

Michał Głuszek

Ośrodek Psychoterapii i Rozwoju Osobistego Psycheland we Wrocławiu

Czy w pigułce możemy połknąć matkę? Przemyślenia na temat farmakoterapii przeciwdepresyjnej w przebiegu psychoterapii grupowej

*Can you swallow your mother as a pill? Thoughts
on antidepressant pharmacotherapy in the course
of group psychotherapy*

Abstract

To this day, the complicated mechanism of antidepressants and its effects are not fully known, although their effectiveness is not undermined. A fascinating area of research and reflection, very useful in clinical practice, may be the area at the junction of brain biochemistry and the rest of our body as well as the psychological mechanisms, which are on the one hand beneficiaries of pharmacology, and on the other hand regulate its effects. One of the more recent studies shows that the state, which can be achieved after taking SSRI antidepressants, is reminiscent of the feeling of being in a relationship with a caring — as the psychotherapist Donald Winnicott would say — good enough mother. If we accept that chemical substances affect our feelings, thoughts and relationship patterns, then they also affect our relational schemas and therefore real life relations. Thus, they also affect the way psychotherapy is conducted. This process seems to be most visible in situations where we have a wealth of relationship interaction - in group psychotherapy.

Psychiatry 2016; 13, 3: 137–142

Key words: depression, group psychotherapy, SSRI pharmacotherapy, object relations theory

Wstęp

W trakcie jednego z seminariów dr. Sławomira Murawca w Laboratorium Psychoedukacji, dotyczącego zasad działania i stosowania leków psychotropowych, doszło do ciekawej wymiany myśli pomiędzy uczestnikami. Chodziło o przyczyny odroczonego działania substancji stosowanych w leczeniu zaburzeń ze spektrum lękowo-depresyjnego, zwłaszcza tych zaangażowanych w działanie układu serotonergicznego, czyli popularnej grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI, *selective serotonin reuptake inhibitors*). Powodują one zwiększenie stężenia neuroprzekaznika serotoniny (5-hydroksytryptaminy) w przestrzeni mię-

dzynaptycznej poprzez hamowanie jego wychwytu zwrotnego. Bezpośrednie działanie tego typu leków to szybkie następstwo przyjęcia już jednorazowej dawki, ewentualny efekt kliniczny w postaci redukcji objawów depresji, obserwuje się jednak dopiero po 2–3 tygodniach ich regularnego przyjmowania. Co się więc dzieje przez ten czas? W jaki sposób reakcje biochemiczne w naszym układzie nerwowym przekładają się na obserwowane przez klinicystów: poprawę nastroju, zmiany w myśleniu, korektę obrazu siebie i świata wokół, odmienną interpretację przeszłości i inne odczucia wobec przyszłości, czy wreszcie głębokie zmiany w funkcjonowaniu interpersonalnym? Tego typu pytania zadaje sobie obecnie pewnie wielu badaczy na świecie, proponując różne hipotezy wyjaśniające. Pracuję jako psychoterapeuta indywidualnie i grupowo, szczególnie interesuje mnie więc zależność pomiędzy oddziaływaniem farma-

Adres do korespondencji:

Michał Głuszek
Ośrodek Psychoterapii i Rozwoju Osobistego Psycheland
ul. Pieszycza 7, 50–537 Wrocław
e-mail: mg.gluszek@gmail.com

koterapeutycznym w przebiegu depresji a psychoterapią grupową, która (często równolegle z terapią lekową) przynosi w leczeniu depresji bardzo dobre rezultaty i wpływa na zmianę w obrazie świata (obiektów) oraz na uczenie się w intensywnych relacjach interpersonalnych. W tekście chciałbym się skupić przede wszystkim na możliwych praktycznych implikacjach stosowania leków w psychoterapii grupowej i w oparciu o rozumienie teorii relacji z obiektem. Temat wydaje się dość skomplikowany jak na krótkie i być może powierzchowne traktowanie, ale warto skupić się na tym, co najciekawsze i możliwe do szybkiego zastosowania w praktyce. Zostaną więc pominięte meandry diagnostyczne wynikające z różnych postaci depresji o zróżnicowanej etiologii, współwystępowanie depresji z innymi zaburzeniami i chorobami psychicznymi oraz fizycznymi. Opisując funkcjonowanie grupy terapeutycznej na potrzeby tego tekstu, nie będę się też zajmował różnicami teoretycznymi w ramach psychoterapii grupowej, która jak cała psychoterapia jest niejednorodna i dopuszcza wiele nieraz wzajemnie wykluczających się głosów.

Depresja

Depresja wpływa negatywnie na funkcjonowanie osób chorych zarówno w obszarze emocjonalnym, jak i kognitywnym oraz społecznym. Powszechnie znany jest pozytywny wpływ farmakoterapii na leczenie różnych form depresji. Leki działają na objawy związane z zaburzeniami nastroju, istnieje wiele badań potwierdzających ich skuteczność. Jednymi z częściej stosowanych w Polsce są te z grupy SSRI. Od pewnego czasu zwraca się coraz większą uwagę na istotność leczenia deficytów poznawczych występujących u 94% pacjentów depresyjnych w fazie ostrej choroby. Liczba kolejnych epizodów powoduje narastanie deficytów poznawczych w depresji, które negatywnie regulują funkcjonowanie psychospołeczne osób chorych. Jak piszą Jarema i wsp. [1]: „Zwyczajnie uważa się, że deficyty kognitywne związane z poznaniem „zimnym” [niezwiązanym z emocjami] wydają się nie ustępować w czasie remisji, a przetrwałe deficyty tego typu wiążą się z gorszą reakcją na leki przeciwdepresyjne”. Od niedawna, również w tym obszarze zaczęto włączać stosowne leczenie farmakologiczne (np. Worioksetyna).

Farmakoterapia i relacje z ludźmi

Jaki wpływ mogą mieć leki przeciwdepresyjne na relacje międzyludzkie? Serotonina, składnik wielu leków przeciwdepresyjnych, łagodzi odpowiedź na separację, intensyfikuje dbanie i zachowania afiliacyjne, zmniejsza agresję [2]. Jedną z częstych obserwowanych przyczyn rozwijającej się depresji jest doświadczona przez daną

osobą strata związana z rozstaniem. Może to być realna strata (np. śmierć kogoś bliskiego) lub wydarzenie życiowe które ponownie wzbudza reakcję organizmu na doznaną kiedyś stratę (np. rozwód, który ożywia cierpienie związane z nieobecny w dzieciństwie opiekunem). Może to być też strata symboliczna (utrata złudzeń, marzeń), relacyjna (np. strata/brak zainteresowania ze strony bliskiej osoby) związana z naszym poczuciem własnej wartości (np. sprawności fizycznej, urody) czy też traktowana jako porażka w osiągnięciu celów. Straty mogą być różne, ale potrafią wywoływać ogromne cierpienie, co wie każdy, kto choć raz nieszczęśliwie się zakochał. Rozstanie jest tym boleńsze, im ważniejsza była dla nas relacja z osobą, rzeczą, symbolem, wyobrażeniem o sobie. Neuroplastyczność mózgu, jego nieustanne przekształcania, które dokonują się wraz z nabywaniem nowych informacji, sugeruje, że bazą pod nasz późniejszy odbiór rzeczywistości, będą wcześniejsze doświadczenia. Poczucie siebie, tak zwane „self” rozwija się w ramach społecznego mózgu [3]. Self składa się z wielu warstw neuronalnego przetwarzania informacji, od najbardziej pierwotnych i prostych do coraz bardziej złożonych, które powstają w miarę, jak się starzejemy. W młodym organizmie pierwsze systemy wewnątrz cielesnych doznań są łączone przez systemy sensomotoryczne, do których dołącza przetwarzanie emocjonalne i poznawcze. Na tym wszystkim nabudowują się abstrakcyjne pomysły i przekonania. Wszystkie te systemy są ze sobą splecione w kontekście naszych relacji z innymi ludźmi. Tak więc podstawą naszego reagowania na późniejsze straty w dorosłym życiu, będzie zbiór rozwiązań podobnych sytuacji z naszego dzieciństwa. Jako małe dzieci byliśmy całkowicie zależni od naszych opiekunów, sami niewiele mogliśmy zrobić, byli więc oni dla nas prawie dosłownie całym światem. Szczególnie miejsce zajmuje tu matka (lub inna opiekunka), z którą większość dzieci ma najintensywniejszy fizyczny i psychiczny kontakt, począwszy od pierwszych dni po narodzinach. W ten sposób staje się ona jednym z najważniejszych obiektów (podobnie jak nieco później ojciec, inni opiekunowie i osoby, z którymi spędzamy dużo czasu w intensywnej relacji), które w umyśle małego, a później większego człowieka, są zbiorem zakodowanych zmysłowych wrażeń odnośnie do kontaktu, uczuć, myśli i fantazji, a także pierwotnych, bazalnych prototypów relacji międzyludzkich. Można by pewnie powiedzieć, że z jednej strony obiekt to funkcja mózgu prowadząca do myślenia i odczuwania w pewien sposób, który przeżyliśmy od ważnych ludzi w naszym życiu. Z drugiej są to wyobrażenia i wspomnienia o tych osobach, z którymi możemy się nadal kontaktować w swojej głowie. Obiekty są w tle. Odnosimy się do nich, kiedy reagujemy na wydarzenia w naszym życiu. Różne

obiekty stanowią różne aspekty naszej osobowości, które „włączają nam się”, często nieświadomie i modyfikują nasze zachowanie oraz widzenie świata. Czasem możemy się czuć jak te obiekty, zachowywać się tak jak na przykład zachowałby się w takiej sytuacji nasz ojciec, a czasem w kontakcie z kimś innym możemy czuć się tak, jak czuliśmy się kiedyś w obecności swojego ojca. Wczesnodziecięce relacje, z których powstają z czasem relacje obiektywne, są niezwykle ważne. Z badań jednego z twórców neuropsychoanalizy — Pankseppa wynika, że już od narodzin jesteśmy „zachęceni” przez nasz organizm do tworzenia bliskich relacji [2]. W takiej relacji między matką a jej dzieckiem uruchamia się endogenny układ opioidowy, który jest odpowiedzialny za odczucia błogostanu u dziecka i odczucia błogostanu u matki, który jest u niej również „odkurzeniem” tego wspaniałego stanu z czasów, kiedy sama była dzieckiem. Opioidy podobnie jak wspomniana wcześniej serotonina, zmniejszają lęk separacyjny, a także przeżywanie żałoby po stracie.

Antydepresanty a relacje z obiektami

Biorąc pod uwagę wzajemne nakładanie się neuronalnych składników mediujących społeczne interakcje z mechanizmami działania leków przeciwdepresyjnych, pojawia się ciekawa możliwość. Mogą one pomagać poprzez imitowanie (błogostan, zmniejszony lęk separacyjny) lub promowanie pozytywnych relacji społecznych [2]. Wyniki badań pokazują, że leki przeciwdepresyjne są skuteczne w depresji związanej z żałobą, zmniejszają nie tylko objawy depresyjne, ale i subiektywnie odczuwane cierpienie. Rezultaty te sugerują, że leki te wpływają na funkcjonowanie naszego neurobiologicznego systemu przywiązania/separacji. Lepsze jakościowo (realnie lub we własnych przeżyciu) relacje społeczne wpływają na poprawę nastroju, funkcjonowania poznawczego i zachowanie. Być może więc u podłoża może leżeć w dłuższej perspektywie czasowej na przykład tworzenie nowych relacji obiektywnych, modyfikowanie starych lub kontaktowanie się z pozytywnymi aspektami zapamiętanych kiedyś relacji z bliskimi, które dziś są zapisane w postaci relacji z obiektem wewnętrznym. Proces może zachodzić poprzez nabywanie nowych doświadczeń w wewnętrznym, pozytywnym przeżyciu i w realnym kontakcie z innymi. A wszystko dzięki neuroplastyczności mózgu i elastyczności naszej pamięci. Z pomocą przychodzi neuronauka. Konstruowanie pamięci jest procesem grupowym, osadzonym wewnątrz społecznego kontekstu i łączącym uczucia z działaniem oraz nasze poczucie siebie z innymi. Okazuje się, że zachowane przez nas wspomnienia ewoluują. Pamięć nie jest twardym dyskiem zawierającym stałe dane. Składa się z niezliczonych

historii raz opowiedzianych, później reorganizowanych i tworzonych na nowo z każdym kolejnym opowiedzeniem. Za każdym razem, gdy uzyskujemy dostęp do naszej pamięci, może ona zostać zmodyfikowana przez nowe doświadczenie, które zwiększa jej dopasowanie do aktualnej sytuacji. Dobrą stroną jest to, że trudne lub pogmatwane wspomnienia mogą zostać zrestrukturyzowane. Ponowne odwiedzenie i przegląd przeszłości (a także myśli, przekonań, [uczuć] z nią związanych) jest jednym z centralnych komponentów psychoterapii psychodynamicznych, poznawczo-behawioralnych i systemowych [3].

Kortykoliberyna (CRF, *corticotropin releasing factor*) i oksytocyna mogą być dwoma neuropeptydami, poprzez które leki przeciwdepresyjne modulują lęki separacyjne i więzi społeczne. Oksytocyna jest odpowiedzialna między innymi za uczucia związane z pozytywnymi interakcjami społecznymi. Indukuje dobre samopoczucie oraz poczucie doświadczania bezpiecznego przywiązania z drugą osobą. Wydzielanie oksytocyny wiąże się ze stymulacją receptorów serotoninowych, a neurony produkujące oksytocynę zawierają transportery serotoniny, które są celem oddziaływania wielu leków przeciwdepresyjnych. Wskazywano, że wysoki toniczny poziom serotoniny (taki jaki jest wywołany przez przewlekłe leczenie przeciwdepresyjne) wiąże się z bezpiecznym i zaspokojonym stanem aktywności dziennej, w którym wpływ niekorzystnych zdarzeń na emocje i zachowania jest minimalizowany [2].

Widać więc, że relacja z drugim człowiekiem jest silnie zakorzeniona w neurochemii naszego mózgu. Zaangażowane wtedy są takie substancje, jak choćby opioidy endogenne, CRF, oksytocyna i serotonina. Te substancje chemicznie wprowadzają nas w emocjonalno-poznawczy stan, który jest charakterystyczny dla sytuacji bycia w kontakcie z wystarczająco dobrym opiekunem. Poczucie bezpieczeństwa, zaspokojenia, buforowanie przed stresem to funkcje efektywnego opiekuna-obiektu [2]. Są wspaniałym zaczynem bliskości w relacji. W pewnym sensie może być tak, że lek przeciwdepresyjny na poziomie biochemii mózgu uruchamia taką kaskadę zmian, którą w naszym subiektywnym odczuciu (niekoniecznie świadomym) utożsamiamy ze społeczną dobrą relacją z drugim człowiekiem. Taką, która jest naznaczona troską i opieką. Lek może więc uruchamiać w naszej nieświadomości kontakt z wewnętrznym, dobrym obiektem. Jeśli w dostępnym nam zbiorze obiektów znajdują się tylko te agresywne, odrzucające czy niezainteresowane nami, być może antydepresant promuje pozytywną restrukturyzację obiektu opiekuna w dobry, kojący i bezpieczniejszy obiekt. Zgodnie z bardziej pozytywnym aktualnym doświadczeniem wspieranym przez farmakoterapię, można

modyfikować stare połączenia neuronalne, w których zapisane są bardziej traumatyczne doświadczenia i reakcje na nie. Proces mógłby być podobny do opisywanego wyżej mechanizmu funkcjonowania naszej pamięci. Sam lek może stać się symbolem dobrego opiekuna, który jest zawsze pod ręką, gotów nieść pomoc, do którego kierujemy też uczucia przeniesione z wcześniejszych relacji. Emocje i ustosunkowania zapewne mogą znosić działanie leku lub je wzmacniać. Podobnie jak sam lek może wpływać na nasze uczucia, myśli i system więzi. Pewien nowy konglomerat organizmicznych reakcji fizjologicznych, emocjonalnych, poznawczych i zachowań może zająć miejsce pośród naszych wewnętrznych obiektów, będących, mówiąc w uproszczeniu, zbiorem takich reakcji. Może się to odbywać na zasadzie uczenia się kolejnej relacji. Tak jak realne relacje z ludźmi uewnętrzniają się w psychiczne relacje obiektualne, tak być może realne „relacje” z lekiem przeciwdepresyjnym tworzą nowe, lub modyfikują stare relacje obiektualne.

Wpływ leków przeciwdepresyjnych na proces psychoterapii grupowej

Uczestnicy grup terapeutycznych są rzucani na głęboką wodę relacyjną. Od pierwszych konsultacji, powoli stają się częścią budującej się grupy. Na pierwszej sesji, w pełni doświadczają tego, co to znaczy być w grupie osób, które widzą się wzajemnie, gdzie nie bardzo jest jak się ukryć. Warunki konieczne dla istnienia grupy terapeutycznej same w sobie wywołują ogromny lęk i sprzyjają regresji [4]. Ta uruchamia regresyjne mechanizmy obronne, takie jak chociażby projekcja (oddzielanie uczucia lub pragnienia jako „niemoje” i przypisywanie go innej osobie) czy dysocjacja (oddzielanie uczucia lub pragnienia jako „niemoje” i odcięcie się od doświadczania go), które znacząco utrudniają zdrowienie. Terapia grupowa ma na celu między innymi kształtowanie umiejętności zdawania sobie z chwili na chwilę sprawy z przeżywanych stanów wewnętrznych, w reakcji na inne osoby w grupie. Pomaga w łączeniu odszczepionych elementów self, które wywołują cierpienie, łączeniu się z innymi we wspólnocie przeżyć i doświadczeń, nawiązywaniu z nimi połączeń komunikacyjnych, ćwiczeniu bycia w bliskiej relacji z drugim człowiekiem. Regresyjne mechanizmy obronne opierające się na rozszczepieniu uniemożliwiają tę naukę. Zamiast łączyć, dzielą. Im więcej lęku, tym więcej regresji i podziałów. Te elementy prowadzą według Nitsuna do destrukcji, siła niszcząca jest reprezentowana przez antygrupę.

Wpływ leków antydepresyjnych na procesy zachodzące w grupie mógłby na przykład poprzez obniżenie lęku i promowanie poczucia bezpieczeństwa wyhamowywać regresję i uruchamianie się regresyjnych mechanizmów

obronnych. Z jednej strony brzmi to dobrze — mniej rozszczepienia, więc grupa będzie lepiej pracowała. Szybciej nawiążą się relacje, możliwa będzie szybsza współpraca. Z drugiej strony pewien poziom frustracji i lęku jest niezbędny do rozwoju grupy. Regresja uaktywniająca regresyjne mechanizmy obronne czy sprzyjająca intensywnym formom agresji (w działaniu lub fantazji) wywołującej charakterystyczny w depresji mechanizm obronny „ataku na Ja”, pozwalają na zaobserwowanie na żywo i przeżycie, z czym uczestnicy mają problem na co dzień. Wtedy możliwa jest pomoc. Znacznie utrudniona jest pomoc w uświadomieniu sobie i zmianie mechanizmu wpędzającego w depresję, bez jego wystąpienia na sesji, bez podłączenia do żywego doświadczenia. Być może przydymienie emocjonalne w obszarze przeżywania lęku, złości, konfliktu będzie wydłużało proces terapii? Być może na przykład w fazie różnicowania i konfliktów uczestnicy w aktywnej farmakoterapii będą mniej skorzy do jawnego wyrażania złości, a konflikt będzie wolno pełzał pod cienką warstwą jawnej, słownej komunikacji? A być może, pewne „znieczulenie” na lęk pozwoli właśnie lepiej „wejść” w grupę, bez nadmiernego wycofania. Większa aktywność w grupie bezpośrednio przecież przekłada się na końcowy sukces terapeutyczny. Zapewne duże znaczenie ma rodzaj stosowanego leku, jego dawki oraz zmiany ich wysokości w trakcie przebiegu terapii grupowej.

Grupa może być dla każdego uczestnika nie tylko zbiorem obiektów, czyli fantazji i reakcji na temat każdego z uczestników i prowadzących, związanych z naszymi wcześniejszymi doświadczeniami relacyjnymi. Jak pisze Nitsun [4], zapożyczając pojęcie „całości grupowej” od psychoanalitka grupowego Biona, grupa może tworzyć jeden, całościowy obiekt. Taka grupa jako obiekt ma między innymi funkcję kontenerującą, czyli mieszczącą, przyjmującą i tłumaczącą z jednego języka „na nasze”. Tak jak opiekuńcza matka wobec małego dziecka, które czuje, ale nie rozumie świata na zewnątrz ani swojego wewnętrznego świata impulsów i emocji. Potrzebuje ono rozeznania i zainteresowania ze strony opiekuna. Dzięki akceptacji i pomocy w nazwaniu tego, co przeżywa, oraz wytłumaczeniu mu, co się z nim dzieje i co się dzieje dookoła, zaczyna integrować różne elementy siebie. To, co czuje, z tym, co myśli i robi. To, co było kiedyś, z tym, co jest teraz i co może być w przyszłości. Zaczyna też rozróżniać, co jest jego, a jakie myśli, intencje czy uczucia nie należą do niego. Jest to więc proces odwrotny do mechanizmu projekcji. Zaczyna postrzegać, że to co się w nim dzieje, nie jest złe i niebezpieczne, bo zostało przyjęte i nazwane. Ono więc jest porządku i świat wokół jest w porządku. Postrzegając grupę jako obiekt, kierujemy do niej różne uczucia, fantazje, impulsy, oczekiwania

i żądania, tak jak kiedyś kierowaliśmy do opiekunów, a dzisiaj do innych ludzi. Zastanawiające jest, jaki wpływ na obiektywne postrzeganie grupy jako całości, ale też terapeutów i innych uczestników z osobna, może mieć przyjmowanie leków przeciwdepresyjnych.

Być może jedną z możliwych wersji wydarzeń jest pewna forma konkurencji. Przyzwyczajeni do poczucia bycia w relacji z dobrym obiektem-lekiem, możemy być mniej chętni do zawierzenia się grupie. Grupa może być postrzegana jako zachęcająca do kontaktowania się z odszczępionymi i niechcianymi uczuciami (np. złości), podczas gdy lek koi stan cierpienia i depresji spowodowany jej pojawianiem się. W istocie, mogą to być dwa procesy ciągnące daną osobę w dwóch przeciwnych kierunkach. Pogorszenie objawów depresyjnych i lękowych w trakcie terapii, w wyniku na przykład kontaktu z nieprzyjemnymi stanami emocjonalnymi, może powodować zwiększenie dawki przyjmowanych leków, a to zwrótnie może zwiększać „wyłączanie się” z silnie nasączonego emocjami procesu terapeutycznego w grupie. W innej sytuacji, gdy lek nie przynosi spodziewanego efektu (badania wskazują np. na słabsze działanie antydepresantów u osób z silną traumą relacyjną z dzieciństwa [2]), tendencja do obsadzenia grupy w roli dobrego obiektu może być silniejsza. Możliwa jest też i z pewnością bardzo cenna współpraca między lekiem a grupą. Ten pierwszy może ułatwiać, czy wręcz umożliwiać, bycie w grupie w początkowych fazach jej trwania, by z czasem, dzięki zmniejszaniu dawek, coraz bardziej dopuszczać do głosu niechciane impulsy i pomagać w kształtowaniu umiejętności ich pomieszczenia we własnym doświadczeniu. Moją fantazją na ten temat jest sytuacja, w której lek antydepresyjny może pełnić rolę dobrego, kojącego obiektu matczynego, podczas gdy grupa może być dobrym, zachęcającym do eksperymentów obiektem ojcowskim. Wówczas sprzężony proces farmakoterapii w stanach depresyjnych i psychoterapii grupowej byłby metaforą dojrzewania: od kojącego trzymania przez matkę po szokujących doświadczeniach związanych z narodzinami, przez równoległe uwewnętrznianie pary rodzicielskiej, po coraz głębsze eksperymenty zakończone integracją wewnętrznych doświadczeń w relacji ze światem zewnętrznym.

Wnioski?

Podsumowując, czy możemy więc połknąć matkę w pigułce? Wydaje się, że w pewnym sensie tak. Przyjmując odpowiedni lek możemy niekiedy osiągnąć stan mózgu, odpowiadający naszej reakcji na kontakt z matką. Wiele zależy od sposobu działania mechanizmów naszej

nieświadomości, na przykład od wymienionego wyżej rozszczepienia na obiekt ojcowski i matczyny w przypadku łączonych oddziaływań farmakoterapeutycznych z psychoterapią grupową. Zależy to również od naszych dziecięcych doświadczeń z ważnymi obiektami i pewnie od wielu innych procesów psychicznych oraz fizycznych. Zbyt proste orzekanie w tej sprawie materializuje gilotynę redukcjonizmu. Z pewnością fascynujący jest fakt, że leki przeciwdepresyjne nie działają w próżni. Ktoś przecież mógłby rozumować tak: „zwiększając stężenie jednej substancji, podnosimy poziom innej, która z kolei podnosi nastrój i pacjent będzie szczęśliwszy/zdrowszy”. Wyniki wspomnianych badań, moje doświadczenie w pracy z pacjentami, na różne sposoby sugerują, że działanie leków przeciwdepresyjnych na poziomie chemicznym jest częścią większego, skomplikowanego systemu. Zaliczają się do niego między innymi nasze reakcje na realne relacje z innymi ludźmi, a także na kontakt z wewnętrznymi obiektami zamieszkującymi nasz umysł. Zarysowuje się tu wspaniałe pole do wzajemnego zrozumienia pomiędzy psychiatrami i psychoterapeutami, oraz współpracy w zakresie stosowania odmiennych metod, które ostatecznie spotykają się w punkcie wspólnym. Tym punktem jest subiektywność, stanowiąca jedną z cech umysłu każdego z nas. To tutaj zbiegają się nasze indywidualne doświadczenia, ze specyficznym dla nas przetwarzaniem poznawczym i emocjonalnym, prowadzącymi do nadawania informacjom szczególnego jednostkowego znaczenia. Być może w taki właśnie sposób moglibyśmy rozumieć poprawę kliniczną osób z depresją. Zmiany w subiektywności, czyli obserwowane zmiany w postrzeganiu świata, siebie, większa motywacja do działania, wyższy poziom energii, poczucie sensu, unormowany nastrój czy sprawniejsze funkcjonowanie poznawcze, to wszystko są zmiany na pograniczu umysłu i mózgu (jako jego biologicznego korelatu). Poprzez umysł, do mózgu możemy docierać od strony psychoterapeutycznej, na przykład w formie oddziaływań grupowych nakierowanych na budowanie zdrowych relacji, większą świadomość wpływu na nie, restrukturyzację wspomnień i relacji obiektywnych, a poprzez mózg do umysłu, stosując odpowiednie substancje chemiczne, zawarte w lekach psychotropowych. Ciekawy w tym kontekście jest cytat z książki Pięć tygodni w balonie Juliusza Verne'a: „Bo czego się nie da zrobić jednym sposobem, trzeba próbować drugim. Bo w końcu gdzie nie można przejść środkiem, trzeba obejść bokiem lub przesunąć się wierzchem” [5].

W przypadku leczenia depresji mamy szansę dokonać tego wszystkiego jednocześnie.

Streszczenie

Do dziś nie jest do końca znany skomplikowany mechanizm działania leków przeciwdepresyjnych, mimo że nikt nie podważa ich skuteczności. Fascynującym obszarem badań i refleksji, bardzo przydatnym w praktyce klinicznej, może być teren na styku biochemii mózgu i reszty naszego ciała oraz psychologicznych mechanizmów, które są z jednej strony beneficjentami farmakologii, a z drugiej regulują jej efekty. Wyniki jednych z nowszych badań pokazują, że stan, który można osiągnąć po zażyciu antydepresantów z grupy SSRI, przypomina poczucie bycia w relacji z opiekunczą — jak powiedziałby psychoterapeuta Donald Winnicott — wystarczająco dobrą matką. Jeśli uznać, że przyjmowanie substancji chemicznych wpływa na nasze uczucia, myśli, wzorce więzi, to również na nasze schematy relacyjne i w związku z tym na realne relacje w życiu. Oddziałuje więc także na prowadzoną w gabinetach psychoterapię. Proces ten wydaje się najłatwiejszy do uchwycenia tam, gdzie mamy do czynienia z bogactwem relacji — w grupie psychoterapeutycznej.

Psychiatri 2016; 13, 3: ??-??

Słowa kluczowe: depresja, psychoterapia grupowa, farmakoterapia SSRI, teorie relacji z obiektem

Piśmiennictwo:

1. Jarema M., Dudek D., Czerniekiewicz A. Dysfunkcje poznawcze w depresji — nieoszacowany objaw czy nowy wymiar? *Psychiatr. Pol.* 2014; 48: 1105–1116.
2. Novick A.M. Antidepressant psychopharmacology and the social brain. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes* 2011; 74: 72–86.
3. Cozolino L. *The neuroscience of human relationships: attachment and the developing social brain.* W.W. Norton & Company, New York/London 2014: 412–426.
4. Nitsun M. *Antygrupa. Siły destrukcyjne w grupie oraz ich twórczy potencjał.* Laboratorium Psychoedukacji Szkolenia i Doradztwa, Poznań 2015: 117–139.
5. Verne J. *Pięć tygodni w balonie.* tłum. Zydorczak A. Zielona Sowa, Warszawa 2009.