

PSYCHOTERAPIA 1 (168) 2014

strony: 77–91

Marcin Sękowski

PSYCHODYNAMICZNA PSYCHOTERAPIA OSÓB W DRUGIEJ POŁOWIE ŻYCIA

PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY FOR PEOPLE IN THE SECOND HALF OF THEIR LIVES

Katedra Psychologii Klinicznej
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
Kierownik: prof. dr hab. Stanisława Steuden

psychodynamic psychotherapy middle and late adulthood

Artykuł opisuje zadania i specyfikę psychoterapii psychodynamicznej osób, będących w okresie średniej i późnej dorosłości. Szczególne dla starszego wieku aspekty egzystencji, jak śmierć, osamotnienie i zależność, wpływają na oczekiwania pacjentów od terapii, jej przebieg oraz procesy psychopatologiczne. Autorzy podkreślają ważność doświadczeń wczesnodziecięcych, determinujących dylematy psychiczne również w wieku dojrzałym. Podejmują także kwestię rozwoju osobowości w drugiej połowie życia.

Summary: Psychodynamic psychotherapy for people in the second half of their lives. The article discusses the basic notions of psychodynamic psychotherapy for people in the second half of their lives, that is for people in their mid- and late adulthood. The topic is of current interest due to the rapid ageing of the society, but even so it remains neglected. The article presents the developmental perspective and discusses the reasons for which persons in the second half of their lives undergo treatment. It puts forward the conditions necessary for patients to qualify for therapy and analyses the issue of prognosis. It discusses the meaning of early childhood experiences for the psychopathology of middle and late adulthood and the related technical problems. It reflects on the problematic experience for the middle and, in particular, late adulthood. This experience is essential for the psychopathology of these periods of life and includes: death, loneliness and dependence. Finally, the article discusses the characteristics of several factors necessary for the process of psychotherapy which are also typical for people in the second half of their lives: specific regression and countertransference.

Uwagi wstępne

Wydłużanie się życia, poprawa jego jakości i warunków bytowych, wzrost dostępu do opieki medycznej i socjalnej, oraz zmniejszanie się przyrostu naturalnego wpływają w gwałtowny sposób na proces starzenia się społeczeństwa [1, 2]. Szacuje się, iż w roku 2020 ludzie starzy stanowić będą przeszło 30% światowej populacji, a w Polsce 24% ludności osiągnie wiek powyżej 60 lat. Dane te stanowią odbicie wzrostu cywilizacyjnego, lecz jednocześnie stawiają społeczeństwo w obliczu ogromnych wyzwań [1].

Wyzwanie staje także przed psychoterapią, aby bowiem wyjść naprzeciw intensywnym zmianom demograficznym, ona także musi modyfikować swą teorię, technikę oraz praktykę. Psychoanaliza, kamień węgielny współczesnej psychoterapii, zrodziła się na przełomie XIX i XX wieku, a więc w okresie, gdy przeciętna długość życia w Europie Zachodniej wynosiła około 40–50 lat [1, 3], co bez wątpienia wpłynęło na formułowane tezy oraz poruszane

problemy. Dzisiaj, po ponad stu latach, istnieje potrzeba podejmowania nowych zagadnień, właściwych terapii pacjentów w okresie średniej i późnej dorosłości, gdyż to właśnie oni coraz częściej poszukują pomocy psychologicznej. Zrozumienie części aktualnych problemów wymaga pewnego przeformułowania klasycznych modeli psychoterapeutycznych lub zaakcentowania w nich innych czynników, nie mówiąc o tym, że niekiedy w czasie leczenia osób w dojrzałym wieku napotkać można także bardzo specyficzne zagadnienia. Dostatecznej pomocy nie możemy wówczas znaleźć w literaturze; jest ona nieproporcjonalnie uboga, jeżeli wziąć pod uwagę zasięg oraz skalę wyzwań.

Artykuł ma na celu omówienie istotnych zagadnień, związanych z psychodynamiczną psychoterapią osób w drugiej połowie życia. Zaznaczyć należy, że przedmiotem niniejszego opracowania nie jest potrzeba wsparcia osób zdrowych, zderzających się z wyzwaniami, narzuconymi przez tę fazę cyklu życia, lecz dotkniętych psychopatologią. Można jednak przypuszczać, że niektóre z poruszanych wątków mogą okazać się przydatne także w innych obszarach pomocowych aniżeli psychoterapia.

Rozwój: zadanie drugiej połowy życia

U podstaw psychoterapii zawsze leży założenie, iż nie jest jeszcze za późno, by spróbować poprawić jakość funkcjonowania psychicznego oraz podjąć starania wprowadzenia w życie realnej zmiany. Ta zasada dotyczy zarówno leczenia dziecka, dorosłego, jak i osoby starszej [4]. Rozwój we wszystkich okresach życia stanowi duże wyzwanie, a jego podjęcie kosztuje wiele energii oraz wymaga od podmiotu odpowiednich zasobów, zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych. Zasoby te i opierający się na nich dalszy wzrost — a więc osiąganie i utrzymywanie dojrzałego stanu umysłu — częstokroć w okresie średniej i późnej dorosłości przechodzi poważny test.

Na funkcjonowanie psychiczne oraz na sposób mierzenia się z kryzysami, właściwymi danej fazie rozwoju, przemożny wpływ wywierają przeszłe doświadczenia życiowe, szczególnie zaś przepracowanie bądź nieprzepracowanie wcześniejszych kryzysów rozwojowych [5]. Tak więc dojrzałe i oparte na poczuciu bezpieczeństwa funkcjonowanie umysłu osoby dorosłej określone jest przez doświadczenia, zdobyte podczas poprzednich dekad rozwoju, oraz przez sposób świadomego i nieświadomego ustosunkowania się do nich. Doświadczenia z przeszłości są w ciągłej interakcji z aktualnymi okolicznościami [6], tak iż w drugiej połowie życia z ogromną siłą powracają mogą najwcześniejsze dziecięce dylematy, a metody mierzenia się z nimi oraz obrony kierowane przeciwko nim we wczesnym dzieciństwie mają tendencję do reaktywowania się. Chociaż okoliczności życiowe są już zupełnie inne, a podmiot często przez wiele wcześniejszych dekad mógł wydawać się względnie dobrze zaadaptowany, reaktywacja pierwotnego lęku w okresie średniej lub późnej dorosłości wywołuje u niektórych osób tak silny dyskomfort lub nawet dezorganizację [6], że zaczynają one poszukiwać profesjonalnej pomocy psychoterapeutycznej.

Przyczyny podjęcia leczenia

Martin Grotjahn [za: 7, s. 263] — jeden z pionierów psychoterapii osób w podeszłym wieku — wyodrębnia trzy sposoby radzenia sobie z problemami przemijania oraz starzenia się. Pierwszy z nich to akceptacja życia takim jakim ono było i jakie aktualnie jest, a więc

przyjęcie go, wraz z przeżyтыми porażkami, niespełnionymi oczekiwaniami oraz z faktem własnego starzenia się. Drugi sposób to zaprzeczanie starzeniu się, przejawiające się w postawie buntu, w intensywnych próbach nadrobienia strat wiążących się ze starzeniem, a niekiedy we wrogości do młodszego pokolenia; ten styl charakteryzować miały osoby o sztywnej osobowości. Trzecie rozwiązanie to reakcja nerwicowa, tudzież psychotyczna dekompensacja; stany te są następstwem uruchamiania prymitywnych mechanizmów obronnych, które stosowane były (mniej lub bardziej adaptacyjnie) również w przeszłości, począwszy od okresu dzieciństwa.

Praktyka pozwala nam zauważyć, że nie zawsze granice pomiędzy wymienionymi przez Grotjahna sposobami radzenia sobie rysują się wyraźnie. Widzimy też, że tylko dominacja pierwszego stylu jest korzystna dla dalszego rozwoju podmiotu. Jeżeli przeważają metody właściwe dla trzeciego sposobu, to bardzo wskazana — o ile nie konieczna — okazuje się pomoc psychiatryczna oraz psychoterapeutyczna. Druga z wymienionych metod radzenia sobie zdaje się obroną przed załamaniem i ona także niekiedy sprowadza osoby w drugiej połowie życia do lekarza.

W literaturze wskazuje się przyczyny, skłaniające osoby w średniej i późnej dorosłości do szukania pomocy psychoterapeutycznej. Pearl King [8, 9, 10] wymienia specyficzne czynniki, które w tych okresach aktywować mogą silne lęki i znacznie obciążać ego. Napięcia te są nieraz tak duże, iż podmiot, mimo wcześniejszej względnej równowagi psychicznej, nie jest teraz w stanie sam sobie z nimi poradzić [6].

Pierwszym z wymienionych przez King czynników jest strach przed całkowitą *utrata sprawności seksualnej* lub przed jej obniżeniem się oraz przed wpływem problemów seksualnych na związki miłosne. Drugim są lęki budzące się w *związku małżeńskim* po usamodzielnieniu się dzieci oraz po ich wyprowadzce z domu, kiedy rodzice nie mogą już „używać” dzieci do maskowania dotkliwych problemów wewnątrz ich relacji małżeńskiej. Silne lęki mogą się także wiązać z poczuciem obniżenia efektywności wykonywanej *pracy zawodowej* oraz zmniejszenia się poczucia kompetencji. Ponadto zbliżające się widmo emerytury może być przeżywane jako zagrożenie dla self, szczególnie wtedy, gdy zasadniczym aspektem tożsamości jest identyfikacja, związana z pełnieniem roli zawodowej, a brakuje w niej podstawowego ontologicznego poczucia bezpieczeństwa [11, 12]. W sferze zawodowej pojawiać się może także obawa przed młodszymi pracownikami, jako konkurencją, wypierającą osobę starszą z jej dotychczasowej pozycji w pracy. Czwartym źródłem lęków może być fakt, iż *rodzice* podmiotu zaczęli poważnie chorować lub zmarli właśnie w tej fazie cyklu życia, w której on aktualnie się znajduje. To wejście w „niebezpieczny wiek” budzić może silną trwogę [6], pomimo realnej, znacznie lepszej formy aniżeli rodziców wówczas, gdy byli w tym samym wieku, ponieważ jakość i długość życia kolejnych pokoleń zwiększa się [por. 1, 2].

Uświadamianie sobie własnego *starzenia się* i dostrzeganie związanych z tym ograniczeń oraz rosnącej zależności do innych ludzi — także tych, nad którymi niekiedy wcześniej się dominowało lub których się lekceważyło — to kolejne wskazane przez King źródło lęków, które sprowadza osoby w dojrzałym wieku do psychoterapeuty. Ostatnim wymienionym przez psychoanalityczkę dylematem jest myśl o *nieuchronności śmierci* i nierozzerwalnie związana z nią nowa perspektywa, z której widoczne staje się to, iż nie osiągnie się wszystkich celów, które niegdyś się przed sobą postawiło [13]. Osiągnięcia

oraz satysfakcja mają oczywistą granicę — granicę śmierci, co rodzić może poczucie deprywacji i depresji.

Zebrane przez King motywy poszukiwania pomocy psychoterapeutycznej przez osoby w fazie średniej i późnej dorosłości stanowią ważny punkt odniesienia, pomagający zrozumieć, jakie sytuacje życiowe oraz psychologiczne wywołują w tych okresach lęk o siłę potencjalnie dezorganizującej osobowości. Zanim przejdziemy do szczegółowego omówienia procesów i konfliktów, pojawiających się w toku psychoterapii osób w drugiej połowie życia, zatrzymamy się na moment nad cechami pacjenta w drugiej połowie życia, stwarzającymi optymalne warunki do leczenia psychodynamicznego. Kwestii tej nie można pominąć, choć stawia ona granicę terapeutycznemu optymizmowi.

Kwalifikacja do podjęcia psychoterapii

Wiele osób zajmujących się zagadnieniem zdrowia psychicznego zakłada, iż u podłoża problemów psychicznych osób w wieku średniej, a szczególnie późnej dorosłości, leżą nieodwracalne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym, a więc że ich stan jest w zasadzie nieuleczalny [7]. Często przecenia się biologiczne przyczyny zaburzeń, nie doceniając psychologicznych źródeł symptomów lub zmian charakterologicznych. Marginalizuje się również czynniki społeczne i ekonomiczne [12]. Zasadniczo „określenie »organiczny« używane przez diagnostę [...] przekazuje bardzo często wiele innych informacji. Może wyrażać pewien pesymizm co do możliwości pacjenta, może oznaczać złość i bezradność odczuwane z powodu »nie poprawiających się« pacjentów, może służyć uzyskaniu i przeżyciu pewnej, na ogół dość złudnej, satysfakcji, że oto tym razem wiadomo, jakie jest pochodzenie danego zespołu objawów” [14, s. 46]. Takie aspektowe ujmowanie psychopatologii wieku dojrzałego jest po prostu błędne, ponieważ okres ten jest nie mniej dynamiczną częścią życia człowieka aniżeli poprzednie [1], co każe w szerszej perspektywie spojrzeć na problematykę zmian emocjonalnych w późniejszych latach.

Rozważając możliwość terapeutycznego oddziaływania na osoby w drugiej połowie życia, Harold Wylie i Mavis Wylie [15] wspominają o czterech czynnikach, które należy uwzględnić, przewidując możliwość wyniesienia przez pacjentów maksymalnych korzyści z psychoterapii. Pierwszym jest *motywacja* do terapii, a więc to, czy dana osoba faktycznie chce podjąć leczenie, czy przeżywa dyskomfort i czy zależy jej na pozbyciu się objawów. Drugą kwestią jest pewien stopień *refleksyjności* oraz wiążąca się z nią ciekawość siebie. Istotne jest również *sprawne funkcjonowanie intelektualne*, które zasadniczo nie powinno być niższe aniżeli przeciętne. Dwa ostatnie uwarunkowania wiążą się ze zdolnością do uzyskiwania wglądu, kluczową w standardowym leczeniu psychodynamicznym¹. Kolejnym sprzyjającym czynnikiem jest obecność w historii życia *znaczących i długotrwałych relacji* z innymi ludźmi, ponieważ wskazują one na zdolność podmiotu do tworzenia więzi [15], a więc również na możliwość wytworzenia związku terapeutycznego, będącego podstawą leczenia.

¹ Kryteria te mogą stanowić przeszkodę w podjęciu standardowej psychoterapii, lecz nie wykluczać innych oddziaływań terapeutycznych, opartych na myśleniu psychodynamicznym; Glen Gabbard [30] opisuje, jak bazując na tym podejściu, można objąć opieką nawet osoby cierpiące na otępienia.

Dodalibyśmy jeszcze jedną cechę o zasadniczym znaczeniu, a mianowicie zdolność do *uczenia się z doświadczenia* [16], ponieważ czerpać z leczenia można jedynie wówczas, gdy jest się zdolnym do odbierania i przekształcania w znaczące treści życiowych doświadczeń (także doświadczeń psychoterapeutycznych). Chociaż terapia ma na celu rozwijanie tej umiejętności, to potrzebny jest pewien jej poziom, aby leczenie dobrze rokowało.

Uwagę zwraca fakt, iż odnosząc się do sprzyjających, dobrze rokujących cech pacjentów w drugiej połowie życia, Wylie i Wylie [15] wymieniają charakterystyki, które zawsze — u wszystkich leczonych, niezależnie od ich wieku — stanowią cechy optymalne, pozwalające najpełniej korzystać z terapii. Motywacja, refleksyjność, inteligencja i zdolność do nawiązywania więzi przez pacjenta to kryteria uniwersalne, które psychoterapeuta zawsze musi wziąć pod uwagę podczas kwalifikacji do leczenia. Podobnie jest ze zdolnością do uczenia się z doświadczenia. Wydaje się więc, iż nie powinno się oceniać pod żadnymi szczególnymi względami, innymi aniżeli w przypadku młodszych pacjentów, zdolności osób w drugiej połowie życia do czerpania korzyści z leczenia psychoterapeutycznego. Przedstawimy teraz dokładniej psychodynamikę procesów i dylematów, pojawiających się podczas psychoterapii osób w wieku dojrzałym.

Znaczenie lęków wczesnodziecięcych

Jak uczy psychoanaliza, stare, nierozwiązane problemy, także te pochodzące z najpierwotniejszych etapów rozwoju, pozostawać mogą przez znaczną część życia obronnie odszczepione. Podmiot nie musi więc mierzyć się z nimi w bezpośredni sposób, ani odczuwać ogromnego nieraz bólu psychicznego. Chociaż obrony mogą się wydawać relatywnie skuteczne przez znaczną część życia, w pewnym momencie, na skutek życiowych zmian, dojść może do załamania się obronnej organizacji, a więc do uwolnienia ogromnego lęku, dotychczas wiązane go przez mechanizmy obronne.

Starzenie się jest procesem, na który składa się wiele zmian, konfrontujących człowieka z wieloma potężnymi, także najpierwotniejszymi lękami. Dłuższemu odpieraniu problemów nie sprzyja już narcyzm (subiektywna siła self), związany ze sprawnością fizyczną i urodą, ani kulturowo aprobowane poczucie kontroli nad innymi, łączące się z pozycją społeczną i rodzinną. Przeciwnie, pogarszająca się sprawność, stan zdrowia, a najczęściej również status socjoekonomiczny, coraz wyraźniej i dotkliwiej stawiają jednostkę w obliczu zależności od innych [12]. Wszystko to daje podmiotowi coraz więcej dowodów jego ograniczoności i wymusza pokorę.

Pacjenci bardziej zintegrowani (przepracowujący pozycję depresyjną) borykają się wówczas przede wszystkim z utratami w obrębie self i w świecie obiektów, a więc przeżywają żalobę i mierzą się z lękami depresyjnymi [6, 11]. U osób głębiej zaburzonych (tkwiących w pozycji paranoidalno-schizoidalnej) przeważać może lęk prześladowczy, wcześniej ukrywany pod narcystycznym złudzeniem omnipotencji i kontroli. Na pierwszy plan wysuwać może się wówczas — bazujące na masywnych mechanizmach projekcyjnych [11, 17] — poczucie bycia agresywnie kontrolowanym i krzywdzonym przez rodzinę, instytucje czy opiekunów. Model takiego procesu wyglądałby następująco: utrzymywana wcześniej obronna identyfikacja z omnipotentnym obiektem (superego/agresorem) załamuje się, odsłaniając pierwotną, wczesnodziecięcą sytuację lękową, w której bezradny podmiot czuje się prześladowany przez zły obiekt.

Zaznaczyć trzeba, iż sytuacje lękowe mogą być przepracowywane, stając się katalizatorami rozwoju. U wystarczająco dojrzałych psychicznie osób (czyli u większości) taki stan rzeczy następuje spontanicznie, choć nie bez trudności [6]. Jednakże lęki te prowadzić mogą także do załamania lub impasu życiowego, a wówczas zadanie przepracowania bywa uzależnione od pomocy psychoterapeutycznej. Tak w pierwszym, jak i w drugim przypadku, starzejący się podmiot staje naprzeciw ogromnego wyzwania rozwojowego, wywołującego sytuację kryzysową [5, 18].

Lęki depresyjne w drugiej połowie życia

Stanisława Steuden zwraca uwagę na bardzo duże zróżnicowanie danych epidemiologicznych, odnoszących się do występowania objawów depresji w podeszłym wieku. Szacunki „mieszczą się przedziale od 5 do 44%” [1, s. 66]. Wydaje się, iż ta rozbieżność danych ma swoje głębokie źródło w fakcie, iż starzenie się *zawsze* konfrontuje człowieka z intensywnymi lękami depresyjnymi. Czym innym jest jednak doświadczanie owych lęków, a czym innym, będąca często skutkiem niemożności ich przepracowania, depresja kliniczna, tudzież inne stany psychopatologiczne, w których lęki te odgrywają znaczącą rolę [por. 3].

Uczucia depresyjne są blisko związane z doświadczaniem utraty, a nieuniknioną konsekwencją starzenia się jest właśnie doznawanie strat. Gdy ma się 20–50 lat, wskaźnik utrat nie osiąga 25%; u osób w wieku 40–70 lat wynosi około 25%; w wieku 70–90 lat to już ponad 70% [za: 1, s. 55].

Jeżeli we wczesnym dzieciństwie ego wykształciło patologiczne sposoby radzenia sobie z doświadczeniami separacji, żaloby, poczucia winy oraz rozczarowania, ból psychologiczny, związany z reaktywacją tych uczuć, niekiedy okazać się może zbyt ciężki do zniesienia dla osobowości. Nowym kontekstem, w którym z ogromną siłą odżywają wczesne uczucia związane z utratą pierwotnego obiektu, są utraty średniej i późnej dorosłości [11], między innymi starzenie się lub śmierć rodziców, bliskich i przyjaciół, usamodzielnienie się opuszczających dom dzieci, przejście na emeryturę, utrata sprawności fizycznej, zdrowia, urody i potencji seksualnej. To wszystko może być spostrzegane jako zniszczenie lub pozbawienie ważnych obiektów oraz części własnego self, a w konsekwencji wywoływać uczucia depresyjne [19]. Kolejną zasadniczą kwestią jest konfrontacja ze zbliżającą się perspektywą własnej śmierci, to jest z antycypacją największej ze strat, stanowiącej metaforę wszelkich utrat w cyklu życia [4].

Melanie Klein zaobserwowała, że przeciwko lękom depresyjnym kierowane mogą być mechanizmy obronne, oparte przede wszystkim na zaprzeczeniu rzeczywistości wewnętrznej i zewnętrznej, które określiła mianem *obron maniakalnych*. Wiążą się one zawsze z regresją do mechanizmów pozycji paranoidalno-schizoidalnej i — jeżeli są bardzo nasilone — mogą znacznie utrudniać lub wręcz uniemożliwiać przepracowanie pozycji depresyjnej. Rozważmy ich wpływ na obraz kliniczny wielu pacjentów w drugiej połowie życia.

Narcyzm i obrony maniakalne w drugiej połowie życia

Starzenie się stanowi duże wyzwanie dla narcyzmu jednostki, ponieważ wśród doświadczanych utrat wiele odnosi się bezpośrednio do self, a przez to godzi w poczucie

własnej wartości [13, 15, 20]. Chodzi tu między innymi o wspomniane narastające ograniczenia organizmu, o rosnącą zależność, spadek statusu socjoekonomicznego oraz zmiany w wyglądzie zewnętrznym. Te psychologiczne wyzwania są szczególnie trudne dla osób cierpiących na narcystyczne zaburzenia charakteru [21, 22]. Charakterystyczne jest dla nich to, iż znaczne pokłady libido inwestują w wyidealizowany wyobrażony obraz siebie (w idealne self). Tym procesom towarzyszą specyficzne relacje z innymi ludźmi, które naznaczone są znacznym stopniem kontroli, wielkościowością oraz pozbywaniem się trudnych uczuć z self (takich jak wstyd, upokorzenie, bezradność, wina) poprzez projektowane ich w obiekt.

Z upływem lat faktyczna kondycja podmiotu stopniowo coraz bardziej dystansuje się od idealnego obrazu siebie (młodej, żywotnej i pełnej wigoru osoby), tworząc przestrzeń frustracji, która odczuwana może być w kategoriach utraty (uczucia z kręgu depresyjnego) i/lub niekiedy nawet prześladowania (krąg uczuć paranoidalnych) [11, 17]. Równowaga narcystyczna ulega zachwianiu, uwalniając pokłady nieznośnych uczuć, przed którymi bronić miała postawa idealizacji swego self [20]. Uczucia te to właśnie stany nieznośnego wstydu, upokorzenia, winy, bezradności itp., uprzednio projektowane w obiekt. Podmiot podejmuje czasami rozpaczliwe starania, aby zachować swój idealny obraz i odeprzeć świadomość rzeczywistości własnego starzenia się. Przejawiać może się to w podejmowaniu walki z czasem, a więc w koncentracji na własnym wyglądzie zewnętrznym oraz na sprawności fizycznej, które próbuje się za wszelką cenę zachować [4, 11, 21]. Mające przywrócić wcześniejszą równowagę nadaktywne, gwałtowne, pełne entuzjazmu działanie, przeplata się z okresami dezorganizującej świadomości, że młodości i wigoru sprzed lat nie uda się zachować; ta naprzemiennosc odsłania kryjącą się pod spodem dynamikę: maniakalne działania są próbami samoleczenia z depresji. Podmiot szukać może wówczas wsparcia psychoterapeuty, nie licząc jednak na leczenie, lecz oczekując, iż ten pomoże mu odbudować narcystyczny schron [20], analogicznie do oczekiwań związanych z interwencją chirurga plastycznego. Innymi słowy nie chce adaptować się do rzeczywistości własnego starzenia się, lecz pragnie poczuć się znowu młody, nadaktywny i zaradny. Szczególnie patologicznie na osoby narcystyczne, stosujące silne maniakalne mechanizmy obronne, wpływać może fakt, iż w kulturze masowej idealizuje się (a niekiedy nawet idolizuje) młodość i niezależność. Słuszne wydaje się więc określenie kultury popularnej mianem „hipomaniakalnej” [por. 21, s. 43]. Odnosząc się do „idealnych” wzorców egzystencji, lansowanych w telewizji oraz w kolorowych gazetach, własna kondycja wydawać może się pacjentowi szczególnie marna i nieznośna [13].

Adaptacja do starości nie może jednak nastąpić bez przepracowania uczuć depresyjnych, a więc bez uznania utraty, separacji i śmierci; bez przepracowywania żaloby i przyjęcia zależności. Dopiero konfrontacja z rzeczywistością otwiera perspektywę potencjalnego rozwoju, „kreatywnej reorganizacji” [11, s. 195] i dalszego wzrostu integracji osobowości.

Istotną funkcją psychoterapii psychodynamicznej jest dostarczenie przestrzeni, w której pacjent, w bezpiecznych warunkach, jest w stanie doświadczyć własnej rzeczywistości wewnętrznej i zewnętrznej — rzeczywistości niekiedy bardzo bolesnej, lecz znośnej. Zasadniczą rolę pełni w tym kontekście psychoterapeuta, który musi być w stanie *pomieścić* trudne uczucia pacjenta, a następnie oddać mu je w takiej formie, w której ten będzie je w stanie zintegrować [16].

Znaczenie funkcji pomieszczonej

Zasadnicze znaczenie dla mierzenia się z lękami w każdym okresie życia, począwszy od niemowlęstwa, a na starości skończywszy, ma jakoś *pomieszczonej funkcji osobowości*, opisaną przez Wilfreda Biona [16]. W drugiej połowie życia, ze względu na ogromną siłę reaktywowanych prymitywnych lęków, faktyczna jakość wewnętrznego kontenera zostaje wystawiona na poważną próbę, albowiem tym, co ma zostać zawarte w osobowości, jest lęk przed śmiercią oraz rzeczywistość wielu frustracji, budzących potężne siły destrukcyjne [4, 18]. Jeżeli te trudne uczucia zostaną pomieszczone przez umysł (i nie przeważą nad miłością do obiektów oraz do self), możliwe stanie się wykształcenie nowej jakości optymizmu oraz podjęcie przez podmiot prób realnej reparacji. Funkcja ta umożliwi więc dalszy rozwój osobowości, niezależnie od tego, na jakim etapie życia znajduje się człowiek. To dzięki niej możliwa jest akceptacja rzeczywistości i nieodłącznie związanej z nią frustracji, oraz doświadczanie ich jako znośnych oraz wzbogacających. Zdolność do tolerowania rzeczywistości oraz uczenia się z doświadczenia nie tylko umożliwia osobisty rozwój, ale stać się może również bezcennym źródłem mądrości i zrozumienia, przekazywanych następnym pokoleniom: dzieciom i wnukom [4, 11].

Zdolności do pomieszczenia w umyśle różnorodnych, niekiedy sprzecznych i problematycznych aspektów self, wpływa na *poczucie ciągłości własnego cyklu życia*. Dzieciństwo podmiotu przechodzi w jego młodość, młodość w dorosłość, a ta w starość. Ten stan rzeczy daje możliwość patrzenia na życie nie tylko z pozycji terażniejszości, ale również z innych perspektyw — z punktów widzenia własnego self z przeszłości, do których można się teraz odwołać. Bez tej ciągłości zakłóceniu ulega uczenie się z doświadczenia życiowego. Powodem zerwania poczucia ciągłości może być jakieś wydarzenie lub fakt, którego jednostka nie potrafi zasymilować w ramach self oraz tożsamości, ponieważ są zbyt urazowe (trauma). Taki stan rzeczy prowadzi do zawężenia i usztywnienia self.

Brian Martindale [6] omawia ten problem w terminach opisanego przez Erika Eriksona [5] kryzysu tożsamości ego w późnej dorosłości, którego pozytywne rozwiązanie prowadzi do osobowościowej *integracji* ujmowanej przez autora jako zdolność do asymilacji doświadczeń całego życia. Chodzi tu o świadome i nieświadome uznanie wartości swoich życiowych doświadczeń oraz o ich akceptację. Osiągnięcie tego stanu wymaga wystarczającej wolności od prześladowającego poczucia winy, które nie pozwala na przyjęcie pewnych aspektów siebie i obiektów, tworzących historię życia podmiotu. Jeżeli człowiek, odnosząc się do swojego życia, nie jest w stanie znieść uczuć winy i prześladowania, prowadzi to do stanu, opisanego przez Eriksona jako *rozpacz*, idącego w parze z psychopatologią okresu późnej dorosłości. Rozpacz bazuje na świadomej lub nieświadomej nienawiści oraz obrzydzeniu do siebie i obiektów, i ma najczęściej swoje fundamenty w porażkach rozwojowych na najpierwotniejszych etapach życia [5, 6].

Jeżeli umysł nie jest w stanie pomieścić trudnych doświadczeń, dochodzi do wzmocnienia zaburzeń charakteru lub do psychicznego załamania. To właśnie problemy z pomysłnym pomieszczeniem lęków i destrukcyjnych uczuć, związanych ze starzeniem się oraz z własną przeszłością, skłaniają do poszukiwania pomocy psychologicznej. Pacjent może nieświadomie oczekiwać od terapeuty, że ten będzie w stanie pomieścić części jego osobowości, które dla niego samego są nieznośne. Skoncentrujemy się teraz na szczególnie

bolesnych doświadczeniach, z którymi stykają się osoby w drugiej połowie życia i które są kontekstem wielu problemów psychicznych; na doświadczeniach często trudnych do pomieszczenia, które w toku psychoterapii muszą zostać przepracowane. Rozważymy zagadnienia *śmierci, osamotnienia i zależności* [17, 22].

Szczególnie dotkliwe doświadczenia: śmierć, osamotnienie, zależność

Śmierć

Patologiczne nasilenie pierwotnych lęków przed śmiercią, a niekiedy nawet poczucie bycia martwym, obserwujemy między innymi w katatonii, depersonalizacji, depresji oraz w stanach panicznych [18]. Między innymi wgląd w dynamikę tych zaburzeń odsłania, w surowej formie, pewne zasadnicze aspekty nieświadomego znaczenia śmierci. Hanna Segal [23] oraz Elliott Jaques [18, por. 3] dokonali ważnych odkryć, dotyczących patologicznego lęku przed śmiercią i jego zasadniczego wpływu na psychopatologię oraz pracę kliniczną z osobami w wieku średniej i późnej dorosłości. Badania psychoanalityczne powiązały egzystencjalną trwogę człowieka z jego bardzo pierwotnymi, wczesnodziecięcymi lękami. Nieświadome znaczenie śmierci wiąże się ściśle z doświadczeniem trudnego do pomieszczenia wewnętrznego rozbicia, pomieszania i chaosu. Lęk przed śmiercią stanowi odzwierciedlenie nieświadomej fantazji o stanie skrajnej bezradności, impotencji, bezradziejności, fragmentacji i udręczeniu w obliczu utraty obiektu oraz self [18, 22].

Segal opisuje przebieg zakończonego sukcesem, osiemnastomiesięcznego leczenia mężczyzny, który rozpoczął terapię w wieku ponad 73 lat, z powodu załamania psychotycznego i utrzymujących się objawów psychotycznych. Jak zauważa autorka „do załamania psychotycznego doprowadził nieświadomy lęk przed śmiercią, nasilający się wraz z wiekiem. Sądzę, że problem ten leży u podłoża wielu kryzysów w wieku starszym” [23, s. 211]. W patologicznym przeżywaniu lęku przed śmiercią — w jego warstwie nieświadomej — rozpoznaje ona pierwotny lęk paranoidalny, a doświadczana starość oraz antycypowana śmierć mogą się stawać wyrazami poczucia prześladowania, odwetu oraz kary. Przeciwnie przemożnemu lękowi przed śmiercią mogą być kierowane bardzo prymitywne, masywne mechanizmy obronne, prowadzące do dezorganizacji osobowości. Jak zauważa Segal, w toku terapii, w miarę wzrostu integracji osobowości, starzenie się i śmierć zaczynają być źródłem ambiwalentnych uczuć i są doświadczane nie jako źródło prześladowania, lecz smutku i żałoby — żałoby po własnym życiu. Aby skonfrontować się ze śmiercią, w pierwszej kolejności trzeba przepracować pozycję paranoidalno-schizoidalną, a następnie konstruktywnie zmagać się z pozycją depresyjną.

Jaques omawia kryzys psychologiczny, wiążący się z „nagłym uświadomieniem sobie, że znalazło się już za szczytem i zaczyna się schodzić ku śmierci”; określa go mianem *kryzysu połowy życia*. Uznaje, iż stanowi on granicę, oddzielającą fazę „wczesnej dorosłości” od „dorosłości dojrzałej” [18, s. 4]. Jak zauważa, odżywają wówczas z potężną siłą dwa zasadnicze problemy psychologiczne człowieka: nieuchronność śmierci oraz kwestia wewnętrznej destrukcyjności. Na wcześniejszych etapach życia podmiot radzi sobie z tymi dylematami przede wszystkim opierając się na obronach maniakałnych (zaprzeczenie śmiertelności i przymus „ożywiającej” aktywności we wczesnej dorosłości). Pojawienie się śmierci na horyzoncie nie pozwala na dłuższe ignorowanie faktu śmiertelności. Mur

zaprzeczenia rozpada się, odsłaniając leżącą pod spodem przerażającą trwogę: silne lęki depresyjne oraz prześladowcze. Główna teza psychoanalitka brzmi, iż na jakość przeżycia drugiej połowy życia oraz starzenia się zasadniczy wpływ ma skonfrontowanie się z kryzysem połowy życia i *ponowne przepracowanie pozycji depresyjnej, teraz jednak na jakościowo innym poziomie aniżeli kiedykolwiek wcześniej*. Takie przepracowanie pozwala zintegrować zarówno fakt śmiertelności (swojej i obiektów), jak i konsekwencje popędu śmierci. Skutkiem tego procesu jest między innymi pogodzenie się z niedoskonałością każdego człowieka oraz „konstruktywna rezygnacja” [18, s. 8], czyli akceptacja faktu, że wiele spraw pozostanie niedokończonych oraz niezrealizowanych. Konfrontacja z ewentualnością własnej śmierci stawia człowieka w zupełnie innej psychologicznej perspektywie, w której nieświadome pragnienia wszechmocy i nieśmiertelności zderzają się z rzeczywistością ograniczenia i śmierci. Pozytywnym rezultatem owych procesów może być — obserwowana często u osób starszych — większa koncentracja na bliskich relacjach [11] aniżeli na dążeniu do umacniania obrazu siebie [por. 1, s. 193]. Podmiot zauważa wówczas, że nie ma już czasu na odkładanie reparacji na nieokreśloną przyszłość; narcystyczne inwestycje libidalne tracą na sile, a wzmocnieniu ulegają obsadzenia obiektów.

Osamotnienie

Pewien stopień poczucia osamotnienia stanowi zasadniczo nieodłączną część ludzkiej kondycji [24, 1]. Składa się na nie wiele czynników, w tym wczesnodziecięce wzorce emocjonalne, przede wszystkim wiążące się z separacją od pierwotnego obiektu. Separacja prowadzi do zaburzenia doświadczenia wewnętrznej pełni, a przez to do zachwiania poczucia bezpieczeństwa oraz do wyzwolenia tęsknoty, z powodu poczucia braku i pustki.

Doświadczenie osamotnienia, wiążące się z procesem starzenia się, przybierać może formy patologiczne, stając się osią niektórych zaburzeń zdrowia psychicznego [20]. Liczne utraty starzejącej się osoby mogą prowadzić do ożywienia pierwotnych separacyjnych uczuć. Jeżeli niegdyś nie była ona w stanie zachować reprezentacji dobrego pierwotnego obiektu, odbije się to na jej zdolności do późniejszego „symbolicznego zachowywania” obiektów i aspektów self, które utraciła w życiu. Osobowość nie jest wówczas bogata w treść (czyli pełna reprezentacji obiektów i self), lecz pusta i zionąca nieznośną martwością i jałowością. Poczucie osamotnienia wynika także z lęku przed śmiercią, nasilającego się znacznie w okresie średniej i późnej dorosłości [18]. Przybierać może on wówczas formę lęku przed umieraniem w samotności lub byciem pozostawionym samemu sobie w obliczu śmierci [17, 22].

Kolejnym czynnikiem, który może patologicznie nasilać poczucie osamotnienia, są patologicznie nasilone obrony narcystyczne, oparte na zaprzeczaniu zależności od obiektu, a co za tym idzie, na zaprzeczaniu poczuciu przynależności i więzi z obiektem [por. 20]. Wskutek tego, podmiot pozostaje sam z nieukojonym (niepomieszczonym) przez dobry obiekt lękiem, cierpieniem i poczuciem nieszczęścia. Tym bowiem, co łagodzić może poczucie osamotnienia w okresie starości, jest uwewnętrznienie odzyskanych dobrych obiektów w toku przepracowywania pozycji depresyjnej. Relacja z dobrym wewnętrznym obiektem jest źródłem poczucia dobroci, tolerancji i hojności, a ponadto wzbogaca umiejętność przyjmowania od innych z wdzięcznością tego, co mają do zaoferowania [24].

Zależność

Stawanie się w coraz większym stopniu zależnym od otoczenia to kwestia, z którą mniej lub bardziej mierzy się każda osoba w wieku późnej dorosłości. Martindale [6] mówi nawet o starości jako o czasie „ponownej zależności”, w którym szczególnie mocno odżywają dylematy okresu wczesnodziecięcego — „pierwotnej zależności”. Może to budzić u starszego podmiotu różnorodne, niekiedy sprzeczne uczucia. Z jednej strony relacja z obiektem, doświadczanym jako dobry, wywołuje wdzięczność i poczucie bezpieczeństwa. Z drugiej, przekonanie, iż stanowi się obciążenie dla bliskich, wiązać się może z poczuciem winy. Dalej występować może poczucie upokorzenia, a niekiedy lęku, że nie zostanie się objętym wystarczająco dobrą opieką².

Wszędzie tam, gdzie uczucia są problematyczne, powstaje konflikt, który potencjalnie prowadzić może do zaburzeń zdrowia psychicznego, szczególnie jeżeli konfliktowy obszar ma fundamentalne znaczenie życiowe. Praktyka psychoterapii pozwala zauważyć, iż psychopatologia zależności u osób w podeszłym wieku może występować między innymi w formie jednej z trzech postaw: lęku przed zależnością, narcystycznej zawiści oraz pasożytnictwa.

Prototypem relacji opartej na zależności jest relacja niemowlęcia z matką. Każdy człowiek jest więc od zarania życia istotą zależną i pewien stopień zależności naznacza wszystkie późniejsze znaczące relacje z ludźmi. Ten stan rzeczy jest nie tylko źródłem zaspokojenia, ufności, satysfakcji i wdzięczności, lecz również — nieodłącznie związanej z oczekiwaniami — frustracji, gdy oczekiwania nie są zaspokajane w takim stopniu, w jakim się tego pragnie. Jeżeli człowiek doświadczał we wczesnym dzieciństwie nadmiernej frustracji ze strony niewystarczająco dobrego rodzica, rozwinąć może się wówczas *lęk przed własną zależnością*, ponieważ doświadczanie jej w dziecięcej sytuacji (w którą zależność wpisana jest w największym stopniu), wiązało się z poczuciem rozpaczki i dezintegracji [6]. Podmiot wytwarza wówczas strukturę fałszywego self, a więc obronny sposób bycia, który ma nie dopuścić do kontaktu z bolesnymi uczuciami płynącymi z silnie sfrustrowanego prawdziwego self. Odnosząc się do takich sytuacji, Paul Terry [22] zauważa, że gdy człowiek starzeje się, stając się znów w większym stopniu bezradny, fałszywe self często załamuje się, odsłaniając pierwotny lęk. Przejawia się to w poczuciu przerażenia i dezintegracji w obliczu konfrontacji z własną zależnością.

Ważnego wkładu w zagadnienie psychopatologii zależności dokonał Herbert Rosenfeld [25], który opisał, jak u osób głęboko zaburzonych charakterologicznie *sytuacja zależności wywołuje zawiść i nienawiść*, ponieważ konfrontuje je z faktem, iż nie są one samowystarczalne i wszechmocne. Starzenie się uderza w omnipotentną narcystyczną identyfikację, opartą na zaprzeczeniu zależności dziecięcej części self (ponieważ doświadczana jest ona jako coś upokarzającego) oraz na utożsamieniu się z wszechmocnym obiektem rodzicielskim. Dynamika tego procesu ma bronić przed zawiścią, czyli chęcią zniszczenia wszystkiego, co spostrzegane jest jako dobre, choć odrębne od self. By nie

² Warto także odnotować, że znaczący wpływ na patologię zależności u starszych pacjentów mogą mieć ich opiekunowie, którymi często są ich własne dzieci. Eric Rayner [11, s. 199] opisuje różnorodne „okrutne gry”, które — oparte na mechanizmach identyfikacyjnych i projekcyjnych — mogą być nieświadomie prowadzone pomiędzy dziećmi a ich starzejącymi się rodzicami, gdy, ze względu na kondycję osoby starszej, odwraca się relacja zależności sprzed lat.

doświadczać zawiści, jednostka identyfikuje się z obiektem i uważa, że już nie jest zależna od niego, a także fantazjuje, iż sama jest dla siebie źródłem wszelkiego dobra. Rzeczywistość słabnącego zdrowia, urody, a często także pozycji społecznej i ekonomicznej, konfrontuje podmiot w dobitny sposób z jego słabością i zależnością [12]. Reakcją na ten stan rzeczy może być załamanie psychotyczne lub skrajne nasilenie się patologicznych cech charakteru, będących wyrazem wrogości do obiektów, od których osoba jest zależna i które charakteryzują się tym, co uważa za cenne (np. zaradnością, młodością, równowagą psychiczną czy innymi zasobami).

Psychopatologia zależności w okresie starzenia się przejawiać może się także w postaci *pasōżytniczej postawy* wobec obiektów. Takie ustosunkowanie się do innych ma w sobie dużą dozę agresywności, przejawiającej się bądź w aktywnej roszczeniowości, bądź też w skrywanej urazie, że jest się źle traktowanym. Stan ten różni się od poprzednio opisanego tym, iż akceptuje się rzeczywistość swojej zależnej pozycji — pozycji osoby, której potrzeby uzależnione są od obiektu i jego hojności. Zachłanność niszczy jednak w znacznym stopniu dobroć reprezentacji obiektu i czyni go przedmiotem paranoidalnych wyrzutów i pretensji.

Specyficzny sposób, w jaki osoba starsza radzi sobie z dylematami, wiążącymi się ze śmiercią, osamotnieniem czy zależnością, mają swój wyraz w relacji terapeutycznej. Ta bowiem staje się sceną, na której odgrywane są wewnętrzne relacje z ważnymi obiektami. Scharakteryzujemy krótko procesy, zachodzące podczas psychoterapii osób w zaawansowanym wieku.

Specyfika relacji psychoterapeutycznej: regresja i przeciprzeniesienie

Regresja

Karl Abraham [26], pionier psychoterapii osób w drugiej połowie życia, zauważa, iż osoby w wieku dojrzałym w czasie terapii często potrzebują większej aktywności ze strony leczącego i jego zachęt, ponieważ są bardziej zależne, pasywne oraz pragną być poprowadzone przez niego. Wspomina, że terapia osoby starszej przypomina pod tym względem terapię dzieci. Wielu autorów zajmujących się pracą z osobami starszymi porusza — wprost lub pośrednio — temat ich charakterystycznej regresji, to jest cofania się do wczesnych faz rozwoju psychicznego, wcześniejszych identyfikacji i relacji z obiektem [19]. Sama metafora *cyklu życia* przywodzi na myśl okrąg, ukazując, iż początek i koniec życia są ze sobą połączone; metafora ta ma także swe teoretyczne i kliniczne przesłanki, wskazujące na ewentualność, iż ostatni etap życia, „ostatnie lata” — jak określa je Margot Waddell [4, s. 237] — mogą być czasem „drugiej dziecinności” [s. 238].

David Bienenfeld [27] twierdzi, iż w leczeniu osób starszych — choć oczywiście nie tylko w ich przypadku — regresja rozpatrywana może być z dwóch równoległych perspektyw, które należy mieć wciąż na uwadze, rozważając jej rolę. Jest więc ona, po pierwsze, elementem psychopatologii podmiotu, a po drugie — motorem psychoterapii. Stanowi element psychopatologii, ponieważ jest mechanizmem obronnym, czynnikiem patogenetycznym oraz formą oporu. Jednakowoż regresja jest także nieodzowną częścią przeniesienia, bez którego terapia psychodynamiczna nie byłaby możliwa. Bienenfeld za istotną kwestię, odróżniającą regresję patologiczną od tej zachodzącej „w służbie

ego” w czasie terapii, uważa to, czy osoba jest w stanie patrzeć z dystansu na ów proces, a więc czy wywołuje on w niej refleksję. Możemy wnioskować więc, iż regresja u osób w zaawansowanym wieku o tyle stanowić może motor psychoterapii, o ile dojrzała część ego pacjenta (tak zwane ego racjonalne lub ego refleksyjne) zasadniczo pozwala na stworzenie wewnętrznej przestrzeni samorozumienia, a zachowania regresywne są nie tylko rozgrywane, ale także mogą być reflektowane.

Przeciwprzeniesienie

Psychoterapeuci, zajmujący się pracą z osobami znajdującymi się w drugiej połowie cyklu życia, odnotowali wiele specyficznych przeciwprzeniesieniowych reakcji (w tym część w odpowiedzi na specyficzne przeniesienia), rodzących się w trakcie terapii. Relacja, w której terapeuta bywa często znacznie młodszy od pacjenta, budzić może potencjalnie problematyczne uczucia u obydwójga jej uczestników [6].

King [8, 9, 10] zwraca między innymi uwagę na istotny, potencjalnie zaburzający leczenie, wpływ konfliktów i ambiwalentnych emocji psychoterapeuty, żywionych do własnych rodziców, znajdujących się najczęściej w podobnym wieku co pacjent [również: 15, 28]. Niektórzy terapeuci odczuwają silne opory przed leczeniem osób znacznie starszych od siebie, ponieważ uważają, że osobie starszej bardzo trudno jest zaufać komuś młodszemu w zakresie pełnienia tak odpowiedzialnej funkcji [8, 9]. Inną przeciwprzeniesieniową kwestią są problemy z zakończeniem terapii osób w drugiej połowie życia [29], ponieważ u psychoterapeuty rodzic może się nieświadoma fantazja, jakoby zakończenie leczenia oznaczać miało śmierć pacjenta, zaś przedłużanie — w magiczny sposób utrzymywało go przy życiu [8, 9, 22]. King akcentuje również wagę zaakceptowania przez psychoterapeutę w zdrowy i zintegrowany sposób własnego miejsca w cyklu życia, a także własnego procesu starzenia się i coraz bliższej śmierci.

U leczonego pojawiać się może zawiść o młodość terapeuty, która będzie znacznie zakłócać przebieg leczenia [9]. Ponadto przeniesienia u osób w dojrzałym wieku charakteryzują się potencjalnie dużym bogactwem, niekiedy budzącym w leczącym pomieszanie, albowiem może on być nieświadomie obsadzany w różnorodnych rolach: od postaci rodzicielskich po reprezentacje dzieci, a nawet wnuków. Ponadto pacjent może odwracać relacje, samemu identyfikując się z tymi postaciami, a w terapii pomieszczając reprezentacje self [8, 9].

Omawiając kwestię relacji terapeutycznej, wspomnieć trzeba również o otwierającej się przed terapeutą możliwości uczenia się od własnego pacjenta, najczęściej starszego i dużo bardziej doświadczonego życiowo aniżeli on sam. Jak wspomniano, kluczową zdolnością zdobywaną podczas terapii, lecz również stanowiącą pewien jej warunek, jest umiejętność uczenia się z doświadczenia [16]. Istnieje wiele koncepcji *mądrości* [1], lecz wydaje się, iż to właśnie na bazie życiowych doświadczeń — przetwarzanych, integrowanych i możliwych do wykorzystywania w procesie świadomego i nieświadomego myślenia — zdobywa się tę szczególną właściwość. Psychoterapia osób w drugiej połowie życia może więc stać się sposobnością do zetknięcia się z drugim człowiekiem o ogromnym bogactwie życiowego bagażu, z którego czerpać może nie tylko sam podmiot, lecz również ten, kto się z nim spotyka — także terapeuta. Chociaż taki sposób patrzenia na pacjenta obciążony może być

niekiedy sporym ładunkiem przeciwprzeniesienia (nieświadomą postawą terapeuty wobec swoich rodziców), to nie ulega wątpliwości, że jego doświadczenia — nieraz bardzo dramatyczne — mogą stanowić wielką wartość oraz prowadzić do dużej życiowej mądrości.

Podsumowanie

W artykule omówiono podstawowe aspekty psychoterapii osób w drugiej połowie życia, a więc w okresie średniej i późnej dorosłości. Wpierw zwrócono uwagę na fakt starzenia się społeczeństwa oraz na to, iż stanowi ono wyzwanie dla psychoterapii, kierowanej dotychczas w większości do osób w pierwszej połowie życia i na podstawie pracy z nimi rozwijającej swą teorię oraz technikę. Nakreślono perspektywę, w której rozwój psychologiczny ujmowany jest jako proces trwający przez całe życie, a jego załamanie się — jako pobudka do poszukiwania pomocy psychoterapeutycznej. Rozważono przyczyny podejmowania przez osoby w drugiej połowie życia leczenia, szczególną wagę przywiązując do kwestii lęków obciążających ego i potencjalnie je dezorganizujących. Omówiono warunki kwalifikowania pacjentów do terapii i ich powiązania z rokowaniem. Dyskutowano doniosłość doświadczeń wczesnodziecięcych i ich znaczenie w psychopatologii średniej i późnej dorosłości, ze szczególnym uwzględnieniem lęków depresyjnych, ran narcystycznych oraz obron maniakalnych, służących zaprzeczeniu doznawanych utrat. Zaakcentowano zasadnicze znaczenie funkcji pomieszczającej, którą pełnić winien psychoterapeuta dla bolesnych doświadczeń pacjenta w drugiej połowie życia, jeżeli ten nie był dotychczas w stanie rozwinąć (lub utrzymać) autonomicznej pomieszczającej funkcji osobowości, umożliwiającej psychologiczne opracowywanie i integrowanie doświadczeń oraz nadawanie im znaczenia. Omówiono następnie pewne szczególnie dotkliwe i trudne do pomieszczenia doświadczenia średniej, a w szczególności późnej dorosłości, będące źródłem psychopatologii wielu osób w tych okresach życia: perspektywę śmierci, osamotnienie oraz zależność. Na koniec rozważono charakterystykę niektórych czynników, istotnych dla procesu psychoterapii, a specyficznych u osób w drugiej połowie życia: swoistą regresję oraz przeciwprzeniesienie.

Piśmiennictwo

1. Steuden S. Psychologia starzenia się i starości. Warszawa: PWN; 2011.
2. Laidlaw K, Pachana NA. **Aging, mental health, and demographic change: challenges for psychotherapists.** *Profess. Psychol. Res. Pract.* 2009; 40: 601–608.
3. Oleś PK. Psychologia przełomu połowy życia. Lublin: TN KUL; 2000.
4. Waddell M. *Inside lives: psychoanalysis and the growth of the personality.* London-New York: Karnac; 2005.
5. Erikson EH. Tożsamość a cykl życia. Poznań: Zysk i S-ka; 2004.
6. Martindale B. Resilience and vulnerability in later life. *Brit. J. Psychother.* 2007; 23: 205–216.
7. Lewicka-Wysocka H. Psychoterapia grupowa osób w podeszłym wieku. W: Wardaszko-Lyskowska H, red. *Terapia grupowa w psychiatrii.* Warszawa: PZWL; 1980, s. 262-276.
8. King P. For age is opportunity no less than youth itself. W: King P. *Time present and time past: selected papers of Pearl King.* London: Karnac; 2005, s. 111–134.

9. King P. The life cycle as indicated by the nature of the transference in the psychoanalysis of the middle-aged and elderly. W: King P. Time present and time past: selected papers of Pearl King. London: Karnac; 2005, s. 135–147.
10. King PHM. Notes on the psychoanalysis of older patients. *J. Anal. Psychol.* 1974, 19: 22–37.
11. Rayner E. Old age. W: Rayner E, Joyce A, Rose J, Twyman M, Clulow C, red. Human development: an introduction to the psychodynamics of growth, maturity and ageing. London-New York: Routledge; 2005, s. 194–201.
12. Cohen C. Psychotherapy with the elderly in public mental health setting. *New Direct. Ment. Health Serv.* 1990; 46: 81–91.
13. Twyman M. Mid-life. W: Rayner E, Joyce A, Rose J, Twyman M, Clulow C, red. Human development: an introduction to the psychodynamics of growth, maturity and ageing. London-New York: Routledge; 2005, s. 186–193.
14. Ślosarczyk M. Wybrane problemy psychoterapii pacjentów z tzw. mikroorganicznym uszkodzeniem mózgu. *Psychoter.* 2008; 145: 45–53.
15. Wylie HW Jr, Wylie ML. The older analysand: countertransference issues in psychoanalysis. W: Junkers G, red. Is it too late? Key papers on psychoanalysis and ageing. Londyn: Karnac; 2006, s. 111–129.
16. Bion, WR. *Uczenie się na podstawie doświadczenia.* Warszawa: Ingenium; 2011.
17. Terry P. Terrors of growing old. *Therapy Today* 2006; 17: 8–11.
18. Jaques E. Death and the mid-life crisis. W: Junkers G, red. Is it too late? Key papers on psychoanalysis and ageing. Londyn: Karnac; 2006, s. 1–27.
19. Le Goues G. Starzenie się, wyniszczenie i antycypacja śmierci. W: Walewska K, Pawlik J, red. Depresja. Ujęcie psychoanalityczne. Warszawa: PWN; 1992, s. 182–190.
20. Cohen N. On loneliness and ageing process. W: Junkers G, red. Is it too late? Key papers on psychoanalysis and ageing. London: Karnac; 2006, s. 27–39.
21. McClintock Greenberg T. Psychodynamic perspectives on aging and illness. Dordrecht–Heidelberg–London–New York: Springer; 2009.
22. Terry P. Ageism and projective identification. *Psychodynamic Practice.* 2008, 14: 155–188.
23. Segal H. Lęk przed śmiercią: uwagi o analizie męczyzny w podeszłym wieku. W: Segal H. Teoria Melanie Klein w praktyce klinicznej. Gdańsk: GWP; 2006, s. 230–241.
24. Klein M. O poczuciu osamotnienia. W: Klein M. *Zawiść i wdzięczność (Pisma, t. III).* Gdańsk: GWP; 2007, s. 315–329.
25. Rosenfeld H. *Impas i interpretacja.* Gdańsk: Imago; 2012.
26. Abraham K. The applicability of psycho-analytic treatment to patients at an advantage age. W: Abraham K. Selected papers on psychoanalysis. London: Karnac; 1988, s. 312–317.
27. Bienenfeld D. The two-way street: aspects of regression in psychotherapy with ageing patients. *Am. J. Psychother.* 1985, 39: 86–94.
28. Zank S. Psychotherapy and aging: results of two empirical studies between psychotherapists and elderly people. *Psychoter.* 1998, 35: 531–536.
29. Coltart NEC. The analysis of an elderly patient. W: Junkers G, red. Is it too late? Key Papers on psychoanalysis and ageing. Londyn: Karnac; 2006, s. 75–95.
30. Gabbard GO. *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej.* Kraków: WUJ; 2009.

Adres: mmsekowski@gmail.com