

Problemy terapeutyczne w prowadzeniu pacjentów z rozpoznaniem *double depression*

Therapeutic problems in the treatment of "double depression"

MARIA ŻARDECKA, MAŁGORZATA KOSTECKA

Z I Kliniki Psychiatrycznej AM w Warszawie

STRESZCZENIE. Przedstawiono krótko koncepcję tzw. "podwójnej" depresji, łączącej w sobie cechy dwójakiego typu depresji, różniących się genetyką i implikacjami terapeutycznymi. Wykorzystując ilustrację kliniczną, omówiono typowe w takich przypadkach trudności lecznicze (red.).

SUMMARY. The concept of the so-called "double depression" is briefly outlined in the paper. This disorder has characteristics of two types of depression, differing in their origin and therapeutic implications. Difficulties typically encountered in the treatment of such patients are exemplified by case studies.

Słowa kluczowe: depresja "podwójna"/ leczenie

Key words: "double depression / treatment"

W poniższym tekście chcemy się zająć problemami związanymi z prowadzeniem trudnej terapii pacjentów z rozpoznaniem tzw. *double depression* - "podwójnej depresji". Termin ten został po raz pierwszy użyty w 1982 roku przez Martina Kellera i Roberta Shapiro [6] dla określenia przypadków, w których epizod głębokiej depresji nawarstwia się na istniejącą wcześniej depresję przewlekłą, czyli dystymię.

Termin *double depression* nie istnieje jako kategoria diagnostyczna w systemach klasyfikacyjnych DSM-IV czy ICD-10, ma jednak już pewną tradycję w piśmiennictwie amerykańskim. Jeden z kierunków badawczych, wiążących się z tą problematyką, dotyczy studiów opisujących i próbujących klasyfikować zespół chronicznych objawów, na które nakłada się epizod głębokiej depresji [1, 2, 8].

Zagadnieniem dyskusyjnym jest, czy wcześniej zaczynająca się chroniczna depresja - czyli dystymia - może być traktowana jako cecha osobowościowa, czy też jest subkliniczną formą zaburzeń afektywnych. Jak bardzo problem ten jest obecnie niejasny świadczy odmienne definiowanie dystymii w ostatnich wersjach statystycznych klasyfikacji chorób. I tak, w

ICD-10 [9] dystymia definiowana jest jako przewlekłe obniżenie nastroju, trwające przynajmniej kilka lat, o ciężkości niewystarczającej do uzasadnienia rozpoznania nawracających zaburzeń depresyjnych (o nasileniu ciężkim, umiarkowanym lub łagodnym) i obejmuje m.in. rozpoznanie depresyjnych zaburzeń osobowości.

Natomiast DSM-IV [4] wprowadza rozróżnienie między dystymią a zaburzeniami osobowości, ponadto definiuje w specyficzny sposób depresyjne zaburzenia osobowości, których główną cechą jest - w myśl tej klasyfikacji - wybitnie negatywna, pesymistyczna ocena samego siebie oraz innych ludzi. Definicja ta pomija zależność [3] - kluczową dla większości teorii psychodynamicznych cechę osobowości osób zapadających na depresję i traktuje osobowość depresyjną właściwie jako zespół zachowań, należących do spektrum zaburzeń nastroju.

Akiskal [1], wśród wcześniej zaczynających się przewlekłych depresji, wyróżnia podgrupę przejawiającą się zaburzeniami charakteru takimi, jak: zależność, cechy histeryczne, antyspołeczne czy schizoidalne. Pacjenci z tego rodzaju

objawami nie są, według niego, wrażliwi na leczenie lekami tymoleptycznymi.

Nasze rozważania dotyczyć będą takich właśnie przypadków "podwójnej" depresji, kiedy epizod depresyjny występuje u osób z wyraźnymi cechami zaburzeń osobowości. Mamy tu na myśli zaburzenia predysponujące do depresji, opisywane w klasycznych teoriach psychodynamicznych, czyli przede wszystkim skrajnie nasiloną zależność. Niewątpliwie w związku z tą cechą osobowości dochodzi na jakimś etapie życia pacjenta do wystąpienia objawów dystymii, w przebiegu której przejawia się niekiedy głęboki epizod depresyjny. Mamy tu do czynienia z sytuacją, którą określić by można jako *triple depression* (osobowość + dystymia + depresja).

Z prac na temat *double depression* wiadomo, że w porównaniu z depresją okresową są to przypadki o złym przebiegu, źle rokujące zarówno w katamnezie krótkoterminowej, jak i długoterminowej, z dużą ilością nawrotów [6, 7]. W naszym tekście staramy się dociec, czemu rokowanie jest w tych przypadkach tak złe.

Zacniemy od przypomnienia, jak wyglądają warunki rozwojowe, konstelacja rodzinna i cechy osobowości, wykształcone w tych okolicznościach i predysponujące do zachorowania na depresję. Wzorzec rodziny i stosowane w niej metody wychowawcze są dość typowe.

Autorytet jest zwykle związany z osobą jednego rodzica. Rodzina - często z rozmaitych powodów izolowana od zewnętrznych wpływów - cechuje się dużą spójnością wewnętrzną, fałszywym poczuciem wyższości. Typowe jest przywiązanie dużej wagi do konformistycznych, powierzchownie rozumianych osiągnięć i sukcesów. Poczuciem odpowiedzialności za te sukcesy, niejako za honor rodziny obarczane jest dziecko; wzrasta ono bez podstawowego poczucia własnej wartości, musi niejako "zapracować" na miłość rodziców poprzez realizowanie ich aspiracji. Niepowodzenia karane są przez wzbudzanie poczucia winy, wstydu, a angażowanie się w związki pozarodzinne traktowane jako nielojalność. Rodzice pozostają czę-

sto w nieświadomej opozycji do procesu indywiduacji dziecka, usiłują czerpać z niego gratyfikację, a nie dążą do jego autonomii. Ze względu na izolację od otoczenia dziecko nie ma możliwości porównania standardów rodzinnych z obywatelującymi poza jego rodziną pochodzeniową.

W takiej konstelacji rodzinnej dochodzi do specyficznego procesu uczenia. Podstawą normalnego procesu identyfikacji jest uczenie poprzez imitację, kiedy dla dziecka modelem jest rodzic, a samo uczenie się przebiega niejako automatycznie, bez przeżywania wewnętrznego konfliktu. W rodzinach przyszłych pacjentów depresyjnych mamy do czynienia z uczeniem reaktywnym - procesem, w którym dziecko ma realizować wyznaczone przez rodzica standardy, stawać się idealnym modelem, nie przypominającym rodzica. Niespełnienie tych oczekiwań wiąże się z groźbą utraty miłości.

Człowiek podatny na depresję jest niejako "produktem" takiego właśnie uczenia reaktywnego - jego tożsamość nie jest niezależna, autonomiczna, lecz spełnia wzorzec narzucony przez osobę dominującą.

Najbardziej charakterystyczną cechą tak ukształtowanej osobowości jest przede wszystkim zależność - inaczej mówiąc niemożność utrzymania niezależnej, autonomicznej samooceny. Samoocena ta wyznaczana jest przez osobę dominującą, która jest źródłem wszelkich wzmocnień, nadaje sens życiu osoby depresyjnej, stanowi podstawę poczucia bezpieczeństwa. Bez niej życie jest bezcelowe, pozbawione przyjemności. Osoba taka stanowi również ochronę przed poczuciami winy, niepewnością.

Zależność powoduje również lęk przed autonomicznym przeżywaniem gratyfikacji, która jest jedynie środkiem do zdobycia akceptacji a nie źródłem przyjemności. Osiągnięcia społeczne czy zawodowe same w sobie nie są żadnym wzmocnieniem - jedyną liczącą się rzeczą jest gratyfikacja ze strony osoby znaczącej.

Lęk przed doświadczeniem przyjemności jest równie silny, jak przed doświadczeniem gniewu. Gniew, agresja są tłumione, jako afekty

niebezpieczne, wymagające autonomii, niezależności. Ich ekspresja może prowadzić do pogłębienia depresji, ponieważ pojawia się zagrożenie odrzuceniem ze strony osoby dominującej. Łatwiejsze do przyjęcia stają się inne sposoby wyrażania niezadowolenia - np. poprzez wyrażanie cierpienia, które ma powodować w otoczeniu poczucie winy.

Charakterystyczna jest skłonność do ugodowych relacji interpersonalnych, kompromisów w sytuacjach społecznych, zainicjowane w stosunkach z rodzicami i powtarzające się w stosunkach interpersonalnych w życiu dorosłym. Kompromisy są niezbędne dla utrzymania poczucia akceptacji, aprobaty. Charakterystyczna również jest niezdolność czy nieumiejętność do jawnego zmieniania otoczenia i wpływania nań, odczuwana jako uczucie bezradności.

Dość często obserwujemy, że osoba o opisanych powyżej cechach, podatna na reagowanie depresją, sprawia wrażenie kogoś zdecydowanie dojrzałego, odpowiedzialnego, obdarzonego wieloma zdolnościami i mającego liczne osiągnięcia. Przy dokładnej analizie okazuje się, że jest to jedynie fasada, wyuczenie się prezentowania takiej właśnie wersji siebie - wyidealizowanego wzorca, upragnionego kiedyś przez rodziców. Najtrudniejszą do leczenia grupę osób z rozpoznaniem *double depression* stanowią pacjenci, u których epizody depresyjne występują na tle tak właśnie ukształtowanej osobowości.

Naszym zdaniem w tych sytuacjach wyleczenie stanu głębokiej depresji może - na określonym etapie leczenia - uruchomić typowe dla osób depresyjnych mechanizmy radzenia sobie, co w efekcie prowadzi do szybkiego nawrotu objawów. Koncepcja ta znajduje pewne potwierdzenie w wynikach badań epidemiologicznych [7]. Uzasadnienie tej hipotezy będzie bardziej zrozumiałe po zilustrowaniu naszego wywodu opisem przypadku.

Pacjentka G.D.

Pacjenta zamężna, ma 40 lat, dwoje dzieci, wykształcenie średnie. Przebywała w Klinice 8 miesięcy z rozpoznaniem: zespół depresyjno-lękowy u osoby z cechami osobowości zależnej.

Historia jej życia przedstawia się następująco. Urodziła się z planowanej ciąży. Jest jedynaczką. Oboje rodzice zdrowi psychicznie, siostra matki chorowała na schizofrenię. Rodzice o wykształceniu średnim. Byli pracownikami MSW, co zapewniało im dobry standard materialny, ale pociągało za sobą pewną izolację rodziny. Matka pacjentki jest osobą autorytarną, dominującą, nie okazującą uczuć, wymagającą, surową. Zmarły przed kilku laty ojciec był osobą podporządkowaną, zależną, ciepłą, wybaczącą. Pacjentka czuła się związana z ojcem, matki czasem się bała, uważała, że nie zawsze potrafi spełnić jej oczekiwania. W dzieciństwie nie sprawiała kłopotów wychowawczych, była dzieckiem wzorowym, spokojnym, podporządkowanym, posłusznym. Od początku wczesnych kontaktów społecznych (przedszkole, szkoła podstawowa) pojawiły się dolegliwości somatyczne (usunięcie nerki z powodu guza nerki, częste przeziębienia, alergie). Ograniczało to jej możliwości towarzyskie, zawężając kontakty do terenu domu i rodziny. Nie miała bliższych przyjaciółek, kolegów - matka skutecznie "filtrowała" wszystkie znajomości. Po maturze ukończyła dwuletnie studium sekretarskie i rozpoczęła pracę, również w MSW. Poznała tam swojego przyszłego męża. Rodzice zaakceptowali ten związek. Małżeństwo początkowo udane, bezkonfliktowe. Mąż jest osobą o cechach zależnych, silnie związany z własną rodziną pochodzeniową, łatwo się złości, wybucha, słabo panuje nad gniewem. Problemy w małżeństwie zaczęły się przed 6 laty. Pacjenta była wówczas na urlopie macierzyńskim (kolejnym, po urodzeniu drugiego syna). Starła się zajmować domem i dziećmi. W tym czasie ojciec pacjentki zachorował na chorobę nowotworową, a mąż zaczął pracować jako kierowca na trasach międzynarodowych - po parę dni w tygodniu nie było go w domu.

Choroba i leczenie. Mniej więcej w tym okresie pojawiły się pierwsze napady lęku i wyraźnie obniżony nastrój. Stosunkowo szybko podjęła leczenie w PZP, gdzie zastosowano środki antydepresyjne. Mimo leczenia objawy utrzymywały się przewlekłe, tyle, że z różnym nasileniem. Przed dwoma laty, bezpośrednio po operacji histerektomii i w związku czasowym ze śmiercią ojca, depresja wyraźnie się pogłębiła. Mąż początkowo zachowywał się akceptująco, ale w miarę przedłużania się złego stanu pacjentki coraz wyraźniej oczekiwał od niej wyzdrowienia,

reagował złością na jej niesamodzielność i postawy lękowe. Również matka nie dawała pełnego wsparcia. Kryzys w rodzinie wyraźnie się pogłębiał - pacjentka często domagała się bezustannego towarzystwa męża, bała się zostawać sama w domu, była płacziwa, matka wyręczała ją w obowiązkach domowych. Skierowana do całodobowego ośrodka psychoterapeutycznego podjęła próbę leczenia grupowego, ale przerwała je szybko w związku z pogorszeniem objawowym i wypisała się. Przeszła na rentę z powodu przedłużającego się stanu depresji. Wyraźnie źle funkcjonowała społecznie - przestała wychodzić sama z domu, przestała wypełniać podstawowe obowiązki, czuła się odrzucona, nieakceptowana, pozbawiona wsparcia męża i matki. Na oddział trafiła po próbie samobójczej. Na początku pobytu w oddziale obserwowano objawy głęboko nasilonej depresji z cechami endogennymi: dobowe wahania nastroju, napędu, aktywności, typowe objawy wegetatywne (zaparcia, suchość w ustach, uczucie zimna, lęku doznawanego w okolicy serca). Leczona przez dwa miesiące amitrypyliną bez wyraźnego rezultatu, włączono wtedy metody psychologiczne (próby terapii rodzinnej i indywidualnej), a z metod farmakologicznych - imipraminę z perazyną. Kurację tę przerwano z powodu zatrzymania moczu. Zastosowano 10 zabiegów elektrowstrząsowych z krótkotrwałym rezultatem. Wypis pacjentki był kwestią przypadku - wakacje i konieczność wyjazdu z dziećmi (pod opieką matki).

Osobowość pacjentki: jest ona osobą o wyraźnych cechach zależności i niedojrzałości emocjonalnej. Podstawowe mechanizmy obronne to: rezygnacja, somatyzacja, bezradność. Reakcją na niepowodzenie jest agresja skierowana na siebie. Poczucie bezpieczeństwa wiąże się z obecnością osoby znaczącej, akceptacją, aprobatą.

Z analizy życia pacjentki widać, że poza cechami zależności jej podstawowy nastrój ma charakter dystymiczny, natomiast sytuacje utraty (choroba, a potem śmierć ojca, operacja macicy, oddalenie się męża, brak akceptacji matki) wyraźnie wiążą się z okresami głęboko obniżonego nastroju mającego wiele cech depresji endogennej. Prowadzenie pacjentki było trudne i obciążone licznymi błędami. Spróbujemy się nad nimi zastanowić i powiązać je z przebiegiem leczenia.

Pierwszym pomysłem terapeutycznym, ze względu na rozpoznanie depresji endogennej, było leczenie typowo biologiczne, ale po paru tygodniach stosowania środków antydepresyjnych poprawa była nieznaczna, a pierwsze przepustki do domu spowodowały nawrót objawów. Włączono wówczas krótkoterminowe oddziaływania psychologiczne, nastawione na znalezienie przez pacjentkę innych form zaspokajania potrzeby zależności i akceptacji niż domaganie się opieki, bycie słabą, płacz, a także na wyrobienie umiejętności znoszenia odrzucenia. Wydawało się, że skojarzenie leczenia psychologicznego i farmakologicznego przyniesie rezultaty, ale kilkudniowa przepustka spowodowała nasilenie lęku, poczucia beznadziejności, myśli samobójcze. Ponieważ nastąpiło to po dwóch kuracjach farmakologicznych, zastosowano elektrowstrząsy. Kuracja ta (równoległe z oddziaływaniem psychologicznym) przyniosła zmniejszenie dolegliwości i poprawę nastroju. Mąż i matka pacjentki coraz bardziej niecierpliwie spodziewali się stabilnej poprawy i źle tolerowali stany pogorszenia, co powodowało, że po chwilowej poprawie objawy lęku i depresji znów się pojawiały. Cykli tych było kilka - poprawa związana z leczeniem biologicznym powodowała nasilenie obciążenia emocjonalnego (oczekiwania rodziny i terapeutów) i w efekcie dekompensację, z kolei wysiłek związany z próbą zmiany stereotypu zachowań domagających doprowadzał do wyczerpania, co też równało się dekompensacji.

Błędy, jakie popełniliśmy, są naszym zdaniem następujące:

- (1) brak efektów w leczeniu i ekspresja pacjentki wywoływały w terapeutach uczucie porażki, zniechęcenia, a czasem złości - mogło to nasilać objawy depresji,
- (2) przedłużające się próby leczenia prowokowały terapeutów (podobnie jak rodzinę) do oczekiwania poprawy stanu, przyjmowania postawy "poganiania" do zdrowienia,
- (3) szybko zrezygnowano z koncepcji długoterminowej psychoterapii. Posłużyła temu ra-

- cjonalizacja, że inna niż edukacyjna forma terapii nasilił patogenną potrzebę zależności,
- (4) utożsamiano (zarówno terapeuci, jak i członkowie zespołu oddziałowego) nieświadome zachowania pacjentki z celową manipulacją - prowadziło to do oceniania, krytykowania, odrzucania,
 - (5) terapia oparta była na motywacji terapeutów, bez przepracowania motywacji pacjentki do wyzdrowienia, co powodowało, że kontrakt miał charakter pozorny,
 - (6) zespół współpracowników traktował zespół terapeutyczny (psychiatra, psycholog) jako nieefektywny, lecz poza krytyką nie formułowano żadnych konstruktywnych zaleceń - wywoływało to poczucie frustracji i mogło nasilać depresyjne objawy pacjentki.

Dodatkową komplikację stanowił fakt, że leczenie biologiczne było utrudnione z racji braku jednej nerki. Również ze względu na znaczne nasilenie niepokoju i lęku nie zdecydowano się na zastosowanie leków przeciwdepresyjnych nowej generacji (fluoksetyna).

W oddziałach psychiatrycznych nierzadko mamy do czynienia z takim typem trudnych do leczenia pacjentów depresyjnych. Chorują oni w sposób charakterystyczny - po okresach poprawy następują szybkie pogorszenia, powtarzający się cykl "co się polepszy, to się pogorszy", tak jakby poprawa przerażała, była równoznaczna z koniecznością podjęcia niezależnego funkcjonowania, oznaczała utratę poczucia bezpieczeństwa, którego szansę stwarza depresyjna bezradność.

Opisane błędy i trudności są najprawdopodobniej nie tylko naszym udziałem, ale zdarzają się innym. Po pierwsze ze względu na dominującą aktualnie w psychiatrii orientację biologiczną wywiad zbierany jest dość pobieżnie, a diagnoza psychologiczna dotyczy struktury osobowości, a nie istoty problemu. Po drugie, jeśli pierwsza kuracja nie przynosi efektów, stosuje się następną, ewentualnie monitorując poziom leków antydepresyjnych we krwi, czyli działania idą dalej w tym samym kierunku. Równolegle pacjent dorabia się etykiety pacjen-

ta trudnego, z depresją lekooporną, ordynowane są elektrowstrząsy, a w personelu narasta niechętny, odrzucający stosunek do pacjenta - proporcjonalnie do poczucia bezradności pojawia się myśl o wypisie, przesłaniu do innego ośrodka, konsultacji w Instytucie Psychiatrii i Neurologii itp.

I dopiero w tym momencie, po sporej ilości prób i błędów, okoliczności wymuszają pełną diagnozę choroby i sytuacji - rozpoznanie *double depression* i planowanie taktyki działań terapeutycznych. Uogólniając: diagnoza formułowana jest zbyt późno i obciążona emocjami, zarówno ze strony personelu, pacjenta i jego bliskich. Wszyscy są uwikłani. Konsekwentne utrzymanie przyjętej linii leczenia jest bardzo skomplikowane.

Ze względu na obecność dwóch warstw depresji związanych ze współistnieniem dwóch typów czynników etiologicznych znalezienie strategii jednakowo skutecznej w zakresie zarówno biologicznej, jak i psychogennej składowej depresji jest trudne. Często bywa tak, że efektywne leczenie biologiczne wyprowadza pacjenta z głęboko obniżonego nastroju. Owa poprawa powoduje pojawienie się pozytywnych oczekiwań. "Zagrożenie" powrotem do zdrowia i konieczność podjęcia pełnej odpowiedzialności jest obciążeniem ponad miarę i wyzwala krzyk bezradności w postaci symptomatologii depresyjnej. I odwrotnie: wysiłek psychiczny, by pokonać w sobie zależność i lęk przed utratą doprowadza do wyczerpania podstawowych zasobów i w tym momencie może dojść do dysregulacji wegetatywnej i innych objawów endogennej depresji.

Terapia przypadków depresji zbliżonych do opisanego powyżej nasuwa bardzo wiele trudności, które próbowaliśmy przedstawić. Sprowadzają się one do sformułowanej przez nas tezy, iż na jakimś etapie terapii wyleczenie z epizodu głębokiej depresji nasila patologiczne mechanizmy osobowości. Jeżeli postępowaniem terapeutycznym nie przygotowujemy pacjenta do przeżycia tego efektu, to bardzo często dochodzi do uruchomienia swoistego wa-

hadła psychologiczno-biologicznego, które szalenie trudno zatrzymać.

Można przypuszczać, iż tylko założenie od początku terapii działań zdecydowanie długoterminowych może doprowadzić do stopniowego zmniejszenia amplitudy wychyleń wahadła i wreszcie do stabilnej poprawy nastroju. Być może lekooporność części depresji łączy się z opisanym przez nas mechanizmem.

PIŚMIENNICTWO

1. Akiskal H.S.: Dysthymic Disorder: Psychopathology of Proposed Chronic Depressive Subtypes. *Am. J. Psychiat.* 140, 1, 11-20.
2. Akiskal H.S.: Dysthymic and Cyclothymic Depressions: Therapeutic Considerations. *J. Clin. Psychiat.* 55, 4 (suppl.), 46-52.
3. Bemporad J.R.: New Views on the Psychodynamics of the Depressive Character. W: Avieti S. (red.): *The World Biennial of Psychiatry and Psychotherapy*. Basic Books, Inc. Publishers, New York 1971.
4. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. DSM-IV™*. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994.
5. Hirschfeld R.M., Holzer Ch.E.: Depressive Personality Disorder: Clinical Implications. *J. Clin. Psychiat.* 55, 4 (suppl.), 10-17.
6. Keller M.B., Shapiro R.W.: "Double Depression": Superimposition of Acute Depressive Episodes or Chronic Depressive Disorders. *Am. J. Psychiat.* 139, 4, 438-442.
7. Klein D.N., Taylor E.B., Harding K., Dickstein S.: Double Depression and Episodic Major Depression: Demographic, Clinical, Familial, Personality and Sociomental Characteristics and Short-Term Outcome. *Am. J. Psychiat.* 145, 10, 1226-1236.
8. Klein D.N., Kelly H.S.: Diagnosis and Classification of Dysthymia. *Psychiatric Annals* 23, 11, 609-616.
9. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja Dziesiąta, Rozdział V: Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. ICD-10. Uniwersyteckie Wyd. Medyczne "Vesalius", Kraków 1994.

*Adres: Dr Maria Żardecka, I Klinika Psychiatryczna AM,
ul. Nowowiejska 27, 00-665 Warszawa*