

— PRAKTYCZNY PRZEWODNIK DLA SPECJALISTÓW —

Psychoterapia w depresji i lęku

Praktyczne metody, narzędzia i techniki pracy
z depresją, lękiem, fobiami, OCD i atakami paniki

WIEDZA
NARZĘDZIA
PRZYKŁADY Z PRAKTYKI
REALNE ZMIANY



Depresja

Więcej niż
obniżony nastrój



Lęk i fobie

Większa swoboda
w codziennym życiu



OCD

Zrozumienie
i skuteczna praca



Ataki paniki

Spokojniej
krok po kroku

*Więcej zrozumienia.
Więcej możliwości.
Lepsze życie.*



TKO | TECHNIKI POZNAWCZO-BEHAWIORALNE
ĆWICZENIA | MATERIAŁY DO PRACY Z KLIENTEM

Wstęp

Depresja jest jednym z tych problemów, które wymagają od psychologa jednocześnie wiedzy, uważności, elastyczności i świadomości granic własnych kompetencji. Nie istnieje jeden uniwersalny schemat pracy odpowiedni dla każdej osoby z objawami depresyjnymi. Różnić się mogą zarówno nasilenie i charakter objawów, jak i czynniki podtrzymujące trudności, sytuacja życiowa klienta, jego zasoby, współwystępujące problemy oraz potrzeba równoległego leczenia psychiatrycznego lub medycznego.

W tym rozdziale przedstawiam **autorski algorytm psychologicznej pracy z osobą doświadczającą objawów depresyjnych**. Nie należy traktować go jako odrębnego protokołu leczenia depresji ani rozwiązania zastępującego metody o potwierdzonej skuteczności. Jest to uporządkowany sposób prowadzenia pracy, który wykształciłam na podstawie wiedzy psychologicznej, własnej praktyki oraz doświadczenia w wykorzystywaniu Terapii Kognitywno-Obrazowej (TKO).

TKO jest w tym podejściu jednym z możliwych narzędzi. Praca z obrazem może pomagać klientowi lepiej rozpoznawać emocje, doświadczenia, potrzeby i sposoby interpretowania własnej sytuacji. Nie zakładamy jednak, że metafora ujawnia „prawdziwą przyczynę” depresji ani że sama transformacja obrazu prowadzi do wyleczenia.

Celem pracy jest przede wszystkim lepsze rozumienie aktualnego funkcjonowania klienta, zmniejszenie cierpienia, stopniowe odzyskiwanie aktywności i wpływu na własne życie oraz wspieranie zmian, które są możliwe i potrzebne w jego konkretnej sytuacji.

Czym jest depresja?

W języku potocznym słowo „depresja” bywa używane bardzo szeroko. Mówimy czasem:

„Mam jesienną depresję”.

„Nic mi się dzisiaj nie chce, chyba mam depresję”.

„Od dwóch tygodni jestem przygnębiony”.

Obniżony nastrój, zmęczenie czy przejściowy brak motywacji nie są jednak automatycznie równoznaczne z zaburzeniem depresyjnym.

Depresja jest stanem, w którym mogą występować między innymi:

utrzymujące się obniżenie nastroju,

wyraźne zmniejszenie zainteresowania lub zdolności odczuwania przyjemności,

spadek energii i zwiększona męczliwość,

zaburzenia snu,

zmiany apetytu,
trudności z koncentracją i podejmowaniem decyzji,
spowolnienie lub pobudzenie psychoruchowe,
poczucie bezwartościowości albo nadmiernej winy,
pesymistyczne postrzeganie przyszłości,
myśli o śmierci lub samobójstwie.

Nie każda osoba doświadcza wszystkich tych objawów. Różne może być również ich nasilenie oraz wpływ na codzienne funkcjonowanie.

Dlatego psycholog nie powinien opierać rozpoznania wyłącznie na pojedynczym objawie, własnym wrażeniu ani wyniku jednego kwestionariusza.

Depresja nie ma jednej przyczyny

W praktyce szczególnie ważne jest odejście od prostego podziału na depresję „psychologiczną” i „organiczną”.

Stan człowieka może być związany z wieloma wzajemnie oddziałującymi czynnikami:

biologicznymi,
psychologicznymi,
społecznymi,
zdrowotnymi,
relacyjnymi,
środowiskowymi.

Na przykład niektóre choroby somatyczne, zaburzenia hormonalne, przyjmowane substancje lub leki mogą wpływać na nastrój i funkcjonowanie psychiczne. Jednocześnie przewlekła choroba może zmieniać sposób życia człowieka, ograniczać jego aktywność, wpływać na relacje i generować stres.

Podobnie doświadczenie straty, długotrwałego przeciążenia, izolacji społecznej, przemocy, problemów finansowych czy trudności w relacjach może mieć znaczenie dla rozwoju lub utrzymywania się objawów depresyjnych.

Nie oznacza to jednak, że u każdego klienta można znaleźć jedno wydarzenie, które jest „przyczyną depresji”.

Często mamy do czynienia z kombinacją różnych czynników.

Dlatego zamiast pytać wyłącznie:

„Co spowodowało depresję?”

warto rozszerzyć perspektywę:

„Co mogło przyczynić się do obecnego stanu?”

„Co obecnie go podtrzymuje?”

„Co może wspierać poprawę?”

Depresja poporodowa

Dobrym przykładem złożoności depresji jest depresja pojawiająca się w okresie okołoporodowym.

Narodziny dziecka mogą wiązać się jednocześnie ze zmianami biologicznymi, niedoborem snu, przeciążeniem, zmianą dotychczasowych ról, odpowiedzialnością za dziecko, zmianami w relacji partnerskiej, izolacją, presją społeczną oraz wieloma innymi czynnikami.

Nie należy więc sprowadzać depresji poporodowej ani wyłącznie do hormonów, ani wyłącznie do psychologicznej reakcji na macierzyństwo.

W zależności od stanu konkretnej osoby potrzebne mogą być różne formy pomocy: wsparcie psychologiczne, psychoterapia, konsultacja psychiatryczna, leczenie farmakologiczne, diagnostyka medyczna, wsparcie społeczne i praktyczna pomoc w codziennym funkcjonowaniu.

Psychoterapia i farmakoterapia

Psychoterapia i farmakoterapia nie są konkurencyjnymi sposobami pomocy, spośród których psycholog powinien wybrać „lepszy”.

W zależności od obrazu klinicznego zastosowanie może mieć psychoterapia, farmakoterapia albo połączenie obu form leczenia.

Psycholog nie powinien samodzielnie zalecać klientowi rozpoczęcia, zmiany dawkowania ani odstawienia leków przeciwdepresyjnych.

Jeżeli klient przyjmuje leki, decyzje dotyczące farmakoterapii powinny być omawiane z lekarzem prowadzącym.

Podobnie poprawa stanu podczas psychoterapii nie oznacza automatycznie, że leki stały się zbędne. O tym, czy i w jaki sposób można zmieniać farmakoterapię, decyduje lekarz wspólnie z pacjentem.

Rolą psychologa jest natomiast praca nad psychologicznymi i behawioralnymi aspektami trudności klienta oraz — kiedy jest to potrzebne — współpraca z innymi specjalistami.

Kiedy potrzebna jest konsultacja lekarska lub psychiatryczna?

Nie podejmujemy tej decyzji wyłącznie na podstawie arbitralnego wyniku testu.

Bierzemy pod uwagę cały obraz funkcjonowania klienta, w tym:

nasilenie i czas trwania objawów,

stopień ograniczenia codziennego funkcjonowania,

myśli i zachowania samobójcze,

objawy psychotyczne,

epizody znacznego pobudzenia lub inne objawy mogące wskazywać na zaburzenie afektywne dwubiegunowe,

współwystępujące zaburzenia psychiczne,

używanie alkoholu lub innych substancji,

stan somatyczny,

przyjmowane leki,

wcześniejsze epizody depresyjne i dotychczasowe leczenie.

W przypadku wątpliwości konsultacja z lekarzem lub psychiatrą nie jest porażką psychoterapii. Jest elementem odpowiedzialnego postępowania.

Szczególnie ważna jest ocena bezpieczeństwa klienta.

Jeżeli pojawiają się myśli o śmierci lub samobójstwie, nie ograniczamy się do wyniku kwestionariusza. Pytamy o nie bezpośrednio i spokojnie, oceniając między innymi aktualność

myśli, zamiar działania, wcześniejsze zachowania samobójcze, dostęp do środków umożliwiających zrobienie sobie krzywdy oraz dostępne wsparcie.

W przypadku bezpośredniego zagrożenia życia priorytetem jest zapewnienie bezpieczeństwa i uruchomienie odpowiedniej pomocy kryzysowej lub medycznej.

Autorski algorytm pracy

Dla uporządkowania procesu proponuję pięć obszarów pracy:

Krok 1. Ocena stanu i bezpieczeństwa.

Krok 2. Ustalenie zasad współpracy i planu terapii.

Krok 3. Praca pomiędzy spotkaniami i stopniowe odzyskiwanie aktywności.

Krok 4. Praca z aktualnym doświadczeniem klienta, między innymi z wykorzystaniem TKO.

Krok 5. Indywidualna praca nad czynnikami podtrzymującymi trudności oraz utrwalaniem zmian.

Nie należy traktować tych etapów jako sztywnego protokołu.

W praktyce mogą się przenikać, powtarzać i zmieniać kolejność w zależności od potrzeb klienta.

Krok 1. Ocena stanu

Kwestionariusze mogą być przydatnym elementem pierwszej oceny oraz późniejszego monitorowania zmian.

Nie powinny jednak zastępować wywiadu klinicznego.

Wynik testu sam w sobie nie odpowiada na pytania:

Dlaczego klient czuje się w ten sposób?

Jak długo utrzymują się objawy?

Jak wpływają na jego funkcjonowanie?

Czy istnieje zagrożenie dla jego bezpieczeństwa?

Czy występują inne problemy wymagające uwzględnienia?

Jakiej pomocy aktualnie potrzebuje?

Jeżeli korzystamy z kwestionariusza, powinno być to narzędzie odpowiednie do celu, a jego wynik interpretujemy zgodnie z zasadami właściwymi dla danego narzędzia.

Nie potwierdzamy wyniku za pomocą rysunku, karty metaforycznej, testu skojarzeniowego ani reakcji ciała.

Takie metody mogą być wykorzystane do rozmowy i eksplorowania subiektywnego doświadczenia klienta, ale nie zwiększają automatycznie wiarygodności diagnozy.

Lęk a depresja

Objawy lękowe i depresyjne często mogą występować jednocześnie.

Nie oznacza to jednak, że lęk jest zawsze pierwszym etapem prowadzącym do depresji ani że osoba z wysokim poziomem lęku „w następnym kroku” nieuchronnie zachoruje na depresję.

U jednego klienta dominować mogą objawy depresyjne.

U innego — lękowe.

U kolejnego występują jednocześnie.

Dlatego oceniamy oba obszary, ale nie tworzymy automatycznego łańcucha:

lęk → wyczerpanie psychiki → depresja.

Interesuje nas konkretny sposób funkcjonowania konkretnego człowieka.

Krok 2. Ustalenie zasad współpracy

Depresja może znacząco ograniczać motywację, energię, zdolność koncentracji i inicjowania działania.

Klient może więc wiedzieć, że terapia jest dla niego ważna, a jednocześnie mieć ogromną trudność z przyjściem na spotkanie, wykonaniem zadania czy podjęciem nawet prostego działania.

Nie należy automatycznie interpretować tego jako oporu.

Warto powiedzieć wprost:

„Jednym z elementów depresji może być to, że rzeczy, które normalnie byłyby stosunkowo proste, wymagają teraz znacznie więcej wysiłku. Dlatego wspólnie zastanowimy się, jak zorganizować pracę, żeby była możliwa do wykonania również w gorszych dniach”.

Kontrakt terapeutyczny powinien określać między innymi:

cel i wstępny kierunek pracy,

częstotliwość spotkań,

zasady odwoływania wizyt,

zakres poufności i jej ograniczenia,

sposób reagowania w sytuacji kryzysowej,

rolę pracy pomiędzy spotkaniami,

zasady współpracy z innymi specjalistami, jeśli jest potrzebna.

Możemy również umówić się na określony okres pracy, po którym wspólnie ocenimy rezultaty.

Na przykład:

„Przez najbliższe cztery tygodnie będziemy pracować według ustalonego planu, a następnie sprawdzimy, co się zmieniło i czego potrzebujesz dalej”.

Nie oznacza to gwarancji, że depresja ustąpi w ciągu czterech czy pięciu spotkań.

Taki okres jest punktem kontrolnym, a nie obietnicą wyleczenia.

Płatność nie jest narzędziem motywowania klienta

Nie wykorzystujemy przedpłaty za kilka spotkań jako sposobu zmuszania osoby z depresją do kontynuowania terapii.

Zasady finansowe powinny być jasne, przejrzyste i zgodne z zasadami prowadzenia praktyki, ale nie powinny pełnić funkcji psychologicznej kary za przerwanie terapii.

Klient ma prawo zrezygnować z terapii.

Jeżeli chce ją przerwać, warto spróbować zrozumieć przyczynę:

Czy terapia jest zbyt obciążająca?

Czy klient nie widzi jej sensu?

Czy nie odpowiada mu sposób pracy?

Czy pogorszył się jego stan?

Czy pojawiły się trudności finansowe lub organizacyjne?

Czy objawy depresyjne utrudniają mu dotarcie na spotkanie?

Odpowiedź może być ważną informacją dla dalszego postępowania.

Klient ma prawo odmówić wykonania ćwiczenia

Jeżeli proponuję pracę z obrazem, rysunkiem, kartą albo inną techniką, klient ma prawo powiedzieć:

„Nie chcę tego robić”.

Nie oznacza to automatycznie braku gotowości do terapii.

Pytam wtedy:

„Co w tym ćwiczeniu Ci nie odpowiada?”

Być może klient nie lubi wizualizacji.

Być może technika wywołuje zbyt silne emocje.

Być może nie rozumie jej celu.

Być może woli pracować poprzez rozmowę.

Być może po prostu nie chce wykonywać tego konkretnego ćwiczenia.

Możemy wyjaśnić cel proponowanej metody, ale ostatecznie praca terapeutyczna powinna opierać się na współpracy, a nie podporządkowaniu klienta instrukcjom terapeuty.

Psycholog odpowiada za sposób prowadzenia procesu.

Klient zachowuje prawo do decydowania o własnym udziale w nim.

Współpraca z psychiatrą

Psychoterapia może być prowadzona równolegle z leczeniem psychiatrycznym.

W wielu przypadkach taka współpraca jest potrzebna i korzystna.

Psycholog pracuje między innymi nad:

wzorcami myślenia i zachowania,

regulacją emocji,

aktywnością,

relacjami,

sposobami radzenia sobie,

problemami i wydarzeniami życiowymi,

czynnikami podtrzymującymi trudności,

odbudowywaniem zasobów i poczucia wpływu.

Psychiatra odpowiada za medyczną ocenę stanu pacjenta oraz, jeśli jest to wskazane, farmakoterapię.

Nie zakładamy przy tym, że psychiatra jedynie „tłumi objawy”, podczas gdy psycholog „usuwa prawdziwą przyczynę”.

Obie formy pomocy mogą dotyczyć różnych aspektów tego samego problemu.

Jeżeli klient chce odstawić leki, psycholog nie prowadzi procesu „odzwyczajania od tabletek”.

Może natomiast pomóc klientowi przygotować pytania do lekarza, omówić obawy związane z leczeniem oraz wspierać go psychologicznie podczas zmian uzgodnionych z lekarzem.

A co z TKO?

W moim sposobie pracy TKO może być jednym z ważnych elementów terapii.

Nie traktuję jednak tej metody jako odpowiednika leku ani jako sposobu na „przeprogramowanie” depresji.

Praca z obrazem może pomóc klientowi przedstawić doświadczenie, które trudno opisać słowami.

Możemy zapytać:

„Gdyby Twój obecny stan miał obraz, jaki by był?”

Klient może odpowiedzieć:

„Jakbym siedział na dnie ciemnej studni”.

Nie interpretujemy wtedy:

„Studnia oznacza Twoją nieświadomość”.

Pytamy:

„Co jest najtrudniejsze w tej studni?”

„Jak czujesz się jako osoba, która tam siedzi?”

„Czy widzisz wyjście?”

„Czego potrzebujesz w tej sytuacji?”

„Co mogłoby sprawić, że byłoby Ci choć odrobinę łatwiej?”

Być może klient zobaczy światło.

Być może pojawi się drabina.

Być może ktoś poda mu rękę.

Być może na razie nic się nie zmieni.

Każda z tych odpowiedzi jest informacją o aktualnym doświadczeniu klienta, a nie obiektywną diagnozą jego psychiki.

Metafora nie musi stać się pozytywna

Nie zmuszamy klienta do stworzenia obrazu:

„Jestem szczęśliwy, pełen energii i wszystko jest dobrze”.

Dla osoby w głębokim obniżeniu nastroju taki obraz może być całkowicie niewiarygodny.

Czasami ważniejsza jest niewielka zmiana:

**ciemność staje się trochę mniej gęsta,
w studni pojawia się miejsce, na którym można wygodniej usiąść,
człowiek zauważa drabinę, choć jeszcze nie ma siły się po niej wspinać,
pojawia się ktoś, kto może zostać obok.**

Celem nie jest stworzenie idealnej sceny.

Celem jest sprawdzenie, czy klient może doświadczyć choć odrobiny większej możliwości, bezpieczeństwa, wpływu albo nadziei.

Następnie pytamy:

„Co odpowiednikiem tej zmiany mogłoby być w rzeczywistym życiu?”

Jeżeli w metaforze pojawiła się pomocna osoba, być może realnym krokiem będzie telefon do kogoś bliskiego.

Jeżeli pojawiło się miejsce odpoczynku, być może klient potrzebuje inaczej zorganizować dzień.

Jeżeli zobaczył drabinę, możemy zapytać:

„Jaki byłby pierwszy szczebel w rzeczywistości?”

Właśnie w tym miejscu metafora zaczyna łączyć się z codziennym działaniem.
