

Trudności stosowania psychoterapii poznawczej w leczeniu depresji

Some problems with the use of cognitive therapy in the treatment of depression

ANDRZEJ ZIĘBA¹, DOMINIKA DUBIEL¹, RYSZARD STACH²

Z: 1. Kliniki Psychiatrii Collegium Medicum UJ w Krakowie

2. Instytutu Psychologii UJ w Krakowie

STRESZCZENIE. Liczne badania potwierdzają skuteczność terapii poznawczej w leczeniu depresji. Wiele wskazuje, że najkorzystniejsze z punktu widzenia jakości i długości okresu remisji jest połączenie leczenia farmakologicznego z psychoterapią. Depresyjny styl myślenia pacjenta sprawia, że psychologiczne metody leczenia depresji są szczególnie trudne. Przedstawiamy przykłady trudności, jakie niekiedy pojawiają się w trakcie terapii

SUMMARY. Effectiveness of cognitive therapy in the treatment of depression has been confirmed by numerous studies. There is ample evidence that best results - in terms of the remission period duration and quality - can be obtained by a combination of pharmacotherapy and psychotherapy. Due to the patients' depressive mode of thinking psychological methods in the treatment of depression are associated with particular difficulties. Examples of difficulties that may be encountered in the course of therapy are presented.

Słowa kluczowe: depresja / terapia poznawcza

Key words: depression / cognitive therapy

Dotychczasowe badania nad etiologią depresji wskazują na jej wieloczynnikowy charakter, w którym mieszczą się różnorodne uwarunkowania psychologiczne, genetyczne i biologiczne zaburzenia neurotransmisji w OUN. W chorobie o tak złożonej etiologii jest mało prawdopodobne, aby jeden tylko sposób terapii okazał się skuteczny we wszystkich przypadkach. Stąd w leczeniu depresji rozwijały się jednocześnie biologiczne (farmakoterapia, elektrowstrząsy) i psychologiczne podejścia terapeutyczne. Wśród psychologicznych metod leczenia na szczególną uwagę zasługuje wprowadzona w latach sześćdziesiątych przez Aarona Becka terapia kognitywna oparta na poznawczym modelu depresji [2]. Liczne badania wykazały, że jest ona co najmniej równie skuteczna jak leki tymoleptyczne, szczególnie u osób z lekką i średnią depresją niepsychotyczną, jednobiegunową i psychogenną,

w której pierwotne zaburzenia myślenia mają być - zgodnie z modelem Becka - odpowiedzialne za obniżenie nastroju [3, 6, 12, 13]. W depresji endogennej, w której nastrój nie reaguje na zmiany w środowisku zewnętrznym, zaburzenia afektywne wynikają głównie z dysfunkcji OUN. Same techniki ognitywne mogą spowodować jedynie częściową, przejściową poprawę objawową, a ich korzystne działanie polega na usuwaniu błędów myślenia, będących przeszkodami w powrocie do zdrowia [8].

Próby łączenia postępowania biologicznego z terapią poznawczą nie wykazały addytywnego działania obu sposobów leczenia, dawało się jednak zauważyć niewielką, nieistotną statystycznie różnicę na korzyść terapii łączonej [3, 9, 11, 12].

W badaniach prowadzonych przez Becka i jego zespół podkreśla się, iż największa korzyść

z terapii kognitywnej zaznacza się po ostrej fazie choroby, kiedy to pacjent - mimo okresowego gorszego samopoczucia - funkcjonuje na tyle dobrze, że może już obiektywnie oceniać swoją sytuację życiową, korygować dysfunkcjonalne założenia i negatywne myśli automatyczne [1].

Prace analizujące roczną i dwuletnią katarnezę potwierdzają skuteczność terapii kognitywnej w zapobieganiu nawrotom. Na przykład Kovacs, Rush, Blackburn stwierdzili istotne różnice w ilości nawrotów u pacjentów leczonych terapią poznawczą: nawroty wystąpiły u 23% leczonych samą terapią kognitywną, u 21% terapią kompleksową i aż u 78% leczonych samą farmakoterapią [4, 10, 14]. Wydaje się, że zmniejszenie ryzyka nawrotów pod wpływem psychoterapii poznawczej jest porównywalne do skutków podtrzymującej farmakoterapii, tj. wynosi ok. 60% [7].

Liczni autorzy zwracali uwagę na niezależność i komplementarność farmakoterapii i psychoterapii, ze względu na wielowymiarowość objawów depresji, obejmujących wzajemnie oddziałujące na siebie zaburzenia afektywne, poznawcze, interpersonalne, behawioralne i fizjologiczne. Oba sposoby leczenia niosą ze sobą szereg specyficznych dla siebie trudności i łączne ich stosowanie może te trudności łagodzić. Na przykład, psychoterapia poprawia współpracę z chorym w zakresie regularnego przyjmowania leków, wpływa na negatywne myśli dotyczące konieczności kontynuowania farmakoterapii (np.: "branie leków jest oznaką mojej słabości"), natomiast leczenie farmakologiczne łagodząc objawy (np. bezsenność, niepokój, trudności w koncentracji uwagi itp.) zwiększa "dostępność" pacjenta dla technik psychoterapeutycznych [5].

W krakowskiej Klinice Psychiatrii opracowaliśmy własny model kompleksowego leczenia depresji, w którym ważne miejsce zajmuje terapia poznawcza. Wstępne wyniki badań katamnesticznych, oceniających skuteczność łączenia farmakoterapii i psychoterapii u chorych z depresją endogenną są bardzo zachęca-

jące. Pozwalają uznać ten model leczenia za bardziej efektywny, tzn. poprawiający jakość i długość remisji w porównaniu ze stosowaniem samego leczenia biologicznego. Osoby leczone terapią łączoną rzadziej wymagają leczenia ambulatoryjnego, częściej uzyskują pełną remisję i wracają do pracy zarobkowej w pełnym wymiarze godzin [15]. W tym artykule chcielibyśmy zwrócić szczególną uwagę na trudności związane z prowadzeniem terapii kognitywnej.

PRZYKŁADY TRUDNOŚCI

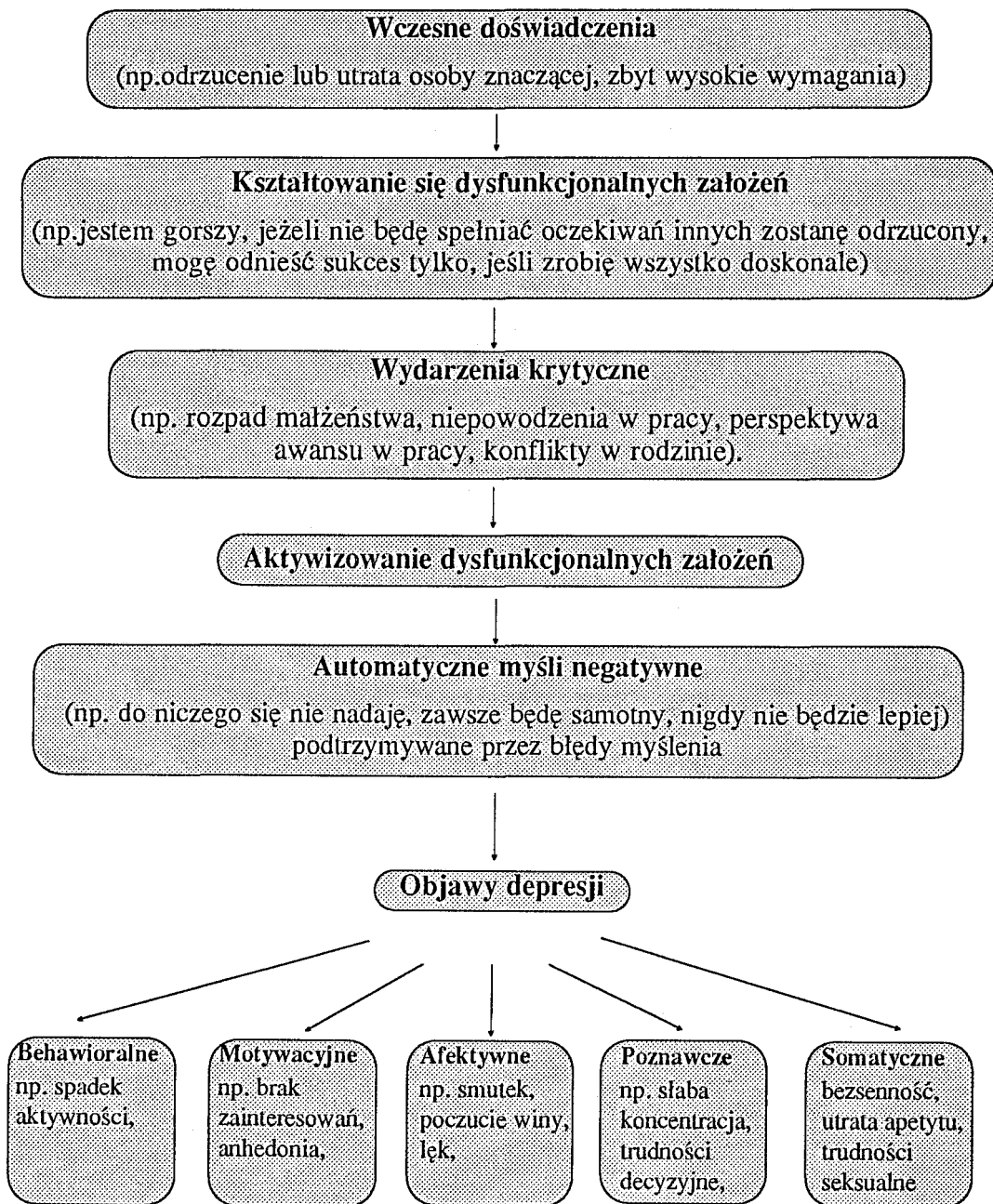
Fundamentalnym założeniem poznawczej teorii depresji jest przekonanie, że objawy choroby (depresji) wynikają lub co najmniej są podtrzymywane przez specyficzne, depresyjne deformacje procesów poznawczych, głównie myślenia, zwane depresyjnym stylem poznawczym. Uproszczony schemat poznawczego modelu depresji przedstawia rys. 1.

Wyrazem funkcjonowania depresyjnego stylu poznawczego jest obecność w myśleniu pacjentów *depresyjnej triady poznawczej*, czyli systemu nieprawdziwych, negatywnych ocen i przekonań dotyczących:

1. własnej osoby (*wszystko popsuję, jestem do niczego*),
2. otoczenia społecznego i bieżącego własnego doświadczenia (*wszyscy są nastawieni do mnie krytycznie, wszystko co robię, jest złe*),
3. przyszłości (*ten beznadziejny stan trwał będzie zawsze, nigdy się z niego nie wydobędę*).

Pacjent jest przekonany o prawdziwości swoich przekonań i ocen zawartych w depresyjnej triadzie poznawczej i to jest powodem poczucia winy, wstydu i beznadziejności, które wywołują tak wielkie cierpienia, że jedynym możliwym wyjściem jest (o tym pacjent jest przekonany) - samobójstwo.

Z poznawczego modelu depresji konsekwentnie wynika formuła terapeutyczna zwana

Rysunek 1. *Poznawczy model depresji według Melanie J.V. Fennel [6]*

terapią poznawczą. Podstawowym celem terapii jest korekta, zmiana depresyjnego systemu (stylu) poznawczego, głównie myślenia pacjenta - zastąpienie "negatywnych myśli automatycznych" i "dysfunkcyjnych założeń i przekonań" umiejętnością realistycznej oceny własnej osoby, własnych możliwości, swojego miejsca wśród ludzi oraz przyszłości. Techniki terapeutyczne podporządkowane są temu celowi i służą do identyfikowania oraz realnego badania i eliminowania zniekształconego, fałszywego pojmowania rzeczywistości, a przez to uwolnienia pacjenta od objawów choroby.

Podstawowymi technikami psychoterapii poznawczej są:

1. technika rozpraszania natrętnych myśli depresyjnych - myślowego przezwycięzania depresyjnego,
2. planowanie dziennej i tygodniowej aktywności pacjenta z uwzględnieniem "zasady sprawności i przyjemności",
3. nauczanie pacjenta identyfikowania negatywnych myśli automatycznych,
4. weryfikacja i eliminowanie negatywnych myśli automatycznych:
 - a. metoda werbalno-logiczna,
 - b. eksperyment behawioralny,
5. nauczanie pacjenta identyfikowania dysfunkcyjnych założeń i przekonań,
6. weryfikowanie i eliminowanie dysfunkcyjnych założeń i przekonań:
 - a. technika reatrybucji,
 - b. technika alternatywnego rozumowania,
7. metody postępowania (*dealing*) z poczuciem beznadziejności.

Głównym tematem naszego artykułu są trudności pojawiające się podczas stosowania psychoterapii poznawczej. Ogólną ideą naszego myślenia o trudnościach występujących w trakcie psychoterapii jest przekonanie, że wszelkie trudności wynikają z:

1. złego zastosowania przez terapeuta dobrej formuły terapeutycznej,
2. posługiwania się złą (nieadekwatną, niedopracowaną, nieprecyzyjną) formułą terapeutyczną,
3. braku zrozumienia i/lub współpracy pomiędzy pacjentem a terapeutą.

Kilkuletnie doświadczenia terapeutyczne stanowiły dobrą okazję do zaobserwowania trudności, jakie niekiedy pojawiają się w trakcie terapii. Nie mieliśmy okazji do dyskusji z innymi terapeutami nad ich trudnościami, może więc okazać się, że to, co prezentujemy, jest wyłącznie doświadczeniem indywidualnym bez waloru ogólnego. Mimo tego chcemy omówić następujące trudności.

"Przeceniłem swoje możliwości"

Zdarzyło się, że pacjenci po kilku pierwszych sesjach terapeutycznych tracili motywację do współpracy i wyrażali chęć wycofania się z terapii. Jeden z nich, zapytany o przyczyny, tak odpowiedział:

Kiedy czytałem broszurkę "Poznawcza teoria i terapia depresji", kiedy później rozmawialiśmy na ten temat, byłem przekonany, że to o mnie ta broszurka, że potrafię sobie poradzić z moim myśleniem, tak jak tam było napisane. Teraz widzę, że przeceniłem swoje możliwości, ja się do tego nie nadaję, to nie na moje możliwości.

Po kilku doświadczeniach tego typu doszliśmy do wniosku, że to, co odczuwają pacjenci i ich wypowiedzi, najprawdopodobniej wynikają z "szybkiego tempa terapii" oraz, że mogą być wykorzystane w procesie terapeutycznym jako aktualny problem pacjenta. Pytania, które potem zadawaliśmy pacjentom, koncentrowały się wokół następujących zagadnień:

- a. co zdarzyło się w terapii takiego, że pojawiły się u Ciebie myśli, że nie dasz sobie z nią rady?
- b. jakie były przesłanki, które nasunęły Ci myśl, że to Ty właśnie odpowiadasz za trudności w terapii?
- c. czy próbowałeś pomyśleć nad sposobami usunięcia trudności zanim podjąłeś decyzję o rezygnacji z terapii?

Trudności w generalizacji pozytywnej

Dość częstym zjawiskiem w trakcie terapii jest pojawienie się sporych trudności w dokonaniu przez pacjentów generalizacji pozytywnej. Po pewnym czasie pacjenci uczą się dostrzegać własne pozytywne działania, np. "dobrze wyprasowałam koszulę mężowi", "pomogłem dzieciom w odrabianiu zadania", czy "prezent dla teściowej bardzo jej się podobał". Nie potrafią oni natomiast, lub przychodzi im to z dużą trudnością, sformułować wniosku ogólnego, np.: "kilka rzeczy potrafię zrobić dobrze" lub "są rzeczy, które potrafię zrobić dobrze".

Naszym zdaniem, trudność ta pojawia się wówczas, gdy przekonanie o negatywnych cechach "ja" nie zostało skutecznie wyeliminowane. Przyczyna tych trudności nie leży, jak się wydaje, w niemożności rozumowania logicznego w ogóle, podobne operacje logiczne przeprowadzane są poprawnie w stosunku do jakiejś innej osoby. Utrwalone w świadomości chorego przekonanie: "nie potrafię nic zrobić dobrze", nie zezwala na dokonanie generalizacji pozytywnej. Sposobem poradzenia sobie z tą trudnością może być następujący dialog terapeuty z pacjentem.

T: *Wyobraź sobie taką sytuację: wiesz, jesteś przekonany, że Pan X jest osobą kłótniwą. Dowiadujesz się jednak, że onegdaj ustąpił w sporze z Panią X i spór został zakończony. Potem dowiadujesz się, że wycofał się z kłótni z Panią Z. Co o nim można pomyśleć, czy te ostatnie zachowania zmieniają Twój pogląd na temat Pana X?*

P: *No nie, choć to zastanawiające.*

T: *Ile takich pozytywnych zachowań musiałoby się zdarzyć, abyś zmienił zdanie o Panu X?*

P: *Myślę, że jest to sprawa paru tygodni, no kilka, może dziesięć takich zachowań.*

T: *A więc jest tak: musiałbyś dowiedzieć się o dziesięciu pozytywnych zachowaniach Pana X, aby zastanowić się nad tym, czy rzeczywiście jest on kłótniwy?*

P: *Tak to jest.*

T: *A teraz wróćmy do Ciebie. Ile czynności musiałbyś zrobić dobrze, aby zastanowić się nad tym, czy rzeczywiście "nie potrafisz nic zrobić dobrze?"*

P: *Do czego zmierzasz?*

T: *Chciałbym abyś powiedział, czy reguły, które obowiązują Pana X także i Ciebie obowiązują?*

P: *Chyba tak.*

T: *Skoro tak, to wracam do poprzedniego pytania: ile czynności Ty musiałbyś wykonać dobrze, aby zastanowić się nad tym, czy rzeczywiście "nie potrafisz zrobić dobrze?"*

P: *Może dwadzieścia?*

T: *Dobrze, od dzisiaj zaczynamy liczyć te czynności".*

"Kiedy jestem poza oddziałem zapominam o tym, co tutaj ustaliliśmy, niewiele mi z tego zostaje"

Trudność tę obserwować można, z różnym nasileniem, u około połowy pacjentów. Jest ona wynikiem "rywalizacji starego przekonania" (np. ... *moja zasługa jest minimalna*) z "nowym wnioskiem" (...*ja także miałem swój udział w tym sukcesie*). Pomocną przy pokonywaniu tej trudności może być prośba o to, aby pacjent zapisywał i brał ze sobą do domu najważniejsze ustalenia sesji terapeutycznej. W przyszłości myślimy o nagrywaniu sesji terapeutycznej na taśmę magnetofonową i wypożyczanie jej pacjentowi do domu.

"Nie mogę uwierzyć, że tak bardzo myliłam się poprzednio"

U kilku naszych pacjentów obserwowaliśmy niespodziewanie szybki postęp w terapii podczas pierwszych 5-6 sesji terapeutycznych, po czym następował okres zastoju, a nawet pewnego regresu. Kiedy jednej z pacjentek przedstawiłem moje spostrzeżenie:

T: *Odnoszę wrażenie, że od kilku sesji nie posuwamy się do przodu, jakby stanęliśmy w miejscu.*

P: *Ja też mam podobne odczucie, martwi mnie to i zastanawiałam się, co może być tego powodem.*

T: *I do jakiego wniosku doszłaś?*

P: *Po podsumowaniu przedświątecznej sesji (trzy sesje wstecz), nagle uświadomiłam sobie, że tak wiele zmieniłeś w moim myśleniu, tak bardzo dużo jest nowych rzeczy, że chyba to jest niemożliwe, nie mogę w to uwierzyć, że tak bardzo myliłam się poprzednio.*

T: *A dlaczego to zahamowało postęp w terapii?*

P: *Zaczęłam podejrzewać Cię o jakieś sztuczki i postanowiłam im nie ulegać.*

T: *To znaczy, że przekreśliłaś wszystko, co osiągnęliśmy do tej pory?*

P: *Mniej więcej tak.*

T: *A gdybyśmy przeanalizowali wszystko to, co udało się nam osiągnąć i kiedy okazałoby się, że to nie były sztuczki?*

P: *Musiałabym chyba uwierzyć, że tak bardzo myliłam się poprzednio.*

T: *Od czego zaczniemy?*

Wadliwe kryterium porównań społecznych

Niemal wszyscy pacjenci depresyjni stosują wadliwe nieadekwatne kryteria do dokonywanych przez siebie porównań społecznych. Ilustruje to następujący przykład.

P: *Moi koledzy z roku zostali docentami, a ja co? - wciąż jestem tylko projektantem.*

T: *Ilu Twoich kolegów zostało docentami?*

P: *Dwóch.*

T: *A ilu jest projektantami?*

P: *Nie wiem dokładnie, może pięciu.*

T: *A czy można było osiągnąć mniej w zawodzie inżyniera budowlanego, co to jest?*

P: *Tak, można, to jest kierownik budowy, urzędnik w administracji itd.*

T: *Ilu Twoich kolegów jest na takich właśnie stanowiskach?*

P: *Większość z roku.*

Wadliwość kryteriów stosowanych przez pacjentów polega na porównywaniu się z nielicznymi tymi, którzy osiągnęli rzeczywiście spektakularny sukces. Wynik takiego porównania zawsze jest porażką pacjenta. Wielu wysiłków terapeuty wymaga przekonanie pacjenta, że bardziej adaptacyjne jest dokonywanie porównań przy zastosowaniu "średniego pun-

ktu odniesienia". Wówczas możliwe jest nie tylko poczucie "przegranej", ale również poczucie "wygranej" z wszystkimi tego konsekwencjami.

OMÓWIENIE

Przedstawione zostały przykłady trudności, jakie niekiedy pojawiają się w trakcie psychoterapii pacjentów depresyjnych. Najczęściej jest to utrata motywacji do współpracy i chęć wycofnia się z terapii, nieoczekiwany zastój po początkowo szybkim postępie psychoterapii, używanie przez pacjentów wadliwych kryteriów poznawczych, nieumiejętność dokonania pozytywnej generalizacji. Z podobnymi trudnościami mogą spotkać się także terapeuci nie stosujący paradygmatu poznawczego.

Wydaje się, że specyfika depresyjnego stylu myślenia czyni pracę z chorymi szczególnie trudną. Brak projekcji w przyszłość i negatywne myśli (np. *nie dam rady, nie nadaję się do tego*), obniżają motywację pacjenta, powodują rezygnację i chęć wycofnia się z terapii pod wpływem drobnych niepowodzeń. Zadania stawiane pacjentowi powinny być więc tak ułożone, aby żaden wynik nie stanowił straty, lecz by był pomocny w eksplorowaniu zaburzeń myślenia.

Jak zaznaczono w schemacie modelu poznawczego, negatywne myśli podtrzymywane są przez błędy myślenia: arbitralne wnioskowanie, nadmierną generalizację, selektywną abstrakcję, powiększanie i pomniejszanie, personalizację oraz przez myślenie dychotomiczne, absolutystyczne, krańcowe. Pokazanie tego pacjentowi oraz wspólna identyfikacja i nazywanie pojawiających się podczas sesji terapeutycznej błędów - są niezwykle pomocne w przewyciężaniu trudności. Sprzyja temu traktowanie pacjenta jako równorzędnego partnera we wspólnym poszukiwaniu rozwiązań.

Ze względu na występujące u pacjentów: poczucie beznadziejności, apatię, brak motywacji - techniki terapii poznawczej są szczególnie przydatne w kontakcie z osobą depresyjną. Dają one jasną strukturę (z góry wiadomo, jak wy-

korzystać czas sesji), pozwalają na dość szybkie uzyskania pewnej kontroli nad myślami i objawami, umożliwiają pracę nad emocjami pacjenta wobec terapeuty, dzięki czemu można przezwyciężyć szereg trudności pojawiających się podczas terapii.

PIŚMIENNICTWO

1. Beck A.T.: Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. Harper & Row, New York 1967.
2. Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G.: Cognitive therapy of depression: A treatment manual. Guilford Press, New York 1979.
3. Blackburn I.M., Bishop S., Glen A.I.M., Whalley L.J., Christie J.E.: The efficacy of cognitive therapy in depression: a treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy each alone and in combination. Br. J. Psychiat. 1981, 139, 181-189.
4. Blackburn I.M., Evanson K.M., Bishop S.: A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both. Journal of Affective Disorders 1986, 10, 67-75.
5. Byram Karasu T.: Toward a clinical model of psychotherapy for depression. II. An integrative and selective treatment approach. Am. J. Psychiatry 1990, 147, 269-278.
6. Dobson K.S.: A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1989, 57, 414-419.
7. Evans M.D., Hollon S.D., De Rubels R.J., Piasecki J., Grove M.J., Garvey M.J., Tuason V.B.: Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Arch. Gen. Psychiatry 1992, 49, 802-808.
8. Fennel M.J.: Depression. W: Hafton K., Salkovskis P.M., Kirk J., Clark D.M. (Ed.): Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems A. Practical Guide, Oxford University Press 1989.
9. Hollon S.D., DeRubeis R.I., Evans M.D., Wiemer M.J., Garvey M.J., Grove W.M., Tuason V.B.: Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: singly and in combination. Arch. Gen. Psychiat. 1992, 49, 774-781.
10. Kovacs M., Rush A.J., Beck A.T., Hollon S.D.: Depressed outpatients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. Arch. Gen. Psychiatry 1981, 38, 33-39.
11. Miller I.W., Norman W.H., Keitner G.I., Bishops S.B., Dow M.G.: Cognitive-behavioral treatment of depressed inpatients. Behavioral Therapy 1989, 20, 25-47.
12. Murphy G.E., Simons A.D., Wetzel R.D., Lustman P.J.: Cognitive therapy and pharmacotherapy, singly and together in the treatment of depression. Arch. Gen. Psychiat. 1984, 41, 33-41.
13. Rush A.J., Beck A.T., Kovacs M., Hollon S.D.: Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. Cognitive Therapy and Research 1977, 1, 17-37.
14. Simons A.D., Murphy G.E., Levine J.E., Wetzel R.D.: Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: sustained improvement over one year. Arch. Gen. Psychiat. 1986, 43, 43-49.
15. Zięba A., Wasieczko A., Jawor M., Dubiel D., Kubiak J.: Wstępne wyniki badań nad programem kompleksowego leczenia depresji endogennej. Psychiatr. Pol. 1995, 29, 253-262.

*Adres: Dr Andrzej Zięba, Katedra Psychiatrii Collegium Medicum UJ,
ul. Kopernika 21, 31-501 Kraków*