

Uważność a depresja. Terapie oparte na uważności w leczeniu i zapobieganiu depresji



Dr n. med. Paweł Holas
Wydział Psychologii,
Uniwersytet Warszawski,
Centrum Psychoterapii,
Warszawa

Depresja jest najczęściej występującym zaburzeniem psychicznym o ogromnych kosztach jednostkowych i społecznych. Obecnie znajduje się ona na czwartym miejscu w rankingu chorób o najpoważniejszych skutkach społecznych, jednak przewiduje się, że w 2020 roku będzie już na drugim miejscu.[1] Depresja jest zespołem objawowym o różnym nasileniu, przebiegu i obrazie, mogącym występować w różnych zaburzeniach psychicznych. Często współwystępuje także w chorobach somatycznych. Jednocześnie najbardziej charakteryzujące ją objawy – przemożny smutek, przygnębienie, ból psychiczny – to uniwersalne, obecne w życiu każdego z nas, przynajmniej krótkotrwale i epizodycznie, doświadczenia emocjonalne. Przeżycia związane z doznaniem utraty, przemijania, ograniczeń, progów życiowych czy też porażek. Sam smutek zatem jest częścią życia, a jego doświadczanie – nieuchronne.

Czy umiemy żyć ze smutkiem, a jeśli nie, czy może to sprzyjać depresji? Czy uważność może stanowić rodzaj antidotum, bufora dla rozwijania klinicznych form depresji? Czy rozwijanie uważności poprzez jej formalny trening pozwala zmniejszyć objawy depresyjne oraz redukuje prawdopodobieństwo nawrotów depresji i przez jakie mechanizmy to zachodzi? Na te pytania postaram się udzielić odpowiedzi w tym artykule.

UWAŻNOŚĆ

Uważność (*mindfulness*) i jej założenia zostały zawarte w poprzednim artykule w „Psychiatrii po Dyplomie”,[2] w którym opisałem, czy i w jaki sposób uważność i terapie na niej oparte leczą zaburzenia lękowe. Uważność definiowana jest jako nieoceniająca świadomość tego, czego się doświadcza w bieżącym momencie,[3] włączając w to własne myśli, doznania, uczucia oraz otoczenie, z postawą otwarcia, akceptacji i zaciekawienia.[4,5] Jest to stosunkowo nowe zjawisko w naszej zachodniej kulturze, zyskujące coraz większą popularność i prasę naukową w ostatnich trzech dekadach. Jednakże była ona opisywana i praktykowana w różnych tradycjach kontemplatywnych, zwłaszcza dalekowschodnich, od przeszło 2500 lat.

Tradycje te kładą nacisk na to, że uważność rozwijana dzięki praktyce medytacyjnej jest dostępną dla każdego metodą zmniejszania cierpienia i rozwijania pozytywnych jakości, w tym: samoświadomości, mądrości, współczucia, równowagi emocjonalnej.[6]

W związku z tym już w starożytnych tekstach psychologii buddyjskiej uważność pojawia się w kontekście terapeutycznym – jako droga do uśmierzenia bólu zarówno psychicznego, jak i fizycznego oraz do rozwoju dobrostanu psychicznego, wskazuje

to na potencjalne korzyści z jej rozwijania dla terapii i zapobiegania depresji, co w ostatnich dwóch dekadach znajduje udokumentowanie w wynikach badań podstawowych dotyczących związków uważności z dobrostanem, a także w wynikach badań klinicznych oceniających skuteczność terapii opartych na uważności (MBT) w depresji i zapobieganiu jej nawrotom.

Wśród MBT najwięcej danych klinicznych dotyczy specjalnie opracowanej w celu zapobiegania nawrotom depresji terapii poznawczej opartej na uważności (MBCT),[7] a także programu redukcji stresu opartego na uważności (*mindfulness-based stress reduction* – MBSR),[8] – pierwszego generycznego treningu uważności, który stał się w kolejnych latach podstawą do opracowania innych programów, w tym MBCT. Wśród psychoterapii nawiązujących do uważności najwięcej danych dotyczących korzystnego efektu w depresji dotyczy terapii akceptacji i zaangażowania (ACT).[9]

UWAŻNOŚĆ JAKO BUFOR PRZED DEPRESJĄ

Wspomniałem, że definicje uważności mówią o niej jako o pewnym stanie świadomości bądź metaświadomości.[10] Ponieważ ludzie różnią się dyspozycją do tego stanu, możemy też mówić o uważności jako o cesze. Różnimy się naturalnie między sobą tą cechą, ale mamy też wpływ na jej rozwijanie, tzn. dzięki treningowi uważności dochodzi do wzrostu cechy uważności. Badania pokazują, że uważność jest wysoko skorelowana z różnymi wskaźnikami dobrostanu psychicznego, włączając w to pozytywny afekt, poczucie wartości oraz jakość życia,[11] a także jest ujemnie powiązana z negatywnymi wskaźnikami, takimi jak poziom stresu i ogólnej psychopatologii.[12] Ponadto uważność okazuje się chronić przed depresją, ponieważ zwiększa zdolność do regulacji emocji, samoakceptacji i współczucia wobec samego siebie,[13] a kiedy już mamy negatywne myśli i oceny, uważność sprzyja temu, żeby nasz nastrój nie przekształcił się w depresyjny.[14]

Jak to się dzieje, że bycie uważnym, czyli świadomym, obecnym i otwartym wobec doświadczenia w chwili bieżącej, sprzyja odporności na depresję i redukuje stres? Przecież ktoś może powiedzieć, że jeżeli jestem bardziej świadom cierpienia, które przeżywam, to jeszcze bardziej je czuję i potęguję. Otóż okazuje się, że niezupełnie. Przeżywanie emocji takimi, jakie one są, np. smutku bez prób natychmiastowego przepędzania go i poszukiwania ulgi, pozwala regulować emocje i nie wpadać w sidła depresji.

Ten dosyć paradoksalny efekt – większe otwarcie (uważność) na awersyjne emocje, a przy tym mniejszy negatywny ich wpływ – udało nam się uzyskać w badaniach własnych nad związkiem między uważnością a stresem. Okazało się, że mimo iż osoby, które były bardziej świadome (uważne) podczas codziennych sytuacji, odczuwały

podczas nich więcej stresu, to jednak generalnie przeżywały mniej stresu i negatywnych emocji.[15]

Osoby uważne w istocie dokonują bardziej neutralnych ocen sytuacji stresogennych, mniej unikają problemu powodującego stres, a raczej starają się aktywnie go rozwiązać.[16]

W podobnym duchu wyniki badań nad efektami formalnego treningu uważności (MBCT) w depresji wskazują, że terapia ta poprawia zdolność osób depresyjnych do cieszenia się przyjemnościami życia codziennego i przeżywania pozytywnych emocji, a więc powoduje niwelowanie tych właściwości depresji, które wiążą się z jej podtrzymaniem.[17]

Nadal pozostaje pytanie, jaki jest tego potencjalny mechanizm.

Smutek jest naturalną reakcją na sytuacje typu utraty i stanowi normalny element bycia człowiekiem. Smutek nie jest problemem; pozostawiony sam sobie minie po jakimś czasie. Problem leży w tym, niestety, że kiedy się on pojawia, sądzimy, że musimy coś zrobić, aby natychmiast przestać być smutnym. Paradoksalnie to właśnie ta awersja do smutku i związane z tym staranie się jego pozbycia sprzyjają jego podtrzymaniu i pogłębieniu. Zaczynamy bowiem porównywać stan bieżący (przygnębienie) z tym, jaki powinien być (radosny), i już samo to porównanie wiedzie do tego, że czujemy się jeszcze gorzej. Co więcej, ta rozbieżność wiedzie nas do gorączkowego poszukiwania poprawy nastroju poprzez zaangażowanie się w przemyślenie tego, co się stało i jakie to ma implikacje dla przyszłości, czyli do ruminowania. Czy to ma wpływ na występowanie depresji? Udowodniono, że tak; poleganie na ruminatywnym stylu myślenia jest jednym z lepiej udokumentowanych modeli psychologicznych depresji, ruminowanie ma dowiedziony wpływ na jej wyzwalanie i podtrzymywanie.[18] Ruminując, czujemy się coraz gorzej i ten mechanizm ma kluczowe znaczenie dla nawrotów depresji, zwłaszcza jeśli występowały w przeszłości co najmniej dwa jej epizody. Dodatkowo u osób z wywiadem depresji dzieje się często, że gdy tylko nastrój się obniża z jakiegokolwiek powodu, zaczynają myśleć dużo bardziej negatywnie o sobie i przyszłości w porównaniu z osobami, które nie przeżyły depresji (teoria różnicowego wzbudzenia).[19] Innymi słowy osobom z wywiadem depresji aktywizują się pod wpływem smutku depresyjne schematy poznawcze i nieadaptacyjne postawy z poczuciem beznadziejności i lękiem przed nawrotem. Dalsze elementy błędnego koła obejmują wycofanie z rodzajów aktywności dających przyjemność i pozytywne wzmocnienie. Mamy dowody, które opiszę dalej, iż trening uważności pod postacią terapii poznawczej opartej na uważności bezpośrednio odwraca powyższe patologiczne mechanizmy.



ryc. himnamsaiy/Fotolia.com

SKUTECZNOŚĆ TERAPII BAZUJĄCYCH NA UWAGAŃCI (MBT) W DEPRESJI

Po pierwsze, istnieją naukowe i kliniczne dowody, że MBT istotnie redukuje objawy depresyjne. Wskazuje na to szereg opublikowanych w ostatnich latach metaanaliz. [20,21] Ich wyniki potwierdzają, że MBT istotnie zmniejsza objawy depresji, a także lęku, występujące w zaburzeniach emocjonalnych zarówno pierwotnych, jak i wtórnych do chorób somatycznych. Metaanaliza Khoury i in., [21] obejmująca przeszło 12 000 pacjentów, wykazała, że skuteczność MBT była lepsza od innych aktywnych interwencji, takich jak terapia podtrzymująca, psychoedukacja czy relaksacja, oraz podobnie skuteczna jak terapia poznawczo-behawioralna i farmakoterapia. Metaanaliza skuteczności MBT opublikowana w „JAMA Internal Medicine” w 2014 roku obejmująca 36 prób klinicznych wykazała efekt wielkości dla objawów depresyjnych na poziomie 0,3 w ósmym tygodniu treningu uważności, gdy tymczasem efekt wielkości typowy dla leków przeciwdepresyjnych to średnio 0,17. [22] Redukcja objawów utrzymywała się również w pomiarach po sześciu miesiącach po MBCT. Podobnie wyniki opublikowanej w 2014 roku rygorystycznej metaanalizy badań randomizowanych oceniających skuteczność MBT w aktualnych epizodach zaburzeń lękowych i depresyjnych dokumentują jednoznacznie pozytywne efekty MBT w zaburzeniu depresyjnym. [23]

MBCT – SKUTECZNY PROGRAM ZAPOBIEGANIA NAWROTOM DEPRESJI

MBCT zostało opracowane pod koniec lat 90. XX wieku na podstawie programu MBSR z myślą o zapobieganiu nawrotom depresji. Pamiętajmy bowiem, że podstawowy problem kliniczny z zaburzeniami depresyjnymi dotyczy nie tylko skuteczności leczenia ostrego epizodu, lecz

jeszcze bardziej zmniejszenia prawdopodobieństwa nawrotów depresji, które rośnie niepomernie z każdym kolejnym epizodem. Jeżeli bowiem ktoś miał dwa bądź więcej epizodów, ryzyko nawrotu sięga 70-80 proc. [24] Program MBCT połączył trening uważności MBSR z technikami, a przede wszystkim materiałem psychoedukacyjnym terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) w odniesieniu do depresji. CBT jest złotym standardem i terapią z wyboru w leczeniu, a także zapobieganiu nawrotom depresji. Połączenie tych dwóch metod i tradycji myślenia przyniosło przełomowe odkrycia w zakresie możliwości redukcji zapobiegania nawrotom depresji. Szereg badań na dużej grupie pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową oceniających skuteczność MBCT pokazał znaczny, bo ponad dwa odchylenia standardowe, efekt w redukcji nawrotów w porównaniu ze standardowym oddziaływaniem. [7,25] Wyniki metaanalizy Piet i współpracowników wskazują, że MBCT zmniejsza ryzyko nawrotu o 43 proc. w przypadku uczestników, którzy przeszli trzy lub więcej epizodów depresji. Ponadto wykazali oni, że MBCT i leki antydepresyjne zmniejszają ryzyko nawrotu w porównywalnym stopniu. Istnieją wszakże dane, że MBCT podobnie lub lepiej poprawia jakość życia i objawy resztkowe depresji. [26] Wstępne wyniki badania klinicznego przeprowadzonego w naszym warszawskim zespole wykazały skuteczność MBCT w leczeniu epizodu depresji, ujawniając poprawę w zakresie szeregu miar psychopatologicznych i regulacji emocji. [27]

MECHANIZMY TERAPEUTYCZNEGO EFEKTU MBCT

Wyniki badań wskazują na potencjalne mechanizmy mediujące opisaną powyżej terapeutyczną poprawę u osób depresyjnych pod wpływem MBCT. Zostało wykazane, że MBCT wywiera korzystny efekt za pośrednictwem zwiększenia zdolności do uważności i samowspółczucia. [28]

Samowspółczucia, czyli bycia ze swoimi objawami (cierpieniem) w kojący i akceptujący sposób, zamiast krytykowania siebie za nie. Co więcej, MBCT zmniejsza reaktywność osób depresyjnych na zmiany nastroju i myślenia, w czym istotną rolę pełni wzrost zdolności do tzw. decentracji, czyli zdolności do nieutożsamiania się ze swoimi myślami, doznaniem i uczuciami.[28] Ponadto wykazano, że opisany przeze mnie wcześniej ruminatywny sposób myślenia istotnie zmniejsza się pod wpływem MBCT, co stanowi ważny mechanizm wyjaśniający skuteczność tej metody w leczeniu epizodów i zapobieganiu nawrotom depresji.[29]

terapeutycznymi, mają już bardzo dobrze udokumentowaną skuteczność w leczeniu, a zwłaszcza zapobieganiu depresji. Ma to odzwierciedlenie w zaleceniach Narodowego Instytutu Zdrowia i Doskonałości Klinicznej Wielkiej Brytanii (NICE), który w rekomendacjach dotyczących choroby afektywnej jednobiegunowej już od 2004 roku zaleca MBCT jako skuteczny środek w zapobieganiu nawrotom depresji.

Zdjęcie: Włodzimierz Wasyluk

PODSUMOWANIE

Uważność i terapie na niej oparte, w szczególności MBCT, mimo że są stosunkowo nowymi oddziaływaniami

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Paweł Holas

Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego

ul. Stawki 5/7

00-183 Warszawa

Piśmiennictwo

1. Lopez AD, Murray CJL. The Global Burden of Disease, 1990-2020. *Nature Medicine* 1998;4(11):1241-3
2. Holas P. Uważność a lek. *Terapie oparte na uważności w leczeniu zaburzeń lękowych*. *Psychiatria po Dyplomie* 2015;04:35-8
3. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2003;10:144-56
4. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson N D, Carmody J et al. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2004;11:230-41
5. Holas P, Jankowski T. A cognitive perspective on mindfulness. *International Journal of Psychology*. 2013;48:3,232-44
6. Goldstein J. *One Dharma: The Emerging Western Buddhism*. New York: HarperCollins Publishers 2002
7. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000;68:615-23
8. Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry* 1982;4,33-47
9. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy*. New York: Guilford Press 1999
10. Jankowski T, Holas P. Metacognitive model of mindfulness. *Consciousness and Cognition*. 2014;48:64-80
11. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 2003;84,822-48
12. Cash M, Whittingham K. What facets of mindfulness contribute to psychological well-being and depressive, anxious, and stress-related symptomatology? *Mindfulness* 2010;1:177-82
13. Jimenez SS, Niles BL, Park CL. A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. *Personality and Individual Differences* 2010;49:645-50
14. Gilbert BD, Christopher MS. Mindfulness-based attention as a moderator of the relationship between depressive affect and negative cognitions. *Cognitive Therapy and Research* 2009;34:514-21
15. Nezelek J, Holas P, Krejtz I, Rusanowska M (in press). Being Present in the Moment: Event-Level Relationships between Mindfulness and Stress, Positivity, and Importance. *Personality and Individual Differences*
16. Weinstein N, Brown KW, Ryan RM. A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. *Journal of Research in Personality* 2009;43:374-85
17. Geschwind N, Peeters F, Drukker M, van Os J, Wichers M. Mindfulness training increases momentary positive emotions and reward experience in adults vulnerable to depression: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2011;79(5):618-28
18. Nolen-Hoeksema S. *Overthinking: Women Who Think Too Much*. New York, Holt 2002
19. Teasdale JD. Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion* 1988;2:247-74
20. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2010;78(2):169-83
21. Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, Hofmann SG. Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2013;33:763-71
22. Goyal M, Singh S, Sibinga EM et al. Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine* 2014;174(3):357-68
23. Strauss C, Cavanagh K, Oliver A, Pettman D. Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: A meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS ONE* 2014;9(4)
24. Consensus Development Panel. NIMH/NIH consensus development conference statement: Mood disorders – Pharmacologic prevention of recurrence. *American Journal of Psychiatry* 1985;142:469-76
25. Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2004;72,30-1
26. Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Watkins E, Holden E, White K et al. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2008;76(6),966-78
27. Holas P, Krejtz I, Nezelek J (w przygotowaniu). Skuteczność terapii poznawczej opartej na uważności i mechanizmy zmiany w leczeniu epizodów dużej depresji
28. Kuyken W, Watkins E, Holden E, White K, Taylor RS, Byford S et al. How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behavior Research and Therapy* 2010;48:1105-12
29. Shahar B, Britton WB, Sbarra DA, Figueredo AJ, Bootzin RR. Mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy for depression: Preliminary evidence from a randomized controlled trial. *Int J Cognitive Therapy* 2010;402-18