

# Psychoterapia poznawcza w leczeniu chorób afektywnych

*Cognitive therapy in the treatment of affective disorders*

EWA HABRAT

Z II Kliniki Psychiatrycznej IPiN w Warszawie

**STRESZCZENIE.** *Praca omawia teoretyczne podstawy i praktyczne rozwiązania wykorzystywane w leczeniu zaburzeń afektywnych przy pomocy terapii poznawczej (red.).*

**SUMMARY.** *The paper deals with the theoretical rationale and practical application of cognitive therapy in the treatment of affective disorders (Ed.).*

**Słowa kluczowe:** choroby afektywne / terapia poznawcza  
**Key words:** affective disorders / cognitive therapy

Wyniki badań dotyczących skuteczności różnego typu oddziaływań terapeutycznych prowadzone przez amerykański Narodowy Instytut Zdrowia Psychicznego [7] wskazują, że połączone stosowanie farmakoterapii i psychoterapii jest bardziej skuteczną formą leczenia depresji w porównaniu z psychoterapią lub farmakoterapią stosowanymi oddzielnie. Krańcowe stanowiska, zarówno negujące w ogóle zasadność psychoterapii, jak i traktujące ją jako jedyną skuteczną metodę leczenia depresji, oceniane są jako ograniczające prawa pacjenta do wszechstronnej i bardziej skutecznej pomocy. Dotyczy to również profilaktyki zaburzeń afektywnych. Coraz częściej formułowane są hipotezy dotyczące etiopatogenezy depresji, integrujące podejście biologiczne i psychologiczne. Kontrowersje dotyczą nie tyle przekonań, czy depresje są uwarunkowane biologiczne, bądź też zależą od czynników środowiskowych i psychicznych, co proporcji i wagi obu komponentów. W modelach

biologicznego uwarunkowania depresji uwzględniany jest wpływ czynników psychicznych na patogenezę, przebieg choroby, skuteczność farmakoterapii, jakość remisji, ryzyko samobójstwa [11, 12, 25]. Z drugiej strony, w teoriach zakładających dominującą rolę czynników psychicznych w etiologii depresji uwzględnia się znaczenie czynników biologicznych związanych m.in. z podatnością na działanie przewlekłego stresu, cechami temperamentu (np. zapotrzebowaniem na stymulację), wpływem określonych układów neuroprzekaźnikowych na typ zachowań [16].

Stosowanie psychoterapii w leczeniu depresji uzasadnia również i to, że różnego typu czynniki psychologiczne mogą:

- poprzedzać i wyzalać depresję,
- sprzyjać utrzymywaniu się objawów depresyjnych,
- sprzyjać nawrotom depresji przez występowanie problemów psychologicznych, które są:
  - ⇒ konsekwencją poprzednich faz,
  - ⇒ nie rozwiązanymi problemami towarzyszącymi ostatniej fazie depresyjnej.

<sup>1</sup> Wykład dla ordynatorów oddziałów psychiatrycznych (Konferencja *Standardy psychiatrii: zaburzenia afektywne* – 26.03.1997 r., CMKP, Warszawa).

Pod pojęciem: „czynniki psychologiczne” rozumie się różnego typu wydarzenia życiowe, które mogą mieć wpływ na stan psychiczny, ale również cechy osobowości predisponujące do częstego reagowania smutkiem i przygnębieniem [19].

Innym powodem stosowania psychoterapii w leczeniu depresji występującej w przebiegu chorób afektywnych jest to, że może być ona stosowana wtedy, gdy nie jest możliwe leczenie farmakologiczne (ciąża, poważne schorzenia somatyczne, odstawienie leków w związku ze zmianą leczenia). U niektórych osób leczonych z powodu depresji stwierdza się ograniczoną skuteczność farmakoterapii. Około 10–15% pacjentów źle toleruje leki przeciwdepresyjne, u 15–25% dochodzi do niepełnej poprawy, a 5–10% chorych odmawia przyjmowania leków lub przerywa leczenie [27, 28]. Psychoterapia jest istotna w leczeniu osób, u których poza chorobą afektywną występują zaburzenia osobowości lub różnego typu uzależnienie (pacjenci z tzw. podwójną diagnozą).

Czynniki psychologiczne, w tym również cechy osobowości, mają również istotny wpływ na obraz depresji. Mogą sprzyjać wystąpieniu:

- *depresji odpornej* na leczenie farmakologiczne, najczęściej związanej z obecnością konfliktów małżeńskich oraz konfliktów z dorastającymi dziećmi [4],
- *depresji przewlekłej*, którą łączy się głównie z utratą osoby znaczącej (np. śmierć współmałżonka, rozwód) oraz zmianami w pełnieniu ról społecznych (np. przejście na emeryturę lub rentę) [14, 17],
- *depresji nawracającej*, która często jest łączona z występowaniem przewlekłego konfliktu rodzinnego [8, 15].

nowych zachowań oraz pogłębiona analiza przyczyny konfliktowych relacji z innymi.

Rozwój metodologii umożliwiającej ocenę efektów psychoterapii [6] oraz analiza prowadzonych od ponad 20 lat badań nad skutecznością połączonych oddziaływań psychoterapeutycznych i farmakologicznych w depresji jednoznacznie wskazują, że świadome rezygnowanie z jednej z wymienionych form leczenia w sposób istotny negatywnie wpływa na przebieg choroby i wyniki leczenia [9, 10, 18, 26]. Dość powszechny jest pogląd, że o ile psychofarmakoterapia ma istotny wpływ na zmniejszenie osiowych objawów depresji, to psychoterapia poprawia funkcjonowanie społeczne i przyczynia się do zapobiegania nawrotom [18, 28].

Celami psychoterapii stosowanej w połączeniu z farmakoterapią mogą być wg Weissman [28]:

- *kontynuowanie leczenia aktualnie występującej fazy depresyjnej i utrzymanie remisji,*
- *leczenie podtrzymujące*, tzn. zapobiegające wystąpieniu kolejnej fazy depresyjnej,
- *leczenie profilaktyczne*, czyli zapobieganie nawrotom depresji w ogóle

Badania osób z zaburzeniami depresyjnymi wykazały częste występowanie wielu powtarzających się mechanizmów i wspólnych czynników w szeroko rozumianych cechach osobowości, systemie poznawczym i relacjach z innymi. Umożliwiło to sformułowanie teoretycznych, psychologicznych modeli powstawania depresji i wypracowanie w ich ramach specyficznych oddziaływań psychoterapeutycznych. Wszyscy autorzy psychologicznych koncepcji depresji podkreślają, iż nie pretendują one do roli jedynych wyjaśnień powstawania zaburzeń depresyjnych, ale są istotnym uzupełnieniem koncepcji biologicznych.

Za koncepcję najlepiej opisującą psychologiczny mechanizm powstawania zaburzeń

Celem psychoterapii, w zależności od przyjętego modelu teoretycznego, jest próba zmiany postaw wobec własnych możliwości działania w sytuacjach trudnych, nauczenie

depresyjnych uważa się koncepcję poznawczą (kognitywną) Aarona Becka. Głównym jej celem było wyjaśnienie psychologicznych mechanizmów powstawania depresji psychogennych. W miarę rozwijania i empirycznej weryfikacji okazała się również, że trafnie wyjaśnia mechanizmy zaburzeń nastroju w depresji typu endogennej. Potwierdza to skuteczność metod psychoterapii wywodzących się z tego modelu stosowanych wobec depresji w chorobach afektywnych. Zupełnie innym zagadnieniem jest jej pozycja w stosunku do psychofarmakoterapii tej grupy zaburzeń, o czym będzie mowa w dalszej części artykułu.

### **POZNAWCZA KONCEPCJA POWSTAWANIA DEPRESJI I PSYCHOTERAPIA POZNAWCZA**

Psychoterapia poznawcza (kognitywna) Becka [1, 2] jest najszerzej rozpowszechnioną i, zdaniem licznych autorów, najbardziej skuteczną formą psychoterapii depresji [3, 20]. Podstawowym filozoficznym założeniem tej koncepcji jest stwierdzenie, że szeroko rozumiany świat nie jest w swej istocie ani dobry, ani zły dopóki człowiek nie dokona jego oceny i nie przypisze mu wartości ze znakiem plus lub minus. Te same wydarzenia mogą przez dwie różne osoby być oceniane odmiennie, podobnie jak ta sama osoba może w kimś wzbudzać uczucie sympatii, a w innej – wrogości. To, jakiej oceny (atrybucji) wydarzenia lub osoby dokonamy wyzwała w konsekwencji emocje, których znak jest zgodny z wcześniej dokonaną oceną. Tak więc, koncepcja poznawcza podkreśla, że emocje są konsekwencją stworzonego przez daną osobę obrazu świata a nie, jak to ma miejsce w innych koncepcjach psychologicznych, emocje decydują o sposobie interpretacji świata. Beck [1] podkreśla, że większość wypowiedzi osób przeżywających depresję koncentruje się wokół problemu utraty, np.: „zmarnowałem swoje życie”, „nie mam nikogo”, „nigdy nie spotkało mnie nic dobrego”. Osoby z depresją uważają, że są

pozbawione czegoś, co jest niezbędne dla ich osobistego szczęścia. Jednocześnie uważają, że jest to wynikiem ich deficytów, co powoduje powstanie negatywnego obrazu siebie („jestem do niczego”, „nie zasługuję na miłość”, „nie zostawiłaby mnie gdybym był inny”). Kształtowanie się negatywnego poglądu na temat własnej osoby może być powodowane przez wydarzenia traumatyzujące, takie jak np. utrata osoby znaczącej lub niepowodzenie w ważnej dla danej osoby dziedzinie. Negatywne oceny mogą być aktualizowane przez podobne do sytuacji traumatycznej z przeszłości wydarzenia i w konsekwencji wyzwać depresję oraz decydować o zachowaniu w danej sytuacji („kiedyś nie zdałem egzaminu, tego egzaminu na pewno też nie zdam, więc nawet nie mam co próbować go zdać. Jestem do niczego!”). Model ten zakłada występowanie u osób z depresją specyficznego systemu odbierania, klasyfikowania i gromadzenia informacji o sobie, innych ludziach i szeroko rozumianym relacjach „ja–świat”. U osób doświadczających depresji pojawia się poznawcza triada depresyjna, na którą składają się „automatyczne” myśli dotyczące negatywnej oceny siebie, świata i przyszłości. Termin: „automatyczne” oznacza, że negatywne myśli pojawiają się w sposób nawracający, niezależny od woli. Struktura systemu poznawczego wpływa na rodzaj emocji oraz zachowanie. Cechami myślenia prowadzącymi do depresji są m.in.:

- wnioskowanie oparte na jednostkowych przesłankach,
- nadmierna generalizacja,
- wyolbrzymianie porażek przy minimalizowaniu sukcesów,
- dychotomiczny podział napływających informacji na „białe-czarne”, bez ocen pośrednich,
- przekonanie o małym wpływie własnym na różnego typu wydarzenia,
- przekonanie o nieuchronności porażek

Informacje zawarte w strukturach poznawczych osób z depresją można poznać analizując m.in. ich wypowiedzi. Zawierają one nadmierną generalizację, np. „nigdy, nikt mnie nie kochał”, „nigdy nic mi się nie udało”. Inne mówią o małym poczuciu wpływu, np. „ja to mam pecha” lub „tylko czasami coś mi się udaje”. Autorzy koncepcji poznawczej zwracają uwagę, że wyżej opisane cechy myślenia występują (choć w nieco odmiennej formie) również w fazie maniackalnej i prowadzą do wystąpienia określonego stanu emocjonalnego. Tak więc nastrój euforii wynika m.in. z wyolbrzymiania sukcesów, widzenia zdarzeń jedynie w kategoriach pozytywnych, poczucia ogromnego wpływu na zdarzenia, które na pewno zakończą się sukcesem. Od depresji odróżnia je tylko aspekt treściowy („zawsze wszystko mi się udawało”, „jestem urodzonym szczęściarzem”, „zawsze wszyscy mnie kochali”).

Negatywne wypowiedzi można spotkać u pacjentów nie tylko w fazie depresyjnej, ale są również obecne w remisji. Zwolennicy tej koncepcji tłumaczą nawracający charakter zaburzeń depresyjnych faktem niezmienności obrazu siebie pozostającego w strukturach poznawczych, jeżeli stosowano jedynie farmakoterapię. Struktury poznawcze osób z depresją charakteryzuje znaczna sztywność i mała podatność na modyfikację. Wymienione cechy sprzyjają powstaniu zanizowanej samooceny, pesymistycznej ocenie przyszłości, charakterystycznej tendencji do uzależniania się od osób znaczących, które nadają lub odbierają sens własnej aktywności. Osoby depresyjne nie potrafią zmieniać struktur poznawczych w obliczu trudności życiowych i towarzyszącego im przygnębienia. Prowadzi to do dalszego obniżenia nastroju, a to z kolei ogranicza plastyczność procesów poznawczych. Opisany mechanizm leży u podłoża depresyjnego błędnego koła.

Psychoterapia wywodząca się z koncepcji poznawczej nastawiona jest na pomoc w poznaniu zaburzących struktur poznawczych, podkreśleniu zależności między ich nieadekwatnością i sztywnością a występo-

waniem depresyjnego nastroju. Kolejnym etapem jest przewartościowanie koncepcji „ja” w relacji „ja-inni” oraz wykazanie pacjentowi zależności między tą koncepcją a efektywnością podejmowanych działań. Więcej informacji na temat specyfiki oddziaływań psychoterapeutycznych w modelu poznawczym można znaleźć w innych pracach [9, 10, 12, 21, 22, 23, 30].

Psychoterapia poznawcza osób z depresją jest na ogół terapią krótkoterminową prowadzoną przez 3 miesiące i obejmuje około 20 godzin sesji. Może mieć formę psychoterapii prowadzonej indywidualnie lub w grupie pacjentów. W pierwszym etapie terapii spotkania najczęściej odbywają się dwa razy w tygodniu, a później raz w tygodniu.

Jak stwierdzono na wstępie, terapia wywodząca się z modelu poznawczego uważana jest za najbardziej skuteczną formę psychoterapii depresji w przebiegu choroby afektywnej. Większość kontrowersji dotyczy relacji między farmakoterapią i psychoterapią wywodzącą się z modelu poznawczego. Scott [27] stwierdza, że badania nad skutecznością tej formy psychoterapii powinny koncentrować się nie na problemie: kiedy i z jakim obrazem depresji pacjenci powinni brać udział w psychoterapii poznawczej, ale w przypadku których osób będzie ona bardziej skuteczna niż farmakoterapia. Analiza efektywności połączonego leczenia farmakologicznego i psychoterapii poznawczej wskazuje na większą skuteczność takiego leczenia niż np. placebo i terapia poznawcza. Z drugiej strony nie stwierdzono różnicy między skutecznością połączonej farmakoterapii i psychoterapii poznawczej a farmakoterapią i rutynową opieką kliniczną [27]. W leczeniu depresji o obrazie przewlekłym skuteczność psychoterapii poznawczej jest podobna do skuteczności farmakoterapii i wynosi około 40% [27]. W przypadku pacjentów z takim obrazem depresji połączenie obu form terapii wpływa na poprawę stanu psychicznego u 55–65% osób [27]. Uważa się również, że włączenie psychoterapii poznawczej do leczenia osób z depresją w przebiegu chorób afek-

tywnych nie podnosi skuteczności leczenia, które dla leczenia jedynie farmakologicznego wynosi 54–63% [27]. Natomiast włączenie psychoterapii zmniejsza o połowę liczbę pacjentów przerywających leczenie farmakologiczne. Nie ma również jednoznacznych dowodów, że stosowanie psychoterapii poznawczej zapobiega lub zmniejsza liczbę nawrotów depresji. Z drugiej jednak strony u osób, które po ustąpieniu klinicznych objawów depresji same przerwały farmakoterapię, a nadal brały udział w psychoterapii poznawczej, obserwowano dwukrotnie mniej nawrotów depresji niż u osób, które nie brały w niej udziału [27]. Połączone leczenie farmakologiczne i psychoterapia poznawcza jest skuteczne u osób z małym wsparciem społecznym i złym przystosowaniem. Jest to grupa osób, w których występuje więcej dysfunkcyjnych przekonań szczególnie dotyczących uzyskiwania społecznej aprobaty i leczenie jedynie farmakologiczne ma ograniczoną skuteczność [13].

Główne założenia teoretyczne koncepcji poznawczej nie uległy istotnym zmianom od opublikowania ich przez Becka w 1967 r. [1]. Modyfikacji natomiast uległy cele oraz techniki stosowane w terapii zaburzeń afektywnych. Wypracowanie w trakcie psychoterapii umiejętności rozpoznawania przez pacjenta wzrostu liczby dysfunkcyjnych przekonań okazuje się dobrym predyktorem nawrotu depresji i umożliwia wczesne rozpoczęcie leczenia farmakologicznego [5]. Psychoterapia poznawcza osób z chorobą afektywną dwubiegunową i leczonych profilaktycznie (np. solami litu) koncentruje się szczególnie na zmianie częstego w tej grupie osób przekonania, że „przewlekłe branie leku jest oznaką słabości”. Jest to przekonanie, które często jest powodem przerwania leczenia i nawrotów fazy depresyjnej lub maniakalnej [24].

Celem przedstawionego miejsca psychoterapii poznawczej w leczeniu zaburzeń afektywnych jest zwrócenie uwagi na konieczność uwzględniania jej w procesie leczenia.

Badania dotyczące skuteczności psychoterapii zaburzeń afektywnych, w tym psy-

choterapii wywodzącej się z modelu poznawczego, są kontynuowane. Często trudno jest dokonać ich metaanalizy ze względu na różne kryteria rozpoznawania depresji, odmienność stosowanych technik, czas trwania psychoterapii oraz trudności w oddzieleniu jej wyników od efektów farmakoterapii. Mimo tych trudności metodologicznych obserwacje kliniczne wskazują na ograniczoną u niektórych pacjentów skuteczność samej farmakoterapii i konieczność leczenia kompleksowego. Znajduje to np. zastosowanie w tworzonych dziennych oddziałach leczenia depresji, gdzie stopniowo wzrasta znaczenie psychoterapii [29]. Celem badań dotyczących skuteczności psychoterapii poznawczej jest również precyzyjne określenie jej miejsca i zadań w proponowanych algorytmach postępowania terapeutycznego w chorobach afektywnych. Wszystko to ma służyć szybkiej i skutecznej pomocy grupie osób z chorobami afektywnymi oraz szeroko rozumianej profilaktyce. Służy również przypomnieniu potrzeby całościowego spojrzenia na chorobę afektywną i dynamiczny związek zachodzący między tym, co w niej jest przejawem działania mechanizmów biologicznych a tym, co jest związane z bardzo szeroko rozumianymi czynnikami psychologicznymi.

## PIŚMIENNICTWO

1. Beck A.: Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects. Harper & Row, New York 1967.
2. Beck A.: The development of depression: A cognitive model. W: Friedman R.J., Katz M. (red.): The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research. Winston & Sons, Washington 1974, 3–19.
3. Conte H.R., Plutchik R., Wild K.V., Karasu T.B.: Combined psychotherapy and pharmacotherapy for depression. Arch. Gen. Psychiatry 1986, 43, 471–479.
4. Coyne J.C., Kessler R.C., Tal M., Turnbull J., Nortman C.B., Breden J.F.: Living with depressed person. J. Cons. Clin. Psychol. 1987, 55, 347–352.

5. De Rubeis R., Evans M., Hollon S., Garvey M., Grove W., Tuason V.: How does cognitive therapy work? Cognitive change and symptom change in cognitive therapy and pharmacotherapy of depression. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1990, 58, 862–869.
6. Docherty J.P., Streeter M.J.: Advances in psychotherapy research. *Curr. Opinion in Psychiatry* 1995, 8, 145–149.
7. Elkin I., Shea T., Watkins J.: National Institute of Mental Health treatment of depression collaboration treatment programme. *Arch. Gen. Psychiatry* 1989, 46, 971–982.
8. Georing P.N., Lancee W.J., Freeman S.J.J.: Martial support and recovery from depression. *Br. J. Psychiatry* 1992, 160, 76–82.
9. Habrat E.: *Psychoterapia*. W: Puzyński S.: *Depresje*. II wyd. PZWL, Warszawa 1988, 446–456.
10. Habrat E.: *Psychoterapia depresji endogennych*. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1992, 1, 339–347.
11. Habrat E.: Wydarzenia życiowe w depresjach typu endogennego a zjawisko lekooporności. *Psychiatr. Pol.* 1994, 27, 467–478.
12. Habrat E.: *Terapia endogennych zespołów depresyjnych w świetle psychologicznych koncepcji depresji*. *Łęk i Depresja* 1996, 1, 45–57.
13. Imber S., Pilkonis P., Sotsky S., Elkin I., Watkins J., Collins J.: Mode-specific effects among three treatments of depression. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1990, 58, 352–359.
14. Karp J.F., Frank E.: Combination therapy and the depressed woman. *Depression* 1995, 3, 91–98.
15. Klerman G.L.: Treatment of recurrent unipolar major depressive disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 1990, 47, 1158–1162.
16. Nelson E.C., Cloninger R.C.: The Tridimensional Personality Questionnaire as a predictor of response to nefazodone treatment of depression. *J. Affect. Disord.* 1995, 35, 51–57.
17. Nuss W.S., Zubenko G.S.: Correlates of persistent depressive symptoms in widows. *Am. J. Psychiatry* 1992, 346–351.
18. Pava J.A., Fava M., Levenson J.A.: Integrating cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment and prophylaxis of depression: a novel approach. *Psychother. Psychosom.* 1994, 61, 211–219.
19. Power M.J.: The perception of life events in depressed in-patients and hospitalized controls. *J. Clin. Psychol.* 1987, 43, 206–211.
20. Paykel E.S. (red.): *Handbook of Affective Disorder*. Churchill Livingstone, Edinburgh 1992.
21. Potoczek A.: *Kognitywna terapia depresji*. *Psychoterapia* 1994, 89, 39–44.
22. Potoczek A.: *Hipotezy kognitywne*. *Psychoterapia* 1995, 94, 51–60.
23. Potoczek A.: *Trudne momenty w procesie psychoterapii poznawczej*. *Psychoterapia* 1996, 96, 53–67.
24. Rusch A.: *Cognitive approaches to adherence*. W: Frances R., Hales R. (red.): *Review of Psychiatry*. Tom 8. American Psychiatric Association Press, Washington DC, 627–642.
25. Rybakowski J.: *Mechanizmy patogenetyczne stresu w chorobach endogennych*. *Psychiatr. Pol.* 1995, 29, 229–242.
26. Scott J.: *Psychological treatments for depression*. *Br. J. Psychiatry* 1995, 167, 289–292.
27. Scott J.: *Cognitive therapy of affective disorders: a review*. *J. Affect. Disord.* 1996, 37, 1–11.
28. Weissman M.M.: *Psychotherapy in the maintenance treatment of depression*. *Br. J. Psychiatry* 1994, 165, 42–50.
29. Zięba A., Dudek D., Jawor M.: *Miejsce terapii kognitywnej w leczeniu pacjentów depresyjnych na oddziale stacjonarnym*. *Psychoterapia* 1995, 3, 61–66.
30. Zięba A., Dudek D., Jawor M.: *Styl myślenia w depresji endogennej*. *Łęk i Depresja* 1996, 4, 325–332.

*Adres: Dr Ewa Habrat, II Klinika Psychiatryczna IPiN,  
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*