

Wiesław Cubała - Wielowymiarowe podejście w leczeniu większego zaburzenia depresyjnego - znaczenie modelu biopsychospołecznego w rozumieniu terapii zaburzeń nastroju

Przebieg odpowiedzi terapeutycznej i rokowanie długoterminowe w większym zaburzeniu depresyjnym zależne są od szeregu czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych. W świetle badań wydaje się, że każdy rodzaj interwencji jest właściwy w leczeniu, a czynnikiem rokowniczym nie jest rodzaj, a raczej czas upływający do inicjacji adekwatnego leczenia. Obserwacje kliniczne wskazują, że długi czas nieleczonych zaburzeń nastroju jest predyktorem narastającej oporności na leczenie przeciwdepresyjne. Wiadomo również, że efekty leczenia przeciwdepresyjnego są gorsze przy opóźnieniu inicjacji farmakoterapii oraz w leczeniu przerywanym. Aktywny epizod afektywny powoduje neurodegenerację, związaną z dysregulacją neuroprzekazywania i powiązaną z tym utratą komórek nerwowych, objętości substancji szarej i nasileniem apoptozy. Neurodegeneracja w dalszej perspektywie łączy się z obecnością przewlekłych objawów deficytowych z wymiarach poznawczym i afektywnym. W wymiarze klinicznym konsekwencją tych obserwacji jest nacisk, jaki powinien być kładziony na uzyskanie pełnej remisji przy leczeniu większego zaburzenia depresyjnego i redukcji okresu nieleczzonego epizodu afektywnego do minimum.

Artur Kawiński, Wioletta Radziwiłłowicz - Melancholia. O depresji w kulturze

Dychotomiczny charakter doznawanych uczuć jest uniwersalną własnością ludzkiej natury, co zauważał już Awicenna. Jego intuicja dotycząca przyczyn zaburzeń nastroju zaburzeniami mózgowymi została potwierdzona w XIX wieku przez Emila Kraepelina, który stworzył medyczny termin „depresja”. W tym kontekście termin „melancholia” jest bardziej uwarunkowany kulturowo, podczas gdy depresja stanowi kategorię medyczną. Jako kulturoznawca będę zajmował się głównie kulturowym uwarunkowaniem depresji, usiłując odpowiedzieć na pytanie: w jakim stopniu wzory kultury poszczególnych społeczności wpływają na powstanie zaburzeń, zwanych pierwotnie melancholią?

Wstępnie, za Ruth Benedict można stwierdzić, iż mamy do czynienia z dychotomią kultur dionizyjskich i apollińskich. Kultury dionizyjskie czerpią z instynktów, hołdują pożądaniom, a nawet pewnej frenezji. Z kolei wzorce apollińskie oznaczają uporządkowanie, harmonię i powściągliwość. Benedict opisywała swoje idee na przykładzie kultur indiańskich, lecz można je naturalnie odnieść także do innych wspólnot, w tym wysoko zorganizowanych cywilizacji Zachodu. W tym porządku za dionizyjskie należy uznać kultury północnoatlantyckie, przeciwstawiając je krajom Południa i Wschodu, gdzie za niższe statystycznie zagrożenie depresją płaci się często niższym poziomem cywilizacyjnego rozwoju.

Z kolei za Edwardem Hallem można na ten prymarny podział nałożyć dodatkowo rozróżnienie na kultury monochroniczne i polichroniczne. Te pierwsze odnoszą się do wysoko zorganizowanego systemu odczuwania czasoprzestrzeni. Rytm kulturowo zdeterminowanych działań wyznacza tu zegar, a czas podzielony jest na jak najmniejsze części, warunkując mentalny obraz świata. Polichromia z kolei wyznacza pojmowanie czasu jako aspektu, który bywa niezauważany – przedstawiciele kultur polichronicznych nie czują się poddani władaniu czasu. Jeśli dołożyć do tego komunikację wysokokontekstową (HC) dla polichronii oraz niskokontekstową (LC) dla monochronii, pojawia się zarys systemu uwarunkowań, które mogą powodować depresję lub ją wyzwalają w przypadku uwarunkowań dziedzicznych. Dotyczy to głównie krajów kręgu kultury północnoatlantyckiej, które należą do sfery kolejno: apollińskiej, monochronicznej i niskokontekstowej.

Do tego należy dołożyć czynniki związane z religią: w dziejach nowożytnej Europy widoczny jest historyczny podział chrześcijan na katolików i protestantów. Północna i zachodnia Europa, jak również Stany Zjednoczone i Australia, zdominowane są przez konfesję protestancką: w tym przypadku wyznawcy poddani są przeświadczeniu o całkowitej praktycznie zależności od sacrum, co widać szczególnie w przypadku kalwinizmu. Nauki o predestynacji wyzwalają wprawdzie potrzebę

warunkowanego teologicznie skutecznego działania, jednak dzieje się tak za cenę stresu związanego z odczuciem braku wpływu na swój los. W przypadku katolików egzystencjalna sytuacja wiernych sprawia wrażenie bardziej zrównoważonej, jako że bierze się tu pod uwagę także znaczenie uczynków. Odnosząc się do kategorii Benedict, protestanci są zatem bardziej apollińscy, podczas gdy katolikom można przypisać więcej cech dionizyjskich, co powinno przekładać się na odpowiednią podatność na depresję. Religijnie uwarunkowanej skłonności do depresji można się spodziewać także wśród społeczności żydowskiej i muzułmańskiej – w stopniu wprost proporcjonalnym do wyznaniowej ortodoksji występującej w konkretnej społeczności.

Wyznawcy z kolei religii dalekowschodnich, ze względu na ich często bardziej gnostyczny niż pistyczny wymiar, dysponować mogą w porządku wyznawanego systemu podmiotowością większą, niż ma to miejsce w systemach semickich, zakładających całkowitą podległość stworzenia wobec Stwórcy. Z tych przyczyn w rdzennych społecznościach hinduistycznych i buddyjskich warunkowana kulturowo melancholia zauważana jest rzadziej. Zmienia się to, gdy na przykład, w związku z emigracją lub uchodźstwem, powstaje konieczność funkcjonowania na gruncie kultury odmiennej, niż własna. Podsumowując ten wątek, można jeszcze dodać, iż z badań wynika generalnie mniejsza podatność na depresję osób czynnie i regularnie zaangażowanych w praktykę modlitwy i medytacji.

Powyższe rozważania prowadzą do wniosku, iż kultura istotnie wpływa na możliwość zaistnienia depresji; możliwe jest też wskazanie jakie dokładnie czynniki – wzory kultury - stanowią w konkretnych przypadkach element wyzwalający lub powodujący depresję. Uzasadnione wydaje się też twierdzenie, iż istnieją takie wzory kultury, które ryzyko wystąpienia melancholii ograniczają.

Druga część wystąpienia będzie poświęcona psychologicznym badaniom międzykulturowym, które sugerują, że częstość występowania objawów różnych zaburzeń psychicznych oraz ich obraz kliniczny w dużym stopniu zależą od wzorca socjalizacji najbardziej przyjętego w danej kulturze. Jednym z podstawowych psychologicznych wymiarów kultur jest indywidualizm - kolektywizm. W przypadku analizowania częstości występowania zaburzeń afektywnych na szczególną uwagę zasługuje kulturowy kontekst zależności - niezależności poznawczej i społecznej oraz jego związek z kształtowaniem się „ja” współzależnego i niezależnego. Kolejnymi przykładami kontekstu kulturowego ważnego dla powstania zaburzeń depresyjnych są źródła i następstwa wzorców przywiązania pomiędzy rodzicem a dzieckiem, hierarchia celów wychowawczych, warunki ekonomiczno-społeczne życia rodzin oraz przemiany społeczne i napięcia polityczne.

Renata Mizerska – Doświadczenia depresyjne - perspektywa relacyjnej psychoterapii Gestalt

Depresja jest bardzo szerokim pojęciem. Istnieją różne sposoby definiowania depresji wywodzące się z koncepcji medycznych, psychologicznych, egzystencjalnych i społecznych. Z perspektywy psychoterapii Gestalt doświadczenie depresyjne każdej osoby jest unikalne, zawsze stanowi nieodłączną część wyjątkowej historii życia. Ma ono również naturę interpersonalną, jest zjawiskiem współ-tworzonym, pojawiającym się i utrzymywanym w relacjach. Biorąc pod uwagę kontekst historii życia osoby oraz sieć relacji, można widzieć to doświadczenie jako funkcję pola relacyjnego, formę twórczego przystosowania. W pracy z pacjentem doświadczającym depresji ważne jest ciągle przyjmowanie relacyjnej perspektywy i wspólnie badanie, w jaki sposób doświadczenie odtwarza istotne wzorce z historii życia pacjenta, jak ogranicza jego potencjał. W trakcie prezentacji zostaną również przedstawione przykłady z praktyki klinicznej i wyniki badań dotyczące skuteczności psychoterapii Gestalt w pracy z osobami doświadczającymi depresji.

Lech Kalita - Długoterminowa psychoterapia depresji w podejściu psychoanalitycznym

Wykład stanowi próbę zbadania, czy i w jaki sposób długoterminowa psychoterapia analityczna może stanowić użyteczny wkład w leczenie depresji. Autor zaprezentuje współczesne psychoanalityczne/psychodynamiczne koncepcje rozumienia i leczenia depresji oraz przedstawi wyniki badań naukowych poświęconych skuteczności leczenia depresji w oparciu o koncepcje psychoanalityczne.

Autor zwróci szczególną uwagę na różnice między zyskami z krótko- i długoterminowej psychoterapii w oparciu o postulowane w podejściu psychoanalitycznym koncepcje zmiany na głębszych poziomach psychiki oraz odniesie ten wątek do zapobiegania nawrotom depresji. W drugiej części wykładu autor zilustruje sformułowania teoretyczne i zaprezentowane wyniki badań za pomocą przykładu klinicznego, pochodzącego z kilkuletniej psychoterapii dorosłej pacjentki z diagnozą depresji.

Magdalena Chrzan-Dętko - Odzyskiwanie zabawy. Doświadczenie depresji matki przez małe dziecko. Studium przypadku

Depresji poporodowej doświadcza 13% młodych matek, kiedy badamy kobiety kilka miesięcy po porodzie lub nawet 20% z nich, gdy badamy kobiety około roku po porodzie. Oznacza to, iż co roku (biorąc pod uwagę dane GUS-u za rok 2015) 47.667 lub nawet 73.334 niemowląt doświadcza depresji swojej matki. Można by zapytać, jakie znaczenie ma depresja matki dla dziecka, jak doświadczają jej dzieci? Co powoduje, że niektóre z nich są bardziej, a inne mniej dotknięte tym doświadczeniem? Z badań ilościowych wiadomo, że matki w depresji doświadczają i pokazują więcej negatywnych uczuć wobec dziecka (Field i in., 1990; Tronick, 2007), mniej skutecznie regulują afekt dziecka (Reck i in., 2004). Mają też mniej optymalne zachowania przywiązaniowe, obraz dziecka oraz strategie regulacji stresu niż matki nie chorujące na depresję (Feldman i in., 1999; Leckman i in., 2007). Badania zachowań pokazują, że matki w depresji mniej bawią się z dziećmi i są przy zabawie mniej zaangażowane społecznie. W jaki sposób wpływa to na dziecko? W zależności od temperamentu dziecka, możliwości interakcji z innymi osobami, czasu trwania choroby matki, depresja może w bardzo różny sposób wpłynąć na niemowlę i małe dziecko. Według Bjorna Salomonssona, szwedzkiego psychoanalityka, główną przyczyną trudności w rozwoju dziecka mogą być nie tyle agresywne uczucia matki wobec dziecka, lecz niewystarczające możliwości kontenerowania matki. Może tworzyć to sytuacje pustki, „czarnych dziur” w życiu psychicznym dziecka, co istotnie wpływa na jego możliwości rozwojowe. Celem wystąpienia jest zaprezentowanie dwóch przypadków pracy klinicznej obrazujących tezę Salomonssona dotyczącą niewystarczającego kontenerowania jako czynnika, poprzez który depresja matki wpływa na rozwój i obserwowane zachowania dziecka. Pierwszy z wybranych przeze mnie przykładów ilustruje, w jaki sposób małe, trzyletnie dziecko doświadcza depresji swojej mamy oraz jak, po pewnym czasie terapii, pokazuje te przeżycia w swojej zabawie - w bardzo konkretny sposób przedstawiając „dziury kontenerowania”. Drugi przykład kliniczny ilustruje zmiany w kontakcie mamy w depresji ze swoim dzieckiem oraz sposób, w jaki rosnące możliwości związane z regulowaniem uczuć i stanów dziecka wpływają na zmiany jego zachowaniu.