

*Ewa Habrat-Pragłowska*

## Psychoterapia w zaburzeniach afektywnych

II Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Psychoterapia jest metodą komplementarną wobec farmakoterapii w leczeniu zaburzeń afektywnych. Jej znaczenie może być podstawowe u niektórych chorych z depresją, zwłaszcza gdy leczenie biologiczne jest związane z wysokim ryzykiem lub jest przeciwwskazane. Dotyczy to m. in. kobiet w ciąży, osób z poważnymi schorzeniami somatycznymi, pacjentów, którym odstawiono leki ze względu na potrzebę zastosowania innego leczenia, wobec osób, które odmawiają przyjmowania leków. Psychoterapia może być łączona z farmakologicznymi i niefarmakologicznymi metodami leczenia zaburzeń afektywnych. W połączeniu z farmakoterapią może być przydatna w:

- leczeniu aktualnego epizodu chorobowego i utrzymaniu remisji,
- leczeniu podtrzymującym, zapobieganiu nawrotowi tego samego epizodu depresji lub manii,
- leczeniu profilaktycznym, czyli w zapobieganiu nawrotom następnych faz chorobowych.

Podobnie jak w zaleceniach wyboru określonego rodzaju farmakoterapii w wyborze psychoterapii zaburzeń afektywnych brane są pod uwagę te same kryteria. Należą do nich m in.: skuteczność, trwałość efektu, działanie profilaktyczne, dostępność, koszty ekonomiczne.

W raporcie opracowanym przez National Institute of Mental Health i Kanaadyjskie Towarzystwo Psychiatryczne (1, 9) na podstawie przeprowadzonej metaanalizy wymienia się trzy rodzaje psychoterapii wywodzące się z psychologicznych teorii zaburzeń nastroju typu depresyjnego, które są wg ekspertów ajbardziej skuteczne w leczeniu zaburzeń afektywnych. Są to:

- **Behawioralna koncepcja depresji (BT) P.M. Lewinsohna i G.L. Kellerman (5)**  
Wg tej koncepcji depresja jest konsekwencją braku dostatecznej liczby wzmocnień pozytywnych aktywności. Może to być spowodowane:
  - przebywaniem w środowisku o małej liczbie wzmocnień pozytywnych,
  - uzyskiwaniem głównie wzmocnień negatywnych,
  - deficytem umiejętności społecznych uzyskiwania wzmocnień pozytywnych,

- deficytem umiejętności zaplanowania działania nastawionego na cel umożliwiający zaspokojenie potrzeby,
- upośledzoną zdolnością samonagradzania.

Strategie terapii behawioralnej to głównie:

- tworzenie szczegółowego planu aktywności pacjenta,
- ocena, dokonywana przez pacjenta, zadowolenia i stopnia trudności związanego z wykonaniem, czy podjęciem próby wykonania zaplanowanego zadania,
- trening umiejętności społecznych i asertywności (zmniejszenie postawy submisyjnej),
- trening samokontroli i rozwiązywania problemów.

#### ● **Interpersonalna koncepcja depresji (IPT) M.Weissman (5)**

Wg założeń tej koncepcji depresja pojawia się zawsze w kontekście relacji interpersonalnych i jest spowodowana:

- nadmierną reakcją żalu po stracie osoby znaczącej,
- konfliktami dotyczącymi ról społecznych (nieracjonalnymi oczekiwaniami od osób znaczących),
- deficytami interpersonalnymi.

Strategie terapii interpersonalnej:

- rozpoczyna się od stwierdzenia, że depresja jest chorobą i pacjent nie powinien czuć się winny,
- pytania otwarte kierowane do pacjenta, dotyczące zaburzeń nastroju i wydarzeń życiowych,
- analiza komunikacji pacjenta,
- poznanie oczekiwań pacjenta i sposobów ich zaspokojenia,
- analiza decyzji, jakie może podjąć pacjent (zarówno pozytywnych jak i negatywnych danej decyzji),
- technika odgrywania ról.

#### ● **Poznawcza koncepcja powstawania depresji (CT) Becka (5)**

Depresja wg tej koncepcji jest wynikiem dysfunkcyjnych przekonań dotyczących siebie, świata, przyszłości, tzw. triada depresyjna. Wczesne doświadczenia prowadzą do powstania przekonań, które są aktywowane w późniejszym życiu przez wydarzenia krytyczne (zwykle o charakterze utraty) i jako automatyczne, negatywne myśli powodują wystąpienie objawów depresji (somatycznych, emocjonalnych, behawioralnych).

Według tej koncepcji dysfunkcyjne przekonania są wynikiem stosowania błędnych strategii poznawczych przy interpretowaniu zdarzeń. Do najczęstszych zniekształceń poznawczych należą:

- Myślenie dychotomiczne (czarno-białe)
- Nadmierne uogólnianie
- Selektywna uwaga
- Pomijanie pozytywnych

- Przeskakiwanie do konkluzji
- Czytanie w myślach
- Przepowiadanie przyszłości
- Wyolbrzymianie lub minimalizacja
- Potwierdzenia za pomocą emocji
- Stwierdzenia typu „muszę”, „powinienem”
- Etykietowanie
- Personalizacja

Strategie terapii poznawczej:

- terapia skoncentrowana na konkretnym problemie pacjenta, a nie na ogólnych skargach np. czuje się fatalnie, strasznie, w ogóle nie śpię,
- konceptualizacja problemu pacjenta obejmująca: badanie stanu psychicznego, dane dotyczące rodziny pacjenta, historię rozwoju, wyniki badań dodatkowych (laboratoryjnych, psychologicznych), informacje od poprzednich terapeutów, przebieg dotychczasowego leczenia,
- nauczenie pacjenta związku, jaki zachodzi pomiędzy jego przekonaniem a objawami depresji,
- przy zastosowaniu technik poznawczych, do których należy m.in. dialog kierowany, próba zmiany przekonań dysfunkcyjnych na bardziej funkcjonalne,
- nauczenie pacjenta rozpoznawania myśli automatycznych i metod ich kontrolowania oraz zmiany,
- próby zastosowania nowych przekonań w realnych sytuacjach życiowych.

Ten ostatni punkt uzasadnia łączenie terapii poznawczej i behawioralnej, co znajduje wyraz w nazwie terapia poznawczo-behawioralna (CBT).

Wymienione formy psychoterapii wywodzące się z modelu poznawczego, behawioralnego, interpersonalnego, należą do terapii określanych jako krótkoterminowe, czyli efekt zmniejszenia lub ustąpienia objawów depresji możliwy jest do uzyskania w ciągu 15–30 sesji psychoterapeutycznych.

● **Zalecany schemat przebiegu terapii poznawczo-behawioralnej i jej kolejnych faz:**

Faza I – około 9 sesji

„Klasyczna” terapia poznawcza depresji obejmująca: psychoedukację, przekształcenie poznawcze, techniki behawioralne w zaplanowaniu dnia. Identyfikacja kluczowych przekonań.

Celem tej fazy jest zrozumienie przez pacjenta zależności pomiędzy emocjami, wpływem czynników środowiskowych a myślami. Umiejętność zastosowania sposobów rozwiązywania problemów.

Faza II – około 3 sesje

Faza, w której precyzowany jest kontrakt terapeutyczny.

Kontrakt zakłada następujące cele:

Psychoedukacja dotycząca charakterystycznych dla danego pacjenta objawów w sferze zachowania, myślenia i emocji w manii/hipomanii i depresji.

Sposoby reagowania wobec objawów zwiastujących nawrót depresji lub manii przez pacjenta i jego bliskich.

Opracowanie planu działania „na wypadek nawrotu”.

### Faza III – około 15 sesji

To faza określenia indywidualnych problemów pacjenta, które stanowiłyby cel terapii (np. usunięcie depresji, zapobieganie nawrotom).

Praca nad tymi problemami z użyciem strategii poznawczo-behawioralnych.

### Faza IV – sesje 27–30

Cel tej fazy terapii to:

Radzenie sobie z objawami rezydualnymi.

Zdobywanie dodatkowych umiejętności poznawczych i behawioralnych w radzeniu sobie z problemem.

Powrót do pracy – konfrontacja z przekonaniami dotyczącymi satysfakcji z pracy zawodowej, przyjemności z kontaktów interpersonalnych.

Funkcjonowanie w związkach, wzmocnienie więzi z bliskimi.

Do stosowanych w leczeniu depresji form terapii należy również psychoterapia psychodynamiczna. Dla zaburzeń depresyjnych opracowano krótkotrwałą psychoterapię psychodynamiczną (BDP). Ze względu na niewiele prób kontrolowanych dotyczących skuteczności psychoterapii psychodynamicznej nadal nie znajduje się ona w standardach jako zalecana forma leczenia depresji

## **Ogólne zasady stosowania psychoterapii CBT, IPT BT w zaburzeniach afektywnych:**

- w głębszych depresjach bardziej skuteczna jest psychoterapia indywidualna niż grupowa,
- w głębokiej depresji powinna przeważać strategia BT, w miarę zmniejszania nasilenia objawów depresji wzrasta udział strategii poznawczych i CBT, w stanie poprawy i w celu profilaktyki nawrotów stosujemy CBT i IPT,
- na początku leczenia znacznie nasilonych stanów depresji farmakoterapia ma pierwszeństwo przed psychoterapią, w miarę zmniejszania objawów depresji wzrasta udział psychoterapii. Zaleca się trzy metody łączonego leczenia farmako i psychoterapeutycznego depresji: leczenie równoczesne w ostrej fazie, leczenie sekwencyjne (dodawanie drugiej metody leczenia u pacjentów nie-reagujących lub reagujących częściowo na monoterapię w ostrej fazie) oraz leczenie wymienne (zmiana farmakoterapii na psychoterapię w fazie podtrzymującej po uzyskaniu poprawy w fazie ostrej). Łączenie farmakoterapii i psychoterapii jest często stosowaną w praktyce metodą leczenia depresji. Jednak zalecenia dotyczące łączonego leczenia opierają się wg ekspertów na ciągle niewystarczającej liczbie danych z badań kontrolowanych (1, 7, 9).

Istnieje wiele dowodów, że specyficzne formy psychoterapii o orientacji poznawczo-behawioralnej i terapii interpersonalnej są skuteczne w leczeniu ostrej fazy depresyjnej. Wyniki badań potwierdziły skuteczność psychoterapii poznawczej w leczeniu depresji w przebiegu choroby afektywnej jednobiegunowej. Analiza badań dotyczących skuteczności psychoterapii poznawczo-behawioralnej i interpersonalnej w leczeniu zaburzeń afektywnych wskazuje, że łączenie leczenia farmakologicznego i psychoterapii zwiększa skuteczność terapii w porównaniu ze skutecznością każdej z tych metod stosowanych oddzielnie (4). Farmakoterapia zmniejsza natężenie objawów depresji, co umożliwia rozpoczęcie psychoterapii i zwiększenie jej skuteczności, a psychoterapia z kolei poprawia współpracę i motywację do kontynuowania farmakologicznego leczenia profilaktycznego. Łączenie obu form terapii dotyczy szczególnie depresji przewlekłej lub wykazującej oporność na farmakoterapię. Wyniki badań sugerują, że terapia poznawcza jest równie skuteczna jak imipramina i terapia interpersonalna w depresjach o lekkim i umiarkowanym nasileniu. Kontrowersje dotyczą skuteczności psychoterapii poznawczo-behawioralnej w ciężkich depresjach w porównaniu ze skutecznością np. imipraminy (2, 3, 8). Dowodów na skuteczność psychoterapii poznawczo-behawioralnej w zaburzeniach afektywnych dostarczają również badania z zastosowaniem metody PET obrazowania mózgu (6).

Z obserwacji klinicznych wynika, że psychoterapia sprzyja wydłużeniu okresów między nawrotami, poprawia współpracę w leczeniu profilaktycznym, poprawia funkcjonowanie społeczne pacjentów, zmniejsza liczbę nawrotów.

## Piśmiennictwo

1. Ablon S.J., Jones E.E.: Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: findings from the NIMH treatment of depression collaborative research program. *Am. J. Psychiatry* 2002, 159, 775–788.
2. DeRubeis, R.J., Gelfand, L.A., Tang, T.Z., & Simons, A.D. (1999). Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: A meta-analysis of four randomized comparisons. *Am. Journal of Psychiatry*, 156, 1007–1013.
3. Dobson, K.S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 41, 4–419.
4. Elkin, I., et al. (1989). NIMH treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971–983.
5. Gotlib I.H., Hammen C.L. ed.: *Handbook of depression*. The Guilford Press, London, 2002.
6. Goldapic K., Segal Z., Garson C., Lau M., Bieling P., Kennedy S., Mayberg H.: Modulation of cortical-limbic pathways in major depression. Treatment-specific effect of cognitive behavior therapy. *Arch. Gen Psychiatry*, 61, Jan 2004.
7. Habrat E.: Psychoterapia w algorytmach leczenia chorób afektywnych. *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii*, 1998, 2, 74–81.
8. Hollon, S.D. et al. (1992). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Singly and in combination. *Archives of General Psychiatry*, 49, 774–781.
9. Raport Kanadyjskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii*, 2003, 2, 45–60, 99–106.