



WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE ONLINE

DLA PRACOWNIKÓW SYSTEMU PAŃSTWOWEGO RATOWNICTWA MEDYCZNEGO



www.fundacjaprometeusz.pl

Zrozumieć depresję, zrozumieć terapię.

Czasem zapominam, który mamy rok. Dzieje się tak za sprawą szerzonych jeszcze absurdów o tym, że depresja to nie jest choroba, że wymyślił ją zapewne ktoś, komu nie chciało się pracować. Czuję się jakbym cofnęła się do epoki kamienia łupanego.

„Weź się w garść”, „zrób coś ze swoim życiem”, „ogarnij się”, „przecież masz dwie ręce i dwie nogi”, „inni mają gorzej”, „weź się za robotę”, „masz cudowne życie” i moje ulubione: „będzie dobrze”. Tego akurat nie wiemy. Na szczęście zamiast wróżyć możemy zastanowić się jak realnie pomóc osobie, która ma problem.

Te stwierdzenia przewijały się w opowieściach moich pacjentów, znajomych, przyjaciół a nawet przypadkowo poznawanych osób. Niestety Ci pierwsi byli najbardziej poszkodowani- słyszeli to często od swoich najbliższych. Najpewniejszych im osób, które być może czasem nieświadomie, innym razem z pełną premedytacją, ranili tymi słowami bardzo mocno - o ile osoba w depresji miała jeszcze siłę czuć ten ból.

Często też słyszałam od osób cierpiących na depresję, że wcześniej z ich ust też padały takie sformułowania. Nie mieli pojęcia, że sami mogą znaleźć się w takim stanie. A jednak. Jest wiele modeli i podejść naukowych wyjaśniających genezę depresji. Jedne czynniki sprawiają, że jesteśmy bardziej podatni, inne mniej. Czasem to kwestia trudnych doświadczeń życiowych, sztywnego systemu przekonań, w które tak mocno wierzymy, że nie jesteśmy w stanie spojrzeć na coś neutralnie. Stres też powoduje depresję, a depresja może powodować stres. Nie bez znaczenia jest też tło rodzinne, płeć, wiek, zaburzenia lękowe, osobowość, relacje z innymi, ale też relacje z samym sobą. Próbuje czasem „zaleczyć” smutki alkoholem, uzależniamy się. To może powodować depresję, ale depresja może też powodować uzależnienie. Czasem choroba nas dopadnie na skutek rozstania z ukochaną osobą, śmierci kogoś bliskiego, rozłąki (potocznie depresja socjotropiczna), czasem na skutek osobistej porażki, np. utraty pracy (potocznie depresja autonomiczna). Diagnoza nie jest łatwa, mamy wiele rodzajów zaburzeń nastroju. Wspólną prawdą jest to, że każdy z nas może zupełnie nieoczekiwanie zachorować. Na raka czy inne przypadłości. W to nam uwierzyć łatwiej, jednak depresji ciągle się wstydzimy. Powiedzmy to jednak otwarcie- na depresję też może zachorować każdy: niezależnie od wieku, statusu społecznego czy wykonywanego zawodu. Każdemu z nas może zaważyć się świat.

Na szczęście mamy psychologię i mamy specjalistów. Czego nie mamy? Otwartości. Oczywiście nie zawsze i nie wszyscy.

Mamy też leki. Zazwyczaj działają poprzez zwiększenie poziomu serotoniny dostępnej dla komórek nerwowych w mózgu. Jednak badania pokazują, że temat nie jest tak prosty i nie wystarczy pudełko tabletek (choć czasem jest niezbędne, żeby ruszyć z pracą behawioralną oraz poznawczą). Jeśli nie chcemy dopuścić do nawrotów depresji, będziemy potrzebować solidnej i regularnej psychoterapii.

Model biologiczny zakłada, że źródło depresji leży w układzie nerwowym i najprościej ujmując całą odpowiedzialność zrzuca na serotoninę. Jest to jeden z neuroprzekazników, odpowiedzialny za przekazywanie informacji z jednego neuronu do drugiego. Spadek poziomu serotoniny może powodować pogorszenie nastroju, problemy ze snem a także zwiększenie podatności na ból. Potocznie jest nazywana hormonem szczęścia, jednak tak jak wspominałam, nie wystarczy tabletki ani dieta bogata w tryptofan - aminokwas, który bezpośrednio w mózgu zostaje przekształcony w serotoninę.

Co w takim razie da nam terapia? Po pierwsze psychoedukację. Wroga trzeba dobrze poznać, dlatego będzie ona polegała na zrozumieniu choroby, czyli opracowaniu tak zwanej konceptualizacji problemu, która jest poszukiwaniem odpowiedzi na 3 ważne pytania:

1. „Co?” Jaki pacjent ma problem?
2. „Jak?” Co sprawia, że problem powstał i co go podtrzymuje?
3. „Dlaczego?” Jakie jest źródło problemu?



Etapy pracy z depresją

Kiedy dowiemy się już, jaki jest problem, przyjrzymy się dezadaptacyjnym, depresyjnym schematom myślenia oraz działania. A każdy z nas je ma. Ciekawym przykładem jest na przykład mechanizm wyuczonej bezradności. Badacze Seligman i Maier (1967) skonstruowali eksperyment z udziałem psów. Były one umieszczone w boksie tak, by nie udało się uniknąć porażenia prądem. Po kilkunastu nieskutecznych próbach uniknięcia bólu zwierzęki biernie leżały podłozie i znosiły cierpienie. Ich zachowanie i próby ucieczki nie przynosiły skutku. Zostały pozbawione kontroli. Okazało się też, że psy nie podejmowały prób odzyskania tej kontroli nawet, gdy przeniesiono je do boksu, z którego mogły bez problemu uciec, przeskakując barierkę. Nawet jeśli rozczarowanego, smutnego psa siłą przeciągnięto przez przeszkodę by pokazać, że druga część jest bezpieczna, psy nie były w stanie same powtórzyć tego zachowania.

To smutne a ja nie jestem fanką eksperymentów prowadzonych na zwierzętach. Nie jestem jednak też fanką patrzenia, jak człowiek sam, zapętłony w pewne nieświadomione procesy czuje się jak taki pies w klatce, z której nie ma ucieczki lub po prostu nie jest tak oczywista. Wspomniany eksperyment wykazał, że poczucie bezradności powstaje wtedy, gdy organizm uczy się w wyniku uprzednich doświadczeń, że jego reakcje nie mają żadnego wpływu na szkodliwe, awersyjne, traumatyczne oddziaływania środowiska. Powtarzanie się wydarzeń w ciągu życia, których człowiek czuje się bezradny prowadzi do wyuczonej bezradności (learned helplessness). (...) Z wyuczoną bezradnością wiąże się brak nadziei, bezsilność. Wrażenie braku kontroli nad

wzmocnieniami (za: Kaja B., 1988, por. Aronson, Wilson, Akert, 1997, s.684).” Znałam przykład osoby, która przez 6 miesięcy nie mogła znaleźć pracy. Wysyłała CV dosłownie wszędzie, próbowała różnych metod i bardzo aktywnymi metodami działała w celu znalezienia zatrudnienia. I nic. Znałam też przykład ratownika medycznego, który tak bardzo obarczył się poczuciem winy za każdą śmierć pacjenta, że nie potrafił sobie odpuścić i każdorazowo w takiej sytuacji miał do siebie pretensje o to, czego nie zrobił. Przykre jest to, że nie potrafił widzieć całego ogromu sytuacji, w których skutecznie udzielił pomocy. Podobnie jak w eksperymencie ze zwierzętami- te osoby nauczyły się, że ich zachowanie nie przynosi skutku, więc jest bez sensu. Do ich drzwi zapukała depresja.

Następnym etapem w pracy z depresją będzie zrozumienie w jaki sposób nasze myśli oraz przekonania wpływają na stan emocjonalny. Weryfikacja tego jak interpretujemy okoliczności zewnętrzne oraz jakie znaczenie nadajemy napotkanym sytuacjom. Uczymy się także radzenia sobie z emocjami, wahaniem nastroju, rozpoznawania tych stanów oraz wpływania na nie w realny sposób. To wymaga ogromnej otwartości i akceptacji naszych zniekształceń, czasem walki z nimi. Bycie w depresji to jak bycie pod ścianą. To tak, jakbyśmy patrzyli szeroko zamkniętymi oczami, które patrzą a nic nie widzą. Nie potrafią dojrzeć rozwiązania a na pierwszy rzut przebijają się negatywne myśli o sobie, teraźniejszości i przyszłości. Jest to tak zwana Depresyjna Triada Becka, czyli negatywne myślenie w trzech obszarach: o sobie, o świecie i o przyszłości. W terapii uczymy się, jak wyjść z tego zaślepienia. Szukamy rozwiązań i krok po kroku odbudowujemy życie, jakie pacjent chciałby przeżyć. Odzyskujemy nasz obiektywny wzrok i potem uczymy się jak zapobiegać nawrotom.

Kiedy już zrozumiemy „co, jak i dlaczego”, terapeuta zaplanuje interwencje behawioralne, które będą miały na celu zwiększenie aktywności, które często z jakichś przyczyn zostały porzucone przez pacjenta. Celem tej pracy będzie stymulowanie zachowań związanych z przyjemnością, uczenie samonagradzania, uczenie umiejętności rozwiązywania problemów i inne. Następnie przyjdzie czas na pracę poznawczą: pracę z negatywnymi myślami automatycznymi i pracę nad wspomnianymi już założeniami i schematami depresyjnymi.

Jak z kolei można pomóc osobie bliskiej w depresji?

Zacznę od tego, czego robić nie wolno. Pierwsza i złota zasada brzmi: nie doradzajmy. Nie przepowiadajmy też przyszłości. Nie wiemy, co przyniesie życie. Najgorzej jest też, kiedy próbujemy przekonać chorego, że problem nie istnieje i powtarzamy w kółko: „weź się w garść”. Osoba, która cierpi na depresję, w całej swojej bezsilności i bezradności a także uczuciu pustki, nieustającego smutku, braku motywacji i utraty przeżywania radości z czegokolwiek nie jest w stanie po prostu wziąć się w garść, a kiedy to mówimy, dajemy wyraźny sygnał, że nie mamy pojęcia co przeżywa.



Nie bawmy się też w psychologów. Nie ma takiej możliwości, aby prowadzić skutecznie psychoterapię osoby bliskiej, nawet jeśli faktycznie jest się terapeutą. Możemy oczywiście nauczyć się rozpoznawania objawów zaburzenia, a odpowiednio wyedukowani, możemy zwracać uwagę osoby chorej na jej negatywne schematy w myśleniu. Jednak warto zadbać też o siebie. Nie jesteśmy przygotowani do tego, żeby brać na siebie cały ciężar cierpienia bliskiej nam osoby. Lepiej jest poszukać profesjonalnej pomocy i spróbować nakłonić chorego do kontaktu z psychologiem/psychoterapeutą czy lekarzem psychiatrą. Do tego ostatniego nie potrzebujemy skierowania.

Wsparcie rodzinne to bardzo ważna kwestia. W leczeniu depresji często bierze udział cała rodzina, jednak lekarz lub psycholog muszą przy tym czuwać. Nie od dziś wiadomo, że lepiej jest walczyć z kimś niż w pojedynkę. Według Światowej Organizacji Zdrowia depresja to choroba, która nie tylko znacząco wpływa na chorego, ale też na jego bliskich. Oni też mogą potrzebować rozmowy i wsparcia terapeuty.

Nie warto też zmuszać chorego do podejmowania aktywności. Można oczywiście spróbować zaplanować jakieś wspólne działanie, ale nic na siłę. Wszelkie rady, porady, sugestie i próby przymuszenia mogą przynieść efekt odwrotny.

Ważne jest by po prostu być. Występować. Tak zwyczajnie, po ludzku... A jednak niezwykajnie, ponieważ bez oceniania.

Psychoterapeuta Poznawczo- Behawioralny
mgr Marlena Przybysz



Literatura:

- Agnieszka Popiel, Ewa Pragłowska, 2008, „Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka.” Wydawnictwo Paradygmat
Barbara Kaja., 1998, Lęk przed niepowodzeniem a wyuczona bezradność, „Forum Psychologiczne”, 2.
Christine A. Padesky, Dennis Greenberger, 2004 „Umysł ponad nastrojem. Zmień nastrój poprzez zmianę sposobu myślenia”. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
„CBT for depression”, Prof. Eduardo Keegan, University of Buenos Aires. Materiały szkoleniowe ze studiów podyplomowych Szkoły Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej, pod kierownictwem dr Agnieszki Popiel i dr Ewy Pragłowskiej