

# Od milionera do zera i z powrotem. Opis przypadku specyficznych trudności w leczeniu osoby, która w czasie pandemii COVID-19 straciła wysoką pozycję materialną i społeczną

From millionaire to zero and back again. A case report of specific difficulties in pharmacotherapy of a person who during COVID-19 pandemic lost high material and social position

Sławomir Murawiec

Centrum Terapii Psychomedica Mind Health, Warszawa

Psychiatria Spersonalizowana 2022; 1(2): 67-73

## Streszczenie

Depresja jest chorobą heterogenną. Choć w systemach klasyfikacyjnych zaburzeń psychicznych wskazuje się na względnie jednolity obraz kliniczny zespołów depresyjnych, to przyczyny prowadzące do powstania takiego zespołu objawów mogą być różnorodne.

W pracy opisano przypadek pacjenta, który w trakcie pandemii COVID-19 stracił prowadzony przez siebie biznes zapewniający mu uprzednio wysoką pozycję społeczną i materialną. W efekcie pojawiły się u niego objawy, które odpowiadają objawowemu zespołowi depresyjnego. W wyniku konsultacji poprzedzających włączenie farmakoterapii, a następnie leczenia wertioksetyną 10 mg na dobę uzyskano poprawę samopoczucia i funkcjonowania pacjenta. Kilka miesięcy później pacjent ponownie uzyskał wysoką pozycję materialną, angażując się w przedsięwzięcia biznesowe.

Osoby, które tracą wysoki status, doświadczają niekiedy specyficznych problemów. Ich poczucie własnej wartości ulega obniżeniu do poziomu, w którym czują się zupełnie bezwartościowe, pojawiają się tendencje autodestrukcyjne, a niekiedy myśli samobójcze. W związku z tym w procesie inicjowania pomocy psychiatrycznej dla takich osób ważne jest uwzględnienie ich specyficznej sytuacji i specyfiki problemów. Wymaga to zarówno większej ilości czasu poświęconego na wstępne konsultacje, jak i odpowiedniego do potrzeb pacjentów doboru farmakoterapii.

Specyficzne trudności w trakcie terapii osób, które utraciły wysoki status, nierzadko nie są odpowiednio rozpoznawane, co może prowadzić do przewlekłego utrzymywania się objawów lub pojawienia się niekorzystnych zdarzeń w życiu pacjenta.

**Słowa kluczowe:** depresja, COVID-19, wertioksetyna, status materialny, status społeczny, utrata, konsultacja, wgląd.

## Abstract

Depression is a heterogeneous disease. Although the classification systems of mental disorders indicate a relatively uniform clinical picture of the depressive syndrome it is worth being aware that diverse processes may precede emergence of symptoms.

**Autor do korespondencji:**

dr hab. Sławomir Murawiec, Centrum Terapii Psychomedica Mind Health, Warszawa, e-mail: smurawiec@gmail.com

The paper describes a case of a patient who, during the COVID-19 pandemic, lost his business, which previously provided him with a high social and material position. As a result, he developed symptoms of depressive episode. As a result of consultations preceding the initiation of pharmacotherapy, and then treatment with vortioxetine 10 mg daily, the patient's well-being and functioning improved. A few months later, the patient again achieved a high material position by engaging in business ventures.

Persons who lose high status sometimes experience specific problems. Their self-esteem is lowered to a level where they feel completely worthless, self-destructive tendencies and sometimes suicidal thoughts and actions appear. Therefore, in the process of initiating psychiatric help for these people, it is necessary to take into account their specific situation and the specificity of problems. This requires both more time devoted to initial consultations and the selection of pharmacotherapy appropriate to the patients' needs.

Specific difficulties in the treatment of people who have lost their high status are often not properly recognized, which may lead to chronic symptoms or adverse events in the patient's life.

**Key words:** depression, COVID-19, vortioxetine, material status, social status, loss, consultation, insight.

## Wstęp

Spektrum funkcjonowania niektórych osób może obejmować dwa skrajnie odmienne stany. Albo stan, w którym czują się „na topie” i „na świeczniku” w odniesieniu do własnego poczucia wartości i znaczenia społecznego, albo stan przeciwny, w którym czują się w powyższych kontekstach „zerem” i „nikim”. Przy czym nie chodzi mi o wahania nastroju charakteryzujące zaburzenia dwubiegunowe i spektrum dwubiegunowości. Mam na myśli poczucie wartości własnej osoby, znaczenia i pozycji społecznej, któremu często towarzyszy dostępność znacznych środków finansowych. Jak wskazują Gierczak i Żylicz wysoka samoocena pozostaje kluczowym wymaganiami na stanowiska kierownicze w Polsce [1], co dotyczy grupy tzw. top managerów, ale także wielu innych grup zajmujących stanowiska związane z sprawowaniem władzy w biznesie. W sytuacji utraty tej pozycji, zasobności i poczucia znaczenia społecznego u niektórych osób pojawia się poczucie kompletnej bezwartościowości samego siebie, relacjonowane słowami: „jestem zerem, jestem nikim, jestem na dnie”. W poniżej pracy chciałbym zarysować trudności terapeutyczne, jakie towarzyszą leczeniu tej grupy osób. Specyficzne cechy leczenia tej grupy pacjentów podejmowałem już wielokrotnie w innych publikacjach [2] i w przestrzeni publicznej [3, 4]. Jednak opisany w tej pracy przypadek pacjenta nie tylko dobrze ilustruje te trudności, lecz także jest związany z dramatycznym zwrotem w jego życiu.

Pacjent zgłosił się na leczenie we wrześniu 2021 r., relacjonując drugi z opisanych wyżej stanów: poczucie absolutnej klęski życiowej i bankructwa finansowego. Poprawę zgłosił dopiero w styczniu 2022 r. w wyniku intensywnych rozmów i włączenia leczenia wortioksetyną. Wystawiając pacjentowi receptę na

wortioksetynę wiosną 2022 r., nie mogłem przewidzieć, że kiedy zgłosi się w celu kontynuacji leczenia po kilku miesiącach, poinformuje, że w ciągu tych miesięcy zarobił kilka milionów złotych, znowu ma poczucie „bycia na topie” i że w obecnej sytuacji w swoim odbiorze jest „znacznie mądrzejszy” niż był poprzednio, kiedy osiągał szczyty powodzenia społecznego, zawodowego i finansowego.

W zarysowanym kontekście użyteczna może być uwaga Gierczak i Żylicza [1], którzy wskazują, że nie istnieją dane pozwalające odpowiedzieć na pytanie, jak często za fasadą niewzruszonego szefa firmy kryje się niska samoocena, narcystyczne zaburzenie osobowości, pracoholizm i depresja. Autorzy ci uważają, że nadal niewiele wiadomo o mechanizmach psychicznych działających w umysłach menedżerów, które pozwalają utrzymać obraz siebie oparty na wysokim poczuciu własnej wartości, i nie można odpowiedzieć na pytanie, czy ich odporność na stres ma charakter rzeczywisty oraz czy jawne i ukryte poczucie własnej wartości są wzajemnie spójne. Niespójność pomiędzy idealnym a realnym obrazem siebie może prowadzić do poczucia rozczarowania samym sobą, obniżenia nastroju, niezadowolenia i żalu.

## Opis przypadku

Pacjent zgłosił się na pierwszą wizytę we wrześniu 2021 r., wypowiadając następujące skargi dotyczące swojego samopoczucia: „Jestem rozbity. Zupełny brak motywacji do czegokolwiek, siedzę w domu i nic nie robię. Mam problemy z zasypianiem. Wstaję rano i wpada mi do głowy myśl o mojej sytuacji. Brak motywacji przede wszystkim. Nie mogę się zmotywować, aby do kogokolwiek zadzwonić”. Stan psychiczny pacjenta spełniał kryteria obrazu zespołu depresyjnego, nastrój był obniżony, napęd znacznie

obniżony, występowały zaburzenia snu, można się było także dopatrzeć gorszego samopoczucia porannego. W wypowiedzi zwracało jednak również uwagę poczucie rozbicia, co może się kojarzyć ze zderzeniem z „twardymi” okolicznościami życiowymi, relacja na temat przychodzenia w godzinach porannych myśli na temat jego sytuacji oraz zablokowanie możliwości podejmowania kontaktów z dotychczasowymi znajomymi.

Pacjent nie był dotąd leczony psychiatrycznie. Zapytany o okoliczności poprzedzające pogorszenie samopoczucia zrelacjonował, że w czasie pandemii COVID-19 stracił przedsiębiorstwo, którego był właścicielem, popadł w długi i zbankrutował. Tak więc pacjent stracił w krótkim czasie wysoką pozycję zawodową, status społeczny i majątkowy. Zapytany o znaczenie tego, co zaszło w jego życiu, zrelacjonował: „Skończyło się moje dotychczasowe życie, skończyło się to, kim byłem, zostałem na lodzie. Wokół tego kręciło się moje życie. Teraz tylko niemoc, brak planu, brak sił, brak pomysłu, brak chęci podjęcia wyzwania”. Pacjent w tej wypowiedzi wyraźnie odniósł się do poczucia utarty swojej dotychczasowej tożsamości, mówiąc: „Skończyło się to, kim byłem”. W jego odczuciu był kimś ważnym, znaczącym, należał do grona osób z wysoką pozycją. Utrata tych elementów oznaczała dla niego utratę dotychczasowej tożsamości, stanie się osobą nieznaczącą, „bycie nikim”. Pacjent relacjonował utratę statusu społecznego i finansowego, poczucia bezpieczeństwa, życia, jakie prowadził, tożsamości i przyszłości ponieważ to, co robił, było treścią jego życia. Oceniał: „Jestem w żałobie”. W kontekście braku motywacji do działania sformułował refleksję, że nie podejmuje nowych wyzwań, ponieważ to nie jest to, co miał poprzednio.

Zgłaszając się na wizytę do psychiatry oczekiwał „jakiejś pomocy”, jednak nie wyrażał zgody na podjęcie leczenia farmakologicznego. Znaczenie przyjmowania leków, które opisywał, było oparte na zrównaniu przyjmowania leków z przyznaniem się do ostatecznej porażki życiowej (stania się pacjentem psychiatrycznym, czyli osobą, która doznała ostatecznego upadku).

### Omówienie pierwszej wizyty

Osoby zgłaszające się po pomoc w sytuacjach, jak opisana powyżej, uzyskują rozpoznanie zespołu depresyjnego i jest im proponowane leczenie przeciwdepresyjne. Jak dowodzi opisany tu przypadek takie postępowanie ma szansę powodzenia. Istnieje jednak kilka warunków, które powinny zostać spełnione.

Z doświadczenia wiem, że próba postawienia diagnozy i zaproponowania leczenia w czasie jednej wizyty zazwyczaj nie kończy się sukcesem. A tak dzieje się w wielu przypadkach. Celem tego artykułu jest zwrócenie uwagi na fakt, że zanim lek zostanie włączony, sytuacja, w jakiej znalazł się pacjent, powinna zostać dokładnie omówiona, a włączenie leku wymaga przeznaczenia znacznie dłuższego czasu na rozmowę. Proces przygotowania danej osoby do podjęcia leczenia jest często długi i wymaga wielu rozmów.

Chciałbym tu zwrócić uwagę, że osoby te prezentują określoną postawę życiową. Ta postawa opiera się na utożsamieniu się z obrazem siebie jako człowieka sukcesu o wysokim poziomie własnej wartości, będącego członkiem prestiżowych gremiów nawykłych do decydowania, stanowienia o sobie. Znaczenie wysokiej samooceny jest podkreślane w kontekście sprawowania funkcji menedżerskich [1]. Taki obraz siebie może pozostawać w kontraście do wyobrażenia siebie jako osoby potrzebującej wsparcia, pomocy, przyjmującej leki, korzystającej z pomocy psychiatryczno-psychologicznej. Te elementy muszą zostać uwzględnione, ponieważ istnieje zbyt duży kontrast pomiędzy obrazem siebie stworzonym na podstawie osiągnięć (realnych) a wyobrażeniem siebie w nowej, zmienionej sytuacji, aby mógł on zostać pominięty w procesie proponowania terapii. Warto zauważyć, że osobie znajdującej się w takiej sytuacji trudno jest „podporządkować” się czyimś decyzjom, nawet jeśli jest to specjalista.

Ponadto dla tych osób to, co dzieje się z ich stanem psychicznym, jest niezrozumiałe, często niepowiązane w ich umyśle z sytuacją, w jakiej się znalazły. Rozumieją one, że zmiana samopoczucia nastąpiła po utracie (przedsiębiorstwa), ale nie rozumieją szczegółowych mechanizmów, np. zależności, że jest powiązana z utratą w sferze psychologicznej, w zakresie obrazu siebie. Nie jest także dla nich możliwe rozumienie włączających się mechanizmów autodestrukcyjnych. Zazwyczaj zakłada się [1], że w momencie pojawienia się rozbieżności pomiędzy poczuciem „ja realnego” (jaki jestem) a „ja idealnego” jednostka ma tendencje do podejmowania działań zmierzających do zredukowania, zniwelowania tej rozbieżności. W opisywanym tu przypadku tendencja ma charakter odwrotny. Zmierza do pogłębienia rozbieżności pomiędzy „ja idealnym” (ujmowanym w wyidealizowanym obrazie siebie jako „tego, kim byłem wcześniej”) a poczuciem swojego aktualnego stanu (ja, jakim jestem teraz, czyli osobą kompletnie bezwartościową). Jest to specyficzna trudność pracy z takimi osobami i jednocześnie wynikają z tego zagrożenia,

ponieważ pacjent podejmuje działania zmierzające w kierunku autodestrukcji.

Czas poprzedzający włączenie leczenia powinien być poświęcony na omówienie z pacjentem powiązań pomiędzy zmianami jego samopoczucia a intrapsychnicznym znaczeniem zaistniałej sytuacji. Wymaga często zrozumienia jakiegoś mechanizmu psychologicznego (elementów wglądu), który pacjent u siebie zidentyfikuje, co pozwala na pojawienie się możliwości akceptacji pomocy właśnie w sferze psychologicznej, dotyczącej życia psychicznego, a nie wyłącznie zewnętrznej rzeczywistości. W początkowym okresie sposób rozumienia przez pacjenta zmiany swojego samopoczucia opiera się na spostrzeżeniu „Nie mam siły, bo nie mam siły”. Nie jest dostępne rozumienie, że „nie mam siły, bo utraciłem to, z czym się identyfikowałem, a zarazem boję się podjąć kolejne wyzwanie”. To drugie sformułowanie już otwiera możliwości szukania pomocy, bo otwiera uchwytne psychologiczne mechanizmy. Dlatego właśnie potrzebna jest rozmowa poprzedzająca zainicjowanie farmakoterapii.

Można tą zmianę zilustrować następująco:

- początkowe przekonanie: „Coś się ze mną dzieje niezrozumiałego, zrób coś z tym, ale nie wezmę leków, a na psychoterapię nie pójdę”,
- jako rezultat rozmów: „Rozumem, że mam jakąś blokadę, jakiś problem. Staje się dla mnie zrozumiałe, że mogę poszukać rozwiązania”.

Ostatecznie pacjent zgodził się przyjąć leki promujące sen. Zalecono trazodon w dawce 25–50 mg na noc. Pacjent zakończył jednak terapię po kilku dniach, mimo że w trakcie przyjmowania leku nastąpiła poprawa w zakresie snu.

### Kolejna wizyta

W trakcie kolejnej wizyty pacjent relacjonował, że po poprzedniej rozmowie „bardziej analizowałem”. Jego samopoczucie i funkcjonowanie nie uległo poprawie, nadal były obecne: „brak motywacji, brak pomysłów, brak radości z życia”. Kolejny charakterystyczny dla opisywanej tu grupy osób element, czyli działania autodestrukcyjne, znalazł w jego przypadku wyraz w zaniedbaniu leczenia nadciśnienia tętniczego. Zachowania nastawione na „zniszczenie siebie”, „dojście do dna” są ważnym elementem, na który należy zwrócić uwagę, lecząc pacjentów z tego rodzaju reakcją na zmianę sytuacji życiowej, gdyż zagrażają one podjęciem próby samobójczej.

W poprzedniej pracy [2] dotyczącej osoby młodej pojawiły się te same elementy. „Widocznym przejawem tych autodestrukcyjnych tendencji były jego

fantazje o byciu narkomanem, alkoholikiem, stoczeniu się, śmierci i samobójstwie”. Relacjonował: „Chciałbym przespać całe swoje życie i nie być uczestnikiem. Nie wierzę, że mogę się z tego wydostać. To, co mi pozostało, to zostanie narkomanem, alkoholikiem, mizeria, w której jestem, albo samobójstwo”. Opisywany w tej pracy pacjent zaniedbał leczenie nadciśnienia, a zapytany o to postępowanie odpowiedział: „Rezygnacja, długi okres braku sukcesu, bo mi nie zależy, bo i tak jest źle. Chcę dobić do dołu, aby się odbić, a nie być w takim zawieszaniu”.

W obu cytowanych tu wypowiedziach powtarza się ta sama treść psychologiczna, choć w różnym kontekście: „zostanie narkomanem, alkoholikiem, mizeria, w której jestem, albo samobójstwo”, „dobić do dołu”. W tej samej rozmowie pacjent sformułował myśl stanowiącą wgląd w powody niepodejmowania aktywności: „Nie podejmuję nowych wyzwań, ponieważ już nigdy nie osiągnę tyle, co miałem, już nigdy nie będzie lepiej. Przedsięwzięcie, które prowadziłem, okazuje się, że było najlepsze na świecie”. Rozszerzył tę myśl, mówiąc, że: „Nie chcę podejmować dużych wyzwań zawodowych, ponieważ boję się porażki, że mi się nie uda. Nie chcę podejmować mniejszych aktywności, ponieważ nie chcę brać się za drobiazgi, bo nie chcę siebie tak postrzegać”.

Te myśli stanowiły dla pacjenta wgląd (odkrycie własnych motywacji) na pewnym poziomie. Do tej pory „po prostu” odczuwał brak motywacji do działania i do podejmowania kontaktów i w jego odczuciu działało się to bez przyczyny, automatycznie, poza jego kontrolą. W tym momencie mógł uchwycić motywacje, które stały za niepodejmowaniem w żadnym wymiarze aktywności zawodowych. Dopiero kiedy pacjent zgłosił się na kolejną wizytę na początku grudnia 2021 r., pojawiła się motywacja do zaakceptowania przyjęcia pomocy. Pacjent odbył wizytę u psychologa i zgłosił się na wizytę do psychiatry z intencją przyjmowania leku. Nadal oceniał swoje samopoczucie tak jak w trakcie poprzednich miesięcy: „bez większych zmian”, „odkładam”, „odsuwam”, „brak motywacji”, „brak radości życia”, „libido zero”, „jestem bardziej rozdrażniony”. Tym razem jednak pacjent zaakceptował możliwość podjęcia farmakoterapii i zalecono wortioksetynę w dawce 10 mg na dobę.

### Dalszy przebieg leczenia

W trakcie konsultacji w styczniu 2022 r. pacjent zgłosił: „Jest lepiej. Mentalnie lepiej. Biorę te leki. W grudniu zacząłem się ruszać. Teraz śmigam na

siłownię, jakieś książki zacząłem czytać. Nachodzą mnie strachy, ale staram się to odsuwać. Czuję się zdecydowanie lepiej. Wstaję i się motywuję, żeby coś zrobić. Mam lepszy nastrój, te przykre myśli nie przesłaniają mi wszystkiego, staram się je kontrolować. Ani nie miałem nudności, ani jakiś skutków ubocznych”.

W związku z poprawą samopoczucia i podjęciem przez pacjenta regularnych wizyt u psychologa kolejna recepta została wystawiona po kontakcie telefonicznym, w trakcie którego pacjent zgłosił utrzymywanie się poprawy. Nadal jednak nie podejmował działań zawodowych. Jego aktywność ograniczała się do wysiłku fizycznego na siłowni i czytania książek w domu.

Pacjent zgłosił się na konsultację osobiście w lipcu 2022 r. Podczas kilku miesięcy odbudował sieć kontaktów, połączył kilka istniejących uprzednio przedsięwzięć ze sobą, zaangażował się we współpracę z nimi i w efekcie zarobił (jak podał) kilka milionów złotych. Zrelacjonował w trakcie tej wizyty, że obecnie jest „mądrzejszy”, stara się „zabezpieczyć swój byt i swoją przyszłość”.

### Wortioksetyna

Wybór wortioksetyny u opisywanego pacjenta nie był przypadkowy. Działanie leków wpływających przede wszystkim na transporter serotoniny (selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny; *selective serotonin reuptake inhibitors* – SSRIs) i innych substancji, które w określonych dawkach mają przede wszystkim takie działanie, ma zalety, ale i ograniczenia [5]. Dla części osób efekt działania leku, który opisują słowami: „już się tak nie przejmuję, już się tak nie denerwuję”, jest subiektywnie oceniany jako korzystny, jednak dla wielu pacjentów efekt zblednięcia emocjonalnego, „zobojętnienia”, „wyprania emocji”, „nieprzejmowania się niczym”, „wycięcia góry i dołu”, czyli pozbawienia zarówno skrajnych emocji pozytywnych, jak i negatywnych, jest trudny do zaakceptowania. Możemy w kontekście opisywanego tu pacjenta zadać pytanie: co z procesami motywacyjnymi, gdy wszystko staje się bardziej obojętne, mniej emocjonalnie angażujące [6]? W przypadku opisywanego pacjenta i fazy leczenia, w jakiej nastąpiło włączenie leku, z jednej strony potrzebne było uruchomienie procesów motywacyjnych, wyciszenie lęku, a z drugiej – poprawa funkcji poznawczych. Od utraty przedsiębiorstwa minął już pewien czas, pacjent potrzebował nie tyle wyciszenia skrajnych negatywnych emocji, które wzbudziło w nim to wydarzenie, ile uruchomienia możliwości działania.

Wortioksetyna jest lekiem cechującym się wysokim powinowactwem do transportera serotoninowego, czyli mającym działanie takie jak leki z grupy SSRI, ale nienależącym do grupy SSRI. Charakteryzuje się szerokim zakresem działań receptorowych (ma bowiem również zdolność do blokady receptorów 5HT<sub>3</sub>, 5HT<sub>7</sub> i 5HT<sub>1D</sub>), jest ponadto częściowym agonistą receptorów 5HT<sub>1B</sub> i agonistą receptorów 5HT<sub>1A</sub> [4]. Jak wskazuje Siwek [7], jest więc to lek o działaniu multimodalnym, a znaczenie kliniczne tego złożonego mechanizmu nie zostało dokładnie poznane. Cytowany autor uważa, że powyższe działania receptorowe mogą się przyczyniać do nasilenia (w porównaniu z efektami samej tylko blokady wychwyty zwrotnego) transmisji serotonergicznnej oraz – pośrednio – wzrostu stężeń noradrenaliny i dopaminy. Ich efektem może być także neuromodulacja w innych systemach neuroprzekaźnikowych (np. histaminergicznym, cholinergicznym, glutaminergicznym). Działanie wortioksetyny na receptory 5HT<sub>1A</sub> może się wiązać z dodatkowym efektem przeciwłękowym, potencjalizacją działania przeciwdepresyjnego czy redukcją ryzyka występowania zaburzeń seksualnych.

W badaniach klinicznych w populacji osób z depresją podawanie wortioksetyny było związane z poprawą w zakresie funkcji poznawczych. Opublikowano badania wskazujące na korzystny wpływ podawania wortioksetyny u osób z depresją w szerokim zakresie funkcjonowania: zawodowego, społecznego, rodzinnego i całkowitych miar funkcjonowania [8, 9].

### Dyskusja

Ponieważ celem „Psychiatrii spersonalizowanej” jest odnoszenie się do zindywidualizowanego i spersonalizowanego leczenia w psychiatrii, opisany wyżej proces leczenia pacjenta wpisuje się w takie właśnie podejście. Co podkreślono już wyżej, jego celem jest zwrócenie uwagi na indywidualny kontekst powstawania zaburzeń i ich leczenia. W wielu wypadkach bez uwzględnienia takiego indywidualnego kontekstu proces leczenia ma mniejsze szanse, aby zakończyć się powodzeniem. Chociaż uwzględnienie opisanego wyżej sposobu interwencji nie może być gwarancją sukcesu terapeutycznego, w moim przekonaniu jego uwzględnienie w sytuacji pacjentów znajdujących się w analogicznej do wyżej opisanej sytuacji jest niezbędne. Tymczasem kontekst ten często bywa pomijany, a osoby z tego typu problemem otrzymują konsultację opartą na zunifikowanych założeniach.

W celu zilustrowania wagi uwzględnienia kontekstu sytuacji chciałbym przytoczyć fragment wywiadu,

jakiego udzielił pisarz Szczepan Twardoch [10]. Opisana w nim sytuacja nosi wiele cech sytuacji klinicznej będącej tematem bieżącego artykułu. Szczepan Twardoch opisuje następujące zdarzenie: „Dawno temu ktoś, kogo już nie pomnę, opowiedział mi historię chirurga, który doznał nagłego wylewu, ten zaś pozbawił go intelektualnych i manualnych zdolności pozwalających praktykować zawód. Jako że chirurg był człowiekiem w szpitalu szanowanym i lubianym, koledzy chcieli oń zadbać i zaproponowali mu pracę w dziale administracyjnym, jednak dawny pan doktor nie był już po wylewie w stanie pracować z dokumentami, został więc pomocnikiem palacza, chociaż nadal nosił swój lekarski kitel – i w tym właśnie kitlu znaleziono go w końcu kotłowni, powieszzonego na rurze ciepłowniczej. Pan doktor nie był w stanie znieść swojego upodlenia, swojej deklasaacji, bo jakże to znieść tę podróż z sali operacyjnej do kotłowni. Wyobrażam sobie, że gdy koledzy po skalpeli widzieli, jak schodzi do szpitalnych piwnic, by zamiast skalpela mieć się łopaty, to też pękały im serca z żalu. Jestem nawet przekonany, że gdy ich dawny kolega popełnił samobójstwo, to czuli ulgę i po cichu myśleli sobie, że gdyby znaleźli się na jego miejscu, to również woleliby raczej sznur. Rozumiem więc, co musieli czuć panowie chirurdzy na widok zdeklasowanego kolegi. Sam, wspominając tę historię, czuję mniej więcej to, co oni. Zastanawiam się jednak, co musiał na widok powieszzonego na ciepłowniczej rurze pana doktora poczuć palacz z tej kotłowni. Co musiał poczuć palacz, kiedy zrozumiał, że pan doktor wolał raczej samobójczą śmierć niż los, który dla palacza jest codziennością?”

Nie chciałbym w odniesieniu do tego opisu wdawać się w rozważania na temat depresji poudarowej czy szerszej organicznych zaburzeń depresyjnych, ponieważ nie jest to tematem tej pracy. Zakładając umownie na potrzeby tego rozumowania, że jakkolwiek sytuacja mogłaby doprowadzić do tak drastycznej zmiany pozycji z chirurga w palacza, możemy odnieść się, spoglądając na tę sekwencję wydarzeń, do ważnych klinicznie elementów, o których wspominałem wyżej. Przykładowo można zwrócić uwagę, że osoba ta zamiast posady w administracji wybrała posadę palacza, co odzwierciedlać może właśnie tendencje autodestrukcyjne. Czyli opisywany mechanizm: „jak nie będę chirurgiem, będę palaczem”, co dosłownie i symbolicznie odzwierciedla znalezienie się w sytuacji „pod powierzchnią”, „na dnie”. Ważne może być także zwrócenie uwagi na zagrożenie samobójstwem.

Niezależnie więc od tego, czy obraz kliniczny epizodu depresji u obu opisywanych wyżej osób byłby

podobny lub nawet taki sam (istnieje takie prawdopodobieństwo), obie te osoby znajdują się w zupełnie różnych sytuacjach. Pierwsza z tych osób doświadcza głębokiej zmiany dotyczącej swojej pozycji zawodowej, społecznej, a być może także materialnej. Ma więc w doświadczeniu rozbieżność, zmianę, różnicę pomiędzy poprzednim a obecnym stanem, co może prowadzić do doświadczenia bólu psychicznego [11]. Epizod depresyjny może wystąpić także u drugiej z tych osób, może mieć, jak wspomniano, ten sam obraz kliniczny i cechować się dokładnie takim samym poziomem subiektywnego cierpienia. Jednak w trakcie rozmów w procesie terapii należy uwzględnić różnicę kontekstu, ponieważ mają one znaczenie. Oczywiście analogicznie należy uwzględnić procesy i kontekst prowadzący do wystąpienia depresji u drugiej z tych osób (gdyby wystąpił u niej epizod depresyjny). Jak wynika z mojego doświadczenia ten kontekst bywa nieuwzględniany, zrównany, co prowadzi do długotrwałości procesu leczenia, a czasami do niepowodzenia terapeutycznego.

Na podstawie własnych doświadczeń mogę zauważyć, że kształcenie w zakresie psychiatrii nie uwzględnia dostrzegania tych specyficznych kontekstów i problemów, z jakimi się te grupy osób zmagają. Kształcenie obejmuje zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń, np. depresji, tak jakby ich powstawanie było takie samo w różnych grupach – umownie mówiąc, zarówno u „palaczy”, jak i u „chirurgów”. Dopiero praktyka kliniczna, czyli np. praca w określonym środowisku umożliwia zapoznanie się ze specyfiką problematyki różnych grup społecznych i zawodowych. Nie wszyscy jednak tę problematykę dostrzegają. Być może już w ramach szkolenia podyplomowego na poziomie lokalnym powinny się odbywać szkolenia z problematyki dominującej grupy pacjentów, którzy zgłaszają się po pomoc w danym ośrodku. Czasami ta problematyka jest zbliżona do doświadczenia życiowego lekarza i poprzez to łatwa do zrozumienia, ale czasami pacjenci znajdują się w innym układzie odniesień i ich rozumienie wymaga uzyskania wiedzy na temat zasad obowiązujących w rzeczywistości, w której żyją. Przykładowo może to dotyczyć służb mundurowych, osób duchownych, pracowników korporacji, pracowników administracji rządowej i samorządowej, środowiska medycznego, a także wywołanych w cytowanym wyżej wywiadzie „kasjerek i palaczy”.

Prezentowany tu artykuł został przygotowany na poziomie doświadczenia z pracy klinicznej, bez szerszego rozbudowania teoretycznego omawianej tematyki. Takie poszerzenie byłoby niewątpliwie wartościowe, zarówno w zakresie wiedzy o liderach, a szerszej psy-

chologii biznesu, jak i problematyki poczucia własnej wartości, następstw utraty poczucia własnej wartości, skutków nagłych zmian życiowych, mechanizmów powstawania objawów depresji i heterogenności tego zaburzenia. Praca ta stawia sobie jednak bardzo

ograniczony cel. Tym celem jest zwrócenie uwagi na opisaną sytuację utraty statusu jako ważny element w trakcie niesienia pomocy psychiatrycznej osobom doświadczającym takiego kryzysu i jego następstw.

### Piśmiennictwo

1. Gierczak A, Żylicz PO. Self-esteem of manager in the light of declarative research. *Humanities Social Sci* 2017; 22: 55-68.
2. Murawiec S. „Odkochałem się w samym sobie” – uraz narcystyczny jako przyczyna pojawienia się objawów depresyjnych u młodych osób. *Psychiatria* 2020; 17: 100-103.
3. Gruszczyński A. Depresja dopada młodych. „Załamanie poczucia własnej wartości” wywiad z dr Sławomirem Murawcem. *Tygodnik Warszawa. Wyborcza.pl*, 08.11.2019. [https://warszawa.wyborcza.pl/warszawa/7,150427,25389114,depresja-dopada-młodych-zalamanie-poczucia-wlasnej-wartosci.html?fbclid=IwAR1qm-YD3SX6QXJpkIslvrCFRPq2XwGkeT\\_dnNlo7HL5o4W9uabx31-S5XU](https://warszawa.wyborcza.pl/warszawa/7,150427,25389114,depresja-dopada-młodych-zalamanie-poczucia-wlasnej-wartosci.html?fbclid=IwAR1qm-YD3SX6QXJpkIslvrCFRPq2XwGkeT_dnNlo7HL5o4W9uabx31-S5XU)
4. Dobrołowicz M. Zakochani w dominacji na kozetce psychiatrów. *Plus Minus Rzeczpospolita*, 2020. <https://www.rp.pl/plus-minus/art954961-zakochani-w-dominacji-na-kozetce-psychiatrow>
5. Murawiec S. Selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny a zmiana cech osobowości i relacji intymnych. *Psychiatria po Dyplomie* 2016; 13: 12-18.
6. Murawiec S. Indywidualizacja leczenia depresji – znaczenie procesów motywacyjnych. *Psychiatria po Dyplomie* 2017; 14: 16-20.
7. Siwek M. Zastosowanie wortioksetyny w leczeniu zaburzeń depresyjnych. *Psychiatria* 2017; 14: 7-20.
8. Bannabi D, Haffen E, van Waes W. Vortioxetine for cognitive enhancement in major depression: from animal models to clinical research. *Front Psychiatr* 2019; 10: 771. <http://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00771>.
9. Levada OA, Troyan AS. Cognitive-functional relationships in major depressive disorder: crucial data from a Ukrainian open-label study of vortioxetine versus escitalopram. *J Affect Disord* 2019; 250: 114-122. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.040>.
10. Twardoch S. Kasjerki i palacze. Duży Format. *Wyborcza.pl*, <https://wyborcza.pl/duzyformat/7,127290,27108505,kasjerki-i-palacze-twardoch.html>
11. Meerwijk EL, Weiss SJ. Toward a unifying definition of psychological pain. *J Loss Trauma* 2011; 16: 402-412.