraz, gdy organizmy walczą ze stresem, pompując hektolitry kortyzolu. Skutki w wielu przypadkach będą opóźnione w czasie, wystąpią nagle. I tu pojawia się zadanie dla wszystkich, którzy w jakiś sposób zajmują się psychiką człowieka: studentów psychologii, pedagogiki, profesjonalistów w tych zawodach. Trzeba Ukraińcom przybywającym do Polski pomóc przejść przez wojenną traumę. Zarówno dorosłym, jak i dzieciom. Nie wystarczy ciepła strawa, ubranie, leki, dach nad głową, doraźne wsparcie psychologiczne. Dobrze, że sprawdziliśmy się jako społeczeństwo w wielkiej ofiarności w tym zakresie, ale to dopiero początek drogi. Trzeba natychmiast objąć długotrwałą opieką pedagogicz-

ną, psychologiczną i psychiatryczną matki, dzieci, babcie i dziadków. Później stworzyć takie same warunki dla weteranów tej wojny, którzy w Polsce powinni znaleźć miejsce na leczenie i rekonwalescencję, także psychiczną. Trzeba też stworzyć godne socjalne warunki służące odpoczynkowi, wyciszeniu się, powrotowi nadziei. To wielkie zadania obliczone na co najmniej miesiące, ale ich realizacja zahamuje negatywne konsekwencje psychiczne przeżyć wojennych u tych osób, co może mieć znaczenie dla zdrowia psychicznego następnego pokolenia.

Mam wielki apel do studentów i studentek naszego Uniwersytetu. Wśród was są Ukraińcy i Ukrainki. Bądźcie z nimi na co dzień. Rozmawiajcie, zabierajcie ze sobą do kawiarni, kina i w inne miejsca. Niech nie będą sami. Zwracajcie uwagę na to, jak radzą sobie w tych trudnych dla nich chwilach. Gdy zauważycie u nich lęk, panikę, ciągły płacz, nagłe zmiany nastroju, izolowanie się, nagłą niezdolność do wysiłku fizycznego lub umysłowego, poczucie bezradności, namówcie na skorzystanie z pomocy psychologicznej. Przy Zakładzie Psychologii UR działa Poradnia Psychologiczna *No stres* – bezpłatna i pracująca według najwyższych standardów etycznych.

Wojna to także los zwierząt. Tak, zwierząt. I ludzie, którzy je mają, starają się je chronić, zabierać w bez-

pieczne miejsca i pieszczotami zmniejszyć przerażenie. Psy czy koty są dla nich ważne, bliskie, są może ostatnim łącznikiem ze spokojnym, choć już utraconym bezpiecznym życiem. Opieka nad nimi to także wyraz humanizmu osób, które troszczą się o nie w tych niewyobraźalnych dla mnie – siedzącego w przytulnym i ciepłym gabinecie – warunkach, gdy mojego poczucia bezpieczeństwa strzegą latające nad głową dzień i noc amerykańskie samoloty rozpoznawcze. Wzruszają mnie widziane w telewizorze sceny z podziemnych schronów, na których ludzie ściskają czule, głaszczą swoje zwierzęta, próbując przynieść im ulgę, a zapewne i samemu znaleźć w tym pocieszenie. Pomóżmy i tym zwierzętom, gdy wraz ze swoimi opiekunami uchodzą do Polski.

Teraz wojna trwa. Jej piąty dzień. Jaki będzie świat, gdy pojawi się „Wgląd”? Nie potrafię odpowiedzieć na to pytanie. Nikt nie potrafi. Jednak nawet gdy wojna się skończy, jej psychologiczne skutki będą trwać długo. Nie tylko wśród Ukraińców, ale i Polaków. Żyjemy przecież w bezpośredniej styczności z tą wojną, za miedzą. To już nie tylko Covid-19, który skutkuje m.in. zwiększaniem liczby zachorowań na depresję, ale także zdarzenie o wiele bardziej groźne dla zdrowia psychicznego – straszna wojna.



**Bardzo ważne jest, żeby rodzic rozumiał i słuchał swoje dziecko. I nie bagatelizował problemów nastolatka**



**Rozmowa Tomasza Gosztyły z Małgorzatą Pruchnik-Surówką, psychiatrą dzieci i młodzieży\***

**Pani Doktor, dziękuję w imieniu redakcji i naszych czytelników, że zgodziła się Pani udzielić nam wywiadu. Chciałbym z Panią porozmawiać na temat kondycji psychicznej dzieci i młodzieży. Zaczniemy od następującego pytania: z jakimi problemami najczęściej zgłaszają się do Pani rodziny?**

Najczęściej przychodzą z powodu zaburzeń depresyjnych u nastolatków, myśli i planów samobójczych, samouszkodzeń oraz zaburzeń lękowych. Nasilenie zaburzeń lękowych obserwujemy obecnie już u małych dzieci, a zaburzenia odżywiania u nastolatków, głównie anoreksję. Ponadto od okresu wakacyjnego stwierdzamy znaczny wzrost ilości używanych przez młodzież substancji psychoaktywnych. To jest w ostatnim czasie nowość dla nas, coś, czego nie obserwowaliśmy rok czy półtora roku temu.

**A jak wpłynęła pandemia na stan zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży?**

Przede wszystkim nasiliła różne zaburzenia psychiczne u dzieci, ale też wiek występowania tych zaburzeń znacznie się obniżył. Obserwujemy wzrost liczby coraz młodszych dzieci hospitalizowanych na oddziale oraz korzystających z porad psychiatry w poradni. Od ostatniego półtora roku widzę też, że ilość leków, które stosujemy, jest większa, zarówno w przypadku młodzieży, jak i dzieci.

**Ten numer „Wglądu” poświęcony jest depresji. Jaka jest dynamika rozpoznania depresji u dzieci i młodzieży na przestrzeni ostatnich lat? Jak to się zmienia?**

Niestety dynamika jest coraz szybsza. Coraz więcej dzieci zgłasza się do nas z zaburzeniami depresyjnymi, coraz więcej jest hospitalizowanych: z myślami samobójczymi, z samouszkodzeniami i po próbach samobójczych, które są coraz bardziej drastyczne. W ostatnim czasie, mniej więcej od września, mamy nawał pacjentów. Tak jak wspominałam, głównie są to dzieci i młodzież z zaburzeniami depresyjnymi, z myślami i planami samobójczymi i z bardzo nasilonymi samouszkodzeniami. Generalnie depresji jest współcześnie

coraz więcej, robiono badania, które pokazały, że odpowiednio u 2 i 7% dzieci i młodzieży aktualnie diagnozuje się te zaburzenia.

**Gdyby mogła Pani powiedzieć naszym czytelnikom, jakie kryteria zdrowia psychicznego młodego człowieka są zakłócone, że w efekcie dochodzi do rozwoju depresji?**

Generalnie jest to zaburzenie i choroba wieloczynnikowa. Duży wpływ mają różne traumatyczne przeżycia, których dziecko doświadczyło. Okres pandemii i lockdownu był w dużej mierze takim czynnikiem traumatycznym, osobiście obserwowałam u dzieci w związku z pandemią i nadmiernym lękiem duży wzrost zaburzeń odżywiania i nerwicy natręctw. Istotny wpływ ma też predyspozycja osobnicza. Najczęściej są to dzieci z zaburzeniami lękowymi, z wysokim samokrytycyzmem przy bardzo niskiej samoocenie. Większość dzieci, kiedy pytam, co lubią w sobie (a już nie pytam, czego nie lubią w sobie...), odpowiada, że nic. To przytłaczające, że dziecko nie jest w stanie znaleźć w sobie jednej rzeczy, którą lubi. Bardzo częste są tego typu zniekształcenia poznawcze rzeczywistości, które obserwujemy u dziecka. Kolejna sprawa to bardzo niskie kompetencje społeczne. Te dzieci mają duży problem funkcjonowaniem w relacjach społecznych. Często są wyalienowane ze swoich grup klasowych i potrzebują bardzo dużej uwagi. Obserwujemy na oddziale, że dzieci konkurują o uwagę ze strony personelu, psychologa, czy lekarza, do tego stopnia, że rywalizują ze sobą w samouszkodzeniach – w ich ilości i głębokości. Każdy sposób zwrócenia na siebie uwagi jest dobry. Często też dziewczynki z zaburzeniami odżywiania, o wysokim dążeniu do perfekcjonizmu, mają zaburzenia nastroju i myśli oraz plany samobójcze. Nastolatki w większości przypadków relacjonują wysokie poczucie beznadziejności, poczucie, że życie nie ma sensu, wszystko jest beznadziejne, brak planów, perspektywy na przyszłość. Kolejnym czynnikiem ryzyka są problemy rodzinne, jak np. zaburzona relacja matki z dzieckiem w okresie wczesnego dzieciństwa. Często dzieci matek depresyjnych



również mają depresję. Już w okresie prenatalnym depresja u matki stanowi istotny czynnik ryzyka dla kondycji psychicznej dziecka w przyszłości. Dalej, matka, która jest niedostępna emocjonalnie w pierwszych okresach życia dziecka. Więc faktycznie tych czynników jest bardzo dużo. Teraz dodatkowo okres pandemii, niejako z automatu, pogłębił różne deficyty rodzinne. W przypadku niewydolnego systemu rodzinnego uzewnętrznił trudności rodziców w radzeniu sobie z tym wszystkim, co się dzieje, stając się dla dziecka dodatkowym czynnikiem ryzyka wystąpienia zaburzeń depresyjnych. Bardzo często sami rodzice psychicznie nie potrafią udźwignąć różnych trudności i nowych wyzwań, którym muszą sprostać w związku z pandemią.

**Wspominała Pani o próbach samobójczych, ryzyko takich zachowań w depresji jest faktycznie wysokie... 30% według najnowszych badań.**

**No właśnie, co powinno zaniepokoić rodzica w zachowaniu dziecka i skłonić go do szukania pomocy poza rodziną?**

Wie Pan, często jest tak, że dzieci długo maskują objawy depresyjne. Przede wszystkim powinno zaniepokoić izolowanie się dziecka. Bardzo wiele dzieci się izoluje, zamyka w swoim pokoju. Ważny jest nadzór nad tym, z kim mają kontakt i w jakie relacje wchodzi na stronach internetowych. Ostatnio udowod-

niono, że współcześnie dużym czynnikiem ryzyka jest to, że rodzice nie mają nadzoru nad cyberprzemocą wobec dzieci ze strony rówieśników. Bardzo dużo dzieci, które trafiły do nas na oddział po różnych próbach samobójczych, doświadczyło takiej przemocy. Kolejny powód do niepokoju to na pewno samouszkodzenia, które są objawem trudności emocjonalnych dziecka. Jest to niepokojący objaw, który sygnalizuje nam, że dziecko nie radzi sobie w różnych sferach swojego życia. Ogólnie, takie załamanie linii życiowej, funkcjonowania dziecka, dotyczące problemów z realizacją obowiązku szkolnego. Dzieci często mówią wprost, że nie mają siły, chęci do codziennej aktywności, nie potrafią wstać z łóżka, mają trudności z koncentracją, skupieniem uwagi, z przyswojeniem wiedzy szkolnej. Zdarza się, że rodzice bagatelizują te problemy oraz komunikaty, które dzieci wysyłają, albo też tłumaczą je okresem dojrzewania... Co jeszcze? Przede wszystkim problemy ze snem, problemy z apetytem, duża labilność nastrojów, duża drażliwość. Typowe dla depresji nastolatków jest to, że tam może nie być nastroju melancholijnego, tylko mogą być nastroje labilne, drażliwe. Podobnie z apetytem – nie tylko następuje spadek apetytu w depresji u dzieci, ale także apetyt może być wzmożony. Ogólne załamanie całej linii funkcjonowania, znacznie odbiegające od normy rozwojowej, jest zatem bardzo niepokojące.

**Chcę jeszcze dopytać: jakie zaburzenia najczęściej współwystępują z depresją u dzieci i młodzieży albo ją maskują, dając mylący obraz kliniczny?**

W ogóle cechą charakterystyczną psychiatrii okresu rozwojowego jest to, że mamy bardzo dużą współchorobowość. My, psychiatry dziecięcy, często stawiamy kilka rozpoznań naszym pacjentkom i pacjentom. Przede wszystkim zaburzenia lękowe. Oprócz nich często obserwujemy u dzieci i młodzieży zaburzenia zachowania i używanie substancji psychoaktywnych. W takiej sytuacji musimy zebrać szczegółowy wywiad, co było pierwotne, a co wtórne. Kolejna rzecz to nadużywanie alkoholu. Nierzadko dzieci mówią nam wprost,



Albrecht Dürer (1471–1528), *Melancholia I* (1514), Staädel Museum, Frankfurt, Wikipedia Commons, Public domain

że np. piją alkohol po to, żeby sobie poprawić nastrój. I, przykładowo, mamy 11-letnie dzieci, które trafiają na oddział z doświadczeniem rocznego spożywania alkoholu. Poza tym wzrasta liczba uzależnionych od substancji psychoaktywnych, głównie jest to amfetamina, marihuana i mefedron. To są trzy substancje, które najczęściej wykrywamy w przesiewowych testach u młodzieży. No i zespół nadpobudliwości psychoruchowej, często współistnieje i maskuje zaburzenia nastroju u nastolatków.

**Jakie są najskuteczniejsze formy terapii depresji w przypadku młodych ludzi?**

Przede wszystkim musimy wyróżnić epizody, które diagnozuje-

my u dziecka. Jeżeli mamy łagodny epizod depresji, to najczęściej najważniejsza jest psychoterapia. W zależności od wieku i występujących trudności musimy dobrać jej formę. Jeżeli zaś stwierdzamy obciążenie rodzinne, zaburzenia nastroju nawracają, albo pojawiają się depresje psychotyczne, bądź też epizod łagodny przechodzi w umiarkowany lub ciężki, to wówczas są to wskazania do farmakoterapii. Często stykam się z tym, że rodzice bardzo boją się leków. Musimy tłumaczyć, że mniejszym ryzykiem jest włączenie leku i poprawa nastroju oraz funkcjonowania dziecka niż próbowanie samej psychoterapii. Zawsze mówię rodzicom, że leczenie w takiej sytuacji jest dwutorowe, zachęcam, bo mam takie doświadczenia, że po odpowiednim czasie po włą-



czeniu leku rodzice przychodzą do poradni i mówią, że jest duża poprawa, że dziecko wróciło do funkcjonowania sprzed epizodu depresyjnego. Często też tłumaczymy rodzicom, że leki, które stosujemy, dzieci muszą brać minimum przez sześć miesięcy, żeby były jakiegokolwiek efekty. Później, jeśli dziecko w miarę dobrze funkcjonuje, leki odstawiamy, ale po pierwszym epizodzie depresji dziecko powinno być w kontroli około rok czasu. W przypadku nawracających epizodów wymaga takiego nadzoru przez minimum dwa lata. No i oczywiście cały czas, nawet jeżeli dziecko nie bierze leków, przede wszystkim wskazana jest psychoterapia. Minimalna częstość spotkań z psychoterapeutą to jeden raz w tygodniu. Na zachodzie Europy udowodniono, że najskuteczniejsza psychoterapia to sesje dwa razy w tygodniu i np. w Holandii psychoterapię dwa razy w tygodniu refunduje taka instytucja, jak nasz NFZ. U nas jest teraz trud-

no z dostępnością psychoterapeutów, którzy mają doświadczenie i wiedzę, jak sobie radzić z nastolatkami, którzy często na takich wizytach deklarują nasilenie myśli, planów samobójczych. Nie każdy psychoterapeuta sobie z tym radzi. To duży problem udźwignąć taką odpowiedzialność i kontynuować psychoterapię w trybie ambulatoryjnym, a nie np. skierować dziecko do szpitala.

**Co może/powinna zrobić rodzina (bliscy), żeby pomóc dziecku zmagającemu się z depresją? A czego robić nie powinna?**

Najważniejsze jest przede wszystkim to, żeby rodzice słuchali swoich dzieci – słuchali ich potrzeb i tego, co mają do powiedzenia. My się bardzo często spotykamy z tym, że rodzice bagatelizują problem. Dziecko komunikuje, że potrzebuje psychologa czy nawet psychiatry, a rodzic mówi: „Ale co ty robisz, wydziwiasz,

nic ci takiego nie trzeba” albo: „Nie trzeba ci psychologa, trzeba ci księdza”. To jest przerażające, jak rodzice nie rozumieją trudności dzieci. Często tłumaczę rodzicom, że to jest zupełnie inna młodzież niż ich pokolenie, że ma inne wyzwania rozwojowe, inne trudności, żyje w zupełnie innych czasach i bardziej doświadcza zaburzeń nastroju. Przede wszystkim rodzice powinni słuchać dziecka, powinni szukać też pomocy. Niekiedy rodzice nie wiedzą, co zrobić, przychodzą i pytają wprost, jak mają postępować. Wiem, że szukają też pomocy w różnych grupach wsparcia, jak sobie radzić z nastolatkami, jak je przede wszystkim rozumieć. No i wreszcie, jeżeli jest to bardzo trudne dla rodzica, są też różne terapie rodzinne. My mamy bardzo dobre doświadczenia z terapiami, w których rodzice uczestniczą, i powiedziałabym, że jest 50% szansy na wyleczenie dziecka, jeżeli rodzina jest współpracująca, ro-



Paul Gavarni (1804-1866), *Melancholia* (1852?), Walters Art. Museum, Baltimore  
 Wikipedia Commons, Public domain

zumiejąca, dostrzegająca też w sobie jakieś trudności, swoje różne problematyczne zachowania. I najczęściej kiedy rodzina tak reaguje na dziecko, to faktycznie efekt leczenia jest bardzo dobry. Konieczne jest systemowe podejście. Psychoterapia, farmakote-

relacjach ludzkich, również rówieśniczych. Wszystko się przeniosło do Internetu. Rodzice, można by powiedzieć, „mają spokój”, mają czas dla siebie, ale dzieci żyją jakby drugim życiem, tym, co się dzieje w sieci. I ci rodzice faktycznie są mało dostęp-

tym dzieciom. Obserwujemy też dążenie do perfekcjonizmu, wzmacnianie przez przekazy wyidealizowanej rzeczywistości w mediach społecznościowych. Szczególnie dziewczynki łatwo identyfikują się z treściami, jakie upowszechniają medialne przekazy, np. Instagram, gdzie lansowane są idealne, perfekcyjnie wyglądające dziewczyny, a to przecież zupełnie odbiega od rzeczywistości.

*Dzieci długo maskują objawy depresyjne. Przede wszystkim powinno zaniepokoić izolowanie się dziecka. Bardzo wiele dzieci się izoluje, zamyka w swoim pokoju...*

rapia i leczenie systemu rodzinnego. Bardzo ważne jest, żeby rodzic rozumiał i słuchał swoje dziecko. I nie bagatelizował problemów nastolatka.

**Jest jeden wątek w Pani wypowiedzi, który mnie bardzo zainteresował. Powiedziała Pani, że rodzice nie rozumieją, że młodsze pokolenie ma zupełnie inne wyzwania i żyje w innej rzeczywistości, a nawet, jeśli dobrze zrozumiałem, zasugerowała Pani, że te wyzwania są większe niż kiedyś. Czy faktycznie tak jest? Co się zmieniło?**

Dużo. Przede wszystkim na pewno dzieci mają to, co chcą. Jak wprost pytam je, czy mają jakieś marzenia, życzenia, to mówią, że nie. Więc to są dzieci, które w małym wymiarze albo wcale nie doświadczały frustracji, zawsze miały to, co chciały, albo, przeciwnie – robiły to, co rodzice im narzucali, więc mają problem ze swoją tożsamością. Często słyszę, że nie wiedzą, czego chcą. Wiedzą, owszem, czego chcą rodzice albo czego od nich wymagają. Dzieci doświadczają też trudności w komunikacji z rodzicami. Ci ostatni zapewniają dobrą materialnie, ale nie są dostępni emocjonalnie. Często spotykam się z rodzinami, w których ludzie żyją pod wspólnym dachem, ale każdy w swoim pokoju. Dzisiaj też niemal całe życie nastolatków przenosi się w wirtualny świat. Ogólnie, od okresu lockdownu dzieci przestały funkcjonować w normalnych, zwykłych

ni. Dzieci często np. próbą samobójczą próbują zwrócić na siebie uwagę. I niekoniecznie potrzebują tych wszystkich dóbr materialnych, tylko dostępnego i rozumiejącego rodzica. Mielśmy na oddziale dziewczynkę, która miała drastyczną próbę samobójczą i to był jedyny moment, kiedy matka była w stanie zwrócić na nią uwagę. Ona wcześniej robiła dużo rzeczy: piła alkohol, we wczesnym okresie podjęła współżycie seksualne, ale nie była w stanie w jakikolwiek sposób swojej mamy poruszyć. Tacy rodzice są, jak ja to mówię, „martwi emocjonalnie”. Techniczni, ale niedostępni. No a w szkołach narasta przemoc ze strony rówieśników, stopień hejtowania, wywyższania się, takiej fali przemocy jest bardzo duży. Ostatnio diagnozowałam dziewczynkę, która była podtapiana przez koleżanki na basenie w trakcie lekcji wf-u z powodu tego, że była bardzo dobrą uczennicą. Dzieci potrafią wyśmiewać za to, że ktoś ma gorsze ciuchy czy przybory szkolne. Nie zawsze adekwatnie reagują na to nauczyciele. Mam takie poczucie, że 70% tego, jak sobie radzi klasa i jakie są relacje w grupie, to jest sukces albo porażka nauczyciela. Kluczowe jest, czy on albo ona potrafi zrozumieć młodych ludzi. Spotkałam się z taką sytuacją, kiedy dziecko było bardzo hejtowane przez rówieśników i pani nauczycielka kazała je przenieść do innej klasy, bo ona sobie „nie radzi z przemocą”... To też był i jest problem w lockdownie, że szkoła nie potrafi pomóc

**Bardzo dziękuję za ciekawy wywiad.**

**\*Małgorzata Pruchnik-Surówka**  
Absolwentka Uniwersytetu Medycznego, Wydziału Lekarskiego we Wrocławiu. Tytuł specjalisty psychiatrii uzyskała w Klinice Psychiatrii SPSK 1 w Lublinie, pracując w SP ZOZ w Jarosławiu. Tytuł specjalisty psychiatrii dzieci i młodzieży uzyskała w Klinicznym Oddziale Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży w Łańcucie, z którym jest związana od 12 lat. Ma wieloletnie doświadczenie kliniczne w pracy na Oddziale Psychiatrii, w Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży. Związana jest z Ośrodkiem Cogito od początku jego funkcjonowania, w zakresie diagnozy zaburzeń ze spektrum autyzmu, leczenia ambulatoryjnego dzieci i młodzieży. Jest też wykładowcą na Uniwersytecie Rzeszowskim w Kolegium Nauk Medycznych na Wydziale Lekarskim. Obecnie pełni funkcję kierownika Klinicznego Oddziału Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży w Łańcucie.

Andrzej Łukasik

## Leczenie ciemności. Cz. I



Pierwsze wzmianki na temat depresji pochodzą już z II wieku p.n.e. z Mezopotamii. Przez wieki leczono ją różnie: i nieskutecznie, i niehumanitarnie, jak inne choroby psychiczne. Ale przyszedł też czas pionierskich poszukiwań nowych sposobów traktowania chorych i terapii: farmakologicznej, chirurgicznej i psychologicznej. Dzięki temu dzisiaj leczenie tej choroby jest skuteczne.

Dominującymi emocjonalnymi barwami w depresji są apatia i smutek, osiągające często poziom bezbrzeżnego przygnębienia. Choć współcześnie depresja stanowi ogromnie ważny problem natury medycznej, psychologicznej, społecznej i osobistej – ze względu na częstość występowania, ryzyko samobójstwa, koszty leczenia, dezorganizujący wpływ na rodzinę i pracę pacjenta oraz cierpienie, które jej towarzyszy – depresja nie jest chorobą jedynie dzisiejszej cywilizacji.

### Demony depresji

Pierwsze wzmianki na temat depresji pochodzą z II wieku p.n.e. z Mezopotamii, gdzie uznawano ją za skutek owładnięcia przez demony. Tak zresztą tłumaczono depresję w wielu starożytnych kulturach. Z powodu takiego przekonania chorych często traktowano biciem, uwięzieniem, spętaniem i głodem, próbując w ten sposób owe demony wypędzić. Z kolei bardziej światli lekarze greccy i rzymscy stosowali w leczeniu swoich pacjentów metody terapeutyczne, takie jak: gimnastyka, masaże, dieta, muzyka, kąpiele oraz leki zawierające ekstrakt z maku (opium) i osłe mleko. Wiele z tych metod zalecano zresztą także i wiele wieków później (może z wyjątkiem osłego mleka), choć skuteczność większości z nich była raczej iluzoryczna, ale przynajmniej nie zadawały pacjentom dodatkowych cierpień. Niektóre mogą być natomiast stosowane w profilaktyce depresji, z niedawnych badań wynika, iż aktywność fizyczna redukuje ryzyko zachorowania (Choi i in., 2019).

Hipokrates, grecki lekarz (zm. ok. 377 p.n.e.), zasugerował, że depresja, nazywana melancholią, była spowodowana brakiem równowagi między czterema płynami ustrojowymi zwanymi humorami: żółtą żółcią, czarną żółcią, flegmą i krwią. Podejście greckich lekarzy znamionowało zatem nowatorstwo: zamiast demonów zaczęli jako przyczy-

nę depresji spostrzegać fizjologiczne dysfunkcje w organizmie. Nie był to, co prawda, strzał w dziesiątkę, raczej jeszcze kilka metrów od tarczy, ale przynajmniej odrzucono teorię „owładnięcia”, której celność najlepiej wyraża spętanie i głód jako metody terapeutyczne. Nie, nie śmieję się, a raczej ironizuję, bo zdaję sobie sprawę, że metody leczenia są tak adekwatne, jak wiedza na temat zaburzeń. Innej wiedzy wtedy po prostu nie było. W dodatku w historii nauki, w tym także medycyny i psychologii, nieraz pojawiały się błędne teorie. To uczy pokory.

Melancholia w starożytnej Grecji nie była tylko odrębną „jednostką” chorobową. Przypisywano ją także innym zaburzeniom. Badacze historii psychiatrii zwracają uwagę na rolę symboli kulturowych, wokół których koncentrują się pewne wyobrażenia związane z zaburzeniami psychicznymi. Dotyczy to m.in. likantropii, zaburzenia polegającego na przekonaniu, że człowiek ma zdolność do transformowania się w zwierzę. Często takim symbolem jest wilkołak (Metzger, 2013), którego archetyp wędruje zresztą przez wieki i można go spotkać nawet we współczesnych obrazach filmowych. Starożytna medycyna grecka opisywała cierpiących na likantropię jako melancholików, którzy nie są niebezpieczni ani dla siebie, ani dla innych, a cierpią na ciężką suchość ciała, wędrują w nocy, podążają drogami wilków lub psów, i przeważnie kręcą się do świtu przy nagrobkach. Leczenie obejmowało upuszczanie krwi, lekką dietę i różne leki mające na celu zminimalizowanie szkodliwego wpływu czarnej żółci na organizm pacjenta (Metzger, 2013).

W dawnych czasach stosowano również metody chirurgiczne leczenia zaburzeń, także tych psychicznych. Zabiegi trepanacji czaszki przeprowadzano najprawdopodobniej już u prehistorycznych Inków i uważano, że przez wydrążoną w czaszce dziurę będą mogły uciec demony, które zosta-

ły w kostnej puszcze uwięzione (Faria, 2013). Metodę tę stosowano także w średniowieczu i renesansie do leczenia epilepsji oraz „szaleństwa” i można ją uznać za początek psychochirurgii (Faria, 2013). Wiele lat później, w 1935 roku – już bez odwoływania się do demonów, a na gruncie konkretnej teorii naukowej – neurologowie Antonio Moniz i Almeida Lima wykonali pierwszą leukotomię czołową, zabieg polegający na odseparowaniu okolic przedczołowych od reszty mózgu. Antonio Moniz to postać o życiorysie tak bogatym, że można by nim obdzielić kilka przynajmniej osób: delegat Portugalii na konferencję pokojową w Wersalu po I wojnie światowej, portugalski minister spraw zagranicznych, w 1951 roku kandydat na prezydenta Portugalii (odmówił), tancerz, karciarz, uznany literat, pięciokrotnie nominowany do Nagrody Nobla (Lass i in., 2012). Nagrodę Nobla otrzymał w 1949 roku za pionierskie zabiegi leukotomii, w której przerywano połączenia w obrębie istoty białej między korą przedczołową a wzgórzem, a które zastosowano do leczenia m.in. schizofrenii i depresji. W latach 60. ub. wieku metodę tę zarzucono ze względu na skutki uboczne, różne kontrowersje natury etycznej oraz odkrycie skutecznych leków.

### Obalenie Bastylia przez Pinela

Sytuacja osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym także depresją, pozostawała upiorna przez wieki. Przetrzymywano je w zakładach dla obłąkanych – szumnie nazywanych szpitalami – nadal traktowano biciem, zanurzaniem w zimnej wodzie, zakuwaniem w łańcuchy i innymi środkami brutalnej przemocy. Pacjentów nie uważano za chorych, bo choroby psychiczne traktowano jako karę za grzechy, stąd nie podpadały one pod medycynę, lecz raczej pod surowy osąd moralny, którego konsekwencją było społeczne wykluczenie i ostracyzm. W zasadzie jedynym celem takich zakładów była przymusowa izolacja chorych od otoczenia, a nie ich leczenie.

Milowy krok w traktowaniu chorych z zaburzeniami psychicznymi uczyniono dopiero za sprawą lekarza Philippe'a Pinela, uważanego obecnie za pionie-

ra i ojca współczesnej psychiatrii. Lata 1789–1799 we Francji to czas Rewolucji Francuskiej, dzięki której doszło do głębokich zmian polityczno-społecznych i detronizacji monarchii Burbonów. Obalono Bastylię, w której więziono ludzi – symbol władzy króla i bezprawia. Sformułowano Deklarację Praw Człowieka i Obywatela dającą człowiekowi prawo do wolności i bezpieczeństwa oraz równości wobec prawa. To także czas rewolucji w traktowaniu pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, zapewne pod wolnościowym wpływem ducha francuskiej insurekcji, ale zapoczątkowanej pewnym osobistym zdarzeniem, które w decydujący sposób wpłynęło na dalsze życie Pinela.

W 1783 roku Pinel przeżył tragedię. Na psychozę dwubiegunową zapadł jego przyjaciel, studiujący prawo w Paryżu. Czasem czuł się euforycznie i był najwspanialszym prawnikiem Francji, później jednak popadał w skrajne przynębienie. Pewnego dnia wybiegł do lasu i zmarł tam z wyziębienia. To wydarzenie spowodowało tak głęboki wstrząs u Pinela, że postanowił poświęcić się psychiatrii. To właśnie Philippe Pinel, gdy w 1792 roku został kierownikiem jednego ze szpitali, uwolnił z kajdan pacjentów psychiatrycznych i zakazał stosowania opresyjnych metod leczenia. Był przekonany, iż szpital powinien mieć ozdrowieńczy wpływ na pacjentów, zatem zalecał czystość pomieszczeń i pacjentów, lekką dietę, terapię zajęciową i ustanawianie szpitali w miejscach otoczonych przyrodą ze względu na jej łagodząco-ozdrowieńczy wpływ. Pinel wprowadził terapię znaną pod nazwą terapii moralnej, obejmującej życzliwość i cierpliwość w stosunku do pacjenta, rekreację, spacer i przyjemną rozmowę, którą można uznać za prototyp psychoterapii. Swoimi ideami i działaniami Philippe Pinel obalił Bastylię, w której przez wieki więziono zarazem psychiatrię, jak i jej pacjentów. Wkrótce znalazł naśladowców, co zaowocowało poprawą losu pacjentów także poza Francją.

### Apteczka psychiatrii

W leczeniu depresji, podobnie zresztą jak innych zaburzeń psychicznych, nie dysponowano wieloma lekami. Stosowano opium, także w formie nalewki pod nazwą Laudanum, której lecznicze znaczenie odkrył w wieku XVI Paracelsus. Uważano zresztą, iż jest to lek nie tylko na depresję, ale w zasadzie na wszystko. Tak zaczęła się kariera



Hieronim Bosch (1450–1516), *The Extraction of The Stone of Madness, Uzuwanie kamienia szaleństwa*, 1494? Museo del Prado, Madrid, Spain. Wikipedia, Public domain

tego specyfiku trwająca ponad 250 lat, aż wreszcie ze względu na uzależniające właściwości uznano go za narkotyk i ograniczono do niego dostęp. Stosowano kilka innych leków, ale i tak „apteczka” psychiatrii nie była zbyt bogata.

Sytuacja zmieniła się diametralnie na przełomie lat 50. i 60. ubiegłego wieku. Gruntownie opisuje to Jeffrey Liberman, były szef Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, w książce „Czarna owca medycyny. Nieopowiedziana historia psychiatrii” (recenzja w poprzednim numerze „Wglądu”). Pod koniec 1955 roku szef działu farmakologii firmy farmaceutycznej Geigy spotkał się z Rolandem Kuhnem, znakomitym, młodym psychiatrą, szefem szpitala psychiatrycznego, na brzegu Jeziora Bodeńskiego. Poprosił go o przetestowanie 40 różnych związków chemicznych pod względem ich leczniczej skuteczności w leczeniu psychoz. Kuhna interesowała jednak depresja, nie schizofrenia. Nie mówiąc nic firmie Geigy, podał pacjentom cierpiącym na głęboką depresję substancję oznaczoną G 22355. Szóstego dnia po podaniu substancji jedna z pacjentek obudziła się w odmienionym, dobrym nastroju. Także inni pacjenci stali się bardziej

pogodni. Firma Geigy jednakże nie zwróciła uwagi na odkrycie Kuhna, bo interesowało ją głównie poszukiwanie skutecznego leku antypsychotycznego. Również naukowcy całkowicie zignorowali jego odkrycie. Wydawało się więc, że lecznicze działanie G 22355 nigdy nie zostanie wykorzystane, a odkrycie Kuhna trafi do naukowego śmietnika, dzieląc los wielu innych „wynałazków”. Przypadek zadecydował jednak inaczej. Pewien biznesmen dowiedział się, iż Kuhn jest ekspertem od zaburzeń depresyjnych, i zwrócił się do niego o pomoc dla żony cierpiącej na głęboką depresję. Kuhn zalecił G 22355, po tygodniu depresja zaczęła ustępować. Wdzięczny biznesmen wpłynął na firmę Geigy, aby zainteresowała się G 22355, i wreszcie zaczęto lek oficjalnie testować pod nazwą imipramina. W ten sposób narodził się pierwszy skuteczny środek ratujący chorych z depresji. Był to pierwszy lek z grupy tzw. leków trójpierścieniowych, ze względu na specyficzną budowę molekularną.

Imipramina odniosła sukces na całym świecie. W leczeniu depresji stosowano także leki z grupy inhibitorów MAO, czyli inhibitory monoaminooksydazy. Enzym – monoaminooksy-

daza – został odkryty już w 1937 roku i odpowiada, poprzez szereg procesów chemicznych, za wzrost poziomu niektórych neuroprzekazników w synapsach, czyli miejscach, w którym komórki nerwowe komunikują się ze sobą przesyłając informację. Zauważono, że podawanie inhibitorów MAO euforyzuje pacjentów. W latach 50. ub. wieku leki z tej grupy zastosowano u pacjentów z depresją, ale w połowie lat 60. zaczęto wycofywać się z ich stosowania ze względu na skutki uboczne.

To, co niezwykle istotne w odkryciu imipraminy i innych leków antydepresyjnych, to zmiana rozumienia choroby psychicznej, w tym depresji. Leki te narodziły się bowiem z przekonania biologicznie zorientowanych badaczy, którzy uważali, że psychozy czy depresja, są związane z jakąś dysfunkcją neuronalną, a więc mówiąc prościej, ich podłoże jest w mózgu. Taka zmiana optyki zaowocowała całą serią nowych leków skierowanych na neuroprzekazniki w mózgu, zastosowaniem w połowie lat 70. ub. wieku grupy leków SSRI (*selective serotonin reuptake inhibitor*), których zadaniem jest tzw. selektywne hamowanie wychwytu zwrotnego serotoniny, neuroprzekaznika, którego obniżony poziom uznano za mocno skorelowany z depresją. Leki te zwiększają stężenie serotoniny w szczelinie synaptycznej pomiędzy neuronami, co skutkuje wzrostem neuroprzekaznictwa z jednej komórki nerwowej do drugiej.

Leki SSRI są stosowane wspólnie, nie tylko ze względu na terapeutyczną efektywność, ale i znacząco mniejszą liczbę skutków ubocznych niż skutki pierwszych leków antydepresyjnych. Stosuje się także inne leki, np. inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI, *serotonin norepinephrine reuptake inhibitor*). Dalsze poszukiwania w zakresie farmakoterapii skierowane są nie tylko na znalezienie coraz bardziej skutecznych leków, ale i takich, które w jak najmniejszym stopniu będą obciążać pacjenta skutkami ubocznymi.

### Fizyką w mózgu

Metody farmakologiczne nie były jedynymi, które wykorzystano w walce z depresją. Należy wspomnieć m.in. o terapii elektrowstrząsowej, ECT (*electroconvulsive therapy*) należącej do grupy metod neuromodulacji, których celem jest zmiana funkcjonowania neuronów. Metoda wywodzi się

z niekonwencjonalnego założenia, by wykorzystać jedną chorobę do leczenia innej, do czego przyczyniło się odkrycie terapii malarią w leczeniu kiły układu nerwowego (Suleman, 2020). W roku 1927 Nagrodę Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny otrzymał Austriak, prof. Julius Wagner-Jauregg, obrońca eugeniki, który z czasem poparł nazizm. Jego metoda leczenia kiły układu nerwowego polegała na zakażaniu pacjentów zarodźcem najmniej groźnej odmiany malarii. Wrażliwa na wysoką temperaturę bakteria kiły – krętek błady – nie wytrzymała gorączki związanej z malarią. Z kolei wyleczenie malarii było stosunkowo proste z wykorzystaniem chininy, która wtedy była już dostępna. Była to jednak metoda niebezpiecznie radykalna, umierało ok. 15% pacjentów, i wkrótce ją zarzucono.

Po raz pierwszy skorzystano z ECT w 1938 roku we Włoszech w leczeniu chorego na schizofrenię. Lekarze zastosowali 110 woltów prądu przemianowego przez 0,2 sekundy i skutecznie wywołali napad padaczkowy z drgawkami. Pacjent w trakcie hospitalizacji został poddany jeszcze 10 takim zabiegom i skutecznie złagodzone jego psychozę, tak że był w stanie wrócić do żony i pracy. Później stosowano ECT także u pacjentów z depresją, szczególnie z depresją odporną na leczenie farmakologiczne. Współcześnie stosuje się także inne techniki neuromodulacji, jak np. TMS (przezczaszkowa stymulacja magnetyczna – *transcranial magnetic stimulation*), w której zmienne pole magnetyczne wzbudza, poprzez indukcję elektromagnetyczną, pobudzenie elektryczne w określonym obszarze kory mózgowej. TMS stosuje się m.in. do leczenia chorych po udarze i w leczeniu bólu, ale znalazła także zastosowanie w leczeniu depresji (Kossut, 2020).

Metody neuromodulacyjne, w szczególności terapia elektrowstrząsowa, nie cieszą się dobrą opinią, przede wszystkim ze względu na niezajomość tych technik wśród pacjentów, strach przed nimi („majstrują przy mojej głowie, co z tego wyniknie?”) i wpływ pewnych filmów przedstawiających ich dramatyczny przebieg, np. z napadem padaczkowym, co w początkowym etapie stosowania ECT rzeczywiście było prawdą. Jednak obraz ten odbiega od rzeczywistości współcześnie stosowanej ECT: zabiegu dokonuje się w znieczuleniu ogólnym, przy podaniu środków zmniejszających napięcie mięśniowe

i nie dochodzi do napadów padaczkowych, a skutki uboczne są zazwyczaj niewielkie i przemijające.

### Genetyczne tropy

W schemat biologicznego myślenia o zaburzeniach wpisuje się także poszukiwanie genetycznego podłoża depresji. Było to możliwe dzięki znaczącemu od początku ubiegłego stulecia rozwojowi genetyki. Komponent genetyczny depresji został potwierdzony w wielu badaniach (np. Mullins i Lewis, 2017). Na przykład badania genetyczne prowadzone na bliźniętach wskazują na odziedziczalność depresji na poziomie 37% (cyt. za Schadrina i in., 2018). Ale tu ważna uwaga: choć termin ten może kojarzyć się z dziedziczeniem jakiejś cechy (a więc np. depresji po depresyjnym ojcu), to nie oznacza to, iż istnieje prawie 40% ryzyko zachorowania, a jedynie, że jest to miara statystyczna pozwalająca określić, na ile różnice w zakresie jakiejś cechy zależą od różnic genetycznych między poszczególnymi osobami, a na ile od wpływów środowiskowych. Jeśli więc wskaźnik odziedziczalności wynosi np. 40%, to 40% zmienności owej cechy można przypisać czynnikom genetycznym, a 60% środowiskowym (Oniszczenko, 1999). I co istotne, ponieważ miara ta obowiązuje tylko w odniesieniu do konkretnej populacji osób badanych, żyjących w konkretnym środowisku, to badanie w innej populacji, ze względu na odmienny wpływ środowiska, może być inne.

Rezultaty badań genetycznych nie wskazują, że istnieje jakiś jeden gen depresji. Przeciwnie, depresja jest uwarunkowana poligenetycznie, czyli interakcją różnych wariantów genów (Mullins i Lewis, 2017). Wyniki badań nie oznaczają także, że depresja jest uwarunkowana tylko genetycznie. Należy raczej mówić o interakcji czynników genetycznych i środowiska. Środowiskowe czynniki ryzyka są dobrze poznane i obejmują izolację społeczną, bezrobocie i stresory w związkach. Znęcanie się lub zaniedbanie w dzieciństwie jest jednym z najsilniejszych środowiskowych czynników ryzyka, ponad dwukrotnie zwiększającym ryzyko depresji w dorosłym życiu (Mandeli i in., 2015). Badanie uwarunkowań genetycznych depresji nie jest oczywiście zakończone i choć istnieją już pewne „wytypowane genetyczne kandydatury” związane z predyspozycjami do depresji, to nadal są one przedmiotem badań.

Andrzej Łukasik

## Leczenie ciemności. Cz. II



Nie tylko psychiatria poszukiwała skuteczniejszych sposobów leczenia depresji. Sprawdzone także skuteczność terapii typowo psychologicznych. Zygmunt Freud stworzył psychoanalizę. Według jego koncepcji depresja jest stanem straty i żałoby. Inni naukowcy i terapeuci poszli jednak w innych kierunkach. Dokąd wiodły te drogi w leczeniu i rozumieniu depresji?

Psychiatria jest dziedziną medycyny i chociaż poprzez tradycję, postacie niektórych mistrzów i główne przedmioty zainteresowania psychologia jest z nią blisko spokrewniona, to nie ma możliwości leczenia takimi środkami, np. farmakologicznymi, którymi dysponuje psychiatria. Psychologia rozwija natomiast psychoterapię. Gdzie więc była psychologia, gdy szukano ratunku dla osób cierpiących na depresję?

### Wieder, środa godzina 21

W drugiej połowie XIX wieku mieszkający w Wiedniu Zygmunt Freud stworzył psychoanalizę, według której problemy psychiczne pacjentów są wynikiem nieświadomych konfliktów wewnętrznych. W ich leczeniu można wykorzystać specyficznie prowadzoną rozmowę – nazywaną przez Freuda terapią rozmową – oraz hipnozę, aby wydobyć te nieświadome treści, które są przyczyną cierpienia pacjenta. Na pierwsze spotkania przy kawie i cygarach służące dyskusjom idei psychoanalitycznych, które z czasem stały się tradycją, przybywało tylko czterech entuzjastów Freuda: Alfred Adler, Max Kahane, Rudolf Reitler i Wilhelm Stekel. Regularne środowowe spotkania zaczynające się o godzinie 21 stały się zaczątkiem Środowego Towarzystwa Psychologicznego. Nikt wtedy nie przypuszczał, że z tej małej grupy psychoanalitycznej wkrótce rozwinie się potężny nurt, który na lata zdominuje psychiatrię, zarówno jeśli chodzi o teorię powstawania zaburzeń, jak i metodę jej leczenia – psychoanalizę. Widziano w psychoanalizie przełomową metodę terapii różnych zaburzeń, również depresji.

Wykład o depresji Freud zamieścił w pracy „Żałoba i melancholia” (1917), przedstawione tam poglądy zdominowały ówczesne myślenie o tym zaburzeniu. Według psychoana-

lizy freudowskiej depresja jest stanem po stracie tego, do czego człowiek czuje się głęboko przywiązany, wokół czego koncentruje swój popęd – libido, np. bliskiej osoby. Osoba depresyjna doznaje rozczarowania – utraty obiektu miłości. Libido pierwotnie skoncentrowane na (utraconym później) obiekcie kieruje się zastępczo na ego osoby doznającej straty. W ten sposób osoba identyfikuje się z utraconym obiektem, które staje się częścią jej ego, zaś złość odczuwana wcześniej wobec utraconego obiektu zostaje zastępczo skierowana na samego siebie. Prowadzi to do obniżenia samooceny, samooskarżeń, a nawet samobójstwa. Mówiąc prościej, jeśli usłyszelibyście od swojej narzeczonej/narzeczonego pięć minut przed wejściem do kościoła, aby stanąć przed ślubnym ołtarzem, że nie może wziąć z Wami ślubu, bo jednak kocha kogoś innego, to najpierw poczulibyście wściekłość do wybranej/wybranaka, a z biegiem czasu do samego siebie. W efekcie odczuwalibyście złość na siebie i obwiniali siebie za tę sytuację, pograżając w depresji.

Freud został zaproszony do Ameryki przez psychologa G. Stanleya Halla do odebrania doktoratu honorowego na Clark University i przy tej okazji wygłosił wykłady o psychoanalizie. Słuchacze byli pod wielkim wrażeniem zarówno osobowości samego mówcy, jak i tego, co mówił. Freud znalazł pośród nich wielu sprzymierzeńców i zwolenników. Amerykańska psychiatria dreptała w tym czasie w miejscu i idee Freuda trafiły na podatny grunt – głód nowych koncepcji człowieka i leczenia zaburzeń – zapoczątkowując potężny ruch do przodu w psychiatrii oraz psychologii, i z czasem zdobywając absolutną dominację. Z dzisiejszej perspektywy wiele można pisać – także złośliwie – o fałszywych tropach psychoanalizy, jej ślepych zaułkach, teoretycznych łamań-

cach, terminologii z pogranicza sekciarstwa, błędach myślowych samego Freuda, negatywnych efektach hegemonii psychoanalizy, która wyparła inne koncepcje, i być może nawet w ten sposób zahamowała rozwój leczenia zaburzeń psychicznych. Trudno jednak nie zauważyć jej wkładu w rozumienie głębokich psychicznych mechanizmów zaburzeń oraz sukcesów w ich leczeniu, tym bardziej że i w samej psychoanalizie nastąpił wielokierunkowy rozwój. Betonową ścianą dla psychoanalizy stały się psychozy. W ich przypadku psychoanaliza nic nie wskórała. Zaczął się odwrót od psychoanalizy w kierunku biologicznego modelu zaburzeń, w kierunku poszukiwania ich przyczyn w funkcjonowaniu mózgu. W ten nurt rewizji psychoanalitycznego myślenia o depresji wpisuje się powstała pod koniec lat 60. ub. wieku teoria i terapia poznawcza Aarona Becka.

### Depresyjne schematy w myśleniu

Aaron „Tim” Beck, syn żydowskich emigrantów z Rosji, urodził się w Rohde Islands w USA w 1921 roku (zob. w tym numerze „Wglądu” biografię Aarona Becka autorstwa Anny Lenart). Beck, jako psychiatra, był bardzo mocno przekonany o słuszności psychoanalitycznej teorii depresji, według której depresja powstaje w efekcie skierowania na siebie wrogości pierwotnie ukierunkowanej na obiekt, który się straciło (za to, że „odeszła”), a w efekcie pojawia się niskie poczucie własnej wartości i przekonanie, że na sukces się nie zasługuje. Idąc dalej można więc założyć, że osoby w depresji powinny czuć się lepiej, gdy poniosą porażkę (bo to potwierdza ich niskie poczucie wartości i potrzebę samoobwiniania), a gorzej, jeśli odniosą sukces (bo zaprzecza ich poczuciu niskiej wartości). Beck zaprojektował eksperyment, by sprawdzić słuszność teorii, i ku jego zdumieniu okazało się, że jest odwrotnie: badani czuli się gorzej po porażkach, zaś lepiej po sukcesach (a więc według całkiem „normalnej” zasady!). W umyśle Becka pojawił się wielki znak zapytania co do słuszności teorii psychoanalitycznej na temat depresji. Uwaga Becka

zwróciła się ku procesom poznawczym pacjentów: zakłóconym myślom, które nawiedzały ich automatycznie, pewnym sztywnym destrukcyjnym schematom myślowym na temat siebie i świata (np. minimalizowaniu i wyolbrzymianiu – własne sukcesy są minimalizowane, a porażki powiększane). Beck uznał, iż to nie wrogość przeniesiona na siebie, ale zniekształcone schematy rozumowania i myślenia prowadzą do depresji. Według niego istnieją trzy główne dysfunkcyjne „schematy”, które dominują w myśleniu ludzi z depresją: 1) jestem wadliwy lub nieadekwatny, 2) wszystkie moje doświadczenia prowadzą do porażek, oraz 3) przyszłość jest beznadziejna. Razem te trzy schematy określa się jako negatywną triadę poznawczą lub triadę depresyjną. Kiedy takie przekonania są obecne w czymś poznaniu, jest bardzo prawdopodobne, że wystąpi depresja. Aaron Beck

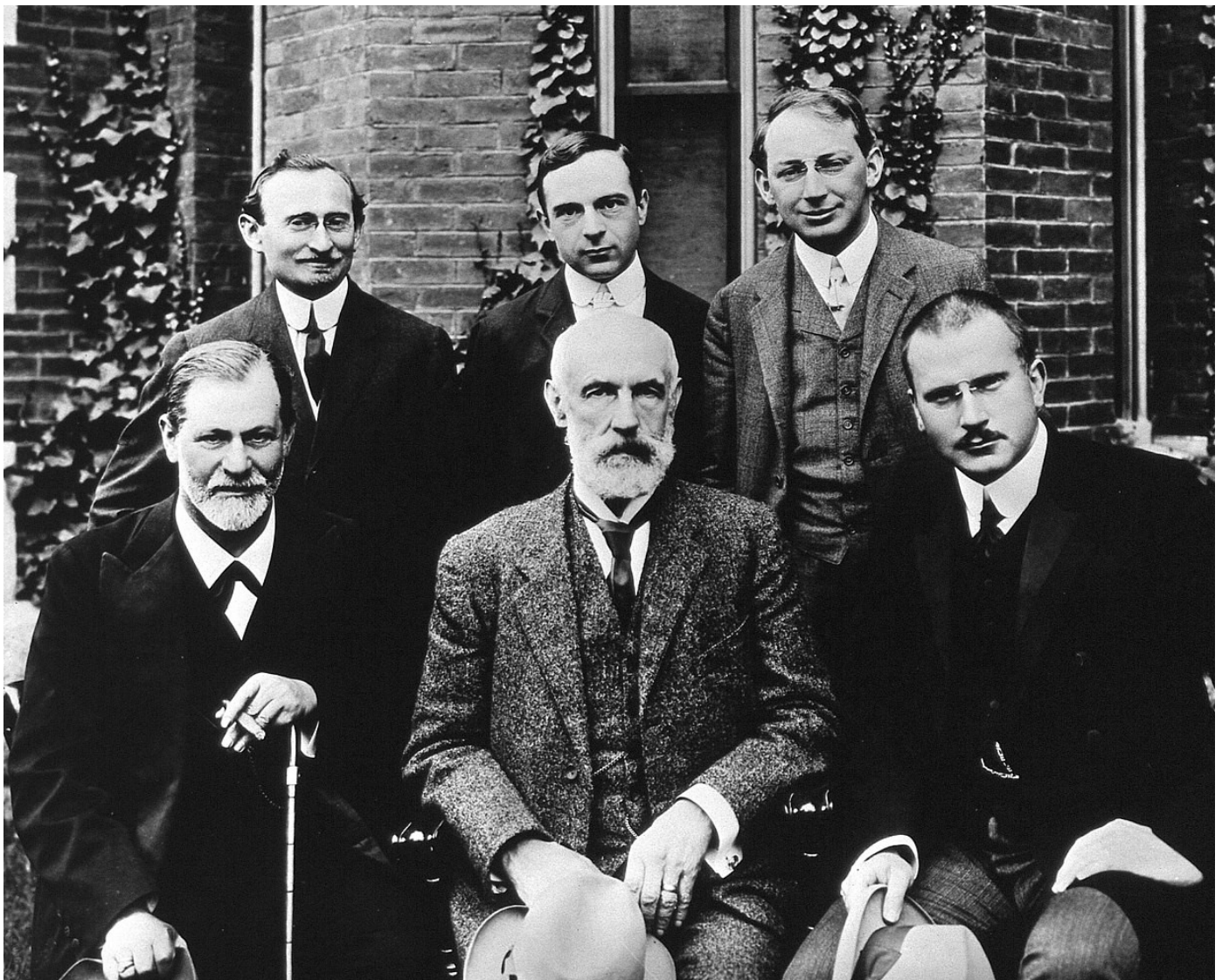
opracował krótkoterminową metodę leczenia polegającą na konfrontacji z rzeczywistością tych myśli, pracy nad zniekształceniami w myśleniu pacjenta o sobie i świecie. Tak narodziła się terapia poznawcza, która ze względu na pewne behawioralne aspekty oddziaływań terapeutycznych (np. uczenie rozpoznawania negatywnych myśli) nazywana jest terapią poznawczo-behawioralną (*cognitive behavioral therapy*, CBT). CBT ma zastosowanie w wielu obszarach zaburzeń i wiele danych badawczych świadczy o jej terapeutycznej skuteczności (np. Hiltunen i in., 2013; Yusop i in., 2020).

### Depresja – przekleństwo *Homo sapiens*?

Historia depresji może jednak sięgać dalej niż wspomniane już wzmianki ze starożytnej Mezopotamii. Niektórzy naukowcy przypuszczają, że choroba ma

odległy rodowód mierzony wiekami ewolucyjnymi. Objawy depresji zostały bowiem znalezione w każdej kulturze, w tym w małych społecznościach, takich jak Ache z Paragwaju i Kung w południowej Afryce — społecznościach, w których ludzie żyją w środowiskach podobnych do tych, które panowały w naszej ewolucyjnej przeszłości. Sugeruje to więc, że depresja skojarzona jest w jakiś sposób z rozwojem gatunku *Homo sapiens* i nie musi być traktowana tylko jako zaburzenie.

W artykule opublikowanym w 2010 roku w *Psychological Review* Paul W. Andrews i J. Anderson Thomson stwierdzili, że depresja jest w rzeczywistości ewolucyjną adaptacją, stanem umysłu, który wiąże się z realnymi kosztami, ale także przynosi istotne korzyści. Jeden z powodów, by podejrzewać, że depresja jest adaptacją, a nie wadą, pochodzi z badań nad cząsteczką



Freud z wizytą w Clark University (1909). W pierwszym rzędzie: Sigmund Freud, Granville Stanley Hall, Carl Gustav Jung; z tyłu: Abraham Brill, Ernest Jones, Sandor Ferenczi. Wikipedia. Public domain

w mózgu znaną jako receptor 5HT1A. Receptor 5HT1A wiąże się z serotoniną, inną cząsteczką w mózgu, która jest wysoce zaangażowana w depresję i jest celem działania większości obecnych leków przeciwdepresyjnych. Gryzonię pozbawione tego receptora wykazują mniej objawów depresyjnych w odpowiedzi na stres, co sugeruje, że jest on w jakiś sposób zaangażowany w promowanie depresji. Kiedy naukowcy porównali skład funkcjonalnej części szczurzego receptora 5HT1A do składu ludzkiego, okazało się, że jest on w 99% podobny. Pozwala to przypuszczać, iż receptor ten jest tak ważny, że został zachowany w procesie ewolucji przez dobór naturalny, a zatem przynosi jakieś istotne korzyści. Ale jakie korzyści? Osoby z depresją często intensywnie myślą o swoich problemach. Te powtarzające się niemal obsesyjnie myśli noszą nazwę się ruminacji. Osoby z depresją mają trudności z myśleniem o czymkolwiek innym. Liczne badania wykazały również, że ten styl myślenia jest wysoce analityczny. Osoby z depresją, zastanawiając się nad złożonym problemem, dzielą go na mniejsze elementy, które są rozpatrywane pojedynczo, co ułatwia ich rozwiązanie. W wielu przypadkach takie analityczne „dzielenie włosa na czworo” może być użyteczne przy rozważaniu złożonych problemów intelektualnych. Cytowani badacze uzyskali wyniki świadczące

o tym, że wyższy poziom depresyjności jest skorelowany z wyższym ilorazem inteligencji. Inna korzyść związana jest ze sferą społeczną. Różne badania wykazały, że osoby w stanach obniżonego nastroju lepiej radzą sobie z rozwiązywaniem dylematów społecznych. „Pomyśl o kobiecie z małymi dziećmi, która odkrywa, że jej mąż ma romans. Czy najlepszą strategią żony jest ignorowanie tego, czy zmuszanie go do wyboru między nią a drugą kobietą i ryzyko porzucenia? Eksperymenty laboratoryjne wskazują, że osoby depresyjne lepiej radzą sobie z rozwiązywaniem dylematów społecznych dzięki lepszej analizie kosztów i korzyści różnych opcji, z których mogą skorzystać, uważają autorzy artykułu. Jednakże absolutnie nie zaprzeczają oni istnienia depresji jako zaburzenia. Twierdzą raczej, że nie wszystkie formy depresyjności od razu świadczą o dysfunkcji, którą powinno się szybko podciągnąć pod diagnozę depresji. I to właśnie osoby z tego kręgu mogą odnosić istotne korzyści społeczne i osobiste.

#### Zakończenie

Depresja jest jednym z najczęstszych zaburzeń psychicznych, a niektóre sytuacje społeczne, jak panująca obecnie pandemia Covid-19, czy też straszna wojna w Ukrainie, przyczyniają się do wzrostu zachorowań. Jest to choroba, która może – w niektórych przypad-

kach – doprowadzić do samobójstwa. Pocięszające jest to, że zarówno psychiatria, jak i psychologia są coraz bardziej skuteczne w leczeniu tego zaburzenia i pod tym względem dzisiejsza sytuacja jest daleko lepsza niż - nie 150 czy 100 lat wcześniej, ale 50 a nawet 30 lat temu. Widać więc, jak dzięki wielokierunkowym badaniom w różnych dziedzinach nauki bardzo przyspieszyła w ciągu krótkiego czasu medycyna i psychologia w rozumieniu oraz terapii depresji, i można wyrazić nadzieję na dalsze sukcesy w tym zakresie.

Artykuł powstał m.in. na podstawie: Liberman, J. (2020). Czarna owca medycyny. Nieopowiedziana historia psychiatrii. Wydawnictwo Poznańskie; Ban, T.A. (2017). *From Melancholia to Depression. A History of Diagnosis and Treatment*. Corpus ID: 202236253; Horwitz, A.V. (2010). How an age of anxiety became an age of depression. *The Milbank Quarterly*, 88(1), 112–138. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2010.00591.x>; Faria, M.A. (2013). Violence, mental illness, and the brain – A brief history of psychosurgery: Part 1 – From trephination to lobotomy. *Surg Neurol Int* 05-Apr-2013;4–49. Pozostałe cytowane źródła u autora tekstu.



Paul Gauguin (1848—1903), *Nevermore*, 1897, The Courtauld Institute of Art. London. Wikipedia, Public domain





**Stamtąd można było wrócić,  
a nie zapaść się czy utonąć**

Rozmowy o depresji

Tytuł tego tekstu, to cytaty z wypowiedzi jednej z osób zaproszonych przez nas do opowiedzenia o swoich przeżyciach związanych z doświadczeniem depresji. Eстера (18 l.), Dominik (21 l.), Ewa (31 l.) i Małgorzata (61 l.), osoby w różnym wieku, różnej płci, w różnej sytuacji życiowej, opowiadają, jak zaczęła się choroba, co ją wywołało, z jakimi przeżyciami się wiązała, jak wpłynęła na ich życie oraz jaki był przebieg leczenia. Zebrane narracje stanowią bardzo osobisty zapis zmagania z depresją. Ukazują indywidualne cierpienie, ale też doświadczenie wsparcia i bliskości ze strony innych oraz – co szczególnie ważne – motywują do szukania pomocy i niosą nadzieję, że „stamtąd można wrócić”. Dziękujemy narratorkom i narratorom, że zgodzili się podzielić z naszymi czytelnikami swoimi bardzo osobistymi doświadczeniami i refleksjami związanymi z chorobą. Wierzymy, że będą one pokrzepiające i inspirujące dla wszystkich osób zmagających się ze stanami depresyjnymi.

### **Eстера, 18 lat**

*Jak zaczęła się u Ciebie depresja?*

Nie pamiętam konkretnego momentu, kiedy to się zaczęło, ale trwało już dłuższy czas, zanim udałam się z mamą po poradę do psychologa. Już wcześniej były sygnały i to się za mną tak małymi kroczkami ciągnęło, aż stawały się większe i większe, w końcu były tak duże, że nikt ich nie mógł zignorować. Właściwie myślę, że to trwało od młodszych lat w podstawówce. Ja od zawsze byłam taką jedną wielką bombą energii – mnie było wszędzie pełno. Spędzałam właściwie każdy dzień na podwórku ze znajomymi, a potem, z czasem, powoli to się zaczęło odwracać zupełnie na drugą stronę, to znaczy zmniejszała się liczba znajomych, zmniejszała się moja pewność siebie i właśnie ta lekka „nadpobudliwość”. I przestało mnie być wtedy pełno i coraz bardziej się wycofywałam i zamykałam w taką swoją skorupkę. Zaczęłam mieć coraz więcej problemów z nauką, ze swoim codziennym samopoczuciem, z motywacją do robienia czegokolwiek – czy to rzeczy, których nie lubiłam, ale jakoś tam starałam się robić, czy tych, które właśnie zawsze lubiłam i mnie bardzo ciągnęły, a potem to wszystko straciło swoje barwy. Chodzenie do szkoły stało się problemem, choć wcześniej, np. w przedszkolu, nie potrafiłam opuścić dnia. Jak musiałam zostać w domu, to mnie wszyscy przekupywali jakąś obietnicą, bo ja nie chciałam opuszczać dnia, w którym się pobawię ze znajomymi. A potem, to wyglądało zupełnie inaczej, chodzenie do szkoły stało się ogromnym problemem.

*Jak wyglądało Twoje funkcjonowanie tuż przed zgłoszeniem się do specjalisty?*

Wyglądało wtedy kiepsko, bardzo... Byłam po prostu strasznie, strasznie nieszczęśliwa, zagubiona i nie miałam siły na nic. Czulałam się zupełnie odizo-

lowana, odrzucona przez wszystkich i niezrozumiana. Myślałam, że jestem takim jednym wielkim problemem. Nie radziłam sobie z kontrolowaniem emocji. Nagromadziło się ich tak dużo i czulałam się z nimi taka samotna. To przekładało się na moją agresję wobec innych albo autoagresję. Były momenty, gdy miałam myśli samobójcze. Teraz, kiedy na to patrzę, to rozumiem, że ja tak naprawdę nie chciałam umrzeć i nie chciałam, żeby mi się stała krzywda. Wręcz przeciwnie – ja się tego obawiałam. Tylko po prostu nie chciałam żyć w taki sposób, jak wtedy żyłam. Tak bardzo potrzebowałam, żeby ktoś otworzył mi jakąś bramkę do tego, żeby prowadzić trochę inne życie. Teraz wiem, że samobójstwo to bezpowrotne wyjście z całego życia i nie mogłabym potem wrócić do żadnych pozytywnych chwil. Nie mogłabym się przekonać, czy to się jakoś zmieni, i nie miałabym już wtedy możliwości odnalezienia jakiejś lepszej dla mnie drogi, gdzie czułabym się bardziej komfortowo i bardziej akceptowana.

*Jak wyglądało leczenie?*

Było skomplikowane. Jak się jest przez długi czas przyzwyczajonym do tego stanu, który dodatkowo narasta, to potem ciężko jest dokonać zmiany. Nawet jeśli to zmiana na lepsze, to tamto co było, jest tym, co znamy, do czego jesteśmy przyzwyczajeni. Jest w tym, w pewnym sensie, taki komfort, że przynajmniej nic nas już nie zaskoczy, że nie ryzykujemy i nie staniemy się gorzej. Ale z drugiej strony trzeba sobie zdać sprawę, że i tak czujemy się źle, i tak nie jesteśmy w życiu w dobrym miejscu. Było ciężko na początku się do tego przyzwyczaić, że pojawia się nowa sytuacja, w której ktoś jest nagle zainteresowany różnymi aspektami mojego życia, i że pierwszy raz tak naprawdę zaczynam komuś

o tym mówić. Mówienie o takich rzeczach to nie jest łatwa sprawa, kiedy się ma z tym do czynienia pierwszy raz. Wiele osób doświadcza stygmatyzacji ze strony społeczeństwa, że nie powinniśmy chodzić do specjalisty, bo to znaczy, że coś z nami nie tak. To jest strasznie przykra sprawa, kiedy ludzie wolą, żeby ktoś wpaśował się w ich szufladkę, określoną jako norma, zamiast szukać faktycznej pomocy, żeby mógł żyć lepiej i żeby nie musiał cierpieć. Uczymy się, że nie powinniśmy mówić o naszych problemach, że to jest jakiś powód do wstydu. Więc przełamanie w ogóle to jest trudna sprawa. Pierwszy kontakt ze specjalistą miałam w szkole – ze szkolnym psychologiem i pedagogiem. Właśnie to doprowadziło do tego, że się znalazłam w poradni. Nie pamiętam, ile to dokładnie mogło trwać, chwilę przychodziłam do psychologa, potem miałam kontakt z psychiatrą i tak naprawdę to trwa aż do teraz. I od ponad roku mam kontakt z terapeutą (...) Lekki pojawiły się praktycznie od początku, kiedy miałam pierwszą wizytę u psychiatry. Leków była cała masa i tak naprawdę na chwilę obecną nie do końca jest to sytuacja stała. Z biegiem czasu mogą się pojawić inne problemy, które wtedy bardziej wychodzą na wierzch, problemy które wcześniej były stłumione przez depresję. I wtedy wiadomo, że jak się zmieniają te potrzeby, to leki też się mogą zmienić. Ja mam takie podejście, że terapia to jest ten najważniejszy czynnik. Lekki są potrzebne, dają wsparcie (i dobrze, że są), jednak w takiej sytuacji, jak moja, to terapia, pracowanie pewnych schematów, sposobu myślenia oraz wsparcie w sytuacjach bardziej emocjonalnych jest na pierwszym miejscu.

*Jak depresja wpłynęła na Twoje życie?*

Na początku w relacjach z ludźmi, jak można się spodziewać, człowiekowi jest trudno funkcjonować i czuje się przytłoczony tym wszystkim, trochę zagubiony i przestraszony, czuje też irytację, złość na swoją sytuację i na to, że się czuje w taki sposób, a nie inny. To wpływa bardzo mocno na nas i podsuwa nam takie myśli, które nie do końca się pokrywają z prawdą. Które nam szkoda. Czyli np. bawienie się we wróżbitę „ta osoba na pewno mnie nie lubi, ja to wiem”. No i kiedy człowiekowi się nasuwają takie myśli, to wiadomo, że ciężiej jest się odnaleźć między ludźmi.

Nieraz z tym było trudno i to się dość mocno zmieniało na różnych etapach. W momencie, w którym teraz jestem, z doświadczeniami i wiedzą, które zdobyłam, z większym zrozumieniem i akceptacją samej siebie, to się przekłada teraz na moje relacje i postrzeganie zachowań innych osób. Takie doświadczenia też umożliwiają pomoc innym i to jest bardzo fajna sprawa. Bo jak ja już przez to przeszłam i jak zdobyłam tę wiedzę, to mogę teraz w jakiś sposób wesprzeć inne osoby, które tę drogę mają dopiero przed sobą. To jest super sprawa, kiedy się to obraca w większy pozytyw, że możemy sobie pomagać nawzajem. Fajnie wiedzieć, że jest ktoś inny, kto rozumie, że się nie czujemy OK, że jesteśmy zagubieni, a przy okazji daje nam nadzieję, że faktycznie w pewnym momencie może być lepiej i że można jakoś stanąć na nogi, w miarę sobie z tym radzić.

### Dominik, 21 lat

Pierwsze objawy depresji zaczęły się pod koniec pierwszej klasy gimnazjum, a zintensyfikowały pod koniec drugiej. Na początku był to problem z nadmierną sennością i przez to szkoła zaczęła być wręcz cierpieniem, bo miałem trudności z uważaniem na lekcjach, co na szczęście na samą naukę nie miało aż tak złego wpływu. Wywołały ją zebrane w życiu złe wydarzenia i wiele innych rzeczy, które próbuję połączyć ze sobą i zauważyć zależności na terapii.

Pierwszą klasę przeszedłem jeszcze normalnie, natomiast w drugim semestrze następnej klasy coś we mnie pękło. Byłem przybity, wiecznie zmęczony i nie widziałem sensu w chodzeniu do szkoły, zresztą nawet nie byłem w stanie. Kończyło się to wielkimi kłótniami z rodzicami, z racji, że jeszcze nie wiedzieliśmy, co mi jest, i uważane to było za lenistwo. Klasę skończyłem

dzięki ocenom zebranych na początku drugiego semestru, natomiast w trzeciej musiałem już mieć indywidualne nauczanie. O ile kwestia gimnazjum skończyła się o dziwo dobrze, tak kwestia życia osobistego legła w gruzach. Większość doby przysypiałem, nie miałem kontaktu z nikim, a nawet jeśli ktoś by coś proponował, to nie miałem siły wyjść z łóżka.

Gdy w końcu ustaliliśmy z rodzicami, że cierpię na depresję, zaczęło się szukanie psychiatry, a później psychologa. Zajęło naprawdę długo dobranie odpowiednich leków i znalezienie dobrej psychoterapeutki. Mimo iż nadal mam wiele trudności z różnymi rzeczami, ze względu na moje zaburzenia depresyjno-lękowe, to odpowiednio dobrane leki sprawiają cuda. W końcu umiem normalnie zasnąć, wstawanie jest nadal ciężkie, ale zdecydowanie nie aż tak jak wcześniej. Jestem mniej zestresowany, mniej impulsywny i wybuchowy. Czekam



Vincent van Gogh (1853–1890), *Gwiaździsta noc*, 1889, Museum of Modern Art (MoMA), Nowy Jork. Google Art. Project. Public domain

mnie jeszcze dużo pracy z terapeutką, natomiast już widzę różnice, zauważam zależności mojego życia i depresji, a także śmieiej podchodzę do mówienia o swoich problemach. Myślę, że warto nie poddawać się w szukaniu specjalistów i być świadomym, że nie każdy, mimo kompetencji, jest odpowiednim lekarzem, co zdołałem czasami boleśnie odczuć samemu.

### Ewa, 31 lat

To nie zaczęło się nagle, przeciwnie, czułam, że krok po kroku przybliżam się do otchłani, z tym, że wydawało mi się, że przeżyję każdy z tych kroków, że nawet całkiem dobrze daję sobie z nim radę. To było wiele strat. Najpierw zmarł mój ukochany dziadziu. Miał już swoje lata, ale był w tak dobrej formie, i miałam z nim tak dobry kontakt, wspaniałe wspomnienia, że przeżyłam to bardzo ciężko. Smutek, żal, wspaniałe, ale i bolesne w tamtym czasie wspomnienia i ta myśl, że go już więcej nie zobaczę. Moi bliscy nie byli już nieśmiertelni. Poczułam, że, śmierć dziadzia odsłaniała na niebezpieczeństwo straty moich rodziców, a nawet mnie, mojego brata i męża. Oczywiście subiektywnie, bo wcześniej wiedziałam, że złe rzeczy przytrafiają się ludziom, ale jakby innym, nie mnie i nie nam. Ale stało się.

Skończyliśmy z Bartkiem studia i chcieliśmy zarobić na dom. Tak jak inni młodzi ludzie zdecydowaliśmy się na wyjazd za granicę. Francja wydawała się dobrym miejscem, znaliśmy język, kultura też wydawała się nam bliska. Pojechaliliśmy i nawet szybko się przystosowaliśmy. Jedna praca, druga, w końcu znaleźliśmy naprawdę dobre miejsce – pracowaliśmy razem, pełnia szczęścia. Dopiero gdzieś po roku zorientowałam się, że to mnie dużo kosztuje, aby tu się dopasować i że nie mam przy sobie swoich bliskich: rodziców, babci, brata, kuzynki, przyjaciół. I że to jest strata i to jest smutne. I kiedy przychodził wolny dzień, to bycie razem tylko we dwójkę przestawało już cieszyć. Ale i tak byliśmy ze sobą z Bartkiem naprawdę blisko. Bartek zmienił pracę i sam prowadził swoją działalność. W pracy byłam już sama, tylko jedna Polka. Kontakty z międzynarodowym towarzystwem były fajne i ciekawe. Spotykaliśmy się, ale w nawet w tej radości, różnorodności i dobrej atmosferze było coś z płytkości i po-

wierzchności. Tęskniłam za naszymi ukochanymi przyjaciółmi i jeszcze bardziej czułam, jak mi ich brakuje. Po pewnym czasie zaszłam w ciążę i w trzecim miesiącu poroniłam. Bardzo to przeżyłam, to był dramat. Tam jest inne podejście do straty ciąży i lekarz nie dał mi zwolnienia. Po jednym dniu wolnego, musiałam wrócić do pracy. Nie było tak, jak w Polsce, że tę żalobę po dziecku się honoruje, mówi o tym, tworzy różne pożegnania, nawet pogrzeby. Mam do siebie złość, że uległam temu, powinnam wziąć urlop i dać sobie czas na dojście do siebie. Nie przeżyłam tej żaloby wtedy tak, jak trzeba. Stopniowo po tym zdarzeniu oddalaliśmy się z mężem. On więcej pracował, ja więcej zdalnie, bo już pandemia była. Mniej wspólnego czasu, mniej rozmów, mniej bliskości, każdy szedł swoją drogą i one się rzadko łączyły. Dowiedziałam się, że w Polsce zdechł nasz kochany piesek. Tyle lat był z nami, myślałam, że zdołamy wrócić za jego życia. Nie udało się. W pracy zostałam zdegradowana. Dobrze pełniłam swoje obowiązki, a tu musiałam zajmować się prostszymi sprawami, a osoba, która zajęła moje miejsce, zupełnie na to nie zasłużyła. Zaczęły się też żarty na mój temat i na temat mojego zawodowego upadku. I chyba to było tym, co przelało kielich goryczy. Któregoś dnia nie mogłam wstać z łóżka. Jakby jakaś siła pchała mnie do dołu, siła grawitacji została nagle wielokrot-

nie zwiększona. Poczułam się przegrana, bezwartościowa, bez kompetencji, moje życie wydawało mi się pasmem niepowodzeń i nedoróbek. Miałam taki bliski kontakt z tymi złymi wydarzeniami z przeszłości, moimi wadami, porażkami. Nie mogłam spać, budziłam się w nocy lub wstawałam przed świtem, nie mogłam się do niczego zabrać, załatwienie jakiejś sprawy czy spotkanie towarzyskie wydawały mi się jak wspinanie się na wysoką górę przy ogromnym zmęczeniu. Seks przestał dla mnie istnieć, jedzenie było tylko racjonalnym i mało przyjemnym obowiązkiem, a przyszłość wydawała się beznadziejna. Przychodziła mi myśl, że mogę tę beznadziejność szybko zakończyć i miałam różne szczegółowe myśli na ten temat. Ale jestem religijna i nie mogłabym tego zrobić. Myślałam też o mojej rodzinie. Wyobraziłam sobie, jak płaczą po mnie, jak się obwiniają, że nie mogli mi pomóc, i jak odwiedzają mój grób. I to było to, nad czym naprawdę głęboko płakałam. Wtedy mój mąż, Bartek, naprawdę stanął na wysokości zadania, zadbał o mnie i był przy mnie. Umówił mnie do francuskiego psychiatry i polskiego terapeuty. Dostałam leki i zaczęłam terapię. Przełomu nie było i mąż zdecydował, że wracamy do Polski. Z ulgą zgodziłam się. Mieliśmy już tam mieszkanie, zasiedliliśmy je. Bliskość rodziny i przyjaciół dała mi poczucie bezpieczeństwa, osadzenia w czymś trwałym i głębo-



Edgar Degas (1834–1917), *Melancholy*, 1860... The Phillips Collection, Waszyngton  
Google Art. Project. Public domain

kim. Zająłem się leczeniem. Poczułem pewną ulgę po leczeniu od psychiatry, ale zwłaszcza poranki były nadal bardzo ciężkie. Zaczęłam też psychoterapię. Byłam już trochę silniejsza i gotowa do tego, by zająć się sobą. Zdałam sobie sprawę, jak bardzo mam obniżony nastrój, ale też co wpływa na jego pogorszenie i poprawę. Dość szybko udało się pokonać męczące mnie wtedy ataki paniki. Nauczyłam się poprawnie oddychać, wprowadzać się w stan relaksu, stałam na nogach i rozglądałam się ciekawie, co wokół mnie się dzieje. Przestałam się panicznie bać i uciekać. Zauważyłam, że moje myśli to automatyzmy. Myślałam, że spostrzegam prawidłowo świat i siebie i że go opisuję takim, jaki jest, a moje myśli po prostu są prawdziwe. Dużo mi dało ćwiczenie z zakładaniem i ściąganiem różnych okularów. Te „moje prawdziwe” okazały się tak naprawdę „czarnymi”. Próbowałam też innych i w każdym z nich było mi lepiej. Kiedy wracały pesymistyczne myśli i stany, rozpoznawałam „czarne okulary” i starałam się coś z nimi zrobić. Moje myśli o sobie okazały się tylko myślami i powtarzającą się treścią, włączającą się samą i wpędzającą mnie w okropne samopoczucie. Próbowałam włączać inne myślenie, inną perspektywę, równie prawdziwą, a może i bliższą prawdy o mnie, pochodzącą z innej części mnie.

Pamiętam, że pomogła mi historia o termostacie, odkryłam, że mam w sobie coś, co może mnie chronić od zewnętrznych okoliczności, stresów, że mogę też nadawać życiu własne tempo, swój punkt widzenia, a nie zależę głównie od sumy szczęść i nieszczęść, które mnie spotykają. Podczas stanów bezradności i bezsilności pamiętałam opowieść o pociągu, który z pięknej, górskiej okolicy wjechał w czarny i nieoświetlony tunel, a jego pasażerowie nie wiedzą, czy i kiedy wyjedzie. Ale ten pociąg jedzie, nawet powoli, ale do przodu. Realizowałam różne zadania. Często nie miałam na nie ochoty, ale jak już je wykonałam, czułam się lepiej. Nauczyłam się kontaktować ze swoim wnętrzem, zaczęłam ponownie bardziej ufać sobie i mniej się bać tego, co będzie. To już nie była przeszła otchłań, tylko co najwyżej zejście o poziom niżej. Ale stamtąd można było wrócić, a nie zapaść się czy utonąć. Szukałam dobrych stron różnych wydarzeń, a to że np. się rozpłakałam, traktowane było w terapii jako rodzaj odwagi pójścia za swoimi

uczuciami, nawet przy ludziach, a nie oznaką słabości. Zaakceptowałam, że ważne jest przeżywać emocje na bieżąco, a nie odkładać je lub tłumić oraz że te emocje są czymś prawdziwym, moim i warto je traktować poważnie. Dowiedziałam się, że są też emocje pochodzące z depresji i ich nie należy traktować jako prawdziwe. Warto z nimi dyskutować lub je przewycięzać. Wracaliśmy do różnych trudnych wydarzeń i był czas, by pożegnać się z dziadkiem czy naszym dzieckiem. Stopniowo poczułam się lepiej, lżej, zauważałam słońce i kolory. Lekarz psychiatra zmniejszył mi dawki leków i rozrzedził częstość wizyt. Stopniowo wracałam do zdrowia, ale też i zmieniałam się. Moim zdaniem na lepsze.

### **Małgorzata, 61 lat**

Moja depresja zaczęła się w 1998 roku, kiedy to w pracy (byłam wówczas rejestratorką w przychodni lekarskiej) zaczęły się, z początku nieoficjalne, rozmowy o redukcji etatów we wszystkich placówkach służby zdrowia. W restrykcji pracy mieliśmy pod dostatkiem, specjalistycznych gabinetów było kilkanaście, a nas po dwie na zmianie. W żaden sposób nie czułam się zagrożona, tym bardziej że każdego roku byłam wiosną delegowana do pomocy przy poborze wojskowym. To była moja stała delegacja ze względu na znajomość używanej jeszcze wtedy łaciny medycznej. Ale w tamtym roku wszystko potoczyło się błyskawicznie. Likwidowano poszczególne gabinety. Pan dyrektor wezwał mnie w czerwcu do gabinetu i delikatnie zaczął tłumaczyć, że jako osoba ze stwierdzoną chorobą (epilepsja), mam spore szanse na uzyskanie renty, a w razie jakiejś z tym trudności on jako lekarz gotów jest mi pomóc tę rentę uzyskać. Na moje tłumaczenie, że praca, którą wykonywałam bez zarzutu przez 18 lat, jest dla mnie terapią, że kontakt z ludźmi jest dla mnie zbawieniny, przekonywał, że nie będzie tak źle i odpocznę sobie nareszcie, a zajęć jest mnóstwo. Żadne moje argumenty nie trafiały do celu. Zdezorientowana, upokorzona i „wściekła” trzasnęłam drzwiami i wyszłam.

Następnego dnia nie musiałam wstawać rano, wybierać się do pracy, wędrować tak dobrze znaną trasą, spotykać tych samych ludzi i... równie znanych psów, czekających na pogłaskanie. Było lato, ciepło, wolność, czyli:

sielanka... Byli też rodzice, kot i pies. Nagle, przez kilka dni straciłam apetyt, humor, chęć snu w nocy, za to półprzytomne drzemanie w ciągu dnia towarzyszyło mi stale. Najpierw starałam się udawać, że wszystko jest dobrze. Schodziłam na dół, udawałam, że coś jem, wychodziłam do ogrodu, starałam się czymś zająć. Przeczytałam, że chandrę zagłusza kontakt z zielenią, ale w moim wypadku nic podobnego nie nastąpiło, bo nigdy nie znosiłam plewienia chwastów. Wyjść z domu na ulice także mi się nie chciało, bo i po co? Nigdy nie byłam miłośniczką zakupów, a wszystko, co było potrzebne w domu, kupował mój tato. Dni mijały na wymówkach, że jeszcze trochę pośpię (do południa), że jestem zmęczona i oczywiście, że nie jestem głodna. Mijały dni, tygodnie, chyba nawet miesiące. A mnie było coraz gorzej, coraz smutniej, coraz bardziej samotnie. Owszem, ktoś przychodził (przeważnie przyjaciele domu na tradycyjne karty), coś tam się działo, ale jakby obok, gdzieś daleko. Ja chudłam, nie mogłam spać w nocy, nie mogłam czytać, słuchać muzyki, schodziłam na TV i tylko dziwiłam się, że nikt mnie nie pyta, co się ze mną dzieje... W październiku bodaj nastąpił tydzień kryzysu. Przez cały tydzień „niemym krzykiem” prosiłam bliskich o zainteresowanie i nic. W nocy z piątku na sobotę postanowiłam, że jeśli nadal nic się nie zmieni, pójdę pod najbliższy blok. Tam na wierzchu były przytwierdzone pręty. Coś na kształt drabiny. Już widziałam, że wchodzę po tej drabinie i skaczę z dachu: cztery piętra, skok w trawę. Pomyślałam, że tylko kłopotu bym narobiła, albo jeszcze bardziej niepełnosprawna bym się stała - bo z epi i na wózku, plus niemłodzi rodzice i rodzina brata, której zupełnie nie interesowałam. Została jednak we mnie jeszcze wiara, która mimo, że depresji nie uleczyła, to przed skokiem uchroniła. Rano wstałam z łóżka, poszłam do pokoju mamy i zapytałam, czy nie widzi, co się ze mną dzieje. Wówczas przestraszona zapytała: „Co się stało dziecko?” A ja jej odpowiedziałam, że wydaję mi się, że postradałam zmysły i dłużej już tak nie wytrzymam, raczej wyjdę na blok i skoczę. Przerażona mama poleciła mi natychmiast zadzwonić do sąsiada psychiatry. Niestety. Mimo, że znał mnie jako sąsiad i czasami w pracy rozmawialiśmy - kategorycznie odmówił mi przyjęcia. Była wolna sobota. Wów-

czas w akcie prawdziwej desperacji powiedziałam o moich planach samobójczych (zgodnie z moimi odczuciami zresztą), bo już następnego takiego dnia i nocy nie zniosę. Kazał mi przyjść natychmiast. Po wysłuchaniu długim i uważnym, uspokoił mnie na tyle, że poczułam się lepiej i przepisał leki do zażycia od zaraz. W poniedziałek poleciał mi przyjść do siebie, do gabinetu w przychodni. Po lekach uspokoiłam się na tyle, że niedziela była już spokojniejsza, tym bardziej że miałam nadzieję na konkretną pomoc. W poniedziałek doktor ustalił mi leczenie, do którego niemal od razu wpisał psychoterapię.

Pierwsze spotkanie z Panem magistrem zapamiętałam raczej negatywnie. Młodszy wyraźnie człowiek, zadawał mi krępujące, osobiste pytania, po których miałam ochotę uciec „gdzie pieprz rośnie” i pewnie zrobiłabym to, gdyby nie poprosił, żeby „wytrzymać” z nim jeszcze dwie sesje, a po nich zdecyduję, czy chcę kontynuować terapię. Dał mi także do wypełnienia testy dotyczące depresji, osobowości itd. Pamiętam, że długo zajęło mi wypełnienie tego testu. Wytrzymałam trzy sesje i okazało się, że pytania, które otrzymywałam, mimo że czasem krępujące – zaczęły mnie ciekawić, interesować, czasem bawić. Jedno bardzo frustrujące pamiętam do dzisiaj: „Jak wyobrażam sobie przyszłość bez rodziców...?” Ja??? Ta chora, bezradna, która nie potrafi niczego ugotować, upiec, która nie wie, gdzie się płaci jakiegokolwiek rachunki, która dokładała do domowego budżetu grosze kupując trochę środków czystości i resztę mająca dla siebie, na papierosy, wyjazdy i niczego nie potrafiąca zrobić? Nie mówiąc już o komisjach, urzędach, gdzie wszędzie z tatą albo wręcz on sam za mnie... Nie wyobrażam sobie wcale!!! Pokazałam Panu skrzyżowane na plecach ręce, jako symbol kaftana i pokazałam w kierunku Jarosława, najbliższego szpitala psychiatrycznego. Klóciłam się z nim, kiedy powiedział, że taka jest kolej rzeczy. Nie dla mnie! Terapia stawała się dla mnie czymś ciekawym, potrzebnym, ba – koniecznym! Z czasem pozostawiłam leki antydepresyjne, a cotygodniowe sesje były lekarstwem. Kiedyś nawet tato nie chciał mnie puścić na sesję ze względu na pogodę. Oczywiście postawiłam na swoim i poszłam. Zajmowaliśmy się nie tylko terażniejszością i przeszłością, ale i przyszłością. Po jakimś czasie pan magister zaproponował mi eksperyment: w skupieniu i w kon-

takcie ze swoim ciałem i przeżyciami miałam sobie wyobrazić przyszłość i to nie tę najbliższą. Otrzymywałam pytania – wskazówki o wyobrażaniu sobie różnych sytuacji i miejsc, w jakich się znajduję w przyszłości. Wyobraziłam sobie siebie starszą, żyjącą samodzielnie, bez rodziców i początkowo mnie to przeraziło. Trwało to jakieś kilkanaście minut i nagle... Niespodziewanie (określam to do dzisiaj jako świetlistą strzałę w mózgu) pojawiło się wyraźne i mocne zdanie: „Bóg ci pomoże”! Długo nie mogłam dojść do siebie, było to tak wyraźne i mocne! Po wyjściu, poszłam do kościoła i ponad godzinę „ryczałam” siedząc w ławce. Już wtedy mówiłam wszystkim swoim konsekrowanym znajomym, że ten eksperyment, chyba hipnoza, był dla mnie przeżyciem mistycznym i głębokim. Coś, o czym myślałam, że jest niedozwolone przez Kościół, skierowało mnie na wiarę i Boga!

Terapia trwała i czułam się coraz lepiej. Ale pojawiły się inne straszne wydarzenia – moi rodzice zachorowali i w niedługim odstępie od siebie – zmarli. Po śmierci mamy zaczęliśmy z ojcem chodzić do kościoła i to chyba pomagało nam obojgu. Jakoś bardziej i głębiej to przeżywaliśmy. Pogrzeb taty przeżyłam już bez tabletek, za to z przyjaciółmi u boku. Temat strat dopełniła śmierć mojego 14-letniego, chorego na raka i też operowanego, jamnika. Odeszło wszystko, co żyło w moim domu. Dla mnie wtedy (a miałam 40 lat!) rozpoczęło się prawdziwe życie. Trudne to było i smutne. Ale też ugotowałam pierwszą w życiu zupę i to był krok w kierunku samodzielności. Wszystko było obce, nieprzyjemne, napawające strachem. Rachunki, sprawy spadkowe, przykrości ze strony rodziny i ich znajomych. Ale żyłam i jakoś funkcjonowałam. A Pan magister widząc to spytał: „I gdzie ten kaftan”? Niedługo ktoś z moich sąsiadów przyniósł suczkę, szczeniaka, z którą dzieliłam wspólnie los przez następne 18 lat i która była ciągłą przyczyną awantur z sąsiadką, bo szczekała. Żałowałam czasem, że nie mogę nigdzie wyjechać, bo pies! Wszystko to wyrzucałam u terapeuty. Uczyłam się żyć, radzić sobie sama i z pomocą przyjaciół moich rodziców. Ale terapeuta także pomagał! W końcu doszło nawet do tego, że aby sobie czyjemuś coś udowodnić, przestałam palić papierosy (po 32 latach uprawiania tego procederu!). Zakończyłam terapię po

blisko 3 latach, ale gdy tego potrzebowałam, miałam okazję wracać i to było ważne. Zbudowałam sobie życie, nowe relacje, odnowiłam stare. Między innymi przez 5 lat z dawną koleżanką ze scholi kościelnej zaczęłam jeździć na próby i występy amatorskiego, a jednak świetnego chóru przy znanym dosyć Domu Kultury w dużym mieście. Chór miał przeszło stuletnie tradycje, a koleżanka jest absolwentką Akademii Muzycznej w Krakowie ze specjalnościami wokalistki, pianistki i dyrygentury. Śpiewaliśmy w Polsce także opery! Było świetnie, ale później koleżanka musiała zrezygnować, a ja z nią. A później przyszła, do tej pory trwająca, wspólnota religijna, w której znalazłam prawdziwe dobro. Nie tylko to wymawiane, także to praktykowane na każdym kroku. Mimo nadal „niepoukładanych” relacji rodzinnych znalazłam tzw. „rodzinę zastępczą”. Taką prawdziwą, serdeczną rodzinę. Wyjeżdżam co roku na wakacje – rekolekcje. Byłam w Anglii przez tydzień. Na co dzień spotykam ludzi, którzy mi pomagają i ja także im pomagam, choćby ofiarując im swój czas. I dziękuję każdego dnia, że żyję. Przez lata utrzymałam też ważne przyjaźnie z młodości. Bóg pomaga mi, umożliwiając kontakt z dobrymi ludźmi, ale ja też mam w tym udział, bo potrafię z nimi przyjaźnie żyć.

Choroba wpłynęła z całą pewnością na moje życie osobiste, ale wydaje mi się, że to nie były doświadczenia wyłącznie negatywne. Poprzez wejście w świat swojej niemocy potrafię do dzisiaj szczerze podzielić się swoimi przeżyciami z jej przebiegu i nawet udzielić kilku wskazówek dotyczących postępowania w razie wystąpienia jej u innych. Ważne jest znalezienie czegoś, co daje nam siłę, radość, a to chroni przed powrotem tych złych stanów. Depresja to straszna choroba, ale mimo długiego czasu leczenia z całą pewnością uleczalna!

(W zbieraniu materiałów uczestniczyli: Anna Lenart, Jacek Pasternak, Tomasz Gosztyła)

Opracował Tomasz Gosztyła. Na stronie tytułowej tekstu fot. Tomasz Gosztyła, *Rozwidnienie*.

## Z badań Zakładu Psychologii

Anna Wołpiuk-Ochocińska

# Internauci – zadowoleni z życia czy raczej nie?

Nadmierne korzystanie z Internetu jest nie tylko przyczyną, ale także skutkiem problemów z akceptacją siebie, poczuciem samotności czy zadowoleniem z życia. Badania autorki wskazują, że istnieją ujemne korelacje pomiędzy zadowoleniem z życia a ogólnym czasem spędzonym na korzystaniu z Internetu. Wykazano także, iż poziom zadowolenia z życia dziewcząt jest istotnie niższy od poziomu zadowolenia chłopców.

Internet w ciągu kilkudziesięciu lat swego funkcjonowania stał się nieodłączną częścią życia człowieka. Różne źródła podają, że obecnie 2,5–4,66 miliarda ludzi na całym świecie ma dostęp do Internetu (por. Statista, 2021, Datareportal, 2019), z czego ponad 4,3 miliarda aktywnie z niego korzysta. W Polsce z Internetu korzysta ponad 30 milionów mieszkańców. Wykorzystujemy go na wiele różnych sposobów – w pracy, w szkole, w domu – dla przyjemności i z obowiązku.

Internet stanowi źródło atrakcji zarówno dla młodych, jak i starszych osób, ponieważ „stwarza możliwość dobrej zabawy, pozwala zaspokajać i realizować różnorodne zainteresowania, ułatwia poznawanie nowych ludzi i nawiązywanie kontaktów, umożliwia społeczną autoprezentację, pozwala na szybką ucieczkę od realnej rzeczywistości, sprzyja unikaniu czasami trudnych, bezpośrednich relacji twarzą w twarz, pomaga w likwidowaniu własnych zahamowań i kompensacji osobistych deficytów” (Ogonowska, 2014, s. 36). Internet stanowi dla chętnych nie tylko źródło rozrywki, ale także wiedzy. Portale informacyjne, wirtualne encyklopedie, bazy danych, zasoby biblioteczne, cyfrowe gazety i czasopiśma oferują niesamowity ogrom wiedzy, który jest dostępny dla każdego. Media społecznościowe, szczególnie w czasie izolacji i pandemii, dają możliwość kontaktu zarówno z bliskimi, jak i osobami o wspólnych/odmiennych oglądach. Jednocześnie dzięki globalnej sieci przeciętny Kowalski, nie wychodząc z domu, może załatwić wiele spraw codziennego życia: zapłacić rachunki, zrobić zakupy, wypełniać obowiązki zawodowe dzięki pracy zdalnej czy uczestniczyć w nauczaniu zdalnym.

Każdy ze sposobów użytkowania Internetu wiąże się z realizacją innych potrzeb użytkowników i wymaga od nich innego stopnia zaangażowania. Wiele dotychczasowych badań wskazuje, że korzystanie z Sieci nie pozostaje obojętne dla naszego funkcjonowania psychologicznego. Oprócz uzależnienia od Internetu, od gier komputerowych czy hazardu internetowego (Kozak, 2011) wymienia się cyberstres czy cyberlęk (Spitzer, 2016) związane z napięciem odczuwanym przez jednostki korzystające z Internetu. Ponadto badania wskazują na związki między poszczególnymi rodzajami aktywności a zmiennymi psychologicznymi.

Cyberprzestrzeń w dzisiejszych czasach jest w stanie zaspokoić wiele naszych potrzeb – tych realnych, jak i tych sztucznie stworzonych. Niestety problem pojawia się, gdy zapominamy, że cyfrowy świat nie jest lekarstwem na prawdziwe problemy. Nadmierne korzystanie z Internetu staje się jednak nie tylko przyczyną, ale także skutkiem problemów z akceptacją siebie, poczuciem samotności czy zadowoleniem z życia (Bozoglan i in., 2013; Cao i in., 2011).

## Metodologia badań

Badania pilotażowe przeprowadzone w Zakładzie Psychologii UR na uczniach szkół podstawowych miały na celu znalezienie związku pomiędzy aktywnościami w Internecie badanych a poziomem ich zadowolenia z życia. Przebadano 202 uczniów w wieku 10–16 lat Skalą Satysfakcji z Życia autorstwa Dienera i współpracowników (SWLS) w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego (2011) oraz Kwestionariuszem Form Korzystania z Internetu w opracowaniu własnym. Badania prze-

prowadzono w czasie trwania zajęć stacjonarnych w szkołach.

## Wyniki

Jak się okazało, badani spędzali dziennie ponad 5 godzin, korzystając z Internetu, a do najpopularniejszych aktywności w Sieci zaliczyli komunikatory, słuchanie muzyki oraz korzystanie z portali społecznościowych. Nastolatkowe obojga płci równie chętnie wykorzystywali Internet do nauki, np. do odrabiania prac domowych czy oglądania filmów. Najmniej popularną aktywnością okazało się zaglądanie do serwisów plotkarskich (choć dziewczęta istotnie statystycznie częściej korzystały z tej aktywności). Płeć badanych różnicowała rodzaj aktywności i komunikacji w Internecie. Dziewczęta częściej spędzały czas w Internecie i podejmowały dialog poprzez media społecznościowe (portale społecznościowe typu Facebook) oraz komunikatory, a także częściej czytały i pisały blogi, robiły zakupy w Internecie, jak również częściej poszukiwały wiedzy o świecie na portalach informacyjnych, ale też w serwisach o charakterze plotkarskim. Chłopcy natomiast częściej swoją uwagę kierowali na różnego typu gry komputerowe on-line, częściej wybierali gry zręcznościowe, sportowe, przygodowe i strategiczne, co zachęca do zadania istotnego pytania: Które aktywności w Internecie mają pozytywny związek z satysfakcją z życia?

W odniesieniu do zadowolenia z życia okazuje się, że poziom zadowolenia dziewcząt jest istotnie statystycznie niższy od poziomu zadowolenia chłopców. Wyniki dziewcząt wskazują na przeciętny poziom satysfakcji z życia, natomiast chłopców na duże zadowolenie z dotychczasowego życia. Analizy korelacji wskazują na pozytywny związek zadowolenia z życia z korzystaniem z gier logicznych, sportowych i przygodowych. Natomiast ujemne korelacje dotyczą związku pomiędzy zadowoleniem z życia a ogólnym czasem spędzonym na korzystaniu z Internetu, korzysta-

nieniem z blogów, portali społecznościowych i plotkarskich, komunikatorów i słuchaniem muzyki.

### Podsumowanie

Przeprowadzone analizy jednoznacznie wskazują, że młodzi ludzie swoją aktywność codzienną ściśle łączą z korzystaniem z Internetu, co w konsekwencji wiąże się z ich zadowoleniem z życia. Dziewczeta spędzające czas w mediach społecznościowych mają możliwość wymiany opinii na temat trendów, zainteresowań i sytuacji na świecie. Utrzymują kontakty z rówieśnikami poprzez komunikację zapośredniczoną, używając popularnych komunikatorów internetowych. Słuchają muzyki, śledzą plotki, robią zakupy... Niestety te wszystkie czynności ujemnie korelują z ich poziomem zadowolenia z życia. Analizy korelacyjne nie pozwalają jednak na jednoznaczne stwierdzenie, czy to Internet obniża poczucie szczęścia, czy raczej niskie zadowolenie z życia zachęca do częstszego korzystania z Internetu.

#### Wnioski w skrócie:

- Opiekunowie i rodzice powinni kontrolować aktywności w Internecie swoich dzieci.
- W procesie wychowania istotne jest, aby wybierać takie aktywności w Internecie, które będą rozwijać w dzieciach poczucie skuteczności, a tym samym podwyższać ich zadowolenie z życia.
- Należałoby zwrócić uwagę, by zarówno dzieci, jak i nastolatki znajdowały alternatywne do aktywności w Internecie metody spędzania czasu.

Dotychczasowe badania wskazują, że osoby korzystające z Internetu były bardziej szczęśliwe od tych niekorzystających (Lissitsa & Chachashvili-Bolotin, 2016; Pénard i in., 2012), z kolei badania Pavot, Dienera i Fujity (1990) ujawniły pozytywny związek liczby interakcji społecznych w Sieci z po-

czuciem szczęścia. Osoby z trudnościami w komunikacji łatwiej odnajdują się w komunikacji zapośredniczonej. Ponadto osoby korzystające z mediów społecznościowych bardzo często dokonują negatywnych porównań społecznych na swoją niekorzyść, co w konsekwencji może prowadzić do niższego zadowolenia z życia (Chae, 2018). Oglądanie bardziej atrakcyjnych fizycznie lub psychicznie osób skłania dziewczęta do autorefleksji na temat swego ciała, swych zdolności czy możliwości. Przy niższej samoocenie te wnioski na swój temat mogą mieć negatywny wydźwięk i w konsekwencji sprawiać, że osoba czuje się mniej zadowolona i mniej szczęśliwa. Możliwa jest jednak sytuacja odwrotna – czując się nieszczęśliwie, mniej zadowolone z siebie i z życia, badane dziewczęta poszukują w Internecie poprawienia humoru poprzez aktywności związane ze słuchaniem muzyki czy przeglądaniem stron o charakterze rozrywkowym. Jedno i drugie wytłumaczenie nadal jednak wskazuje na niższe zadowolenie z życia dziewcząt w porównaniu chłopcami i wymaga dalszych analiz. Badani chłopcy spędzają czas w Internecie w nieco odmienny sposób: częściej grają w gry komputerowe, zarówno te logiczne, jak i zręcznościowe czy strategiczne (Cudo i in., 2017). Grając, badani mają możliwość rozwijania umiejętności związanych z myśleniem logicznym i strategicznym, podejmowaniem decyzji i rozwiązywaniem problemów, co wzmacnia w uczniach konieczność osobistego zaangażowania się w czynności o charakterze poznawczym (Puppel, 2014). Osiągnięcia w grze częściej mogły okazywać się stymulatorem większej satysfakcji z życia, czego nie doświadczały dziewczęta. Ponadto gamerzy częściej doświadczają poczucia *flow* (Hull i in., 2013), uczucia zaangażowania i pochłonięcia grą.

Pełne wyniki badań autorki oraz bibliografię znajdziesz w: Wołpiuk-Ochocińska, A. (2021). Jak się komunikują i jakie aktywności w Sieci podejmują zadowoleni z życia internauci? – doniesienie z badań; Communication and online activities undertaken by Internet users satisfied with their lives – research report. *Fides et Ratio*, 46(2), s. 64–76.



Obraz udostępniony na podstawie Pixabay license



# Kawiarenka psychologiczna

## Nostalgia



W *Kawiarence psychologicznej* prezentujemy różne poglądy na tematy związane z fundamentalnymi dla zrozumienia człowieka zagadnieniami dotyczącymi jego psychiki i zachowań. Dziś tematem jest **NOSTALGIA**. Swoje stanowiska prezentują: **dr hab. Agnieszka Myszka, prof. UR**, językoznawca-onomasta, logopeda i glottodydaktyk, Zakład Onomastyki, Instytut Polonistyki i Dziennikarstwa UR;

**dr Jan P. Gałkowski**, socjolog i etyk, adiunkt w Instytucie Nauk Socjologicznych UR, pełnomocnik Rektora ds. równego traktowania; **dr hab. Andrzej Łukasik, prof. UR**, psycholog ewolucyjny, Zakład Psychologii UR.

### Agnieszka Myszka

Ponieważ jestem językoznawcą, historykiem języka, zazwyczaj zanim zacznę

się zastanawiać nad sensem różnych pojęć, myślę o ich pochodzeniu i pierwotnym znaczeniu. Nostalgia definiowana była jako bolesna tęsknota za krajem ojczystym. Słowo pochodzi z jęz. greckiego (*nóstos* 'powrót' + *álgos* 'cierpienie' – Słownik wyrazów obcych PWN, Słownik języka polskiego W. Doroszewskiego). Do zasobów leksykalnych polszczyzny weszło w XVII w., ale swoistą karierę zrobiło w okresie zaborów i powstań, po których wielu Polaków zmuszonych było do wyjazdu z ojczyzny. Szkolne ujęcia ilustrują nostalgię słowami poetów: Adama Mickiewicza (*Litwo, ojczyzno moja...*), Juliusza Słowackiego (*Widziałem lotne w powietrzu bociany / Długim szeregiem. / Żem je znał kiedyś na polskim ugorze / Smutno mi, Boże!*) czy Cypriana Kamila Norwida (*Do kraju tego, gdzie kruszynę chleba/ Podnoszą z ziemi przez usza-*

*nowanie / Dla darów nieba... / Tęskno mi, Panie...*). W języku polskim *nostalgia* kojarzona jest z bólem, cierpieniem, o czym świadczą połączenia wyrazowe: *nostalgia dokucza komuś, trawi kogoś, żżera*, ale też *ogarnia*; dopiero przymiotnik *nostalgiczny* ma nieco łagodniejsze konotacje: nostalgiczny nastrój, poezja, wiersz. Współczesne słowniki rozszerzają zakres pojęcia na tęsknotę w ogóle, czasem utożsamianą z melancholią.

Moje pierwsze skojarzenie z nostalgią to 'refleksyjne wspomnienie'. A z większą nostalgią – będącą specyficznym rodzajem tęsknoty, rozrzuwienia – zazwyczaj wspomina się beztrudnie dzieciństwo i dom rodzinny. Dlatego najbardziej nostalgiczny wiersz, który wzruszał mnie jeszcze w szkole podstawowej, to dla mnie *Odjazd* Bolesława Leśmiana. Powtarzałam go sobie,



Caspar David Friedrich (1774—1840), *Mondaufgang am Meer* (1882), Alte Nationalgalerie, Berlin. Public domain, Google Art Project

kiedy opuszczałam dom rodzinny, wyjeżdżając na studia i budując nowe, dorosłe życie.

*Gdy odjeżdżał na zawsze znajomym gościńcem,  
Patrzyły na mnie bratków wielkie, złote  
oczy [...]*  
*Co widziały te oczy, nim w tysiącu alej  
Zginąłem, jedną chatę rzucając za sobą?  
[...]*  
*I dlaczego te oczy były coraz łzawsze?  
Czy nie wolno nic nigdy porzucić na zawsze  
I zostawiać samopas kędys — na uboczu?*

Zastanawiam się, czy nostalgia jest domeną wyłącznie ludzi wrażliwych. Czy należy się jej wstydić? Przez niektórych może być nawet postrzegana jako przejaw słabości (ileż razy w chwilach wzruszenia słyszymy: *weź się w garść, nie rozpamiętuj, nie maź się*). Ale przecież bez wspomnień, bez przeszłości jesteśmy o wiele ubożsi. Pewnie dlatego nostalgia, wspomnianie, jest inspiracją dla osób o barwnym wnętrzu – artystów; jak sami mówią, wywołuje w nich ona twórczy ferment. Profesor Przemysław Czapliński, literaturoznawca, autor książki „Wzniosłe tęsknoty”, stwierdził, że nostalgia była bardzo mocno obecna w literaturze końca XX w. Według profesora uczucie to jest ucieczką przed trudną teraźniejszością i niepewną przyszłością. Jak pisał: „Powszechne poróżnienie z dniem dzisiejszym i lęk przed jutrem sprawiają, że w naszych czasach największą przyszłość ma przed sobą przeszłość”.

Nostalgia jest rodzajem refleksji; to zatrzymanie się, zastanowienie, pewien typ wrażliwości i pewna odłona tęsknoty. To uczucie ogarnia mnie, kiedy myślę o latach szkolnych, odwiedzam dom rodzinny czy groby dziadków. Ten swoisty rodzaj rozrzewnienia pojawia się zazwyczaj w czasie świąt, urodzin, rocznic, pożegnań (na długo lub na zawsze). Tęsknimy za przeszłością, a wspomnienia mogą wywoływać różne bodźce: zapach, widok, dotyk, wrażenia słuchowe. Może więc nostalgia jest reakcją zmysłów? Chyba jednak nie, ale zmysły wzmagają nostalgię. Na pewno pojawia się w chwilach, kiedy mamy gorszy okres w życiu, albo... więcej czasu. Kiedy wreszcie, znużeni pogonią za zaspokojeniem różnych potrzeb życiowych, zatrzymujemy się, przystajemy, zwalniamy i mamy czas na refleksję,

na to, żeby nie myśleć wyłącznie o teraźniejszości, ale zagłębić się w przeszłość, przybywają wspomnienia. Nostalgie w głosie słyszę często u starszych osób, kiedy rozmawiam z nimi o ich dzieciństwie, szkolnych przygodach, dawnych znajomych, a nawet o biedzie i złych warunkach mieszkaniowych. Jest to dla nich mechanizm oswojania samotności i tęsknoty za tymi, którzy odeszli. Cytowany wyżej Czapliński uważa jednak, że nostalgik nie tęskni jedynie za przeszłością, ale też za związaną z nią wzniosłością, „która rodzi się z poczucia niewyrażalności utraconego czasu”. A tęsknota i upływ czasu zazwyczaj sprawiają, że łatwiej zapominamy o tym, co było złe, niż o tym, co było dobre i piękne. Bardziej doceniamy pozytywne wydarzenia, momenty, ludzi, miejsca. I to jest w nostalgii piękne.

#### Jan P. Gałkowski

Pamięć zakorzenia i zakotwicza nas w przeszłości, daje poczucie tożsamości i jest często istotnym źródłem sensu. Pamięć może także niekiedy zniewalać i paraliżować, nie pozwalając na zwrócenie się ku przyszłości i na dalszy rozwój. Zatem z jednej strony trudne, niemalże niemożliwe, jest życie bez pamięci, z drugiej jednakże strony do własnej pamięci trzeba mieć krytyczny dystans. Nostalgia jest tym rodzajem odnoszenia się do przeszłości, który łatwo uzmysławia nam oba wspomniane aspekty pamięci. Z jednej strony czujemy nostalgię za tym co dla nas ważne, bliskie i znaczące. Z drugiej strony zawsze zawiera ona w sobie *αλγος* – *algos*, czyli ból. Nostalgia, nawet za tym co piękne i dobre, po prostu musi boleć, bo przypomina o tym, co już utracone i niedostępne. Pograżając się w nostalgii, nie uciekamy od bólu, ale go akceptujemy jako nieuchronną cenę zachowywania bliskości z tym, co należy już do przeszłości. Współczesna filozofka zajmująca się pamięcią pisze: „Melancholijny wydźwięk niektórych wspomnień, niespokojny lub trwożliwy charakter innych jest przez nas nie tylko tolerowany, lecz wręcz aktywnie poszukiwany. Złożony kompleks fenomenowi zwanego nostalgią zawiera ten właśnie zestaw ambiwalentnych uczuć. Dla nostalgika przeszłość jest zawsze blisko” (Żardecka, 2020, s. 430).

Prawie każdy zatęsknił kiedyś za „starymi, dobrymi czasami”, małą ojczy-

zną, domem dzieciństwa lub za dawno przeminioną młodością. Pamięć o tym co minione jest potrzebna, bo od niej zaczyna się nasza własna historia. Bez pamięci nie ma także należytej wdzięczności, bo jak retorycznie pytał Paweł Apostoł, „Cóż masz, czego byś nie otrzymał?” (1 Kor 4, 6). Ludzką jest więc rzeczą i potrzebną zarazem oddać się niekiedy wspomnieniom. Potrzebna jest jednak rozważa, by wiedzieć, kiedy napływowi nostalgicznych wspomnień dać odpór, przymknąć zbyt szeroko otwarte drzwi do przeszłości, a nawet po prostu zapomnieć. Doceniwszy to, skąd pochodzimy, i wyraziwszy wdzięczność tym, którzy nas obdarowali, trzeba wyruszyć dalej, budować nowe, patrzeć śmiało w przyszłość. Bolesne rozpamiętywanie – jakim jest zawsze nostalgia – nie może być za długie i nie może zdominować oczekiwania na to, co nadchodzi. Nostalgia zawsze boli, bo inaczej być nie może, a powołaniem człowieka, jestem o tym głęboko przekonany, nie jest ból, lecz szczęście. Na to szczęście trzeba się otwierać lub pozwolić, by otworzył na nie nas ktoś inny, wyzwając z nostalgii i budząc w nas nadzieję.

Żardecka M. (2020), *Pamięć i zapomnienie. Filozoficzny dyskurs o sile i słabości pamięci indywidualnej i zbiorowej*, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.

#### Andrzej Łukasik

Ma rację Jan Gałkowski, pisząc w dzisiejszej Kawiarence Psychologicznej, że „Pograżając się w nostalgii, nie uciekamy od bólu”. Nostalgia niesie ze sobą bolesność – od małej do dużej – że to, co minęło, nie wróci. Jest to rozliczenie z przemijającym czasem, którego sami musimy dokonać, mając świadomość, że pamięć podpowiada nam obrazy ważne i nieodwracalnie przeszłe, ale z kolei nie zawsze uzmysławiając sobie, iż nostalgia tworzy iluzję świata przeżytego jako miejsca szczęśliwego, radoznego, bukolicznego. W tym złudzeniu tkwi siła, i to na tyle duża, że wywołuje realne uczucia i wrażenia zmysłowe. Nostalgia jednak rozgrywa się w naszej wyobraźni, nie jest wiernym odzwierciedleniem przeszłości, jest raczej twórczą jej przemianą w osobisty raj, bez którego, być może, trudno byłoby żyć. Jest to zakorzenie w minionym czasie, które niekiedy jak kotwica ciągnie w dół ze względu na bolesne poczucie

nieodwracalności, a z drugiej buduje część naszej osobistej tożsamości, gdyż wiąże się z sytuacjami nas formującymi: to nostalgia za domem rodzinnym, za czasami studenckimi, za Lwowem. Wilnem, konkretnymi osobami, także tymi ukochanymi...

W moim rozumieniu nostalgii nie jest jednakże tak, jak dalej pisze Jan Gałkowski, iż nostalgia to ból, „ale go akceptujemy jako nieuchronną cenę zachowywania bliskości z tym, co należy już do przeszłości”. Myślę, że z nostalgią – przynajmniej tą dużą lub wielką – łączy się trudność w zaakceptowaniu tego, co nazywam bólem nostalgicznym. Trudno znieść świadomość,

iż pewna część naszego życia stała się już przeszłością, i tak jak nie cofają się wskazówki na zegarze, tak nie wróci ta część już przeżytego. Dlatego „powracalność” nostalgicznym obrazów – tak jak w przypadku ruminacji (obsesyjnych negatywnych myśli) – wydaje mi się przejawem owej niezdolności do włączenia w siebie takiej przeszłości, bo jest w tym ukryte pragnienie, by ponownie doznać jej realności, co już możliwe nie jest. Wszakże ból trudno jest zaakceptować i traktować go jako część siebie.

W nostalgii, mimo pozornie szczęśliwej aury roztaczającej się wokół nostalgicznym obrazów, jest element

smutku, a nawet w „cięższych przypadkach” depresji. W rzeczy samej nostalgia jest związana z poczuciem straty i po każdej stracie musimy przeżyć żałobę. Często jednak wspominamy ludzi, którzy odeszli, przez pryzmat anegdoty, żartu, przypominamy ich sobie przez obiektyw pozytywnych wspomnień. Być może tak jest z nostalgią: pozytywność nostalgicznym reminiscencji ma pomóc w przejściu przez śmierć przeszłości.

## Rezonans

W tej rubryce zamieszczamy refleksje, opinie, uwagi, ewentualne zapytania czy propozycje tematyczne Czytelników, także sugerowane tekstami zamieszczonymi we „Wglądzie”. Zapraszamy do współpracy!



## „Natchnienie to mit!”

Czy natchnienie naprawdę istnieje? Nie będę się kłócić z ludźmi mądrzejszymi ode mnie. Jeżeli twierdzą, że to fikcja, a cały ten przedziwny twór można racjonalnie wytłumaczyć, niech tak będzie. Jednak pomijając naukową stronę natchnienia i próby zdefiniowania go (czy raczej wyjaśnienia, że go nie ma), uważam, że coś na jego kształt istnieje. Ale czym jest dokładnie, nie wiem, w końcu żaden ze mnie naukowiec. Być może jest wspomnianym w artykule olśnieniem czy inspiracją. Jednak myślenie o tym, że doznaje się natchnienia jest na tyle magicznym zjawiskiem, że nie rezygnowałabym z niego. Przynajmniej w dziedzinie, którą się zajmuję, czyli tańcu.

Połowę mojego życia należą do zespołu tańca współczesnego. Przez pierwsze kilka lat, dla raczkującej dopiero tancerki, samodzielne wymyślanie kroków to czysta abstrakcja. Co ja mówię, wtedy to nawet odtwórcze tańczenie za lepszymi od siebie wydaje się czymś nieosiągalnym. Jednak z roku na rok, ciało i umysł nabierają pewności oraz otwartości. Czymś, co niezwykle pomaga w odkrywaniu własnego rytmu i stylu tańczenia, jest improwizacja. Najłatwiej wytłumaczyć ją, jako intuicyjne tańczenie do muzyki (a niekiedy do ciszy). Początek improwizacji to zazwyczaj odtąnczenie pierwszych kroków, które przyjdą na myśl – czyli zwykłe odtwórstwo. Następnie pojawia się w nich pewna doza stylu tancerki – zaczyna wykonywać kroki inspirowane. Gdy w głowie znikają utarte sche-

maty, nagle pojawia się nowa przestrzeń, nieznaną, może nawet dziką. Ten etap nazwałabym olśnieniem, ponieważ towarzyszy mu niedowierzanie, iż ciało i umysł potrafią tworzyć coś dotąd nieznanego. Do takiego momentu improwizacji się dąży, ponieważ dzięki niemu otwiera się pewna furtka w głowie. Kiedy dochodzi do tego muzyka, która nagle zaczyna grać melodię jakby napisaną pod tańczone kroki – nazwałabym to natchnieniem, jednak nie tym osławionym, jako przypływ niesamowitych mocy, ale jako przejaw niezwyklej wolności ciała i umysłu. Coś nagle się zmienia. Zostaje się wypełnionym energią i uczuciem, iż można stworzyć więcej, lepiej.

Nie przedstawiłam właśnie nikomu recepty na natchnienie, nawet przepisałam na zdobycie go, bym tego nie nazwała. To jedynie opis tego, czego można doświadczyć, a co nie ma nazwy (skoro natchnienia nie ma). Może to doświadczenie uwolnienia?

Tomala Jerzy, *Natchnienie to mit!*,  
„Wgląd”, czerwiec 2021, nr 12

Kinga Dobek  
III rok dziennikarstwa i komunikacji społecznej spec. reklama, concierge i public relations

## Z badań psychologicznych na świecie



### Różna jest aktywność mózgow chłopców i dziewcząt z depresją

W porównaniu z kobiecą depresją dużą (MDD), męskiej MDD często poświęca się mniej uwagi. Istnieją znaczne różnice między płciami w obrazie klinicznym MDD i wyższy wskaźnik samobójstw u mężczyzn z depresją. Celem eksperymentu było określenie różnic między płciami w zakresie MDD w okresie dojrzewania, gdyż wtedy kobiety są dwa razy bardziej narażone na MDD niż mężczyźni. Zrekrutowano nastolatków z depresją i zdrowych nastolatków płci męskiej oraz nastolatków z depresją i zdrowych nastolatków płci żeńskiej w wieku 11–18 lat. Naukowcy mierzyli aktywność mózgow nastolatków za pomocą rezonansu magnetycznego, podczas dość złożonego zadania Go/No-Go, wymagającego uwagi w reakcji na słowa zabarwione emocjonalnie. Badani mieli naciskać specjalny przycisk, jeśli pojawiały się pewne rodzaje słów (Go) i nie na-

ciskać przycisku, jeśli pojawiały się inne, pełniące rolę „zakłócaacza” uwagi (No-Go). Badacze zauważyli, że depresja wpływa na aktywność mózgu u chłopców i dziewcząt w różny sposób w obszarach mózgu, takich jak zakręt nadbrzeżny i tylny zakręt obręczy. Odkrycie sugeruje, że we wczesnym okresie dojrzewania depresja może wpływać na mózg inaczej u chłopców i dziewcząt, dlatego należy rozważyć strategie leczenia i zapobiegania depresji dostosowane do płci już we wczesnym okresie dojrzewania.

Chuang, J. et al. (2017). Adolescent Major Depressive Disorder: Neuroimaging Evidence of Sex Difference during an Affective Go/No-Go Task. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 119. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00119>

(a)

## Słow(n)ik psychologiczny

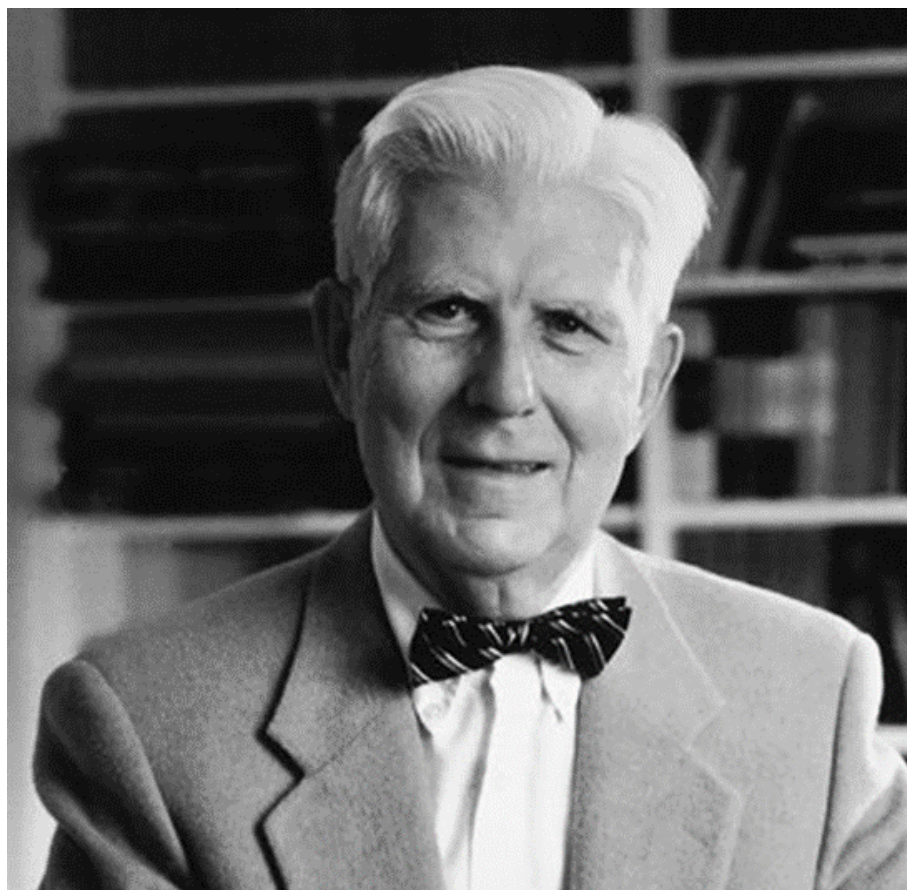


**Anhedonia** (fr. anhédonie) – termin zaproponowany przez francuskiego psychologa i filozofa Théodule'a Armanda Ribota w 1896 roku, oznaczający „niemożność odczuwania przyjemności”. W późniejszych latach uznana za jeden z głównych objawów depresji. Jest to utrata zdolności do odczuwania przyjemności związanej z rzeczami, które wcześniej sprawiały nam radość, przyjemności nie tylko zmysłowej/sensorycznej czy cielesnej, ale także emocjonalnej czy intelektualnej. Może przejawiać się utratą zainteresowań, hobby, potrzeby spotkań z innymi, które stają się zmaganiem, a przyjemność z nich płynąca zanikła. Anhedonia powoduje zaburzenia funkcjonowania społecznego człowieka, ponieważ towarzyszą jej spływanie afektu, ekspresji emocji, przez co innym ludziom trudno jest odczytywać stany emocjonalne osoby, która ich doświadcza. Kojarzona jest przede wszystkim z depresją, jednak może występować także w innych zaburzeniach psychicznych, np. schizofrenii czy u osób nadużywających substancji psychoaktywnych, ale też u osób z chorobą Parkinsona czy niecierpiących na żadne zaburzenia czy choroby, stanowiąc cechę

indywidualną jednostki. Anhedonia może być także skutkiem ubocznym stosowania niektórych leków przeciwdepresyjnych ujawniającym się w fazie remisji, po ustąpieniu ostrych objawów depresji. Na poziomie neurobiologicznym anhedonię wiąże się z dysfunkcją układu nagrody, który umożliwia prawidłowe działanie procesów pragnienia, satysfakcji, uczenia się. Nowsze ujęcia proponują, aby anhedonię rozumieć jako załamanie lub utratę równowagi któregoś lub wszystkich z tych procesów. W mózgu funkcjonującym prawidłowo procesy te są zrównoważone w czasie. Upośledzenie funkcjonowania któregoś z elementów sieci układu nagrody może prowadzić do określonych objawów lub podtypów anhedonii, tym samym jej różnej ekspresji u poszczególnych osób. Do pomiaru anhedonii stosuje się zadania eksperymentalne (np. wykorzystujące mechanizm odroczonej gratyfikacji) oraz kwestionariusze. Jednym z popularniejszych jest Skala Odczuwania Przyjemności SHAPS Snaitha-Hamiltona.

al

## Mistrzowie psychologii



**Aaron Temkin Beck** - urodził się 18 lipca 1921 roku w Providence, Rhode Island. Znany jest jako ojciec terapii poznawczo-behawioralnej (Cognitive Behavior Therapy - CBT) i wiodący badacz psychopatologii. Uznawany za jednego z najbardziej wpływowych psychoterapeutów wszechczasów. Jego rodzice byli rosyjskimi emigrantami pochodzenia żydowskiego. Ojciec, Harry Beck, był drukarzem, matka, Elizabeth Temkin, działaczką społeczności żydowskiej. Po urazie ręki w dzieciństwie miał zaległości i trudności w nauce, przez co powtarzał klasę, jednak dzięki samozaparciu i chęci udowodnienia, że to nie czyni go gorszym od innych, nadrobił zaległości. Kontynuował edukację na specjalizacji neurologia, następnie podejmując w 1950 roku pracę na oddziale psychiatrycznym, szkoląc się pod opieką Erika Erik-

sona. Początkowe zainteresowania Becka koncentrowały się wokół psychoanalizy i sprawdzania trafności jej założeń. Po kursie psychoanalitycznym zainteresował się konstruktem depresji w tym nurcie, by ostatecznie pracując jako psychiatra na Uniwersytecie Pensylwanii, rozczarowany ograniczeniami psychoanalizy, opracować terapię poznawczą, obecnie znaną jako terapia poznawczo-behawioralna. Badania osób chorujących na depresję skłoniły go do zaproponowania nowej koncepcji tej choroby, opartej na negatywnych przekonaniach związanych z poczuciem straty i porażki, tym samym odszedł od psychoanalitycznego rozumienia depresji jako wrodzonej potrzeby cierpienia. W trakcie pracy z pacjentami dostrzegł ich tendencję do ekspresji negatywnych myśli, które potem nazwał „myśłami automatycznymi”, oraz obecność

zniekształceń poznawczych. Co więcej, odkrył, że myśli jego pacjentów na temat sytuacji wpływały na ich reakcje bardziej niż sama sytuacja – konstrukt ten nazwał „modelem poznawczym”. W pracy z pacjentami pomagał im zmienić ten nieprzystosowawczy sposób myślenia i podejmować bardziej adaptacyjne zachowania, które pozwalały im poczuć się lepiej. Pracował z nimi również nad nieprzystosowawczymi przekonaniami na temat siebie, innych, świata i przyszłości, co obecnie określane jest jako triada depresyjna. W 1961 roku opublikował skalę do oceny nasilenia objawów depresji, stosowaną do dziś i znaną jako Skala Depresji Becka. Pierwsze badania opublikowane w 1977 roku oceniające skuteczność zaproponowanego przez niego podejścia w kontekście leczenia depresji wykazały, że jest to pierwsza terapia niemedyczna, związana z pracą terapeutyczną i rozmową z pacjentami, której skuteczność jest większa niż leczenie jedynie lekami. Od tego czasu liczne badania wykazały efektywność tej formy terapii w leczeniu wielu problemów zdrowia psychicznego, m.in. depresji, lęku, problemów medycznych z psychologicznym podłożem, zarówno pod względem redukcji objawów, jak i promowania zdrowych, adaptacyjnych zachowań. W roku 1994 Aaron Beck wraz z córką Judith Beck założyli Beck Institute mający za zadanie doskonalić techniki CBT oraz szerzyć wiedzę służącą polepszeniu jakości życia ludzi. Ostatnie lata aktywności zawodowej Becka związane były z pracami nad terapią poznawczą zorientowaną na wyzdrowienie (CT-R), pierwotnie opracowaną do leczenia schizofrenii. Beck pełnił także funkcje emerytowanego profesora psychiatrii na Uniwersytecie Pensylwanii oraz emerytowanego przewodniczącego Beck Institute. Zmarł 1 listopada 2021 roku w wieku 100 lat, do końca kontynuując swoją pracę.

## Czy wiesz, że...?



**Czy wiesz, że** mózgi osób z depresją mogą wyglądać inaczej niż osób zdrowych? Jak wynika z przeglądu badań zaprezentowanych w 2019 r. w czasopiśmie *Translational Psychiatry*, niektóre osoby z poważnymi zaburzeniami depresyjnymi mają zmiany w mózgu, które można zaobserwować w badaniach obrazowych, takich jak rezonans magnetyczny.

**Czy wiesz, że** depresja dotyka ludzi na całym świecie. W raporcie Światowej Organizacji Zdrowia z lutego 2017 r. stwierdzono, że depresja była główną przyczyną niepełnosprawności, dotykającą ponad 300 milionów ludzi na całym świecie.

**Czy wiesz, że** w trakcie farmakoterapii pacjenci muszą często wypróbować więcej niż jeden lek przeciwdepresyjny? Wiele osób z depresją nie odczuwa ulgi po pierwszym wypróbowa-

niu antydepresantu. Według dr Diane Solomon, pielęgniarki psychiatrycznej z Portland, ludzie czasami muszą wypróbować kilka leków, zanim znajdą odpowiedni dla siebie lek przeciwdepresyjny.

**Czy wiesz, że** bardzo dużo młodych ludzi cierpi z powodu depresji? Według danych policji polskiej w 2021 roku nastąpił gwałtowny wzrost zachowań samobójczych wśród osób poniżej 18. roku życia. Prawie 1500 dzieci i nastolatków podjęło próbę samobójczą, a 127 z tych prób zakończyło się śmiercią. Jest to wzrost o 77% zachowań samobójczych w porównaniu do poprzedniego roku.

(aeb, aww)

## Recenzje



**Marta Szarejko (2021). *Stany ostre. Jak psychiatrzy leczą nasze dzieci.***

**Warszawa: Słowne.**

Książka stanowi zapis wywiadów przeprowadzonych z kilkunastoma psychiatrami dzieci i młodzieży, uznanymi specjalistkami i specjalistami w swoich dziedzinach. Rozmowy dotyczą problemów psychicznych i behawioralnych dotyczących współczesne polskie dzieci i młodzież, między innymi zaburzeń neurorozwojowych, zaburzeń odżywiania, schizofrenii, depresji, samookaleczeń i prób samobójczych, wreszcie różnorodnych traum relacyjnych. W jasny sposób przybliżono czytelnikom ich etiologię i symptomatologię. Omówiono różne konteksty występowania oraz percepcji zasygnalizowanych trudno-

ści i zaburzeń – rodzinny, edukacyjny, medyczny i, co warto podkreślić, indywidualny. Nakreślono skuteczne możliwości leczenia, zgodne ze współczesną nauką (a nie pozanaukowymi przekonaniem, wciąż niestety popularnymi w niektórych środowiskach). W czasie lektury uderza obraz słabości dwóch systemów z definicji mających wspierać rozwój młodych ludzi – rodziny i szkoły. Jakimś wspólnym mianownikiem wielu omawianych problemów jest osamotnienie dzieci i młodzieży w rozpędzonym, niestabilnym i nastawionym na własne doraźne potrzeby świecie dorosłych. Psychiatria dzieci i młodzieży wciąż funkcjonuje jako dziedzina traktowana, chciałoby się powiedzieć – „po macoszemu”;

słabo finansowana oraz słabo wyposażona, i wciąż, mimo upływu lat i rozwoju nauki, wstydliva... Książka z jednej strony jest bardzo przystępna, interesująca, a z drugiej mocna merytorycznie. Warto ją podsunąć nie tylko specjalistom (psychologom, pedagogom, lekarzom), ale także rodzicom i nauczycielom, czyli osobom na co dzień najbliższym dziecięcego cierpienia i samotności, a – jak można odnieść wrażenie czytając poszczególne wywiady - tak łatwo abdykującym ze swoich ról.

Tomasz Gosztyła



## ANTYDEPRESYJNE ŁAWKI PRZYJAŹNI

**Wyobraź sobie, że jesteś osobą zmagającą się ze spadkiem nastroju, stanami depresyjnymi czy kryzysem psychicznym. Idziesz do parku i siadasz na ławeczce koło miłej, rozmownej starszuszki, która nie tylko Cię wysłucha i pozwoli podzielić się Twoim problemem, ale pomaga zdjąć z Ciebie ciężar trudności, z którymi zmagales się do tej pory samotnie.**

**Wyobraź sobie, że po takim spotkaniu czujesz ulgę i cieszysz się, że mogłeś z kimś porozmawiać. Z kimś tak kompetentnym w aktywnym słuchaniu i pomaganiu. Zastanawiasz się, skąd u starszej osoby takie umiejętności? Czy jest emerytowanym profesorem psychologii?**

Od 2006 roku lekarz psychiatrii dr Dixon Chibanda wraz z zespołem lekarzy i psychologów szkoli seniorki w Afryce, Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych z podstaw krótkoterminowej psychoterapii poznawczo-behawioralnej i zasad rozmowy terapeutycznej. Szkolenie jednej grupy trwa kilka tygodni, po których starsze wolontariuszki są gotowe do działań pomocowych na „ławeczkach przyjaźni”. Co ciekawe, jedynym kryterium przyjęcia do programu są wysokie kompetencje interpersonalne, rozumiane jako umiejętności słuchania, prowadzenia rozmowy i rozumienia potrzeb drugiej osoby.

Wiele z przeszkolonych kobiet przed rozpoczęciem treningu było niewykształconych, bez umiejętności pisania i czytania. Według opublikowanych w 2016 r. w *Journal of the American Medical Association* przez dra Chibandę wyników badań przeprowadzonych na ponad 600 osobach grupa, która korzystała z pomocy senierek, wykazywała mniej objawów depresji od osób, które leczyły się jedynie farmakologicznie i/lub uczęszczały na terapię psychologiczną. Co interesujące, altruizm i empatia starszych pań wspierała także ich własne zdrowie psychiczne, redukując ich lęki i poprawiając nastrój. Pomysł takiej formy pomocy narodził się w głowie dra Chibandy w 2005 r., kiedy jedna z jego pacjentek popełniła samobójstwo z powodu braku \$15 dolarów na bilet autobusowy do lekarza. Wówczas w Zimbabwie mieszkało 13 milionów ludzi, a pomoc psychiatryczną świadczyło zaledwie kilkunastu lekarzy. Wszechogarniająca była natomiast *Kufungisisa*, która w tłumaczeniu oznacza „myślenie za dużo” lub po prostu depresję.

**A teraz wyobraź sobie, co by się stało, gdybyśmy mogli wdrożyć program wsparcia przez seniorów w każdym mieście w świecie?...** Wizja dra Chibandy obejmuje stworzenie takiej ławczkowej sieci wsparcia na całym świecie, w którym obecnie żyje ponad 600 milionów osób powyżej 65 roku życia.

(aeb, aww)





Fot. Tomasz Gosztyła

## EKO-ZAKŁAD PSYCHOLOGII

Szanowna Studentko,  
Szanowny Studencie,

Nie oprawiaj swoich prac seminaryjnych, projektów z psychologii w plastikowe okładki, koszulki itd. Wyjątkiem są tylko prace licencjackie i magisterskie. Nie nadużywaj elementów metalowych, np. spinaczy. Gdy to możliwe, drukuj strony obustronnie. Korzystaj z poczty elektronicznej, jeśli jest to uzgodnione z prowadzącym zajęcia. Segreguj odpady na terenie Uczelni.



Egzemplarz bezpłatny

Zakład Psychologii UR  
Jesteśmy na



Wgląd wydawany jest przy wsparciu  
finansowym i organizacyjnym  
Dyrektora Instytutu Pedagogiki