



Pozytywny wynik poznawczej psychoterapii grupowej u pacjentki z ciężką depresją: opis przypadku

A positive outcome of cognitive group psychotherapy in a female patient with severe depression: case report

KRZYSZTOF KOTRYS

Z Oddziału Zaburzeń Afektywnych i Nerwicowych Centrum Psychiatrii w Katowicach

STRESZCZENIE

Cel. Przedstawiono przypadek pozytywnego zakończenia kompleksowej terapii pacjentki z ciężkimi, nawracającymi zaburzeniami depresyjnymi.

Przypadek. 40-letnia pacjentka, od kilku lat leczona psychiatrycznie z powodu nawracających epizodów depresyjnych, z trudną sytuacją rodzinną i problemem „współzależnienia”. Po śmierci męża uzależnionego od alkoholu nastąpiła dekompensacja prowadząca do ponawianych prób samobójczych i ponad rocznej nieskutecznej hospitalizacji. Podjęto terapię kompleksową – psychoterapią grupową zorientowaną poznawczo wg modelu Becka, w poznawczo-behawioralnym systemie funkcjonowania oddziału. Jednocześnie otrzymywała wenlafaksynę. Uzyskano bardzo dobrą poprawę stanu psychicznego potwierdzoną w rocznej katamnezie.

Komentarz. Terapia kompleksowa, czyli połączenie farmakoterapii przeciwdepresyjnej z poznawczo-behawioralną psychoterapią grupową dała dobre, trwałe efekty terapeutyczne w przewlekłym, trudnym do leczenia przypadku.

SUMMARY

Objective. A case is presented of successful comprehensive therapy of a female patient with severe recurring depressive disorder.

Case. A 40-year-old woman with recurring depressive episodes received psychiatric treatment over the past few years. She had a difficult family situation and a problem of “co-dependence” from her alcohol dependent husband. His death was followed by the patient’s decompensation leading to a series of suicide attempts and her ineffective hospitalization for over a year. A comprehensive psychotherapy was introduced – group psychotherapy of cognitive orientation (based on the model by A. Beck) within a cognitive-behavioral system of the psychiatric ward functioning. Simultaneously the patient was treated with venlafaxin. A very good treatment outcome was achieved, and amelioration of the patient’s psychological state was confirmed at a one-year follow-up.

Commentary. Comprehensive treatment, or a combination of antidepressive psychopharmacotherapy with cognitive-behavioral group psychotherapy yielded a good and stable therapy outcome in this chronic and treatment resistant case.

Słowa kluczowe: depresja / leczenie kompleksowe / opis przypadku

Key words: depression / comprehensive treatment / case report

Poznawczy model depresji zaproponowany przez Arona T. Becka stanowi podstawę rozwijanych do dziś programów psychoterapeutycznych adresowanych do pacjentów z zaburzeniami afektywnymi. Za jego historyczny początek uznać można publikację w 1979 r. podręcznika *Cognitive Therapy of Depression* [1]. Podejścia psychoterapeutyczne znane pod nazwą terapii poznawczej (*Cognitive Therapy*, CT) lub terapii poznawczo-behawioralnej (*Cognitive-Behavioral Therapy*, CBT) są dzisiaj uznaniem dopełnieniem farmakoterapii z bogatą listą empirycznych dowodów skuteczności w porównaniu do innych metod psychoterapii. W przypadkach łagodnych depresji CT lub CBT mogą być stosowane samodzielnie, w ciężkich depresjach standardem jest łączenie farmakoterapii przeciwdepresyjnej z psychoterapią [2].

Psychoterapia poznawcza depresji Becka opracowana została przez autora początkowo na potrzeby indywidualnej terapii pacjenta z depresją. Z czasem rozszerzono jej zastosowanie na zaburzenia lękowe, osobowości i inne problemy kliniczne. Rozwinięto również formy grupowych

oddziaływań wykorzystujące podejście i techniki poznawcze. Włączanie pacjentów z ciężką depresją do psychoterapii grupowej nadal uważane jest za kontrowersyjne i ma swoich przeciwników [3, 4].

Model poznawczy zakłada, że emocje i zachowania pozostają w ścisłym związku ze sposobem w jaki jednostka spostrzega i interpretuje rzeczywistość. Ludzie od urodzenia, w procesie psychospołecznego rozwoju, tworzą pewne ogólne założenia, przekonania na temat samych siebie i otaczającego świata. Negatywne sądy na swój temat mogą zostać aktywowane przez specyficzne wydarzenia i okoliczności stanowiąc podstawę depresyjnego myślenia. W modelu poznawczym zaburzenia myślenia są, osi psychopatologii depresji streszczając się w „kognitywnej triadzie” Becka: negatywnego obrazu siebie, negatywnej oceny aktualnej sytuacji, negatywnej ocenie przyszłości. Charakterystyczną cechą myślenia osoby depresyjnej jest powtarzanie się „niechcianych”, bolesnych, automatycznych, dysfunkcyjnych myśli stanowiących źródło obniżonego nastroju, lęku i dolegliwości somatycznych, jak również tendencji

samobójczych. Psychoterapia poznawcza koncentruje się na rozpoznawaniu i rejestrowaniu (pisemnym) przez pacjenta automatycznych, depresyjnych myśli i poddawaniu ich specyficznemu opracowaniu. Odkrycie najbliższych świadomości myśli automatycznych umożliwia identyfikację „ukrytych” przekonań (zasad, postaw, założeń) pośredniczących i dotarcie do najbardziej ogólnych, nieświadomych sądów na swój temat. Model poznawczy zakłada, że przekonania nieprzystosowawczych można się oduczyć zastępując je innymi, bardziej adekwatnymi i funkcjonalnymi. Psychoterapia w tym modelu jest wyraźnie ustrukturuowana, dyrektywna i nastawiona na zmianę poprzez wykorzystanie różnych technik, takich jak: dialog sokratejski, eksperymenty behawioralne, skalowanie, odgrywanie ról racjonalnych i emocjonalnych i innych [1, 5, 6].

OPIS PRZYPADKU

Bożena R., lat 40, z zawodu pielęgniarka, została przyjęta do oddziału zaburzeń afektywnych na prośbę lekarza jednego z oddziałów ogólnopsychiatrycznych, gdzie była intensywnie leczona od szeregu miesięcy, bez trwałych, pozytywnych rezultatów. Miała za sobą, w sumie, osiem pobyków w oddziale psychiatrycznym, trzy próby samobójcze (ciężkie zatrucia lekami).

Pani Bożena pochodziła z rodziny, w której ojciec była główną, dominującą i despotyczną postacią, a matka osobą dbającą o dom, ale podporządkowującą się i wycofaną. Brat pacjentki chorował na schizofrenię. Jej potrzeby rzadko były dostrzegane przez rodziców, zajętych innymi problemami. Niewiele też doznała ciepłych uczuć i bliskości. Ojciec stawiał jej wymagania, którym starała się sprostać, matka uczyła pokory i posłuszeństwa. Często czuła się odpowiedzialna za ich konflikty i winna niezadowoleniu. Szybko usamodzielniała się zdobywając zawód pielęgniarki i wychodząc za mąż.

Początek ciężkich objawów depresyjnych miał miejsce 3 lata wcześniej, wkrótce po śmierci męża, choć już kilka lat wcześniej szukała pomocy z powodu mniej nasilonych depresji. Była obecnie wdową z dwójką kilkunastoletnich córek. Jej małżeństwo, które trwało ok. 20 lat, tylko krótko było szczęśliwe. Już po kilku latach okazało się, że mąż jest alkoholikiem. Był typem pijącego spokojnie. Nie urządził awantur, zamykał się w zakładzie rzemieślniczym, który początkowo prowadził i upijał. Wkrótce wchodził tam tylko po to aby się napić, a jego działalność gospodarcza przestała przynosić dochody. Rodzina była praktycznie na utrzymaniu pacjentki i jej teściów. Próby nakłonienia go do podjęcia leczenia odwykowego spelzały na niczym lub kończyły się krótkotrwałym pozorowaniem zmiany (np. po epizodzie leczenia przymusowego orzeczonego sądownie na wniosek pacjentki, wbrew opinii całej jego rodziny). Konsekwencją przewlekłego picia był coraz bardziej pogarszający się stan zdrowia męża: marskość wątroby, zapalenie trzustki, cukrzyca. W ostatnich latach przed jego śmiercią pani Bożena, mając dodatkowo odpowiednie do tego kompetencje zawodowe, zaangażowała większość swojego czasu i energii w opiekowanie się nim, co w ostatniej fazie, oznaczało pielęgnowanie obłożnie chorego. Już w tamtym okresie zdarzało jej się stosować leki przeciwdepresyjne zalecane przez

psychiatrę. Jego śmierć była dla niej wstrząsem, choć nie rozumiała swoich reakcji, stawała się coraz bardziej słaba i zrezygnowana, wycofała się z aktywności. Po pierwszej próbie samobójczej i ciężkim zatruciu lekami, trafiła do oddziału nefrologicznego, gdzie poddano ją dializie pozaustrojowej, a następnie skierowano do oddziału psychiatrycznego. Pierwsza seria sześciu pobyków w szpitalu miała miejsce na przestrzeni 1,5 roku, spędziła w nim wówczas łącznie dziewięć miesięcy. Myśli samobójcze nie opuszczały jej, zwłaszcza poza szpitalem. Ponownie trafiła do oddziału psychiatrycznego z powodu kolejnego zamachu na życie. Bezpośrednio przed przyjęciem do oddziału przebywała w szpitalu w sposób ciągły (nie opuszczając go dłużej jak na dwudniowe przepustki) od ok. roku. Opowiadała, jak przez kilka miesięcy „mieszkała” w tzw. sali obserwacyjnej i tam czuła się niemal zdrowa wchodząc w znaną sobie rolę opiekunki i pielęgniarki wobec współpacjentki z otępieniem. Sama jednak nie była w stanie „zaopiekować się sobą” tuż za progiem szpitala. Diagnoza ewoluowała od umiarkowanej do ciężkiej depresji nawracającej, chociaż, jak wynikało z wywiadu, nie można było mówić o wyraźnej remisji objawów. Nawet podczas kilkumiesięcznych przerw w leczeniu szpitalnym stosowała znaczne dawki leków i praktycznie funkcjonowała w tylko obrębie domu, pod opieką teściów i swoich córek.

W trakcie dotychczasowego leczenia stosowano intensywną farmakoterapię: głównie lekami przeciwdepresyjnymi w dużych dawkach (amitryptylina, klomipramina – z wlewami dożylnymi, dezipramina, fluwoksamina), neuroleptykami (chlorprotyksen, sulpiryd, perazylna, lewomepromazylna), anksjolitykami i środkami nasennymi (diazepam, klonazepam, klorazepat, nitrazepam). Pacjentka otrzymała również pełną serię zabiegów elektrowstrząsowych. Przez trzy miesiące poprzedzające przyjęcie do oddziału stosowano głównie leczenie farmakologiczne: 300 mg klomipraminy, 600 mg sulpirydu, 40 mg klorazepatu, dodatkowo nitrazepam, również lewotyroksynę w związku ze stwierdzoną niedoczynnością tarczycy.

Obraz psychopatologiczny. Przy przyjęciu była w znacznie obniżonym nastroju, spowolniona, mówiła o poczuciu bezsensu, powracających natrętnie myślach samobójczych, braku energii, zmuszaniu się do najprostszej aktywności. Budziła się o trzeciej rano i nie mogąc już zasnąć przeżywała największy natłok niepokoju i destrukcyjnych myśli. Nie była w stanie funkcjonować samodzielnie, pozostając w przekonaniu, że nie może zapanować nad sobą i kontrolować swoich niezwykle silnych emocji: przygnębienia, lęku, niepokoju, poczucia pustki i beznadziejności prowadzących nieuchronnie do pragnienia odebrania sobie życia. Badający ją lekarz w 24-itemowej skali Hamiltona (*Hamilton Depression Rating Scale*, HDRS) odnotował 25 pkt., sama pacjentka, w skali Becka (*Beck Depression Inventory*, BDI) – 44 pkt. Zadeklarowała, że podczas pobytu w oddziale nie będzie podejmowała działań samobójczych i, w miarę swoich możliwości, weźmie udział w zajęciach terapeutycznych.

Przebieg leczenia. W zakresie farmakoterapii zaplanowano stopniową zmianę klomipraminy na wenlafaksynę w dawce docelowej 150 mg, odstawienie sulpirydu oraz stopniową redukcję benzodiazepin.

Podczas pierwszych zajęć grupowych pacjentka była wycofana, płaczliwa, mówiła o przeżywanym w związku

z ekspozycją społeczną lęku i objawach wegetatywnych. Zachęcana do obserwowania swojego samopoczucia i wychwytywania depresyjnych myśli w konkretnych sytuacjach miała z tym początkowo znaczne trudności. Przy wsparciu grupy i spotkań indywidualnych zaczęła rejestrować swoje bieżące skojarzenia. Odważnie wносиła do sesji grupowych tematy swoich samobójczych rozważań toczących się głównie wokół przekonań: „moje życie straciło sens”, „nic już nie potrafię”, „jestem bezużyteczna, nikomu niepotrzebna”, „to wszystko moja wina”. Powracała do śmierci męża, myśląc: „nie potrafiłam mu pomóc”, „mogłam coś jeszcze zrobić”, „gdybym starała się bardziej, to by żył”. Udało się ją przekonać do „obserwowania” swoich „złych” myśli, a nie tylko, jak to starała się robić wcześniej, „odrzuć ich od siebie”. Stopniowo badanie skojarzeń w chwilach pogarszania się samopoczucia, narastania lęku i samobójczych ruminacji doprowadziło do odkrycia intensywnych wspomnień związanych zwłaszcza z ostatnim okresem życia męża. Dla niej samej było to dość niezwykle, gdy zauważyła, że znaczna część jej energii przeznaczona jest na rozpamiętywanie przeszłości. Zdecydowała się na omówienie swoich relacji z mężem w grupie, przy okazji przeformułowywania myśli związanych z poczuciem winy. Grupa zwracała jej uwagę na widoczne tendencje do troszczenia się o sprawy innych osób, przy zaniedbywaniu własnych. Ważnym, jak oceniła z perspektywy czasu sama pacjentka, krokiem terapeutycznym było napisanie listu pożegnalnego do męża, co było jej zadaniem w drugiej fazie leczenia. W ciągu pierwszych czterech tygodni zmiana wydawała się uderzająca, wyjechała na swoją pierwszą przepustkę. W ostatnich tygodniach, podążając za aktualnymi wyobrażeniami, pracując nadal metodą pisemnej rejestracji myśli i przeformułowań, analizowała swoją obecną pozycję w rodzinie, złożone relacje z córkami, teściami, planowała aktywność. W grupie stawała się coraz bardziej otwarta, spontaniczna. Z energią angażowała się w omawianie pracy innych osób, chętnie udzielała wsparcia, otrzymywała zwroty na temat swojego ciepła, wrażliwości, delikatności, ale także opanowania i cierpliwości. Pod koniec standardowego, 8-tygodniowego pobytu stwierdzała, że czuje się zupełnie inną osobą, była pogodna, zastanawiała się rzeczowo nad tym, jak odbudować relacje z dziećmi, przyjaciółmi. W połowie pobytu udało się odstawić akcyjolityki, po bezsennej nocy spędzonej w grupie, przestała zgłaszać się po środki nasenne. Opuszczała szpital w wyrównanym, stabilnym, jak się wydawało, stanie psychicznym, w skali HDRS: 10 pkt., BDI: 10 pkt.

W przeprowadzonym po roku od wypisania wywiadzie katamnetycznym, pacjentka potwierdzała swoje dobre funkcjonowanie, stosowała wyłącznie 75 mg wenlafaksyny, nie korzystała z żadnej formy pomocy psychologicznej. Wróciła do pracy w zawodzie pielęgniarki.

Interpretacja poznawcza. Głównym wydarzeniem wyzwalamym długotrwałą i uporczywą depresję, był, początkowo, pogarszający się stan zdrowia męża, a następnie jego śmierć. W okresie, kiedy pił, pacjentka przyjmowała znaną sobie z dzieciństwa postawę opiekuńczej, korzystając przy tym ze wsparcia ze strony teściów, jakiego nie doświadczała w rodzinnym domu. Jej główną postawą w tamtym okresie było: „być potrzebną”, „poświęcać się dla innych”, „ciężko pracować”, „najważniejsza jest rodzina i praca” (przekonania pośredniczące). Opieka nad dziećmi, coraz

bardziej chorym i niedołącznym mężem, pełna poświęcenia praca pielęgniarki w szpitalu, wyzwalała w niej energię i pozwalała czuć się wartościową i silną. Konsekwentnie rezygnowała ze swoich osobistych potrzeb.

Kiedy, wraz ze śmiercią męża, zniknął problem, wokół którego koncentrowała się większość jej uczuć i działań, znalazła się w pustce. Jej dotychczasowy sposób na to by czuć się ważną i potrzebną przestał działać. W tej sytuacji uaktywniły się, znane z jej wcześniejszych etapów życia, poczucie bezwartościowości i samoobwinianie. W rezultacie rozwinęła się depresja.

Podstawowym krokiem pracy poznawczej było zaakceptowanie negatywnych myśli, jako „naturalnego zjawiska”, które można obserwować, i z czasem zmieniać, a nie, jak dotychczas, czegoś tylko złego i niechcianego, pogarszającego negatywny obraz siebie samej: „skoro mam takie myśli, to jestem zła, chora i nieodpowiedzialna, nie panuję nad sobą”.

Automatyczne myśli pacjentki początkowo krążyły wokół utraty męża i poczucia bezsensu dalszego życia. Rejestrując je zaczęła dostrzegać również swoją ambiwalencję z całą gamą negatywnych sądów na temat męża, uczuciami żalu, krzywdy, odrzucenia, osamotnienia. Była zdziwiona konfrontując je ze swoją „niekończącą się” żalobą po nim. Już samo „przyglądanie się” swoim myślom dawało poczucie pewnej kontroli i panowania nad sobą. Szybko zauważyła też związek złego nastroju i następnej kaskady samobójczych fantazji, z aktualnymi skojarzeniami, np. gdy czuła się przy jakiejś okazji pomijana, czy niezauważana przez grupę lub terapeutów. Chętnie wykorzystwała swoją potrzebę aktywności na rzecz obserwacji i dokonywania zmian w sobie, gdy zauważyła, że dysponuje odpowiednim narzędziem, takim jak pisemne rejestrowanie myśli, uczuć. Dyskusje grupowe przy okazji przeformułowywania niefunkcjonalnych, destrukcyjnych przekonań innych pacjentów zaczęła wykorzystywać w poszukiwaniu alternatyw dla swoich przekonań.

Szybko zdecydowała się na symbolicznie zamykającą żalobę list do męża, gdzie odważyła się wyrazić różne, również negatywne sądy i uczucia do niego.

Po uporaniu się z „powierzchnową warstwą” automatycznych myśli i przekonań pośredniczących zakorzenionych w wydarzeniach ostatnich lat i historii jej małżeństwa, zaczęła sięgać do trudniejszych przekonań podstawowych, wyniesionych z rodzinnego domu: „ja się nie liczę, inni są ważniejsi”, „jestem winna temu, że inni czują się źle i są niezadowoleni”, „muszę wciąż starać się, być potrzebną, bo inaczej nic nie jestem warta”. W oddziale, w kontakcie z innymi zaczęła zastanawiać się częściej nad tym, czego ona sama potrzebuje, co mogłoby sprawić jej radość i przyjemność, kiedy odczuwa satysfakcję? Ponownie „odkryła” swoje relacje z córkami, zwłaszcza młodszą, 12-letnią, która, jak okazało się podczas jednej z pierwszych przepustek, bardzo jej potrzebuje, a której dotąd nie zauważała.

KOMENTARZ

Depresja Bożeny R. miała wyraźne cechy ciężkiej depresji o obrazie melancholicznym (z zespołem somatycznym wg ICD-10), choć jednocześnie można było opisać ją przekonująco w kategoriach modelu poznawczego, biorąc pod

uwagę zarówno treść, okoliczności wyzwalające i powiązanie z historią życia.

Wielomiesięczne, intensywne leczenie biologiczne (farmakoterapia + EW) połączone z chroniącą przed autoagresją „paternalistyczną” opieką szpitalną wg tradycyjnej formuły oddziału ogólnopsychiatrycznego nie przynosiło w jej przypadku trwałych efektów terapeutycznych. Wciąż, poza szpitalem, utrzymywało się wysokie ryzyko samobójstwa. Konceptualizacja poznawcza pozwoliła dostrzec adaptacyjne znaczenie depresji i postawić hipotezy dotyczące jej uwarunkowań psychologicznych. Pacjentka, wykorzystując poznawczo-behawioralną ofertę psychoterapeutyczną profilowanego oddziału stacjonarnego, stosunkowo szybko (w ciągu kilku tygodni) przejęła we własne ręce proces zdrowienia. Trwałość pozytywnych zmian po roku od zakończenia leczenia można uznać za poważny argument na to, że terapia kompleksowa, w której poznawcza psychoterapia grupowa odegrała podstawową rolę, okazała się skuteczna w przypadku tej pacjentki, mimo wyjściowo ciężkich, niebezpiecznych i przewlekłych objawów.

W literaturze przedmiotu odnaleźć można liczne dowody skuteczności różnych form psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu depresji [2, 4, 7]. Postulat łączenia farmakoterapii z psychoterapią jest na ogół traktowany przez ekspertów jako oczywisty. Realne jego zastosowanie,

zwłaszcza wobec pacjenta z ciężką depresją, w warunkach tradycyjnego oddziału psychiatrycznego napotykać może jednak na liczne trudności i ograniczenia. Wydaje się, że profilowany psychoterapeutycznie oddział leczenia zaburzeń afektywnych, dysponujący organizacją i przeszkolonym personelem, może stanowić dla części pacjentów obiecującą alternatywę.

PIŚMIENNICTWO

1. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive Therapy of Depression. New York: The Guilford Press; 1979.
2. Whitfield G, Williams Ch. The evidence base for cognitive-behavioral therapy in depression: delivery in busy clinical settings. *Adv Psychiatric Treatment* 2003; 9: 21–30.
3. Free ML. Cognitive Therapy in Groups. Guidelines and Resources for Practice. Wiley; 1999.
4. Free ML, Sanders MR, Oei TPS. Treatment outcome of group cognitive therapy program for depression. *Intern J Group Psychotherapy* 1991; 41 (4): 533–47.
5. Beck JS. Terapia poznawcza. Kraków: Wyd UJ; 2005.
6. Curwen B, Palmer S, Ruddell P. Poznawczo-behawioralna terapia krótkoterminowa. Gdańsk: GWP; 2006.
7. Hollon SD. Does cognitive therapy have an enduring effect? *Cognit Ther Res* 2003; 27 (1): 71–5.

*Adres: Dr Krzysztof Kotrys, Oddział Zaburzeń Afektywnych i Nerwicowych Centrum Psychiatrii,
ul. Korczaka 27, 40-340 Katowice, e-mail: kkotrys@mp.pl*