

Ewa Habrat

PSYCHOTERAPIA A ALGORYTMY LECZENIA CHORÓB AFEKTYWNYCH

II Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Mnogość proponowanych metod leczenia depresji, przewaga agresywnie reklamowanych sposobów leczenia nad dostępnością do rzetelnie naukowo opracowanych danych klinicznych, stosunkowo nieliczne prace dające całościowy ogląd sytuacji, powodują trudności w wyrobieniu sobie zdania na temat właściwego postępowania terapeutycznego u osób z chorobami afektywnymi. Jest to szczególnie istotne w związku z faktem, że znaczna część depresji jest leczona przez lekarzy, którzy nie są psychiatrami i którzy mogą mieć trudności z podjęciem optymalnych decyzji terapeutycznych. Nie zawsze też jest uwzględniany aspekt farmakoekonomiczny, na co kładą nacisk m.in. firmy ubezpieczeniowe. Z tych też względów coraz częściej podejmuje się próby opracowania algorytmów, czyli takich standardów postępowania, które statystycznie zapewniają najskuteczniejsze, najbezpieczniejsze dla pacjenta oraz najtańsze leczenie.

Miejsce psychoterapii w dotychczasowych algorytmach postępowania z osobami z chorobami afektywnymi

Przegląd piśmiennictwa na temat algorytmów postępowania terapeutycznego w chorobach afektywnych wskazuje, że dotychczasowe próby opracowania takich algorytmów ograniczały się głównie do tworzenia schematów uwzględniających wyłącznie metody biologiczne, a w szczególności psychofarmakoterapię [37]. Dotyczy to trzech najbardziej znanych algorytmów: International Psychopharmacology Algorithm Project (IPAP) [12], European Algorithm Project (EAP) [19] oraz propozycji Sachsa [32]. Autorzy IPAP już w tytule swego opracowania podkreślają, że będą zajmować się wyłącznie farmakoterapią. W metodach opisanych w EAP nie ma odniesienia do psychoterapii lub w ogóle metod postępowania uwzględniającego oddziaływanie psychologiczne wobec osób z chorobami afektywnymi. W propozycji Sachsa można znaleźć ogólne zasady postępowania uwzględniające takie metody bez odniesienia się do konkretnych psychologicznych koncepcji powstawania zaburzeń depresyjnych.

Przyczyny nieuwzględniania psychoterapii w algorytmach

Brak psychoterapii w algorytmach terapii zaburzeń afektywnych jest zaskakujący wobec wyników badań skuteczności różnego typu oddziaływań terapeutycznych w tej grupie chorych. Wyniki szeregu takich badań, w tym prowadzonych w amerykańskim Narodowym Instytucie Zdrowia Psychicznego (NIMH) wskazują jednoznacznie, że połączone stosowanie farmakoterapii i psychoterapii jest bardziej skuteczną formą leczenia depresji w porównaniu z efektami psychoterapii lub farmakoterapii stosowanymi oddzielnie [8, 21]. Nieuwzględnienie oddziaływań psychospołecznych w algorytmach postępowania stoi w kontraście z dość powszechnym przekonaniem klinicystów o istotnym znaczeniu psychoterapii w leczeniu faz depresyjnych chorób afektywnych oraz w zapobieganiu nawrotom.

Scott [34] uważa, że są co najmniej trzy przyczyny tego zjawiska. Po pierwsze, większość badań zaburzeń afektywnych uwzględnia głównie model biologiczny i genetyczne uwarunkowania tych zaburzeń. Po drugie, długo utrzymywał się pogląd, że ustąpienie objawów choroby afektywnej pod wpływem farmakoterapii łączy się z pełną remisją i nie wymaga dodatkowych interwencji psychotherapeutycznych. Po trzecie, psychoanalicy silnie zaznaczali swój ambiwalentny stosunek do stosowania psychoterapii u osób z chorobami afektywnymi, szczególnie z formą dwubiegunową. Thase [39] uważa natomiast, że pomijanie psychoterapii w algorytmach postępowania leczniczego związane jest z brakiem sponsorów badań efektywności tej metody leczenia, w przeciwieństwie do badań z zakresu psychofarmakoterapii sponsorowanych przez potężny przemysł farmaceutyczny. Należy jednak podkreślić, że i inne czynniki są przyczyną nieuwzględniania psychoterapii w omawianych tu algorytmach. Większość autorów jest zgodna, że ocena skuteczności psychoterapii i jej pozycji w leczeniu zaburzeń, afektywnych jest związana z ogromnymi trudnościami metodologicznymi [7, 14, 24, 27, 30, 42]. Dotyczą one nie tylko zmiennych istotnych dla farmakoterapii (początek zachorowania, długość choroby, liczba nawrotów, choroby towarzyszące, rodzaj stosowanej dotychczas farmakoterapii itp.), ale również takich cech jak: osobowość pacjenta, sytuacja społeczna, relacje między terapeutą a pacjentem, metody psychoterapii (orientacja teoretyczna, rodzaj techniki, liczba sesji, cechy osobowości psychoterapeuty) itp. Podobne trudności pojawiają się przy próbach porównania wyników badań prowadzonych w różnych ośrodkach nad skutecznością psychoterapii i/lub farmakoterapii tej grupy chorych. Liczne z tych trudności nie występują w badaniach skuteczności farmakoterapii, przy których kontrolowane są głównie takie zmienne jak: rodzaj leku, dawka, czas stosowania, wpływ terapii na stan kliniczny.

Inną paradoksalną przyczyną pomijania psychoterapii w algorytmach może być jej dość powszechne docenianie. Być może pozycję psychoterapii w leczeniu zaburzeń nastroju uważa się za tak bezdyskusyjną, że traktuje się ją jako stały element oddziaływań leczniczych.

Pozycja psychoterapii w leczeniu chorób afektywnych

Mimo wymienionych trudności metodologicznych znaczenie psychoterapii w leczeniu zaburzeń afektywnych nie budzi obecnie poważniejszych wątpliwości i prawdopodobnie znajdzie swoje miejsce w przyszłych algorytmach postępowania leczniczego adresowanych do osób z zaburzeniami afektywnymi.

Dysponujemy pewnymi dowodami, że różnego typu czynniki psychologiczne mogą poprzedzać i wyzwać fazy chorób afektywnych, sprzyjać utrzymywaniu się objawów, sprzyjać nawrotom choroby, rzutować na jakość remisji [41]. Psychoterapia może również, przynajmniej częściowo, zwiększyć skuteczność leczenia farmakologicznego. Dotyczy to szczególnie depresji o obrazie przewlekłym, nawracającej, odpornej na farmakoterapię [13]. Nie bez znaczenia jest również obniżenie kosztów leczenia zaburzeń afektywnych, co można uzyskać m.in. poprzez poprawę współpracy (*compliance*) lekarz–pacjent, szczególnie przy postępowaniu profilaktycznym [28, 34].

Dość powszechny jest pogląd, potwierdzony wynikami badań [1, 2, 17, 33] i obserwacjami klinicznymi, że o ile farmakoterapia ma istotny wpływ na zmniejszenie osiowych objawów choroby, to psychoterapia poprawia funkcjonowanie społeczne i przyczynia się do zapobiegania nawrotom. Tak więc zgodnie z konstrukcją algorytmów postępowania, psychoterapia byłaby cenną metodą komplementarną w leczeniu zaburzeń afektywnych. Psychoterapia stosowana w połączeniu z farmakoterapią jest wg Weissman [41] przydatna:

- w leczeniu aktualnie występującej fazy chorobowej i utrzymaniu remisji,
- w leczeniu podtrzymującym, zapobiegającym pojawianiu się nawrotu tej samej fazy depresyjnej,
- w leczeniu profilaktycznym, czyli w zapobieganiu nawrotom następnych faz chorobowych.

Chociaż psychoterapię powszechnie uważa się za metodę komplementarną, a nie konkurencyjną w stosunku do oddziaływań biologicznych, jej znaczenie może być podstawowe u niektórych chorych z depresją, zwłaszcza gdy stosowanie leczenia biologicznego 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 zmiany farmakoterapii. Warto też pamiętać, że pewien odsetek pacjentów (szacunkowo 10-15%) bardzo źle toleruje wszelkie leki przeciwdepresyjne, a 5-10% odmawia przyjmowania leków lub przerywa leczenie [35, 41].

Nasilenie depresji a skuteczność psychoterapii

Pierwsze pytanie dotyczące miejsca psychoterapii w leczeniu zaburzeń afektywnych dotyczy czasu jej rozpoczynania i skuteczności w porównaniu z farmakoterapią. Thase i wsp. [39] opracowali metaanalizę wyników sześciu poprawnych metodologicznie badań na grupie 595 chorych z rozpoznaniem

depresji w przebiegu zaburzeń afektywnych. U tych chorych stosowano samą psychoterapię o różnych orientacjach teoretycznych lub w połączeniu z farmakoterapią. W analizie uwzględniono nasilenie objawów przed leczeniem (depresje o słabym i dużym nasileniu) oraz stopień poprawy stanu psychicznego (skala Hamiltona). Istotnie gorsze efekty leczenia uzyskano w grupie osób o dużym nasileniu objawów depresji, u których stosowano wyłącznie psychoterapię. Autorzy zwracają uwagę, że w przypadku depresji o małym nasileniu sama psychoterapia była równie skuteczna jak psychoterapia stosowana łącznie z farmakoterapią, przy czym w tym ostatnim przypadku poprawa stanu klinicznego następowała szybciej niż przy stosowaniu samej psychoterapii. Zdaniem Thase i wsp. [38] analiza ta potwierdza wyniki NIMH, które dowodzą, że połączenie psychoterapii i farmakoterapii, szczególnie w przypadku depresji o dużym nasileniu objawów, jest metodą bardziej skuteczną niż stosowanie jednej z tych metod. Dotyczy to zarówno większej, jak i szybszej redukcji objawów.

Rola psychoterapii w podtrzymaniu remisji i zapobieganiu nawrotom

Wielu autorów prac poświęconych miejscu psychoterapii w leczeniu zaburzeń afektywnych podkreśla jej znaczenie w utrzymaniu remisji i profilaktyce nawrotów [3, 6, 9, 10, 20, 22, 36]. Szeroko rozumiane oddziaływania psychotherapeutyczne powinny obejmować zarówno pacjenta, jak i jego rodzinę. Uważa się, że włączenie psychoterapii do leczenia nie podnosi skuteczności postępowania farmakologicznego w sensie ścisłym, może natomiast zmniejszać aż o połowę liczbę pacjentów przerywających leczenie farmakologiczne, co jest szczególnie istotne np. w profilaktyce solami litu [34]. Nie ma jednoznacznych dowodów, że stosowanie samej psychoterapii zapobiega lub zmniejsza liczbę nawrotów depresji. Z drugiej jednak strony, u osób, które po ustąpieniu klinicznych objawów depresji same przerwały farmakoterapię, a nadal brały udział w psychoterapii poznawczej, obserwowano dwukrotnie mniej nawrotów depresji niż u osób, które nie brały w niej udziału [35]. Połączenie farmakoterapii i psychoterapii w profilaktyce chorób afektywnych jest szczególnie ważne u osób z małym wsparciem społecznym, złym przystosowaniem i towarzyszącymi chorobami afektywnej zaburzeniami osobowości (pacjenci z tzw. podwójną diagnozą). Ma również istotne znaczenie we wczesnym rozpoznawaniu nawrotów faz maniakalnych, co umożliwia szybką interwencję farmakologiczną.

W nowszych publikacjach coraz częściej oddziaływania psychotherapeutyczne są uznawane nie tylko za skuteczne metody zmniejszające nasilenie objawów zespołu depresyjnego, ale przede wszystkim za służące poprawie współpracy lekarz-pacjent, co wpływa na efekty leczenia farmakologicznego oraz sprzyja utrzymaniu remisji. Dotyczy to szczególnie pacjentów z chorobami afektywnymi, którzy odrzucają leczenie farmakologiczne, zgłaszają obawy przed „uzależnieniem” od leków, wypowiadają liczne skargi hipochondryczne dotyczące objawów ubocznych, sądzą, że przewlekłe stosowanie farmakoterapii pozbawia

ich kontroli nad własnym życiem [2]. Jest to grupa osób, u których ryzyko przerwania leczenia i nawrotu fazy chorobowej jest szczególnie duże. Sachs [32] sądzi, że uwzględnianie oprócz farmakoterapii różnego typu oddziaływań psychospołecznych w zaburzeniach afektywnych sprzyja kontynuowaniu leczenia, którego przerwanie u 75% chorych odpowiada za nawrót fazy chorobowej [34], a ponadto zapobiega próbom samobójczym, sprzyja poprzez edukację rodziny chorego, zmniejszeniu psychologicznych kosztów choroby afektywnej (rozwód, utrata pracy).

Psychoterapia w leczeniu faz afektywnych

Większość wyników prac jest zgodna co do tego, że psychoterapia jest metodą zwiększającą skuteczność leczenia farmakologicznego niezależnie od obrazu depresji [6, 25, 29, 30, 31]. W leczeniu depresji o obrazie przewlekłym skuteczność psychoterapii poznawczej jest podobna do skuteczności farmakoterapii i wynosi ok. 40%. W przypadku pacjentów z takim obrazem depresji połączenie obu form terapii wpływa na poprawę stanu psychicznego u 55-65% [1, 33], podobnie włączenie psychoterapii zwiększa wskaźnik poprawy stanu psychicznego u osób z depresją lekooporną [4, 38] i nawracającą [10, 23, 26].

Rodzaj psychoterapii a jej skuteczność

Specjalnym problemem jest wybór rodzaju psychoterapii. W aktualnym piśmiennictwie można znaleźć szczegółowy przegląd głównych koncepcji psychologicznych powstawania zaburzeń depresyjnych oraz wywodzących się z nich metod psychoterapii [15, 16, 18, 40]. Najszerzej rozpowszechnioną i, zdaniem licznych autorów, skuteczną formą psychoterapii jest psychoterapia poznawcza (kognitywna) [13], a także psychoterapia behawioralna oraz interpersonalna [41]. Podkreśla się, że mimo odmienności celów i orientacji teoretycznej każdego z wymienionych rodzajów psychoterapii, połączenie jej z farmakoterapią sprzyja szybszemu zmniejszeniu objawów depresji, poprawia funkcjonowanie społeczne, sprzyja zmniejszeniu liczby nawrotów [36, 41].

W leczeniu zaburzeń afektywnych stosuje się zarówno indywidualną, jak i grupową formę psychoterapii (w tym małżeńską i rodzinną). Brak jest dowodów, by przyjąć, że któraś z tych form ma przewagę nad inną [33]. Przy doborze zarówno orientacji teoretycznej, jak i formy psychoterapii należy kierować się: głębokością depresji lub nasileniem manii, preferencjami pacjenta, rodzajem psychologicznych problemów towarzyszących fazie choroby, uwzględnieniem orientacji teoretycznej terapeuty. Liczba sesji i czas ich trwania również zależy od wyżej wymienionych czynników. Niektórzy autorzy wręcz sugerują że nie liczba a jakość interwencji psychoterapeutycznych ma największy wpływ na ich skuteczność [33].

Podsumowanie

Psychoterapia w leczeniu zaburzeń afektywnych jest metodą komplementarną w stosunku do farmakoterapii i powinna być stosowana już w okresie zaostrożenia choroby. Szczególną skuteczność psychoterapii można stwierdzić w mniej nasilonych zespołach depresyjnych oraz w takich stanach, gdzie czynniki osobowościowe, sytuacyjne, stresowe odgrywają znaczącą rolę w patogenezie depresji lub przyczyniają się do jej podtrzymywania. Psychoterapia może być szczególnie użyteczna w części przypadków określanych jako odporne na leczenie, w depresjach przewlekłych lub ze współwystępującymi zaburzeniami osobowości.

Ostatnio coraz bardziej podkreśla się użyteczność psychoterapii w podtrzymywaniu remisji i zapobieganiu nawrotom.

Za najbardziej skuteczne rodzaje psychoterapii w leczeniu zaburzeń afektywnych uważa się psychoterapie: poznawczą, behawioralną i interpersonalną. Mogą one mieć formę zarówno terapii indywidualnej, jak i grupowej (z włączeniem rodziny).

Włączenie psychoterapii do algorytmów postępowania leczniczego w zaburzeniach afektywnych wymaga dalszych badań. Wg Scotta [35] badania nad skutecznością psychoterapii powinny koncentrować się nie na problemie: kiedy i z jakim obrazem depresji ta forma terapii zwiększa skuteczność leczenia farmakologicznego, ale w przypadku których pacjentów będzie ona bardziej skuteczna niż farmakoterapia.

Piśmiennictwo

1. Akiskal H.S.: Chronic depression. *Bull. Menninger Clin.* 1991, 55, 156-171
2. Akiskal H.S.: Psychopharmacological and psychotherapeutic strategies in intermittent and chronic affective conditions. W: Montgomery S.A., Rouillon F. (red.): *Long-term Treatment of Depression*. Wiley, Chichester 1992, 245-263
3. Burrows G.D.: Long-term clinical management of depressive disorders. *J. Clin. Psychiatry*, 1992, supl. 53, 32-35
4. Cole A.J., Brittlebank A.D., Scott J.: The role of cognitive therapy in refractory depression. W: Nolen W.A., Zohar J., Roose S.P., Amsterdam J.D. (red.): *Refractory Depression: Current Strategies and Future Directions*. Wiley, Chichester 1994, 117-120
5. Conte H.R., Karasu T.B.: A review of treatment studies of minor depression: 1980-1991. *Am. J. Psychother.* 1992, 46, 58-74
6. Conte H.R., Plutchik R., Wild K.V., Karasu T.B.: Combined psychotherapy and pharmacotherapy for depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1986, 43, 471-479
7. Docherty J.P., Streeter M.J.: Advances in psychotherapy research. *Curr. Opin. Psychiatry*, 1995, 8, 145-149
8. Elkin I., Shea M.T.: National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness treatment. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1989, 46, 971-982
9. Fawcett J., Barkin R.L.: Efficacy issues with antidepressants. *J. Clin. Psychiatry*, 1997, 58, supl. 6, 32-39

10. Frank E., Johnson S., Kupfer D.J.: Psychological treatments in prevention of relapse. W: Montgomery S.A., Rouillon F. (red.): Long-term Treatment of Depression. Wiley, Chichester 1992, 197-228
11. Frank E., Kupfer D.J., Wagner E.F., McEachran A.B., Cornes C.: Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression. Contributing factors. Arch. Gen. Psychiatry, 1992, 49, 401-408
12. Goodwin G.M., Nolen W.A.: Treatment of bipolar depressive mood disorders: Algorithms for pharmacotherapy. Int. J. Psychiatry Clin. Sc. 1997, 1, supl. 1, S9-S12
13. Habrat E.: Psychoterapia poznawcza w leczeniu chorób afektywnych. Post. Psychiatr. Neurol. 1997, 6, 181-186
14. Hirschfeld R.M., Schatzberg A.F.: Long-term management of depression. Am. J. Med. 1994, 97, supl. 6A, S33-S38
15. Hollon S.D., DeRubeis R.J., 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. Psychiatry, 1992, 49, 774-781
16. Hollon S.D., Shelton R.C., Loosen P T.: Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. J. Cons. Clin. Psychol. 1991, 59, 88-99
17. Hylund J.M.: Integrating psychotherapy and pharmacotherapy. Bull. Menninger Clin. 1991, 55, 205-215
18. Jacobson N.S., Hollon S.D.: Cognitive-behavior therapy versus pharmacotherapy: Now that the jury's returned its verdict, it's time to present the rest of the evidence. J. Consult. Clin. Psychol. 1996, 64, 81-87
19. Kasper S.: Treatment of unipolar major depression: Algorithms for pharmacotherapy. Int. J. Psychiatry Clin. Sc. 1997, 1, supl. 1, S3-S7
20. Katon W., Robinson P., von Korff M., Lin E., Bush T., Ludman E., Simon G., Walker E.: A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. Arch. Gen. Psychiatry, 1996, 53, 924-932
21. Klein D.F., Ross D.C.: Reanalysis of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program General Effectiveness Report. Neuropsychopharmacology, 1993, 8, 241-251
22. Kupfer D.J.: Long-term treatment of depression. J. Clin. Psychiatry, 1991, 52, supl. 28-34
23. Mercier M.A., Stewart J.W., Quitkin F.M.: A pilot sequential study of cognitive therapy and pharmacotherapy of atypical depression. J. Clin. Psychiatry, 1992, 53, 166-170
24. Miklowitz D.J.: Psychotherapy in combination with drug treatment for bipolar disorder. J. Clin. Psychopharmacol. 1996, 16, supl. 1, S56-S66
25. Nelson C.J., Docherty J.P., Henschen G.M., Kasper S., Nierenberg A.A., Ward N.G.: Algorithms for the treatment of subtypes of unipolar major depression. Psychopharmacol. Bull. 1995, 31, 475-482
26. Pava J.A., Fava M., Levenson J.A.: Integrating cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment and prophylaxis of depression: A novel approach. Psychother. Psychosom. 1994, 61, 211-219
27. Paykel E.S.: Psychological therapies. Acta Psychiatr. Scand. 1994, 89, supl. 383, 35-41
28. Paykel E.S.: Psychotherapy, medication combinations, and compliance. J. Clin. Psychiatry, 1995, 56, supl. 1, 24-30
29. Perry S.: Combining antidepressants and psychotherapy: Rationale and strategies. J. Clin. Psychiatry, 1990, 51, supl. 16-20
30. Persons J.B., Thase M.E., Crits C.P.: The role of psychotherapy in the treatment of depression: Review of two practice guidelines. Arch. Gen. Psychiatry, 1996, 53, 303-304
31. Robinson L.A., Berman J.S., Neimeyer R.A.: Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. Psychol. Bull. 1990, 108, 30-49
32. Sachs G.: Bipolar mood disorder: practical strategies for acute and maintenance phase treatment: J. Clin. Psychiatry, 1996, 57, supl. 12A, 34-35

33. Scott J.: Psychological treatment for depression. An update. *Brit. J. Psychiatry.* 1995, 167, 289-292
34. Scott J.: Psychotherapy for bipolar disorder. *Brit. J. Psychiatry,* 1995, 167, 581-588
35. Scott J.: Cognitive therapy of affective disorders: a review. *J. Affect. Disord.* 1996, 37, 1-11
36. Solomon D.A., Keitner G.I., Miller I.W., Shea M.T., Keller M.B.: Course of illness and maintenance treatments for patients with bipolar disorder. *J. Clin. Psychiatry,* 1995, 56, 5-13
37. Święcicki L.: Algorytmy w leczeniu depresji – przegląd piśmiennictwa. *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii,* 1998, 2, 5-14.
38. Thase M.E.: The roles of psychosocial factors and psychotherapy in refractory depression. Missing pieces in the puzzle of treatment resistance? W: Nolen W.A., Zohar J., Roose S.P., Amsterdam J.D. (red.): *Refractory Depression: Current Strategies and Future Directions.* Wiley, Chichester 1994, 83-95
39. Thase M.E., Greenhouse J.B., Frank E., Reynolds C.F., Pilkonis P.A., Hurley K., Grochocinski V., Kupfer D.: Treatment of major depression with psychotherapy or combinations. *Arch. Gen. Psychiatry,* 1997, 54, 1009-1015
40. Thase M.E., Simons A.D., McGeary J., Cahalane J.F., Hughes C., Harden T., Friedman E.: Relapse after cognitive behavior therapy of depression: Potential implications for longer courses of treatment. *Am. J. Psychiatry,* 1992, 149, 8, 1046-1052
41. Weissman M.M.: Psychotherapy in the maintenance treatment of depression. *Brit. J. Psychiatry,* 1994, 165, supl. 26, 42-50
42. Zaretsky A.E., Segal Z.V. Psychosocial interventions in bipolar disorder. *Depression* 1994/1995, 2, 179-188