

## Psychoterapia depresji endogennych

EWA HABRAT

Z II Kliniki Psychiatrycznej IPiN w Warszawie

*Przedstawiono różne modele podejścia psychoterapeutycznego do leczenia depresji. Wskazano też na zalety i wady różnych form psychoterapii oraz przytoczono własne spostrzeżenia związane z jej stosowaniem (red.).*

---

Słowa kluczowe: depresje endogenne - psychoterapia

---

### MIEJSCE PSYCHOTERAPII W LECZENIU DEPRESJI

Brak jednoznacznych danych dotyczących etiologii depresji jest od dawna źródłem sporów na temat przydatności psychoterapii w jej leczeniu. Krańcowe stanowiska, zarówno negujące w ogóle zasadność psychoterapii jak i traktujące ją jedyną skuteczną metodę leczenia depresji należy obecnie ocenić jako przestarzałe. Wyniki badań z ostatnich lat [8,14,27,28,34] oraz liczne hipotezy na temat etiopatogenezy depresji sugerują raczej komplementarność niż konkurencyjność podejścia biologicznego i psychologicznego. W modelach biologicznego uwarunkowania depresji coraz częściej uwzględnia się wpływ mechanizmów psychologicznych na patogenezę, przebieg choroby, skuteczność farmakoterapii, jakość remisji, ryzyko samobójstwa itp. Z drugiej strony w teoriach zakładających psychogenną etiologię depresji uwzględnia się znaczenie czynników biologicznych związanych z przewlekłym stresem, cechami temperamentu, indywidualnym zapotrzebowaniem na stymulację i in.

Niezależnie od podejścia teoretycznego, praktyka kliniczna wykazała, że leczenie kompleksowe tzn. uwzględniające farmako- i psychoterapię jest znacznie bardziej skuteczne niż każda z tych metod stosowana oddzielnie [16,19,31,35]. W świetle tych badań świadome rezygnowanie z jednej z wymienionych form oddzia-

ływań może w sposób istotny negatywnie wpływać na przebieg choroby i wyniki leczenia.

### NIEKTÓRE TEORETYCZNE MODELE DEPRESJI I ICH IMPLIKACJE

Psychoterapia depresji nastawiona jest na pomoc w rozwiązywaniu konkretnych problemów u konkretnego chorego przy pomocy indywidualizowanych metod. Badania osób z zaburzeniami depresyjnymi wykazały jednak obecność wielu powtarzających się mechanizmów i wspólnych czynników w szeroko rozumianych cechach osobowości, systemach poznawczych, sposobach funkcjonowania społecznego itp. Umożliwiło to sformułowanie teoretycznych psychologicznych modeli depresji i wypracowanie w ich ramach specyficznych oddziaływań psychoterapeutycznych.

#### Psychoterapia poznawcza

Najbardziej rozpowszechnioną i, zdaniem licznych autorów, skuteczną formą psychoterapii depresji jest w ostatnich latach terapia oparta na poznawczym (kognitywnym) modelu depresji Becka [1,21]. Model ten zakłada występowanie u osób z depresją specyficznego systemu odbierania, klasyfikowania i gromadzenia informacji o sobie, innych ludziach i szeroko rozumianych relacjach "ja-świat". Struktura systemu poznawczego warunkuje reakcje, wpływa na emocje i działania. U osób z depresją system

ten charakteryzuje się m.in. znaczną sztywnością, małą podatnością na modyfikację, wnioskowaniem opartym na jednostkowych przesłankach, dychotomicznym podziale na "białe-czarne" bez ocen pośrednich. Wymienione cechy sprzyjają powstawaniu zaniżonej samooceny, poczuciu braku wpływu na własną aktywność, tendencji do uzależniania się od osób znaczących i stanowią psychologiczne podłoże reakcji depresyjnych. Osoby depresyjne nie potrafią zmieniać struktur poznawczych w obliczu trudności życiowych i towarzyszącego im przygnębienia. Pogłębia to obniżenie nastroju, a to z kolei ogranicza plastyczność procesów poznawczych. Opisany mechanizm leży u podłoża depresyjnego błędnego koła.

Przedstawiony w zarysie model psychoterapii znajduje praktyczne zastosowanie w leczeniu depresji psychogennych, nerwicowych i występujących w chorobie afektywnej jednobiegunowej. Jego przydatność w leczeniu głębokich depresji psychotycznych należy traktować jako sprawę otwartą, która wymaga dalszych obserwacji. Wyniki badań dotyczących tego zagadnienia nie są jednoznaczne. Liberman [18] dokonał przeglądu 200 artykułów zajmujących się porównaniem skuteczności leczenia farmako- i psychoterapeutycznego o orientacji poznawczej. Stwierdził dużą różnorodność metodologiczną prowadzonych badań i nieporównywalność badanych grup, stąd trudności w uzyskaniu obiektywnych ocen skuteczności obu form leczenia depresji. Weissman i wsp. [35] dokonali podsumowania dziesięcioletniego okresu stosowania skojarzonego leczenia farmakologicznego i psychoterapii poznawczej w depresjach endogennych. Wnioski z tych badań są jednoznaczne i wskazują na większą skuteczność połączonego leczenia niż każdej z metod stosowanej oddzielnie. Poprawa funkcjonowania społecznego była bezpośrednim skutkiem zmniejszenia nasilenia objawów depresyjnych pod wpływem stosowanych leków. Była to jednak poprawa powierzchowna i często krótkotrwała. Zastosowanie psychoterapii poznawczej poprawiło funkcjonowanie interpersonalne, zmniejszyło nasilenie objawów lub ich

nawrót. Interesujące wyniki uzyskał w swych badaniach Rush [29].

W dwóch grupach chorych z depresją w przebiegu choroby afektywnej jednobiegunowej zastosowano bądź leczenie imipraminą w dawce 250 mg na dobę, bądź psychoterapię poznawczą. W obu grupach stwierdzono statystycznie zmniejszenie nasilenia objawów, przy czym w grupie, w której stosowano psychoterapię poznawczą całkowite ustąpienie objawów lub istotną poprawę zanotowano u 79% osób, podczas gdy w grupie leczonej farmakologicznie podobną poprawę obserwowano u 23%.

Psychoterapia kognitywna zakłada psychologiczną pomoc w poznaniu struktur poznawczych, podkreśla zależność między ich nieadekwatnością i sztywnością a objawami depresyjnymi. Kolejnym krokiem jest przewartościowanie koncepcji "ja" w relacji "ja-inni" oraz wykazanie zależności między tą koncepcją a własną aktywnością. W procesie psychoterapii poznawczej zakłada się aktywną rolę terapeuty w rozwiązywaniu aktualnych i utrwalonych problemów w funkcjonowaniu emocjonalnym.

### Terapia analityczna

Psychoanaliza upatruje jednej z przyczyn depresji w realnej lub przeżytej emocjonalnie utracie obiektu miłości we wczesnym dzieciństwie. Uraz ten, odtwarzany jest w życiu dorosłym. Pojawia się w sytuacjach ocenianych jako utrata osoby ważnej, postrzeganej jako obiekt mogący zaspokoić potrzebę samoakceptacji i bezpieczeństwa, oraz chroniący przed frustracją. Psychoanalitycy sądzą, że osoby z doświadczeniami utraty osoby znaczącej w okresie dzieciństwa w sytuacjach zagrożenia reagują pierwotną agresją dziecięcą skierowaną przeciw zinternalizowanemu obiektowi, a nie przeciwko obiektom zewnętrznym. Objawy depresyjne mają więc znaczenie symboliczne i są wyrazem konfliktu między ego i superego. Powoduje to narastanie poczucia winy, obniża samoocenę, sprzyja zależności emocjonalnej, zmniejsza tolerancję na frustrację, sprzyja silnemu tłumieniu agresji [9].

Celem psychoanalizy jest dotarcie do konfliktów intrapsychicznych, odtworzenie urazu, uświadomienie symbolicznego znaczenia objawów depresyjnych, przeżycie wglądu i wzmocnienie siły ego. Psychoterapia analityczna ma charakter długoterminowy, często wieloletni. Aktywność psychoanalityka bywa najczęściej ograniczona i polega głównie na interpretowaniu wypowiedzi pacjenta. Uważa się, że psychoanaliza bywa skuteczna w leczeniu głębokich i długo trwających reakcji depresyjnych, zapobiega też wystąpieniu kolejnych nawrotów.

### **Teoria behawioralna**

Teoria behawioralna depresji oparta jest na koncepcji Ferstera i Levinsohna [17]. Zakłada ona, że stany depresyjne są wynikiem niewystarczającej ilości wzmocnień pozytywnych. Niedobór ten może być wynikiem obiektywnie zmniejszonej ilości wzmocnień pozytywnych w środowisku pacjenta bądź rezultatem jego niezdolności do odbioru takich doznań. Upośledzone warunkowanie prowadzi do mniejszej aktywności i ujawnienia zachowań depresyjnych. Przyczynami mniejszej liczby wzmocnień pozytywnych może być np.: zmiana środowiska wymagająca innego od dotychczasowego modelu zachowania umożliwiającego uzyskiwanie pozytywnego warunkowania aktywności (zmiana układu rodzinnego, przeprowadzka, zmiana miejsca pracy) lub wystąpienie czynników awersyjnych i karzących, przewyższających nasileniem wzmocnienia pozytywne. Osoby z depresją cechują się upośledzoną zdolnością do pozytywnego samowzmacniania. Własną bierność i zależność postrzegają jako konsekwencję braku lub opóźnienia zewnętrznego wzmocnienia, nieprawidłowo reagują na kolejne elementy tworzące sekwencję: sytuacja - zachowanie - konsekwencje. Nie potrafią też oczekiwać innych niż negatywne następstw własnych reakcji. Wyznaczają sobie cele najczęściej nierealistyczne, a konsekwencje ich nieosiągnięcia oceniają nieobiektywnie. Przejawiają tendencję do samokarania, ta zaś jest główną przyczyną tłumienia zachowań już na poziomie reakcji inicjalnej, co w sferze behawioralnej przejawia się zahamowaniem.

Interesujące badania nad skutecznością tego typu terapii w depresji prowadzili Rippere [25] oraz Parker i wsp. [20]. Depresja i związane z nią objawy traktowane są jako sytuacja stresowa. Jedną z metod jest prezentowanie listy zachowań, które mogą zmniejszać nasilenie objawów depresji. Pacjent ocenia, które z zachowań i w jakim stopniu okazały się skuteczne w jego indywidualnym przypadku. W ten sposób uczy się być aktywnym wobec objawów i nie dopuszczać do konsekwencji ich długotrwałego utrzymywania się.

Głównym celem psychoterapii w tym modelu jest nauczenie chorego zachowań umożliwiających mu optymalne funkcjonowanie oraz osiągnięcie pozytywnych wzmocnień tych zachowań. Bardzo istotnym jest utrwalenie reakcji samonagradzania.

### **Model wyuczonej bezradności**

Elementy poznawczego i behawioralnego modelu depresji łączy koncepcja wyuczonej bezradności Seligmmana [30]. Zakłada ona powtarzające się niepowodzenia w unikaniu sytuacji stresujących, co sprzyja uczeniu się bezradności i zachowań depresyjnych takich jak: spadek aktywności, bierność w sytuacjach traumatyzujących, niezauważanie związku między własnym działaniem a jego wynikiem, spostrzeganie siebie jako osoby pozbawionej kontroli nad otoczeniem.

Celem psychoterapii jest zmiana obrazu "ja", zaniżonej oceny własnych możliwości oraz aktywizowanie. Interesujące, że model wyuczonej bezradności znalazł zastosowanie w wywoływaniu eksperymentalnej depresji u zwierząt i w badaniach farmakoterapii depresji.

### **Koncepcja humanistyczna**

Koncepcja Rogersa [26] odegrała istotną rolę w przewartościowaniu podejścia do osób z zaburzeniami psychicznymi. Jest to koncepcja łącząca aspekt psychologiczny i filozoficzny. Źródła zaburzeń psychicznych upatruje w braku umiejętności wyrażania emocji.

Proponuje terapię polegającą na "odblokowaniu" emocji, poznaniu własnych twórczych

możliwości, ukazaniu konieczności ciągłych wyborów i ponoszeniu za nie konsekwencji. Istotą psychoterapii jest spotkanie dwóch osób, w którym główną rolę odgrywają cechy psychoterapeuty: autentyczność, akceptacja i empatia. Są to cechy niezwykle istotne w kontakcie z osobą przeżywającą depresję. W przypadku głębokich depresji właśnie taka postawa, a nie konkretne techniki okazuje się mieć znaczenie podstawowe.

### Inne modele postępowania psychoterapeutycznego

Wymienionym modelom psychologicznym przypada wiodące znaczenie w psychoterapii stanów depresyjnych. Istnieje szereg innych procedur (ponad 200), które są odmianami wyżej opisywanych lub stanowią jedynie zbiór technik psychoterapeutycznych bez głębszego uzasadnienia teoretycznego.

Do ważnych, choć rzadziej stosowanych metod psychoterapii depresji należy terapia interpersonalna Sullivana rozwinięta przez Klermana i Weissman [14]. Upatrują oni źródła depresji w nieprawidłowych wczesnodziecięcych relacjach z matką, przenoszonych później na relacje z ludźmi w życiu dorosłym. Celem tej najczęściej krótkoterminowej terapii jest poprawa funkcjonowania interpersonalnego. Prusoff [22] uważa, że w przypadku pacjentów z depresją endogenną szczególnie skuteczne jest łączenie farmakoterapii z tą formą psychoterapii.

Analiza egzystencjalna stworzona przez Frankla [7] przyczynę depresji wiąże z frustracją egzystencjalną powstałą w wyniku braku lub utraty sensu swego istnienia. Proponowaną metodą leczenia depresji jest logoterapia, której celem jest poszerzenie systemu wartości. Posługuje się ona m.in. techniką intencji paradoksalnej i derefleksji. W przypadku chorych na depresję, technika intencji paradoksalnej polega na zaleceniu choremu, aby nie walczył z depresją, lecz znosił ją cierpliwie, traktował jako chorobę i czekał aż zacznie działać terapia biologiczna. Technika derefleksji polega na zaleceniu choremu poddanie się aktualnie przeżywanemu nastrojowi smutku, próbie zrozumienia go

w kontekście swej egzystencji i wykorzystaniu go do rozwoju twórczych możliwości.

W terapii chorych z zaburzeniami depresyjnymi użyteczna jest również wiedza z zakresu teorii komunikacji stworzonej m.in. przez Berne'a [2]. Często spotykane w grupie chorych z depresjami trudności w komunikowaniu uczuć negatywnych, własnych ocen i potrzeb emocjonalnych można korygować poprzez wykazanie zakłóceń komunikacji, uczenie otwartości w przekazywaniu informacji oraz tworzenie partnerskiego stylu porozumiewania się.

### ZALETY I WADY TERAPII GRUPOWEJ DEPRESJI

Omówione powyżej modele teoretyczne mają głównie zastosowanie w psychoterapii indywidualnej pacjentów depresyjnych. Mogą być one również, z pewnymi modyfikacjami, realizowane w trakcie psychoterapii grupowej. Istnieją duże kontrowersje dotyczące zakresu wskazań jak i etapu, na którym chory z depresją powinien być włączony do grupy. Ważną rolę odgrywają różnice kulturowe i powielanie metod psychoterapii opracowanych w innych krajach może okazać się mało efektywne a nawet szkodliwe. Jak wynika z naszych obserwacji, dla wielu pacjentów omawianie w grupie własnych problemów, często intymnych, jest naruszeniem normy, zwiększa lęk i poczucie winy. W pracy z grupą dobraną losowo a nie specjalnie, jak to się zdarza najczęściej w naszych warunkach, duży odsetek stanowią osoby w starszym wieku, niejednokrotnie pacjenci geriatryczni, nieprzyzwyczajeni do grupowych form terapii, mało elastyczni na zmiany i w zasadzie nie kwalifikujący się do wspólnych zebrań z osobami młodszymi. Może zdarzyć się również, że ujawniony przez pacjenta ważny problem osobisty spotka się z obojętnością pozostałych członków grupy psychoterapeutycznej, co może spowodować niepotrzebny uraz. Istotną rolę odgrywa tu specyfika grupy psychoterapeutycznej osób z depresją. Wpływ mają na to m.in. objawy depresyjne takie jak: zahamowanie, trudności w koncentracji uwagi, skoncentrowanie na własnych dolegliwościach i problemach, poczu-

cie bezradności w udzielaniu pomocy sobie i innym. Wyniki badań Wciórki [33] wskazują, że stosunek osób z depresją do współpacjentów charakteryzuje się małym zaangażowaniem emocjonalnym, a konieczność kontaktów z innymi pacjentami jest jedną z częściej wymienianych uciążliwości życia oddziałowego.

Mimo wymienionych trudności terapia grupowa ma możliwości, których pozbawiona jest terapia indywidualna. Kontakt z osobami, u których nasilenie depresji uległo zmniejszeniu wzmacnia przekonanie o możliwości ustąpienia objawów. Pacjent ma szansę na uzyskanie większej liczby różnorodnych informacji dotyczących siebie, wypróbowania nowych form zachowań, konfrontacji własnych problemów z trudnościami innych. Zmniejsza się, wysokie u osób z depresją, ryzyko uzależnienia od osoby psychoterapeuty. Kępiński [13] sugeruje włączanie do grupowych zajęć psychoterapeutycznych osób z głębokimi depresjami, gdyż czują się oni dobrze w środowisku, którego nastrój nie kontrastuje z ich samopoczuciem. Battagay [za 22] proponuje jednak rozpoczynanie zajęć grupowych dopiero po zmniejszeniu nasilenia ostrych objawów depresji (lęku, niepokoju ruchowego, tendencji samobójczych). Przed stosowaniem tej formy terapii u osób z tendencjami samobójczymi przestrzegają również inni autorzy [10] zwracając uwagę, że konfrontacja takich chorych z grupą może nasilić tendencje samobójcze.

Korzystnym wydaje się równoległe prowadzenie terapii indywidualnej i grupowej mimo, że praktyka kliniczna wskazuje, że w ramach tradycyjnego oddziały psychiatrycznego kontakt indywidualny w ocenie pacjentów jest bardziej skuteczny.

### **TERAPIA MAŁŻEŃSKA, RODZINNA I ŚRODOWISKOWA**

Wszystkie te trzy specyficzne formy psychoterapii grupowej przyjmują założenia modelu interakcyjnego, zgodnie z którym wpływ na pojawienie się objawów depresyjnych i ich natężenie ma cały kontekst społeczny w jakim funkcjonuje pacjent. Pomijanie tej sprawy może

istotnie rzutować na efekty leczenia. Powodem utrzymywania się objawów depresyjnych mogą być istotne konflikty środowiskowe np. małżeńskie. Brown i Harris [4] stwierdzili, że aktualny istotny problem domowy występował u 28% kobiet z depresją oporną na farmakoterapię w porównaniu z 1% kobiet, u których leczenie było skuteczne. Również częste powroty do szpitala mogą być w rzeczywistości skutkiem nierozwiązanych problemów emocjonalnych, a nawet materialnych, wobec których osoby z depresyjną strukturą osobowości czują się bezradne. Wymienione formy terapii powinny być podejmowane za pełną aprobatą pacjenta. Powinno się też zaznaczyć, że nie chodzi o poszukiwanie winnych wystąpienia objawów depresyjnych, a próbę lepszego zrozumienia mechanizmów leżących u ich podłoża. Natężenie i częstotliwość sesji psychoterapeutycznych należy zindywidualizować. Wskazaniem jest, aby ten typ terapii zaczynać po ustąpieniu ostrych objawów depresji lub nawet po opuszczeniu przez pacjenta szpitala. Sprzyja to równorzędnej pozycji np. współmałżonków wobec terapeuty i zadań psychoterapii. Sytuacja, w której jedno z nich występuje jako "pacjent" a drugie jako "zdrowy", jest sytuacją niesymetryczną, stwarzającą wiele zafałszowań w przebiegu psychoterapii.

### **TERAPIA ZAJĘCIOWA, ARTETERAPIA**

Innymi formami wspomagającymi psychoterapię indywidualną i grupową osób z depresją jest muzykoterapia, psychorysunek, biblioterapia (arteterapia) i terapia zajęciowa. Oddziaływania te posługują się m.in. technikami niewerbalnymi, co w przypadku pacjentów depresyjnych ułatwia wyrażanie własnych emocji i problemów. Dzięki posługiwaniu się symbolami zmniejszają poziom zagrożenia w wyrażaniu obaw, konfliktów itp. Są istotnym źródłem informacji o pacjencie i mogą stanowić pretekst do rozpoczęcia pracy psychoterapeutycznej nad określonym problemem. Terapia zajęciowa odgrywa istotną rolę w w przełamywaniu depresyjnego postrzegania siebie jako osoby mało sprawnej, niezdolnej do pracy twórczej. Ważne,

aby oferowane w terapii zajęciowej formy aktywności nie były spostrzegane przez pacjenta jako degradujące.

### UWAGI PRAKTYCZNE

Sprawą niezmiernej wagi w przypadku osób z depresją jest nawiązanie kontaktu, który może być psychoterapeutyczny lub psychotraumatyzujący. Istotne znaczenie ma umiejętność postępowania z chorym depresyjnym przez lekarzy pierwszego kontaktu. Jak słusznie zauważa A. Bilikiewicz [3] pacjenci z depresją endogenną długo podejmują decyzję o zwróceniu się o pomoc do profesjonalisty, przeżywają beznadziejność swego położenia, a lekarz często jest traktowany jako "ostatnia deska ratunku". Kępiński [13] uważa, że postawa lekarza wobec chorego w głębokiej depresji powinna przypominać postawę, jaką przybiera on wobec chorego na ciężkie schorzenie somatyczne. W pierwszym kontakcie często należy rezygnować z uzyskania maksimum szczegółowych informacji. Dla chorego depresyjnego z zahamowaniem lub niepokojem i lękiem, niechęcią do nawiązywania nowych kontaktów, trudnościami w skupieniu uwagi może to stanowić sytuację trudną. Wg Regana [24] umiejętne prowadzenie procedury związanej z badaniem może ułatwić wytworzenie się atmosfery bezpieczeństwa i zaufania w relacji pacjent-lekarz. Relacja ta ma istotny wpływ także na wyniki m.in. farmakoterapii. Wilmer [37] stwierdził negatywny wpływ silnie kontrolującej postawy psychiatry na leczenie, ponieważ utrudnia ona lub wręcz uniemożliwia przyjęcie przez pacjenta aktywnej postawy wobec procesu leczenia. Powszechnie znanym jest fakt, że lepiej leczą się pacjenci współpracujący, aktywni, nastawieni zadaniowo do procesu leczenia. Wilmer [37] opisał trzy postawy jakie może przyjąć lekarz wobec pacjenta, z różnymi konsekwencjami dla dalszego przebiegu leczenia. Jedyną niezaburzającą postawą jest postawa empatyczna, na którą składa się rozumienie przeżyć pacjenta przy zachowaniu własnej tożsamości i odrębności. Natomiast postawy: "współczująca" i "okazująca sympatię" zawierają elementy nasilające psychologiczne mecha-

nizmy depresji: potwierdzenie niskiej samooceny i odrzucenia, utratę oparcia w lekarzu. Ważne jest również, żeby lekarz wobec pacjentów z depresją nie posługiwał się wypowiedziami: "jakoś to będzie", "nie ma powodów do obaw", "proszę się wzięć w garść". Taka postawa lekarza nie przynosi choremu ulgi, a choroba przeżywana w wymiarze katastrofy sprowadzana jest do nic nie znaczącego wydarzenia. Istotne jest, aby pacjentowi dostarczyć informacji dotyczących depresji. Często towarzyszące objawom depresyjnym przejawy dysregulacji rytmów biologicznych i układu wegetatywnego są traktowane jako objawy nieuleczalnej choroby. Wyjaśnienie tych mechanizmów jest dla pacjenta dowodem, iż to co przeżywa nie jest czymś nieznanym i trudnym do usunięcia, lecz ma swoją specyficzną dynamikę.

Stosowaniu farmakoterapii powinno towarzyszyć umiejętne informowanie o zakresie działania leku i ew. objawach niepożądanych. Chroni to chorego przed traktowaniem tych objawów jako pogłębiania się choroby, a jednocześnie podnosi autorytet lekarza jako osoby kompetentnej. Również zmiana leczenia i/lub jego przerwanie powinny być wyjaśnione i uzasadnione. Chory z depresją, podobnie jak chory somatycznie poszukuje informacji dotyczących doznawanych dolegliwości (lektura, inni pacjenci). Często prowadzi to do fałszywych ocen takich faktów jak np. otrzymanie większej ilości tabletek, które interpretowane może być jako dowód ciężkości choroby. W badaniach Franka [6] grupę pacjentów depresyjnych opornych na leczenie stanowili ci, którzy otrzymali lek bez w/w informacji. Aby leczenie farmakologiczne było skuteczne zaordynowaniu leku powinno towarzyszyć pozytywne, a wg Donlona [5], wręcz entuzjastyczne nastawienie lekarza i pacjenta wobec leczenia środkami przeciwdepresyjnymi.

Przyjętym naogół stereotypem leczenia jest: diagnoza-badania dodatkowe- lek - wyzdrowienie. Pacjent depresyjny również często buduje swe oczekiwania wg tego schematu, co może być czynnikiem utrudniającym proces farmako- i psychoterapii. Jedną z przyczyn jest specyficzny proces wycofywania się ostrych objawów depre-

syjnych (dobowe wahania nastroju, pogorszenia nastroju po kilkudniowej poprawie, poprawa funkcji pamięciowych dopiero w ostatnim etapie zdrowienia). Drugą przyczyną jest fakt, że na obraz depresji z przewagą objawów endogennych wpływ mają czynniki psychologiczne związane zarówno z osobowością pacjenta jak i z jego relacjami rodzinnymi, zawodowymi [23]. Okazuje się, że np. znaczne natężenie cech neurotycznych utrudnia proces farmakoterapii i obniża jakość remisji [12]. Pacjent ulegając omawianemu schematowi procesu leczenia oczekuje, że lek będzie uniwersalnym antidotum nie tylko na objawy depresyjne, ale również problemy powstałe w trakcie trwania depresji oraz trudności emocjonalne, które istniały przed jej wystąpieniem. Oczywiście naogół jest tak, że w depresji wyolbrzymieniu ulega percepcja własnych trudności a bilans życiowy jest negatywny. Mimo to należy urealnić oczekiwania pacjenta wobec zakresu działania leku. Należy też podkreślać, że mimo iż depresja w sposób istotny pogarsza funkcjonowanie, to nie ubezwłasnowalnia pozbawiając możliwości aktywnego wpływu na własne życie. Poziom tej aktywności uzależniony jest wprawdzie od natężenia objawów depresyjnych, niemniej w każdym etapie terapii pacjent może wpływać na proces leczenia. Ważne jest, aby stymulowanie do aktywności uwzględniało aktualny obraz kliniczny. Na wstępie leczenia istotne jest "odbarczenie" pacjenta od konieczności bycia aktywnym, co przy znacznym nasileniu objawów depresji może być wręcz niewykonalne, być źródłem poczucia winy a i prób samobójczych. Stopniowej poprawie stanu psychicznego powinien towarzyszyć stopniowy wzrost stymulacji i zakresu funkcjonowania. Należy poinformować pacjenta, że pojawiające się trudności i niepowodzenia nie oznaczają powrotu depresji, a są czymś, co towarzyszy każdej aktywności człowieka. Rozwiązanie sygnalizowanych przez pacjenta problemów emocjonalnych i interpersonalnych, jeżeli nie wpływają istotnie na aktualny stan psychiczny, należy odłożyć na okres lepszego samopoczucia. Ważne jest jednak, aby oddziaływania psychoterapeutyczne włączyć odpowiednio wcześniej.

W badaniach Keitner i Miller [11] zaburzenia w funkcjonowaniu rodzinnym występujące w trakcie trwania depresji endogennej utrzymywały się również po jej ustąpieniu stając się przyczyną kolejnych nawrotów depresji.

W trakcie trwania depresji należy liczyć się zawsze z występowaniem myśli i zamiarów samobójczych. Wymaga to od lekarza szczególnej czujności ponieważ jak wynika z obserwacji klinicznych, nieprawdziwy jest mit, że pacjent mówiący wiele o samobójstwie naogół go nie popełnia. Ryzyko samobójstwa jest znaczne również po ustąpieniu ostrych objawów, w okresie poprawy samopoczucia i konfrontacji z istniejącymi nadal trudnościami życiowymi. Często lekarz odczuwa lęk przed poruszeniem z pacjentem tematu samobójstwa stosując magiczną zasadę, że nie mówienie o problemie, nie tworzy go, co jest oczywiście błędne. Rozmowa na ten temat przynosi pacjentowi ulgę, umożliwia poznanie psychologicznych mechanizmów takiej decyzji, umożliwia pomoc. Pacjent często spontanicznie nie porusza tego problemu rozpatrując go w kategoriach winy, wstydu, objawu demaskującego jego bezwartościowość. Nie chce również być przyczyną przykrych dla lekarza emocji (strachu, niepokoju), które w ocenie pacjenta mogą być powodem odrzucenia i utraty oparcia.

Za zgodą i wiedzą pacjenta lekarz może udzielić najbliższym osobom chorego informacji dotyczących depresji, jej objawów, przebiegu i sposobów postępowania. Powinien też objaśnić małą skuteczność stereotypowego pocieszania, mobilizowania, organizowania działań, które tradycyjnie uważa się za sprawiające przyjemność (zapraszanie gości, kupowanie prezentów). Może również zasignalizować możliwość innych oddziaływań psychoterapeutycznych i wyjaśnić ich znaczenie. Często w rozmowie z najbliższymi należy pomóc im w uwolnieniu się od poczucia winy za aktualny stan pacjenta podając różnorodność czynników powodujących wystąpienie depresji.

Częstym problemem dla lekarza jest przewlekłe utrzymywanie się objawów subdepresyjnych u pacjentów. Wpływ na to może mieć nie-

wystarczająca skuteczność stosowanych leków przeciwdepresyjnych. Jednak u części chorych depresja sprzyja w sposób podświadomy zaspokojeniu potrzeb pacjenta związanych np. z uzyskaniem zainteresowania ze strony otoczenia, za utrzymywanie związków zależnościowych, może prowadzić do paradoksalnego zjawiska polegającego na tym, że obok tendencji do zlikwidowania objawów depresyjnych występuje tendencja do ich utrzymania choćby tylko w sferze werbalnej. Zjawiskiem tym tłumaczy się wiele przypadków małej skuteczności farmakoterapii. Tak więc i w tym momencie znajomość psychologicznych czynników towarzyszących przeżyciom depresyjnym jest użyteczna.

Innym trudnym problemem występującym w terapii depresji są nawroty faz depresyjnych. Zjawisko to jest często traktowane jako fiasko dotychczasowego leczenia i tworzy obraz nieuleczalnej choroby, wyzwała brak nadziei na poprawę, sprzyja postawom rezygnacyjnym. Lekarz w zasadzie w każdej fazie depresyjnej powinien stosować sugestie zawarte wcześniej w tym rozdziale. Może wykorzystywać dowiedzenia pacjenta związane z przemijalnością poprzednich depresji, podkreślać wpływ i możliwość wpływu chorego na zmniejszenie dolegliwości i objawów. Nie należy obawiać się powtarzalności przekazywanych pacjentowi informacji. Osoba doświadczająca depresji czuje się tak, jakby wszystko zaczynała od początku. Osoby, które przeszły depresje często podkreślają wartość tych powtarzanych wielokrotnie informacji. W ich odczuciu wzmagało to zaufanie do lekarza i trafność jego decyzji, było dowodem na brak rezygnacji i znudzenia w jego postawie. Z drugiej strony, nigdy nie należy traktować kolejnej fazy depresyjnej jako lustrzanego odbicia poprzedniej. W życiu pacjenta mogło wystąpić wiele ważnych zmian, przewartościowań i innych czynników psychologicznych będących źródłem aktualnej depresji lub istotnie wpływających na jej przebieg.

W grupie chorych z dwubiegunową postacią choroby afektywnej w depresji często pojawiają się problemy związane z konsekwencjami wydarzeń, które miały miejsce w fazie maniakalnej.

Towarzyszy im poczucie wstydu, braku kontroli nad własnymi działaniami a nawet popędami. Wymaga to, podobnie jak w postaciach jednobiegunowych, udzielenia informacji o mechanizmach wyzwalających ten stan, zarówno biologicznych jak psychologicznych możliwościach farmakologicznego zapobiegania lub łagodzenia faz maniakalnych i włączeniu również oddziaływa psychoterapeutycznych, które uchronią przed autodeprecjacją i spostrzeganiem siebie jako osoby pozbawionej kontroli aktywności. Bywa bowiem, że pod pojęciem: "muszę żyć z chorobą" kryje się rezygnacja z ważnych planów życiowych, ograniczenie kontaktu z innymi, stała samokontrola.

Z przedstwieonego powyżej przeglądu kierunków psychoterapii i czynników psychologicznych występujących w depresjach endogennych wynika istotna konieczność uwzględniania ich w procesie leczenia. Traktowanie fazy depresyjnej jako zjawiska uwarunkowanego jedynie biologicznie, bez uwzględniania całej złożoności psychiki człowieka ją przeżywającego, istotnie ogranicza proces terapii.

## PIŚMIENNICTWO

1. Beck A.T.: 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,
2. Berne E.: *W co grają ludzie*. PWN, Warszawa, 1987,
3. Bilikiewicz A.: *Psychoterapia*, 1989, nr 4/71, 13-22,
4. Brown G.W., Harris T.O.: *Social Origins of Depression: a Study of Psychiatric Disorders in Women*. Tavistock, London, 1978,
5. Donlon P.T.: *Int. Pharmacopsychiat.* 1979, 14, 135-149,
6. Frank J.D.: *Brit. J. Med. Psychol.* 1968, 41, 349-362,
7. Frankl V.E.: *Homo Patiens*. Pax, Warszawa, 1976,
8. Friedman A.: *Arch. Gen. Psychiat.* 1975, 32, 619-632,
9. Goldberg A.J.: The evolution of psychoanalytic concepts of depression. W: Anthony E.J., Benedek T. (red.): *Depression and Humans Existence*. Little, Brown and Co., Boston, 1975, 125-143,
10. Golin S.: *J. Abn. Psychol.* 1977, 86, 435-441,-
11. Keitner G.J., Miller J.W.: *Am. J. Psychiat.* 1990, 9, 1128-1137,
12. Kendell R.E., Di Scippio W.J.: *Brit. J. Psychiat.* 1968, 114, 767-777,
13. Kępiński A.: *Melancholia*. PZWL, Warszawa, 1974,
14. Klerman G.I.: *Am. J. Psychiat.* 1974, *Am. J. Psychiat.* 1974, 131, 186-190,
15. Klerman G.L.: *Psychiatr. Clin. N. Am.* 1983, 6, 85-96,
16. Kovacs M., Rush A.J., Beck A.T., Hollon S.D.: *Arch. Gen. Psychiat.* 1981, 38, 33-39,



17. Levinsohn P.M.: A behavioural approach to depression. W: Friedman R.J., Katz M. (red.): The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research. Winston & Sons, Washington, 1974, 157-184,
18. Liberman M.: Survey and evaluation of the literature on verbal psychotherapy of depressive disorders. Report prepared for Clinical Research Branch, National Institute of Mental Health, Bethesda, 1975,
19. Murphy O.E., Simons A.D., Wetzel R.D., Lustman P.J.: Arch. Gen. Psychiat. 1984, 41, 33-38,
20. Parker G., Brown L., Bignault J.: Arch. Gen. Psychiat. 1986, 43, 561-567,-
21. Perris C.: Cognitive therapy with adult depressed patient. W: Freeman A., Simon K.M. Beutler E.I., Arkovitz H. (red.): Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy. Plenum Press, New York, London, 1989, 299-309,
22. Prusoff B.A., Weissman M.M., Klerman G.I., Raunsaville B.J.: Arch. Gen. Psychiat. 1980, 37, 796-801,
23. Pużyński S.: Depresje. PZWL, 1988,
24. Regan P.: Am. J. Psychiat. 1965, 22, 28-40,
25. Rippere V.: Behav. Res. Ther. 1976, 14, 281-288,
26. Rogers C.: On Becoming a Person. Houghton Mifflin Comp., San Francisco, 1961,
27. Rounsaville B.J., Klerman G.L., Weissman M.M.: Arch. Gen. Psychiat. 1981, 38, 24-29,
28. Rush.: Am.J.Psychiat. 1982, 139, 862-866,
29. Rush A.J., Beck A.T., Kovacs M., Hollon S.D.: Cognitive Ther. Res. 1977, 1, 17-23,
30. Seligman M.E.: Depression and learned helplessness. W: Friedman R.J., Katz M. (red.): The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research. Winston & Sons, Washington, 1974, 83-104,-
31. Simons A.D., Murphy G.E., Levine G.L., Wetzel R.D.: Arch. Gen. Psychiat. 1986, 43, 43-48,
32. Sokołowska W.: Psychoterapia. 1975, 15, 22-30,
33. Wciórka J.: Środowisko szpitalne w świadomości pacjentów depresyjnych. Rozprawa doktorska. Inst. Psychiat. Neurol., Warszawa, 1977,
34. Weissman M.M.: Am. J. Psychiat. 1979, 136, 555-561,
35. Weissman M.M., Jarret R.B., Rush J.A.: Psychotherapy and its relevance to the pharmacotherapy of major depression: a decade later (1976-1985). W: Meltzer H.Y. (red.): Psychopharmacology: The Third Generation of Progress. Raven Press. New York, 1987, 1059-1069
36. Weissman M.M., Klerman G.I., Prusoff B.A., Sholomskas D., Padian N.: Arch. Gen. Psychiat. 1981, 38, 51-60,
37. Wilmer H.A.: Brit. J. Med. Psychol. 1968, 41, 243-251,

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