INTERPERSONÁLNA PSYCHOTERAPIA DEPRESIÍ

1985

I N T E R P E R S O N Á L N A

P S Y C H O T E R A P I A

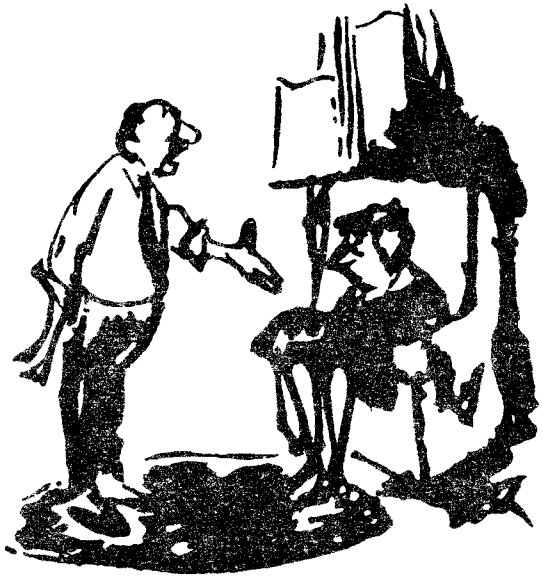
D E P R E S I E

GERALD L.KLERMAN, M.D.
MYRNA M.WEISSMAN, Ph.D.
BRUCE J.ROUNSAVILLE, M.D.
EVE S.CHEVRON, M.S.

Basic Books, Inc., Publishers New York 19[illegible]

Oblasť psychiatrie je oblasťou interpersonálnych vzťahov, za žiadnych okolností, v ktorých tieto vzťahy existujú... nemožno nikdy izolovať osobnosť od komplexu interpersonálnych vzťahov, v ktorých táto osoba žije a má svoje bytie.

Harry Stack Sullivan
Conceptions of Modern Psychiatry



"Ja ťa mám rád. To ty sa nemáš rada!"
- Weber
The New Yorker Magazine

PREHĽAD IPT

Obrázok z New Yorkera ilustruje mnohé z klinických rysov depresie. Hneď je jasné, že žena na obrázku je depresívna. Podľa čoho to vieme? O jej depresívnom stave hovoria neverbálne a behaviorálne rysy. Má skľúčený pohľad a mdlo ovisnutý nos a ústa, čo je odrazom faciálnych zmien, ktoré ako prvý opísal Darwin. Je zložená v kresle, čo je znakom "spomalenia" alebo psychomotorickej retardácie. Vyzerá zanedbano, čo je znamením neveľkej pozornosti, ktorú depresívni jedinci venujú svojmu oblečeniu a vzhľadu. A fakt, že touto depresívnou osobou je žena, je viac než náhodný: epidemiologické štúdie naznačujú, že depresia sa častejšie objavuje u žien ako u mužov (Weissman a Klerman, 1977). Mimo toho, ide o ženu stredného veku a depresia sa zvýšene objavuje po puberte, dosahujúc vrchol medzi dvadsiatympiatym a štyridsiatymštvrtým rokom a do určitej miery ustupuje v neskorších rokoch (Weissman, Myers a Thompson, 1981). Nedávne štúdie v Spojených štátoch, Kanade a západnej Európe naznačujú skorší nástup u žien (Murphy, nepublikované).

Vidíme však, že hoci je to žena, kto je depresívny, tento problém je rodinnou záležitosťou. Muž na obrázku (predpokladajme, že je to jej manžel, nakoľko u párov tejto generácie je menej pravdepodobné, že spolu iba žijú) je podráždený a frustrovaný. Má pocit márnosti, keď hovorí, "Ja ťa mám rád. To ty sa nemáš rada!" V tomto výroku zachytáva dôležitý aspekt klinickej fenomenológie depresie, pokles sebahodnotenia a sebapodceňujúci pocit bezcennosti a bezmocnosti.

Zatiaľčo manželka je depresívna a zachmúrená, manžel už nemá trpezlivosť a dokonca je hostilný. To presne ilustruje efekt protraktovanej depresie na interpersonálne vzťahy. V raných štádiách depresívnej epizódy prichádza sympatia, podpora a istota od "signifikantných iných osôb" - od signifikantných ľudí v živote tejto osoby, ako sú členovia rodiny, priatelia a známi. Ale ak sa depresia nevyrieši tým, čo môžeme nazvať "psychoterapiou každodenného života", reakcia osôb v bezprostrednom okolí má tendenciu prejsť od podpory a povzbudzovania k vzrastajúcej podráždenosti a frustrácii, ak nie k priamemu hnevu. V tomto bode bude pacient pravdepodobne obvinený, že sa "skutočne nesnaží", že chce "každého urobiť nešťastným", alebo že "nám to robí naschvál". Tieto pseudopsychologické vhľady sa obvykle vyjadrujú pejoratívnym spôsobom, pričom skôr než vedecké pochopenie zložitosti depresie odrážajú frustráciu osôb okolo depresívnej osoby.

Je možné rekonštruovať, čo sa asi stalo tomuto smiešnemu ale smutnému páru. V priebehu mnohých mesiacov táto žena pomaly zostala depresívna, možno potom, čo najstaršie deti opustili domov a "hniezdo zostalo prázdne." Ako súčasť psychoterapie každodenného života sa manžel pokúšal uistiť ju a byť optimistický, čo sa týka budúcnosti. Povedal jej, "Stále ťa milujem tak, ako keď sme spolu chodili na školu", alebo "Si stále rovnako krásna." Tieto opätovné uistenia však evidentne zostali bez väčšieho účinku. Jeho žena sa naďalej cíti odradená a bezcenná - depresívna.

Potiaľto panuje úplná zhoda medzi väčšinou klinikov a teoretikov. Sú však pravdepodobné rozmanité reakcie a doporučenia v závislosti od teoretickej orientácie a výcviku psychoterapeuta.

Biologický psychiater by tento obraz interpretoval ako odraz poklesu mozgových katecholamínov v subkortikálnych centrách a povedal by, že znížené sebahodnotenie a pocity ničoty u tejto ženy nie sú odrazom psychologických ťažkostí ale alterovanej patofyziológie (Klerman, nepublikované). Tento biologický psychiater by sa odvolal na medicínsky model a pacienta by označil, že má veľkú depresívnu poruchu a doporučil by liečbu tricyklickým antidepresívom. Keby táto liečba - monitorovaná snáď podľa hodnôt krvných hladín - bola pri adekvátnom dávkovaní po šiestich alebo ôsmich týždňoch neúspešná, potom by pripadal do úvahy silnejší liek alebo elektrokonvulzívna terapia.

Psychoanalytik by súčasnú situáciu pacientky interpretoval ako reaktiváciu nevyriešených problémov z detstva a ambivalentnú identifikáciu s matkou. Pocity bezmocnosti a beznádeje by považoval za reakciu na neadekvátny prístup matky, najpravdepodobnejšie v priebehu orálnej fázy psychosexuálneho vývinu. S príchodom menopauzy a s odchodom detí pacientka prežíva stratu uspokojenia z identifikácie s materinskou rolou a regreduje na rané orálne narcistické stupne fixácie. Psychoanalýza by sa asi zamerala na odkrytie týchto antecedentov z detstva, najmä v materinskom vzťahu v preoidipálnej fáze a na prienik cez nevyriešenú ambivalenciu k stratenej predstave idealizovanej matky.

Rodinný terapeut by to videl ako problém v komunikácii medzi mužom a ženou. Doporučil by párovú terapiu s cieľom zlepšiť komunikáciu medzi nimi a pomôcť im prejaviť ich vzájomné frustrácie a hostility v nádeji, že z toho vyplynie nový vzťah.

Radikálny feministický terapeut by povedal, že pacientka nie je depresívna ale skôr stiesnená. Skôr,než považovať ju za chorú, bolo

by treba posmeliť ju, aby svoj psychologický stav chápala ako odraz skutočnej sociálnej pozície žien v spoločnosti, v ktorej vládne mužský šovinizmus. Radikálny feminista by povedal, že ak sa cíti byť ničotná a bezmocná, nie je to neurotická distorzia reality, ale skôr pravdivá percepcia nízkeho postavenia žien. Mimo rodenia detí nemá v spoločnosti žiadne legitímne miesto; chýbajú jej akékoľvek schopnosti, ktoré by mohla predať, nemá vlastne nijakú cenu a jej pocity bezmocnosti sú odrazom jej neschopnosti zmeniť mocenský vzťah medzi ňou a jej manželom. Skôr, než lieky alebo psychoterapiu, sa potrebuje politicky aktivovať a zvýšiť svoje uvedomenie, možno účasťou v nejakej skupine na zvýšenie uvedomenia a v politickej akcii.

Tieto rozličné reakcie na ten istý klinický obraz ukazujú súčasnú rozmanitosť americkej psychiatrie. Neexistuje jedna dominantná americká škola psychiatrie a konsenzus, čo sa týka toho, ako najlepšie chápať príčiny, prevenciu a liečbu duševných chorôb.

Ako by sa malo v danej situácii napredovať na poli duševného zdravia? Autori sú presvedčení, že ďalší pokrok prinesie pluralistický, nedoktrinársky a empirický prístup, ktorý stavia na klinickej skúsenosti a výskumných dôkazoch. Keďže sme pluralistickí, uznávame tieto multiplexné teoretické a klinické názory; skutočne veľmi prispeli k našej práci. Sme však presvedčení, že všetky teórie a školy potrebujú overenie a že najpresvedčivejšie potvrdenie prináša dokonale pripravené a kontrolované skúmanie. V oblasti liečby pochádzajú najpresvedčivejšie dôkazy z kontrolovaných klinických skúšok a my sme IPT podrobili skúškam a ďalšiemu skúmaniu, vrátane rozsiahlej súbornej štúdie psychoterapie depresie NIMH (National Institute of Mental Health).

Hoci mnohé z jej princípov sú odvodené zo širšej školy interpersonálnej psychiatrie, IPT depresie je psychologickou liečbou utvorenou špecificky pre potreby depresívnych pacientov. Je to fokálna, krátkodobá, časovo obmedzená terapia, ktorá kladie dôraz na súčasné interpersonálne vzťahy depresívneho pacienta, zatiaľ čo uznáva rolu genetických, biochemických, vývinových a osobnostných faktorov pri vzniku a vulnerabilite k depresii. Na základe klinickej skúsenosti a výskumných dôkazov sme došli k presvedčeniu, že klinická depresia sa objavuje v nejakom interpersonálnom kontexte a že psychoterapeutické intervencie namierené na tento interpersonálny kontext budú facilitovať pacientovu úzdravu z akútnej epizódy a snáď mať preventívny účinok proti relapsu a opätovnému objaveniu sa. Prvá časť knihy,

t.j. prvé tri kapitoly - predkladá racionále pre IPT depresie.

Prvou podmienkou úspešného použitia IPT je presne rozlíšiť o akú depresiu ide: odlíšenie medzi normálnou a klinickou depresiou; sociálne, biologické a medicínske antecedenty klinickej depresie, ako sú diagnostikované za použitia nejakého určitého medicínskeho modelu. Tieto aspekty, ako aj prevalencia depresie v ľudskej spoločnosti, sa rozoberajú v kapitole 1., "Povaha depresií - normálna a klinická". Mimo teoretických formulácií, kapitola 1. opisuje empirickú bázu pre liečbu depresie interpersonálnym prístupom, vrátane kultúrneho výskumu a štúdií u zvierat, detí a dospelých. Dôraz sa kladie na väzby, stres a manželské a ďalšie interpersonálne otázky vo vývoji depresie.

Kapitola 2. opisuje teoretickú bázu pre IPT depresie, ktorá je odvodená z interpersonálnej školy psychoterapie, čo je jeden z najvýraznejších príspevkov Spojených štátov pre psychiatriu a duševné zdravie. Adolf Meyer z University Johns Hopkinsa môže byť právom označený za zakladateľa tejto školy a jeho spolupracovník, Harry Stack Sullivan, sa stal jej vedúcim predstaviteľom. Meyerov psychobiologický prístup k chápaniu psychiatrických porúch kládol veľký dôraz na pacientove súčasné psychosociálne a interpersonálne zážitky; Sullivan, ktorý spájal klinickú psychiatriu s antropológiou, sociológiou a sociálnou psychológiou, chápal psychiatriu skôr ako vedeckú štúdiu ľudí a procesov, ktoré medzi nimi prebiehajú, než ako výlučné štúdium psychiky alebo spoločnosti.

Dôraz IPT na interpersonálne a sociálne faktory v chápaní a liečbe depresie sa opiera aj o prácu mnohých ďalších klinikov, najmä Fromm-Reichmannovej (1960) a Cohena a spol. (1954) a neďávnejšie Arietiho a Bemporada (1978). Becker (1974) a Chodoff (1970) takisto zdôrazňujú sociálne korene depresie a potrebu všímať si interpersonálny aspekt tejto poruchy. Interpersonálne chápanie aplikoval na psychoterapiu vo svojich prácach Frank (1973), ktorý zdôrazňoval zvládnutie súčasnej interpersonálnej situácie ako dôležitú zložku psychoterapie.

V Kapitole 3. sa interpersonálny prístup aplikuje špecificky na chápanie klinickej depresie, o ktorej sa uvažuje z hľadiska troch zložkových procesov:

1. **s y m p t ó m o v á f u n k c i a** , ktorá zahrňuje vývin depresívneho afektu a negatívnych znakov a symptómov a môže vyplývať z psychobiologických a/alebo psychodynamických mechanizmov;
2. **s o c i á l n e a i n t e r p e r s o n á l n e v z ť a h y** , ktoré zahrňujú interakcie v sociálnych rolách s inými osobami

a vyplývajú z učenia založeného na skúsenostiach z detstva, zo súčasného sociálneho posilnenia a/alebo z osobných schopností a kompetencie; a

3. o s o b n o s t n é a c h a r a k t e r o v é p r o b l é m y, ktoré zahrňujú také rysy ako tlmenie prejavov zlosti alebo pocity viny, chudobná psychologická komunikácia so signifikantnými osobami a/alebo ťažkosti so sebahodnotením. Tieto rysy determinujú reakcie osoby na interpersonálne prežívanie. Osobnostné vzorce vytvárajú časť predispozície tejto osoby k epizódam depresívnych symptómov.

IPT intervenuje v prvých dvoch z týchto troch procesov: v symptómovej funkcii a v sociálnych a interpersonálnych vzťahoch. Vzhľadom na jej relatívne krátke trvanie a nízku úroveň psychoterapeutickej intenzity sa nedá očakávať, že táto liečba bude mať výraznejší vplyv na trvalé aspekty osobnostnej štruktúry, hoci fungovanie osobnosti sa berie do úvahy.

IPT facilituje úzdravu akútnej depresie: 1/ uvoľnením depresívnach symptómov; a 2/ tým, že pomáha pacientovi vyvinúť efektívnejšie stratégie pre riešenie bežných interpersonálnych problémov, spojených s nástupom symptómov. V Časti druhej, "Vedenie interpersonálnej terapie depresie," Kapitoly 4. a 5. rozoberajú diagnostické techniky pre depresiu a spôsoby dosahovania týchto dvoch cieľov. Kapitoly 6. až 9. skúmajú štyri spoločné problémy - zármutok a stratu, rozpory v rolách, rolový presun a interpersonálne deficity - ktoré sa spájajú s nástupom depresie, takže pacient a terapeut sa môžu sústrediť na tie problémy, ktoré sú pre každého pacienta najdôležitejšie.

V našej praxi sa v psychoterapii depresívnych pacientov venovala málá pozornosť technikám zameraným na redukciu symptómov a facilitáciu pacientovej bežnej sociálnej adjustácie a interpersonálnych vzťahov. IPT sa nepokúša o rekonštrukciu osobnosti. Táto psychoterapia narába s takými technikami ako je povzbudzovanie, klarifikácia emocionálnych vzťahov, zlepšenie interpersonálnej komunikácie a testovanie percepcií a výkonu prostredníctvom interpersonálneho kontaktu.

Tieto techniky sa obvykle zaraďujú pod hlavičku "supportívnej" psychoterapie. Avšak z nášho hľadiska je tento termín nesprávny. Väčšina toho, čo sa nazýva "supportívnou" psychoterapiou, sa pacientom pokúša pomôcť modifikovať ich interpersonálne vzťahy a zmeniť ich percepcie a kognície. Na druhej strane IPT zasahuje do formovania symptómov a sociálnej adjustácie/interpersonálnych vzťahov, pracujúc prevážne na s ú č a s n ý c h problémoch a na vedomej a prevedomej úrovni. Hoci IPT uznáva nevedomé faktory, nevenuje im priamu pozornosť. Dôraz je na súčasných rozporoch, frustráciach, úzkostiach, túžbach, ako sú definované v interpersonálnom kontexte. Vplyv skúseností z raného detstva sa považuje za signifikantný, ale v terapii sa na ne nekladie dôraz. Práca sa sústreďuje skôr na "tu-a-teraz". Konečným cieľom je posilniť zvládanie bežných sociálnych rolí a adaptácia na interpersonálne situácie.

Stratégie a techniky IPT samozrejme prestupujú celou touto knihou, najmä jej kazuistikami, konkrétnejšie sú však opísané v Kapitolách 10., "Ukončenie", 11., "Špecifické techniky", 12., "Ukážka integratívneho prípadu", a 14., "Problémy, s ktorými sa príležitostne stretáme v terapii". Kapitola 13., "Kombinovanie psychoterapie s farmakoterapiou", ponúka návod pre kombinovaní liečbu s jedným alebo dvomi terapeutami. Posledná kapitola opisuje profesionálne pozadie, rolu a výcvik IPT terapeuta.

Skôr, než prejdeme k všeobecným a potom k praktickým kapitolám opisujúcim IPT depresie, čitateľom k správnemu pohľadu na túto formu liečby môže pomôcť prehľad iných foriem psychoterapie depresie a správa o nedávnom výskume porovnávajúcom IPT s inými terapiami.

Iné formy psychoterapie depresie

Psychoterapia sa stala trhákom. Praktici, konzumenti (pacienti a klienti) a terapie sa zmnožili, takže doteraz bolo identifikovaných okolo 250 foriem terapie. Prevádzajú ich psychiatri, psychológovia, psychiatrickí sociálni pracovníci, sestry, duchovní, poradcovia atď., pri rozmanitých stavoch, vrátane schizofrénie, alkoholizmu, fóbií, úzkosti, tiesne a nedostatkú sociálneho záujmu. Zhrňujúci prehľad týchto terapií nedávno podali Parloff a kol. (197 a Glass, Smith a Miller (19[illegible]).

Alternatívne psychoterapeutické prístupy, špecifické pre depresiu, opisujú Beck (1976), Hersen (1976), Lewisohn, Biglan a Zeiss (1976), McLean, Ogston a Grauer (1973) a Rehm (1976). Veľa sa diskutuje o relatívnej terapeutickej účinnosti sociálnej reorganizácie, ako ju predstavujú skupiny ženského uvedomenia a intrapsychickej reorganizácie, aká používa psychoanalýza a ďalšie intenzívne psychoterapie a medikácie. Pre praktikov IPT sú obzvlášť zaujímavé mnohé nedávno vyvinuté psychoterapie depresie.

Krátkodobé psychoterapie založené na psychodynamických princípoch

Existuje vynikajúcich krátkych liečieb pre rozmanité stavy opísali Malan (1963), Sifneos (1979), Mann (1973), Strupp (1982), Davenloo (1982) a Luborsky a kol.(1975).

Malanova intenzívna krátkodobá psychoterapia je anxietu-provokujúca terapia založená na psychoanalytických technikách. Cieľom je vyliečiť buď pacientov centrálny problém alebo niektorý dôležitý aspekt jeho psychopatológie. Začína sa dôkladným psychodynamickým posúdením a psychiatrickou históriou, aby bolo možné čo najlhšie porozumieť pacientovmu ochoreniu, predvídať priebeh liečby, rozhodnúť, ktorá správanie nie je vhodné a pripraviť terapeutický plán. Tento plán je v tejto krátkodobej liečbe ústredný. Časovo limitovaná povaha tejto terapie je zdelená na začiatku. Zdá sa že priemerom je dvadsať sedení, hoci to môže variovať až do jedného roku. Pri výbere pacientov je dôležitá vysoká motivácia k vhľadu a prevádza sa dôkladná interpretácia prenosu. Terapeut a pacient musia byť ochotní k hlbokému vzťahu a potom dochádza k rýchlemu vývoju prenosu, ako je prejavom schopnosti byť pacientom a prijať pomoc. Pocity z vyplývajúce z interpersonálnej situácie sa skúmajú a interpretujú. Táto terapia nie je určená pre nejakú špecifickú diagnózu. Pokiaľ viemo, nejestvujú žiadne klinické skúšky, ktoré by posudzovali jej účinnosť.

Sifneosova krátkodobá psychoterapia je podobná liečbe, ktorú opísal Malan a má určité podobnosti s IPT. Terapeutické spojenectvo sa dosahuje veľmi rýchlo a medzi pacientom a terapeutom sa uzatvára dohoda o symptómoch a/alebo interpersonálnom konflikte, na ktorom sa bude pracovať. Často sa využíva klarifikácia. Zozbiera sa história súčasných a minulých interpersonálnych vzťahov a určí sa zmena, očakávaná v tejto oblasti. Charakterové rysy nie sú hlavným fokusom liečby. Podobne, ako u Malana, sa táto terapia líši od IPT tým, že nie je špecifická pre niektorú psychiatrickú diagnózu. Podstatná je psychodynamická formulácia a vývinová história. Terapia je úmyselne anxietu provokujúca, aby sa udržalo terapeutické spojenectvo. Ukazuje a opakovane sa pristupuje k formuláciam pacientovho emocionálneho konfliktu, k odporu, ambivalenciám a negatívnemu prenosu a fokusuje sa na obmedzených oblastiach nevyriešeného konfliktu. Pacient je na ňú uvedomiť si tieto konflikty a zaujať k nim objektívny postoj a pracovať sa cez problémy. Ako prostriedok, ktorý má pacientovi pomôcť prežívať prenos, sa používa konfrontácia. Anxietu provokujúce otázky a prenos sa používajú k pochopeniu konfliktu v súčasnom interpersonálnom vzťahu. Zmena, ktorej sa pacient v priebehu liečby podrobí, sa považuje za intrapsychickú. Intenzita je do určitej miery podobná intenzite IPT v tom, že sedenia sa konajú raz do týždňa, ale Sifneos nešpecifikuje dĺžku trvania liečby. Nejestvuje žiadne testovanie účinnosti tejto liečby v randomizovaných klinických skúškach.

Horowitz opísal krátku psychoterapiu syndrómu stresovej reakcie, t.j. osobných reakcií na náhle závažne životné udalosti, ktoré spôsobujú vnútorné reakcie so symptomatickými vzorcami, ktoré dosahujú úroveň bolestivej neurotickej symptomatológie. Terapeutická stratégia sa zakladá na systéme fáz, vrátane popretia a dotieravosti, ktoré sa modifikujú podľa individuálneho charakterového štýlu. Terapia si kladie tri ciele: 1/ akceptácia nezmeniteľného obmedzenia bez straty nádeje alebo zmyslu života; 2/ zachovanie súčasných vzťahov a rozvoj užitočných nových vzťahov; a 3/ prienik cez reakciu na životnú udalosť k určitému typu rastu. Terapia sa opiera o vybudovanie bezpečného vzťahu a o opätovne prehodnotenie udalosti a jej významu. Utvorí sa terapeutické spojenectvo s určitým prenosom. Ponúkne sa podpora, štrukturovanie času a udalostí, medikácia (ak je indikovaná) a povolenie pracovať na pocitoch súvisiacich s udalosťou. Typických je dvanásť terapeutických hodín a fokus na stresových udalostiach. Autor necháva otvorenú otázku, či dochádza alebo nedochádza k zmenám v osobnostnej štruktúre.

Formy krátkodobej psychoterapie vyvinulo množstvo ďalších psychodynamicky orientovaných psychoterapií. Mann (1973) a Davenloo (1982) opisujú konceptuálnu bázu pre svoje psychoterapie a predkladajú ilustratívny kazuistický materiál, nie sú však dostupné žiadne manuály a chýba akýkoľvek systematický dôkaz (či naturalistické metódy alebo kontrolované skúšky) o účinnosti.

V nedávnej dobe pripravili manuály Strupp (1982) a Luborsky (1975) Strupp pre "Časovo limitovanú dynamickú psychoterapiu" a Luborsky pre "Dynamickú podporno-expresívnu psychoterapiu". Hoci tieto liečby neboli špecificky navrhnuté pre depresiu, použili sa v systematických štúdiách, v ktorých mnohí pacienti pravdepodobne boli depresívni.

Krátke psychoterapie špecificky pre depresiu

Špecificky pre depresívnu poruchu bolo pripravených množstvo psychoterapií. Dve z nich, kognitívny a behaviorálny prístup, boli testované ohľadne účinnosti v kontrolovaných klinických skúškach.

Kognitívna terapia

Kognitívna terapia je krátkodobá liečba, obvykle o dvanástich až

šestnástich sedeniach, ktorú vyvinul Aaron Beck. Zakladá sa na predpoklade, že afektívna reakcia v depresii je podmienená spôsobom, akým jedinec vníma prežívanie ako dôsledok objavenia sa maladaptívnych kognitívnych tém. Depresívni pacienti majú tendenciu hodnotiť seba aj svoju budúcnosť negatívne a za účelom odstránenia depresívnych symptómov sa očakáva korekcia negatívnych konceptov. Napríklad extrémne nízke sebaponímanie možno liečiť prezentáciou hierarchie kognitívnych úloh, prostredníctvom ktorých sa demonštruje neplatnosť pacientovej sebapercepcie. Účinnosť kognitívnej terapie bola doteraz testovaná v siedmich znáhodnených klinických skúškach a kognitívna terapia bola v troch klinických skúškach porovnávaná s liečbou imipramínom. Dve skúšky zistili väčšiu účinnosť kognitívnej terapie oproti imipraminu, čo sa týka redukcie depresívnych symptómov. Výsledok tretej hovorí, že je rovnocenná s farmakoterapiou.

Behaviorálne prístupy

Špecificky pre depresívnych pacientov bolo vyvinutých množstvo krátkodobých (obvykle okolo dvanástich sedení) behaviorálnych prístupov. Mnohé z nich majú kvôli uľahčeniu tréningu procedurálne manuály. Behaviorálna terapia vysvetľuje objavenie sa depresie v termínoch podnetu a reakcie (Lewisohn, 1976). Predpokladá sa, že určité aspekty depresívneho syndrómu vyvoláva nízky pomer pozitívneho posilnenia a že jemožné ho predvídať na základe negatívne posilňujúcich udalostí v prostredí a chýbania dostupného pozitívneho posilnenia, ako aj na základe spôsobu, akým sa osoba správa. Pre liečbu depresívnych pacientov sa vyvinulo množstvo techník, ktoré sa zakladajú na behaviorálnych pojmoch. Patrí medzi ne terapia sociálnych schopností, ktorá sa zameriava na zvýšenie asertivity, verbálnych schopností a sociálneho fungovania, terapia príjemných zážitkov (pleasent events therapy), ktorá sa sústreďuje na zvýšenie príjemných a odmeňujúcich zážitkov a terapia sebakontroly (selfcontrol therapy), ktorá zdôrazňuje sebamonitorovanie, sebahodnotenie a sebaposilňovanie za účelom korekcie problémov so sebakontrolovaním pri monitorovaní negatívnych udalosti a pri tvorbe vnútorných atribútov zodpovednosti a sebatrestania. Takéto behaviorálne prístupy boli testované doposiaľ v deviatich znáhodnených klinických skúškach (Weissman, 1984). Vo všetkých týchto skúškach sa behaviorálna terapia ukázala byť efektívnejšia než poradovníková skupina alebo skupina kontrolných subjektov bez liečby. V jednej štúdii sa behaviorálna terapia prejavila ako efektívnejšia než liečba amitriptylinom (McLean, 1973). Kognitívny a behaviorálny

prístup je podobný IPT v tom, že boli vyvinuté špeciálne pre depresiu, že boli testované a ukázali sa ako účinné v niekoľkých znáhodnených klinických skúškach. V roku 1980 začal NIMH rozsiahlu klinickú skúšku k overeniu účinnosti kognitívnej a interpersonálnej psychoterapie v porovnaní s liečbou imipramínom a placebo kontrolnou skupinou u ambulantných pacientov.

Krátke psychoterapie založené na interpersonálnych konceptoch

Zhrňujúci opis rozmanitých interpersonálnych psychoterapií možno nájsť v knihe redigovanej Anchinom a Kieslerom (1982).

Interakčná individuálna terapia

Táto terapia, ktorú vyvinul Cashdan (1982), je IPT podobná v tom, že jej fokusom sú bezprostredné interpersonálne vzťahy. Rozdiel je v tom, že terčom liečby sú maladaptívne stratégie a nie klinické diagnózy. Cieľom je previesť pacienta sériou následných zážitkov učenia sa, aby sa maladaptívne vzorce nahradili produktívnejšími spôsobmi vzťahov. Terapeutický proces začína vybudovaním vzťahu, v ktorom terapeut preberá charakteristiky nejakej signifikantnej osoby, potenciálne schopnej uspokojiť pacienta. Po utvorení takéhoto vzťahu sa spontánne vynoria maladaptívne stratégie, keď sa pacient pokúša pripútať si terapeuta v intímnom a hlbokom vzťahu. Terapeut manipuluje výmeny tak, že pacient je nútený túto stratégiu opustiť v záujme zachovania tohoto vzťahu. Výsledkom je rozvoj nových spôsobov vzťahov, čo sa odráža v zrelších a adaptívnejších výmenách medzi pacientom a terapeutom. Hoci sa popisuje päť fáz, časová dĺžka liečby nie je udaná a pokiaľ vieme, chýbajú klinické skúšky jej účinnosti.

Komunikačná analytická terapia

Ide o formu interpersonálnej terapie, ktorú vyvinuli Boier a Young (1980). Táto terapia sa zakladá na analýze komunikačných schém, pričom vychádza z premisy, že pacienti v psychologickej tiesni majú pocit, že nemôžu plne prijímať zodpovednosť za svoje správanie. Konflikt a tieseň vznikajú na základe dvoch vzájomne sa vylučujúcich motívov: túžba po individuálnej slobode a integrite a potreba sociálnej kontroly. Pacientova bolesť sa považuje za zdelenie niečo o ostatných. Predpokladá sa, že pacientov charakteristický štýl správania sa objaví v priebehu terapeutického sedenia a je terapeutovou úlohou poukázať na to, ako ho pacient využíva vo vzťahu s tera-

pacientom. Pochopenie komunikácií je dôležitou časťou terapie. Komunikačná analýza je interpersonálna v tom, že sa zaoberá komunikačnými schémami v súčasnej interpersonálnej situácii, nie to však špecifické pre žiadny typ poruchy. Dĺžka liečby nie je špecifikovaná a terapia nebola testovaná v klinických skúškach.

Krátka interakčná psychoterapia,

ktorú vypracovali Coyne a Segal (1982), sa sústreďuje na súčasné interpersonálne vzťahy a zakladá sa na predpoklade, že terapeut nebude brať do úvahy vzťah pacienta k ostatným ľuďom. Na klinický problém, ktorý predkladá pacient, sa nahliada ako na aspekt jestvujúceho interpersonálneho systému a pacientova tieseň a symptómy vyplývajú z nezvládania nejakého životného prechodu, ako je manželstvo alebo rozvod, alebo z nezvládania každodenných ťažkostí. Závažná symptomatológia môže byť odrazom exacerbácie vnútorných ťažkostí, ale je podmienená opakovaním neprimeraného a nevhodného úsilia o riešenie problémov zo strany pacienta aj jeho okolia. Táto terapia nebola testovaná v klinických skúškach a nie je špecificky vytvorená pre depresiu.

Dlhodobá interpersonálna psychoterapia depresie

Prvými výkladmi interpersonálnej psychoterapie boli výklady dlhodobých liečieb, najmä v prácach Sullivana a Fromm-Reichmannovej. Tieto nové idey sa po prvý krát aplikovali pri nemocničnej liečbe schizofrénie v Chestnut Lodge v Marylande a v Austen Raggs v Massachusetts a neskôr u mánio-depresívnych pacientov v sérii dvanástich prípadov intenzívnej individuálnej psychoterapie, o ktorých referovala Mabel Blake-Cohen a kol. (1954).

Arieti a Bemporad (1978) rozpracovali tento prístup vo vyčerpávajúcej práci, ktorá rozlišuje medzi miernou a ťažkou depresiou. Mierna depresia je opísaná ako konštantná a charakterologická, takže depresívna nálada sa stáva dôležitým rysom charakteru. Tento stav sa môže objaviť po nejakej nepríjemnej alebo nepriaznivej udalosti a často je sprevádzaný anxietou alebo obsedantne-kompulzívnymi symptómami.

Ťažká depresia sa líši tým, že rysy sú jasne výrazné, ľahko rozpoznateľné a ľahšie určiteľné. Charakteristický je prenikavý pocit melancholickej, psychomotorická retardovanosť, pochmúrne a morbidné myšlienky a vegetatívne symptómy ako zápcha, bolesti v chrbte, vymiznutie pokožky a impotencia. Podľa Arietiho a Bemporada, psychoterapia je indikovaná u každého prípadu primárnej ťažkej depresie a terapeuta by nemala odrádzať intenzita depresie. Hoci psychotropné lieky takisto môžu byť podstatné, v začiatku liečby sa rozvíja bezprostredný a intenzívny rapport. Psychoterapeut by mal byť aktívny a súcitný, avšak nie do takej miery, aby sa pacient začal cítiť bezmocný. Psychoterapeut sa s pacientom snaží nájsť a pochopiť príčinu depresie. Keď terapeut vybuduje rapport a prejaví ochotu podporovať a poskytovať nádej, pacient často akceptuje terapeuta, ale ibe ako dominantnú tretiu osobu. Procedúra opierania sa o dominantnú tretiu osobu môže vyvolať teoretickú námietku, ale Arieti a Bemporad to považujú za nevyhnutné pri budovaní počiatočného rapportu. Cieľom úvodných fáz terapie je zmeniť terapeutovu rolu z dominantnej tretej osoby na signifikantnú tretiu osobu, s pevnou, priamou a nedvojzmyselnou osobnosťou, ktorá chce pacientovi pomôcť bez kladenia si podmienok. Jedinou terapeutovou podmienkou je to, že pacient a terapeut sa stanú pátracím tímom, ktorý sa snaží nájsť príčinu depresie, zmeniť depresiu a urobiť ju menej zraňujúcou. Terapeut musí určiť hlavný psychodynamický vzorec života, ktorý viedol k depresívnej epizóde a ponúknuť terapeutické alternatívy, ktoré pacientovi umožnia úspešne pracovať.

Podobne ako v IPT, jedna z prvých terapeutických úloh pozostáva zo zistenia osoby, na ktorú je pacient najviac naviazaný, t.j. dominantnú druhú osobu. Keď už terapeut zozbieral dostatok informácií, musí tento vzťah s dominantnou druhou osobou interpretovať pacientovi. Terapeut takisto klarifikuje potrebu skôr žiť pre seba samého, než podriaďovať sa želaniam ostatných popieraním vlastných želaní. Liečba ťažko depresívneho pacienta vyžaduje zmenu v pacientovom psychologickom makeupe. Od pacienta sa nežiada, aby sa vzdal svojej identity, ale toho, čo je spojené s neautentickou identitou.

Liečba miernej depresie vychádza z premisy, že tento problém sa často objavuje znovu a že cieľom by nemalo byť jednoducho upravenie súčasného stavu ale ochrana pacienta pred budúcimi depresiami v normálnych životných okolnostiach. Podľa oboch autorov, pacienti s miernou depresiou uviazli v sieti patologických vzťahov s osobami, ktoré sa usilujú zabrániť im v osobnostných zmenách. Psychoterapeutický prístup k miernej depresii sa sústreďuje na tri základné otázky: 1/ charakterologické obrany, 2/ podmieňujúce nevedomé kognitívne štruktúry týkajúce sa hodnotenia seba a ostatných a 3/ prenosová situácia, ktorá je hlavnou terapeutickou silou.

Psychoterapeut musí byť opatrný, aby sa nestal novou dominantnou

osobou, od ktorej bude pacient robiť závislé svoje uspokojenie. Terapeut nesmie dovoliť, aby nenápadná manipulatívnosť mierne depresívnych pacientov vyvolávala falošné uistenia. Títo pacienti sú často zložití, provokujú k hnevu a dokonca nudia. Pre pacientov je dôležité, aby skoncovali s "duchmi minulosti" a s preceňovaním alebo zlostným obviňovaním dominantných osôb z minulosti. Pred ukončením liečby musí byť minulosť bez škodoradosti akceptovaná a vzťah s terapeutom by mal nadobudnúť charakter priateľstva.

Terapia, ktorú opísali Arieti a Bemporad, je bohatá na klinické detaily. Hoci sa od IPT líši tým, že nie je krátka, je jej podobná v tom, že vychádza z teoretického prístupu interpersonálnej školy. Arieti a Bemporad však takisto široko používajú klasické psychoanalytické prístupy, najmä v pozornosti k nevedomým intrapsychickým konfliktom, dlhodobým charakterologickým problémom a rekonštrukcii detských vývinových a rodinných zážitkov.

Porovnanie IPT s inými psychoterapiami

Podobne, ako Frank (1973), sme presvedčení, že procedúry a techniky mnohých psychoterapeutických škôl majú mnoho spoločného. Medzi významné spoločné prvky patrí snaha pomôcť pacientovi získať pocit zvládania, prekonať sociálnu izoláciu, obnoviť pocit skupinovej príslušnosti a nájsť zmysel ich života. Hlavný rozdiel medzi týmito psychoterapiami spočíva v ich konceptualizácii príčin pacientových problémov, ktoré ležia buď v ďalekej minulosti, v bezprostrednej minulosti alebo v prítomnosti.

IPT sa sústreďuje hlavne na pacientove súčasné životné situácie. Je časovo limitovaná, zameriava sa na súčasné symptómy a na interpersonálny kontext spojený s depresiou, zahrňuje systematický prehľad vzťahov so súčasnými "signifikantnými" osobami a bola vyvinutá pre liečbu jedinej poruchy – depresie.

Časovo obmedzená, nie dlhodobá

Rozsiahly výskum demonštroval použiteľnosť krátkodobej, časovo limitovanej psychoterapie, ktorá je trvaním menej než devät mesiacov, pre špecifické poruchy správania. Dlhodobú liečbu je ťažšie než krátkodobú definovať, najmä preto, že mnohí pacienti s depresiou v priebehu dlhého času vyhľadajú viacero terapeutov. Avšak pre bežné depresívne problémy a väčšinu pacientov sa zdá byť krátkodobá liečba

Potenciálnou nevýhodou dlhodobej liečby je podporovanie závislosti a posilňovanie vyhýbacieho správania. Krátkodobo, časovo limitovaná liečba umožňuje vyhnúť sa týmto nepriaznivým efektom.

Na fokus zameraná, nie s otvoreným koncom

Podobne, ako iné krátkodobé psychoterapie, aj IPT je zameraná na jeden alebo dve problémové oblasti v súčasnom interpersonálnom fungovaní pacienta, na ktorých sa dohodnú pacient a terapeut po niekoľkých ohodnocovacích sedeniach.

Súčasné, nie minulé interpersonálne vzťahy

IPT terapeut centruje sedenia okolo pacientovho bezprostredného sociálneho kontextu, aký bol pred a po nástupe súčasnej depresívnej epizódy. Minulé depresívne epizódy, rané rodinné vzťahy, predchádzajúce signifikantné vzťahy a priateľské vzorce sa zvážia za účelom prehĺbenia porozumenia pacientovým vzorcom v interpersonálnych vzťahoch, avšak vo väčšine prípadov sa terapeut - po krátkom prehľade pacientovho minulého správania - primárne sústreďuje na súčasné sociálne fungovanie.

Interpersonálna, nie intrapsychická

Pri skúmaní súčasných interpersonálnych problémov s pacientom môže IPT terapeut rozlíšiť intrapsychické obranné mechanizmy, ako je projekcia, popretie, izolácia, odčinenie alebo potlačenie. Terapeut sa však nepokúša pacientovi ponúknuť, aby súčasnú situáciu chápal ako manifestáciu nejasného vnútorného konfliktu. Pacientove správanie skúma skôr z hľadiska interpersonálnych vzťahov.

Ďalším príkladom interpersonálneho terapeutického prístupu je práca so snami. Hoci sa na ne obvykle nepýtame, pacientove sny môžu byť veľmi užitočné. V takomto prípade terapeut môže pracovať na sne tým spôsobom, že sa sústredí na manifestný obsah a s ním spojené afekty, dávajúc ich do vzťahu so súčasnými interpersonálnymi problémami.

Interpersonálna, ale kognitívno-behaviorálna

[illegible] sa [illegible] zameriava [illegible] správania, učenia a kognitívnych interpersonálnych vzťahových správaní [illegible] kognitívnej terapie, [illegible] vzťahy, [illegible] [illegible] a negatívne myšlienky sa nestávajú [illegible] pre seba, ale [illegible] vzťahu k signifikantným osobám [illegible] života a k spôsobu, akým dopadajú na interpersonálne vzťa-

hy.

Podobne, ako kognitívno-behaviorálna terapia, aj IPT sa zameriava na pacientove prevrátené myslenie o sebe samom a ostatných a o možnostiach voľby, ktoré má. IPT terapeut môže s pacientom pracovať na takomto myslení tým spôsobom, že upozorňuje na diskrepancie medzi tým, čo pacient hovorí a robí, alebo medzi štandardami pacienta a spoločnosti vo všeobecnosti. Na rozdiel od kognitívno-behaviorálnych terapií sa IPT nepokúša odkrývať takéto prevrátené myslenie systematicky, zadávaním "domácich úloh", ani sa nesnaží pacientovi pomôcť rozvinúť alternatívne vzorce myslenia prostredníctvom predpísaných cvičení a postupov. Keď na to v priebehu terapie narazí, terapeut sa skôr snaží upozorniť pacienta na distorziu jeho myslenia vo vzťahu k signifikantným osobám. Tu terapeut naliehа na pacienta, aby preskúmal efekt tohoto maladaptívneho myslenia na interpersonálne vzťahy.

Osobnosť sa berie do úvahy, ale nie je fokusom

Pacientova osobnosť je často hlavným psychoterapeutickým fokusom, avšak nakoľko IPT neočakáva ovplyvnenie osobnosti, táto terapia berie na vedomie, ale nesústreďuje sa na osobnostné charakteristiky pacienta. Navyše, IPT nepredpokladá, že osoby, ktoré sa stanú depresívnymi, majú jedinečné osobnostné rysy. Či to je alebo nie je tak, je empirická otázka, ktorá vyžaduje overenie a výskum doteraz nepriniesol žiadnu konečnú odpoveď (Hirshfield a Cross, 1983).

Podobne, ako vo všetkých terapiách, sa však osobnosť považuje za dôležitý aspekt aj v IPT, keďže - ako sme presvedčený - ovplyvňuje množstvo aspektov liečby.

1. Osobnosť môže predikovať výsledok psychoterapie. Pacienti s osobnostnými poruchami môžu byť menej schopní efektívne využiť krátkodobú psychoterapiu než pacienti s miernou alebo žiadnou osobnostnou patológiou. (Tu takisto ide o empirickú otázku).
2. Osobnosť môže alterovať vzťah pacient-terapeut.
3. Osobnosť môže podmieňovať opakované objavovanie sa interpersonálnych problémov pacienta. Hoci sa IPT terapeuti vôbec nemusia snažiť hľadať antecedentov osobnostného fungovania, alebo meniť osobnosť, môžu pacientovi pomôcť spoznať maladaptívne osobnostné rysy. Napríklad, u pacienta s ľahkými paranoidnými tendenciami môže terapeut poukázať na jeho tendenciu byť "dráždivý" pri určitých ľuďoch za určitých okolností a pomôcť mu preskúmať interpersonálne dôsledky. Pri overovaní IPT sa nezistilo, že by

osobnosť bola významnou determinantou krátkodobého výsledku (Zuckerman a kol., 1980).

Tieto podobnosti a rozdiely medzi IPT a inými psychoterapiami zhŕňa Tabuľka 1.1.

Tabuľka 1,1. Porovnanie IPT s inými psychoterapiami

IPT	Nie IPT psychoterapie
Čo bezprostredne prispelo k pacientovej depresii?	Prečo pacient zostal taký, aký je a/alebo kam smeruje?
Aké sú súčasné stresy?	Aké bolo pacientove detstvo?
Ktoré sú kľúčové osoby, zahrnuté v súčasnom strese? Ktoré sú súčasné rozpory a sklamania?	Aký je pacientov charakter?
Učí sa pacient ako zvládať problém?	Lieči sa pacient?
Aké sú pacientove aktíva?	Aké sú pacientove obrany?
Ako môžem pacientovi pomôcť ventilovať bolestivé emócie - hovoriť o situáciách, ktoré evokujú pocity viny, zahanbenia, hnev?	Ako môžem zistiť, prečo sa tento pacient cíti byť vinný, zahanbený alebo nahnevaný?
Ako môžem pacientovi pomôcť klarifikovať jeho želania a mať uspokojivejšie vzťahy s ostatnými?	Ako môžem porozumieť pacientovmu fantázijnému životu a pomôcť mu získať vhľad do korenov súčasného správania?
Ako môžem korigovať nesprávnu informovanosť a navrhnúť alternatívy?	Ako môžem pacientovi pomôcť odhaliť falošné alebo nesprávne idey?

Vzťah IPT k dynamickým psychoterapiám

Pri výcviku IPT psychoterapeutov a pri rozhovoroch s klinickými a výskumnými kolegami zisťujeme úzky vzťah medzi IPT a dynamickými psychoterapiami. Mnoho skúsených, dynamicky vycvičených a psychoanalyticky orientovaných psychoterapeutov udáva, že pojmy a techniky IPT už sú súčasťou ich štandardného prístupu. Pri vývoji IPT našim cieľom nebolo utvoriť novú psychoterapiu, ale zexplicitniť a zoperacionalizovať systematický prístup k depresii, založený na teórii a empirických dôkazoch. Skutočnosť, že väčšina z IPT je súčasťou toho, čo väčšina psychoterapeutov robí v krátkodobej liečbe, je odrazom rozsahu, v akom interpersonálny prístup prenikol poľom duševného zdravia a psychoterapeutickej praxe v Spojených štátoch.

Tento vývin je pravdepodobne spôsobený dvomi histrockými trendmi.

Po prvé, väčšina prvých teoretikov a praktikov interpersonálneho prístupu sa trénovala vo freudistickej psychoanalýze, takže rola včasných detských zážitkov a nevedomých duševných procesov nebola prameňom nezhôd. Nezhody vyvstali nad otázkou existencie libida, [illegible] nad teóriou dvojakého pudu (eros a smrť) a nad relatívnou dôležitosťou biologicko-pudových síl vo vzťahu k sociálnym a kultúrnym vplyvom na vývin osobnosti a súčasné fungovanie. Po druhé, expanzia psychoterapie po 2.svetovej vojne koincidovala so všeobecným záujmom o sociálnu zmenu, rasovú a pohlavnú rovnosť, osobné blaho a prehĺbenie osobného potenciálu a individuálneho šťastia - a všetky tieto kultúrne hodnoty boli vysoko kompatibilné s vedeckým a profesionálnym fokusom na interpersonálne vzťahy a osobnostný vývin v priebehu celého životného cyklu.

Pre účely teoretickej klarifikácie a výskumného plánu a metodológie, často zisťujeme, že je prospešné zdôrazniť rozdiely medzi interpersonálnym a psychodynamickým prístupom k ľudskému správaniu a duševnej chorobe. Základným rysom "čistého" psychodynamického prístupu je sústredenie sa na nevedomé duševné procesy a na rolu intrapsychických spomienok, želaní, fantázií a konfliktov pri determinácii správania a psychoterapie. Základným rysom čisto interpersonálneho prístupu je sústredenie sa na sociálne role a interpersonálne interakcie jedincovej minulosti a zážitkov súčasného života. Aj interpersonálny aj psychodynamický prístup sa zaujímajú o celý život a obe považujú za dôležité ranú skúsenosť a pretrvávajúce osobnostné vzorce. Pri chápaní ľudských transakcií sa však psychodynamický terapeut zaujíma o objektové vzťahy, kým interpersonálny terapeut sa sústreďuje na interpersonálne vzťahy. Psychodynamický terapeut venuje pozornosť pacientovým intrapsychickým želaniam a konfliktom, interpersonálny terapeut pacientovým rolovým očakávaniam a rozporom.

Ideálne by bolo, keby nejaká súhrnná te=ória inkorporovala oba tieto prístupy spolu s biologickým, behaviorálnym a iným pohľadom. Sme však presvedčení, že za súčasného daného stavu vedy a zdravotnej starostlivosti je cenné sústrediť sa na jeden prístup a preskúmať jeho validitu a použiteľnosť.

Účinnosť IPT

IPT bola vytvorená pre ambulantných pacientov, ktorí spĺňajú medicínske kritéria pre veľkú depresiu (viď Kapitola 1.). Zatiaľ sa previedli dve kontrolované klinické skúšky tejto liečby, jedna s akútnými ambulantnými pacientami a jedna pri udržovacej liečbe ambulantných pacientov, a štyri ďalšie prebiehajú.

Doterajšie údaje o účinnosti platia pre ambulantných, nepsychotických a nebipolárnych pacientov oboch pohlaví, rozličnej rasovej príslušnosti a vzdelanostnej úrovne. Hoci prvá skúška IPT bola prevedená ešte pred vydaním RDC (Research Diagnostic Criteria) a DSM-III, pacienti v nej zahrnutí spĺňajú tieto kritéria. Zo štúdií boli vylúčení mentálne retardovaní a chronickí alkoholici. Neboli však vylúčené osoby s poruchami osobnosti, ako ich definujú DSM-III alebo RDC.

Previedla sa jedna skúška u pacientov závislých na opiátoch, s IPT pridanou k štandardnému terapeutickému programu pre drogovo závislých vs. samotný program pre drogovo závislých (Rounsaville, 1983). Výsledky naznačili, že IPT neponúka žiadnu výhodu pred štandardným programom pre túto populáciu. Hodnota IPT alebo niektorej jej modifikácie (ak je potrebná) pre túto alebo inú poruchu osobnosti si vyžaduje overenie.

IPT pri akútnej depresii

Štúdia liečby akútne depresívnych ambulantných mužov a ženy porovnávala použitie IPT samotnej, použitie samotnej amitriptylinovej liečby a použitie oboch v kombinácii oproti skupine bez liečebného programu, po dobu šestnástich týždňov (Weissman, 1979). IPT týždenne podávali skúsení psychiatri. Táto znáhodnená liečebná štúdia v celku zahrnula 81 depresívnych pacientov (DiMascio, 1979, Weissman, 1979).

Kontrolnú skupinu pre IPT tvorila skupina bez liečebného rozvrhu. V tejto skupine bol každý pacient pridelený jednému psychiatrovi a inštruovaný, aby ho vyhľadal, kedykoľvek pocíti potrebu liečby. Nebola navrhnutá žiadna aktívna liečba, ale pacient mohol telefonovať. Ak pacientove potreby dosiahli dostatočnú intenzitu, naprogramovalo sa päťdesiat minútové sedenie (maximálne raz do mesiaca). Pacienti, ktorí vyžadovali ďalšiu liečbu - t.j. tí, ktorí po ôsmich týždňoch stále boli symptomatickí, alebo ktorých klinický stav sa zhoršil natoľko, že potrebovali ďalšiu liečbu - boli považovaní za neúspešné prípady liečby a stiahnutí zo štúdie. Posudzovanie klinického stavu pacientov prevádzal klinik, ktorý nevedel, akej liečbe sa pacient podrobil a nepodieľal sa na klinickej fáze štúdie.

Porovnanie IPT s liečbou bez rozvrhu

Symptomatická neúspešnosť po šestnástich týždňoch bola signifikantne menšia pri IPT než pri liečbe bez rozvrhu. Tieto výsledky podporuje hodnotenie nezávislým klinickým posudzovateľom, pacientova výpoveď o sebe samom a hodnotenie psychiatrom, ktorý viedol liečbu. Bolo treba šesť až osem mesiacov na to, aby sa plne rozvinuli účinky na pacientove sociálne a interpersonálne fungovanie. Rok po liečbe, pacienti, ktorí prešli IPT s tricyklickými alebo bez tricyklických antidepresív, fungovali v sociálnych aktivitách a vo vzťahoch so svojimi partnermi, deťmi alebo inými príbuznými na menej zhoršenej úrovni.

Porovnanie IPT s tricyklikami

Celkovo bol pomer symptomatického zlepšenia podobný pomeru pri tricyklických antidepresívach podobný pomeru pri použití samotnej IPT a obe liečby boli úspešnejšie ako liečba bez rozvrhu. Tieto dve regulárne liečby však mali odlišný účinok na symptómy (DiMascio, 1979). IPT mala vplyv na zlepšenie nálady, pracovného výkonu a záujmu, suicidálnej ideácie a pocity viny. Efekt začal byť štatisticky zjavný po štyroch až ôsmich týždňoch a pretrvával po celú dobu liečby. Amitriptylín ovlyvnil najmä vegetatívne prejavy a symptómy depresie - poruchy spánku a apetítu a somatické ťažkosti. Účinok na spánok nastúpil rýchlo, už v priebehu prvého týždňa liečby.

IPT v kombinácii s tricyklickými antidepresívami

Vzhľadom na odlišné účinky IPT a tricyklických antidepresív na typ symptómov a vzhľadom na rozmanitosť symptómov u pacientov, pacienti, ktorí sa podrobili kombinovanej liečbe, dosahovali výraznejšie celkové zlepšenie v symptómoch, a nižšiu pravdepodobnosť symptomatického zlyhania.(Weissman, 1979). U pacientov, ktorí podstúpili kombinovanú liečbu, bola menšia pravdepodobnosť počiatočného odmietnutia a menšia pravdepodobnosť výpadku pred ukončením šestnásť týždňovej liečebnej štúdie. Kombinovaná liečba bola lepšie prijímaná aj tolerovaná (Herceg-Baron, 1979). Medzi liekmi a psychoterapiou nedošlo k žiadnym negatívnym interakciám. Účinky boli aditívne (Rounsaville, 1979).

Prediktory reakcie na akútnu liečbu

Pacient-i s endogénnou, nesituačnou depresiou najlepšie reagovali na kombináciu IPT a liekov a slabšie na IPT samotnú. Pacienti, ktorí sa podrobili iba IPT, nevykazovali žiadny rozdiel v reakcii v porovnaní so skupinou bez liečebného rozvrhu. Reakcia pacientov,

ktorí iba brali lieky, bola pozitívnejšia než reakcia pacientov, ktorí prešli iba IPT a menej pozitívna, než reakcia pacientov s kombinovanou liečbou. Pacienti so situačnými, neendogénnymi depresiami boli na tom rovnako dobre pri samotných liekoch, pri samotnej IPT alebo pri ich kombinácii a lepšie než pri nerozvrhnutej liečbe (Cohen a spol, 1954, Prusoff, 1980).

Pacientov typ osobnosti, stanovený na základe rozličných dotazníkov alebo na základe prítomnosti diagnózy depresívnej osobnosti, nevplýval na reakciu na akúkoľvek z krátkodobých liečieb (Zuckerman, 1980). Toto zistenie naznačuje, že prítomnosť niektorej poruchy osobnosti pri veľkej depresii nie je prekážkou pre použitie liekov alebo IPT pri akútnej epizóde.

Sledovanie po akútnej liečbe

Pacienti boli sledovaní rok po skončení liečby. Tí, ktorí prešli IPT samotnou alebo v kombinácii, lepšie fungovali v sociálnych činnostiach, ako rodičia, vo svojich rodinách a celkovo (Weissman, 1981).

IPT ako udržovacia liečba

IPT ako udržovacia liečba bola testovaná v osem-mesačnej skúške u 150 žien, liečiacich sa z akútnej depresívnej epizódy. Tieto ženy boli liečené šesť až osem týždňov amytriptylínom. Táto štúdia overovala účinnosť IPT (prevádzanej týždenne skúsenými psychiatrickými sociálnymi pracovníkmi) v porovnaní s kontrolnou skupinou nízkeho kontaktu (krátke mesačné návštevy kvôli posúdeniu stavu), v ktorej sa podával buď amitriptylín, alebo placebo alebo pacienti boli bez liekov. Rozdelenie do liečby bolo náhodné (Klerman, 1974). V porovnaní s kontrolnou skupinou udržovacia liečba signifikantne zvýšila sociálne a interpersonálne fungovanie u pacientov, ktorí nezrecidivovali. Účinky IPT na sociálne fungovanie potrebovali šesť až osem mesiacov, aby sa stali štatisticky zjavné.(Weissman, 1974). Pacienti z IPT boli v porovnaní s kontrolnou skupinou signifikantne menej zhoršení sociálne, najmä v práci, v širších rodinách a v manželstve. Celkové zlepšenie v sociálnej adjustácii bolo signifikantne vyššie u IPT než u kontrolnej skupiny.

Udržovacia IPT bola na rozdiel od liečby amitriptylínom menej účinná v prevencii symptomatickej recidívy. Pacienti s iba amitriptylínovou liečbou vykazovali menšiu evidenciu depresívnych symptó-

mov počas udržovacej liečby (Paykel, 1976).

Vzhľadom na rozličný účinok IPT a tricyklických antidepresív na recidívu a na sociálne fungovanie, najúčinnejšou bola kombinovaná liečba. U pacientov, ktorí prešli kombinovanou liečbou, bolo menšie riziko recidívy a výraznejšie zlepšenie v sociálnom fungovaní. Navyše, ako sa ukázalo pri akútnej liečbe, tieto účinky boli aditívne. Medzi liekmi a psychoterapiou nedošlo k žiadnym negatívnym interakciám.

Všetci pacienti boli sledovaní jeden a štyri roky po skončení osem-mesačnej udržovacej liečby. Po prvom roku bolo 30% úplne bez symptómov, 60% malo v priebehu roku ľahký návrat symptómov a 10% bolo chronicky depresívnych (Weissman, Kasl a Klerman, 1976), (Weissman a Klerman, 1977). Hoci prítomnosť osobnostných problémov krátkodobej akútnej liečbe neprekáža, čo sa týka dlhodobého výsledku, pacienti, ktorí na škále neurotickej osobnosti dosahovali vysoké skóre a ktorí neprešli udržovacou liečbou buď s liekmi alebo s IPT, fungovali horšie (Weissman, 1978). Tieto zistenia naznačujú význam udržovacej liečby pre pacientov s osobnostnými problémami.

Prebiehajúce štúdie

V súčasnosti prebiehajú štyri štúdie účinnosti IPT u ambulantných depresívnych pacientov. (Weissman, 1984):

1. NIMH sponzorovaná rozsiahla štúdia liečby depresie, overujúca účinnosť IPT, kognitívnej terapie, imipramínu a klinického zvládania, placeba a klinického zvládania po dobu šestnástich týždňov u 240 ambulantne liečených depresívnych pacientov na troch miestach (George Washington University, University of Pittsburgh a University of Oklahoma) (NIMH, 1980).
2. Samostatná štúdia University of Pittsburgh, overujúca účinnosť udržovacej liečby samotnej, IPT a placeba, IPT a imipramínu, klinického zvládania a imipramínu, klinického zvládania a placeba, podávaných v trojročnej perióde u 125 ambulantných pacientov s rekurentnou depresiou. (Weissman, 1984).
3. Štúdia University of Southern California, overujúca účinnosť nortriptylínového placeba versus IPT po dobu šestnástich týždňov u 60-90 ambulantných starších depresívnych pacientov.
4. Štúdia University od Wisconsin, overujúca účinnosť kognitívno-behaviorálnej skupinovej terapie s domácou úlohou alebo bez nej, IPT, alebo poradovníka u 140 depresívnych ambulantných pacientov po dobu deviatich týždňov.

Vzhľadom na trvalú povahu manželských problémov depresívnych pacientov (Rounsaville, 1979), (Rounsaville, 1980) a tendenciu takýchto pacientov k trvalým symptómom (Rounsaville, 1980), Yalská skupina v súčasnosti rozvíja manuál pre IPT v spojenom manželskom kontexte. Po vyvinutí tréningového manuálu a overovacej skúšky sp a po vycvičení terapeutov sa bude testovať účinnosť individuálnej versus spojenej manželskej IPT u depresívnych pacientov s manželskými problémami.

Prudko sa rozvíja výskum psychoterapeutických výsledkov. Mimo použitia náhodného rozdelenia do liečby a nezávislého a slepého klinického hodnotenia výsledku sa táto práca pokúsila inkorporovať dve významné metodologické vylepšenia pre klinické overovanie psychoterapie: Operacionalizované a definované diagnostické kritériá, čo umožňuje relatívne homogénne pacientské skupiny a operacionalizované a definované psychoterapeutické postupy, ktoré uľahčujú komparabilitu cieľov a fokusu medzi terapiami a umožňujú replikáciu. Táto práca sa rozvíja zároveň s tým, ako získavame skúsenosť a ako sa stávajú dostupnými nové metodológie. K ďalšiemu zdokonaleniu IPT prispelo ukončenie opísaných štúdií a IPT je teraz pripravená k replikačným štúdiam mimo stredísk v New Haven a Bostone.

Demonštrovali sme účinnosť 1/ udržovacej IPT pre zlepšenie sociálneho fungovania u uzdravujúcich sa depresívnych pacientov v porovnaní so skupinou s nízkym kontaktom; a 2/ IPT na redukciu symptómov a ďalej na sociálne fungovanie u akútne depresívnych v porovnaní s nerozvrhnutou liečbou. Trvá to šesť až osem mesiacov, kým účinky na sociálne fungovanie začnú byť zjavné. Tieto zistenia sú konzistentné so všeobecným konceptom IPT.

Po porovnaní IPT s ostatnými terapiami depresie začneme naše štúdium IPT preskúmaním povahy samotnej depresie.

ČASŤ I.

INTERPERSONÁLNY PRÍSTUP K DEPRESII

"... nie, sú to tie malé straty v živote, ktoré ti ničia srdce. Strata všetkých tých vecí, ktoré pre iných ľudí nemajú žiadnu hodnotu."

– Henrik Ibsen
Pán staviteľ

Kapitola 1.

POVAHA DEPRESIÍ – NORMÁLNA A KLINICKÁ

Pozorovatelia ľudských snáh majú sklon rozdeľovať históriu na rozmanité štádia. Historici tak hovoria o Stredoveku, o Období osvietenstva, o dobe Edwarda. V nedávnej dobe sa k opisu historických období niekedy použili psychologické termíny. Snáď najnázornejším príkladom toho bola báseň W. H. Audena Vek úzkosti, publikovaná v roku 1947, ktorá – ako sa zdá – zachytila náladu všeobecne rozšírenej úzkosti po 2.svetovej vojne. Mnohí spisovatelia, najmä Robert Jay Lifton (1976), spájali túto náladu s uvedomením si potenciálneho zničenia celého ľudského rodu vyplývajúceho z nástupu nukleárnej sily.

V šesťdesiatych rokoch sa objavili dohady, či sa depresia a zúfalstvo nestávajú dominantnou náladou. Na rozdiel od obdobia úzkosti, ktoré nasledovalo po 2.svetovej vojne, sa v osemdesiatych rokoch ocitáme uprostred "obdobia melancholie". Zdá sa, že toto obdobie čiastočne súvisí s proroctvami príchodu súdneho dňa v súvislosti s nukleárnym zbrojením, preľudnením a ekologickým ohrozením a s persistentnými ekonomickými ťažkosťami v Spojených štátoch a v ďalších krajinách, ktoré vystriedali prosperitu päťdesiatych a šesťdesiatych rokov.

Zvýšenie všeobecnej pozornosti k depresii a ďalším afektívnoemočným stavom v priebehu sedemdesiatych a osemdesiatych rokov sa odrazilo v početných novinových a časopiseckých článkoch a v televíznych a rozhlasových programoch. Oveľa viac sa o depresii verejne hovorí ako o zdravotnom probléme a stigma spájajúca sa s depresívnymi stavmi sa vo všeobecnosti zredukovala. Politickí činitelia, kozmonauti, osobnosti z oblasti umenia a zábavy a ďalšie celebrity teraz verejne priznávajú, že trpia depresiami.

Do akej miery sa možno opierať o dôkazy naznačujúce aktuálny vzrast epidemiologických pomerov depresie? O depresii sa v súčasnosti píše viac vedeckých článkov než v minulosti. Predpisuje sa viac anxiolytík a antidepresív. Nárast v diagnóze depresie je evidentný z údajov zo Spojených štátov, Veľkej Británie a Škandinávie. Avšak skutočnosť, že narastá počet osôb, u ktorých je diagnostikovaná a liečená depresia, môže byť dôsledkom zvýšenej pozornosti k tomuto problému a nie skutočným nárastom incidencie a prevalencie. Mimo toho, ešte stále je "krajšie" označiť niekoho za depresívneho,

než za paranoidného alebo schizofrenika.

Je však isté, že počet suicidálnych pokusov sa zvyšuje v celosvetovom merítku. Medzi adolescentami a mladými dospelými tento pomer vzrástol takmer desaťnásobne. Počet suicidálnych pokusov je väčší u žien než u mužov, pričom najvyšší pomer sa objavuje u žien pod tridsať rokov a najčastejšou technikou je užitie piluliek, čo je hold našim novým farmakologickým technológiam (Weissman a kol., 1973). Ďalšie zistenia, slabšie dokumentované, taktiež ukazujú, že priemerný vek depresívnych pacientov klesá.

Depresívne prežívanie je dôkladne popísané v celej histórii Západnej civilizácie. Vynikajúce opisy nachádzame v Biblii, najmä Saulovu depresiu, ktorú úspešne liečil David. Klinické opisy sú aj v egyptskej, gréckej a rímskej medicínskej literatúre, v ktorej moderný klinik bez ťažkostí nachádza symptómy depresie.

Je ťažké určiť, do akej miery sú literárne trendy odrazom epidemiologických trendov, natíska sa však myšlienka, že po období úzkosti sme prešli do obdobia melanchólie. Naša je doba, v ktorej sa vzrastajúce očakávania, splodené po 2.svetovej vojne, dostali do rozporu s drsnou realitou populačnej explózie a proroctiev súdneho dňa a jednou zo situácií, ktoré psychologicky predisponujú jedincov k depresii, je rozpor medzi očakávaniami a skutočnosťou. Človek natoľko nepociťuje zúfalstvo, keď je situácia aktuálne zlá, ako keď sa vzdal nádeje.

Rozsah depresívnych stavov

Termín depresia má mnoho významov. Neurofyziológ ako depresiu označuje akýkoľvek pokles v elektrofyziologickej aktivite nejakého orgánu alebo systému; ako je napríklad "kortikálna depresia". Farmakológ používa tento termín vo vzťahu k účinku liekov, ktoré utlmujú aktivitu nejakého orgánu alebo systému, takže "depresíva CNS" zahrňujú barbituráty a anestetiká, ktoré klinicky alebo farmakologicky nemajú žiadny vzťah k "antidepresívam". Psychológ označí ako "depresiu" akýkoľvek pokles v normálnom výkone, ako je spomalenie psychomotorickej aktivity alebo redukcia intelektového fungovania. Pre klinického psychiatra a ďalších profesionálov z oblasti duševného zdravia však depresia pokrýva široký rámec zmien v afektívnom stave, ktoré - čo sa týka závažnosti - siahajú od normálnej, každodennej smutnej nálady alebo malomyseľnosti k psychotickým epizódam s nebezpečím suicídia.

Ako nálada alebo afekt alebo emocionálny stav je depresia súčasťou normálneho ľudského prežívania. Pocity smútku a sklamania patria k výkyvom normálneho ľudského stavu. Rozlíšenie medzi normálnou náladou a abnormálnou depresiou nie je vždy jasné, napriek rozsiahlému výskumu diagnostických kritérií a ani psychiatri, ani ďalší klinici sa nezhodujú na presnej hranici medzi normálnymi a psychopatologickými afektívnymi fenoménmi. Diagnóza je obzvlášť obtiažná u veľkého počtu pacientov s epizódami zmien nálady, u ktorých sa ako signifikantná javí nejaká precipitujúca udalosť z nedávnej minulosti najmä preto, lebo klinici majú tendenciu pripisovať depresívne reakcie takýmto stresujúcim udalostiam, ak sú zjavné.

Ako patologický symptóm sa depresia často objavuje v spojení s inými psychiatrickými alebo medicínskymi ochoreniami, čo ešte viac sťažuje presnú diagnózu. Napríklad u starších ľudí môže byť obťiažná diferenciálna diagnóza medzi predčasnou senilnou demenciou a depresiou. Na označenie týchto symptomatických depresívnych stavov bol navrhnutý termín "sekundárna depresia" (Robins a Guze, 1972). V klinickej psychiatrickej praxi je však väčšina depresívnych symptómov "primárnych", t.j. bez zjavného spojenia s preexistujúcim alebo konkomitantným ochorením.

Každým rokom 4 až 8 percent populácie zažíva klinický depresívny syndróm (Weissman a Boyd, 1983), konšteláciu symptómov, v ktorej je porucha nálady sprevádzaná spánkovými ťažkosťami, zmenou apetítu, spomalením myslenia a postojmi beznádeje, bezmocnosti, pesimizmu a dokonca suicidálnymi tendenciami. Navyše - keďže tieto symptómy často perzistujú - diagnostické kritéria podľa Diagnostického a štatistického manuálu APA, známeho ako DSM-III, požadujú aspoň dvojtýždňové trvanie týchto symptómov, plus evidenciu, že ich intenzita a pervazívnosť u jednica viedli k zhoršeniu obvyklého výkonu sociálnych rolí a osobnej aktivity.

Depresia ako normálna nálada

Hoci iba malá menšina jedincov zažíva depresívne symptómy, ktoré spĺňajú kritéria klinickej poruchy, o mnoho viac ich zažíva depresívne nálady: v priebehu roku okolo 40 percent populácie udáva pocity depresie, sklamania a nešťastia (Bradburn, 1975). Dôkazy naznačujú, že ženy sú k depresii náchylnejšie než muži, nielen v zmysle prevalencie ale aj v zmysle celoživotnéj výhľadky.

Hoci kapacita stať sa depresívnym je takmer univerzálna a depresia je teda všeobecným ľudksým zážitkom, nie je výlučne humánnym

stavom. Túto schopnosť majú aj mnohí cicavci, najmä primáty. Najmä pozorovania psov (Scott, 1970) a primátov (Godall a Hamburg, 1971) demonštrovali objavenie sa charakteristických biobehaviorálnych reakcií na separáciu a stratu, reakcií, ktoré sú v mnohom podobné ľudskej depresii. Tieto animálne pozorovania anticipoval vo svojich prácach Darwin, ktorý vyslovil názor, že emocionálny prejav, podobne ako anatomické štruktúry, prešiel biologickou evolúciou a prispel k prežitiu všetkých druhov cicavcov. Táto schopnosť, na ktorú ako prvý poukázal Darwin, sa vyvinula ako reakcia na biologickú bezmocnosť mláďaťa cicavcov, ktoré vstupuje do života neúplne vyvinuté a potrebuje určitú periódu extrauterinného pestovania a ochrany, kým sa stane schopné samostatného biologického prežitia.

Na základe týchto pozorovaní Klerman (1974), Harlow, Harlow a Suomi (1971) a iní dospeli k uzáveru, že schopnosť stať sa depresívnym, ktorá sa vyvinula v priebehu dlhej periódy extrauterinnej závislosti, prispela k vývinu sociálnych väzieb a naučeného správania u mnohých druhov cicavcov a primátov xx a najmä u ľudí. Tieto sociálne väzby a učenie značne napomohli prežitiu a expanzii ľudského druhu. Ako všetci cicavci, ľudské mláďa vstupuje do extrauterinného života biologicky bezmocné a závislé na dospelom jedincovi kvôli potrave, teplu, ochrane a prežitiu. Dospelí môžu zažívať pocity bezmocnosti a závislosti a môžu prejavovať túžbu po starostlivosti nejakej inej osoby alebo rodičovského náhradníka, ale dieťa je skutočne bezmocné ešte skôr, než sú neurologicky možné vedomé reprezentácie želaní, percepcií a spomienok.

Tento biologický fakt humánnej extrauterinnej závislosti predstavuje bázu pre vývin väzieb, najmä medzi dieťaťom a osobou matky a pre mohutné posilnenie sociálneho učenia a skupinovej príslušnosti. Bowlby (1969) prešiel od animálnych pozorovaní k zdôrazneniu dôležitosti vzťahových väzieb v ľudskom prežívaní. Vývoj týchto väzieb a s tým súvisiaceho sociálneho učenia zahrňuje zložité mozgové štruktúry, ktoré sa modifikovali v priebehu evolučného procesu a dedia sa ako časť ľudského biologického aparátu. U ľudských mláďat depresívnej reakcii (plač, zmeny výrazu tváru, zmena pózy) takmer univerzálne predchádza separácia od materinskej postavy. Dokumnetovali to nielen štúdie detí ale tiež štúdie animálnej separácie, najmä Harlow (Harlow a Suomi, 1971), McKinney (Suomi a Harlow, 1973) a Kaufman a Rosenblum (1967).

Hoci dieťa rastie a stáva sa biologicky menej bezmocné, ľudia si uchovávajú schopnosť reagovať na určité stimuli depresiou. Okrem skutočnýcn separácií v dôsledku úmrtia alebo fyzického vzdialenia

sa, depresívnu reakciu môžu stimulovať aj iné formy zmeny v prostredí. A príčinou depresie sa stáva aj anticipácia separácie od rodičovského objektu, takže strach z opustenia je výrazným rysom psychológie detí školského veku. Prostredníctvom sociálneho učenia a generalizácie stimulov, precipitátormi depresívnych symptómov môžu byť aj iné situácie - sklamanie, frustrácia želaní, kritika a odmietanie, zmeny v interpersonálnych vzťahoch a presuny vo vzťahoch dominancia-submisivita.

Hoci sa ľudia o túto kapacitu delia s ostatnými cicavcami a primátmi, môžu - vzhľadom na jazyk a kognitívne schopnosti - anticipovať smrť, stratu a separáciu nielen u iných ale aj u seba. Táto schopnosť mentálnej reprezentácie väzieb xxx xx a ich prerušenia tvorí základy pre ultrapsychické dimenzie interpersonálnych vzťahov.

Miera, do akej sú tieto normálne reakcie spojené s psychogenézou klinických depresívnych syndrómov, je v psychiatrii predmetom sporov. Nie je zhoda v tom, či tieto klinické stavy predstavujú alebo nepredstavujú intenzívnejšiu a prolongovanejšiu formu normálnej depresívnej emócie, akú možno pozorovať pri smútku alebo zármutku. Niektorí bádatelia majú pocit, že tieto klinické stavy sú kvalitatívne odlišné od normálnych stavov a odrážajú určité zhoršenie mechanizmov CNS, ktoré sprostredkúvajú stavy normálnej nálady. Iní bádatelia poukazujú na základné kontinuity a podobnosti. Mimo toho nie je zhoda v tom, či psychosociálne environmentálne zmeny sú univerzálne vo všetkých formách klinickej depresie.

Odlíšenie normálnej nálady od klinickej psychopatológie

Klinická depresia a s ňou súvisiace afektívne poruchy zahrňujú akcentáciu intenzity a trvania inak normálnych emócií. Keďže každý človek zažil stavy nešťastnosti, smútku, depresie a bezradnosti, tieseň pacientov pohotovo nachádza empatické porozumenie klinikov a členov rodiny. Avšak táto familiarita niekedy sťažuje klinické posúdenie a diferenciálnu diagnózu, pretože znejasňuje hranicu medzi normalitou a abnormalitou. Rodina a priatelia majú tendenciu minimalizovať závažnosť pacientových ťažkostí, pretože manifestácie sa zdajú byť normálnymi reakciami na životné situácie.

V bežnej klinickej praxi diagnóza depresie zahrňuje jeden alebo viac syndrómov, v ktorých sa abnormálne perzistujúce afektívne zmeny spájajú s pocitmi bezcennosti, viny, bezmocnosti a beznádeje; anxietou, plačom, suicidálnymi tendenciami, stratou záujmu o prácu a iné činnosti a poškodením schopnosti zastávať každodenné sociálne

funkcie; hypochondriázou sprevádzanou takými fyzikálnymi alteráciami ako anorexia, zmena telesnej váhy, zápcha a psychomotorická spomalenosť alebo agitácia, bolesti hlavy a iné telesné ťažkosti. Aj neskúsený pozorovateľ môže vidieť patologičnosť závažných depresívnych stavov vzhľadom na ich intenzitu, pervazívnosť, perzistenciu a narušanie normálneho sociálneho a fyziologického fungovania. Všetky tieto symptómy sa však zriedka objavia u jedného pacienta. Pozorujeme skôr variujúce kombinácie a to viedlo k početným pokusom o identifikovanie základných dimenzií a vývin diagnostických klasifikácií, ktoré by redukovali heterogenitu. Tento nosologický prístup zasa viedol k vzniku nových dichotómií, typológií a symptómových zväzkov.

U ťažkých foriem je patologičnosť väčšiny afektívnych stavov jasne viditeľná vzhľadom na intenzitu, pervazívnosť, perzistentnosť a narušanie obvyklého sociálneho a fyziologického fungovania. Zložité problémy sa objavujú pri ľahších prípadoch. Chorých pacientov od osôb s normálnou depresívnou náladou klinicky odlišuje množstvo rysov. Psychopatologický stav, okrem porúch nálady, zahrňuje určitú kombináciu týchto rysov:

1. zhoršenie telesného fungovania, ktoré naznačujú poruchy spánku, apetítu, sexuálneho záujmu, aktivity autonómneho nervového systému a gastrointestinálneho systému;
2. redukcia chcenia a schopnosti prevádzať obvyklé, očakávané sociálne role v rodine, práci, manželstve alebo v škole;
3. suicidálne myšlienky alebo konanie;
4. poruchy testovania reality, ktoré sa manifestujú bludmi, halucináciami alebo zmätenosťou;

Keď sa objavia suicidálne myšlienky alebo konanie a zhoršenie testovania reality, obyčajne to naznačuje potrebu psychiatrickej pozornosti.

Jednotlivé symptómy podáva Tabuľka 1.1:

Symptómy depresie

Afektívne	Depresia Anxieta Pocity viny Zlosť, hostilita a iritabilita
Behaviorálne manifestácie	Agitácia Výraz tváre Psychomotorická spomalenosť Spomalenosť reči a myslenia Plač

Postoje k sebe a k okoliu	Sebaobviňovanie Nízke sebahodnotenie Pocity bezmocnosti, beznádeje a beznádeje Myšlienky na smrť/ suicidálne pokusy
Kognitívne poškodenie	Pokles schopnosti myslieť alebo koncentrovať sa
Fyziologické zmeny a telesné ťažkosti	Neschopnosť prežívať slasť Strata apetítu Poruchy spánku Strata energie Pokles sexuálneho záujmu Telesné ťažkosti

Afektívne symptómy

Pri depresii je syndróm určený poruchou nálady. Pacient sa sťažuje, že je "smutný", "sklúčený", "skleslý", "prázdny", "bez nálady", "bezradný", "sklamaný" alebo "zarmútený". Táto porucha nálady je niekedy prežívaná ako prehnaný alebo predĺžený normálny smútok, inokedy pacienti svoje depresívne symptómy opisujú ako kvalitatívne odlišné od normálnej nálady. Na intenzívnych úrovniach je depresia prežívaná ako bolestivá, ako duševné muky. Pre túto tiesnivú kvalitu sa často používa termín "dysfória", ale bolestivé a stiesňujúce môžu byť aj iné emócie než depresia - napríklad pocity viny.

Približne 60 až 70 percent depresívnych pacientov udáva anxietu. Tieto pomery je ťažké hodnotiť, pretože tento termín sa často používa príležitostne k opísaniu akéhokoľvek nepríjemného vnútorného stavu a nie vo svojom presnom zmysle - t.j. na označenie subjektívneho stavu vnútornej úzkosti s myšlienkami hrôzy, strachu, predtúch alebo anticipáciou nebezpečenstva alebo ublíženia, sprevádzanými dysfunkciami autonómneho nervového systému ako sú potenie, palpitácia, zrýchlený tep alebo "chvenie žalúdku" (butterflies in the stomach). Vzhľadom na časté spojenie anxiety s depresiou môže byť diferenciálna diagnóza obtiažna.

Freud identifikoval pocity viny ako črtu, ktorá odlišuje melancholiu alebo morbidnú depresiu od zármutku. Pocit viny je bolestivá emócia, pri ktorej človek cíti rozpor medzi aktuálnym konaním a vlastnými morálnymi alebo etickými štandardmi. Niektorí pozorovatelia rozlišujú medzi vinou a hanbou, pričom vina je uvedomením si nenaplnenia vlastných štandardov a hanba znamená zlyhanie v spĺňaní štandardov nejakej inej signifikantnej osoby, skupiny alebo society. Pocit viny je vnútorný, hanba je interpersonálna a kultúrna.

Pri klinickom interview sa mnohí depresívni pacienti nejakú dobu
[illegible] prevoskať. [illegible]

Behaviorálne manifestácie

Agitácia sa vzťahuje k zvýšenej psychomotorickej aktivite, ktorú pacient prežíva ako ťažkú a nútivú a ktorú sprevádza značné napätie. Pacient si sťažuje, že sa nedokáže uvoľniť, neobsedí, "nemôže ostať na jednom mieste", je "nervózny". Na rozdiel od nadmernej aktivity povzneseného pacienta, ktorá obsahuje sociálne účelné konanie (hoci často zle načasované, sociálne neprimerané alebo grandiózne), aktivita agitovaného pacienta zahŕňa úsilie o uvoľnenie tenzie ako je prechádzanie, vyžmýkanie rúk, obhryzanie nechtov, klepkanie prstami alebo nadmerné fajčenie. Niektoré z týchto správaní spadajú do rámca normálnych "tenzií" každodenného života a mnohí, ak nie väčšina, jednotlivci označovaní za "tenzných" a "napnutých" pravdepodobne manifestujú ľahkú až mierne agitáciu. Hoci sa anxieta a agitácia často objavujú spolu, ich odlíšenie je klinicky užitočné, najmä preto, lebo zatiaľ čo ťažká agitácia dobre reaguje na fenotiazíny a iné neuroleptiká, ale nie na benzodiazepíny.

U zvierat aj u ľudí sa klinicky pozorovalo, že jedným z charakteristických behaviorálnych rysov depresie je zmena vo výraze tváre. Tak ako okamžite rozpoznáme depresívne zmeny u svojich priateľov a blízkych podľa zníženého pohľadu a zvesených kútikov úst. Tieto fa[illegible] zmeny ako prvý pozoroval Darwin (1872) a nedávna práca Eckmana (1973) s použitím fotografií naznačila, že s depresiou spojené [illegible] sú univerzálne vo všetkých spoločnostiach. Kriviace mimické svaly úst sa neprevádzali až do sedemdesiatych rokov, keď Schwartz a spol. (1976) previedol sériu štúdií s elektromyografickým [illegible] mimických faciálnych svalov. Táto štúdia u[illegible] ako pri normálnej, tak klinickej depresii je zmena výrazu tváre [illegible] depresorovým svalstvom, ktoré aktivuje kútiky úst. U depresívnych pacientov boli tieto svalové zmeny dlhodobé a menej [illegible] na podnety prostredia. Okrem toho sa zvýšila svalová tenzia

svalu temporálneho mandibulárneho kĺbu (the masseter) a tieto tenzie sa objavili [illegible] s depresiou.

[illegible] depresívnych pacientov [illegible] ako [illegible] ľahkú [illegible] ťažkú depresiu. Niektorí pacienti

osobnostné rysy, ktoré sa považujú za súčasť psychodynamiky osôb predisponovaných k opakovanému objaveniu sa depresie. Hoci dôkazy podporujúce tento názor sú sporné, klinici a bádatelia sa vo všeobecnosti zhodujú v tom, že počas akútneho depresívneho stavu majú pacienti pocit "neadekvátnosti", "inkomeptencie" a "zlyhania" a sú presvedčení, že ich podobne hodnotia aj ich rodina, priatelia a spolupracovníci. Beck (1969) zdôraznil toto kognitívne poškodenie u depresívnych, poukazujúc na znížená schopnosť týchto pacientov hodnotiť vlastný výkon a názory okolia na nich. Tieto ťažkosti môžu navyše pretrvávať aj po remisii akútnej depresie. Sebahodnotenie pacientov, ktorí prežívajú opakovanú alebo chronickú depresiu klesá ešte nižšie s progredovaním alebo opakovaním choroby.

Pocity bezmocnosti, pesimizmu a beznádeje sú úzko späté s ťažkosťami depresívneho pacienta pri udržiavaní sebahodnotenia. Pacienti sa sťažujú, že sa cítia byť bezmocní aj pri malých úlohách ako je obliekanie sa, starostlivosť o seba, upravenosť. Ešte ťažšie je zastať rodičovské, domáce alebo profesionálne povinnosti. Pocity bezmocnosti súvisia menej s aktuálnou úrovňou výkonu, než s neschopnosťou naplniť vlastné alebo cudzie očakávania. Kultúrne vzorce, výchovné postupy a rodinné hodnoty podmieňujú mnohých depresívnych k perfekcionizmu, orientácii na výkon a sebakritičnosti a k vysokým etickým a morálnym štandardom. Internalizácia takýchto očakávaní spôsobuje senzitívnosť týchto pacientov k rozporu medzi želaním a realitou a tým aj náchylnosť považovať sa za slabých, nedostačujúcich a bezmocných počas depresívnych epizód. Keďže sú handicapovaní nízkym sebahodnotením a pocitmi bezmocnosti, mnohí depresívni tiež udávajú pesimizmus a beznádej. Mnohých pacientov zamestnávajú strachy a obavy o zdravie, financie, rodinné záležitosti a kariéru. Anticipujú nešťastný osud, prežívajú sklúčenosť a predpovedajú záhubu. Pri ťažších formách môže byť prítomné neprekonateľné zúfalstvo, spojené so suicidálnymi myšlienkami alebo konaním.

Myšlienky na smrť a suicidálne pokusy sú často súčasťou klinickej depresie a každý terapeut by si mal byť vedomý tohoto nebezpečenstva. Smrť suicídiom sa objavuje v pomere asi 1 percenta v priebehu roku akútnej epizódy a 15 percent v priebehu celého života pacienta s rekurentnými depresiami (Klerman, 1982). Pri empatickom ale systematickom rozhovore môže klinik odkryť pacientove myšlienky, impulzy a možné zámery. Suicidálne myšlienky majú mnohí pacienti, ale iba niektorí majú suicidálny zámer. Perióda rizika siaha od akútnej epizódy po týždne a mesiace po symptomatickej remisii; k najvyššej suicidálnej mortalite dochádza počas šesť až deväť mesačnej periódy od symptomatického zlepšenia.

Kognitívne poškodenie

V priebehu klinického interview môže terapeut vo všeobecnosti pozorovať spomalenú hybnosť, sklesly výraz tváre, upretý pohľad a redukciu rozhliadania sa. Všetky tieto fyzické manifestácie sú súčasťou psychomotorickej spomalenosti, ktorá je charakteristická pre depresiu a obvykle sa spájajú so subjektívnymi údajom pacienta o letargii a zníženej aktivite. Reč je pomalá a niekedy takmer nepočuteľná. Odpovede na otázky prichádzajú s oneskorením a interval medzi podnetom a reakciou je predĺžený. Obsah samotnej odpovede je chudobný, pri ťažších formách môže pacient odpovedať iba niekoľkými málo slovami alebo neúplnými vetami. Pri zriedkavom a závažnom syndróme "depresívneho stuporu" môže byť pacient úplne inaktívny - mlčanlivý, netečný a neschopný jesť. Šťastie, depresívny stupor sa dnes neobjavuje tak často, ako tomu bolo pred dvadsiatimi alebo tridsiatimi rokmi. Klinickým problémom je diferencovanie medzi depresívnym stuporom a katatónnymi schizofrenickými stavmi, najmä u mladých dospelých. Napomôže dôkladné zozbieranie histórie, podobne ako pozorovanie zmien v správaní a mentálnom obsahu, keď s pacientom hovoríme po injekčnom podaní amytálneho sódia (sodium amytal).

Depresívni pacienti sa často sťažujú na ťažkosti s koncentráciou, "spomalené myslenie", "duševnú prázdnotu", "slabú pamäť" a podobné symptómy. Inhibícia myslenia a obsedantné rumináciu o sebapochybnostiach, obavách z budúcnosti, sebaobviňovaní a suicidálnych impulzoch môžu spôsobiť, že pacienti sú príliš zaujatí vnútornými myšlienkami a menej pozorní k požiadavkám okolia. Pri formálnom psychologickom testovaní sa obvykle udrží presnosť, ale rýchlosť a výkon sú spomalené. Pri ťažších formách, najmä u starších pacientov, môže byť obtiažná diferenciálna diagnóza od rúnych štádií demencie.

Fyziologické zmeny a telesné ťažkosti

Neschopnosť prežívať slasť je takmer univerzálna medzi depresívnymi pacientami. Pacienti udávajú, že predchádzajúce zdroje uspokojenia, ako je strava, sex, koníčky, športy, spoločenské dianie alebo čas strávený s rodinou, deťmi alebo priateľmi, ich už viac netešia. Pacient-i s ťažkou formou tohoto symptómu reagujú na opisovaní ako anhedonistickí.

Okolo 70 až 80 percent pacientov prežíva stratu apetítu so sprie-

vodným úbytkom na váhe. Menšina - obvykle mladší pacienti s ľahšími formami depresie - prežívajú kompenzatórne zvýšenie príjmu potravy, často večer alebo v noci.

Väčšina depresívnych pacientov (80 až 90 percent) zažíva určitú formu insomnie. Malé percento však predlžuje svoj spánok, často ako spôsob vyhýbania sa stresujúcim situáciam. Porucha spánku môže zahrňovať ťažkosti so zaspávaním, s ruináciami a opakovaným preberaním detailov životných okolností; zobúdzanie sa uprostred noci v dôsledku desivých snov alebo nepríjemných telesných pocitov; včasné zobúdzanie sa ráno alebo pocit nevyspatosti.

Strata energie súvisiaca s neschopnosťou prežívať radosť a slasť sa objavuje v údajoch pacientov o únave a letargii. Tieto symptómy, niekedy diagnostikované ako neurasténia alebo anergia (anergy), sa spájajú s redukciou sociálnej, rodinnej, profesionálnej a sexuálnej aktivity, pocitmi "vyčerpanosti", "ťažkých ramien a nôh" a "odčerpanosti energie z tela". Pacienti tieto pocitové stavy často interpretujú ako znamenie nervovej vyčerpanosti, prepracovanosti, nervového zrútenia alebo nedostatku vitamínov a živín. Keď sú symptómy ťažké, pacient môže dôjsť k presvedčeniu - niekedy až bludnej intenzity - že sú znamením nejakej vážnej choroby, ako je rakovina alebo tuberkulóza.

Pokles sexuálneho záujmu je pri depresii obvyklý a môže ujsť terapeutovej pozornosti, ak sa o to podrobne nezaujíma. U mužov je impotencia častým stiesňujúcim symptómom, ktorý môže agravovať existujúce manželské tenzie a ďalej znižovať pacientove sebahodnotenie.

Depresívni pacienti často udávajú rozmanité telesné ťažkosti, ktoré sa môžu týkať takmer každého orgánového systému. Tieto ťažkosti zahrňujú bolesti hlavy, bolesti hrdla, bolesti chrbta, svalové kŕče, nauseu, vomitus, stiahnuté hrdlo, horkú chuť v ústach, suché ústa, zápchu, pálenie žáhy, zlé trávenie, nadúvanie, neostré videnie a bolestivé močenie. Všeobecní lekári, internisti a iní špecialisti týmto pacientom často doporučujú rozsiahle a často drahé diagnostické vyšetrenia.

Depresívny syndróm

Tak, ako žiadny pacient neudáva všetky symptómy uvedené v Tabuľke 1.2, neexistuje jeden depresívny syndróm. Klinický stav diagnostikovaný kritériami v DSM-III zahrňuje širokú škálu depresívnych stavov.

Tabuľka 1.2

Diagnostické kritériá DSM-III - Veľká depresia

A. Dysforická nálada alebo strata záujmu alebo radosti zo všetkých alebo takmer všetkých obvyklých činností a zábav. Dysforická nálada je charakterizovaná nasledovnými symptómami: depresivita, smútok, zarmútenosť, beznádej, sklúčenosť, skleslosť, iritabilita. Porucha nálady musí byť výrazná a relatívne stála, nemusí však byť najdominantnejším symptómom a nezahrňuje chvíľkové presuny z jednej dysforickej nálady do druhej, napríklad z anxiety do depresie alebo hnevu, ako to možno pozorovať v stavoch akútneho psychotického rozrušenia. (U detí pod šesť rokov možno na dysforickú náladu usudzovať z perzistentne smutného výrazu tváre.)

B. Aspoň štyri z nasledujúcich symptómov sú prítomné takmer každý deň po dobu aspoň dvoch týždňov (u detí pod šesť rokov, aspoň tri z prvých štyroch symptómov):

1. slabý apetít alebo signifikantný úbytok na váhe (nie pri dietovaní) alebo zvýšený apetít alebo signifikantný príbytok na váhe (u detí pod šesť rokov, značné zlyhávanie v očakávaných váhových prírastkoch);
2. insomnia alebo hypersomnia;
3. psychomotorická agitovanosť alebo spomalenosť (ale nie iba subjektívny pocit nekľudu alebo spomalenosti)(u detí pod šesť rokov, hypoaktivita);
4. strata záujmu alebo radosti v obvyklých aktivitách alebo pokles sexuálneho pudu, ktoré sa neobmedzujú na periodu bludov a halucinácií (u detí pod šesť rokov, známky apatie);
5. strata energie, únava;
6. pocity bezcennosti, sebaobviňovanie, alebo excesívne alebo neprimerané pocity viny (môžu byť bludné);
7. sťažnosti alebo evidentne znížená schopnosť myslieť alebo koncentrovať sa, ako je spomalené myslenie, alebo nerozhodnosť, ktorá sa nespája so značným uvoľnením asociácií alebo inkoherenciou;
8. opakované myšlienky na smrť, suicidálna ideácia, želania zomrieť alebo suicidálny pokus.

Podtypy depresie

V klinickej a výskumnej spoločnosti panuje značná nezhoda v otázke najlepšieho spôsobu subtypizácie depresie. Niektoré systémy sa zakladajú na predpokladanej etiológii, iné sa primárne opierajú o symptómové vzorce a manifestné správanie. V súčasnosti prebieha revízia diagnóz a klasifikácie afektívnych porúch. Kriticky sa preskúmali tradičná rozdelenie psychotický/neurotický a dichotómia endogénny/reaktívny a navrhli sa dve nové klasifikácie: rozdelenie primárny/sekundárny, ktoré navrhujú Robins a Guze (1972) a Robins a kol.(1972) a dichotómia unipolárny/bipolárny, ktorú prvý krát opísali Leonard, Korff a Schulz (1962) a nasledne rozvinul Perris (1966) v Spojených štátoch a Angst (1966) vo Švajčiarsku. Od týchto nových zoskupení

sa očakáva, že vyriešia neurčitosti odvodené z konceptu manicko-depresívneho ochorenia, ako po prvý krát opísal Kraepelin.

V modernej vedeckej medicíne by bolo ideálne, keby sa diagnostické posúdenie jednotlivých pacientov a nozologická klasifikácia ochorenia zakladali na poznaní etiológie, patofyziológie, psychodynamiky a epidemiológie. Bohužiaľ, napriek rýchlemu napredovaniu, poznanie v oblasti afektívnych porúch ešte nedosiahlo úroveň, ktorá by umožňovala súhrnnosť a istotu. Bežné diagnostické posúdenie jednotlivých pacientov sa v prvom rade musí zakladať na klinických a psychopatologických informáciach, doplnených ďalšími údajmi. Nozologické klasifikácie sa takisto zakladajú takmer výlučne na klinických a psychopatologických kritériach.

Súčasnou výskumnou stratégiou je čo najpresnejšie určiť diagnostické skupiny za použitia konzistentne aplikovaných kritérií, ktoré sa nemiešajú s etiologickými alebo terapeutickými predpokladmi. Predpokladá sa, že vymedzenie nových skupín podľa týchto kritérií podporí komunikáciu medzi klinikmi a utvorí kategórie umožňujúce plodný výskum, ktorý zasa poskytne poznanie pre jasnú etiologickú klasifikáciu.

Implikácie pre interpersonálnu psychoterapiu

Jednou z hlavných charakteristík IPT depresie je to, že pristupuje k depresii ako ku klinickej poruche. Tento prístup je odôvodnený nielen rozsiahlou prevalenciou depresie, ale aj z terapeutického hľadiska dôležitou potrebou dať pacientovi určitú diagnostickú nálepku a zlegitímniť u nich prevzatie "role chorého". V psychoterapeutickej spoločnosti bola tendencia k antidiagnostikovaniu a k podceňovaniu symptómov. Domnievame sa, že tento prístup je teoreticky aj terapeuticky mylný.

Teoreticky môže podceňovanie najnovších výskumných poznatkov z psychopatológie viesť psychoterapeutov k prehliadnutiu dôležitých epizód depresie a k sústredeniu sa výlučne na konflikty, antecedentov z detstva alebo na trvalé osobnostné rysy. Mnohé psychoterapie nedokážu oceniť ~~xxxxxx~~ životne dôležitú rolu, ktorú v depresívnych epizódach v pacientovom živote zohrávajú manifestné symptómy.

Esenciálnou časťou našej teórie je pluralistický názor na povahu depresie. Čo sa týka etiológie, pluralistický názor tvrdí, že jediná príčina sama o sebe nemôže vysvetliť depresiu. Genetika, rané životné skúsenosti, environmentálny stres a osobnosť sa zložitým spôsobom kombinujú, aby vyprodukovali etiológiu a patogenézu depre-

~~xx~~ sie. Tieto faktory budú u jednotlivých pacientov operovať v rozličných stupňoch. Medzi skupinami pacientov s rozličnými subtypmi depresie môže prevládať jeden alebo druhý faktor, je však nepravdepodobné, že by sa na depresie dala aplikovať "nutná a dostatočná" etiologická báza pre klasifikačný model, ktorý je v medicíne obvyklý. Pluralistický názor teda odhaľuje aj náš postoj k diagnóze a klasifikácii: depresia sa považuje za syndróm, alebo skôr za skupinu syndrómov.

Terapeuticky, ak je úroveň ťažkostí manifestujúcich sa symptómami a emocionálnymi stavmi dostatočne vysoká, pacienti nemôžu pristúpiť k učeniu v psychoterapii nevyhnutnému a nie sú schopní využiť klarifikácie a vhľady, spájajúce ich súčasnú situáciu s predošlou životnou skúsenosťou, najmä so zážitkami z detského vývinu. V zhode s tým sa IPT depresie opiera o chápanie depresie ako normálnej nálady, ako symptómu, ktorý možno pozorovať pri mnohých medicínskych a psychiatrických stavoch a ako syndrómu. Základný prístup, z ktorého IPT vychádza teoreticky aj terapeuticky, začína v presvedčení, že pacient má poruchu, že táto porucha je diagnostikovateľná a že terapeuticky je v pacientov prospech, aby bol takto označený (rediagnostikovaný), čím sa prijatie "role chorého" stáva legitímnym. Tento názor bude rozoberaný v Kapitole 5., "Zaoberanie sa depresiou a diagnóza interpersonálneho problému."

Kapitola 2.

INTERPERSONÁLNY PRÍSTUP

Vyzbrojený chápaním povahy depresie, môžeme teraz preskúmať koncept interpersonálneho prístupu, ktorý navrhujeme pre jej liečbu. Jeho priekopníkom bola psychiatrička a psychoanalytička [illegible] pôsobila [illegible] Od [illegible] v oblasti duševného zdravia – v klinike na [illegible] a klinickú [illegible] Popri [illegible] sociálne [illegible] a zdravotné [illegible] Jej [illegible] Sullivanovej [illegible] Fromm-Reichmannovej [illegible] Lazare (1976).

[illegible] Vo svojej [illegible] [illegible] a [illegible] "Direktívna a neriadená liečba"). Sullivan a [illegible] a Klerman (1968) [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] "psychologické" alebo "organické", "psychogénne" alebo "psychické" a [illegible] "sociálno-psychiatrické".

Šesťdesiate a sedemdesiate roky zaznamenali v americkej psychiatrii vznik nových teoretických a klinických názorov. Tieto sa [illegible] v rámci centier duševného zdravia, ale aj vypracovanie [illegible] techník a mnohých nových foriem individuálnej, skupinovej a rodinnej psychoterapie. Tabuľka 2.1 identifikuje šesť škôl, ktoré sú pre súčasné diagnostikovanie a liečbu depresie v Spojených štátoch najrelevantnejšie.

Prístupy a autori

Názov	Najvýznamnejší autori	Poznámky
[illegible]ická	Kety Klerman	Vychádza z [illegible] štúdie.
[illegible]dynamická	Knight Kohut	Silne ovplyvnená freudovským psychoanalýzou, ale modifikovaná [illegible] klinickými skúsenosťami, najmä [illegible] psychológiou a self-psychológiou.
[illegible]ns	Meyer Hedlich	Hlavne sa opiera o sociológiu, antropológiu a iné sociálne vedy.
Interpersonálne	Sullivan Fromm-Reichmann	Aplikovaná na rodinnú terapiu a psychoterapiu ambulantných pacientov, ale aj na schizofréniu, depresiu a ďalšie stavy.
Behaviorálne	Skinner Lewinsohn	Venuje sa hlavne behaviorálnej liečbe.
Kognitívna	Beck	Venuje sa hlavne kognitívnej liečbe.

[illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [

prvých desaťročiach 20.storočia, pred 1.svetovou vojnou. Pravdepodobne nie je náhodou, že táto zmena koincidovala s vynorením sa Progresívneho hnutia v americkom politickom a kultúrnom živote. Zdá sa, že je tu úzka historická korelácia medzi periódami zlepšenia ekonomického blahobytu, všeobecného intelektuálneho a sociálneho kvasu a progresívneho politického pohybu na jednej strane a cyklami reforiem v oblasti duševno-zdravotnej praxe a novými ideami v psychiatrickej profesionálnej aktivite na strane druhej. Tento vzorec bol jasne badateľný v desaťročí pred 1.svetovou vojnou, keď sa v nových "psychopatických nemocniciach" v Bostone, Massachusetts, Baltimore, Maryland, Ann Arbore, Michigan rozvíjali štúdijne a výskumné aktivity. V tomto desaťročí po prvýkrát ovplyvnila americké psychiatrické a intelektuálne myslenie aj psychoanalýza. V skupine psychoanalytikov, ktorých v roku 1908 pozval na Univerzitu vo Worcesteri, Massachusetts Clark, boli aj Freud a Jung. Títo mali prednášky na niekoľkých medicínskych školách na východnom pobreží.

Najvplyvnejším predstaviteľom v americkej psychiatrii tohoto obdobia a ďalších desaťročiach bol Adolf Meyer z Univerzity Johns Hopkinsa. Meyer mal hlboký vplyv na americkú psychiatriu 20.storočia, utvoriac základy pre jej jedinečný rozvoj v tejto krajine (Klerman, 1979). Tento vplyv je paradoxný, keďže Meyer sa vycvičil vo Švajčiarsku a hovoril po nemecky a napriek tomu dopomohol k preneseniu neuropatológie z Európy do Ameriky. Takisto pomohol, aby sa do Spojených štátov uviedli Kraepelinove myšlienky o dementii praecox. Napriek tomu, Meyer sa odvrátil od svojich európskych koreňov a nechal sa silne ovplyvniť vynárajúcou sa americkou filozofickou školou pragmatizmu, ktorú založil Wiliam James, keďže sa osobne poznal s mnohými z jej predstaviteľov z oblasti Chicaga.

Meyer sa stal prvým profesorom psychiatrie na Univerzite Johns Hopkinsa, potom, čo bola zreformovaná na základe doporučení Flexnerovej správy, štúdie organizovanej Carnegie Nadáciou, v ktorej sa Abraham Flexner podujal preštudovať medicínske vzdelávanie v Spojených štátoch. So svojím dôrazom na výskum, profesionálnu špecializáciu, štipendium a plne-časové štúdium sa Hopkinsova Univerzita stala modelom pre Americké medicínske fakulty. Niektoré ďalšie akademické centrá psychiatrie, ktoré vznikli neskôr, často viedli Meyerovi študenti, ako napríklad Campbell na Harvarde a Diethelm na Cornellovej Univerzite.

K opisu svojej práce a teórií Meyer používal termín psychobiológia. Dnes psychológia znamená vplyv biologických mechanizmov na správanie, avšak Meyer pod ňou rozumel niečo oveľa širšie. Silne ovplyv-

nený Darwinom, chápal duševnú chorobu ako snahu jedinca prispôsobiť sa meniacemu sa prostrediu. Pretože jeho chápanie prostredia zdôrazňovalo jeho psychosociálne rysy, mnohé z osobitých amerických úsilí v psychiatrii, ako je modifikácia freudistickej psychoanalýzy, rozvoj interpersonálnej školy a výskum v sociálnej epidemiológii, boli silne ovplyvnené Meyerom buď priamo, alebo prostredníctvom jeho študentov, ktoré až do obdobia po 2.svetovej vojne ovládli akademické psychiatrické centrá.

Koncept psychobiológie Adolfa Meyera modifikoval Darwinov princíp biologickej adaptácie tým, že zahrnul adaptáciu organizmu na sociálne prostredie. Podľa Davida Rothmana (1980) bol Meyer veľmi aktívny v rozličných úsiliach o sociálnu reformu v Progresívnej ére pred 2.svetovou vojnou, avšak vo svojich psychiatrických prácach zriedka špecifikoval zvláštne rysy sociálneho prostredia, ktoré súviseli s objavením sa duševnej choroby. Boli to však jeho študenti, najmä Rennie (1956) a Leighton a kol.(1963), ktorí po 2.svetovej vojne v Spojených štátoch utvorili pole sociálnej epidemiológie.

Od päťdesiatych rokov sa stredom záujmu tejto skupiny teoretikov a bádateľov stalo päť aspektov sociálneho prostredia: civilizácia, urbanizácia, stres, sociálna trieda a sociálna štruktúra nemocníc pre duševne chorých.

Civilizácia

Medzi prvé dohady o príčinách duševných chorôb patrie myšlienky Osvietenstva, ktorého filozofi zastávali názor, že duševná choroba je dôsledkom civilizácie. Rousseauov pojem "ušľachtilého divocha" odrážala implicitnú epidemiologickú hypotézu, že duševná choroba sa neobjavuje, ak človek zostáva vo svojom prirodzenom - t.j. necivilizovanom - stave. Tento romantický názor nezápadných spoločnostiach, ktorý Srole a Fischer (1980) v súvislosti s duševnou chorobou nazvali doktrínou "strateného raja", sa opieral o domienku, že ľudia v prehistorických spoločnostiach nemali psychózy. To vyvracia transkulturálny výskum, ktorý ukazuje, že duševné choroby, vrátane niektorých foriem psychóz, sa široko objavujú vo vzdelaných aj nevzdelaných spoločnostiach (Murphy, 1976). Okrem transkulturálnych metód sa táto doktrína "strateného raja" študovala aj historicky. Túto hypotézu overovali tiež Marshall a Goldhammer (1953) použijúc údaje o mentálnych hospitalizáciach v Massachusetts. Ich výskum ukázal, že keď sa tieto počty dajú do pomeru so zmenou v celkovej populácii v čase, nedá sa dokumentovať žiadny trend k zvýšenej hospitalizácii

z dôvodu psychózy u ľudí pod päťdesiat rokov, od začiatku 19.storočia.

Urbanizácia

V úzkom vzťahu s civilizačnou tézou je názor, že na duševné zdravie nepriaznivo pôsobí mestský život. Táto téza je prejavom implicitného názoru, že mesto je "zlé" a že choroba bude častejšia v mestských centrách než vo vidieckych oblastiach. Túto tézu nedávno overoval Srole (1980) ako pokračovanie svojej štúdie ľudí žijúcich uprostred Manhattanu, pôvodne interviewovaných v roku 1954. Po dvoch desaťročiach života na Manhattane tí, ktorí v päťdesiatych rokoch boli deťmi, vykazovali lepšie duševné zdravie než predchádzajúca generácia. Tento trend bol spôsobený hlavne zlepšením duševného zdravia žien. Srole naznačuje, že táto zmena rezultuje v "novom druhu žien". Srole túto zmenu interpretuje ako následok zlepšenia postavenia ženy v prvej polovici 19.storočia, v dôsledku zvýšenej účasti na pracovnej sile, ústavných dodatkov udeľujúcich ženám volebné právo a predĺženia života vzhľadom na zdokonalenie postupov vo výchove detí a prekonanie infekcií spojených s rodením detí.

Práca Leightona (1963) a spolupracovníkov v Novej Scótii paraleluje Manhattanskú štúdiu Srolea. Kanadský výskum vychádzal z tézy, že prudká sociálna zmena, najmä z vidieckej na industriálnu sociálnu štruktúru, rezultuje do rozbitia sociálnej kohézie a zvyšuje sociálnu dezorganizáciu, čo sa odrazí vo zvýšenom pomere duševných ochorení. Ich pojem sociálnej dezintegrácie je v mnohom podobný ideam francúzskeho sociológa Durkheima, najmä jeho poňatiu, že zvýšená anómia súvisí so zvýšenou incidenciou suicídií.

Stres

Počas 2.svetovej vojny sa v americkej armáde prevádzal rozsiahly sociálno-vedecký výskumný program, ktorý obsahoval úsilie dať neurotické symptómy do vzťahu s bojovým stresom (Stouffer, 1950). Nakoľko vojaci prešli rozsiahlym zdravotným a psychiatrickým screeningom a napriek tomu sa u niektorých z nich v priebehu vojny a po nej rozvinuli psychiatrické symptómy, štúdia dospela k uzáveru, že vojnové neurózy sú podmienené skôr stresom, než predispozičnými faktormi a alebo vulnerabilitou. Téza, že duševná choroba je spôsobená stresom, viedla k ďalšiemu skúmaniu vzťahu medzi psychosociálnymi životnými udalosťami a duševnými chorobami. Napríklad Holmes a Rahe (1967) previedli množstvo štúdií role rozličných stresových faktorov, ktoré zvyšujú riziko ochorenia. Ako činitele zvyšujúce riziko somatickej alebo duševnej choroby sa ukázali prírodné pohromy, ako hurikány a záplavy, životné udalosti, ako zármutok alebo strata zamestnania a ekonomické zmeny, ako zatvorenie továrne.

Sociálna trieda

Odhalenie, že určité duševné choroby sa častejšie objavujú u nižších sociálnych tried, priniesol národný záujem o chudobu a ďalšie dôsledky triednej štruktúry. Tento významný smer výskumu začína Chicagskou školou sociológie. Faris a Dunham (1939) použili ekologické metódy k demonštrácii rozdielov v hospitalizácii súvisiacich so sociálnou triedou. Neskôr Hollingshead a Redlich (1958) študovali prevalenciu liečených duševných ochorení v New Haven, Connecticut. Hoci ich práca bola kritizovaná vzhľadom na nedostatočné rozlíšenie medzi incidenciou a prevalenciou a zúženie vzorky na liečené prípady, napriek tomu demonštrovali silný vzťah medzi nízkou sociálnou triedou a zvýšenou incidenciou duševného ochorenia, najmä schizofrénie. Navyše dokumentovali silný vplyv sociálnej triedy na motiváciu k vyhľadaniu liečby a na prístup k možnostiam liečby.

Sociálna štruktúra nemocníc pre duševne chorých

Po 2.svetovej vojne previedli psychiatri a sociológovia množstvo spoločných, úspešných výskumov sociálnych, psychologických a inštitucionálnych charakteristík nemocníc pre duševne chorých. Tieto štúdie demonštrovali silný dopad nemocničnej sociálnej štruktúry na klinický výsledok pacientov. Značne bola rozšírená excesívna byrokracia, hierarchická autoritná štruktúra, neprofesionálmi vykonávaná neformálna moc a pervazívna rola ideológie (Goffman, 1961). Tieto zistenia oživili záujem o "morálnu liečbu" éry 19.storočia, pretože vyvolali otázku, či sú mnohé chabé výsledky pri schizofrénii a iných chronických psychózach spôsobené samotnou chorobou, alebo či sú dôsledkom depersonalizujúcich a závislosť produkujúcich rysov danej inštitúcie (Stanton a Schwartz, 1954). V Anglicku sa na označenie takýchto efektov navrhoval termín "inštitucionálne neurózy". V Spojených štátoch Gruenberg (1966) identifikoval "syndróm sociálneho zrútenia" ako nepriaznivý dopad sociálneho prostredia na priebeh ochorenia, najmä na deterioráciu, ku ktorej môže pri schizofrénii dôjsť.

Čiastočne vzhľadom na tieto štúdie sa urobilo množstvo pokusov o

reformu zariadení pre duševne chorých. Americké nemocnice prijali mnohé z techník používaných v Anglicku, vrátane systému "otvorených dverí", programov dennej liečby a snáh o sociálnu a pracovnú rehabilitáciu. V Spojených štátoch sa táto línia snaženia v posledných desaťročiach stala menej výraznou, pretože pozornosť sa z nemocnice presunula na spoločnosť ako na hlavný fokus liečby. Nádeje, že by sa - podobne ako tuberkulózne nemocnice - mohli zavrieť mnohé nemocnice pre duševne chorých, sa nerealizovali. Rozloženie spoločenstva a deinštitucionalizácia v skutočnosti ~~xxxx~~ u pacientov často viedli k trvalej chronicite a sociálnej neschopnosti, čo naznačuje, že značná časť chronickej sociálnej neschopnosti je spôsobená skôr chorobou než nepriaznivými účinkami inštitucionálneho prostredia.

Takéto úsilie sociálnej psychiatrie viedlo k tomu, aby sa pri chápaní a liečbe duševných chorôb bral do úvahy širší počet premenných - kauzálnych a rizikových faktorov. Sociálno-epidemiologický výskum však venoval relatívne menšiu pozornosť špecifickým duševným poruchám ako závislým premenným. Niektoré sociálno-epidemiologické štúdie majú tendenciu podceňovať špecifické diagnózy a opierať sa o škály jedinej nedimenzionálnej neschopnosti. Túto tendenciu sa podarilo prerušiť zavedením Výskumných diagnostických kritérií APA (Research diagnostic criteria - RDC) a iných nových diagnostických techník. NIMH vyšla s epidemiologickým výskumným programom, ktorý zahrňuje mapovanie veľkých pacientských vzoriek v piatich oblastiach Spojených štátov za použitia štrukturovaného interview, (Diagnostic Interview Schedule) ktorý vypracoval L. Robins a kol. (1981). DIS umožňuje diagnostické posúdenie zhodné s kategóriami DSM-III. Je nádej, že tieto snahy povedú k zbliženiu medzi novým dôrazom na samostatné diagnostické kategórie a teoretickými a metodologickými pokrokmi bádateľov z oblasti sociálnej psychiatrie.

Interpersonálna škola

K psychiatrickej teórii a praxi v Spojených štátoch veľkou mierou prispela interpersonálna škola. Vynorila sa v tridsiatych a štyridsiatych rokoch v oblasti Washingtonu a Baltimoru a pôvodne sa zakladala na práci Harry Stuck Sullivana (1956), čoskor však prijala aj niektoré z teórií neofreudistov, Friedy Fromm-Reichmann, Ericha Frommu a Karen Horney.

Pravdepodobne nie je náhodné, že táto škola vznikla práve tu. Jedným faktorom bol intelektuálny vplyv Meyera, ktorý rozšíril obzor psychiatrického záujmu aj na sociálne a kultúrne sily. Ďalším faktorom bola intelektuálna atmosféra vo Washingtone za éry Novej zmluvy (New Deal). Mnohí ekonómovia, právnici, sociálni vedci a vládni činitelia vo Washingtone boli citliví k psychologickým konzekvenciám ekonomickej depresie a zaujímali sa o túto kvalitu života v modernej industriálnej a mestskej spoločnosti.

Hoci najrannejšie pramene interpersonálneho prístupu sú idey Meyera, za osobu, ktorá najjasnejšie artikulovala interpersonálnu paradigmu, sa považuje Harry Stack Sullivan. Sullivan sa narodil v New Yorku a analytický tréning získal v oblasti New Yorku. Neskôr sa vo svojom prístupe stal veľmi individuálnym a po odchode do oblasti Washingtonu postupne rozvinul svoje idey. Prednášal v Chestnut Lodge, kde sa na sklonku tridsiatych rokov usadilo množstvo psychoanalytických emigrantov, vrátane Fromm-Reichmannovej. Meyer kládol veľký dôraz na pacientove súčasné prežívanie a sociálne vzťahy (Meyer, 1957) a chápal pacientovu reakciu na environmentálnu zmenu a stres v dospelosti ako determinovanú radými zážitkami - nazývanými "návykmi" (habits) - v rodine a v rôznych sociálnych skupinách.

Sullivan išiel ešte ďalej, keď psychiatriu definoval ako oblasť interpersonálnych vzťahov. Spolu so svojimi spolupracovníkmi vypracoval súhrnnú a konzistentnú teóriu o spojitosti medzi psychiatrickými poruchami a interpersonálnymi vzťahmi u vyvíjajúceho sa dieťaťa a dospelého v mnohonásobných transakciách života.

Tento prístup sa obracal hlavne k terapeutom. Interpersonálne modifikácie intenzívnej dynamickej psychoterapie sa navrhovali pre schizofrenikov (Fromm-Reichmann, 1960), manicko-depresívnych pacientov (Cohen a kol., 1954) a pre neurotikov a deti. Interpersonálna škola je zodpovedná za zrod rodinnej terapie ako novej formy psychoterapie.

Sullivan a jeho spolupracovníci prijali väčšinu štandardných diagnostických kategórií. Vo svojich prácach rozoberal hystériu, obsedantne-kompulzívne správanie a manicko-depresívne ochorenie. Zachovával Kraepelinov pojem dementie praecox pre nejasne definovanú, geneticky determinovanú skupinu s chabými výsledkami, avšak odlišoval dementiu praecox od toho, čo nazýval schizofréniou.

Napriek tomu, že interpersonálna škola zdôrazňovala rolu rodinných faktorov ako možných etiologických faktorov a psychóz a špekulovala okolo intrafamiliárnej patológie, neprinieslo žiadnu konzistentnú nozológiu alebo klasifikáciu rodinných porúch. Snahy dávať rodinnú patológiu do vzťahu so schizofréniou, vrátane prácu sov Lidza a Flecka (1956) na Yale, Bowena (1960) vo Washingtone a Wynna (1963 v Rochesteri neboli podporené výskumom. Zastáncovia interpersonál-

neho prístupu preto zmiernili svoje požiadavky jeho použitia pri liečbe schizofrénie a teraz sa opierajú o pozorovania britských bádateľov, že k patogenéze prispievajú alebo ju podporujú "prejavované" emócie (expressed emotion - EE) a"komunikačná deviantnosť" (communication deviance), pravdepodobne v interakcii s genetickými a inými biologickými faktormi, čo je pravdepodobnejšie, než že by boli nevyhnutnými kauzálnymi silami.

Teoretické základy interpersonálneho prístupu najlepšie zhrnul Sullivan, ktorý učil, že psychiatria zahrňuje skôr vedecké štúdium ľudí a procesov medzi nimi, než sústredenie sa výlučne na psychiku, societu alebo mozog. Preto jednotkou klinickej štúdie sú pacientove interpersonálne vzťahy v ktoromkoľvek čase.

Dôraz na interpersonálnych a sociálnych faktoroch pri chápaní a liečbe depresívnych porúch vyplynul z práce zakladateľov interpersonálneho prístupu. Jeho použitie v liečbe depresie, ako odlišného od výlučne intrapsychického alebo biologického prístupu, začína prácou Sullivana a Fromm-Reichmannovej v tridsiatych a štyridsiatych rokoch. Prvú veľkú aplikáciu týchto ideí špecificky na depresie urobila Mabel Blake Cohen a jej spolupracovníci z Washingtonskej školy psychiatrie, v súhrnnej klinickej štúdii o prerušených interpersonálnych vzťahoch v skúsenostiach z detstva u dvanástich manicko-depresívnych pacientov (Cohen a kol., 1954). Rané rodinné skúsenosti týchto pacientov sa odrážali v ich dospelých osobnostných štruktúrach, ktoré boli trvalo spojené so zvláštnym druhom interpersonálnych problémov, najmä so závislosťou. Tieto interpersonálne problémy sa manifestovali aj v spôsobe, akým pacienti fungovali v psychoterapii.

Význam sociálnych rolí

Pre interpersonálny prístup je jednotkou pozorovania a terapeutickej intervencie primárna sociálna skupina, bezprostredný vzťah pacienta tvárou-v-tvár s jednou alebo viacerými signifikantnými druhými osobami.

Interpersonálny prístup sa od sociálno-psychiatrických prístupov líši odlišnou sociálnou jednotkou,na ktorú sa zameriava. Sociálnepsychiatrické prístupy sa sústreďujú na veľké jednotky spoločnosti, ako sú inštitúcie zdravotnej starostlivosti; na rozsiahle makrosociálne procesy, ako je urbanizácia; na vplyv sociálnej triedy, rasovej príslušnosti, etnického prostredia; a na historické, politické a ekonomické tlaky. V kontraste s tým, ale nie nutne v opozícii voči tomu, interpersonálny prístup sa najviac zaujíma o najužšie vzťahy

jedinca, najmä o rodinné vzťahy - v pôvodnej aj súčasnej rodine;, o milostné vzťahy, heterosexuálne aj homosexuálne; o priateľské vzorce, najmä v adolescencii a mladom dospelom veku; o pracovné vzťahy a susedské alebo spoločenské vzťahy.

Role, ktoré najviac zaujímajú interpersonálnu psychoterapiu, sa objavujú v rámci nukleárnej rodiny (ako rodič, dieťa, súrodenec, partner); v rámci rozšírenej rodiny; priateľksej skupiny; pracovnej situácii (ako nadriadený, podriadený, spolupracovník) a v rámci susedstva a komunity.

V období okolo 1.svetovej vojny sa tento klinický fokus na interpersonálnych vzťahoch šíril z Chicagskej školy sociológie a sociálnej psychológie. Mnohé z prvých prác o sociálnej psychiatrii a interpersonálnych prístupoch pochádzajú z intelektuálnej generácie, do ktorej patril George Herbert Meade, Sapir a ďalší pionieri amerických sociálnych vied. V tomto bode histórie amerického intelektuálneho myslenia bola hranica medzi sociologickou psychológiou a filozofiou nejasná, ba často nejestvovala. Preto bol William James, zakladateľ amerického pragmatizmu, takisto hlavným činiteľom pri vzniku americkej psychológie. Chicagská škola zdôraznila rolu self a z teoretického zázemia dokazovala, že self nie je nejaké izolované psyché, ale že vyrastá z procesu interakcie medzi dieťaťom a signifikantnými osobami. Čo je ešte signifikantnejšie, dospelé self je udržiavané prebiehajúcimi interakciami medzi jedincom a jeho okolím.

Tieto vzťahy medzi jedincom a ostatnými ľuďmi, medzi self a ostatnými, majú štruktúru a táto štruktúra sa zakladá na pozícii jedinca v sociálnom systéme - najpresnejšie na špecifických rolách, ktoré jedinec zohráva. Každá osoba zastáva v sociálnom systéme mnohoraké sociálne pozície a zohráva špecifické role, primerané týmto pozíciam.

Interpersonálny prístup chápe vzťah medzi sociálnymi rolami a psychopatológiou dvomi spôsobmi: porucha sociálnych rolí môžu slúžiť ako antecedenti klinickej psychopatológie; a duševná choroba môže okrem iných následkov spôsobiť poškodenie schopnosti jedinca vykonávať sociálne role. Klasický psychopatologický prístup, odvodený z prác Kraepelina a Kontinentálnej európskej psychiatrie, chápe poškodenie výkonu sociálnych rolí takmer výlučne ako dôsledok pacientovej choroby. Táto teória sa všeobecne aplikuje na ťažké duševné poruchy, ako sú psychotické stavy mánie a schizofrénie, pri ktorých sa progredovanie choroby manifestuje ťažkosťami v komunikácii, sociálnym stiahnutím sa a izoláciou, neschopnosťou naďalej

zastávať profesionálne role, zlyhaním v sexuálnych vzťahoch, intimite a schopnosti uchovať úzke vzťahy potrebné k udržaniu manželstva.

Interpersonálny prístup však chápe poruchy v interpersonálnych vzťahoch ako antecedentov duševnej choroby. Opierajúc sa o skúsenosti psychoanalýzy, sústreďuje sa na detské zážitky a rodinné vzťahy ako na antecedentov špecifickej duševnej choroby. Vyslovuje hypotézu, že poruchy v zážitkoch výchovy dieťaťa predisponujú určité deti k dospelým manifestáciam schizofrénie a iných ochorení.

Klinické aplikácie

Interpersonálny prístup k dúševnému zdraviu a duševnej chorobe sa aplikuje v posudzovaní aj v liečbe.

V posudzovaní pacientov sa dnes uznáva, že vyčerpávajúce zhodnotenie si vyžaduje viac než tradičný prehľad symptómov a predošlých hospitalizácií a medicínskej alebo psychoterapeutickej liečby. Takisto je potrebné posúdiť pacientove minulé a súčasné interpersonálne vzťahy . Toto posúdenie zahrňuje nasledujúce zložky:

1. Úplný prehľad súčasných a minulých vzťahov so signifikantnými osobami, najmä v pôvodnej a súčasnej rodine, ale aj v škole a práci, v milostných vzťahoch a priateľstvách a v spoločenských činnostiach.
2. Kvalita a vzorce interakcií, ktoré sa v priebehu času stali históriou interpersonálnych vzťahov jedinca, podobnej histórii symptómov, ochorenia a liečby, čo je podstatnou časťou medicínskeho a psychiatrického posúdenia. Tieto vzorce zahrňujú otázky vzťahu k autorite; dominancie a submisivity; závislosti a autonómie; intimity; dôvery a dôvernosti; demonštrácie afektov; sexuálnych pocitov a aktivít;,údržby obydlia alebo domácnosti; rozdelenia práce a úloh medzi rodinu a zamestnanie; spravovania financií; spoločných rekreačných, religióznych a spoločnských aktivít a reakcií na separácie a straty.
3. Kognície, ktoré si jedinec a signifikantné osoby vyvinú, udržujú a medzi sebou vymieňajú, ich recipročné role a história ich vzťahu. Kognície zahrňujú presvedčenia a postoje k normám, očakávaniam a významu pripisovanému rolám a vykonávaniu rolí.
4. S tým súvisiace emócie (nazývané tiež náladami, afektami, pocitmi), vrátane slasti, radosti, smútku, sklamania, hnevu, zlosti, hostility, dôvery, vrelosti, prekvapenosti, strachu, viny, závisti, žiarlivosti, zahanbenia.

Potrebe aj iného posúdenia okrem symptomatickej psychopatológie a diagnóze poruchy sa pripisuje význam a je inkorporovaná aj do multiaxiálneho systému DSM-III. V klinickej praxi je hlavným zdrojom informácií o interperosnálnych vzťahoch pacienta interview s pacientom a ostatnými signifikantnými osobami. Bádatelia vyvíjajú posudzovacie škály, inventória a dotazníky k posúdeniu zložitostí minulých a súčasných vzťahov a s nimi spojených kognícií a emócií (Burdock, Sudilovsky a Gershon, 1982). Hoci tieto meracie techniky môžu byť nápomocné, klinická prax sa pravdepodobne aj naďalej bude v prvom rade opierať o interview a pozorovanie.

Do liečby interpersonálny prístup priniesol značnú dávku experimentácie a inovácie. Mnohé z nových psychoterapií,uvedených od 2.svetovej vojny,sú odvodené z tohoto prístupu, najmä skupinová terapia a početné formy manželskej, párovej a rodinnej psychoterapie (Anchi a Kiesler, 1982).

V Spojených štátoch zaznamenal interpersonálny prístup veľký vpl na psychoterapeutickú prax psychiatrov aj vzrastajúceho počtu mimozdravotníckych psychoterapeutov trénovaných v psychológii, sociálnej práci, sesterskej starostlivosti, manželskom poradenstve a náboženskom poradenstve. Základné princípy a pojmy interpersonálneho prístupu preniklim do profesií v oblasti duševného zdravia v Spojených štátoch a v poslednej dobe aj v Západnej Európe a ďalších mestských industriálnych spoločností. Pozornosť k interpersonálnym vzťahom sa skutočne stala jedným zo znakov modernosti. Tým, že pripisuje vysokú hodnotu individualizmu, osobnému uspokojeniu a šťastiu, ekonomickému a sociálnemu prospechu, racionalite a spravodlivosti, moderný svetonázor vytvára očakávania individuálnej voľby a determinácie cieľov, zámerov a zmyslu života. V individualistickej spoločnosti hodnoty zdôrazňujú šťastie, výkon a želania jednotlivcov. Jedinci často prchádzajú k poznaniu, že svoje želania a ciele nemôžu dosiahnúť bez signifikantných ďalších osôb. Ide najmä o prípady, v ktorých individuálne šťastie vyžaduje úzke vzťahy, ako napríklad v manželstve a v rodine. Pointa však spočíva v tom, čo môže rodina, manželstvo a malá skupina urobiť pre šťastie a spokojnosť jedinca. V spoločnostiach viac orientovaných na rodinu, je jednotkou záujmu rodina alebo klan alebo etnická skupina a jedinec dosahuje svoju identitu alebo šťastie prostredníctvom výkonov a spokojnosti vlčšej skupiny.

So vzrastajúcou urbanizáciou a industrializáciou sú tradičné sociálne podpory, ktoré charakterizovali spoločnosti od zrodu civilizácie v Egypte, na Strednom Východe, v Indii a Číne - náboženstvo,

cirkev, rozšírená rodina a blízke susedstvo - menej hodnotené a menej efektívne. Žijeme v svetských a mobilných spoločnostiach a náboženstve sa akceptuje menej ako zdroj pravdy, zmyslu a útechy a cirkev je stále menej činiteľom sociálnej podpory, charity a obecného prospechu, rekreácie a vzdelania; kde rozšírená rodina a úzke spoločenské zväzky s bezprostrednými blížnymi sú iba o niečo málo viac než ~~tie~~ nostalgickými obrazmi, ktoré sa oslavujú v Deň vďaky-vzdania a na Vianoce,

Uprostred týchto hlbokých zmien jedinci hľadajú ďalšie prostriedky naplnenia svojich potrieb väzby, sebahodnotenia a zmyslu. Rozsah, do akého môže moderná spoločnosť zredukovať alebo dokonca zničiť predošlé systémy podpory, je limitovaný. Bez ohľadu na to, či ide o dôvod biologický, psychologický alebo sociálny, jedinci potrebujú väzby, aby si zabezpečili emočnú stravu, posilnenie sebahodnotenia a aby zabezpečili sexuálne uspokojenie a vývin rodín a detí. Čiže, hoci tradičné formy rodiny a blízkych vzťahov sú menej dôležité, vyvíjajú sa náhrady, ktoré majú poskytovať emocionálne relevantný ekvivalent v modernom mestskom živote. Psychologická pozornosť k interpersonálnym vzťahom a rast profesionálnych psychoterapií ponúkajú svetské, vedecké a racionálne odpovede na tieto potreby.

Kapitola 3.

INTERPERSONÁLNY PRÍSTUP K CHÁPANIU DEPRESIE

V predchádzajúcich kapitolách sme rozobrali klinické rysy depresie a interpersonálny prístup k chápaniu duševnej choroby vo všeobecnosti. Teraz pristúpime k spojeniu depresie s interpersonálnymi vzťahmi.

Hoci sme presvedčení, že medzi minulými a súčasnými interpersonálnymi vzťahmi a depresiou je súvislosť, nemôžeme vždy určiť smer kauzality. Henderson (1981) poznamenáva, že osoby s klinickou depresiou môžu nadsadzovať a skreslovať problémy vo svojich interpersonálnych vzťahoch vzhľadom na súčasný afektívny stav a kognitívnu dysfunkciu. Symptómy depresie môžu nepriaznivo ovplyvňovať pacientove úzke interpersonálne vzťahy a / alebo pacientova osobnosť môže spôsobovať zníženie schopnosti utvárať vzájomne uspokojivé vzťahy a udržiavať väzby. Prerušené interpersonálne vzťahy majú často za následok zmeny nálady. A hoci prerušenia interpersonálnych vzťahov samy o sebe nie sú "nutné a dostačujúce" k vyvolaniu klinickej depresie, interpersonálne ťažkosti sa obvykle spájajú s klinickou depresiou.

Najskôr teda preskúmame vzťah medzi zmenami v interpersonálnych vzťahoch a normálnou depresívnou náladou, potom účinok prerušených interpersonálnych vzťahov na klinickú depresiu, ako koreláty a ako následky. Nakoniec sa musíme pozrieť na to, ako sa osobnosť jedinca môže stať predisponujúcim faktrom vulnerability v problematických interpersonálnych vzťahoch aj v klinickej depresii.

Interpersonálne vzťahy a normálna nálada

Smútok a príležitostná depresívna nálada sú normálnou súčasťou ľudského života a pocity smútku sú takmer univerzálnou reakciou na prerušenie interpersonálnych vzťahov. Najobsažnejšiu diskusiu o vzťahu medzi prerušenými interpersonálnymi vzťahmi a normálnym smútkom nachádzame v štúdiach o väzbách a opustenosti.

Väzby

Teória väzieb, ako ju rozvinul J.Bowlby (1969), predkladá názor, že ľudia majú vrodenú tendenciu vyhľadávať väzby a že tieto prispievajú k prežitiu druhu k individuálnemu uspokojeniu. Väzby vedú k recipročným, osobným, sociálnym zväzkom so signifikantnými osobami a k zážitkom zvýšenej vrelosti, starostlivosti a ochrany a k pokle-

su úrovne takej psychomotorickej aktivity, ako je pozornosť, ostražitosť a zvýšený svalový tonus.

Intenzívne ľudské emócie (láska, nenávisť, závisť, súperivosť, potreba opatery) sa spájajú s utváraním, udržiavaním, prerušovaním a obnovovaním väzieb. Význam väzieb a sociálnych zväzkov pre humánne fungovanie demonštrovali etiologické výskumy vzťahu matka-dieťa. Ak sa v ranom veku nevyvinuli silné väzby, ľudia každého veku sú vulnerabilní k zhoršeniu interpersonálnych vzťahov. Keď sú väzby prerušené, jedinci sú vulnerabilní k depresii (Bowlby, 1969).

Bowlby tvrdí, že väzbové spojenia slúžia funkcii prežitia. Naviazanie sa bezmocného dieťaťa k matke zaisťuje blízkosť matky a tak napomáha biologickému prežitiu potomka, najmä tým, že poskytuje ochranu pred dravcami. Stála prítomnosť istej väzbovej figúry pomáha dieťaťu preskúmať fyzikálne prostredie, utvárať kontakty s vrstovníkmi a dosiahnuť členstvo v skupine.

Spôsob, akým sa utvárajú afektívne zväzky, je determinovaný a naučený zväčša v rodine, najmä - avšak nie výlučne - v priebehu detstva. Hrozba straty dôležitého väzbového objektu spôsobuje anxietu a smútok a časté hrozby takejto straty môžu predisponovať k neskoršej depresii. Mnohé psychiatrické poruchy sú dôsledkom neschopnosti utvárať a udržiavať afektívne zväzky. Bowlby dospieva k uzáveru, že ľudia v každom veku sú najšťastnejší - najefektívnejší a najschopnejší - keď majú istotu, že im v čase ťažkostí určite pomôže jeden alebo viacerí blízky ľudia. U väčšiny dospelých v Západných spoločnostiach, sa hlavné väzby utvárajú s niekoľkými takýmito osobami, z ktorých je obvykle - ale nie vždy - najprominentnejší partner a po ňom blízki príbuzní, potomok a priatelia (Henderson, 1977). Bowlbyho prácu rozšíril Rutter (1972), ktorý ukázal, že vzťah dieťaťa k iným osobám okrem matky takisto môže tvoriť takéto väzby a že prerušenie a deprivácia týchto väzieb môže prispievať k nástupu depresie.

Na základe takýchto pozorovaní Bowlby (1977) navrhol všeobecný prístup k psychoterapii: Psychoterapia by mala pacientovi pomôcť preskúmať súčasné interpersonálne vzťahy a pochopiť, ako sa vyvinuli zo skúseností s väzbovými figúrami v detstve, adolescencii a dospelosti. Parker (1978), medzi inými, opisuje účinnú psychoterapiu ako podobnú optimálnemu rodičovstvu. Ideálna psychoterapia by mala kombinovať starostlivosť s nevlastníckou vrelosťou a mala by - ako súčasť interpersonálneho terapeutického vzťahu - poskytovať kognitívne vysvetlenie distorzií minulých vzťahov.

Pojem väzieb teda poskytuje silnú teoretickú bázu pre chápanie interpersonálneho kontextu depresie a pre vyvíjajúce sa psychoterapeutické stratégie , ktoré majú opraviť distorzie spôsobené chybnými väzbami v detstve. Väzbová teória nás navyše stimulovala rozsiahle skúmanie spojenia medzi interpersonálnymi vzťahmi a depresiou.

Opustenosť, zármutok a smútok

Smrť milovanej osoby je nenávratným prerušením zväzku a takmer univerzálne vyvoláva smútok, žiaľ a zármutok. Univerzálnosť tejto reakcie viedla mnohých teoretikov k tomu, aby ju považovali za normálnu variantu klinicky depresívneho stavu. Pozornosť podobnostiam a rozdielom medzi smútkom a depresiou ako prví venovali Freud a Abraham, ktorí zdôrazňovali, že zármutok po smrti milovanej osoby nie je patologickým stavom. Obaja považovali smútok za podobný "melanchólii", čo sa týka vzorca symptómov, s tou výnimkou, že pri smútku je neprítomná strata sebahodnotenia, ktorá je výrazná pri klinických depresiách. Ako to povedal Freud (1917), "Pri smútku je to svet, ktorý sa stal biednym a prázdnym; pri melanchólii je to samotné ego."

Tieto pozorovania zčasti potvrdzujú empirické štúdie opustených (Lindemann, 1944). Aj muži aj ženy reagujú na smrť milovanej osoby nešťastím a depresívnymi symptómami (Weissman a kol., 1979), ale nie všetci depresívni pacienti majú nízke sebahodnotenie a pocity nehodnosti a viny a iba menšina smútiacich prejavuje pocity viny a poklesu sebaúcty. Väčšina smútiacich osôb sa zo smútku dostáva a iba málo z nich potrebuje liečbu (Clayton, 1968). Smútiace osoby, u ktorých je riziko rozvoja depresie, sú tie osoby, ktoré samy seba vnímajú ako ľudí, ktorí majú k dostupnosti málo emocionálnej, fyzickej alebo finančnej podpory (Walker a kol., 1977, Maddison a Walker, 1967, Maddison, 1968). Zármutok je normálnou reakciou na roztrhnutie zväzku v dôsledku úmrtia, avšak prítomnosť iných väzieb chráni proti patologickému výsledku zármutku (Parker, 1978).

Interpersonálne vzťahy ako antecedenti klinickej depresie: Rola skúseností z detstva

Kým prerušenia väzieb spôsobujú pocity smútku, nemusia nutne viesť ku klinickej depresii.

z detstva a dospelosti

[illegible] detské [illegible] sa [illegible] pozornosť [illegible] sa [illegible] faktory vzniku psychopatológie v dospelosti. [illegible] [illegible] dospelosti bola venovaná najmä pozornosť rodine v detstve. [illegible] vzťahu môže byť prenosovej smrťou, [illegible] rozvodom. Vzťah rodič-dieťa môže poškodiť aj emocionálne [illegible] – nedostatok pozornosti, emočná dištancovanosť, hyperprotektivita alebo zneužívanie dieťaťa.

Extenzívne sa študoval vzťah medzi stratou rodiča v detstve a neskoršími dospelými depresívnymi poruchami. Keď zoberieme do úvahy všetky výskumné problémy, je málo dôkazov o tom, že by to bola samotná smrť rodiča, ktorá zvyšuje vulnerabilitu dieťaťa k neskoršej depresii v dospelosti (Tennant, Bebbington a Hurry, 1980). Nepriaznivé efekty sa dajú vysvetliť kvalitou rodičovstva, ktoré nahradí rodičovstvo mŕtveho rodiča alebo kvalitami rodičovstva pred stratou. Zostáva však faktom, že smrť rodiča v detstve môže zvýšiť pravdepodobnosť depresie pri stretnutí sa so životným stresom v dospelosti.

Na základe týchto pozorovaní sa najnovší výskum zameral na pochopenie kvality vzťahov rodič/dieťa, ktoré predchádzajú strate úmrtím alebo separáciou. Predovšetkým začalo byť jasné, že rodičovskú rolu nemôsi zabezpečovať biologický rodič (Birtchnell, 1980). Rutter zistil, že deti, ktoré boli dočasne odlúčené od rodičov kvôli rozvratu rodiny, sa emocionálne prispôsobovali lepšie, keď sa neskôr dostali do harmonického [illegible] rodinného prostredia. Parker (1979) zistil úzky vzťah medzi dospelou depresiou a slabou rodičovskou starostlivosťou v detstve, bez ohľadu na to, či táto starostlivosť bola zabezpečovaná biologickým rodičom.

Prerušené, nemilujúce vzťahy medzi dieťaťom a jeho rodičom alebo náhradníkom rodiča môžu zvýšiť vulnerabilitu dieťaťa k depresii v dospelosti. Parker zistil, že dospelí depresívni pacienti, v porovnaní s normálnou kontrolnou vzorkou, udávali nižšiu úroveň materinskej starostlivosti a / alebo vyššiu materinskú hyperprotektivitu. Tieto spojenia neboli ovplyvnené úrovňou symptómov a potvrdili sa nezávislými výpoveďami matiek o ich interakciách s deťmi. Tieto vzorce sa nezistili u bipolárne depresívnych. O bipolárnej poruche hovoríme u jedincov s mnohonásobnými epizódami afektívnej poruchy, z ktorých aspoň jedna musí byť manická alebo hypomanická. Kraepelin ich podľa Kraepelina nazývali mánio-depresívnymi. Vzniká však nejasnosť vzhľadom na to, že Kraepelinov pojem neobsahuje kritéria, čo sú

[illegible] [illegible] [illegible] [

lescentnom veku alebo mladšie (64 percent). U týchto detí sa manifestovala hyperaktivita, enuréza, depresia, školské problémy, záškoláctvo, drogový abúzus a delikvencia.

V súčasnosti je jasné, že u detí z rodín s jedným alebo oboma depresívnymi rodičmi je vo všeobecnosti väčšie riziko psychopatológie a najmä depresie. Nie je jasné, koľko z týchto vplyvov je genetických a koľko spôsobených sociálnou a environmentálnou transmisiou; najpravdepodobnejšie ide o kombináciu oboch. Nepochybne zohrávajú rolu aj ďalšie faktory, ako je manželský nesúlad, nízky socioekonomický status a vrstovnícke vzťahy.

Detstvo depresívnych dospelých

Hoci retrospektívne údaje dospelých o ich detstve sú obzvlášť blízke predpojatosti, môžu byť užitočné k odvodzovaniu hypotéz. Skúmaním opisov raných období života dospelých depresívnych pacientov sa zaoberali štyri štúdie. Všetky štyri došli k zisteniu, že depresia u rodičov sa spája s podobnými emocionálnymi problémami u ich potomka. U dospelých depresívnych pacientov je väčšia pravdepodobnosť, že v detstve trpeli rozvratom rodiny, zanedbávaním so strany rodičov, odmietaním alebo zneužívaním (Orvaschel, Weissman a Kidd, 1980).

Depresia u detí.

Depresia u detí bola v detstkej psychiatrii rozpornou otázkou. V nedávnej dobe však došlo k veľkému posunu v myslení, čo sa týka diagnózy depresie v detstve (Malmquist, 1975). Súčasné štúdie začínajú prekonávať mnohé z ťažkostí, ktoré sa spájali s hodnotením detskej depresie, ako je problém rozlíšenia medzi symptómom a syndrómom a potreba oddeliť symptómové zväzky podľa vývinového obdobia (Malmquist, 1971). Depresia sa teraz považuje za častý symptóm u adolescentných klinických pacientov (Evans, 1975). Na ostrove Wight (Rutter a kol., 1976) sa nezistilo, že by depresia alebo suicídium boli frekventné medzi celkovou preadolescentnou populáciou a celkovo iba malé množstvo detí aktuálne trpelo klinicky signifikantnou depresiou. Avšak, v tejto britskej štúdii, mnohí z adolescentov udávali pocity vnútornej tiesne, sebazhižovanie a suicidálnu ideáciu (Rutter a kol., 1976).

Connell (1972) navrhuje rozdeliť tieto depresívne deti do dvoch skupín - na tie, u ktorých je nejaká precipitujúca udalosť a na tie, ktoré manifestujú dlhú históriu depresie bez akéhokoľvek zjavného precipitátora. Táto druhá skupina vykazuje vyššiu incidenciu

depresívneho ochorenia v rodine. Medzi depresívnymi deťmi sa vlastne vo všeobecnosti pozoruje rodinná história psychiatrického ochorenia. Brumback a kol. (1977) nachádzajú históriu afektívnych porúch u 89 percent rodín depresívnych detí a u viac ako 60 percent matiek depresívnych detí, čo porovnávajú s 30 percentami matiek nedepresívnych detí. Poznanski a Zrull (1970) udávajú vysoké pomery manželského nesúladu a rodičovskej depresie v rodinách depresívnych detí a mnohých z rodičov opisujú ako odmietavých a hostilných, trpiacich často osobnostnými problémami. Puig-Antich a kol. (1976) zistili závažnú rodinnú disharmóniu alebo zlé zaobchádzanie s deťmi u 11 z 132 prípadov a rodinnú históriu psychiatrickej poruchy (depresia, mánia, alkoholizmus alebo schizofrénia) u 61 percent príbuzných týchto detí.

V súčasnosti panuje zhoda, čo sa týka toho, že depresívne ochorenie sa objavuje u preadolsecentných a adolescentných detí a že sa dá spoľahlivo dignostikovať na báze symptómových kritérií (Kovacs a kol., 1977, Welner a kol., 1977). Prítomnosť depresívneho rodiča a/alebo pozitívna rodinná história afektívnej poruchy silne prispieva k depresii v detstve, najmä keď je depresia chronická a neukazuje sa, že má jasný psychosociálny spúšťač.

Rodiny depresívnych detí sa podobajú rodinám, ktoré opísali dospelí depresívni pacienti, spomínajúci na zážitky zo svojho detstva Domovy depresívnych detí charakterizuje rozvrátenosťrodiny, rodičovske odmietanie a zvýšená frekvencia rodičovskej psychopatológie, hoci psychopatológia nie je vždy depresívna.

Informácie získané od depresívneho pacienta, detí depresívnych rodičov, depresívnych detí alebo údaje od príbuzných alebo pacientov, ktoré sa týkajú súčasného alebo minulého správania, sa vyznačujú určitými konzistenciami. Disharmonické, hostilné a vo všeobecnosti negatívne prostredie sa spája s depresiou u rodiča, i u dieťaťa a u dieťaťa, ktoré sa ako dospelý stáva depresívnym.

Interpersonálne ťažkosti a klinická depresia v dospelosti

Tak, ako detské interpersonálne skúsenosti môžu predisponovať k dospelej depresii, takisto sa určité aspekty interpersonálnych vzťahov v dospelosti môžu spájať s nástupom a perpetuáciou klinickej depresie.

Sociálny stres a životné udalosti

Odkedy Holmes a kol.,(1950) pozorovali, že pomer ochorení horných dýchacích ciest vzrastá s množstvom stresujúcich životných udalostí, výskum často demonštroval vzťah medzi stresom, najmä pri nedávnych udalostiach a nástupom mnohých medicínskych a psychiatrických ochorení, najmä depresie (Paykel a kol., 1969, Rabkin a Struening, 1976, Uchless a Mendels, 1977, Paykel, 1978, Uhlenhuth a Paykel, 1973).

Práca skupiny v New Haven je najrelevantnejšia pre depresiu (Paykel a kol., 1969). V šiestich mesiacoch po stresujúcej životnej udalosti zistili šesťnásobný nárast rizika rozvoja klinickej depresie. Najobvyklejšou udalosťou pred nástupom depresie bol manželský rozvrat. Táto výskumná skupina tiež zistila, že "odchody" osôb zo života indivídua počas predchádzajúcich šiestich mesiacov sa častejšie objavovali u depresívnych pacientov než u kontrolnej skupiny.

Podobné pozorovania Ilfelda (1977) sa zakladali na výskume viac ako 3000 dospelých v Chicagu. Depresívne symptómy boli úzko späté so stupňom stresu, najmä pri stresoch v manželstve alebo rodičovstve. Pri ďalšom skúmaní týchto dospelých z Chicaga (1977) Perlin a Lieberman zistili, že pretrvávajúce problémy v intaktnom manželstve produkujú depresívne symptómy a tieseň s rovnakou pravdepodobnosťou, ako rozvrat manželstva v dôsledku rozvodu alebo separácie.

V inej štúdii, Myers, Lindenthal a Pepper (1975) vyšetrili spoločenskú vzorku v roku 1967 a znovu v roku 1976 a zistili vzťah medzi stresujúcimi životnými udalosťami a psychiatrickou symptomatológiou, často depresívnou.

Bloom, Asher a White (1978) v kritickej analýze početných štúdií, týkajúcich sa dôsledkov manželských nezhôd a rozvodu, spojili tieto manželské rozvraty s rozmanitými emocionálnymi stavmi, vrátane depresie.

Sociálna podpora

Za použitia Bowlbyho pojmu väzby previedli Henderson a spolupracovníci v Austrálii sériu elegantných štúdií, ktoré skúmali význam sociálnej podpory v produkcii psychopatológie. Hendersonova práca začína dôkladnou analýzou pojmu starostlivosť vyvolávajúceho správania, podstatnej časti vzťahovej väzby. "Starostlivosť vyvolávajúce správanie" (care-eliciting behavior) je opísané ako "vzorec aktivity na strane jedného jedinca, ktorý vyvoláva u druhého reakcie, ktoré poskytujú uspokojenie" (Henderson, 1974). Takéto uspokojenie zahrňuje blízky telesný kontakt a verbálne prejavy záujmu, ocenenia a

súhlasnosti. Tieto zistenia sa zakladajú na ďalších pozorovaniach etológov Harlowa, Goodalla (1971) a Scotta (1978), ktorí študovali interakcie ľudské mláďa-rodič. Henderson upozorňuje na to, že etologické štúdie starostlivosť vyvolávajúceho správania sa obmedzili na štúdium mláďat a v zhode s Bowlbym a Ainsworthom predkladá názor, že väzbové správanie, vrátane starostlivosť vyvolávajúceho správania, zostáva súčasťou repertoáru správania u ľudí počas celého života. Ako sa tento repertoár mení a zväčšuje v priebehu detstva a adolescencie, vyvíjajú sa nové vzťahy. Tieto sú obvykle silné s jedným alebo dvomi ľuďmi a menej intenzívne s väčším počtom ľudí. Dospelí, podobne ako deti, sú nešťastní, keď sú odlúčení od milovaných osôb. Keď sa ocitnú v takejto tiesni, vyhľadávajú blízkosť niekoľkých osôb, ktoré sú im známe, alebo u ktorých očakávajú, že ich utešia. Takéto starostlivosť vyvolávajúce správanie pravdepodobne poskytuje značné reproduktívne a evolučné výhody; keďže je jedným mechanizmom priťahovania a utvárania zväzkov medzi mužom a ženou, predstavuje prostriedok udržiavania silných sociálnych väzieb medzi členmi skupiny.

Henderson ďalej rozlišuje medzi normálnym a patologickým starostlivosť vyvolávajúcim správaním. Patologické správanie vyvolávajúce starostlivosť sa objavuje vtedy, keď je takéto správanie zo strany iných nedostatočné a toto správanie potom zahrňuje také psychiatrické syndrómy, ako je klinická depresia. Väčšina jedincov potrebuje aspoň minimálnu úroveň sociálnej interakcie a pod touto úrovňou narastá riziko psychiatrických porúch (Henderson, 1977). Vychádzajúc z myšlienok Roberta Weissa (1975), Henderson upozorňuje, že úzke osobné vzťahy - t.j. sociálne väzby - poskytujú intimitu, sociálnu integráciu prostredníctvom spoločne zdielaných záležitostí, príležitosť k získaniu podpory, uistenie o cene, pocit spoľahlivého spojenectva a vedenia. Takisto zistil, že nedostatočné sociálne väzby v dospelom prostredí sa spájajú s neurotickými symptómami. Pacienti s neurotickými poruchami, v prvom rade s depresiou, trávili rovnaké množstvo času so svojou primárnou skupinou ako vyvážená normálna kontrolná skupina, avšak proporcionálne viac interakcií bolo afektívne nepríjemných. Neurotickí depresívni pacienti mali menej dobrých priateľov a menej kontaktov mimo domu, mali menej väzbových figúr a mali pocit, že tieto väzbové figúry im poskytujú nedostatočnú podporu (Henderson a kol., 1978).

Henderson (1979) potvrdil toto klinické spojenie medzi slabými sociálnymi zväzkami a neurózou, väčšinou depresívnou, v epidemiologickej štúdii náhodnej vzorky celkovej populácie v Canberre, v Austrálii. Hodnota silných sociálnych väzieb pre ochranu pred rozvojom

neurotických symptómov bola ešte väčšia, keď sa jedinec ocitol v neajkých nepriaznivých okolnostiach (Henderson a kol., 1978, 1980, 1980). Vzhľadom nemalé ťažkosti s odlíšením príčiny a dôsledku, He-nderson previedol tiež longitudinálnu štúdiu v snahe určiť smer kauzúcie (Henderson 1980, 1981). Upozornil, že spojenie medzi slabými sociálnymi väzbami a neurózou môže byť spôsobené " osobami s poruchou nálady, ktoré nepriaznivo hodnotia adekvátne vzťahy, alebo ktoré sú nepríjemnými spoločníkmi odmietajúcimi podporu, ktorú potrebujú a hľadajú. Tretí faktor - osobnosť - môže viesť aj k rozvoju symptómov, aj k neschopnosti utvárať vzájomne uspokojujúce interpersonálne vzťahy" (Henderson a kol., 1978). Táto štúdia potvrdila, že nedostatok sociálnych väzieb je rizikovým faktorom pre spustenie neuróz a že adekvátne sociálne vzťahy, aj blízke a vrelé, aj difúznejšie, môžu chrániť pred neurózou. Kruciálnym aspektom sociálnych väzieb sa zdá byť nie ich dostupnosť, ale to, do akej miery si ich človek uvedomuje ako adekvátne, keď sa ocitne v nejakom strese. Či tieto nedostatočnosti v sociálnych vzťahoch boli reálne, alebo či ich subjekt iba nepociťoval, sa v tejto štúdii nedalo overiť, avšak štúdia podporuje tézu, že neurotické symptómy sa vynárajú vtedy, keď sa osoby domnievajú, že sa im nedostáva dostatok opatery, starostlivosti a záujmu od ostatných; a že samotné symptómy možno oprávnenene považovať za starostlivosť vyvolávajúce správanie, ktoré môže byť adaptívne (Henderson, 1981).

Intimita

Intimita sa považuje za dôležitú zložku starostlivosť vyvolávajúcich a podporných interpersonálnych vzťahov. O výskume tohoto aspektu väzieb vo vzťahu k rozvoju depresie počali správu Brown, Harris a Copeland (1977). Vo svojom výskume žien žijúcich v londýnskej štvrti Camberwell zistili, že prítomnosť intímneho a dôverného vzťahu s nejakým človekom, obyčajne partnerom, bola silnou ochranou pred objavením sa depresie v situáciach životného stresu. Roy zopakoval tieto zistenia v štúdii 84 depresívnych žien, ktoré porovnával s vyváženou skupinou bez histórie depresie (Roy, 1978).

V podobnom výskume medicínsky chorých pacientov Miller a Ingham (1976) zistili, že muži aj ženy, ktorí lekárovi udávali chýbanie intímneho dôverníka, mali ťažšie psychologické symptómy, obvykle depresiu.

Manželský nesúlad

Manželstvo slúži ako odpoveď spoločnosti na potrebu dospelého jedinca po ľudskej väzbe (Hinchliffe, Hooper a Roberts, 1978). Legálne sociálny a právny kontrakt poskytuje bezpečnú ekonomickú a sociálnu bázu pre výchovu detí a utvára príležitosť pre prejavenie potreby oboch partnerov po vzájomnej starostlivosti, záujme a náklonnosti v rámci stability a istoty uzavretého vzťahu. Preto aktuálne alebo hroziace roztrhnutie manželského zväzku v dôsledku nezhôd, separácie alebo rozvodu je jedným z najobvyklejších a najvýznamnejších narušení vzťahu v dospelosti a často súvisí s nástupom objavením sa depresie.

Hoci sekvencia manželských problémov a depresie je sporná, určitý vzťah sa tu už dlho uznáva a je stále viac dokumentovaný. Manželské problémy, najmä hádky, sú najčastejšie udávanými udalosťami v živote depresívnych žien počas šiestich mesiacov pred vyhľadaním liečby (Paykel a kol.). Weissman a Paykel zistili, že manželské vzťahy sú najviac zhoršenou oblasťou fungovania u akútne depresívnych žien, na rozdiel od normálnych žien. Manželstvá depresívnych žien charakterizovali uvoľnenie vzťahu, chudobná komunikácia, konflikty a sexuálne problémy. Tieto zhoršenia sa riešili pomaly a pretrvávali dlho potom, čo sa ženy symptomaticky uzdravili z depresií. Tieto štúdie, ako aj Brownova štúdia intimity, osvetľujú význam manželského vzťahu v rozvoji a priebehu depresie u žien.

Vychádzajúc zo zistenia, že trvalé manželské nezhody sú spoločnou podmienkou vo vývoji depresívnych symptómov u mnohých žien, Rounsaville a kol. (1979-1980) skúmal vzťah medzi manželskými nezhodami a klinickým priebehom depresie u žien. V skupine depresívnych žien, ktoré prešli psychoterapiou a/alebo antidepresívnou liečbou pre akútnu depresiu, zistili, že väčšina žien prichádzajúcich do liečby mala manželské nezhody. Depresívne ženy s manželskými nezhodami sa líšili od žien bez takýchto nezhôd v priebehu a výsledku psychoterapie tým, že ženy s manželskými nezhodami prejavovali menší zlepšenie vo svojich symptómoch a sociálnom fungovaní a mali väčšiu tendenciu k relapsu. Avšak v skupine s manželskými nezhodami, ženy, ktoré boli schopné ovplyvniť zlepšenie vo svojich manželských vzťahoch v priebehu liečby, prejavovali rovnaké zlepšenie v depresii a sociálnej adjustácii ako pacientky, ktoré pri nástupe do liečby nemali žiadne manželské nezhody, čo demonštruje koreláciu medzi zlepšením manželských nezhôd a zlepšením depresie.

Ďalšie sledovanie týchto žien jeden a štyri roky po ukončení

[illegible] poskytlo ďalší vhľad do priebehu manželských vzťahov. Ženy, [illegible] pri vstupe do liečby mali manželské problémy, [illegible] ako sme stále [illegible] v priebehu liečby ďalej v [illegible] pokiaľ ženy [illegible] [illegible] pokračujúcemu manželskému konfliktu. Manželské [illegible] liečby vstúpili [illegible] nezhôd, takže [illegible] zostať stabilné [illegible] nezhôd.

[illegible] manželský rozchod alebo opakovaný rozvod [illegible] partnera môže [illegible] [illegible], ktorí opustili svojho [illegible] vzťahu a tým istým [illegible] do ďalších sporov. Tieto ženy môžu [illegible] manželskými [illegible] liečby, potláčajúc uvedomenie si partnerových negatívnych [illegible] ktým nie je nezvoro, alebo to že opakovane uvíznu v nezhodách [illegible] spôsobené nedostatkom vhodného repertoáru sociálnych schopností pre blízke interpersonálne vzťahy.

Tendencia depresívnych žien s manželskými nezhodami pokračovať v živote v nesúlade aj ďalší roky, a často s tým istým partnerom, podčiarkuje dôležitosť zaoberania sa manželskými problémami v liečbe depresívnych pacientov.

Interpersonálne ťažkosti ako dôsledok klinickej depresie

Okrem významnej role, ktorú pre predispozíciu k depresii odvodenú z detských zážitkov a pre nástup a perpetuáciu klinickej depresie v adolescencii a dospelosti zohrávajú ťažkosti v interpersonálnych vzťahoch, musíme vziať do úvahy aj vplyv depresie na individuálne interpersonálne vzťahy a dôsledky depresie pre pacientove manželstvo, rodinu, prácu a spoločenské činnosti.

Dopad na komunikáciu a interpersonálne interakxcie

Mnohé štúdie, ktoré skúmajú vplyv interakcie s niekým, kto je depresívny, na nedepresívnu osobu, nám môžu pomôcť pochopiť procesy, ktorými sa narúšajú interpersonálne vzťahy ako dôsledok depresie.

Obvyklou reakciou iných osôb na normálny smútok, sklamanie a depresiu a na zármutok a žiaľ, sú prejavy empatie, podpora, povzbudenie a ponuka pomoci. Časom však táto pozitívna reakcia často dáva priechod frustrácii, stretu a stiahnutiu sa. Coyne (1976) pri štú-

[illegible] ako [illegible] depresívne [illegible] depresívne a nedepresívne [illegible] [illegible] [illegible]

alebo patogénnym vplyvom - t.j. nepriaznivým účinkom trvalej interakcie s depresívnym partnerom na klinicky normálnu osobu. Kreitman a kol.(1971) minimalizujú rolu výberovej voľby partnera. Keďže ich štúdie ukazujú, že poškodenie pacient-partner narastá s dobou trvania manželstva, zastávajú "patogénnu interakciu" a uzatvárajú, že neschopnosť vzrastá ako dôsledok manželského vzťahu, v ktorom manželky prispôsobujú svoju sociálnu aktivitu vzorcom psychiatricky poškodeného manžela.

Podobné zistenia o nežiadúcom vplyve vzorcov sociálnej komunikácie depresívnych pacientov podáva Merikangas (1979), ktorý navyše zistil, že zmena vo vzorcoch manželskej komunikácie je prediktorom dobrej liečebnej reakcie. Pacienti, ktorí reagovali na antidepresívnu medikamentóznu liečbu, demonštrovali zlepšenie komunikácie so svojimi partnermi, vrátane lepšej dyadickej konverzácie, a zmnoženia interakcií. Partneri týchto pacientov ich menej prerušovali pri rozhodovaní a sami prejavovali menej anxiety a depresie.

Komunikačné interakcie depresívnych pacientov a ich partnerov skúmali tiež Hooper a Hinchliffe. V podrobnej štúdii 20 depresívnych pacientov interagujúcich v akútnej epizóde a po úzdrave s ich partnermi a neznámou osobou porovnávali s kontrolnou skupinou chirurgických pacientov a ich partnerov. Za použitia magnetofónových záznamov bádatelia sledovali, že diskusie o každodenných interpersonálnych a rodinných situáciach a všeobecných filozofických otázkach, ktorú nastoľujú nejaký problém, sa môžu riešiť maladaptívnymi spôsobmi (Hooper a kol., 1977, Hinchliffe a kol., 1975, 1977, 1978). Komunikačné interakcie depresívnych boli negatívnejšie, menej reagujúce na partnerov a viac na neznámych a viac zaujaté sebou. Vysoká úroveň tenzie a hostility, čo je výrazná črta manželstiev depresívnych pacientov, vyplýva zo zníženej sociálnej reaktivity pacientov. Znížená reaktivita zasa spôsobuje neurčitosť a neistotu v manželskom vzťahu a zvyšuje pacientov strach z možnej straty milovanej osoby. To sprevádza pocit viny a výčitky svedomia, ktoré zasa plodia ďalšiu anxietu a tenziu. Hostilita vedie k vzďalovaniu sa a odmietaniu zo strany partnera a následným zlostným pacientovým požiadavkám uistenia od partnera.

Manželská separácia a rozvod

Hoci manželské nezhody sa najčastejšie chápu ako precipitujúci faktor depresie, Briscoe a Smith (1973) skúmali možnosť, že rozvod je dôsledkom depresie. Interviewovali 139 rozvedených osôb a posudzovali prítomnosť afektívnych porúch pred, počas a po rozvode. 32 percent tejto vzorky spĺňalo kritéria unipolárnej depresie. Vo všeobecnosti, u jednicov, ktorí boli depresívni pred rozvodom, bola signifikantne vyššia pravdepodobnosť k depresii aj po ňom. Depresívne rozvedené ženy sa od nedepresívnych rozvedených žien nelíšili v žiadnej študovanej charakteristike až na jedinú výnimku, že príbuzní bývalého manžela častejšie neschvaľovali manželstvo. Na druhej strane depresívni rozvedení muži boli v čase prvej známosti starší ako ich nedepresívne protějšky, s väčšou pravdepodobnosťou mali sexuálny styk so svojimi bývalými manželkami už pred manželstvom, brali si mladšie ženy (pod tridsať rokov) a boli ženatí dlhšie než nedepresívni muži. Okrem toho depresívni muži častejšie navštívili manželského poradcu a v manželstve mali sexuálne problémy.

Briscoe a Smith takisto zistili, že rozvedené ženy boli častejšie depresívne počas manželstva, kým muži zostali depresívni po separácii. U 45 účastníkov, medzi ktorými bolo viac žien, sa depresívne symptómy spájali so spúšťacími udalosťami, ako bola partnerova nevera alebo žiadosť o rozvod. Zaujímavé je, že bádatelia považovali depresívne symptómy u sedemnástich z týchto 45 skôr za príspevok k manželskému rozkolu,než za dôsledok rozvodu.

Depresívni rozvedení muži a ženy reagovali na manželský nesúlad odlišne. U žien sa javila väčšia pravdepodobnosť k depresii počas problémového manželstva, často ako špecifický výsledok špecifických stresov prispievajúcich k rozháranosti. Na druhej strane rozvedení muži udávali, že spúšťacie interpersonálne a sexuálne faktory neboli prítomné, čo naznačuje, že títo muži chápali svoju depresiu skôr ako príspevok k manželskému rozkolu a rozvodu a nie ako spustenú manželskými nezhodami.

Pracovná, rodinná a spoločenská adjustácia

Weissman a Paykel (1974) študovali 40 depresívnych žien a 40 normálnych žien v talianskej robotníckej štvrti, aby určili, ako depresia ovplyvňuje sociálnu, rodinnú a spoločenskú adjustáciu; či maladjustácia spojená s akútnou epizódou perzistovala počas liečby a po uzdravení; do akej miery interpersonálne ťažkosti odrážali chorobu a do akej miery reprezentovali preexistujúce osobnostné vzorce. Etnické otázky sú pravdepodobne významné, hoci o tom neuvádzajú priame údaje. Talianska pracujúca žena je vychovávaná k tomu, aby naplnila očakávania týkajúce sa manželstva a výchovy detí. V spoločenstve

talianskej robotníckej a strednej triedy dochádza k zmene, nakoľko počet žien vstupujúcich do zamestnania vzrastá.

V priebehu akútnej epizódy boli ženy trpiace depresiou na tom oveľa horšie vo svojom každodennom živote a interpersonálnych vzťahoch než ich normálne susedky. Poškodenie bolo mierneho stupňa a od normálu sa líšilo skôr kvantitatívne než kvalitatívne. Interpersonálne ťažkosti nedosahovali úroveň hrubého narušenia, aké sa popisuje u schizofrénnych pacientov. Na rozdiel od schizofrenikov, depresívne ženy neboli sociálne izolované; boli vydaté, mali deti a žili so svojimi rodinami. Tu však ide o vzorku liečených pacientov, ktorá nemusí odrážať stupeň poškodenia u depresívnych ľudí, ktorí nevyhľadávajú liečbu.

Zhoršenie u akútne depresívnej ženy zasiahlo všetky jej role - manželky, matky, pracovníčky a členky spoločenstva. Poškodenie role bolo značné v práci a v intímnych vzťahoch manželstva a rodičovstva. Menej markantné bolo vo vzťahoch s priateľmi, známymi a širšou rodinou. V súlade s pocitom viny a depresívnou sebanegáciou bola pacientkina subjektívna tieseň nad vlastným výkonom markantnejšia, než objektívne známky zhoršenia. Napríklad nespokojnosť a pocit nešťastia udávaný v práci boli väčšie než strata výkonnosti alebo pokles fungovania v práci. Napriek nepohode značná časť žien zostávala v práci aj počas akútnej epizódy. Zaujímavé bolo, že ženy, ktoré pracovali mimo domova, vykazovali menšie zhoršenie vo svojej práci než ženy v domácnosti pri domácich prácach a výchove detí. Zdá sa, že zamestnanie mimo domova má na depresiu protektívny efekt. Ženy v zamestnaní udávajú vyššie sebahodnotenie a osobnú spokojnosť, ku ktorej neprispeiva iba vyššie finančné zabezpečenie, ale tiež pocit účasti vo väčšom svete, aj keď ich povolania nie sú profesionálne alebo nevedú k postupu.

Spoločenské aktivity a voľný čas a vzťahy so širokou rodinou vykazovali podobné rolové zhoršenie. Hoci depresívne ženy - na rozdiel od svojich susediek - boli na tom horšie v oboch týchto oblastiach, rozdiely neboli zarážajúce. Sociálne vzťahy so širokým okolím boli poškodené ľahko aj u pacientov aj u susedov; obe skupiny prejavovali skôr obmedzenú účasť, hoci depresívne ženy boli utiahnutejšie. Túto limitovanú participáciu so širším spoločenstvom možno interpretovať ako kultúrnu normu života talianskej rodiny. Vo vzťahoch so širšou rodinou ani pacientky ani normálne ženy neprejavovali vážnu maladjustáciu. Kultúrne vzorce u talianskych žien v domácnosti, ktoré tvorili väčšinu tejto vzorky, kladú dôraz na úzky vzťah so širokou rodinou a tento vzťah sa udržiava bez neobvyklej závis-

závislosti alebo zdanlivej konfliktnosti. Keď sa však tento vzťah narušil depresiou a depresívne ženy sa do určitej miery stiahli a zredukovali komunikáciu, rodí pocity nespokojnosti a viny.

Toto relatívne harmonické stiahnutie sa zo širších rodinných interakcií kontrastuje s konfliktnosťou a tenziou, ktorá charakterizuje interakcie depresívnych žien s ich manželmi a deťmi. Manželské vzťahy sa stávajú arénou pre strety, chabú komunikáciu a závislosť, ako aj pre obmedzené sexuálne uspokojenie. Depresívna žena typicky pociťuje stratu náklonnosti k manželovi, zmiešanú s pocitmi viny a rozmrzelosťou. Komunikácia je chudobná a hostilita otvorená. Hoci je submisívna a závislá a otvorene dominantné správanie chýba, depresívna žena môže prevádzať skrytú kontrolu prostredníctvom svojich symptómov a zníženia sexuálnej aktivity. Pokračuje v sexuálnych vzťahoch so svojim manželom, hoci s redukovanou frekvenciou; udáva však fyzické ťažkosti a nezáujem o sexuálnu intimitu.

Depresívne ženy prejavujú zvýšenú hostilitu v rodine a táto je oveľa viac namierená voči manželovi a deťom, než voči spolupracovníkom a priateľom. V dobrých manželstvách sa ženy pred partnerom sťahujú v snahe uchrániť ho pred efektami depresie a manželia sú zase voči nim protektívnejší. Na druhej strane v zlých manželstvách depresívni pacienti obviňujú zo svojej depresie svojho partnera a manželský konflikt sa splieta s pacientovými symptómami.

Podľa Weissmana a Paykela sú značne zhoršené aj vzťahy s deťmi, hoci manifestácie variujú so štádiom životného cyklu rodiny. Depresívne matky s malými deťmi majú tendenciu k ustaranosti, bezmocnosti, pocitom viny a niekedy k otvorenej hostilite. Pri deťoch mladšieho školského veku postoj matiek variuje od iritability k nedostatku emocionálnej účasti. Pri adolescentných deťoch je častý silný konflikt. Adolescent sa naučí skôr využívať matkinu bezmocnosť, než aby jej prejavil porozumenie. Nakoniec odchod detí z domu u matky spúšťa pocity straty a depresiu.

Rolový rámec pomáha osvetliť spôsob, akým depresia funguje, sám osebe však adekvátne neopisuje sociálnu dysfunkciu depresie, nakoľko konzistentné vzorce malfunkčnosti sú spoločné rôznym špecifickým rolám. Tieto malfunkcie zahrňujú šesť aspektov: zhoršený pracovný výkon, interpersonálne strety, emočná závislosť, inhibíciu komunikácie, stiahnutie sa z rodinných vzťahov a úzkostnú ruminóciu.

Úzdrava

Ako dochádza k symptomatickej úzdrave, je tendencia k zlepšeniu sociálnej adjustácie, avšak toto zlepšovanie je pomalšie než u symptómov. Pravdepodobne bude najrapídnejšie v prvých dvoch mesiacoch a pomalšie bude pokračovať v ďalších dvoch mesiacoch. Potom prispôsobenie zostáva viac alebo menej statické, alebo sa môže v priebehu ďalšieho roku aj zhoršiť. Hoci zlepšenie u depresívnej osoby je značné, nie je úplné.

Štúdia, ktorú previedli Weissman a Paykel, ukázala, že ako sa pacient zlepšoval, rapídne sa zlepšil aj pracovný výkon. Zhoršenia v rodinných vzťahoch sa však zlepšovali pomalšie, čo naznačuje, že pretrvávajúce osobnostné faktory operovali nezávisle na depresívnych symptómoch.

Symptomatický relaps je sprevádzaný rýchlym zhoršením sociálneho fungovania. Najmä pacientkin pracovný výkon sa zhoršuje a vzrastá závislosť a väzba na rodinu, čo podporuje ideu, že tieto dimenzie sú v úzkom vzťahu k symptomatickému ochoreniu.

Po ôsmich mesiacoch pacientky, ktoré boli asymptomatické, ešte stále mali ľahké reziduálne sociálne poškodenie. Komunikácia s najbližšou rodinou a priateľmi bola inhibovaná dokonca aj po úzdrave. Namiesto nej tu bol určitý vzorec, charakterizovaný hádavosťou, rozmrzelosťou a argumentatívnym správaním. Trendy, ktoré boli evidentné po ôsmich mesiacoch liečby, boli prítomné aj ďalej, dvadsať mesiacov po akútnej epizóde. V celku sa sociálne fungovanie pacientiek naďalej zlepšovalo. Všeobecná úroveň adjustácie bolo vcelku dobrá, ale nie tak dobrá ako u kontrolnej skupiny. Mnohí pacienti vyhľadali ďalšiu liečbu a u niektorých sa znovu objavili depresívne symptómy.

Mnohé zo sociálnych porúch pri depresii sú dôsledkom ochorenia; väčšina z nich ustúpi s úzdravou, ale mnohé sa vracajú so symptomatickým relapsom.

Osobnosť a depresia

Klasické grécke medicínske spisy Hippokrata opisujú rolu temperamentu predisponujúceho k melanchólii. V ďalších storočiach mnohí klinici pozorovali atribúty charakteru a individuálnu dispozíciu, ktorá niektorých ľudí robí vulnerabilnými voči depresii. V dvadsiatom storočí chápanie k depresii náchylnej osobnosti vychádza hlavne z pozorovaní klinikov, ktorí pracujú s klinicky depresívnymi pacientami. Psychoanalytický prístup postuluje, že osoby so sklonom k depresii sú závislé na priamych alebo nepriamych narcistických vkladoch iných osôb do ich sebahodnotenia. Kognitívny prístup tvrdí, že títo ľudia majú trvalý kognitívny súbor postojov k sebe samým a sú vysoko senzitívni k situáciam, ktoré tieto negatívne postoje posilňujú. Teória naučenej bezmocnosti zastáva názor, že ľudia, ktorí nemôžu zmeniť alebo zabrániť negatívnym situáciam, zostávajú apatický a redukujú svoje na cieľ zamerané správanie. Behaviorálny prístup by zasa zdôraznil nedostatok inštrumentálneho správania depresívnych, ako sú sociálne spôsobilosti (schopnosť správať sa spôsobom, ktorý od druhých osôb vyvoláva pozitívne posilnenie); tento prístup považuje nízke sebahodnotenie za dôsledok nedostatku pozitívneho sociálneho posilnenia.

Ideálnou možnosťou k overeniu týchto prístupov by bolo študovať najskôr nejakú skupinu ľudí, keď sú bez psychiatrických porúch, aby sa posúdila ich osobnosť a potom ich sledovať ďalej, aby sme zistili, kto z nich sa neskôr stane depresívnym. Tento prístup by sa priblížil k odlíšeniu osobnostných rysov od symptómov poruchy. Bohužiaľ tento výskumný program je príliš drahý a časovo náročný, aby bol praktický. Alternatívnym prístupom by bolo pokračovať v štúdiu depresívnych osôb potom, čo sa uzdravili. Táto metóda nie je bez obmedzení, pretože posúdenie osobnosti počas a po úuzdrave môže byť stále kontaminované dôsledkami ochorenia alebo prítomnosťou ľahkých reziduálnych symptómov. Napriek tomu, bude informatívne spomenúť takéto štúdie.

Zuckerman a kol. (1980) študovali depresívnych ambulantných pacientov, ktorí prešli psychoterapiou, farmakoterapiou alebo kombináciou oboch. Pacienti s premorbidne nízkym neuroticizmom a vysokou extraverzívnosťou, meranými MPI-N (Maudsley Personality Inventory), sa signifikantne zlepšili v sociálnom a interpersonálnom prispôsobení, v porovnaní s pacientami s premorbidne vysokým neuroticizmom a nízkou extraverzívnosťou. Tieto výsledky, ktoré boli konzistentné bez ohľadu na to, aká forma liečby sa použila, naznačujú, že je tu nejaká podskupina depresívnych s neurotickými osobnostnými rysmi, ktoré ich predisponujú k neustálym interpersonálnym ťažkostiam. Podobné výsledky sa zistili aj sledovaní týchto pacientov po jednom roku (Weissman, Kasl, Klerman, 1976) a po štyroch rokoch (Weissman a Bothwell, 1977).

Tento prístup k posudzovaniu osobnostných charakteristík depresívnych pacientov systematicky použili Hirschfeld a Klerman (1979). Porovnávali 73 depresívnych a 24 manických pacientov na štyroch

univerzitných nemocničných centrách, po zmiernení symptómov. Depresívni pacienti boli signifikantne abnormálni. Zistila sa u nich [illegible] pravdepodobnosť unášania sa pri stresse, menej energie, viac [illegible] interpersonálne sensitivita, väčšia tendencia k obavám, [illegible] sociálne zručnosť, viac potrebovaní (neediness) a obsedantnosť. [illegible] ich pacienti sa nemohli priblížiť viac, ako [illegible] k osobnosti zahrnutí do posudzovacej tabuľky.

[illegible] a neuropolárne depresívnych pacientov boli zo [illegible] s depresívnou závislosťou, ktorú opisuje psychoanalytická [illegible] a objektívnym postojom a nadmernou [illegible] k [illegible] teoretici a [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] behaviorálnej sféry. [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]

ČASŤ II

PREVÁDZANIE INTERPERSONÁLNEJ TERAPIE DEPRESIE

... posledné tri roky pre mňa boli ako jeden nekonečný pracovný deň bez oddychu. Teraz je to pre č... Moja úbohá matka ma už nepotrebuje... ani chlapci.
Ako slobodne sa musíte cítiť.
Nie... iby nevýslovne prázdne. Teraz už niet prečo žiť...

– Henrik Ibsen
Dom bábik

Kapitola 4.

CIELE A ÚLOHY IPT

Je mnoho spôsobov konceptualizácie ktorejkoľvek psychoterapie. IPT konceptualizujeme na troch úrovniach: stratégie pre špecifické úlohy, techniky a terapeutický postoj. Na úrovni techník a postoja je IPT podobná mnohým iným terapiám, líši sa však na úrovni stratégií.

Stratégie IPT sa objavujú v troch fázach liečby. V priebehu prvej fázy sa zdiagnostikuje depresia v rámci medicínskeho modelu a vysvetlí sa pacientovi. Identifikuje sa hlavný problém spojený s nástupom depresie a s pacientom sa uzatvorí explicitný liečebný kontrakt o práci na tejto problémovej oblasti. Keď je táto fáza ukončená, začína sa stredná fáza. Práve tu sa pracuje na hlavných, súčasných, interpersonálnych problémových oblastiach. Fáza ukončenia nie je v IPT jedinečná. Rozoberajú sa pocity z ukončenia, zhrnie sa dosiahnutý pokrok a vytýči sa zostávajúca práca. Podobne, ako v iných krátkodobých terapiách, dohoda o ukončení je explicitná a dodržiava sa.

Pre pochopenie štruktúry IPT, vrátane techník a postoja, bude užitočné nasledujúce vymedzenie. Tento náčrt je bázou pre detailný rozbor a kazuistické ilustrácie v Kapitole 5 až 12.

I. Úvodné sedenia
   A. Zaoberanie sa depresiou
      1. Prehľad depresívnych symptómov.
      2. Daj syndrómu pomenovanie.
      3. Vysvetli depresiu a liečbu.
      4. Udeľ pacientovi "rolu chorého".
      5. Posúď potrebu medikácie.
   B. Daj depresiu do súvisu s interpersonálnym kontextom
      1. Urob prehľad súčasných a minulých interpersonálnych vzťahov ako súvisia so súčasnými depresívnymi symptómami. Spolu s pacientom urči
         a. povahu interakcie so signifikantnými osobami;
         b. očakávanie pacienta a signifikantných osôb jeden od druhého a ako alebo či boli naplnené;
         c. uspokojivé a neuspokojivé aspekty týchto vzťahov;
         d. zmeny, ktoré vo vzťahoch chce pacient.
   C. Identifikácia hlavných problémových oblastí
      1. Urči problémové oblasti, ktoré sú vo vzťahu k súčasnej depresii a stanov liečebné ciele.
      2. Urči, ktorý vzťah alebo aspekt vzťahu súvisí s depresiou

a čo na nej mohol zmeniť.

D. Objasni pojmy IPT a kontrakt

1. Načrtni svoje chápanie problému.
2. Dohodni sa na liečebných cieľoch (ktorá problémová oblasť bude fokusom).
3. Opíš postupy IPT: sústredenie sa na "tu a teraz", potreba, aby pacient diskutoval o dôležitých veciach; prehľad súčasných interpersonálnych vzťahov; rozbor praktických aspektov liečby - dĺžka, frekvencia, čas, platenie, postoj k premeškaným sedeniam.

II. Stredné sedenia - Problémové oblasti

A. Zármutok

Ciele

1. Facilitovať proces smútenia.
2. Pomôcť pacientovi obnoviť záujem a vzťahy, aby sa nahradilo to, čo je stratené.

Stratégie

1. Urob prehľad depresívnych symptómov.
2. Daj symptómový nástup do súvisu so smrťou signifikantnej osoby.
3. Rekonštruuj pacientov vzťah so zomrelým.
4. Opíš sekvenciu a dôsledky udalostí pred, v čase a po úmrtí.
5. Preskúmaj s tým spojené pocity (negatívne aj pozitívne).
6. Zváž možné spôsoby nadviazania vzťahov s ostatnými.

B. Interpersonálne nezhody

Ciele

1. Identifikuj spor.
2. Zvoľ plán činnosti.
3. Modifikuj očakávania alebo chybnú komunikáciu, aby sa došlo k uspokojivému riešeniu.

Stratégie

1. Urob prehľad depresívnych symptómov.
2. Daj nástup symptómov do súvisu s otvoreným alebo skrytým sporom s druhou signifikantnou osobou, s ktorou je pacient v súčasnosti vo vzťahu.
3. Urči stupeň nezhody:
   a. vyjednávanie (ukľudni účastníkov, aby sa facilitovalo vyriešenie);
   b. slepá ulička (podpor disharmóniu aby sa znovu otvorilo vyjednávanie);
   c. rozpad (podpor smútenie).

4. Zisti, ako nerecipročné rolové očakávania súvisia so sporom:
   a. O aké otázky v spore ide?
   b. Aké sú rozdiely v očakávaniach a hodnotách?
   c. Aké sú možnosti?
   d. Aká je pravdepodobnosť nájdenia alternatív?
   e. Aké sú dostupné zdroje k navodeniu zmeny vo vzťahu?
5. Sú paralely aj v iných vzťahoch?
   a. Čo pacient získava?
   b. Aké nevyslovené predpoklady sa skrývajú za pacientovým správaním?
6. Ako sa spor udržuje?

C. Prechody v rolách

Ciele

1. Smútok a akceptácia straty starej roly.
2. Pomôcť pacientovi považovať novú rolu za pozitívnejšiu.
3. Obnoviť sebahodnotenie rozvojom pocitu zvládnutia čo sa týka požiadaviek nových rolí.

Stratégie

1. Urob prehľad depresívnych symptómov.
2. Daj depresívne symptómy do súvisu s ťažkosťami so zvládnutím určitej nedávnej životnej zmeny.
3. Sprav prehľad pozitívnych a negatívnych aspektov starých a nových rolí.
4. Preskúmaj pocity k tomu, čo je stratené.
5. Preskúmaj pocity týkajúce sa samotnej zmeny.
6. Preskúmaj príležitosti, ktoré dáva nová rola.
7. Realisticky posúď čo je stratené.
8. Podpor primerané uvoľnenie afektu.
9. Podpor rozvoj sociálneho podporného systému a nových schopností, ktoré vyžaduje nová rola.

D. Interpersonálne deficity

Ciele

1. Redukovať pacientovu sociálnu izoláciu.
2. Podporiť utvorenie nových vzťahov.

Stratégie

1. Urob prehľad depresívnych symptómov.
2. Daj depresívne symptómy do vzťahu k problémom sociálnej izolácie alebo nenaplnenia.
3. Urob prehľad minulých signifikantných vzťahov vrátane ich negatívnych a pozitívnych aspektov.

4. Preskúmaj opakujúce sa vzorce vo vzťahoch.
5. Rozober pacientove pozitívne a negatívne pocity k terapeutovi a hľadaj paralely v iných vzťahoch.

III. Ukončenie
1. Explicitná diskusia o ukončení.
2. Uznanie, že ukončenie je bolestivým obdobím.
3. Posun k pacientovmu poznaniu samostatnej kompetencie.

IV. Špecifické techniky
1. Explorácia.
2. Podporenie afektu.
3. Klarifikácia.
4. Komunikačná analýza.
5. Použitie terapeutického vzťahu.
6. Techniky zmeny správania.
7. Pomocné techniky.

V. Rola terapeuta
1. Pacientov obhájca, nie neutrál.
2. Aktívny, nie pasívny.
3. Terapeutický vzťah sa neinterpretuje ako prenos.
4. Terapeutický vzťah nie je priateľstvom.

Kapitola 5.

ZAOBERANIE SA DEPRESIOU A DIAGNÓZA INTERPERSONÁLNYCH PROBLÉMOV

IPT má dva fokusy: redukovať depresívne symptómy a riešiť sociálne a interpersonálne problémy spojené s nástupom symptómov. Úvodné sedenia sú venované uzatvoreniu liečebného kontraktu, práci s depresívnymi symptómami a identifikovaniu problémových oblastí. V priebehu úvodných sedení sa zdiagnostikuje a posúdi depresia aj interpersonálne problémy. V týchto sedeniach by mal terapeut previesť šesť úloh:

1. začať sa zaoberať s depresiou;
2. skompletizovať interpersonálny inventár a dať depresiu do súvisu s interpersonálnym kontextom;
3. identifikovať hlavné problémové oblasti;
4. objasniť racionále a zámer interpersonálnej terapie;
5. uzavrieť s pacientom liečebný kontrakt; a
6. vysvetliť pacientovi, aká rola sa od neho v liečbe očakáva.

Úvodné sedenia - Zaoberanie sa depresiou

Prvé sedenie začína pacientovým opisom toho, čo zapríčinilo potrebu liečby, poslednou históriou depresívneho stavu, prehľadom depresívnych symptómov a posúdením potreby medikácie. U všetkých pacientov by sa mala vyžadovať celková telesná a zdravotná prehliadka. Ak za posledných šesť mesiacov pacient nebol prehliadnutý, treba ho k tomu vyzvať; ľudia nad štyridsať rokov by mali mať ešte čerstvejšiu prehliadku.

História depresívneho stavu by mala obsahovať prehľad minulých epizód a zvláštnych interpersonálnych precipitátorov a/alebo dôsledkov depresií a spôsobov, akými sa predošlé depresívne epizódy vyriešili. Pacientova úroveň a konštelácia depresívnej symptomatológie sa posudzuje v svetle možnej potreby konkurentnej farmakoterapie. Starostlivo treba zvážiť suicidálne úmysly.

Súčasťou prvých dvoch sedení by malo byť poučenie pacienta o depresívnom stave, vrátane uistenia a vedenia pri zvládaní symptómov. Je to dôležité pre nastolenie pacientovho záväzku pre liečbu a pre vytvorenie pocitu, že sa okamžite začne pôsobiť na symptómy.

Prehľad symptómov

V úvodnom sedení by sa mal spraviť detailný prehľad pacientových symptómov - ich prítomnosti, trvania a hĺbky. Tento prehľad symptómov má tri účely: 1/ dovoľuje psychoterapeutovi potvrdiť diagnózy. 2/ uisťuje pacienta, že problém zapadá do schémy, ktorú psychoterapeut anticipuje a chápe ako klinický syndróm. Pacient tak pochopí, že nevysvetliteľné, aberantné symptómy a správanie sú súčasťou určitého vzorca, časovo limitovaného a - hoci nepríjemného - liečiteľného. 3/ Sústreďuje symptómy do špecifického časového rámca a interpersonálneho kontextu, ktorý bude fokusom psychoterapie.

Ako súčasť tohoto prehľadu treba zozbierať podrobný zoznam pacientových suicidálnych pocitov, myšlienok a konaní, minulých aj súčasných (pozri Časť III, Kapitolu 14., rozoberajúcu špeciálne problémy prístupu k suicidálnym pacientom). Vodítkom pre tento prehľad sú Výskumné diagnostické kritériá (Research Diagnostic Criteria - RDC) a kritéria pre depresiu podľa DSM III, spomenuté v Kapitole 1. Užitočným vodítkom k systematickému prehľadu symptómov môže byť aj Hamiltonova posudzovacia škála (pozri Appendix).

Prehľad symptómov by mal pokryť nasledujúce oblasti:

Depresívna nálada

Nálada sa posudzuje podľa odpovedí na také otázky, ako: Ako ste sa cítili posledný týždeň, vrátane dneška? Môžete opísať, akú ste mali náladu? Cítili ste sa skľúčený, skleslý, depresívny? Ako by ste to opísali? Aké zlé to bolo?

Chcelo sa vám plakať? Pomáha plač? Mali ste pocit, že sa vám chce plakať, ale že sa vám nedostáva sĺz?

Cítili ste sa beznádejne, neschopný kontrolovať, čo sa s vami deje, vydaný napospas ostatným, alebo neschopný pre seba niečo urobiť?

Aký ste mali pocit, čo sa týka budúcnosti? Dokážete si predstaviť, že je vám lepšie?

Pocity viny

Obviňovali ste sa za veci, ktoré ste urobili? Mali ste na seba zlosť? Myslíte si, že ste zlý človek?

Zradili ste už svojich priateľov alebo rodinu? Máte z toho pocit viny?

Mali ste pocit, že ste si na vine za svoju chorobu? Akým spôsobom? Veľmi? Rozmýšľate o hriechu?

Samovražda

Rozmýšľate vela ox smrti? Mali ste pocit, že život nestojí za to?

Želali ste si byť mŕtvy?

Pomýšľali ste niekedy na to, vziať si život? Plánovali ste to niekedy? Začali ste podnikať kroky k uskutočneniu takéhoto plánu?

Skutočne sa ste sa niekedy pokúsili o samovraždu?

Insomnia

Včasná

Keď si idete ľahnúť, zaspávate ľahko? Užívate prášky na spanie? Máte problém zaspať každú noc? Ako dlho vám trvá, kým zaspíte? Čo vám prechádza hlavou, keď tak ležíte v posteli?

Stredná

Keď zaspíte, spíte dobre? Ste nekľudný, alebo zostávate hore? Vstávate z postele?

Pozdná

Zobúdzate sa skoro ráno? Zostávate potom hore, alebo znovu zaspíte? Zobúdzate sa skôr, než ste sa zobúdzali normálne?

Práca a aktivita

Ako vám to ide v práci, v domácnosti, pri záľubách, záujmoch a v spoločenskom živote? Je to v niečom iné než doposiaľ?

Spomalenosť

Spomalenosť sa hodnotí výlučne na základe pozorovania pri rozhovore, nie zo subjektívnych sťažností na spomalenosť. Treba si všimnúť spomalenosť myslenia a reči, zhoršenie schopnosti koncentrácie, pokles motorickej aktivity alebo apatiu a stupor.

Agitácia

Aj agitácia sa posudzuje na základe správania pri rozhovore. Agitácia sa definuje ako nepokoj spojený s anxietou. Treba ju odlíšiť od anxiety, nakoľko sa týka pozorovateľných fenoménov motorickej nepokojnosti, ktoré sú prežívané ako tiesnivé.

Psychická anxieta

Pociťujete nervozitu, úzkosť alebo strach? Cítite sa napätý, alebo sa ťažko dokážete uvoľniť? Robíte si starosti z malých vecí?

Mali ste pocit hrôzy, akoby sa malo stať niečo strašné?

Máte sklon k strachu v niektorých zvláštnych situáciách - napríklad zostať doma sám, ísť von sám, ocitnúť sa v dave, cestovať? Máte strach z výšok alebo z výťahov?

Somatická anxieta

Trpíte ničím z nasledujúceho: chvenie, tras, nadmerné potenie sa, pocity d-usenia alebo škrtenia, ataky dýchavičnosti, závrať, telesná slabosť, bolesti hlavy, bolesti v ~~zkrkx~~ šiji, žalúdočný tras alebo zovretie žalúdku?

Ako často a veľa?

Táto skupina problémov zahrňuje množstvo somatických sťažností, ktoré sú spoločné úzkostným pacientom, vrátane gastrointestinálnych problémov, ako je nadýmanie a zlé trávenie; kardiovaskulárne problémy, ako sú palpitácie; bolesti hlavy; respiratórne ťažkosti; a genitourinárne ťažkosti.

Gastrointestinálne symptómy

Akú máte chuť do jedla? Mávate pocit tiaže v žalúdku? Akovám pracujú vnútornosti? Je to teraz iné než obvykle?

Všeobecné somatické symptómy

Unavíte sa ľahko? Cítite sa celý čas unavený? Je pre vás namáhavé niečo urobiť? Strávite veľa času v posteli? Ste ospalý?

Máte nejaké bolesti? Pocity ťažoby?

Táto skupina zahrňuje obťiaže v údoch, chrbte alebo hlave; difúzne bolesti hlavy, stratu energie a unaviteľnosť - subjektívne pocity. Zvážte zmeny intenzity a frekvencia. Pre depresiu je charakteristické ich zlé a vágne definovanie a extrémne ťažké je získať od pacienta ich uspokojivý opis.

Sexuálne symptómy

Chcem vám položiť zopár otázok na váš sexuálny život. Stratili ste v poslednej dobe záujem o druhé pohlavie/vášho partnera/vášho manžela? Máte menej sexuálneho pudenia než obvykle? Ťažkosti so vzrušením sa? Pohlavný styk menej často? Ťažkosti s dosiahnutím erekcie (u mužov) alebo s klimaxom?

Postoje k telesným ťažkostiam

Táto kategória sa vzťahuje k pacientovmu zaujatiu telesnými sťažnosťami, či majú alebo nemajú realistický podklad. Hypochondrický pacient je zaujatý a neustále sa vracia skôr k telesným symptómom než k psychickým ťažkostiam.

Pokles na váhe

Stratili ste na váhe, odkedy začali vaše ťažkosti? Koľko?

U pacienta treba posúdiť maximálnu stratu na váhe, odkedy začali ťažkosti.

Vhľad: Uvedomovanie si stavu

Aká je podľa vás povaha vašich ťažkostí? Považujete sa za emocionálne alebo psychologicky chorého?

Čo je príčinou toho všetkého?

Vhľad sa týka toho, či si je pacient vedomý psychologickej poruchy a že táto má depresívnu zložku. Stupeň sebauvedomenia, ako aj porozumenia psychodynamike a psychologickej kauzácii, treba vždy zvažovať vo vzťahu k pacientovmu mysleniu a úrovni poznania. Je dôležité rozlíšiť medzi pacientom, ktorý nemá vhľad a pacientom, ktorý nie je ochotný pripustiť, že má "duševné problémy".

Každý má nejaký súbor predstáv a presvedčení o chorobe, či telesnej alebo duševnej, a väčšina ľudí má vlastnú klasifikáciu a diagnostický systém. Pacientove predstavy treba odhaliť bez odporovania alebo provokovania. Niektorí pacienti vysvetľujú svoje prežívanie v religióznych termínoch: "Boh ma trestá za to, že som bol taký sebecký." Iní budú niekoho obviňovať - matku, za to, že "ma dosť nemilovala" alebo partnera za to, že je krutý a necitlivý.

Denné variácie

Kedy sa v priebehu dňa cítite najlepšie? Ráno? Na poludnie? Večer? Kedy sa v priebehu dňa cítite najhoršie?

Tieto otázky majú za cieľ odhaliť konzistentné fluktuácie nálady a inej symptomatológie v prvej alebo druhej polovici dňa. Pacient sa zpravidla bude cítiť lepšie v jednej alebo druhej. Príležitostne sa pacient cíti lepšie poobede a horšie ráno a večer.

Depersonalizácia

Mali ste už pocit, že všetko je neskutočné, že vy ste neskutočný alebo že svet je akosi vzdialený, zvláštny alebo zmenený? Nemám na mysli len ten pocit, že ste si skutočne nedokázali predstaviť, že by vás mohla postihnúť táto choroba.

Paranoidné symptómy

Podozrievate ostatných ľudí? Myslíte si, že ľudia o vás rozprávajú, alebo že sa vám za ~~zkrkx~~ chrbtom smejú?

Ak pacient odpovie áno, treba žiadať bližie vysvetlenie. Pri predstavách prenasledovania treba zistiť, či nemajú depresívny prvok, t.j. či nie sú spojené s pocitom viny alebo~~x~~ s pocitom, že

prenasledovanie je zaslúžené. Ak paranoidné idey majú takýto prvok, môže to byť súčasť pocitu viny alebo iných depresívnych bludov.

Obsedantné a kompulzívne symptómy

Všimli ste si, že musíte neustále kontrolovať alebo opakovať veci, ktoré ste už urobili? Musíte veci robiť nejakým zvláštnym spôsobom, v zvláštnom poradí alebo určitý počet razov?

Všimli ste si, že by vás napadali nepríjemné, deprivé alebo smiešne myšlienky a vy sa ich nedokážete zbaviť, aj keď sa o to snažíte?

Obávate sa, že by ste sa mohli dopustiť niečo strašného bez toho, že by ste chceli?

Pomenovanie symptómu

Ak sme po prehľade symptómov dospeli k záveru, že pacient skutočne má nejakú depresívnu poruchu (pozri kritéria DSM-III, Kapitola 1.), potom je dôležité povedať to otvorene, t.j. povedať pacientovi, že tieto mnohoraké symptómy majú jednoznačné pomenovanie. Pacient by sa mal dozvedieť, že bol u neho diagnostikovaný depresívny syndróm a že problémy so spánkom a apetítom, bolesti hlavy, beznádejné výhliadky, nedostatok záujmu, únava, to všetko je súčasťou depresie. Ak výsledky telesnej prehliadky nepoukazujú na žiadnu špecifickú somatickú príčinu týchto symptómov, terapeut môže s presvedčením uistiť pacienta, že sú spôsobené depresiou. Pacienti potrebujú vedieť, že nemajú žiadne vážne organické ochorenie, že neidú "zošalieť", že spánkové problémy alebo ťažkosti s koncentráciou nie sú spôsobené senilitou.

Túto diagnózu treba pacientovi zdeliť takými slovami, ako:

Nezdá sa, že by vaše symptómy (treba ich spomenúť špecificky: bolesti hlavy, problémy so spánkom, únava atď.) mali nejaký fyzický podklad. Toto chýbanie fyzického podkladu neznamená, že by vaše symptómy boli nereálne, alebo že by sa vaše pocity mýlili (vaše bolesti hlavy, únava, atď. sú reálne). Všetky symptómy, ktoré opisujete, sú častou depresie. Váš apetít a spánok sú narušené. Stratili ste záujem o vaše obvyklé aktivity. Pri svojich deťoch ste podráždenejší a nevychádzate si so svojou manželkou. Neviete si predstaviť, že by ste mohli vykonávať prácu, ktorá vás predtým bavila. Vaše myšlienky o smrti, vaša unavenosť a pocity ničotnosti, otázka, kam smeruje váš život, váš nedostatok energie, sú súčasťou depresívnej konštelácie. Chýba vám energia

a zápal. To všetko je častou klinickému obrazu depresie. Symptómy, ktoré opisujete, sú obvyklé u depresívnych osôb. Ste v zajatí depresie.

Vysvetlenie Vysvetlenie depresie a jej liečby

Po špecifickej diagnóze by mal pacient dostať určitú všeobecnú informáciu o depresii a mal by sa dozvedieť, čo má očakávať:

Depresia je častá porucha. V ktoromkoľvek čase postihuje 3 až 4 percentá dospelého obyvateľstva. Hoci teraz trpíte, depresia reaguje na liečbu. Výhliadky na vaše uzdravenie sú výborné. Máme k dispozícii rozličné spôsoby liečby a nemusíte prepadať beznádeji, ak prvý spôsob nevyjde. Väčšina ľudí s depresiou sa pri liečbe promptne uzdraví a prognóza je celkom dobrá. Keď sa symptómy stratia, budete sa cítiť lepšie a vrátite sa k svojmu normálnemu fungovaniu. Psychoterapia je jednou zo štandardných spôsobov liečby depresie. Ukázala sa ako účinná v mnohých výskumných skúškach. Psychoterapia by vám mala pomôcť pochopiť problémy, ktoré viedli k depresii.

Udelenie pacientovi "role chorého"

Prehľad symptómov, diagnóza, a opis toho, čo pacient môže očakávať, vrátane typu a priebehu liečby, to všetko premyslene slúži tomu, aby pacient dostal "rolu chorého". Táto rola pacientovi dovoľuje, aby kompenzatórnym, ale časovo limitovaným spôsobom obdržal to, resp. tú opateru, ktorej sa mu adekvátne nedostalo - alebo necítil, že sa mu dostáva - od druhých.

Ideu role chorého ako prvý prezentoval Talcott Parsons (1951). Parsons, profesor sociológie na Harvard Medical School a jeden zo zakladateľov odvetvia medicínskej sociológie, zdôraznil, že choroba nie je iba "stavom", ale tiež sociálnou rolou. Základné kritériá sociálnej role zahrňujú postoje nositeľa aj ostatných osôb, s ktorými tento interaguje, vo vzťahu k určitej sústave sociálnych noriem určujúcich primerané správanie osobám v tejto roli.

Parsons opísal štyri funkcie role chorého.

1. Choré osoba sa považuje za oslobodenú od určitých normálnych sociálnych záväzkov. Toto oslobodenie musí byť sociálne definované a schválené.
2. Táto osoba je oslobodená od určitého typu zodpovednosti.
3. Stav tejto osoby sa sociálne definuje ako nežiadúci, preto ju a

neho treba dostať tak rýchlo, ako je to možné.

4. Táto osoba sa chápe "v potrebe pomoci" a preberá rolu pacienta, ktorá nesie svoje vlastné povinnosti, najmä potvrdenie, že človek je chorý a v procese uzdravovania sa spolupracuje s tým, kto mu pomáha.

V kontexte konceptu role chorého dovoľuje prehľad symptómov psychoterapeutovi rozpoznať, či je pacient oprávnený k role chorého. Ak odpoveď je áno, potom sa táto informácia explicitne zdelí pacientovi a niekedy rodine; to legitimňuje rolu chorého a definuje pacienta ako osobu, ktorá potrebuje pomoc. Takisto dočasne oslobodzuje pacienta od určitých sociálnych povinností a od zodpovednosti za stav depresie.

Opis procesu úzdravy je podstatný, pretože limituje rolu chorého a informuje pacienta o záväzku spolupracovať na uzdravovaní a opustení role chorého čo najskôr. Kľúčový prvok tejto role pomáha pacientovi xxxxť xx jej x zbaviť sa jej a uzdraviť sa (Suchman, 1965; Suchman, 1965) a fáza uzdravovania by mala začať hneď, ako sa pacient dostane do liečby.

Psychoterapeut môže túto rolu pacientovi predať tým, že povie niečo ako:

> To je v poriadku, ak sa teraz necítite byť zábavná a spoločenská, ale zle. Prečo priamo nevysvetlíte svojmu manželovi, že budúci mesiac, počas tejto fázy aktívnej liečby vašej depresie, by ste radšej nepozývala hostí a bola by ste rada, keby ste mala príležitosť uvážiť spoločenské povinnosti najprv s ním, než vás oboch k nejakej zaviaže? Budete so mnou aktívne zapojená do liečby a v priebehu ďalšieho mesiaca budeme tvrdo pracovať na tom, aby ste sa uzdravili. Možno očakávať, že sa postupne budete môcť vrátiť k svojmu normálnemu životu a že po dvoch mesiacoch by ste mala byť celkom aktívna. Časom, ako začneme rozumieť a riešiť problémy súvisiace s vašou depresiou, budeme mať všetky dôvody dúfať, že sa budete cítiť ešte lepšie, než predtým.

Centrálnym pojmom, ktorý by sa mal zdeliť pacientovi, je, že depresia je porucha, pri ktorej človek nie je plne pri moci, ale z ktorej sa, ak sa lieči, uzdraví bez vážneho rezidálneho poškodenia. Pacienti často k svojej chorobe zaujímajú morálny postoj: že depresia je zlyhaním, znakom slabosti, spravodlivým trestom za minulé prehrešky alebo dokonca za úmyselné činy. Treba ich uistiť, že tento negatívny postoj je súčasťou depresívneho afektu.

Posúdenie potreby medikácie

Potreba psychofarmakologickej liečby, typicky tricyklicko-antidepresívnej, bude závisieť od závažnosti symptómov, pacientovej preferencie a predošlej skúsenosti a medicínskych kontraindikácií. (Farmakoterapeutická liečba sa podrobne rozoberá v Kapitole 13.) Vo všeobecnosti pacienti s ťažkými poruchami spánku a apetítu, agitáciou alebo nedostatkom reaktivity sú dobrými kandidátmi pre tricyklické antidepresíva ako dodatku k psychoterapii, pokiaľ nie sú nejaké medicínske kontraindikácie. Pacienti, ktorých depresia má endogénne rysy (pozri Tabuľku 5.1), nemusia na samotnú psychoterapiu reagovať tak rapídne ako na psychoterapiu skombinovanú s tricyklickými antidepresívami (Prusoff, 1980).

Prítomnosť životného stresu ako precipitujúceho faktora v depresii nevylučuje účinné použitie medikácie, ako dodatku k psychoterapii. V skutočnosti väčšina pacientov, dokonca aj pacienti s endogénnymi rysmi alebo melancholiou, identifikuje nejaký stres, spojený s nástupom depresie. Ani akútna depresia, nadstavená na chronickú depresiu alebo depresívnu osobnosť, nevylučuje použitie tricyklických antidepresív, ako dodatku k psychoterapii (Rounsaville, 1981). Kľúčovými klinickými rysmi, ktoré pri posudzovaní umožňujú určiť potrebu xxxxxiii medikácie, sú závažnosť symptómov a prítomnosť špecifických symptómov: agitácie, spomalenosti a straty záujmu alebo reaktivity. Kritéria opísané v Tabuľke 5.1 pochádzajú z Research Diagnostic Criteria (RDC) (Spitzer, 1976) pre veľkú depresívnu poruchu - endogénny subtyp. Tieto kritéria sú podobné, ale nie identické, s kritériami DSM-III pre veľkú depresívnu poruchu s melancholiou. V klinickej praxi tieto dva súbory kritérií identifikujú takmer identické skupiny pacientov. Ukázali sa ako užitočné pri rozhodovaní o použití medikácie.

Tabuľka 5.1

Kritéria pre endogénne depresiu

Endogénna veľká depresia, ako ju definujú RDC, je:
Pravdepodobná pri dohromady aspoň štyroch symptomoch zo skupiny A a B a definitívna pri šiestich symptomoch, pričom aspoň jeden musí byť zo skupiny A.

Skupina A

1. Odlišná kvalita depresívnej nálady, t.j. depresívna nálada je vnímaná ako výrazne odlišná od toho druhu pocitu, ktorý by pacient mal, alebo ktorý zažil po smrti milovanej osoby.
2. Chýbanie reaktivity na zmeny v prostredí (nad je depresívny, pacient sa necíti lepšie, ani dočasne, keď sa prihodí niečo dobré).
3. Nálada je pravidelne horšia ráno.
4. Hlboká strata záujmu alebo radosti.

1. zármutok;
2. interpersonálne nezhody s partnerom, milancom, deťmi, ostatnými členmi rodiny, priateľmi, spolupracovníkmi;
3. zmeny v rolách - nové zamestnanie, opustenie rodiny, odchod do školy, presťahovanie sa do nového domova alebo do novej oblasti, rozvod, ekonomické a iné zmeny v rodine; a
4. interpersonálne deficity - osamotenosť a sociálna izolácia.

Tieto oblasti sa nemusia vzájomne vylučovať. Pacienti môžu do liečby prichádzať s kombináciou problémov v mnohých oblastiach, alebo nemusia mať jasné, signifikantné ťažkosti v ani jednej oblasti. U každej osoby psychoterapeut posudzuje individuálne potreby a to, čo pacient považuje za faktory, ktoré prispeli k depresii. U pacientov so širšími problémami sa terapeut pri voľbe fokusu môže nechať viesť precipitujúcimi udalosťami súčasnej depresívnej epizódy.

Príležitostne sa pacient a terapeut nezhodnú na primeranom fokuse. Pacienti niekedy nie sú ochotní alebo schopní uznať mieru, do akej ich určitý špecifický problém tiesni. Napríklad pacienti s problémom nesúladu v manželských rolách sa môžu brániť sťažnostiam na tento problém, pretože sa cítia byť ohrození možnosťou ohrozenia manželského vzťahu. Pacienti s patologickými smútkovými reakciami si nemusia byť vedomí zdroja výročných epizód depresie. Keď sa terapeut a pacient nezhodnú na žiadúcom fokuse liečby, terapeut môže urobiť jeden z troch krokov: (1) odloží stanovenie liečebných cieľov, kým si pacient neuvedomí dôležitosť danej otázky; (2) stanoví veľmi všeobecné ciele v nádeji, že sa bude môcť zamerať špecifickejšie, ako bude terapia napredovať; alebo (3) Prijme pacientove priority v nádeji, že po preskúmaní týchto otázok sa fokus bude môcť preniesť k centrálnejším témam. Tento tretí krok sa dobre osvedčil u jednej pacientky, ktorá prišla so sťažnosťou, "Moje deti ma privedú k šialenstvu." Po niekoľkých sedeniach sa však ukázalo, že ju viac tlačí manželov extramaritálny vzťah.

Špecifická stresová oblasť je obvykle určená zameraním sa na jednu alebo dve oblasti, ktoré sa zdajú byť najzávažnejšími: hrozba straty zamestnania, problémy s deťmi, manželský nesúlad, presťahovanie sa. Účelom je identifikovať a klarifikovať najposlednejšie stresy, ktoré sa pacient pokúša zvládnuť a určiť problémové oblasti, ktoré budú fokusom v zostávajúcich sedeniach.

Dôležité je načúvať - nechať pacientov, aby opísali problémy svojimi vlastnými slovami a zbavili sa bremena. Pacientom by sa však

nemalo dovoliť, aby ovládli interakciu irelevantnými myšlienkami. Pri hľadaní najvhodnejšieho fokusu pre krátkodobú liečbu môže byť užitočný systematický prehľad, v ktorom sú zachytené všetky významné historické body. Tieto body sa nemusia aplikovať v mechanickom poradí, adekvátne pokryté by však mali byť všetky oblasti. Mali by zahrňovať históriu súčasných symptómov, históriu súčasných životných okolností, históriu súčasných blízkych interpersonálnych vzťahov a históriu posledných zmien vo všetkých týchto troch oblastiach.

Úlohou psychoterapie je pomôcť pacientom identifikovať kľúčové osoby, s ktorými majú ťažkosti, o aké ťažkosti ide a či jestvujú spôsoby, ktorými pacient môže urobiť tieto vzťahy uspokojujúcejšími. Tieto problémy by sa pacientovi mali zdeliť explicitne, vo formuláciách, na ktorých je vidieť, že sú odvodené z toho, čo pacient opisuje. Takisto by malo byť jasné, že účelom ďalších návštev je pomôcť s týmito problémami.

Terapeut môže povedať:

Z toho, čo mi hovoríte, sa zdá, že (treba spomenúť jasne súčasný problém alebo problémy - máte ťažkosti v manželstve, nezhody so svojim partnerom, obávate sa straty zamestnania, cítite sa nepríjemne v novom byte, sám v meste, chýbajú vám starí priatelia, a pod.). Tieto problémy určite môžu súvisieť s vašou depresiou. Rád by som sa s vami stretol v priebehu niekoľkých budúcich týždňov, tak ako teraz, približne na jednu hodinu, aby sme sa pokúsili prísť na to, ako by ste mohli lepšie zvládnuť túto situáciu.

Sú aspoň tri typy pacientovej reakcie na tento typ explorácie interpersonálnej povahy depresie:

1. Pacienti môžu trvať na tom, že majú nejakú neznámu fyzickú chorobu.
2. Môžu zostať sústredení na symptómy depresie - poruchu spánku, únavu - a popierať, že by tieto mali akúkoľvek spojitosť so životným stresom.
3. V rozličnej miere môžu pripustiť určitý súčasný životný stres.

Prvá reakcia je najmenej častá a najťažšie zvládnuteľná. Najľahšie zvládnuteľná je zrejme tretia reakcia. V každom prípade by sa pacient, ktorý reaguje prvým alebo druhým spôsobom - t.j. popretím - nemal presviedčať alebo poučovať. Ak tento postoj pretrváva, môže byť nutné odložiť ďalšie sedenia a poniknuť možnosť ďalšej fyzickej prehliadky alebo druhý názor od iného lekára. V tomto bode by mal terapeut postupovať jemne - uistiť pacienta, nepúšťať sa s ním do sporu, nepokúšať sa zmeniť jeho názor. Užitočnejšie je nasledo-

Skupina B

1. Pocity pochybností o sebe samom alebo výčitky alebo excesívne alebo neprimerané pocity viny.
2. Včasné ranné zobúdzanie sa alebo insomnia uprostred noci.
3. Psychomotorická spomalenosť alebo agitácia (nielen púhy subjektívny pocit spomalenosti alebo nekľudu).
4. Slabý apetít.
5. Strata na váhe (po dobu niekoľkých týždňov asi 1 kg týždenne alebo asi 9 kg za rok, nie pri dictovaní).
6. Strata záujmu alebo radosti (nemusí byť hlboká) v obvyklých činnostiach alebo pokles sexuálneho pudu.

Tieto kritériá sú podobné ale nie identické s kritériami DSM-III pre melancholiu.

Podľa: Spit-zer R.L., Endicott J. a Robins E., 1978 RDC.

Úvodné sedenia: Dávanie depresie do súvisu s interpersonálnym kontextom

Interpersonálny inventár

Keď je prehľ-ad depresie kompletný, terapeut by mal upriamiť pacientovu pozornosť k nástupu symptómov a k dôvodu vyhľadania liečby: Čo sa dialo v pacientovom sociálnom a interpersonálnom živote, čo je spojené s nástupom symptómov? Prehľad kľúčových osôb a otázok často prebieha hladko. Ak nie, užitočné je začať s inventarizáciou súčasných a minulých vzťahov, aby sme získali úplný obraz dôležitých súčasných sociálnych interakcií v pacientovom živote.

Systematický prehľad súčasných a minulých interpersonálnych vzťahov zahŕňa exploráciu pacientových významných vzťahov s ostatnými ľuďmi, počnúc súčasnými vzťahmi. Dá sa to urobiť v priebehu niekoľkých sedení, alebo psychoterapeut môže pacienta požiadať, aby napísal autobiografiu obsahujúcu interpersonálnu informáciu.

Tento inventár by mal o každej osobe, ktorá je v pacientovom živote významná, zozbierať nasledujúce údaje:

1. interakcie s pacientom, vrátane frekvencie kontaktu, spoločných aktivít, atď;
2. Očakávania každej strany v tomto vzťahu, vrátane určitého posúdenia toho, či tieto očakávania boli alebo sú napĺňané;
3. prehľad uspokojivých a neuspokojivých aspektov tohoto vzťahu, so špecifickými, podrobnými ukážkami oboch druhov interakcií;
4. spôsoby, ktorými by pacient chcel zmeniť tento vzťah, či zmenou vlastného správania alebo nevedomím zmien u druhej osoby.

Hoci sa táto inventarizácia sústreďuje do prvých dvoch sedení, možno ju zostavovať menej systematicky, ako napreduje liečba.

Identifikácia hlavných problémových oblastí

Ako psychoterapeut vedie pacienta cez tento prehľad, primárn záujmom je určiť, ktoré interpersonálne otázky sú v pacientovej časnej depresii najcentrálnejšie a ktoré aspekty pacientových t tí sú otvorené zmene. Terapeut by mal získať dostatok informácií určeniu p r i m á r n e j p r o b l é m o v e j o b l a s t i Rozoberanie problémovej oblasti napreduje prirodzene v tandeme zaoberaním sa s depresiou samotnou a pomáha tiež odviesť pacient od výlučného sústredenia sa na súčasné ohromujúce symptómy. Nak rozoberanie depresie sa sústreďuje na zvláštnu nástupovú perió obvykle je to najvhodnejším prechodom k diskusii o interperson problémoch spojených s nástupom.

S výzvou "Skúsme sa teraz pozrieť na to, čo sa dialo vo vašo vote", sa psychoterapeut začína pacienta vypytovať na nedávne v životných okolnostiach, nálade a sociálnom fungovaní:

Čo ešte sa udialo vo vašom živote v čase, keď ste sa začali zle? Vo vašej práci? Doma? V rodine? U priateľov? Nejaké zme Ako ste sa cítili v poslednej dobe? Kali ste veľa starostí? kali ste sa v poslednej dobe s ľuďmi menej? Stratili ste záu alebo pociťujete menej radosti z vecí, z ktorých ste sa pred tešili - z vašej práce, priateľov, rodiny, jedla, sexu, záľu sledovania televízie?

Treba určiť, ako životné okolnosti súvisia s nástupom symptómov.

Kedy ste sa začali cítiť depresívne? Čo sa dialo vo vašom ži Keď ste sa dozvedeli o manželovej nevere, bolo to v čase, ke ste začala byť smutná?

Určenie problémových oblastí je dôležité, pretože psychotera tovi pomáhajú formulovať liečebnú stratégiu u pacienta. Nakoľko je krátkodobá, obyčajne sa sústreďuje na jednu alebo dve zo šty problémových oblastí, s ktorými sa obvykle stretávajú depresívn pacienti. (Tieto oblasti sa podrobne definujú a rozoberajú v Ka le 6 až 9.) Táto klasifikácia problémových oblastí konceptualiz interpersonálne problémy podľa určitého systému, ktorý sa zamer na potenciálne oblasti zmeny v liečbe. Klasifikácie nie sú vyče vajúce a nepredstavujú formulácie do hĺbky, ani sa nepokúšajú v svetliť dynamiku depresívnej poruchy. Namiesto toho sa tento kl fikačný systém zameriava na to, aby terapeutovi pomohol stanoviť realistické ciele a zvoliť vhodné liečebné stratégie.

Problémovými oblasťami sú:

vať to, že pacient nepopiera realitu symptómov a reálnu nepohodu, ktorú spôsobujú. Keď pacient pokračuje v popieraní súčasných problémov, treba mu vždy nechať otvorené dvere pre ďalšiu návštevu; treba im povedať, že by ste sa radi znovu pozreli na to, čo sa deje v jeho živote a ako sa mu darí:

Chápem, že vaše ťažkosti (treba uviesť pacientove symptómy - bolesti hlavy, problémy so spánkom, atď.) sú nepríjemné. V priebehu ďalších týždňov by som sa chcel pokúsiť prísť na to, čo ich môže spôsobovať. Uvidíme, ako sa vám povedie o týždeň.

V niektorých prípadoch môže byť dobré hovoriť s pacientami o ich percepciách:

Obaja sa zhodujeme na tom, že máte problémy so (treba uviesť symptómy - spánkom, energiou), máme však rozdielne názory na to, čo ich spôsobuje. Pozrime sa spolu v budúcich niekoľkých týždňoch, s čím sa stretáte a čo môžeme nájsť.

Ak po niekoľkých sedeniach pacient a terapeut nie sú schopní dohodnúť sa na problémových oblastiach a/alebo liečebných cieľoch, IPT liečba nemusí byť možná. Chýbanie na terapii dohodnutého kontraktu môže pacienta viesť k tomu, aby svoju nespokojnosť prejavoval mlčaním, vynechávaním sedení alebo ukončením. (Narábanie s takýmito interpersonálnymi problémami sa rozoberá v Kapitole 14.)

Pojmy IPT a liečebný kontrakt

Už pri odoberaní symptómovej histórie, ako to bolo opísané vyššie, je dôležité, aby terapeut kládol otázky takým spôsobom, ktorý pacientovi zdôrazňuje, že depresia nie je nejaká porucha, ktorá záhadne postihla pacienta, ale že súvisí s interpersonálnym fungovaním.

Mnohí depresívni pacienti si uvedomujú, že v ich stavoch dôležitú rolu zohrávajú problémy s druhými ľuďmi, často však chápu svoje problémy ako výlučne individuálne, súvisiace iba s ich osobným zlyhaním alebo neadekvátnosťou. Môžu mať sociálne vzťahy, ktoré sú navonok neproblémové, alebo môžu byť do takej miery sociálne izolovaní, že nevidia, ako interpersonálne deficity zvyšujú ich vulnerabilitu k depresii. Títo pacienti môžu potrebovať napríklad takéto vysvetlenie:

Žijeme vo svete, v ktorom podstatnú rolu zohrávajú iní ľudia, aj keď sa nám zdá, že sa so životom potýkame sami. Hoci príčiny depresie nie sú známe, často sa spája s problémami v osobných vzťahoch, vrátane vzťahu s partnerom, deťmi, rodinou alebo kolegami. Problémy vo vzťahoch k druhým ľuďom alebo strata milovaných osôb môžu viesť k depresii u niektorých ľudí, zatiaľ čo u iných

symptómy depresie bránia, aby boli vo vzťahoch s inými ľuďmi tak úspešní, ako obvykle. V tejto liečbe sa pokúsime odhaliť, čo chcete a potrebujete od ostatných a pomôžeme vám naučiť sa, ako to získať.

Po tomto všeobecnom vysvetlení by psychoterapeut mal pacientovi načrtnúť svoje počiatočné chápanie problémov, ktoré pacient v súčasnosti má v sociálnych vzťahoch. Aby demonštroval vitálnu povahu interpersonálnych otázok, môže sa pacienta spýtať, čo by sa malo zmeniť, aby sa cítil lepšie. Odpoveď bude obyčajne obsahovať zlepšenie interpersonálnych vzťahov, aj keď to nemusí naznačovať jasne. Napríklad želanie mať viac peňazí možno chápať ako krok k rozvoju uspokojujúcejších vzťahov s ostatnými: viac peňazí prináša viac rešpektu zo strany druhých ľudí, menej sporov a tak ďalej.

Psychoterapeut by potom mal pacientovi vysvetliť techniku IPT. Mal by byť jasný dôraz na súčasné sociálne fungovanie "tu-a-teraz":

Budeme hovoriť o vašom živote, aký je práve teraz.

Pacient by mal vedieť, že generálnou stratégiou liečby je preskúmať podrobne súčasné vzťahy (a relevantné minulé vzťahy), cieľom čoho je klarifikovať problémové oblasti a dospieť k ich vyriešeniu.

Budeme skúmať vaše vzťahy s dôležitými ľuďmi vo vašom živote. Pacientovou úlohou v tomto procese bude spolu s psychoterapeutom rozhodnúť o fokuse liečby a prinášať nový materiál, ktorý sa týka tejto práce. Pacienti by mali vedieť, že sú podstatne zodpovední za výber tém pre diskusiu. Avšak terapeut usmerní diskusiu na dohodnutú problémovú oblasť, kedykoľvek to bude nutné.

Očakávam, že budete ochotní úprimne so mnou hovoriť o týchto vzťahoch a o vašich pocitoch. Ak budem mať pocit, že naše sedenie sa uberá neužitočným smerom, dám vám to vedieť.

Stanovenie liečebného kontraktu

Nasleduje stanovenie dvoch alebo troch liečebných cieľov. Hoci cieľom IPT je zlepšenie interpersonálnych vzťahov, dôležitou komponentou je tiež symptómová redukcia (lepšie jesť, lepšie spať) a keď ľudia v terapii pracujú na svojich problémoch, obyčajne zažívajú symptómovú úľavu. Stanovené ciele by sa mali dať dosiahnuť v priebehu liečby, takže dôraz sa kladie na napredovanie k vyriešeniu určitého problému a nie k životným riešeniam.

K ďalšiemu vysvetleniu liečebných cieľov niekedy pomôže, ak pacienta vyzveme, aby posúdil ciele podľa Kirchnerovej (1976) Goal Attainment Scale. U každej problémovej oblasti má pacient určiť, aký by bol najlepší možný výsledok, najočakávateľnejší výsledok a

najhorší možný výsledok. Keď sú očakávateľné výsledky jasné už pri štarte, pacientom to môže pomôcť, aby v terapii videli aj malé pokroky.

Keďže liečebné ciele stanovujú psychoterapeut a pacient spoločne, terapeut môže využiť tento proces na to, aby pacientovi poskytol užitočnú spätnú väzbu. Táto môže obsahovať posúdenie toho, ako psychoterapeut všeobecne chápe pacientovu osobitnú interpersonálnu problémovú oblasť a závažnosť pacientových ťažkostí. Mnohí pacienti, ktorí zažívajú psychiatrické symptómy po prvý raz, môžu mať nerealistický náhľad na závažnosť svojich problémov.

Napríklad,

37-ročný muž prišiel do liečby s depresiou mierneho stupňa, ktorá sa objavila potom, čo za posledných niekoľko rokov po tretí krát prišiel o zamestnanie. Reakciou na vlastné depresívne symptómy bol strach, že to s ním permanentne "ide z kopca". V priebehu úvodného rozhovoru sa ukázalo, že pacient čiastočne prispel k strate posledného zamestnania. Podobne, ako pri predchádzajúcich zamestnaniach, keď začal pracovať, začal mať tiež pocit, že ho spolupracovníci a zamestnávatelia "využívajú". Reagoval na to stiahnutím sa, poklesom pracovného výkonu a absentérstvom, teda správaním, ktoré vždy viedlo k jeho prepusteniu alebo vyhodeniu.

Pri uzatváraní liečebného kontraktu mu psychoterapeut vysvetlil, že trpí depresívnym stavom mierneho stupňa, že je dobrá prognóza k zlepšeniu a že nehrozí závažnejšie zhoršenie alebo hospitalizácia. Terapeut ďalej pokračoval, že v pacientových problémoch v práci vidí určitú pravidelnosť, keďže pocit využívania sa objavil v každej situácii a že jedným cieľom liečby by malo byť zistenie, ako k tomu dochádza a pomôcť pacientovi nájsť v budúcnosti uspokojivejšiu prácu.

V tomto bode treba dohodnúť praktické aspekty liečby (dĺžka sedení, frekvencia, čas sedení, platenie, postoj k vynechávaniu sedení a tak ďalej) a ku koncu prvého sedenia stanoviť explicitný liečebný kontrakt. Tento kontrakt by mal zdôrazňovať:

1. Sociálno-interpersonálny kontext intervencie;
   Pokúsime sa prísť na to, aké súčasné stresy a vzťahy vo vašom živote môžu prispievať k depresii.
2. Krátkodobosť trvania terapie (12 až 16 sedení, raz za týždeň, približne jednohodinových):
   Rád by som sa s vami stretal týždenne, dvanásť až šestnásť krát, vždy asi na jednu hodinu, aby sme spolu prišli na to, aké stresy

prežívate vo svojom živote a ako súvisia s vašou depresiou.

3. Problémovú oblasť:
   Podľa toho, čo mi rozprávate, vaša depresia začala po nedávnom prechode z univerzity na fakultu (from college to graduate school). Chcel by som s vami rozobrať kritické oblasti, ktoré - ako sa zdá - opisujete v súvislosti s vašou depresiou. Jednou je ten prechod, ktorý ste museli podstúpiť a to, kam vedie v zmysle zamerania vašej kariéry, ako by ste si ju predstavovali. Druhá otázka sa dotýka toho, ako si s niekým rozvíjate a udržiavate intimitu, či je to muž alebo žena. Keď hovoríme o intimite, máme na mysli úzky a dôverný vzťah s niekým, komu veríme a cítime, že nám rozumie. Ako tretí problém sa javí to, ako zapadáte do širšej sociálnej schémy, ako môžete mať určitý pocit, že ste skôr jej súčasťou, než že by ste boli izolovaný, že sa skôr pozeráte zvonku, než že by ste boli integrálne spojený s každým. Máte pocit, že sú to otázky, o ktorých by sme mali hovoriť?

Učenie pacientov ich role v IPT

V prvých niekoľkých sedeniach, pri zbieraní histórie a pomáhaní pacientovi stanoviť liečebné ciele, je psychoterapeut direktívnejší a aktívnejší, než bude obvykle nutné v neskorších sedeniach (hoci psychoterapia je exploratórny proces, ktorý nie vždy postupuje logicky alebo hladko). Dôležité je pacientom zdeliť, že v zostávajúcich sedeniach budú zodpovední za voľbu tém a že psychoterapeut bude menej aktívny. Aby sme pacientov pripravili na ich rolu v explorácii, ktorá je zahrnutá do terapie, možno im povedať niečo ako toto:

Teraz, keď cítime, kam smerujeme, myslím, že by som vám mal povedať, ako budeme postupovať ďalej. Vašou úlohou bude rozprávať o veciach, ktoré sa vás týkajú, najmä o veciach, ktoré na vás vplývajú emočne. Už sme identifikovali špecifické oblasti, v ktorých je priestor pre zmenu a dohodli sme sa na určitých špecifických cieľoch. Prirodzene, budeme rozoberať materiál, ktorý je pre tieto otázky relevantný. Pri našej spoločnej práci sa však môžu vynoriť ďalšie dôležité otázky - a vy by ste ich slobodne mali položiť. Bude ma zaujímať nielen to, čo sa udialo, ale - čo je ešte dôležitejšie - aj vaše pocity k týmto udalostiam. Bude to na vás, aby ste vybrali tie, ktoré sú pre vás najdôležitejšie. Napokon, ste to vy, kto najlepšie pozná spôsob vášho cítenia a vzťahy, ktoré - ako sa zdá - predstavujú pre vás prob-

lémy. Pokiaľ sa vás to bude týkať, pokiaľ budete pociťovať silné pocity v súvislosti s niečím, potom nerozmýšľajte,či je to "správne" alebo "nesprávne", aby ste o tom hovorili. Sem patria aj pocity ku mne, k nášmu vzťahu alebo k terapii.

Niekedy vás môžu napadnúť myšlienky alebo pocity, u ktorých nenachádzate zmysel, alebo ktoré sa vám zdajú byť zmätené. Je dôležité vyjsť s nimi von a diskutovať o nich. Je dôležité, aby ste hovorili o pocitoch, ktoré sa vynoria v priebehu sedenia, alebo ktoré vás napadnú neskôr.

Pacient a terapeut majú v IPT špecifické role. Ako predbežný krok pred terapiou a ako prototyp pre ďalšie vzťahy, treba explicitne stanoviť vzájomné rolové očakávania. Ide tu o dojednávanie liečebného kontraktu a zážitok dojednávania môže pacientovi poskytnúť príklad riešenia interpersonálnych vzťahov v situácii "tu a teraz".

Začiatok stredných sedení

Stredné sedenia začínajú po stanovení liečebného kontraktu a po definovaní problémových oblastí, na ktorých sa bude pracovať. Stratégia psychoterapeuta v týchto sedeniach sa zakladá na posúdení problémových oblastí.

Stredné sedenia sa sústreďujú na jednu alebo dve problémové oblasti na každom sedení. Terapeut má tri navzájom súvisiace úlohy:

1. pomôcť pacientovi diskutovať o otázkach súvisiacich s problémovou oblasťou;
2. pozorne sledovať pacientov afektívny stav a terapeutický vzťah, aby sa maximalizovalo pacientove dôverné sebaodkrývanie; a
3. zabraňovať pacientovi, aby sabotoval liečbu.

Topický fokus

Pacient je povzbudzovaný k tomu, aby prevzal iniciatívu pri voľbe tém pre diskusiu a každé sedenia psychoterapeut otvára receptívnym vyčkávaním, kedy pacient príde alebo položí nejakú všeobecnú otázku, ako "Kde začneme dnes?" Sledujúc cieľ explorácie nového materiálu to pacientovi dovoľuje zmeniť fokus liečby, keď je to vhodné, a priniesť predtým nerozpoznané alebo vytesnené problémy.

Ak pacient prináša materiál, ktorý je relevantný pre liečebné ciele, psychoterapeut nemusí byť pri zameraní sedenia taký aktívny,

ale ak sa zdá, že pacient rozoberá irelevantný materiál, alebo sa vyhýba téme, pokladanej za dôležitú, terapeut by mal pacientovi poskytnúť čas, aby zistil,či je materiál naozaj irelevantný a až potom sa môže pokúsiť preniesť fokus na materiál, ktorý úžšie súvisí s liečebnými cieľmi. Relevantnosť sa nemusí nutne prejaviť okamžite. Napríklad,

43-ročný muž s manželskými problémami začal jedno sedenie dlhou diskusiou o svojej znechutenosti nad špinavosťou prostredia a neporiadnosťou obyvateľov štvrte, cez ktorú prechádzal cestou na sedenie. To však viedlo k produktívnej explorácii podobnej znechutenosti nad neporiadnosťou manželky a v minulosti matky.

Pacientov počiatočný výklad povahy problému je v priebehu liečby často zrevidovaný. Buď kvôli nedôvere k psychoterapeutovi alebo kvôli nesprávnemu chápaniu problému môže pacient ako významne oblasti prezentovať relatívne druhoradé otázky a bagatelizovať dôležité. Alternatívne, psychoterapeut môže mať pocit, že problémová oblasť, ktorú pacient bagatelizuje, je najzávažnejšia. V takých prípadoch môže byť obtiažné zhodnúť sa na liečebnom kontrakte iba po niekoľkých sedeniach. Fokus liečby sa môže meniť počas stredných sedení, ako sa do perspektívy dostávajú ďalšie otázky. Vo všeobecnosti však obsah IPT sedení bude priamo vyplývať z interpersonálneho inventára a cieľa, stanoveného v uvodných sedeniach. Pri každom probléme, sekvencia postupu v terapii je: 1/ všeobecná explorácia problému, 2/ sústredenie sa na pacientove očakávania a percepcie, 3/ analýza možných alternatívnych spôsobov zvládania problémovej oblasti a 4/ snaha o nové správanie.

V exploratórnych fázach liečby je pacient vyzvaný k systematickému preskúmaniu vzťahu s osobou alebo osobami, s ktorými vyvstávajú problémy. Pri podávaní tejto histórie, zahrňujúcej určité vysvetlenie vzájomných očakávaní a podrobný opis dôležitých interakcií, pacient často odhalí problémové oblasti, ako je chudobná komunikácie alebo nerealistické očakávania, ktoré oprávňujú k sústredenejšej pozornosti. Interpersonálne ťažkosti niekedy nerezultujú z maladaptívneho správania účastníkov,ale jednoducho zo vzájomne rozporných požiadaviek alebo očakávaní. V takýchto prípadoch treba túto situáciu objasniť.

Pri odkrytí konfliktných očakávaní sa pacient obvykle ocitá pred voľbou buď sa nejakým spôsobom zmeniť, alebo pokračovať ako doteraz a naučiť sa akceptovať obmedzenia. V tomto bode je úlohou psychoterapeuta priviesť pacienta k dôkladnému preskúmaniu toho, ako možnosti voľby sú otvorené. Ak sa pacient rozhodne vyskúšať nové

správanie, psychoterapeut potom môže pôsobiť ako spolupracovník, ktorý pacientovi pomáha posúdiť jeho pokrok a vyvinúť nové stratégie zvládania problémov.

Kapitoly 6 až 9 sa zameriavajú na druhú úlohu IPT, ktorá sa týka riešenia sociálneho alebo interpersonálneho problému, ktorý súvisí s nástupom depresie.

Kapitola 6.

ZÁRMUTOK

Zármutok spojený so smrťou milovanej osoby môže byť normálny alebo abnormálny. IPT sa zapodieva depresiou, spojenou s abnormálnymi smútkovými reakciami, ktoré vyplývajú z neschopnosti prejsť rozličnými fázami normálneho procesu smútenia.

Normálny zármutok

Zážitok normálneho zármutku po smrti milovanej osoby má mnoho spoločného s depresiou, tieto stavy však nie sú ekvivalentné. Pri normálnej opustenosti osoba prežíva také symptómy, ako je smútok, narušený spánok, agitovanosť a pokles schopnosti prevádzať každodenné úlohy. Tieto symptómy majú tendenciu vyriešiť sa samy bez liečby do dvoch až štyroch mesiacov, ako osoba prechádza procesom postupného odpútavania sa od spomienok na zážitky s milovanou osobou (Lindemann, 1944, Siggins, 1966). Ľudia, ktorí prežívajú normálny smútok, vo všeobecnosti nevyhľadávajú psychiatrickú liečbu.

Základnou domnienkou, ktorá stojí za terapeutovou stratégiou pre zaoberanie sa abnormálnym smútkom, je to, že neadekvátne normálne smútenie môže viesť k depresii, buď bezprostredne po strate, alebo po určitej dobe, keď sa pacientovi strata akosi pripomenie.

U depresívnych osôb sa obvykle pozorujú dva všeobecné druhy abnormálnych smútkových procesov: oneskorená smútková reakcia a skreslená smútková reakcia.

Pri oneskorenej smútkovej reakcii je smútok odložený a prežívaný dlho po smrti. Keď sa takýto smútok objaví, nemusí byť rozpoznaný ako reakcia na pôvodnú stratu, ale jeho symptómy sú symptómami normálneho smútku. Oneskorená alebo nevyriešená smútková reakcia môže byť spustená čerstvejšou, menej významnou stratou. V iných prípadoch sa oneskorené reakcie môžu spustiť, keď pacient dosiahne vek, v ktorom zomrela neoplakaná osoba. Opytovanie sa smútiacej osoby na skoršie straty ukáže, že táto osoba v skutočnosti žiali nad predošlou stratou.

Skreslená smútková reakcia sa môže objaviť bezprostredne po strate alebo roky po nej. Môžu úplne chýbať smútok alebo dysfória, ale miesto nich môžu byť prítomné neafektívne symptómy. Tieto manifestácie môžu pútať rôznych medicínskych špecialistov, kým je k úlohe rozlúštiť povahu takých reakcií prizvaný psychoterapeut.

Diagnóza abnormálnych smútkových reakcií

Často je jasné, že pacientova depresia začala s významnou stratou, ale v iných prípadoch môže byť iba nepriamy vzťah medzi súčasnou depresiou a predošlou stratou. Pri skúmaní pacientových interpersonálnych vzťahov je vysoko dôležité získať históriu signifikantných vzťahov s osobami, ktoré sú v súčasnosti mŕtve alebo neprítomné z iného dôvodu. Malo by to zahrňovať okolnosti úmrtia a pacientovu behaviorálnu a emočnú rekaciu naň. Prejavy, ktoré môžu naznačovať patologický smútkový proces, zachytáva Tabuľka 6.1.

Pri diagnostikovaní abnormálneho smútku môže psychoterapeut povedať,

Všimol som si, že ste nespomenuli matku, keď sme hovorili o vašich rodičoch. Nezomrel vám v nedávnej dobe niekto, kto vám bol blízky? Mohli by ste mi porozprávať o tomto úmrtí? Kedy? Kde? Za akých okolností? Ako ste sa cítili, keď ste sa dozvedeli o tejto smrti? Ako vám bolo v niekoľkých ďalších týždňoch? Išlo vám to ako obvykle?

Tabuľka 6.1
Evidencia abnormálneho smútku

Úlohy	Terapeutove otázky
1. Mnohonásobné straty	Čo ešte sa dialo vo vašom živote v čase tohoto úmrtia? Zomrel vám, alebo opustil vás ešte niekto? Čo vám to odvtedy pripomenulo? Zomrel vám niekto podobným spôsobom, alebo kedy ste zažili podobné okolnosti?
2. Nedekvátny zármutok v perióde opustenosti	Ako ste sa cítili v mesiacoch po jeho smrti? Mali ste ťažkosti so spánkom? Išlo vám to ako obvykle? Nedokázali ste plakať?
3. Vyhýbavé správanie týkajúce sa úmrtia	Vyhýbali ste sa ísť na pohreb? Navštevovať hrob?
4. Symptómy pri významnom dátume	Kedy zomrela tá osoba? Koľkáteho bolo? Začali ste mať problémy približne v tom istom čase?
5. Strach z choroby, ktorá zapríčinila smrť	Na čo zomrela tá osoba? Aké mala príznaky? Obávate sa, že máte tú istú chorobu?
6. História zachovávania prostredia takým, aké bolo, keď zomrela milovaná osoba	Čo ste urobili s jej vecami? Izbou? Zostali rovnaké, ako keď vám zomrela táto osoba?
7. Absencia rodinnej alebo inej sociálnej podpory v období opustenosti	O koho ste sa mohli oprieť, keď vám zomrela tá osoba? Kto vám pomohol? Na koho ste sa obrátili? Na koho ste sa mohli spoľahnúť?

Ciele a stratégie liečby

Dvomi cieľmi liečby depresie sústredenej okolo zármutku sú 1/ facilitovať oneskorený smútkový proces a 2/ pomôcť pacientovi obnoviť záujmy a vzťahy, ktoré môžu nahradiť to, čo bolo stratené. Hlavnými úlohami terapeuta je pomôcť pacientovi zhodnotiť význam straty realisticky a pomôcť mu emancipovať sa od zmrzačujúcej väzby na mŕtvu osobu a tak sa stať voľným ku kultivácii nových záujmov a k formovaniu uspokojivých nových vzťahov. Terapeut prijíma a používa stratégie a techniky, ktoré pacientovi pomáhajú vniesť do fokusu spomienky na stratenú osobu a emócie spojené s pacientovými zážitkami so stratenou osobou.

Vyvolávanie pocitov a nesúdiaca explorácia

Abnormálne smútkové reakcie sú často spojené s chýbaním podpornej sociálnej siete, ktorá by opustenej osobe pomohla v normálnom procese smútenia. Vzhľadom na to hlavnou psychoterapeutickou stratégiou je podnietiť pacienta: 1/ aby premýšľal o strate, 2/ aby rozobral postupnosť a dôsledky udalostí pred, počas a po úmrtí, a 3/ aby preskúmal s tým súvisiace pocity. Psychoterapeut teda zastupuje chýbajúcu sociálnu sieť.

Porozprávajte mi o ___? Aký to bol človek? Čo ste spolu zažili? Ako zomrel? Kedy ste sa dozvedeli o jeho chorobe? Popíšte to. Ako ste sa dozvedeli o jeho smrti? Aký pocit ste mali z toho všetkého?

Uistenie

Pacienti často prejavujú strach, že prídú s niečím, čo už bolo "pochované". Môžu sa obávať "preháňania", že nebudú schopní prestať plakať, alebo inak stratia kontrolu. V takýchto prípadoch psychoterapeut môže pacientovi dať najavo, že strachy, ktoré prejavuje, nie sú neobvyklé a že zármutok v psychoterapii zriedka vedie k dekompenzácii. Posledné výskumy naznačili množstvo spoločných tém v duševnom živote osôb prežívajúcich stres, najmä stres opustenosti.

Horowitz (1976) identifikoval typické témy v dysforických myšlienkach osôb, ktoré zažili stresujúcu udalosť, ako je bolestná strata: 1/ strach z opakovania udalosti aj v myšlienkach, 2/ zahanbenie nad bezmocnosťou z neschopnosti odsunúť alebo zabrániť tejto udalosti, 3/ hnev na osobu, ktorá je zdrojom tejto udalosti (v prípade smrti na zomretého), 4/ pocity viny alebo zahanbenia z agresívnych impulzov alebo deštruktívnych fantázií, 5/ pocity viny z vlastného prežitia: milovaný človek zomrel a ja nie; 6/strach z identifikácie ale-

bo splynutia s obeťou; a 7/ smútok vo vzťahu k strate. Terapeutovi pomôže, ak je pozorný k prejavom týchto tém a ak ich pomôže pacientovi artikulovať. Vlastne jeť často povzbudivé, ak terapeut vie "anticipovať" pacientove sťažnosti, tým, že pátra po myšlienkach a pocitoch, ktoré sú v tejto línii.

Je celkom normálne, ak sa cítite rozrušene a zmätene, keď rozprávate o tejto strate. Budete sa znovu cítiť lepšie.

Rekonštrukcia vzťahu

Pacienti s abnormálnymi smútkovými reakciami sa často fixujú na samotnú smrť, čím sa vyhýbajú zložitostiam ich vzťahu so zosnulým. Terapeut by mal viesť dôkladnú faktickú a afektívnu exploráciu pacientovho vzťahu k mŕtvej osobe, aký bol, keď táto osoba žila a aký je v súčasnom kontexte. Pacient nemusí chcieť priznať si zlostne a hostilné pocity k zosnulému, ktoré môžu byť dôsledkom toho, že sa cíti ním byť opustený. Keď je smútkový proces blokovaný silnými negatívnymi pocitmi k mŕtvemu, terapeut by mal pacienta posmeliť k tomu, aby ich prejavil, nemal by to však urobiť cestou konfrontácie, ktorá by mohla vyprovokovať presun hostility zo zosnulého na psychoterapeuta. Ak sa negatívne pocity vynoria príliš rýchlo, pacient sa môže rozhodnúť nepokračovať v psychoterapii vzhľadom na pocity viny, ktoré ich pravdepodobne budú sprevádzať. Ak však terapeut uistí pacienta, že po negatívnych pocitoch prídu pozitívne a príjemné pocity, ako aj pozitívny postoj k zosnulému, pacient bude oveľa lepšie pripravený k preskúmaniu svojej ambivalencie.

Povedzte mi, aký život ste mali s ___? Ako sa zmenil odvtedy, čo ___ zomrel? Každý vzťah má svoje klady a zápory- to je normálne. Aké boli vo vašom?

Rozvíjanie uvedomenia

Kroky, opísané vyššie, pomôžu pacientovi formulovať nový a zdravší spôsob chápania spomienok na osobu, ktorá zomrela. Napríklad pacient už viac nemusí považovať rodiča za darebáka, ale miesto toho si uvedomí, že matka alebo otec boli chorí a tak bude schopný prijať aj správanie rodiča, aj vlastnú reakciu naň. Aby mu pomohol prísť k takémuto novému pochopeniu, terapeut sa môže pokúsiť vyvolať afektívne aj na skutočnosti založené reakcie, ktoré povedú k hlbšiemu poznaniu elementov, ktoré prispievajú k obtiažnosti smútenia. Pacienta, ktorý pociťuje potrebu udržiavať patologicky silnú väzbu na zosnulého, možno upokojiť odpoveďami, na také otázky, ako:

Čo všetko sa vám páčilo na ___? Čo sa vám nepáčilo?

Zmena správania

Keď pacienti prestávajú udržiavať nepretržitý abnormálny smútok, môžu sa stať otvorenejší k rozvoju nových vzťahov k zaplneniu "prázneho priestoru", ktorý zostal po stratenom milovanom človeku. V tomto bode môže byť terapeut úplne aktívny pri vedení pacienta k zváženiu rozličných alternatívnych spôsobov (schôdzky, cirkev, organizácie, práca) ako sa znovu spojiť s ostatnými ľuďmi.

Ako teraz vyzerá váš život? Ako ste sa pokúšali nahradiť stratu? Akých máte priateľov? Aké činnosti by vás tešili?

Abnormálny zármutok - Prípad Mary T.

Mary T., vydatá, päťdesiatnička, bola prijatá do miestnej všeobecne nemocnice kvôli paralýze pravej nohy. Kým sa tieto symptómy nezačali pred dvomi mesiacmi objavovať, bola táto žena spoločensky veľmi aktívna, oddaná svojej cirkvi a šťastne vydatá. Asi rok pred svojím prijatím žila spolu so svojím manželom na poschodí rodinného domu, pričom prízemie obývala jej matka. Táto pacientka odolávala úsiliu internistov, neurológov, neurochirurgov a ortopédov. Dôkladné laboratórne vyšetrenia opakovane potvrdili, že je zdravá a schopná chôdze.

Klinicky bola pacientka depresívna. Rozprávala pomaly, udávala ťažkosti so spánkom a včasné ranné zobúdzanie s premýšľaním o minulých nezdaroch. Vyzerela smutná a v posledných šiestich týždňoch stratila asi päť kíl na váhe. Nemala predošlú históriu depresie. Podrobné skúmanie ukázalo, že asi tri mesiace predtým, ako bola pani T. prijatá, zomrel na ťažkú a bolestivú chorobu lekár, ktorý sa o ňu xxxxx staral ešte od čias, keď bola malé dievča. Nevedela presne, o akú chorobu išlo, povedala však, že jeho smrť na ňu veľmi zapôsobila. Iba letmo sa zmienila, že jej matka zomrela asi rok predtým a povedala, že toto úmrtie jej nespôsobilo veľké ťažkosti.

Tretie sedenie prinieslo viac informácií o matke. Pacientkina matka posledných niekoľko rokov žila na prízemí toho istého domu. Pacientka musela matku obsluhovať, niekoľkokrát za deň k nej schádzať, pretože matka mala paralyzovanú pravú nohu a nemohla sa hýbať. Keď matka zomrela, musela to byť veľká úľava a jej smrť spôsobila iba veľmi ľahkú smútkovú reakciu. Asi o rok neskôr však došlo k reakcii intenzívneho pocitu viny. Pacientka začala nosiť palicu svojej matky a postupne prestala navštevovať dcéru a vychádzať von. Ukazuje sa, že paralýza bola spôsobom, akým pacientka zápasila s pocitom viny, vyvolaným pocitmi súvisiacimi so smrťou matky a

zármutok nad smrťou lekára tento problém skomplikoval. Pacientka prišla do nemocnice na prvé výročie smrti matky.

Terapeutický postoj k pacientke bol podporný a nedirektívny. Prvým krokom v terapii bola rekonštrukcia pacientkinho vzťahu k obom zosnulým osobám. Bola podnietená k podrobnému opisu okolností okolo smrti matky, vrátane starostlivosti, ktorú jej v posledných niekoľkých rokoch poskytovala, k opisu detailov jej každodenných aktivít a jej reakcií aj počas týchto rokov, aj v čase smrti. Takisto bola povzbudená k opisu okolností a svojich reakcií, keď sa dozvedela o chorobe a smrti svojho lekára, pretože najmä na neho sa obracala o pomoc.

Nedalo sa vyskúšať žiadnu interpretáciu o možnom význame paralýzy. Keď sa terapeut pri jednom sedení dotkol vzťahu medzi paralýzou matky a jej používaním matkinej barly, pacientka takmer ukončila liečbu.

Úvodná fáza (sedenia 2-3)

Pri prvom sedení pacientka opísala svoje pocity viny v súvislosti s tým, že matke neposkytovala dostatočnú starostlivosť. Mala pocit, že keby matku prinútila k špeciálnej diete, ktorú mala predpísanú a keby jej masírovala nohu, matka by mohla ešte žiť. Takisto ľutovala svoj nedostatok súcitu k svojmu rodinnému lekárovi, ktorý bol sám chorý - hoci to nevedela - a ktorého opakovane volala, aby jej pomohol a poradil s matkou.

Po druhom sedení, pacientka postupne začala chodiť ~~xxx xxxix x~~ s barlou a po treťom týždni dokázala chodiť bez nej. Bola prepustená z nemocnice, ale pokračovala v týždenných psychoterapeutických sedeniach. Jej spánok a apetít sa zlepšili, hoci ešte stále bola utlmená.

Stredná fáza (sedenia 4-9)

V priebehu strednej fázy liečby sa zlosť pani T. na matku aj lekára stala otvorenejšou. Pacientka opisovala, ako na ňu matka bezdôvodne vykrikovala, aby zišla dolu a starala sa o ňu, takže posledných šesť mesiacov pred jej smrťou pacientka prakticky nevyšla z jej bytu. Pani T. bola mrzutá z toho, že nemôže navštíviť svoje vnúčatá, že sa musí vzdať cirkevných aktivít a spoločenského života so svojim manželom. Hoci sa manžel nikdy otvorene nesťažoval, začal sa sťahovať a stal sa pre ňu emocionálne neprístupnejší.

Ďalšia diskusia odhalila dlhodobú zatrpklosť medzi pacientkou a matkou, ktorá ju prinútila odísť z univerzity a začať pracovať, pretože "univerzita je pre dievča zbytočná". Napriek tomu jej brat vyštudoval právo. Pociťovala zlosť za to, že ona musí niesť celé bremeno rodiny a jemu stačilo, aby prišiel raz za týždeň, priniesol kvety alebo nejaké sladkosti a bol privítaný ako "dobrý syn", kým ona, ktorá prakticky zabezpečovala všetku starostlivosť, nikdy nemohla matku uspokojiť.

V konečnej fáze matkinej choroby, keď pani T. prišla navštíviť svojho lekára, pretože sa cítila vyčerpaná a unavená, bolo jej povedané, že on nemôže prijímať pacientov a bola odporučená na niekoho iného. Cítila sa opustená a odmietnutá lekárom, ktorému dôverovala už od detstva.

Fáza ukončenia (sedenia 10-12)

Ako sa terapia blížila ku koncu, pacientka bola asymptomatická a prestala používať barlu. Vrátila sa k svojím cirkevným aktivitám a plánovala presťahovať sa dolu a prenajať byt na poschodí. Ona a jej brat sa podrobne porozprávali o okolnostiach jej odchodu z univerzity a ona mu dokázala povedať o svojich pocitoch súvisiacich s tým. Opísala svoju spokojnosť s vlastnými deťmi a vnúčatami a so životom, ktorý mala spolu so svojim manželom.

Pani T. prejavila určitú neochotu skončiť liečbu, ale našla si nového rodinného lekára, na ktorého sa pravdepodobne bude môcť v obdobiach stresu obrátiť s dôverou. Bez akejkoľvek diskusie vynechala možné psychogénne korene svojej paralýzy, v čase ukonče-nia však bola úplne bez depresívnych symptómov.

V určitých ohľadoch tento prípad nie je typický pre IPT, nakoľko terapeutický kontrakt nebol explicitný. Napriek tomu, reexaminácia vzťahu a príležitosť prejaviť primerané pocity k mŕtvej matke prispeli k úspešnejšiemu vyriešeniu zármutku.

Kapitola 7.

NEZHODY INTERPERSONÁLNYCH ROLÍ

Interpersonálna nezhoda je situácia, v ktorej pacient a aspoň jedna ďalšia signifikantná osoba majú od svojho vzťahu nereciprocné očakávania. Príkladom nereciprocných rolových očakávaní je manželka, ktorá od svojho manžela očakáva, že ju finančne zabezpečí, musí si však nájsť vedľajšie zamestnanie, aby pomohla pokryť náklady, zatiaľčo manžel očakáva, že jeho žena sa s ním bude deliť o finančnú zodpovednosť. Ďalším príkladom je matka, ktorá od svojej adolescentnej dcéry očakáva, že sa jej bude zdôverovať s detailami svojich vzťahov, ako to robila ona so svojou vlastnou matkou, kým dcéra má pocit, že, aby dospela, musí si určité veci usporiadať sama.

IPT terapeut sa na interpersonálne nezhody sústreďuje vtedy, ak sa zdajú byť významné v genéze a perpetuácii depresie. K tomu obvykle dochádza vtedy, keď sú tieto nezhody stále alebo sa opakujú, s malou nádejou na zlepšenie. Za takýchto okolností depresívni pacienti strácajú sebahodnotenie, pretože majú pocit, že už dlhšie nedokážu zvládať tieto nezhody a hrozí strata toho, čo tento vzťah poskytuje, alebo preto, že sa cítia neschopní riadiť svoj vlastný život. Typickými rysmi, ktoré zvečňujú rolové nezhody, je pacientov demoralizovaný pocit, že sa nedá nič urobiť, chudobné komunikačné návyky alebo skutočne neprekonateľné rozpory.

Diagnóza interpersonálnych nezhôd

Aby terapeut mohol ako fokus IPT zvoliť rolové nezhody, pacient musí podať dôkaz o súčasných otvorených alebo skrytých konfliktoch s nejakou signifikantnou osobou. Takéto nezhody sa obvykle odhalia v pacientových počiatočných sťažnostiach alebo v priebehu interpersonálnej inventarizácie. V istom IPT výskume boli rolové nezhody s partnerom najčastejšou problémovou oblasťou. V praxi však môže byť rozpoznanie významných interpersonálnych nezhôd v životoch depresívnych pacientov obtiažne (Paykel, 1982).

Pre depresívnych pacientov je typické, že sú zaujatí vlastnými beznádejnými pocitmi a považujú sa za jediných zodpovedných za svoj stav. Keď depresívnej epizóde chýba jasný spúšťač a keď pacient neidentifikuje problémy v súčasných interpersonálnych vzťahoch, pri prevádzaní interpersonálnej inventarizácie (ako to opisuje Kapitola 5) načúvať práve tak tomu, čo bolo vynechané, ako tomu, čo bolo po-

je dôležité

vedané. Nedostatočné alebo zidealizované opisy súčasných alebo minulých vzťahov, ktoré sa zdajú byť dôležité, môžu byť kľúčom k ťažkostiam, ktoré pacient nie je ochotný rozpoznať alebo preskúmať. Pacienta sa treba dôkladne popýtať na to, ako sa zmenili jeho vzťahy pred a po nástupe depresívnych symptómov. Pochopenie toho, ako interpersonálne problémy môžu predchádzať depresii, alebo ako sa podieľajú na zabraňovaní úzdrave, môže naznačovať stratégiu pre terapiu.

Ciele a stratégie liečby

Všeobecným cieľom pri liečbe interpersonálnych rolových nezhôd je pomôcť pacientovi v prvom rade identifikovať rozpor, potom zvoliť určitý plán konania a nakoniec modifikovať maladaptívne komunikačné vzorce, alebo prehodnotiť očakávania, alebo oboje, za účelom uspokojivého riešenia interpersonálnych nezhôd. Zlepšenie môže mať formu zmeny v očakávaniach a správaní pacienta a/alebo inej osoby, zmenených a viac akceptujúcich postojov pacienta, s alebo bez pokusov uspokojiť potreby mimo vzťahu, alebo úspešného rozpustenia tohoto vzťahu. IPT terapeut nemá žiadny zvláštny záväzok, aby priviedol pacienta k nejakému osobitnému riešeniu ťažkostí a nepokúša sa zachrániť vzťahy, ktoré nefungujú.

Pri vypracovávaní liečebného plánu terapeut najprv určí stupeň rolovej nezhody:

1. V y j e d n á v a n i e znamená, že pacient a druhá signifikantná osoba si otvorene uvedomujú diferencie a aktívne sa snažia, hoci aj neúspešne, dosiahnuť zmenu.
2. S l e p á u l i č k a znamená, že diskusia medzi pacientom a druhou signifikantnou osobou sa zastavila a je tu hlboká rozmrzelosť, typická pre "chladné manželstvá".
3. R o z k l a d znamená, že vzťah je nenapraviteľne narušený.

Terapeutove úlohy a očakávania sa na týchto troch úrovniach líšia. Napríklad intervencia v situácii slepej uličky môže viesť k zvýšeniu zjavnej disharmónie, keď sa znovu otvorí vyjednávanie, zatiaľčo úlohou na úrovni neuspokojivých vyjednávaní môže byť uľahčenie účastníkov, aby sa facilitovalo riešenie konfliktu. Liečba nezhôd na úrovni rozkladu je v mnohom podobná liečbe zármutku, opísanej v Kapitole 6. a to v tom, že terapeut sa snaží pacientovi pomôcť aby videl vzťah v perspektíve a aby získal voľnosť k formovaniu nových väzieb.

Všeobecnou liečebnou stratégiou IPT terapeuta pri interpersonálnych nezhodách je pomôcť pacientovi pochopiť, ako s jeho problémom súvisia nereciprocné rolové očakávania a podniknúť kroky, ktoré povedú k riešeniu nezhôd a rolových vyjednávaní. Tento presun od explorácie ku konaniu môže prebiehať počas celej terapie, s tým, že prvé sedenia sú venované explorácii a komunikačnej analýze a neskoršie sedenia analýze rozhodnutia. Pri práci na zvláštnych, úzko vymedzených problémoch však explorácia a rozhodovanie môžu prebehnúť v jedinom sedení.

Pri explorácii rolových nezhôd terapeut hľadá informácie na rozličných úrovniach. Na praktickej úrovni ide o odpovede na také otázky, ako: O aké otázky ide navonok v danom spore? Aké rozdiely sú medzi pacientom a druhou signifikantnou osobou, čo sa týka očakávaní a hodnôt? Aké sú pacientové želania od vzťahu? Aké možnosti výberu má pacient? Akými prostriedkami disponuje pacient, aby navodil zmenu vo vzťahu?

Aby pochopil význam určitej nezhody, o ktorej je reč, terapeut hľadá paralely v predošlých vzťahoch. Tieto paralely môžu byť očividné - napríklad, keď nejaká pacientka opakovane nadväzuje vzťah s alkoholikmi. Iné sú nenápadnejšie, napríklad keď pacient zmanipuluje toho druhého k tomu, aby ho odmietol. Užitočné otázky sú:

Stalo sa vám to aj v minulosti? Máte iné podobné vzťahy? Vzťah, ktorý ste opísali, vyzerá ako vzťah, ktorý ste mali s ___?

Keď sú paralely odhalené, kľúčovými otázkami k explorácii sú: Čo pacient získava týmto správaním? Ktoré sú centrálne nevyslovené predpoklady, ktoré sa za ním skrývajú? Prečo sa pacient dostáva do podobných nepríjemných situácií?

Keď zameriame pozornosť špeciálne na interpersonálne stratégie týchto ľudí, často odhalíme problémy v komunikačných vzorcoch. Napríklad opakujúce sa, mučivé nezhody často pretrvávajú vtedy, keď sa účastníci obávajú konfrontácie a prejavov negatívnych pocitov a snažia sa ignorovať riešiteľné problémy tým, že jednoducho čakajú, kým sa na veci "zabudne". Môže byť užitočné, ak sa pacienta spýtame:

Povedali ste --- priamo, ako sa cítite? Čo myslíte, že by sa stalo, ak by ste to urobili? Mohli by ste to skúsiť?

Cieľom je tu pomôcť pacientom rozpoznať zložité zmiešané pocity hnevu, strachu a smútku a vypracovať stratégie k ich zvládnutiu, ako je vyhýbanie sa situáciám, ktoré ich vyvolávajú, priame prejavovanie želaní a redukovanie impulzívneho správania, založeného na iracionálnych podozreniach.

Keď pacient dospel k dostatočne jasnému pochopeniu problému, vrátane role, ktorú v ňom zohráva, terapeut a pacient môžu prejsť k dôkladnému zváženiu následkov množstva alternatív, skôr ako podniknú určitý krok.

Rolovú nezhodu možno úspešne vyriešiť, ak pacient bude schopný prejaviť potreby a želania druhej osobe priamo a ak spoločne dokážu nájsť také riešenie, ktoré berie do úvahy potreby oboch. Na oboch stranách musí byť pochopenie potrieb toho druhého a určitý kompromis.

Interpersonálna rolová nezhoda - Prípad Alice E.

Alica E., 28-ročná, v čase začatia liečby už desať rokov vydatá. Pracovala spolu s manželom v jeho zamestnaní. Jej hlavnými sťažnosťami bolo chýbanie záujmu o všetko v okolí, zvýšená iritabilita a manželské problémy. Symptómy zahrňovali smutnú náladu, sťažené zaspávanie, stratu apetítu a záujmu a hlboký pocit neadekvátnosti ako ženy. Jej vzťah s manželom sa značne zhoršil v posledných štyroch až piatich mesiacoch. Bola presvedčená, že ju pokladá za istú a že sa o ňu zaujíma iba potiaľ, pokiaľ spĺňa jeho potreby ako sexuálna partnerka a ako zamestnanec. Pacientka kolísala medzi sebaobviňovaním a pocitmi bezmocnosti na jednej strane a zlostným obviňovaním manžela za jeho bezohľadnosť a nezáujem o jej želania na strane druhej. Keď rozprávala o prvej oblasti a potom o druhej, mala tendenciu strácať niť hovoru. Svoju depresiu dávala do súvisu s manželovým všetkopohlcujúcim záujmom o prácu a s tým, čo vnímala ako výslednú zmenu v ich vzťahu. Hoci nástup svojich ťažkostí datovala do obdobia štyroch alebo piatich mesiacov pred vyhľadaním liečby, nebola schopná určiť žiadnu špecifickú udalosť. Miesto toho rozprávala o svojej vzrastajúcej nespokojnosti s tým, čo vnímala ako manželove sebectvo a ovládajúci postoj a o jeho nedostatku porozumenia pre jej pocity.

Keď pani E. popisovala históriu ich manželstva, vyjadrila nostalgiu za "starými dobrými časmi", keď boli chudobní, ale šťastní. Udala že sa cíti stále viac vynechaná, odkedy manžel pred piatimi rokmi kúpil obchod. Explorácia jej interpersonálnych vzťahov odhalila chýbanie sociálnej opory ako aj celoživotný pocit osamotenosti, spojený s jej neschopnosťou utvárať a/alebo udržovať intímne vzťahy. Bola jedným z deviatich detí tak trochu roztrieštenej rodiny. Hoci všetci žili v tom istom meste, mala s nimi v súčasnosti iba minimálny kontakt. Pomerne blízky vzťah pociťovala k svojej matke, bol však trochu napätý vzhľadom na jej presvedčenie, že matka nikdy neschvaľovala jej manžela.

Po zozbieraní informácií o súčasnej depresii, o okolnostiach nástupu a jej chápaní jej účinkov na vzťah s manželom, sa terapeut pokúsil zistiť, čo si pani E. od terapie sľubuje - aké sú jej očakávania, v čom by jej terapia mohla pomôcť. Naznačila, že chce: 1/ "niekoho, ským bude môcť rozprávať", pretože sa cítila neschopná diskutovať o týchto otázkach s manželom, 2/ dozvedieť sa, ako sa má postaviť k svojmu manželovi, a 3/ doviesť manžela k tomu, aby ju rešpektoval, aby sa k nej správal ako k manželke a nie ako k nezodpovednému dieťaťu alebo zamestnancovi.

Ku koncu prvého sedenia si terapeut ešte stále nebol istý, ako ponímať pacientku v zmysle problémových oblastí IPT. Hoci zo sociálnej histórie bolo jasné, že pacientka má interpersonálne rolové deficity, do liečby prišla so špecifickým problémom interpersonálnej rolovej nezhody so svojim manželom a ako pokračovalo sedenie, centrálnym fokusom sa stali manželské nezhody vo fáze slepej uličky.

Úvodná fáza (sedenia 2-4)

V úvodných sedeniach sa pani E. sústredila na svoju ambivalenciu voči svojmu manželstvu a svojej závislosti na manželovi. Naďalej vyjadrovala sklamanie nad tým, čo znamená byť "vydatá žena" a opísala proces, ktorým sa postupne stala stále viac a viac závislá a ovládaná svojim manželom. Správala sa k nemu, akoby to bol prísny otec; obávala sa ho čo len rozhnevať tým, že by vyzerala neschopná uspokojiť ho. Malo ťažko zúžený pohľad na možnosti, ktoré sa jej ponúkajú, domnievajúc sa, že musí buď poprieť vlastné želania, aby vyhovela svojmu manželovi, alebo opustiť manželstvo. Interpersonálny prehľad odhalil vzorec sťahovania, popierania a / alebo nepriamej komunikácie vlastných túžob. Zdalo sa, že od ostatných očakáva, že budú "vedieť", čo potrebuje a cítila sa odmietnutá, ak magicky neanticipovali a nespĺňali jej potreby.

Väčšinapráce v týchto sedeniach sa zamerala na roztriedenie - spoločne s pani E. - jej očakávaní od manželstva a ako by sa podľa nej mali veci zmeniť, aby bola viac spokojnejšia. Keďže bola viazaná manželstvom, ako ciele sa určili práva na zlepšení komunikácie s manželom a rozvoj určitých samostatných záujmov, aby v uspokojovaní svojich potrieb bola menej závislá na svojom manželovi.

Ako prvé boli rozobraté pacientkine komunikačné problémy s manželom. Opísala bitku, ku ktorej došlo predošlú noc. Potvrdila, že jej obvyklým spôsobom vyhnutia sa konfrontácii s reálnymi otázkami súvisí s narastajúcim odcudzením vo vzťahu. Povedala, že dokáže

svoje skutočné potreby prejaviť iba vtedy, keď je rozhnevaná, avšak hĺbka jej hnevu ju desí a vyvoláva u nej pocity viny, takže sa stiahne do mlčanlivosti, ale v jej vnútri to nadalej vrie. Počas týchto sedení začala rozprávať, hoci nepriamo, o svojich podozreniach, že ju manžel "podvádza" s jednou mladou ženou, ktorá pracuje u nich v obchode. Akoby nemohla veriť vlastnému úsudku, poznamenala, "Každý to hovorí, iba ja to nevidím... Neviem." Neskôr povedala, že jej manžel mal v posledných rokoch sériu priateliek, bola si však istá, že ju neopustí. Štvrté sedenie skončilo jej predsavzatím, že sa pokúsi začať s ním hovoriť o čo od neho očakáva, bez čakania na to, kým vybuchne, typicky to však schladila poznámkou, "Ale uvidíte... bude to k ničomu."

Stredná fáza (sedenia 5-8)

Na piate sedenie pani E. prišla s listom, ktorý jej napísal manžel predošlý večer. Mnohí jedinci komunikujú listom, keď zistia, že diskusia tvárou-v-tvár je ľahšia, keď najprv komunikujú písomne. V tomto liste hovoril o svojej láske k nej, o svojom smútku zo zhoršenia sa ich manželstva a o svojej frustrácii zo zdanlivej neschopnosti "zvrátiť chod vecí". Prejavila pochybnosti o manželovej úprimnosti: "Jednoducho tomu nemôžem uveriť - zdá sa, že ma chce dostať tam, kam chce a potom to všetko začne odznovu." Keď terapeut navrhol, že by bolo dobré, keby sa tiež zúčastnil jednoho sedenia, zosmiala celkom nekľudná a povedala, "Už o ňom nechcem viac hovoriť. Chcem hovoriť o svojich problémoch." Neskôr súhlasila s tým, že ho pozve, mala však pocit, že on nepríde.

Keď pán a pani E. prišli na spoločné sedenie, v priebehu hodiny sa prehrali komunikačné problémy, o ktorých sa hovorilo na predošlých sedeniach. Alica zostala väčšinu hodiny ticho, umožniac tak manželovi, aby zaobstaral väčšinu konverzácie. Keď neochotne začala hovoriť o svojich sťažnostiach, nakoniec konfrontovala svojho manžela, Marka, s jeho vzťahom k dotyčnej predavačke, čo on okamžite poprel. Ku koncu hodiny začali spolu rozprávať viac priamo, než prostredníctvom terapeuta.

Po spoločnom sedení sa objavila značná zmena v Alicinom zjave. Až doteraz vyzerala skôr zanedbaná a zachmúrená - obvykle oblečená v čiernom. Začala nosiť jasné farby a jej celkový postoj mal jasnú, sebaistú, "povznesenú" kvalitu. Spolu s Markom si pár krát zašli na večeru do reštaurácie a navštívili príbuzných, ktorých nevideli už dlhú dobu. Hoci priznala spokojnosť s týmto rozšírením ich činnosti,

napriek tomu naďalej prejavovala pochybnosti nad Markovými motívmi. Opísala niekoľko situácií, pri ktorých sa cítila byť odbytá, keď sa snažila prejavovať svoje želania. Avšak to, čo bolo najpôsobivejšie, bolo jej odhodlanie "dať mu vedieť, čo si myslí, bez ohľadu na to, či to chce alebo nechce počuť." Takisto hovorila o svojom strachu z toho, že ľudia (najmä jej rodina) by si mohli myslieť, že sa stala "nafúkaná", keďže sa spolu s manželom stali finančne zabezpečení. Opísala svoj chudobný pôvod a svoju rozladenosť nad Markovými nevhodnými "triednymi" spôsobmi. Zatiaľ čo Mark sa tešil zo svojho úspechu a spoločenskej úcty, ktorú mu priniesol, Alica mala z toho trochu rozpačitý pocit, pretože sa zdalo, že to predstavuje ďalšiu prekážku, ktorá ju oddeľuje od jej rodiny a bývalých priateľov. Bola tak povediac vytrhnutá zo svojich koreňov, navyše nekľudná zo svojho nového postavenia v spoločnosti.

Väčšina týchto stredných sedení sa väčšina času venovala exploráciu snáh tohoto páru o obnovenie určitého vzájomného kontaktu a kontaktu s ich rodinami. Ku koncu ôsmeho sedenia Alica prejavila úzkosť z blížiaceho sa ukončenia. Nasledujúci týždeň telefonoval Mark, aby odvolal sedenie svojej manželky, pretože "Alica je chorá a nechce vás odvolať sama."

Fáza ukončenia (sedenia 9-12)

Na ďalšom plánovanom sedení Alica znovu začala rozprávať o ťažkostiach s manželom, v súvislosti s jeho obchodom. Obsah aj kvalita jej poznámok bola reminiscenciou prvého sedenia. Relatívne introspektívny postoj z predošlých sedení sa takmer vytratil. Avšak uprostred hodiny Alica zostala tichá a akosi zamyslená. Nakoniec povedala, "Bojím sa Markovi ukázať svoju lásku, v tom to všetko je." Keď terapeut začal diskutovať o týchto pocitoch, takmer bezmyšlienkovite poznamenala, že manžel začal rozprávať o rozvode. Napriek tomu, že ubezpečovala terapeuta, že to neberie vážne, zdalo sa, že to má na jej fungovanie dezorganizujúci účinok. Ku koncu hodiny znovu vyjadrila obavy o tému ukončenia a prejavila starosť z toho, že sa ešte nestala dostatočne silná, aby mohla ďalej pokračovať sama.

V nasledujúcich sedeniach terapeut spolu s Alicou pokračoval v skúmaní jej pocitov v súvislosti s ukončením, ale Alica mala tendenciu vyhýbať sa tejto téme, alebo popierať akékoľvek zvláštne pocity, ktoré by s tým súviseli. V ich manželstve častejšie dochádzalo k hádkam. Zdalo sa, že konflikty sa zčasti týkajú Markovho želania mať dieťa a Alicinej extrémnej ambivalencie ohľadne ďalšieho prí-

pútania. Takisto sa obávala, že by ju Mark mohol opustiť, keď bude mať dieťa, čo nebol celkom iracionálny strach, keďže aj Markov aj Alicin otec opustili svoje rodiny. Ďalšou časťou jej odporu voči otehotneniu bol jej pocit, že by to predstavovalo iba ďalší spôsob "poddania sa" manželovi. Napriek častejším sporom medzi nimi udávala, že sa cíti menej depresívna, než predošlý týždeň; "vypustiť to von je lepšie, než zadržiavať to vo vnútri," povedala. Na poslednom sedení bola Alica trochu vzrušená a pokusy explorovať jej pocity súvisiace s ukončením sa u nej stretali s popretím a slabo maskovaným hnevom.

Tri dni po tomto búrlivom konečnom sedení však Alica zatelefonovala, aby sa "ospravedlnila" a aby oznámila, že sa naozaj cíti lepšie. Odmietla doporučenie pre ďalšiu liečbu: "Myslím, že by som to rada skúsila sama."

Interpersonálna rolová nezhoda - Prípad Sala D.

Sal D., 31-ročný, ženatý, v čase prvého rozhovoru bol bez zamestnania, ale v priebehu týždňa si našiel prácu ako opravár televízorov. Jeho hlavnou ponosou bola história poklesu energie a motivácie v posledných niekoľkých mesiacoch. Udával, že má ťažkosti dokončiť práce na svojom dome, pretože sa rýchlo fyzicky vyčerpá. Takisto menej spí a má malý záujem o sex. "Moje city ma opustili", hovoril.

Úvodná fáza (sedenia 1-4)

Sal D. bol najstarším synom v tradičnej talianskej rodine. Matka bola emočným opatrovníkom rodiny a otec bol prísny, "chladný" muž, s ktorým Sal nikdy nedokázal výjsť. Bol kritický, neprístupný a "zachmúrený". Syn sám seba opísal ako podpriemerného v škole; o učenie nemal záujem. Zo strednej školy odišiel z jedenásteho ročníka a na protest proti otcovmu presvedčeniu, že to nikdy nedokáže, vstúpil do Námorníctva. Po skončení služby v Námorníctve sa stal stavebným robotníkom pod vedením svojho otca, ktorý bol predákom. Ich pracovný vzťah bol často napätý vzhľadom na nedorozumenia.

Pred piatimi rokmi Sal pri páde utrpel úraz kolena a nohy, kvôli ktorému už viac nemohol pracovať na stavbe, hoci túto prácu považoval za produktívnu a výnosnú. Zostal viac závislý na svojej žene, ktorá zanechala svoju prácu, aby sa o neho mohla starať, zatiaľ bol pripútaný na invalidné kreslo. Sal povedal, že keby nemal ten úraz, alebo keby sa bol mohol po ňom vrátiť späť do práce, bol by dnes

predákom. V dôsledku tohoto fyzického handicapu zmenil zamestnanie a stal sa opravárom televízorov.

Mal tendenciu minimalizovať účinok tohoto zranenia na jeho sebahodnotenie a rozprával hlavne o svojich manželských ťažkostiach. Na sedenia prichádzal často neupravený, s unaveným výrazom a informácie nepodával spontánne. V dôsledku toho terapeut udržiaval aktivitu kladením špecifických otázok a zbieraním dôkladného interpersonálneho prehľadu. Centrálnou témou, ktorá sa vynorila, bol jeho pocit neadekvátnosti a bezmocnosti vo vzťahu k životu vo všeobecnosti, avšak špecifickejšie vo vzťahu k otcovi a k manželke.

Ku koncu úvodných sedení začalo byť jasné, že Salove depresívne symptómy sú spojené s manželskými nezhodami. Zdalo sa, že tieto súvisia najmä s jeho ťažkosťou v prejavovaní želaní voči manželke a s ich narastajúcim odcudzením. Liečba sa sústredila na jeho pochopenie prekážok, ktoré mu bránia v konštruktívnej komunikácii s manželkou.

Stredná fáza (sedenia 5-8)

Keď Sal D. začal skúmať svoj vzťah s manželkou detailnejšie, na piatom sedení, keď opisoval svoje nešťastie v manželstve a ťažkosti so zdelovaním pocitov, pretože sa cíti byť "necitlivý", začal plakať. Povedal, že sa "držal" mnohých svojich pocitov, čo spôsobovalo trhlinu vo vzťahu s manželkou.

Pri ďalšom sedení sa znovu venoval rodinným otázkam a po prvý krát začal vidieť určitú podobnosť medzi sebou samým a svojim otcom. Zistil, že v mnohom sa k manželke správal rovnakým dištancovaným spôsobom, ako sa k nemu správal jeho otec.

Siedme sedenie sa ukázalo byť zlomovým. Viac sa odkryl a opísal, ako boli posledný týždeň so ženou "emocionálnejší" a blízky jeden k druhému. Rozprávali otvorenejšie a nakoniec dokázali dospieť k spoločnému rozhodnutiu prijať skôr celkovú sumu od poisťovne za zneschopnenú nohu, než kompenzáciu vo forme peňažných dávok za túto neschopnosť. Toto rozhodnutie, ktoré by ich zbavilo podstatnej časti finančného bremena, ich strašilo viac ako rok.

Na ôsmom sedení Sal.D. povedal, že pociťuje zlepšenie aj v celkovom postoji. Uviedol, že keď sa pokúsil o výmenu, o zdelenie sa s myšlienkami a pocitmi so svojou manželkou, začala mu vychádzať v ústrety, čo ho príjemne prekvapilo. Spolu s terapeutom rozobral možné spôsoby, ktorými by mohol ďalej zapojiť manželku do toho, ako sa cíti.

Fáza ukončenia (sedenia 9-12)

Počas tejto fázy Sal. D. prišiel o zamestnanie. Preskúmal niektoré z okolností, ktoré viedli k prepusteniu a pocity ublíženosti a hnevu, ktoré s touto udalosťou súviseli. Bol v rozpakoch z toho, že hneď nezačal hladať prácu, domnieval sa však, že to bolo z časti tým že mu bola preplatená poistka a z častí potrebou posúdiť svoju pracovnú situáciu a plány dôkladnejšie. Využil toto prepustenie na to, aby si overil postoj svojej manželky. Domnieval sa, že v minulosti by vyvolal so ženou boj, nepriamo prehodiac svoje pracovné problémy na ňu. Plánoval, že si začne prácu hľadať nasledujúci týždeň, po tom čo bude mať možnosť zvážiť svoje alternatívy.

Pri desiatom sedení Sal povedal, že predtým, ako začal liečbu, sa pred manželkou príliš uzatváral a teraz s ňou riskuje väčšiu otvorenosť. Bol prekvapený, keď zistil, že ona nereaguje negatívne alebo "násilne", keď prejaví svoje pocity. Pokračoval, že ďalej nemôže posúdzovať manželkine reakcie dopredu, stále má však pocit, že sa s ňou nedokáže deliť o príliš intímne pocity zo strachu, že ju to rozladí. Pri duskusii o ukončení povedal, že zo začiatku ho vlieť be najviac zamestnával strach z toho, že odhalí pocity, ktoré nechce odhaliť. Obával sa, že terapeut by mu mohol "skočiť do hlavy" a vyhnať z nej pocity von. Miesto toho bol príjemne prekvapený zo zážitku, že terapia mu umožňuje skúmať a bádať samého seba.

Jedenáste sedenie pacient otvoril vyhlásením, že má veľa čo povedať. Šťastne uvažoval o tom, že začne pracovať ako subkontraktor, v čom by bol sám sebe šéfom. Doma cítil väčšiu dôvernosť a menej letargie, s väčšou vôľou dokázal prevádzať domáce práce a v dôsledku toho pociťoval menej nátlaku zo strany manželky. Komunikoval s ňou priamejšie, keď jej chcel pomôcť, tak jej to povedal a neodmietal ju bez vysvetlenia. Uznal, že finančné problémy a vynútená nečinnosť po zranení boli extrémne demoralizujúce. A jeho pocit osobného zlyhania, keď pracoval ako opravár, takisto prispel k depresii, pretože neprodukoval primerane svojmu potenciálu. Pri rozhovore o ukončení Sal povedal, že si ešte stále nevie rady s tým, že s manželkou ešte stále nevie byť taký otvorený, ako s terapeutom.

Na poslednom sedení Sal D. vyjadril pozitívne pocity k terapii a povedal, že zažil pocit "znovuzobudenia". V liečbe sa cítil uvoľnene a chcel si s manželkou utvoriť taký otvorenosť, akú pociťoval s terapeutom.

Interpersonálna rolová nezhoda - Prípad Iris M.

Iris M., 27-ročná, vydatá, prišla do terapie kvôli depresii, ktorá ju trápi už takmer tri roky, od narodenia druhého dieťaťa. Svoju depresiu dávala do súvisu s dlhodobou nespokojnosťou s manželstvom a povedala, že tehotenstvo s týmto druhým dieťaťom bola zčasti pokusom udržať sa v manželstve, pretože jej staršie deiťa malo v tom čase štyri roky a nepotrebovalo už taký intenzívnu starostlivosť. Po narodení druhého dieťaťa sa však cítilia ešte viac zaťažená a pripútaná v neuspokojivom manželstve.

Úvodná fáza (sedenia 1-4)

Prvé dva roky bola depresia pani M. ľahkého až stredného stupňa; potom sa - asi pred rokom - začala cítiť tak zúfalo, že pomýšľala aj na samovraždu. Dokázala však tieto pocity prekonať a krátko na to nadviazala mimomanželský vzťah s mužom, ktorý žil v susedstve. Ako sa tento vzťah rozvíjal, pacientka najskôr pociťovala určitú nádej. Táto však mala krátke trvanie, pretože čoskoro sa z nej a z manželky jej milenca stali dobré priateľky. Jej manžel sa spriatelil s jej milencom a obidva páry trávili veľa času spoločne.

Pani M. si bola istá, že ani jej manžel, ani milencova manželka nevedia o tomto vzťahu, ale jej depresia sa signifikantne zhoršila za posledný rok, keď ju tento vzťah začal tamestnávať. Bola zaplavená širokou škálou pocitov - pocit viny za to, že podvádza svojho manžela a svoju najlepšiu priateľku, žiarlivosť na milencov vzťah s jeho manželkou, sklamanie z jej vlastného manželstva a nespokojnosť so vzťahom s milencom. Na začiatku liečby pociťovala neschopnosť ďalej znášať tento stav, takisto však nebola schopná navodiť akúkoľvek zmenu.

Depresívne symptómy pani M. zahrňovali smutnú náladu, obavy a pocity viny, nízke sebahodnotenie, pesimizmus, anxietu so strachom z opustenia, sťažené zaspávanie, nízku energetickú úroveň v priebehu dňa (s častým zaspávaním), zhoršenie schopnosti vykonávať domáce práce, sťaženú koncentráciu, stratu záujmu a radosti v takmer všetkých aktivitách, slabý apetít a úbytok na váhe. Zanedbávala mnohé zo svojich domácich povinností, udala však, že manžel mnohé z nich ochotne urobí, pretože si v posledných mesiacoch začal uvedomovať, že je depresívna. Nedávno zanechala svoju prácu predavčky, pretože sa nedokázala sústrediť alebo prinútiť sa k práci. Jej počiatočné vyhlásenie týkajúce sa toho, čo by chcela z terapie získať, bolo

jednoducho cítiť sa lepšie, aby mohla "prestať trápiť manžela a znovu sa zapojiť do manželstva."

Pri plánovaní stratégie pre ďalšie posúdenie a úvodné fázy liečby terapeut ako dve hlavné úlohy videl: a/ pomôcť pacientke zvládnuť súčasnú depresiu; a b/ pomôcť jej prekonať súčasnú manželskú situáciu. Pre zvládnutie depresie terapeut plánoval spolu s pacientkou preskúmať detaily jej dňa a okolnosti súvisiace so zmenami nálady v priebehu dňa. Prostredníctvom takéhoto posúdenia terapeut dúfal, že nájde spôsob, ako pomôcť pacientke zmierniť depresívne symptómy a poškodenie fungovania. Pre pochopenie manželského nesúladu, ktorý bol v štádiu slepej uličky, terapeut považoval za užitočné začať konceptualizovať pacientkin prípad zvažovaním ponúkaných možných zmeny. Medzi patrilo pokračovať v manželstve a pokúsiť sa pochopiť a zmeniť faktory, ktoré prispievajú k nespokojnosti s ním. Medzi zmeny, ktoré by mohli pomôcť, patrilo: pokúsiť sa zmeniť vzťah s manželom a/alebo pomôcť jej nájsť zdroje uspokojenia mimo manželstva kt-oré spôsobujú menej vnútorných konfliktov, než mimomanželský vzťah. Aby posúdil životaschopnosť takých možností, terapeut musí podrobne zhodnotiť históriu pacientkinho vzťahu s manželom, typy správania a postojov oboch partnerov, ktoré by mohli prispievať k nespokojnosti a pravdepodobnosť toho, že by ich obaja partneri mohli zmeniť. Čo sa týka uspokojenia mimo manželstva, terapeut by mal posúdiť pacientovu súčasnú sociálnu prepojenosť a možnosti jej zmeny a rozšírenia. Vzhľadom na pacientkinu vysokú hladinu konfliktnosti v súvislosti s mimomanželským vzťahom, sa zdalo nepravdepodobné, že by sa manželstvo mohlo upevniť, pokiaľ bude pretrvávať tento vzťah.

Ďalšou možnosťou bola separácia alebo rozvod, s pokračovaním alebo bez pokračovania tohoto vzťahu. Aby pacientke pomohol posúdiť jej prijateľnosť, terapeut by musel zhodnotiť, čo tento vzťah poskytuje a aké sú pacientkine zámery s ním. Takisto by bolo podstatné pomôcť jej posúdiť jej predstavu odchodu od manžela: ako by vyzerala starostlivosť o deti, ako by sa zmenili jej vzťahy k vlastnej a manželovej rodine, atď.

Pacientka sa vydala hneď po ukončení strednej školy a ako povedala, od začiatku mala o manželstve pochybnosti, pretože si manžela brala potom, čo ju nechal jej bývalý, značne zidealizovaný chlapec. K manželovi pociťovala menej vášne, považovala ho však za spoľahlivého a istého. V svadobný deň ju však ovládli myšlienky na bývalého priateľa a napadlo ju, že nikdy nebude úzajstne milovať svojho manžela. Zdalo sa, že sa to stalo samovyplňujúcou sa veštbou.

Pacientka zvaľovala vinu za väčšinu manželských problémov na manželovu neschopnosť otvorene prejaviť lásku k nej. Vypočítavala množstvo pokusov, ako sa ho snažila priviesť k projektom ohľadne domu, ktoré nakoniec musela robiť sama. Zdalo sa, že ho viac ako rodina zaujíma spoločenský život a priatelia. Asi po roku manželstva pacientka otehotnela a odvtedy sa snažila oddať sa domácnosti a materstvu.

Hoci podľa opisu pani M. sa jej manžel o ňu nezaujímal, keď zostala depresívnejšia, ukázal sa byť skôr starostlivý a nápomocný. Vykonával domáce práce, prevzal aktívnejšiu rolu pri deťoch, prejavil to, čo sa zdalo byť pravou, nefalšovanou sympatiou a podnietil manželku k tomu, aby vyhľadala liečbu. Hoci dokázala uznať, že toto správanie je prejavom pozornosti manžela k nej, toto chápanie jeho pohnútok bolo pre ňu ťažko prijateľné, pretože to iba zvyšovalo pocity viny v súvislosti s jej milostným vzťahom. Ďalším aspektom pacientkinho prispievania k problémom v manželstve bol jej spôsob zvládania hnevu a nespokojnosti s manželom emočným dištancovaním sa a rozmrzelosťou bez toho, že by mu niekedy naozaj povedala, s čím je nespokojná. Udala, že napriek nespokojnosti s manželstvom, sa s manželom zriedka hádajú alebo zvyšujú hlas pri nezhodách. Obvykle to jednoducho prešla mlčaním.

Skúmanie jej detstva prinieslo odhalenie, že sa vydala v prvom rade preto, aby sa dostala z rodičovského domu. Pacientka bola prostredná z troch detí v domácnosti, kde obaja rodičia boli alkoholici a často dochádzalo k násilnostiam a bitkám.

V priebehu ďalších troch sedení začalo byť jasné, že napriek zaujatosti súčasným milostným vzťahom, pacientka nebrie samotného milenca vážne. Opísala ho ako nezodpovedného a v mnohom menej atraktívneho, než bol jej manžel. Vzrušene rozprávala o tajných schôdzkach, bola však sklamaná povrchnosťou vzťahu, ktorý sa točil okolo krátkych sexuálnych stykov, pri ktorých často nebola ani vzrušená. Trápila ju žiarlivosť na milencovu manželku a podozrenie, že mu slúži iba pre rozptýlenie. Napriek svoje zaujatosti vzťahom nevidela v ňom žiadnu budúcnosť. Povedala, že aj keby mala v úmysle opustiť manžela, nechcela by sa vydať za muža, ako je jej milenec a mimo toho on nemal záujem opustiť svoju manželku. Napriek tomu sa pacientka cítila neschopná ukončiť tento vzťah, práve tak, ako sa cítila byť bezmocná nájsť viac uspokojenia vo vzťahu s manželom.

Keďže na treťom sedení bola pacientka menej depresívna, diskutovala o týchto veciach bez afektu, čo kontrastovalo s pocitmi viny

a konfliktnými pocitmi, ktoré udávala. Okrem toho, diskusia o vzťahu s milencom mala hravú, exibicionistickú kvalitu. Pokusy konfrontovať pacientku s takými otázkami, ako sú jej očakávania od tohoto vzťahu a s tým, že sa nesnaží priviesť svojho manžela k zmene, sa stretali s ignorovaním alebo vyhýbaním. Ku koncu úvodných sedení sa terapeut pokúsil rozobrať liečebné ciele. Pacientka relatívne rýchlo menovala dva: a/ cítiť sa menej depresívna a b/ cítiť viac lásky k manželovi. Pri otázke, čo by mala znamenať láska k manželovi prejavila pesimizmus, ale povedala tiež, že nedávala manželstvu šancu.

Zdalo sa, že depresia Iris M. súvisí s jej pocitom neľahostnosti v manželstve, ktorý bola schopná uznať spolu so svojím manželom a pracovať na ňom. Hoci si manžel uvedomoval, že pacientka je depresívna a pociťoval obmedzenia v ich vzťahu, pacientka nikdy jasne neprejavila svoju nespokojnosť, ani sa nepokúsila priviesť ho k zmene, aby spravila ich vzťah uspokojivejším. Ich manželstvo bolo bez otvorených konfliktov, ale bez života a v slepej uličke. S cieľom pomôcť pacientke prekonať tento stav vecí sa terapeut v prvom rade sústredil na pacientkine postoje a správanie, ktoré udržiavali manželský vzťah na mŕtvom bode.

Jej najzjavnejším príspevkom k menželskej nezhode bola jej nescho nosť určiť a zdeliť vlastné priania. Centrálnou témou jej nespokojnosti bol pocit, že manžel neprejavuje záujem alebo lásku k nej, že ju vypustil zo svojho života a nechce sa účastniť na spoločnom dianí. Ona však prejavila málo snahy, aby ho zaujala, pretože mala pocit, že by mal vedieť, čo od neho chce bez toho, aby mu to musela povedať. Terapeut mal v úmysle pomôcť pacientke jasne premýšľať o špecifických veciach, ktoré chce od svojho manžela a ktorých sa jej nedostáva a potom jej pomôcť vypracovať si priamejšie a uspokojivejšie spôsoby zdeľovania mu takýchto vecí. Do určitej miery bol dôraz na komunikáciu edukačný, sústreďujúci sa na spôsoby, akými pacientka premeškáva príležitosti byť pochopená. Terapeut mal tiež v úmysle zapodievať sa možnosťou, že komunikačné problémy pani M. súvisia so strachom z vyvolania násilných hádok, podobných hádkam jej rodičov.

Na ďalšej úrovni bolo zámerom terapie pomôcť pacientke pochopiť jej vlastný pesimizmus týkajúci sa schopnosti mať šťastné manželstvo. Táto fundamentálna neistota v blízkom vzťahu sa demonštrovala v jej vzťahu s idealizovaným priateľom zo strednej školy, ktorý ju opustil a v jej neustálej snahe uistiť sa, že novému milencovi na nej skutočne záleží. Hoci mala tiež pocit, že ju manžel dostatočne

nemiluje, dokázala to zniesť, pretože ho devalvovala na úroveň, kde takmer presvedčila sama seba, že jej na ňom nezáleží. Terapeut mal v úmysle zaoberať sa týmito základnými strachmi z intimity kontrastovaním manželových demonštrácií skutočného záujmu s uzávermi pacientky a kontrastovaním schopnosti jej manžela postarať sa o ňu s neschopnosťou toho zo strany jej rodičov.

Tretia taktika mala pacientke pomôcť uvedomiť si deštruktívnu povahu mimomanželského vzťahu. Ako pacientka už priznala, tento vzťah jej poskytoval málo uspokojenia a nemal žiadnu budúcnosť. Bolo to vlastne energiu odčerpávajúce rozptýlenie, ktoré jej bránilo vložiť sa do úlohy pokúsiť sa o to, aby jej manželstvo fungovalo.

Štvrtým spôsobom ako zlepšiť jej vzťah malo byť pomôcť jej objaviť iné a uspokojivejšie zdroje uspokojenia mimo manželstva. Prepojenosť so spoločenským prostredím mimo nucleárnej rodiny mohlo Iris M. pomôcť získať náhľad na vlastné manželstvo. Mimo toho, táto prepojenosť jej mohla pomôcť vyvinúť si samostatnosť a pocit kompetencie; mohla by prejaviť aspekty svojej osobnosti, ktoré nebolo možné prejaviť v manželstve.

Stredná fáza (sedenia 5-10)

V priebehu strednej fázy liečby sa terapeut snažil získať opisy interakcií s manželom, aby sa dalo presne určiť, čo sa povedalo a čo sa cítilo.

Celkový proces práce s pani M. charakterizovala značná variabilnosť vzhľadom na fluktuácie jej nálad a zaujatia. Hoci na všetkých sedeniach mala tendenciu vyhýbať sa a odkláňať sa od fokusu, asi polovicu sedení sa dokázala zapojiť do užitočných diskusií o jej manželských problémoch. V ostatných sa sťažovala na rôzne príčiny svojej nespokojnosti, bez toho, že by dokázala posúdiť svoju rolu v týchto problémoch. Napriek týmto variáciám, v tejto časti liečby urobila pokrok v množstve oblastí. V prvom rade udala množstvo malých príkladov toho, ako sa pokúsila byť k manželovi priamejšia v súvislosti so svojimi pocitmi, že ju prehliada. Bola prekvapená jeho pozitívnou reakciou na svoje požiadavky a mala pocit, že vzťah sa zlepšuje. Začala sa odpútavať od svojho milenca, vídať sa s ním zriedkavejšie a stále menej o ňom premýšľať.

Pokrok Iris M. v tejto fáze liečby bol zčasti výsledkom terapeutovej stratégie zamerania diskusie na problémy medzi pani M. a jej manželom vseobecne a na ich komunikáciu obzvlášť. Keď sa pacientka pokúsila preskočiť k iným témam, ako boli problémy s milencom alebo priateľkami, terapeut buď prešiel tieto oblasti bez otázok alebo priamo konfrontoval pacientku s jej vyhýbaním sa tomu, na čom sa obaja zhodli ako na jej centrálnom probléme. Zotrvávanie na tomto fokuse viedlo k určitému posunu k zlepšenej komunikácii v manželstve. Zaujímavé bolo, že pacientka urobila zmeny aj v oblastiach, ktoré neboli hlavným fokusom, ako návrat do práce a redukcia času strávaného s milencom. Udala tiež, že začína mať pocit väčšej lásky k manželovi.

Fáza ukončenia (sedenia 11-12)

Hoci sa ukončenie liečby spomenulo otvorene v mnohých predchádzajúcich sedeniach, povaha interakcií sa v priebehu posledných dvoch sedení kvalitatívne zmenila. Väčšie sústredenie bolo na tému, čo chce pacientka robiť ďalej. Formulovala potrebu väčšej asertivity a priamosti v komunikácii s manželom a ukončila mimomanželský vzťah, hoci z toho naďalej pociťovala určitú úzkosť. Jej depresia vymizla a ona nemala pocit, že by v súčasnosti bola potrebná dodatočná liečba.

Kapitola 8.

PRECHODY V ROLÁCH

K depresii spojenej s prechodmi v rolách dochádza vtedy, keď má osoba ťažkosti so zvládnutím životných zmien, ktoré vyžadujú zmenu role. V sociálnom systéme má takmer každý človek množstvo rolí a tieto role sa neoddeliteľne splietajú s pocitom seba. Tieto role samotné, ako aj status, ktorý sa im pripisuje, majú dôležitý vplyv na sociálne správanie a vzorce interpersonálnych vzťahov indivídua. Zhoršenie sociálneho fungovania sa objavuje často v reakcii na požiadavky rýchlej adaptácie na nové, neznáme role, najmä na zmeny, ktoré jedinec prežíva ako stratu. Nie všetci jedinci prežívajú túto zmenu ako stratu. Pravdepodobnosť takéhoto prežívania zmeny role je väčšia u klinicky depresívnych osôb. Táto strata môže byť zjavná bezprostredne, ako je tomu v prípade rozvodu, alebo môže byť subtílnejšia, ako je strata slobody po narodení dieťaťa. Ďalším typom takejto nenápadnej straty je často odchod do dôchodku alebo iná zmena sociálnej alebo profesionálnej role, najmä taká, ktorá so sebou nesie zníženie sociálneho statusu. Presťahovanie sa, zmena zamestnania, odchod z domu, ekonomická zmena a zmeny v rodinných rolách podmienené chorobou, novými povinnosťami alebo odchodom na dôchodok sú ďalšími príkladmi prechodmi v rolách.

K najčastejším zmenám rolí dochádza v súvislosti s prechodom do ďalšej etapy ľudského životného cyklu. Keďže tieto zmeny sa očakávajú ako súčasť časového rozvrhu biologického rastu a vývinu, alebo ich diktujú sociálne a kultúrne vzorce, považujú sa za normatívne predhody. Prechod do adolescencie, do obdobia plodenia detí, koniec potenciálu rodiť deti, deklinácia fyzickej kapacity v súvislosti so stárnutím sú biologicky normatívne. Sociálne prechody, ktoré sú tvrdo determinované sociálnou triedou a historickou érou, vrátane vstupu do školy alebo prvého odchodu z domu, manželstva, zamestnania, pracovného postupu a odchodu do dôchodku.

Ľudia, ktorí majú pocit, že v novej roli zlyhávajú, alebo ktorí nie sú spokojní s rolou alebou jej statusom, môžu zostať depresívni. Tieto ťažkosti sa často spájajú s predstavami o nových rolách, ktorých si je pacient vedomý iba čiastočne a ktoré sa dajú odkryť pri systematickom terapeutickom úsilí zistiť, čo táto zmena pre túto osobu znamená. Ľudí, ktorí paradoxne zostanú depresívni po vytúženom povýšení, obvykle trápia konflikty týkajúce sa zodpovednosti a samostatnosti. V skutočnosti sa pohodlnejšie cítili v starej podriadenej roli, v menej náročnej práci riadenej inými osobami.

K depresii často dochádza vtedy, keď si osoba uvedomuje potrebu normatívneho prechodu v rolách, ale má ťažkosti s nutne požadovanými zmenami, alebo keď si správne uvedomuje zlyhanie v určitej roli, nedokáže však zmeniť správanie alebo zmeniť role. Pri depresiách, ktoré sa spájajú s prechodmi v rolách, sa pacient cíti byť bezmocný, keď sa má vyrovnať so zmenou v role. Tento prechod môže prežívať ako hrozbu sebahodnoteniu alebo pocitu identity, alebo ako výzvu, ktorú nedokáže vyplniť.

Ťažkosti so zvládaním prechodov v rolách sa vo všeobecnosti spájajú s nasledovnými otázkami:

1. strata obvyklej sociálnej podpory a väzieb;
2. zvládanie sprievodných emócií, ako je hnev alebo strach;
3. požiadavka nového repertoáru sociálnych schopností; a
4. pokles sebahodnotenia.

V posledných rokoch sa venuje zvýšená pozornosť štádiam vývinu v dospelom živote. Levinson (1978), Lidz (1976), Erikson (1968), Keniston (1968) a ďalší skúmali typy problémov a kľúčové úlohy, ktoré súvisia so štádiami dospelého vývinu. Depresia, ktorá sa spája s prechodmi v rolách, často zahrňuje aj vývinové prechody v rolách. Napríklad depresia v pozdnej adolescencii alebo ranej dospelosti typicky obsahuje ťažkosti s dosahovaním uspokojivého pocitu rolovej identity alebo s formovaním intímnych vzťahov mimo rodiny. Pacienti s týmito problémami môžu zostávať nadmerne pripútaní k svojim pôvodným rodinám. Ďalšie problémy s prechodmi v rolách, ktoré sú typické pre mladý dospelý vek, zahrňujú prispôsobovanie sa profesionálnym alebo manželským rolám a roli rodiča.

V strednom dospelom veku môže depresia súvisieť so zlyhaním pri hľadaní uspokojenia alebo úspechu v zvolenej profesionálnej dráhe, s manželskými ťažkosťami alebo so zlyhaním v roli rodiča. V starom veku môže depresia súvisieť so stratou role a statusu vzhľadom na odchod do dôchodku, zhoršenie zdravia, stratu sociálnej podpory kvôli ochoreniu alebo úmrtiu príbuzných a priateľov.

Diagnóza problematického prechodu v rolách

K tomu, aby sme prechod v rolách mohli diagnostikovať ako problémovú oblasť pre IPT, je potrebné preukázať, že pacientova depresia a s ňou súvisiace klinické problémy nasledovali po životných zmenách spojených s prechodmi v rolách. Vo väčšine prípadov bude tento vzťah pre pacientov a ich významných blízkych ľudí zjavný a pacient

pohotovo identifikuje tento prechod: napríklad odchod zo školy, hľadanie prvého zamestnania, založenie manželstva, nedávny rozvod alebo odchod do dôchodku.

Pri skúmaní prechodov v rolách sa ako prospešné ukázali také otázky, ako:

Mohli by ste mi porozprávať o tejto zmene (odchod do dôchodku, odchod z domu, rozvod, atď.)? Ako sa zmenil váš život? O akých dôležitých ľudí ste prišli? Kto zaujal ich miesto? Ako ste sa cítili v novej roli (ako dôchodca, rozvedený, študent)?

Plánovanie liečby pri prechode v rolách

Hoci sa otázky môžu meniť v závislosti od životnej fázy, v ktorej pacient je, určité elementy, spoločné všetkým prechodom v rolách môžu napomôcť definovať úlohy a ciele IPT pri depresii spojenej s týmito prechodmi. Problémy pri zvládaní prechodov v rolách sa sústredujú na štyri úlohy: 1/ vzdať sa starej role; 2/ prejaviť pocit viny, hnev, stratu; 3/ nadobudnúť nové schopnosti; a 4/ rozvinúť nové vzťahy a podporné skupiny.

Tabuľka 8.1 načrtáva tieto úlohy a ponúka námety pre otázky, ktorými terapeut môže sledovať pacientov pokrok v nich.

Tabuľka 8.1
Sledovanie pacientovho pokroku

Úloha	Terapeutove otázky
1. Facilitovať zhodnotenie stratenej role.	Porozprávajte mi o (čokoľvek, čo sa zanechalo, stratilo alebo zmenilo - starý dom, predošlá práca, život s rodičmi, predošlý partner, atd.). Aké boli klady? Zápory? Čo sa vám páčilo? Čo nie?
2. Povzbudiť prejavenie emócií.	Aký to bol pocit, keď ste sa vzdali, alebo opustili ___? Porozprávajte mi podrobne o svojom odchode. Ako ste sa cítili v novej situácii? Aké to bolo na začiatku?
3. Rozvinúť sociálne schopnosti vhodné pre novú rolu.	Čo sa od vás žiada? Ako je to ťažké? Aký máte z toho pocit? Čo sa darí? Čo sa nedarí?
4. Nadviazať nové inter-personálne vzťahy, väzby a sociálne podpory.	Koho poznáte? Kto vám môže pomôcť? Sú nejakí ľudia, ktorých by ste chceli spoznať?

Zhodnotenie starej role

Prvá úloha je podobná facilitácii smútku opísanej v Kapitole 6. Psychoterapeut pomáha pacientovi presúdiť stratenú rolu na základe zhodnotenia aktivít a väzieb, ktorých sa vzdal. Pacienti, ktorí majú ťažkosti so zvládaním prechodov v rolách, vo všeobecnosti majú tendenciu idealizovať klady, ktoré im ponúkala stará rola a minimalizovať jej negatívne aspekty. Pri skúmaní aspektov stratenej role je užitočné pomôcť pacientovi spoznať ťažkosti starej role súčasne so snahou odhaliť jej pozitívne aspekty. Napríklad [illegible] pacientka mala značné ťažkosti so zvládnutím sa [illegible], pretože byť vydatá bolo pre ňu sociálne očakávanou normou [illegible], bez ohľadu na okolnosti. Keďže rola rozvedenej bola pre ňu neprijateľná, vytesnila mieru neúspešnosti svojho manželstva a jeho deštruktívnosti pre jej život.

Povzbudenie prejavenia afektov

Aj vtedy, keď je zmena želaná a vyhľadávaná, vzdanie sa starej role môže byť prežívané ako strata, takže dochádza k procesu žialenia. V starej a navyknutej roli mohol pacient prežívať uspokojenie z ovládania nutných sociálnych schopností, potrebných k jej prevádzaniu a získavať veľa radostí z odmien, ktoré boli v tejto fáze jeho života jedinečné. Mimo toho, zvládanie starej role mohlo zahrňovať rozvoj uspokojivého systému sociálnej podpory, ktorá bola životne dôležitá pre udržanie sebahodnotenia.

Pre facilitáciu prechodu je užitočné vybudiť pocity týkajúce sa tejto zmeny, vrátane zármutku, viny - snáď kvôli životu nie úplne v súlade so sebaočakávaniami - hnevu a sklamania.

Rozvoj nových sociálnych schopností

Väčšina dôležitých prechodov zahrňuje získanie nových schopností. IPT psychoterapeut nie je profesionálny poradca, ktorého úlohou je určiť pacientove vlohy pre výkon rozličných druhov prác. Namiesto toho terapeut pacientovi pomáha posúdiť význam rolových očakávaní a snaží sa odkryť presvedčenia a emócie, ktoré pacientovi bránia plne využiť potenciálne schopnosti zvládania. Nová rola môže vyžadovať nové schopnosti, tak reagovať na požiadavky novej role, ako aj formovať nové vzťahy a väzby.

Terapeut môže pacientovi pomôcť prejsť realistickým posúdením kladov a schopností pre zvládnutie prechodu, zatiaľ čo dôkladne ská-

ma oblasti, v ktorých ich pacient môže nad- alebo podhodnocovať. Medzi takéto schopnosti môže patriť sám si nájsť nový byt, naučiť sa pohybovať v novej spoločnosti, nájsť si prácu, dokázať si nájsť rozptýlenie. Ťažkosti so zvládnutím nových požiadaviek často súvisia s výkonovou úzkosťou. Aby mu pomohol, terapeut môže pacienta zapojiť do určitej skúšky obtiažných situácií, vyzývajúc pacienta, aby si predstavil napríklad tú najhoršiu vec, ktorá by sa mohla prihodiť.

Ďalší dôležitý typ ťažkostí sa spája s nesprávnymi alebo stereotypnými predstavami o novej roli. Tieto postoje sa často formujú na základe pozorovanie a identifikovania sa s kľúčovými osobami z minulosti, ktoré poskytovali nežiadúce modely. Aby prekonal tieto postoje, terapeut často môže pacientovi pomôcť spoznať špecifické prípady, ktoré odporujú tomuto stereotypu. Napríklad, jedna šesťdesiatročná žena mala značné ťažkosti kontaktovať sa so skupinou starších občanov, pretože to pre ňu znamenalo, že je "stará". Avšak posúdenie toho, čo mala na mysli pod "starým" - čo zahrňovalo izoláciu, nedostatok aktivít a záujmov - v skutočnosti opísalo jej vlastnú sociálne izolovanú situáciu. Naproti tomu už malý kontakt s týmito staršími ľuďmi jej ukázal, že sú menej "starí" a živší, než ona.

Vybudovanie sociálnej podpory

Prevzatie novej role často znamená rozvoj nového systému sociálnej podpory, utvorenie nových typov vzťahov, ako aj dôverných typov vzťahov s novými ľuďmi. Mimo toho, typy odmeny, ktoré ponúka nová sociálna rola, môžu byť neobvyklé a menej chcené než tie, ktoré ponúkala stará rola. K takémuto druhu zmeny môže dôjsť, keď sa nejaká žena vráti do práce, keď jej deti už nepotrebujú jej celodennú starostlivosť. Hoci z minulosti môže mať skúsenosti s touto prácou, nároky práce sa od vtedy mohli značne zmeniť, alebo sa po toľkoročnom výpadku môžu zdať obtiažnejšie na zvládnutie. Časté je tiež, že druh práce, ktorá je chcená alebo dostupná, je úplne odlišný od predchádzajúcej. Mnohé ženy pociťujú obavy pred vstupom do toho, čo sa ešte stále pokladá za "mužský svet" práce a hoci majú menej času tešiť sa zo starých priateľstiev, môžu odmietať utvárať porovnateľné vzťahy so spolupracovníkmi.

Aby pacientovi pomohol rozvinúť potrebnú sociálnu podporu, terapeut môže prekúmať dostupné možnosti nadviazania kontaktu s ostatnými. U depresívnych pacientov je pravdepodobné, že predpokladajú

príležitosti k vytváraniu podporných vzťahov a že sa stávajú sociálne izolovanými.

Prechody v rolách - Prípad Ellen F.

Ellen F. je 27-ročná matka 6-ročného syna, ktorá pracuje na čiastočný úväzok ako predavačka. Do liečby prišla tri týždne po medikamentóznom suicidálnom pokuse. Jeho spúšťačom bolo ukončenie mimomanželského vzťahu. Bola chronicky nespokojná so svojím desaťročným manželstvom s manželom alkoholikom, ktorý jej síce poskytoval stálu finančnú podporu avšak iba málo citov. Navyše, keď manžel pil, čo sa stávalo niekoľkokrát do týždňa, bol verbálne a niekedy aj fyzicky útočný. Až mimomanželský vzťah pacientke "ukázal, o čo prichádzam". Vzťah trval iba niekoľko mesiacov a jej milenec sa potom vrátil k inej žene. Cítiac sa opustená a beznádejne, pani F. urobila svoj impulzívny suicidálny pokus bezprostredne po tom, čo sa to dozvedela. Bola ošetrená na pohotovosti a potom poslaná domov, kde sa u nej rozvinuli ťažké depresívne symptómy. Keď pretrvávali už tri týždne, vyhľadala odbornú pomoc. Bola to jej prvá depresívna epizóda.

Úvodná fáza (sedenia 1-3)

Pani F. dávala svoju depresiu jasne do súvisu so svojimi ťažkosťami s ukončením manželstva a rozpadom vzťahu. Pred niekoľkými rokmi svojho manžela opustila, avšak, pokiaľ žili oddelene, jeho správanie k nej sa zlepšilo a ona sa po dvoch mesiacoch vrátila. Staré spôsoby sa však rýchlo obnovili a pani F. sa znovu cítila ako v pasci. Povedala, že od liečby si sľubuje, že jej pomôže "opustiť ho". Mala pocit, že si zaslúži lepšie zaobchádzanie, než akého sa jej dostávalo od manžela, nebola si však istá, či tomu skutočne dokáže urobiť koniec. Cítila sa apatická, anhedonická a pesimistická k tomu, že by mohlo dôjsť k akejkoľvek pozitívnej zmene.

Pani F. a jej o päť rokov mladšia sestra boli vychované dominantnou, pasívne agresívnou matkou, jej otec opustil rodinu kvôli inej žene, keď pacientka mala šesť rokov. Jej matka nenadviazala vzťah s inými mužmi a pacientka si spomenula na pocit, ako sa táto rodina jej samotnej zdala neatraktívna - zavrhnuté ženy, ktoré nedokážu získať si pozornosť nejakého spoľahlivého muža. Tento pohľad na vlastnú osobu a rodinu kontrastoval s jej osobnou príťažlivosťou a sociálnymi schopnosťami. V skutočnosti bola na strednej škole populárnou a dobrou študentkou. Jej matkin vzťah k nej bol prehnane úzky - ochromujúci - a jej vydaj v sedemnástich rokoch sa chápal

ako spôsob odchodu od matky a z domu. To však úplne nezabránilo tomu, aby sa jej matka naďalej nemiešala do jej záležitostí. Stále mala výčitky svedomia, že odporuje matke a mala pocit, že aj toto je niečo, na čom by rada pracovala v liečbe.

Pred druhým sedením pacientka vyzvala svojho manžela, aby odišiel z domu a on ochotne súhlasil, vyjadrujúc vlastnú nespokojnosť s manželstvom. Pacientka mala pocit hrdosti a udávala zlepšenie, čo sa týka depresívnych symptómov. Takisto popisovala, že prekvapujúco nemá žiadny konflikt z rozchodu s manželom, napriek tomu, že roky z toho mala neistý pocit. Takisto popisovala väčšiu istotu a priamosť v diskusiách s matkou o takých otázkach, kedy ako kedy si zoberie dovolenku. Tieto dve sedenia sa venovali najmä preskúmaniu jej vzťahu s manželom a matkou. Z tejto diskusie vyplynulo, že sa vyhýbala zodpovednosti za svoje rozhodnutia a prenechávali ich ostatným, najmä matke a manželovi. Nedôverovala vlastnému úsudku a vyhýbala sa premysleniu vecí. S jej odmietaním zodpovednosti za seba samu súviselo jej presvedčenie, že stratiť muža (alebo ho doviesť k tomu, že ju opustí) bude znamenať, že je neatraktívna, neženská a nehodnotná tak, ako mala takýto pocit o svojej matke a o sebe, keď ich opustil otec. Jej schéma vzťahu k nejakému mužovi bola: nadviazať s ním vzťah a zostať s ním za každú cenu, bez ohľadu na všetky zápory. Takisto však vyjadrila strach zostať sama, kedže ešte nikdy nežila sama ako hlava domácnosti.

Na základe informácií získaných v prvých troch sedeniach sa rozhodlo, že fokusom terapie bude pomôcť pani F. zvládnuť prechody v rolách súvisiace s odlúčením sa od manžela. Predpokladalo sa, že to bude vyžadovať nasledovné kroky: a/ pomôcť jej identifikovať nové zdroje emočnej podpory, ktoré by nahradili jej manžela a jeho rodinu, b/ explorácia a korekcia jej strachu, že má byť sama a jej tendencie nedôverovať vlastným úsudkom, c/ pomôcť jej rozvinúť nový repertoár sociálnych schopností, ako je výchova vlastného dieťaťa a d/ pomôcť jej spoznať hranicu medzi jej vlastnou hodnotou a hodnotou mať muža, akéhokoľvek muža. Rozhodlo sa, že k jej prípadu sa bude pristupovať skôr ako k prípadu prechodov v rolách než k rolovej nezhode, vzhľadom na jej presvedčenie, že rozdiely medzi ňou a jej manželom boli neprekonateľné a vzhľadom na jej otvorenú istotu, že chce skončiť toto manželstvo.

Stredná fáza (sedenia 4-10)

Pacientka mala naďalej dobrý pocit zo svojho rozchodu s manželom.

Pri hľadaní alternatívnych zdrojov podpory sa najprv obrátila k širšej rodine, vrátane manželových rodičov a matky, ktorí na ňu naliehali, aby sa zmierila s manželom, opisujúc jej napríklad, aký "smutný" sa zdá byť bez nej. Uvedomila si, že hľadanie pomoci u týchto ľudí prispelo k návratu k manželovi v minulosti a začala obnovovať staré vzťahy so svojimi priateľkami. Pred piatym sedením za ňou prišiel manžel poprosiť ju, aby ho prijala naspäť a ona ho odmietla. Všimla si, že mal vypité. Psychoterapeut potom skúmal možnosť zmierenia sa, pýtajúc sa na okolnosti, za ktorých by bolo zmierenie pre ňu akceptovateľné. Pani F. mala pocit, že neexistujú okolnosti, za ktorých by bola ochtoná obnoviť manželstvo.

Štyri týždeň po rozchode sa znovu začala stýkať s mužmi. Považovala to za pozitívny zážitok, hoci po desiatich rokoch jej pripadalo cudzie zvažovať, čo chce a očakáva od mužov, s ktorými sa stretáva. V tom čase začala mať ťažkosti so synom, ktorý začal byť problematický v škole aj doma. Uvedomila si, že mala tendenciu prenechávať výchovnú rolu na manžela a že má nepríjemný pocit z toho, že má prediskutovať rozchod s dieťaťom. Množstvo sedení sa strávilo podrobnou diskusiou o tom, ako sa správa k svojmu synovi, ako má s ním hovoriť o rozchode s manželom a o alternatívnych prístupoch k výchove. Synove správanie doma aj v škole sa zlepšilo a ona k nemu začala mať väčší pocit blízkosti.

Od piateho sedenia sa pacientkine symptómy zlepšovali. Stále ešte mala dobré a zlé dni, ale anhedónia, letargia a pocity beznádeje sa stratili.

Pacientka pokračovala v kontaktoch s mužmi a začala sa zaujímať o jedného muža. V liečbe preskúmala, čo ju pôvodne priťahovalo k jej manželovi. Bol "istý", pretože sa stal na nej závislý a pretože bol bez nej taký "smutný". Uvedomila si, že ju priťahujú muži, ktorí rýchlo a bezpodmienečne prejavia o ňu záujem, pretože má veľký strach z ich odmietnutia. Ako dôsledok nerobila medzi mužmi, s ktorými nadviazala vzťah, žiadny rozdiel. S psychoterapeutom začala tiež diskutovať o prvých znakoch, ktoré by jej mohli pomôcť odhaliť podobné neproduktívne vzorce v jej budúcich vzťahoch s mužmi.

Fáza ukončenia (sedenie 11-13)

Ako sa približoval koniec liečby, pani F. udávala pocity prázdnoty a nudy a pocit, že jej život nikam nesmeruje. Nespájala to s ukončením liečby, ale v zásade hovorila o znovu sa objavujúcom pocite bezcennosti života bez muža, hoci uznala, že to nemusí nutne byť per-

manentná situácia. Rozobralo sa viac materiálu o jej adolescentných pocitoch sebazatracovania a bezcennosti bez otca a pacientka začala rozprávať o takých strach nahánajúcich veciach, ako je starnutie a strácanie krásy. Terapeut dávala tieto pocity do súvisu s ukončením liečby a s pacientkiným strachom spoliehať sa sama na seba a pokúsil sa dať tieto strachy do kontrastu s jej aktuálnou úrovňou kompetencie a indikátormi jej atraktívnosti. V tom čase manžel urobil ďalší pokus presvedčiť pacientku, aby ho prijala naspäť. Hoci mala pokušenie, znovu si pripomenula staré vzorce a rozhodla sa, že aj keď sa teraz cíti osamotená a nešťastná, odsúdila by sa k ešte trvalejšiemu nešťastiu, ak by obnovila manželstvo. V poslednom sedení zhrnula zmeny v postojoch a správaní, ktoré dosiahla počas liečby, vrátane zlepšenia vzťahu so synom, vzrastajúceho okruhu priateľov, mužov aj žien, kontaktov s mužmi, väčšej schopnosti svoje potreby a nesúhlas zdeľovať ostatným a zlepšenia pocitu samostatnosti a kompetencie. Na základe toho dospela k uzáveru, že nechce obnoviť svoj starý život, aj keby sa tým zbavila určitého množstva samoty.

Bezprostrednej depresívnej epizóde tejto pacientky predchádzal mimomanželský vzťah, ktorý do centra priniesol veci, ktoré pacientka vo svojom manželstve postrádala. Hoci si už dlho uvedomovala nespokojnosť so svojím manželom, dokázala to ignorovať, až kým nezažila, aký by mohol byť alternatívny vzťah. Prišla do liečby s prianím dostať sa z deštruktívneho manželstva, ale cítiac sa neschopná dosiahnúť túto zmenu sama. Terapeut pacientke pomohol posúdiť nové požiadavky, dostupnú sociálnu podporu a odmenu spojenú s tým, ak sa stane samostatným jediným rodičom. Podmienka separácie od manžela zahŕňovala: a/ toleranciu samoty, b/ udržanie si sebahodnotenia bez identifikovania sa s nejakým mužom, c/ zvládanie vlastného dieťaťa, a d/ nájsť si nových priateľov a vzťahy s mužmi. V každom prípade jej terapeut pomohol preskúmať strachy spojené s týmito požiadavkami a určiť, že v skutočnosti je v jej silách, aby ich vyplnila. V situácii výchovy syna terapeut nielenže posúdil postoje pani F. k tomu, že má byť jediným rodičom, ale aktívne tiež naučil pacientku spôsobom, ako o ňom rozmýšľať a ako s ním hovoriť, čo boli poznatky, ktoré nikde inde nezískala. Čo sa týka sociálnych podpôr, terapeut pomohol pacientke identifikovať nové, ktoré boli menej konfliktné, než jej vzťahy s matkou a príbuznými manžela. Aby pacientke pomohol vstúpiť do novej role, terapeut jej pomohol klarifikovať jej pocity týkajúce sa role, ktorú chcela zanechať - byť vydatá za manžela a vysoko pripútaná k svojej matke. Na základe tohoto procesu pacientka dospela k rozhodnutiu, že v týchto vzťahoch ďaleko viac stratila než

získala a tento pohľad jej napomohol k tomu, aby podstúpila tú námahu a uskutočnila prechod, ktorý chcela. A v zvážení odmien vyplývajúcich z novej role terapeut pacientke pomohol rozpoznať úľavu a hrdosť, ktoré pociťovala z toho, že sa spolieha sama na seba.

Kapitola 9.

INTERPERSONÁLNE DEFICITY

Interpersonálne deficity sa za fokus liečby volia vtedy, keď pacient vystupuje s históriou sociálneho ochudobnenia, ktoré zahrňuje neadekvátne alebo netrvalé interpersonálne vzťahy. Pacienti s takými deficitmi si v dospelosti nikdy nemusia vybudovať trvalé alebo intímne vzťahy. Vo všeobecnosti platí, že pacienti s históriou extrémnej sociálnej izolácie máju tendenciu byť narušení [illegible] ie než pacienti s inými prezentovanými problémami.

Diagnóza interpersonálnych deficitov

Optimálne sociálne fungovanie zahrňuje blízke vzťahy s dôver[illegible] osobami alebo členmi rodiny, menej intenzívne ale uspokojujúce [illegible]ahy s priateľmi a známymi a adekvátny výkon a vzťahy v určitej pracovnej roly. U pacientov s interpersonálnymi deficitmi môže byť užitočné sústrediť sa na tých, ktorí sú sociálne izolovaní. Táto sociálne izolovaná skupina môže postrádať vzťahy s buď blízkymi osobami alebo priateľmi, alebo nemusí mať nejakú pracovnú rolu. Môžu mať dlhodobé alebo dočasné nedostatky v sociálnych schopnostiach.

Ciele a stratégie liečby

Cieľom liečby interpersonálnych deficitov je redukovať pacientovu sociálnu izoláciu. Pretože chýbajú akékoľvek súčasné významné vzťahy, fokus liečby sa kladie na minulé vzťahy, vzťah s terapeutom a začiatok tvorenia nových vzťahov.

Tromi úlohami, ktoré sú obsiahnuté v zvládaní problému interpersonálnych deficitov, sú:

1. preskúmanie minulých signifikantných vzťahov, vrátane negatívnych a pozitívnych aspektov;
2. explorácia opakujúcich sa alebo paralelných problémov v týchto vzťahoch;
3. rozobratie pacientových negatívnych a positívnych pocitov k terapeutovi a k paralelám v iných vzťahoch.

Preskúmanie minulých signifikantných vzťahov, najmä detských vzťahov s členmi rodiny, nadobúda u týchto pacientov väčšiu dôležitosť. Pri skúmaní každého vzťahu je dôležité určiť jeho najlepšie aj najhoršie stránky. Rozbor najlepších stránok minulých vzťahov môže poskytnúť model pre pomoc pacientovi rozvinúť uspokojivé nové vzťahy.

Terapeut sa môže spýtať:

> Porozprávajte mi o svojich terajších priateľoch. O svojej najbližšej rodine. Ako často sa s nimi vídate? Ako sa s nimi bavíte? Aké máte s nimi problémy?

Ďalej môže skúmať vzťahy od najsúčasnejších k menej dávnym:

> Ako si teraz dokážete nájsť priateľov a aktivity, ktoré vás tešili v minulosti?

Pozitívny vzťah z minulosti sa použil pri hľadaní uspokojivejších súčasných vzťahov v prípade Joe B., vysoko utiahnutého 28-ročného muža. Hoci prerušil kontak s rodičmi v adolescentnom veku, Joe B. si s uspokojením spomínal na [illegible] ktorá na úlohu orientovanú prácu, ktorú vykonával spolu s [illegible]m. Nakoľko sa v neštrukturovaných situáciach nedokázal tešiť zo spoločnosti iných ľudí, redukoval svoju izoláciu tým, že prijal dobrovoľnú prácu v miestnej nemocnici.

Podrobné posúdenie nevydarených vzťahov alebo minulých interpersonálnych ťažkostí môže terapeuta upozorniť na očakávateľné problémové oblasti v nových vzťahoch. Terapeut by sa mal sústrediť na pravdepodobnosť určitého typu situácií, ktoré u pacienta vedú k ťažkostiam a pomôcť mu ich identifikovať s nádejou, že sa im v budúcnosti vyhne alebo že bude pracovať na postupnom vyriešení ťažkostí. Napríklad:

> 30-ročná žena sa uzatvárala pred sociálnymi kontaktami s inými ľuďmi a stratila prácu kvôli extrémnej anxiete zo sociálnej interakcie s viac ako dvomi alebo tromi ľuďmi súčasne. [illegible] Za rozličných okolností sa u nej objavovali v skupinových situáciach psychofyziologické symptómy a upadala do rozpakov. Cítila sa byť vylúčená, neobľúbená a anxiózna a tieto pocity súviseli s jej skoršou rodinnou situáciou. Keď bola schopná identifikovať svoj problém, našla si prijateľnejšie zamestnanie v malom podniku, kde mala časté interakcie iba s jedným šéfom. Do určitej miery redukovala tiež svoju izoláciu, keď si občas pozvala na návštevu niektorého z priateľov.

U sociálne izolovaných pacientov je pozornosť venovaná vzťahu pacient-terapeut dôležitejšia než u pacientov s iným typom problémov. Tento vzťah poskytuje terapeutovi najbezprostrednejšie údaje o pacientovom štýle kontaktovania sa s inými ľuďmi. Okrem toho, riešenie problémov, ktoré sa objavujú v tomto vzťahu, môže pacientovi poslúžiť ako model pre rozvoj dôvernosti v iných vzťahoch. Otvorená diskusia o pacientových skreslených alebo nerealistických negatívnych pocitoch k terapeutovi alebo terapii je obzvlášť dôležitá. Pre túto skupinu pacientov je typické, že dávajú prednosť

skôr roztrhnutiu vzťahu než otvorenej konfrontácii a riešeniu problémov. Napríklad:

> 24-ročný muž bol na začiatku siedmeho sedenia neobyčajne tichý a potom začal hovoriť o ukončení liečby. Vyhlásil, že si nemyslí, že by sa mu dalo pomôcť. Keď sa ho terapeut spýtal, či je skleslý kvôli niečomu, čo terapeut urobil alebo neurobil, odpovedal, že terapeut ho odmieta práve tak, ako to robili aj iní ľudia. Na otázku ako to myslí, sa ukázalo, že úplne nesprávne pochopil povzbudzujúce vyhlásenie terapeuta. Pacientovi sa uľavilo, keď odhalil svoju chybu a takisto keď vyjadril svoju sťažnosť. Táto výmena poskytla bázu pre širšiu diskusiu o pacientovej všeobecne inhibovanej komunikácii s ostatnými.

Zaoberanie sa negatívnymi pocitmi voči terapeutovi u pacientov s interpersonálnym ochudobnením nielenže poskytuje model interpersonálneho učenia sa, ale pôsobí tiež ako bezpečnostná poistka, ktorá pacientovi zabraňuje predčasne ukončiť liečbu kvôli nejakej domnelej urážke.

Aby pacientovi pomohol aplikovať učenie, ktoré sa uskutočňuje v liečbe, na vonkajšie situácie, terapeut môže extenzívne využiť analýzu komunikácie a prehrávanie rolí. Keď sa pacient - úspešne alebo neúspešne - pokúsil rozšíriť svoje interakcie s inými osobami, detailné preskúmanie týchto pokusov môže ľahko odhaliť napraviteľné deficity v pacientových komunikačných schopnostiach. Aby pacientovi pomohol prekonať váhanie priblížiť sa k iným, terapeut ho môže vyzvať k prehratiu náročných situácií:

> Predstavme si, že idete na večierok a vstupujete do miestnosti plnej neznámych ľudí. Čo by ste mohli urobiť, aby ste sa zblížili s ľuďmi?

Treba zdôrazniť, že krátkodobá liečba interpersonálnych deficitov je obzvlášť obtiažna, preto by sa stanovenie cieľa malo obmedziť na "začatie" práce na týchto otázkach, nie nutne na ich vyriešenie.

Interpersonálne deficity - Prípad Boba R.

Bob R. bol 22-ročný, slobodný a pracoval ako kuchár, pričom ešte študoval na nejakej miestnej škole. Žil so svojou matkou. Liečbu vyhľadal na podnet svojho zamestnávateľa. Sťažoval si na depresívnu náladu a iritabilitu v posledných jednom až dvoch mesiacoch. Medzi jeho symptómy patrili anorexia (so stratou na váhe zhruba 4,5 kg za posledný mesiac), poruchy spánku, záchvaty plaču, pokles záujmu o normálne aktivity, nedostatok energie, anhedonia a iritabilita.

Sucidálne úmysly poprel. Dva týždne pred prvým sedením sa s matkou pohádal, pričom ju udrel. Popieral, že by ju udrel niekedy pred tým. V minulosti nemal žiadne psychiatrické kontakty.

Bob R. datoval nástup symptómov do doby približne asi niekoľko mesiac pred rozpadom trojročného vzťahu k jednej žene, J. Povedal, že J. sa rozhodla ukončiť tento vzťah kvôli jeho "náladovosti" a emočnej neprístupnosti. Od rozchodu ju nevidel, ani s ňou nerozprával.

Bob R. sa narodil ako nemanželské dieťa 19-ročnej žene na vidieku, v Alabame. Počas tehotenstva, pacientov otec odišiel s inou ženou, usadil sa v blízkom meste a mal ďalšie deti. Boba vychovávala iba jeho matka a s otcom nemal žiadny ďalší kontakt. Keď mal 13 rokov, presťahoval sa spolu s matkou do Nového Anglicka. Pacient to prežíval ako veľmi ťažký prechod: cítil sa ako vykorenený, rozpačitý so svojho južanského prízvuku a z neschopnosti v športoch. Mal málo priateľov a viedol skôr samotársky život. V niekoľkých ďalších rokoch slabo prospieval v škole a ustavične mal hádky s matkou kvôli svojmu správaniu. Čoskoro po vstupe na strednú školu sa zoznámil s J., ktorá sa postupne stala jeho priateľkou. J. bola úspešnou študentkou, ktorá chodila do zvláštnej strednej školy zameranej na podnietenie akademického výkonu u schopných, ale v minulosti výkonovo slabých študentov. Presvedčila Boba, aby prešiel na túto školu a on sa skoro začal viac zaujímať o štúdium, vypracoval sa ako atlét a prestal so svojim sebadeštruktívnym správaním. Začal sa zaujímať o kariéru učiteľa a po skončení strednej školy sa zapísal na fakultu a začal pracovať na čiastočný úväzok, aby si mohol hradiť náklady na štúdium.

Dva roky pred začatím liečby pacientova matka, ktorá pracovala ako sprievodkyňa, bola hospitalizovaná kvôli nejakým komplikáciam vyplývajúcim z diabetes mellitus a potom zostala depresívna. Pretože nemala zdravotné poistenie, bolo treba zaplatiť značnú sumu za liečenie. Krátko pred matkinou hospitalizáciou Bob R. plánoval, že sa osamostatní, čiastočne preto, lebo J. od neho chcela, aby mali vlastný byt a určité súkromie. Starosť o matku, o jej psychologický stav, ako aj o jej dlhy ho prinútili k rozhodnutiu zostať s ňou, prerušiť štúdium a pracovať na plný úväzok. V čase úvodného sedenia pacientova matka ešte stále nepracovala.

Úvodná fáza (sedenia 1-4)

Pri úvodnom sedení bol pacient oblečený do pomačkaných, rozgajdaných šiat. Skleslo sedel a rozprával tak potichu, že ho často bolo

sotva počuť. Bol ťažko depresívny. Po náležitom medicínskom zvážení dostal tryciklické antidepresíva, počínajúc imipramínom 100 mg, čo sa v priebehu prvého týždňa postupne zvýšilo na 200 mg pred spaním a potom sa táto dávka udržovala. Mimo toho sa terapeut s pacientom dohodol na stretnutí dva krát do týždňa, kým sa signifikantnejšie nezlepšia jeho symptómy, kedy sedenia začnú byť raz do týždňa. Počas každého z týchto sedení sa ťas venoval preskúmaniu pacientových symptómov a rozobratiu otázok súvisiacich s liekovým režimom. Od druhého sedenia sa pacient postupne začal javiť menej depresívny, viac rozprával a začal viac dbať o svoj zovňajšok. Terapeut veľmi aktívne pomáhal pacientovi zvládať každodenné problémy v práci, ktoré sa nakopili vzhľadom na jeho hlbokú depresiu.

Terapeut takisto začal skúmať pacientov vzťah s jeho priateľkou, jeho nedostatok sociálnych schopností a udalosti, ktoré viedli k rozchodu. Vzťah s J. mal pre pacienta životný význam, pretože mu bola modelom pre adaptáciu sa na život na Severovýchode a pomohla mu naučiť sa spôsobom kontaktu s inými ľuďmi. Tento vzťah však mal skôr podobu vzťahu k staršej sestre. Pacient mal strach z intimity a väzby, ktoré chcela J. a keď jej požiadavky vzrastali, mal tendenciu sťahovať sa. Nemohol udržať túto väzbu. Voči svojej priateľke sa cítil inferiórny a nehodný jej záujmu. Mal tiež pocit viny, nakoľko mal predstavu, že vzťah s J. znamená neloajálnosť k matke. Bezprostrednou skutočnosťou, ktorá predchádzala rozchodu bolo vlastne jeho odmietnutie odsťahovať sa s ňou do iného bytu.

Skúmanie pacientovho vzťahu s matkou ukázalo, ako na jeho vnímanie matkiných očakávaní vplývalo to, že je chlapcom, jediným dieťaťom ženy, ktorá sa nevydala ani za jeho otca, ani za nikoho iného. Matka sa k nemu správala ako k niekomu zvláštnemu, ale tiež ako k niekomu, na koho sa môže spoľahnúť, že nahradí potrebu muža v jej živote. Rozprávala mu, že keď sa narodil, presviedčali ju, aby sa ho vzdala kvôli adopcii, ona sa však rozhodla nechať si ho napriek poníženiu a ťažkostiam, ktoré z toho vyplývali. Hoci mu dávala pocítiť, že je rozhodujúci pre jej život a zdravie, pretože potrebuje jeho lásku a starostlivosť, takisto mu dávala pocítiť, že je potomkom totálne nezodpovedného otca, ktorý ju opustil tehotnú. Tento zlý otec sa často vynášal ako príklad toho, čo by sa z chlapca mohlo stať. Vzhľadom na to Bob R. chápal svoju túžbu po vzťahu s inou ženou a plány opustiť domov ako známku toho, že - podobne, ako jeho otec - aj on je hanebný muž, ktorý zrádza vlastnú matku.

Diskusia o súčasných vzťahoch ukázala, že v čase začatia liečby Bob nepociťoval blízkosť k nikomu inému okrem matky. Vzťahom s

mužmi sa vyhýbal, pretože v porovnaní s nimi sa cítil byť neobratný, nevýrazný a neadekvátny. Mimo toho, hoci sa cítil byť nemužský a príliš sa identifikoval so silnými ženami, ako bola jeho matka a J., pohŕdal tiež mnohými mužskými priateľmi vzhľadom na ich nezodpovednosť voči drogám a ženám. Jeho jediný vzťah so ženou, ktorý bol viac ako príležitostný, bol vzťah s J. Hoci mal pocit, že dokáže nadväzovať styky so ženami, chýbala mu schopnosť udržať vzťahy. Pacientove vzťahy v škole a v práci boli relatívne povrchné.

Vzhľadom na nedostatok súčasných interpersonálnych vzťahov a sociálnych schopností sa problémová oblasť definovala ako interpersonálne deficity a zvolila sa nasledovná stratégia:

1. sústrediť sa na minulé signifikantné vzťahy, ... percepcie matkiných očakávaní od neho, identifikovaní ... úsenosti, ktoré by mohli byť modelmi pre nové vzťahy, pomôcť mu znovu preskúmať jeho pohľad na otca s načrtnutím realistickejšieho a vyváženejšieho obrazu - preskúmaním týchto vzťahov terapeut dúfal, že pomôže pacientovi klarifikovať, ako ich používal ako modely, spôsobom, ktorý mu bránil v utváraní zmysluplných dospelých väzieb; a
2. sústrediť sa na vzťah pacient-terapeut, ako na priamy zdroj informácií o pacientovom štýle kontaktu s inými ľuďmi, za účelom modifikovania súčasných interpersonálnych problémov.

Bezprostredným fokusom bola pacientova súčasná životná situácia a jeho vzťahy s matkou, priateľkou a seberovnými.

Stredná fáza (sedenia 5-8)

Ku koncu piateho sedenia bol pacient pri 200 mg dávke imipramínu prakticky asymptomatický. Nálada bola jasnejšia, jeho vzhľad sa takmer dramaticky zmenil, keď začal venovať viac pozornosti obliekaniu a upravenosti a začal pociťovať vzrastajúci záujem o aktivity.

K piatemu sedeniu došlo po jednotýždňovom prerušení kvôli terapeutovej naplánovanej dovolenke (ktorú s pacientom prediskutoval na začiatku liečby). Bob R. udával, že si sám vyšiel na nejaké športové podujatia a určitý čas strávil maľovaním a písaním, dvomi činnosťami, ktorým sa v posledných mesiacoch vyhýbal. Na terapeutovu otázku, či neuvažoval o nadviazaní kontaktu s nejakou ženou, odpovedal, že sa toho obáva, pretože sa rýchlo emočne naviaže a potom sa - ako to povedal - "rýchlo odpíta". Terapeutovu neprítomnosť v predošlý týždeň nijako nekomentoval. Keďže vyzeral dobre, terapeut doporučil pre zbytok liečby sedenia raz za týždeň a Bob súhlasil.

V deň šiesteho sedenia zavolal pacientov spolupracovník, aby terapeutovi oznámil, že pacient je mimo mesta a nebude môcť dodržať schôdzku, ale že príde na budúci týždeň. Avšak na ďalšie naplánované sedenie sa nedostavil, ani nezavolal, aby sa dohodol na jeho odložení. Keď ho terapeut na ďalší deň zastihol v práci, povedal, že na sedenie zabudol, ale že príde na ďalšie sedenie v obvyklom čase.

Rozmýšľajúc o týchto dvoch za sebou vynechaných sedeniach a preberajúc piate sedenie, terapeut došiel k uzáveru, že je celkom pravdepodobné, že pacient sa na neho hnevá za jeho výpadok kvôli dovolenke a možno aj za zmenu vo frekvencii sedení z [illegible]och za týždeň na jedno za týždeň.

Bob prišiel ďalší týždeň v obvyklom čase. Vyn[illegible]nie v posledných dvoch týždňoch vysvetľoval tým, že odišiel do iné[illegible] mesta, aby navštívil svoje dve nevlastné sestry, ďalšie deti svojho otca. O týchto sestrách sa nikdy predtým nezmienil. Teraz povedal, že s nimi rozprával o otcovi a ony mu potvrdili jeho názor, že otec je skutočne nezodpovedný človek. Ďalej pokračoval, že ďalšie sedenie zmeškal kvôli tomu, že sa zoznámil so ženou, ktorá sa mu páči a že to popoludnie, na kedy bolo naplánované sedenie, bol s ňou. Uvedomoval si, že vynechá schôdzku, ale domnieval sa, že je pre neho dôležitejšie zostať s touto ženou.

Terapeut vyšiel s otázkou, že pacient nikdy nekomentoval svoje pocity súvisiace s terapeutovou dovolenkou. Po uisťovaní, že mu to nevadilo, priznal, že bol na terapeuta skutočne naštvaný za to, že odchádza "len čo sme začali" a dokonca uvažoval o prerušení liečby. Terapeut poukázal na to, že Bob si vlastne zobral dovolenku (aby navštívil sestry) tak, ako terapeut a pripustil, že medzi týmito udalosťami môže byť určitá spojitosť. Terapeut potom položil otázku, prečo nepovedal nič o svojich pocitoch skôr. To viedlo k produktívnej diskusii o jeho ťažkostiach s prejavovaním hnevu a špecificky strachu, že ak by prejavil tieto pocity, veci by sa mu nutne vymkli spod kontroly a on by bol vyhodený, alebo by musel odísť, aby si "zachoval tvár". Bol prekvapený a vďačný za to, že terapeut nereagoval na jeho hnev negatívne. Počas tejto periódy Bob rozoberal aj svoju nedávnu snahu nájsť si priateľov v práci, opisujúc nepríjemné pocity z priblíženia sa k jednému zo spolupracovníkov. Použilo sa prehrávanie rolí, kde si pacient prakticky vyskúšal, čo by mohol povedať.

Fáza ukončenia (sedenia 9-11)

Na ďalšom sedení Bob R. rozoberal svoje pocity týkajúce sa muža, s ktorým sa začala stýkať jeho matka. Mal pocit, že tento muž je rovnako nezodpovedný, ako bol jeho otec a domnieval sa, že to matka dostatočne nedomyslela, keď s ním trávi čas. Pacient mal v úmysle pohovoriť si buď s ňou alebo s ním o tom, že neschvaľuje tento vzťah. Terapeut spochybnil vhodnosť zamiešania sa do matkinho spoločenského života, ale pacient trval na tom, že je primerané, aby "dohliadol" na matku. To viedlo k ďalšej diskusii o jeho pocitoch dlhu voči matke vzhľadom na jej rozhodnutie nevzdať sa ho, keď bol dieťa a [illegible]eho strachu, že je - podobne, ako otec - nezodpovedný. Rozprával o tom, aké ťažké to bolo pre matku v čase, keď bol adolescent a o svojom želaní "vrátiť je to". Terapeut na to reagoval naznače-ním, že to, že matka nadviazala známosť, môže znamenať, že je tiež pripravená na separáciu a vysvetlil pacientovi, že hoci sa nemusí vzdať pomoci svojej matke, v jeho veku je primerané, keď sa bude viac starať o vlastné potreby a vzťahy. Posmelil ho, aby s matkou priamo prediskutoval, aké sú jej želania a očakávania súvisiace so separáciou.

Pri ďalšom sedení prejavil pevnejšie než pred tým svoje želanie postaviť sa na vlastné nohy a svoj pocit, že k rozchodu s J. prispelo to, že sa neodsťahoval už skôr.Rozprával o svojej túžbe "vidieť svet", kým je mladý. Takisto rozprával o svojom želaní dozvedieť sa viac o otcovi a opísal trápnu scénu: keď mal šestnásť rokov, navštívil svojich južanských príbuzných a teta mu niekoľko hodín musela rozprávať o živote jeho otca. Hoci chcel o otcovi hovoriť s matko od skorých rokov mal pocit, že by to matku príliš rozladilo a nikdy to neurobil. Spomienky na otca sa obmedzili na krátke spizódy hnevu. Teraz povedal, že má v úmysle pohovoriť si o otcovi s matkou, sle nie je na to ešte celkom pripravený. Terapeut mu pomohol vyskúšať si, čo by mohol matke povedať a pacient premýšľal, čo môže očakávať, že od nej bude počuť. Pacient diskutoval o svojom pocite, že by dal prednosť aj negatívam o otcovi pred tou prázdnotou, ktorú pociťuje, keď o ňom premýšľa.

Na začiatku ďalšieho sedenia pacient oznámil, že sa rozhodol odsťahovať sa od matky koncom leta. K tomuto rozhodnutiu dospel po dlhom rozhovore s matkou, v ktorom ho prekvapila súhlasom s jeho potrebou samostatnosti. Uznal, že sa mu páčila myšlienka matkinej závislosti na ňom; považoval to za príležitosť, ako jej vrátiť všetko to, čo mu dala. Prekvapilo ho, že diskusiu o jeho želaní odsťa-

hovať sa zobrala s takou vyrovnanosťou a bol zvedavý, či jeho názor, že matka je skôr krehká žena, je správny. Hoci matke rozprával o otcovi, nebola ochotná alebo schopná dostať sa cez tie isté stereotypné vyobrazenia, aké vždy používala. Na to leto si Bob plánoval výlet na Juh, aby navštívil príbuzných a spýtal sa ich na otca. Koncom leta si tiež naplánoval dovolenku na Karibských ostrovoch, niečo, čo chcel už dávno. Spolu s matkou prediskutovali fakt, že keď sa bude cítiť lepšie, znovu sa vráti do práce. Dospel k uzáveru, že sa môže odsťahovať a ďalej pomáhať matke finančne a že matka už je na tom natoľko dobre, že sa môže vrátiť do práce.

Ako sa približoval koniec terapie, pacient udával, že vo vzťahoch v práci aj v škole sa stáva asertívnejším a prejavoval viac iniciatívy pri hľadaní priateľov a priateliek. Pociťoval prekvapenie a úľavu z matkinej spolupráce na jeho plánoch odsťahovať sa cítil sa už samostatnejší. Hoci rozprávalm o pretrvávajúcom pocite smútku zo strateného vzťahu s J. a vyjadril túžbu pokúsiť sa ju navštíviť, cítil, že by mohol nadviazať nový vzťah, v ktorom by mohol dať žene viac. Bol bez medikácie už niekoľko týždňov a nezažil návrat symptómov. Ku koncu posledného sedenia zostal dojatý a ďakoval terapeutovi za jeho pomoc.

Hoci Bob R. začal liečbu s hlbokou depresiou a mal signifikantné a dlhodobé problémy s interpersonálnymi vzťahmi, dokázal využiť množstvo aspektov krátkodobej liečby, aby dosiahol podstatné zisky. V prvých sedeniach vyžadoval farmakoterapiu a aktívny, podporný, štrukturujúci vzťah zo strany terapeuta, aby mu pomohol zvládnuť každodenné fungovanie. So symptómovou úľavou, ktorá nasledovala po takomto prístupe, bol schopný urobiť množstvo významných zmien. Po prvé, v interakcii s terapeutom týkajúcej sa terapeutovej dovolenky a jeho vynechania sedení, bol schopný priznať svoje želanie utvoriť vzťah s nejakým podporným mužom. Čo bolo dôležitejšie; dostal príležitosť vidieť, že pocity hnevu sa vo vzťahu dajú plodne prediskutovať a nemusia nutne znamenať jeho koniec. Schopnosť diskutovať o hneve na terapeuta mu dodala pocit istoty a hodnoty a väčšej schopnosti pokračovať v terapeutickej práci.

Preskúmanie pacientovho súčasného vzťahu s matkou odkrylo primerané túžby po samostatnosti a v priebehu ďalších sedení pacient dokázal rozpoznať, že mnohé z pocitov, ktoré ho nútili žiť s matkou - ako excesívne pocity viny a strach z identifikácie sa s otcom - boli iracionálne. Navyše bol prekvapený, keď zistil, že jeho matka podporuje jeho osamostatnenie, pričom má vlastné životné plány, vrátane toho, že nadviazala známosť s novým mužom.

Konečne, diskusie o pacientových pocitoch voči otcovi mu umožnili uvedomiť si, že sa môže stať mužom a nemusí byť pritom rovnaký ako jeho otec. Začal sa pokúšať oddeliť mýtus od reality, týkajúcich sa jeho otca, tým, že sa na neho začal dopytovať u príbuzných. Toto bol dôležitý proces, pretože mal pocit, že nemôže naozaj vedieť, kto je, kým nevie, čo bol jeho otec. Hoci pacient ukončil liečbu s tým, že je treba ešte veľa práce, aby si rozvinul uspokojivý dospelý život, cítil sa silnejší a optimistickejší, než kedykoľvek predtým.

Hlavnými cieľmi prvých sedení bolo získať základné informácie o pozadí, utvoriť terapeutické spojenectvo a pomôcť pacientovi zvládnuť jeho symptómy a redukovať sociálnu izoláciu. Terapeut hľadával vrelý a podporný vzťah, ale zostával relatívne nevtieravý viac, že Bob R. sa potrebuje "otvoriť" sám, aby sa necítil ohrozený. Vzhľadom na relatívnu absenciu "živých" vzťahových tu-a-teraz, dôraz sa kládol na exploráciu pacientových pocitov týkajúcich sa minulých vzťahov, najmä rodinných, s cieľom pomôcť mu rozšíriť sociálne kontakty v rámci širšej rodiny aj medzi súberovnými. Neskoršie sedenia sa zaoberali otázkami ukončenia a poslúžili ku konsolidácii jeho pochopenia koreňov niektorých z jeho interpersonálnych ťažkostí. Začal obnovovať aktivity a jeho sociálna izolácia sa zredukovala.

Kapitola 10.

UKONČENIE LIEČBY

Nakoľko IPT je vyslovene krátkodobá terapia, nie s otvoreným koncom, je dôležité dodržiavať úvodný kontrakt. Podobne, ako v iných krátkodobých terapiách, ukončenie treba špecificky prediskutovať aspoň dve až štyri sedenia pred tým, než k nemu dôjde.

Pri ukončení sa pacient ocitá pred úlohou vzdať sa vzťahu a vytvoriť pocit kompetencie riešiť ďalšie problémy bez psychoterapeutovej pomoci. Neúspech pri plnení tejto úloh môže viesť k návratu depresívnych symptómov, ako sa približuje koniec liečby, alebo krátko po skončení liečby. Toto symptomatické zhoršenie môže zasa priniesť obnovený pocit beznádeje.

Pre uľahčenie úloh ukončenia by posledné tri až štyri sedenia mali obsahovať:

1. explicitnú diskusiu o ukončení liečby;
2. uznanie ukončenia liečby ako obdobia potenciálneho zarmútenia; a
3. prechod k pacientovmu spoznaniu vlastnej samostatnej kompetencie.

Pacient asi skúša nové spôsoby zvládania, takže je teraz u neho pravdepodobný obnovený pocit sebahodnoty. Napriek tomu môže mať pocit, že jeho zlepšenie je úplne závislé na psychoterapeutovej pomoci a že keď je táto preč, regresii sa nedá vyhnúť.

Pacientovi treba zdôrazniť, že cieľom liečby je pomôcť mu úspešne sa vysporiadavať so životom vonku (s prácou, láskou, priateľstvom). Vzťah terapeut-pacient má zvýšiť pacientovo zdravie a kompetenciu vonku a nemá byť náhražkou za vzťahy "reálneho sveta".

Do posledných troch alebo štyroch sedení by terapeut mal priniesť tému ukončenia liečby a vyvolať reakcie na ňu, ak túto informáciu už nepriniesol sám pacient. Mnohí pacienti si nie sú vedomí toho, že majú nejaké pocity súvisiace s ukočením liečby; iní sa zdráhajú priznať, že prišli na cenu vzťahu s terapeutom. Ak zistia, že im tento vzťah už chýba, alebo s približovaním sa ukončenia prežívajú mierny návrat symptómov, môžu si svoje pocity interpretovať ako relaps. Aby sa predišlo takémuto nedorozumeniu, takýmto pacientom treba povedať, že je obvyklé, keď sa ku koncu u nich objavia pocity obáv, hnevu alebo smútku súvisiace s končením sa liečby, ale že ich objavenie sa nie je predzvesťou návratu depresie.

Aby napomohol pacientovej percepcii vlastnej kompetencie zvládať nové problémy, terapeut by mal v priebehu liečby systematicky upozorňovať na pacientove samostatné úspechy, na priateľov, rodinu, cirkev a iné podpory, ktoré sú dostupné vonku a na spôsoby, ktorými pacient už začal zvládať svoje ťažkosti. Pri poslednej návšteve môže terapeut podpriať pacientov pocit schopnosti zvládnuť budúce problémy rozdiskutovaním oblastí budúcich ťažkostí a vedením pacienta cez exploráciu toho, ako by sa dali zvládnuť rozličné okolnosti. Obzvlášť dôležitá je pacientova budúca schopnosť posúdiť, kedy je potrebné vyhľadať si pomoc. Treba identifikovať prvé varujúce signály tiesne a situácie stresu a prediskutovať spôsoby zvládania - rodina, priatelia a ďalšie zdroje.

Prv utvorený pracovný vzorec liečby nie je treba s približovaním sa jej ukončenia prerušiť. Niektorí pacienti ďalej prinášajú nové otázky aj na konci liečby. Typickejšie je, že s približovaním sa posledného sedenia sa nové problémové oblasti vytrácajú, poskytujúc tak príležitosť k zhrnutiu priebehu liečby a možných volieb, ktoré zostávajú otvorené. Pacient by mal dostať možnosť zhodnotiť liečbu a posúdiť budúce potreby.

Ťažkosti s ukončením

Rozhodnutie neukončiť liečbu tak, ako to bolo naplánované, by sa nemalo zakladať na pacientových nepríjemných pocitoch, pretože väčšina pacientov má určité problémy s ukončením. Pacientovi, ktorý nechce skončiť, by sa malo povedať, že ďalšia liečba je možná, ale treba počkať aspoň štyri až osem týždňov, aby sme videli, či je potrebná. Výnimky sa robia u pacientov, ktorí sú stále ťažko symptomatickí a v priebehu terapie prejavujú malé alebo žiadne zlepšenie. V takýchto prípadoch treba zvážiť alternatívne liečby, vrátane dosiaľ nepoužitej medikácie, psychoterapie iného typu alebo psychoterapie s iným terapeutom, a - ak je to nutné - okamžite s tým začať.

Pacientovi, ktorý už nemá závažné symptómy, cíti sa však nepríjemne, alebo sa bráni ukončeniu, psychoterapeut môže povedať:

> Mnohým pacientom je neľahké ukončiť tieto sedenia, ak zistili, že im pomáhajú. Máme za to, že obyčajne po určitá perióda bez liečby. Uvidíme, ako sa vám bude viesť budúcich osem týž-

dňov a až potom rozhodneme o ďalšej liečbe. Samozrejme, ako to budete potrebovať, môžete mi zavolať a liečbu pripravíme.

Indikácie k dlhodobej liečbe

U určitých pacientov je indikovaná dlhodobejšia liečba. Medzi takýchto môžu patriť pacienti s trvalými osobnostnými problémami, tí, ktorí dokážu nadväzovať vzťahy, ale nedokážu ich udržať, pacienti s interpersonálnymi deficitmi, ktorí postrádajú schopnosť nadviazať vzťah a pretosa cítia stále sami, pacienti s opakovane sa objavujúcou depresiou, ktorí vyžadujú udržovaciu liečbu a pacienti, ktorí nereagujú a stále sú akútne depresívni.

V krátkodobej liečbe treba dodržiavať na začiatku uzavretý časový kontrakt. Pacientov, ktorí vyžadujú dlhodobejšiu liečbu, treba odporučiť inam alebo s nimi uzavrieť iný kontrakt s tým istým terapeutom, čo znamená zmenu fokusu a techník.

Kapitola 11.

ŠPECIFICKÉ TECHNIKY

Mnohé z techník, ktoré sa používajú v IPT, sú spoločné pre dynamickú psychoterapiu a čiastočne ich opísali Bibring (1954) a Menninger a Holzman (1971). Každá technika sa používa v špecifickej sekvencii a s rozmanitou frekvenciou, v závislosti od charakteristík pacienta a zvláštneho interpersonálneho problému, ktorý prináša. Tieto techniky, ktoré budú známe klinikom, prevádzajúcim mnohé formy psychoterapie, sa tu podávajú, aby špecifikovali rozsah možných volieb, ktoré sú otvorené terapeutovi, ktorý praktizuje IPT. Techniky však nie sú hlavným článkom IPT. V tomto spôsobe liečby sú rozhodujúce stratégie.

Každý pacient potrebuje inú kombináciu techník; u každého niektoré techniky budú zdôraznené a iné sa nepoužijú. Techniky tu podávame v poradí podľa zvyšujúcej sa intruzívnosti zo strany terapeuta a vo všeobecnosti - s výnimkou prídavných techník - v poradí, v akom sa najčastejšie používajú pri rozvíjaní sa terapeutického vzťahu.

Exploratórne techniky

Pri systematickom zbieraní informácií o pacientových symptómoch a predkladaných problémoch môže byť použitie exploratórnych techník priame alebo nepriame.

N e d i r e k t í v n a e x p l o r á c i a . Nedirektívne znamená používanie všeobecných otázok a verbalizácií, s otvoreným koncom. Pri získavaní informácií od pacientov je najlepšie dovoliť odchýlku v štýle (výber slov, používanie detailov) ich odpovedí na otázky. K facilitácii relatívne voľnej diskusie o materiále sú najlepšie všeobecné otázky s otvoreným koncom, najmä v prvých fázach sedenia. Terapeut môže sedenie začať mlčaním alebo vysoko všeobecným otvorením, ako je "Kde by sme začali dnes?" Ak sa o materiáli diskutuje relatívne produktívnym spôsobom, k povzbudeniu pacienta, aby pokračoval v rozprávaní, možno použiť nasledovné nedirektívne techniky:

Podporné uznanie - nedirektívna technika, ktorá zahŕňa také metakomunikácie, ako je prikyvovanie, výrazy ako "hm", "rozumiem", "pokračujte, prosím" a iné poznámky určené k povzbudeniu pacienta k ďalšiemu rozprávaniu.

Rozšírenie rozoberanej témy - jedna z nedirektívnych techník, pri ktorej terapeut priamo povzbudzuje pacienta, aby pokračoval v započatej téme, vyzýva pacienta, aby sa vrátil ku skôr predloženej látke, alebo opakuje kľúčové alebo "nabité" slová, ktoré použil pacient.

Receptívne mlčanie - jedna z nedirektívnych techník, pri ktorej pacient zachováva zaujatý a pozorný postoj, ktorý povzbudzuje pacienta k ďalšiemu rozprávaniu.

Nedirektívna explorácia najlepšie umožňuje pacientovi vyjsť s novým materiálom, identifikovať problémové oblasti, ktoré zostali v úvodných sedeniach nedotknuté alebo priniesť nové udalosti, ku ktorým došlo od posledného sedenia. Tým, že sa vzdá štrukturovania sedenia, terapeut facilituje pacientov pocit zodpovednosti v liečbe (keďže pacient môže voliť oblasti, na ktoré sa sústredia) a pacientov pocit, že je terapeutom chápaný a prijímaný (terapeut akceptuje jeho voľbu ako legitímnu).

Vodítka pre použitie nedirektívnej explorácie

Nedirektívna explorácia nachádza optimálne použitie u pacienta, ktorý hovorí a ktorý má pocit vlastného problému a účinne komunikuje s terapeutom. Môže byť užitočná aj vtedy, keď terapeut cíti, že pacient sa snaží uviesť niečo doteraz nepodkryté alebo sa užitočne snaží zmeniť fokus liečby. Je chybou používať túto techniku, keď pacient nehovorí alebo ulpieva a hľadá smer, alebo keď sa žiadajú aktívnejšie alebo špecifickejšie techniky (ako analýza rozhodnutia alebo komunikačná analýza).

P r i a m e z í s k a v a n i e m a t e r i á l u . Táto technika používa direktívne dotazovanie alebo terapeutom iniciované pátranie po novej téme. Do tejto kategórie terapeutických techník by patrili formálne dotazníky ako je prehľad depresívnych symptómov. Detailnejšiemu pátraniu by mali predchádzať všeobecné otázky. Napríklad, pri zbieraní informácií o pacientovom partnerovi by postupne špecifickejšie otázky mali nasledovať po prvej otázke, "Porozprávajte mi o svojom manželovi (manželke)". K priamemu získavaniu patrí aj interpersonálny inventár, systematicky detailná explorácia pacientových dôležitých vzťahov so signifikantnými osobami (pozri Kapitola 5).

Vodítko pre použitie priameho získavania

Priame získavanie je najvhodnejšie pre dosiahnutie dôkladného zhodnotenia zvláštnej problémovej oblasti a pre overenie terapeutových interpersonálnych hypotéz. Špecifické otázky by sa mali klásť, iba ak sledujeme nejaký účel - ako je pomôcť pacientovi vidieť jeho rolu v situácii, alebo získanie bázy údajov - alebo ak máme pocit, že diskusia narazila na niečo dôležité. Prílišné preskakovanie a špecifické uzavreté otázky nie sú vhodné. Je chybou, ak kladieme príliš špecifické otázky bez toho, že by sme tým niečo sledovali, otázky, ktoré prerušujú pacienta, keď sa dostáva k jadru diskutovanej témy alebo otázky, ktoré inhibujú prejavenie afektu.

Povzbudenie afektu

Povzbudzovanie afektu označuje množstvo terapeutických techník, ktorých zámerom je pomôcť pacientovi prejaviť, pochopiť a zvládnuť afekt. Možnosť relatívne voľného prejavenia afektu odlišuje psychoterapiu od iných vzťahov, v ktorých sú afektívne komponenty často vysoko obmedzované. Učenie v terapii je emocionálnym učením a zaoberanie sa afektom je podstatné pre navodenie zmien. Pri vyvíjaní nových interpersonálnych stratégií môže vyvolávanie afektu týkajúceho sa iných osôb pacientovi pomôcť rozhodnúť sa o prioritách a vyvinúť úsilie k emočne zmysluplným cieľom.

V závislosti na povahe afektu a pacienta môže IPT terapeut sledovať tri všeobecné stratégie:

1. facilitácia uznania a akceptácie bolestivých afektov, ktoré sa nedajú, alebo by sa nemali zmeniť;
2. pomôcť pacientovi využiť jeho afektívne zážitky k navodeniu žiadúcej interpersonálnej zmeny; a
3. podporiť rozvoj nových a nepoznaných žiadúcich afektov, ktoré zasa môžu facilitovať rast a zmenu.

Akceptácia bolestivých afektov. Mnohí pacienti majú excesívne pocity viny, ktoré súvisia so silnými hostilnými alebo sexuálnymi pocitmi k signifikantným osobám. Takéto emócie si môžu uvedomovať iba čiastočne. Napríklad je neakceptovateľný nejaký dôležitý aspekt skreslenej alebo oneskorenej smútkovej reakcie. Keď pacient naznačí prítomnosť bolestivého, neuvedomovaného alebo vytesneného pocitu takéhoto druhu, terapeutovou úlohou je podnietiť jasné prejavenie tohoto afektu. Jedným zo spôsobov je pátranie v senzitívnych oblastiach, napríklad vyvolaním detailov pacientových interakcií so signifikantnými osobami alebo rozšírenie diskusie o témach, na ktoré

pacient prejavil emočnú reakciu. Ďalším spôsobom je opakovane sa vracať k pocitom, ktoré pacient prežíva pri diskusii o emočne nabitých otázkach. Ak pacient prejaví tieto pocity, je dôležité, aby mu terapeut pomohol akceptovať ich. Pomôcť môže priame uistenie prostredníctvom vyhlásení ako "Väčšina ľudí by to takto cítila" alebo "Samozrejme, že ste nahnevaný". Inokedy púhym mlčaním terapeut demonštruje svoju tichú akceptáciu pacientových pocitov. U pacientov, ktorí sa obávajú, že sa presadia ich hostilné alebo sexuálne pocity, je dôležité jasne rozdeliť pocity od akcií; pričom akcie nemusia nutne byť dôsledkom pocitov.

Využitie afektov v interpersonálnych vzťahoch. Niektoré psychoterapeutické školy zastávajú názor, že najlepším spôsobom, ako zvládnuť afekty, je prejaviť ich katartickým spôsobom, v terapii aj mimo nej. V IPT sa prejavenie silných pocitov v terapeutickom sedení považuje za dôležité východisko pre väčšinu terapeutickej práce, ale ich prejavenie mimo sedenia nie je samo o sebe cieľom. Keďže cieľom je pomôcť pacientovi konať v interpersonálnych vzťahoch efektívnejšie, môže to podľa okolností znamenať prejavenie alebo potlačenie afektov. IPT terapeut môže pacientovi pomôcť zvládať jeho afektívne prežívanie mnohými spôsobmi. Po prvé, pacient a iná signifikantná osoba sa môžu dohodnúť na zmenách, ktoré eliminujú okolnosti vyvolávajúce bolestivé pocity. Napríklad pacient, ktorý opakovane pociťuje sklamanie a hnev v súvislosti so správaním partnera, to nemusí prežívať takto, keď sa správanie zmení. Po druhé, pacient sa môže naučiť vyhýbať sa bolestivým situáciám, keď je to vhodné. Tretím spôsobom zvládania afektu je odložiť jeho prejavenie alebo konanie z jeho popudu, až kým sa neutíši. To môže zahrňovať také stratégie, ako je naplánovanie si (spolu s partnerom) odloženia hádky až na dobu, keď obaja budú mať určitý odstup od diskutovanej záležitosti. Štvrtým spôsobom zmeny bolestivých afektov je pomôcť pacientom zrevidovať ich myslenie o afektívne nabitej téme, takže afekt, ktorý sa objavuje v reakcii na toto myslenie, sa takisto zrevidiuje. Táto stratégia je obzvlášť významná pri zvládaní anxiety. Pacienti často majú v súvislosti s iracionálnymi myšlienkami a strachmi vysoké hladiny anxiety. Odkrytím iracionálnych myšlienok a tým, že pacientovi pomôže prísť k alternatívnym spôsobom chápania situácie, terapeut môže pomôcť redukovať anxietu. Hnev sa takisto dá zmierniť prostredníctvom revízie pacientovho chápania situácie, v ktorej vzniká. Toto zrevidované pochopenie často zahrňuje zrelšie prijatie nezmeniteľných okolností.

Pomoc pacientovi prejaviť vytesnený afekt. Niektorí pacienti sú

emočne pridusení, alebo majú maladaptívny nedostatok emocionality v situáciach, v ktorých sa normálne pociťuje silný afekt. Títo ľudia môžu byť tak neasertívny, že nepociťujú hnev, aj keď iní ľudia porušujú ich práva. Niektorí pacienti môžu pociťovať hnev, ale chýba im odvaha prejaviť ho v asertívnom správaní. Iní nemusia pociťovať hnev, pretože im nikdy nedôjde, že by sa k nim iní ľudia mohli správať odlišne. U týchto pacientov môže byť užitočné poukázať na to, že sú zneužívaní. Pacientom, ktorí majú ťažkosti s pociťovaním a prejavovaním iných typov pocitov - ako je náklonnosť, vďačnosť alebo starostlivosť - možno pomôcť odkrytím iracionálnych strachov, ktoré viedli k vytesneniu týchto emócií.

Vodítko pre použitie povzbudzovania afektu

Túto techniku možno použiť u extrémne emocionálne inhibovaných jedincov, najmä keď sa zdá, že si nie sú vedomí silných pocitov, ako je smútok, hnev alebo láska. Terapeut by mal obvykle načúvať emočne dôležitým zdeleniam a povzbudiť ich expanziu.

Avšak u niektorých pacientov, ktorých trápia intenzívne, difúzne a zaplavené afektívne zážitky, môže byť stratégiou pomôcť vytesniť tieto ohromujúce zážitky. Okrem toho, púhe zopakovanie smútku, zlostných alebo hostilných výbuchov bez pokusu pochopiť tieto pocity, je pravdepodobne antiproduktívne. V takýchto prípadoch sa môže terapeut prerušiť afektívny prejav napríklad dopytovaním sa na pacientove myšlienky súvisiace s týmito silnými pocitmi. Alternatívne môže terapeut spolu s pacientom skúmať rozličné stratégie ako odložiť konanie na základe impulzívnych pocitov, aby sa získal čas na premyslenie dôsledkov.

Je chybou, ak nerozlišujeme pacientov na tých, u ktorých je treba povzbudiť afektívne reakcie a na tých, u ktorých by sa to nemalo robiť. Inými chybami je, ak preslabučké kĺče, ktoré nám k emočným otázkam ponúka pacient, ak nepoužijeme túto techniku, keď je vhodná a verbálny alebo neverbálny nesúlad s pacientovými pocitmi.

Klarifikácia

Terapeut používa klarifikáciu k preštrukturovaniu a spätnovväzbnému ovplyvňovaniu pacientovho materiálu. Krátkodobým cieľom je to, aby si pacient viac uvedomoval to, čo sa aktuálne komunikuje. Dlhodobým cieľom je facilitovať pacientovu diskusiu o predtým potlačenom materiáli. Medzi špecifické techniky klarifikácie patrí:

Vyzývanie pacienta, aby zopakoval alebo prefrázoval, čo povedal.

Je to obzvlášť užitočné, keď pacient urobil chybné vyhlásenie, povedal niečo prekvapujúcim alebo neobvyklým spôsobom, alebo poprel predošlé vyhlásenia.

Terapeut môže prefrázovať to, čo povedal pacient a spýtať sa ho, či je to to, čo mienil pacient. Prefrázovanie by sa malo urobiť takým spôsobom, ktorý dáva pacientovo vyhlásenie do interpersonálneho kontextu. Napríklad pacient, rozoberajúci incident s manželkou kvôli jej oneskorenému príchodu domov, opísal svoje pocity výrokom, "Bol to hnev", na čo terapeut zareagoval, "Boli ste teda na ňu nahnevaný?"

Terapeut môže upozorniť na logické súvislosti pacientovho vyhlásenia, alebo poukázať na implicitné domnienky v tom, čo bolo povedané.

Medzi najužitočnejšie techniky klarifikácie patrí upozornenie pacienta na kontrasty a ~~kontradikcie~~ kontradikcie v jeho prezentácii materiálu. Možno si povšimnúť rozpory medzi pacientovým afektívnym výrazom a verbálnou diskusiou o téme. Diskrepancie sa dajú zachytiť aj po určitom čase, keď pacient znovu predloží ten istý materiál. Kontrasty možno pozorovať medzi vyhlásením zámerov a zjavným správaním, medzi pacientovým stanovením cieľov a obmedzeniami reality. Pri konfrontovaní pacienta s rozpornými vyhláseniami je dôležité, aby to malo charakter skúmania a nie obviňovania. Na rozpory možno poukázať takým vyhlásením, ako "Nie je to zvláštne, že hovoríte ____, zatiaľčo predtým ste hovorili ____" alebo "Čo môžeme vyťažiť z kontrastu medzi ____ a ____?"

Vyhlásenia, ktoré obsahujú hlboké, neužitočné presvedčenie alebo myšlienku, možno preformulovať explicitne a pacient sa má potom vyjadriť, či to reprezentuje skutočné presvedčenie. Niektorí ľudia majú napríklad zvyk myslieť v extrémoch. Z pacientovho rozprávania o práci terapeut môže vyzistiť, že pacient sa domnieva, že je buď totálne úspešný alebo naprostý prepadák, bez akýchkoľvek gradácií medzi tým.

Vodítko pre použitie klarifikácie

Optimálne použitie je vtedy, keď má terapeut na mysli určitú hypotézu a môže použiť klarifikačné techniky, keď pacient hovorí o s tým súvisiacom predmete, alebo keď sa chce uistiť, že pacient vystihol pointu. Táto sa vypracuje vtedy, keď je pravdepodobné, že ju pacient pochopí, nie vtedy, keď pacient pociťuje silný, odťažitý afekt.

Komunikačná analýza

Komunikačná analýza sa používa na preskúmanie a identifikáciu komunikačných chýb, aby sa pacientovi pomohlo naučiť sa komunikovať efektívnejšie. Terapeut špecificky pátra po problémoch v komunikácii vyzývaním pacienta k čo najdetailnejšiemu reprodukovaniu dôležitého rozhovoru alebo hádky, ktoré pacient mal s nejakou signifikantnou osobou.

Chybná komunikácia môže byť zodpovedná za interpersonálne nezhody aj vtedy, keď účastníci majú vzájomne sa podporujúce alebo nekontradiktórne očakávania. Keď jestvuje realistická báza pre konflikt, chudobná komunikácia môže urobiť neriešiteľnou aj nepatrnú nezhodu. Komunikačné chyby sa môžu objavovať rozmanitými spôsobmi, väčšina ktorých zahrňuje neschopnosť jedného partnera otvorene korigovať nesprávne domnienky o myslení, pocitoch alebo zámeroch druhého. Medzi niektoré všeobecné komunikačné ťažkosti patria nasledovné:

Dvojzmyselná nepriama neverbálna komunikácia ako náhražka za otvorenú konfrontáciu. Verbálna komunikácia má oproti neverbálnej množstvo výhod v zmysle explicitnosti a zrozumiteľnosti. Mnohí pacienti, ktorí nedôverujú verbálnej komunikácii alebo sa obávajú otvoreného prejavenia svojich pocitov alebo myšlienok, sa spoliehajú na neverbálne konanie alebo komunikáciu, keď chcú niečo zdeliť druhým. Môžu byť mrzutý, rozladení, keď sú nahnevaní, alebo naznačujú suicidálne úmysly, keď sa cítia byť osamotení alebo deprivovaní. Osoba, ktorej je takéto konanie adresované, nemôže vedieť, čo sa od nej chce, alebo ako by bolo najvhodnejšie odpovedať.

Nesprávna domnienka, že ten druhý komunikuje. Mnohí ľudia predpokladajú, že osttatní budú vedieť o ich potrebách a pocitoch bez toho, aby ich jasne vyjadrili, očakávajúc, že ten druhý bude anticipovať ich chcenie, alebo že nakoniec dokáže čítať ich myšlienky. To má často za následok hnev a frustráciu, znovu tiché. Iní ľudia, keď sa pokusili predať nejaké zdelenie, sa nestarajú o to, či ich ten druhý počul alebo pochopil.

Nesprávna domnienka, že ten druhý porozumel. Mnohí depresívni pacienti sa obávajú masívnej odplaty alebo kritiky zo strany druhých a majú strach sa ich spýtať, či to, čo vnímali ako kritiku, bolo skutočne myslené takto.

Zbytočná nepriama verbálna komunikácia. Mnohí depresívni pacienti sú vysoko inhibovaní v priamom prejavovaní vcelku odôvodnených očakávaní alebo kritiky. Ako dôsledok môžu zostať rozladení z toho, že sa k nim zle chová nejaká osoba, ktorá si nie je vedomá toho, že

by ich nejako urážala. Namiesto priamej komunikácie môže takýto pacient používať narážky alebo dvojzmyselné zdelenia.

Mlčanie - uzatváranie komunikácie. Mnohí pacienti prišli na to, že mlčanie môže byť efektívnym a provokujúcim spôsobom zvládania nezhôd s inými osobami, ale nemusia si uvedomovať deštruktívny potenciál úplného uzavretia komunikácie.

Vodítko pre použitie komunikačnej analýzy

Komunikačná analýza sa zameriava na identifikáciu týchto a iných komunikačných chýb a na nasmerovanie pacienta k naučeniu sa komunikovať efektívnejšie. Identifikácia chybnej komunikácie často zahrňuje načúvanie dohadom, ktoré si pacient vyrába o myslení a pocitoch druhých. Optimálné použitie je v situácii nezhôd, najmä po nedávnej hádke (alebo neúspešnej komunikácii). Je dôležité pokúsiť sa o takú podrobnosť, akú dovoľuje pacientova pamäť, aj keď pacient odporuje alebo je znechutený. Pacientom treba umožniť, aby si vyvodili vlastné uzávery skôr, než im dá spätnú väzbu terapeut.

Je chybou, ak nepreskúmame alebo neprejdeme nejakým špecifickým rozhovorom, nedovolíme pacientovi urobiť si vlastné uzávery, nesprávne pochopíme pacientove zdelenie alebo nedokážeme navrhnúť alternatívy chudobnej komunikácie.

Použitie terapeutického vzťahu

Pri tejto technike sa ohniskom diskusie stávajú pacientove pocity k terapeutovi alebo k terapii. Myšlienky, pocity, očakávania a správanie v terapeutickom vzťahu sa skúmajú do takej miery, do akej reprezentujú model pacientovho charakteristického spôsobu cítenia a/alebo správania v iných vzťahoch.

V individuálnej terapii je vzťah medzi pacientom a terapeutom jediným "živým" zdrojom údajov o pacientovom štýle interpersonálneho fungovania, ktorý je terapeutovi sprístupnený. Za predpokladu, že ľudia sa vo všetkých osobných vzťahoch správajú charakteristickým spôsobom, možno interakciu medzi terapeutom a pacientom použiť k tomu, aby sme pacientovi pomohli učiť sa o ďalších vzťahoch. V IPT vzťah pacient-terapeut nie je primárnym fokusom liečby a pokusy extrapolovať z terapeutického vzťahu dynamiku ostatných vzťahov sa využívajú iba výnimočne. Avšak, keď sa pacient začne k terapeutovi správať alebo o ňom rozmýšľať takým spôsobom, ktorý prekáža napredovaniu v terapii, treba venovať pozornosť terapeutickému vzťahu "tu-a-teraz". Ak to nedokážeme, povedie to k predčasnému ukončeniu alebo k neproduktívnej liečbe.

Aby sa facilitovalo monitorovanie tohoto vzťahu, pacienta treba už na začiatku liečby inštruovať, aby terapeutovi povedal o stažnostiach, obavách a/alebo iných averzívnych pocitoch, ktoré sa objavujú v priebehu liečby buď v súvislosti s terapeutom alebo v súvislosti s terapeutickým procesom. Pozitívnejšie pocity (ako je napríklad prehnaný pocit, že sa mu dostáva pomoci od mocného experta) netreba systematicky skúmať, pretože skôr napomáhajú než brzdia napredovanie liečby.

Povzbudzovanie pacienta k vyjadreniu negatívnych pocitov voči terapeutovi slúži mnohým vitálnym funkciám. Poskytuje model pre pacientove interakcie s druhými, pretože pacient a terapeut rozoberajú pacientove oprávnené a nerealistické záujmy. Terapeutovi to dovoľuje korigovať distorzie a spoznať rýdze deficiencie alebo problémy v liečbe. Mimo toho, analýza nerealistických negatívnych reakcií na liečbu môže poskytnúť presvedčivé údaje, ktoré pacient môže použiť, aby pochopil a opravil svoj skreslený pohľad na ostatných. Napríklad, keď sa pacient začína vyhýbať diskusii o citlivom materiáli, alebo upadá do mlčanlivosti, obvykle za tým odhalíme excesívne očakávania útoku, zosmiešnenia, odmietnutia, potrestania a podobne.

Vodítko pre použitie terapeutického vzťahu

Táto technika sa optimálne používa pri: 1/ rolových nezhodách, kde podáva spätnú väzbu na to, ako osoba pristupuje k ostatným ľuďom a pomáha pacientovi pochopiť patologické interakcie na základe ich opätovného prežívania s terapeutom, kde však ide o krok ďalej a rieši ich; 2/pri zármutku a strate, kedy reakcie na terapeuta môžu ukazovať, ako sa pacient odrezal od ostatných, alebo ako rozvinul vzťahy, ktoré odzrkadľujú vzťah so stratenou osobou; 3/ pri interpersonálnych deficitoch, pretože pacient si s terapeutom vyvíja vzťah ako model pre ostatné vzťahy.

Rozhodujúce je načasovanie. Táto technika je obzvlášť užitočná, keď vyvstanú problémy (oneskorenosť, niet čo povedať), je však dôležité nevychádzať s týmto problémom, kým sa neutvorilo určité terapeutické spojenectvo. Treba vziať do úvahy aktuálne obmedzenia vzťahu a súčasne aktuálne črty pacienta a terapeuta.

Je chybou časovať túto techniku nedbalo, nesprávne chápať pacientove interakcie s terapeutom, alebo nebrať do úvahy pacientove presné percepcie súvisiace s terapeutom alebo terapeutickým vzťahom.

Techniky zmeny správania

Trvalé zlepšenie obvykle závisí od zmien v pacientovom interpersonálnom správaní mimo terapie. V IPT môže terapeut použiť 1/ direktívne techniky, 2/ analýzu rozhodnutia a 3/ prehrávanie rolí k uľahčeniu zmeny správania.

Medzi direktívne techniky patria také intervencie ako je vzdelávanie, poradenstvo, modelovanie alebo priama pomoc pacientovi vyriešiť relatívne jednoduché praktické problémy. Pri budovaní pozitívneho pracovného vzťahu v raných fázach liečby by terapeut mal byť pozorný k možnosti priamej pomoci pacientovi vyriešiť také praktické problémy, ako nájdenie bytu alebo sociálna finančná podpora. Keďže cieľom liečby je pomôcť pacientovi fungovať samostatne, nadmernému používaniu priamej pomoci alebo radeniu sa treba vyhýbať. Skôr treba pacientov učiť analyzovať nové situácie a robiť vlastné voľby. Ako celkové stratégia by terapeut s napredovaním liečby mal prechádzať od relatívne priamej k relatívne nepriamej pomoci. Keď sa priame intervencie zdajú byť odôvodnené, možno použiť nasledovné techniky:

Rady a návrhy by sa mali použiť iba vtedy, keď sa terapeut domnieva, že pacient nie je schopný sám urobiť relatívne úspešné rozhodnutie. Aby si terapeuta otestovali, pacienti môžu žiadať o radu, ktorú nepotrebujú, alebo prosia o pomoc v oblasti, v ktorej nemožno od terapeuta očakávať, že sa bude v nej vyznať (napríklad daň z príjmu). V takýchto prípadoch terapeut môže chcieť preskúmať pacientove nerealistické očakávania od neho. Hoci to niekedy môže byť rozhodujúce, podávanie rád môže byť na škodu liečbe v tom, že je v rozpore so všeobecným princípom, že pacient je zodpovedný sám sebe a za seba aj vtedy, keď sa rozhodne nasledovať radu niekoho iného.

Vytýčenie medzí môže byť nutné u vysoko impulzívnych jedincov, správanie ktorých je deštruktívne buď pre nich samotných alebo pre liečbu. Terapeut sa môže rozhodnuť pre podmienku, že pacient sa vyvaruje daného správania, ak má zostať v liečbe.

Vzdelávanie je esenciálnou funkciou IPT všeobecne aj špeicificky. V konečnom dôsledku vzdelávanie pacientov o ich interakciách s druhými je cieľom všetkých intervencií IPT. Špecifickejšie, pacient môže jednoducho mať nedostačujúce poznanie o rade otázok, ktoré sú v jeho živote významné. Terapeut môže prospešne vzdelávať pacienta o charaktere depresívneho ochorenia a všeobecných psychologických princípoch alebo o spôsoboch riešenia praktických problémov. Vzdelávanie má prednosť pred podávaním rád, pretože sa snaží pacienta

vybaviť schopnosťami, s ktorými bude môcť robiť vlastné voľby.

Priama pomoc by sa mala použiť výlučne pri riešení praktických problémov. Pri interpersonálnych problémoch by sa pacientovi malo zdeliť, že ide o záležitosť, za ktorú je - napriek pomoci - zodpovedný on.

Modelovanie je podobné dávaniu rád, pretože obsahuje podávanie príkladov, ako terapeut zvládal problémy podobné pacientovým problémom. Táto techníka pomáha k zdeleniu pacientom, že nie sú jediní, kto má ťažkosti a že iní sa naučili riešiť svoje problémy.

Vodítko pre použitie direktívnych techník

Optimálne by sa direktívne techniky mali používať s mierou, s výnimkou vzdelávania. Najlepšie sa dajú využiť v prvých sedeniach na vytvorenie atmosféry, v ktorej je terapeut vnímaný ako osoba, ktorá pomáha. Okrem toho, priama rada môže byť užitočná, keď pacientovi môže zjavne pomôcť informácia od terapeuta, alebo keď je pacient hrubo dezinformovaný. Rady by ideálne mali mať skôr formu napomáhania zvážiť možnosti predtým prehliadané a nie formu priamych návrhov. Spôsob by mal byť napríklad: "Jedna vec, ktorá by u vás stála za úvahu, je..."

Príliš časté používanie je chybou, podobne ako návrhy, ktoré sú príliš špecifické a priame, alebo ktoré podkopávajú pacientov pocit autonómie, alebo ktoré sa zakladajú na chybných informáciach alebo nesprávnych percepciách.

Analýza rozhodnutia

Ide o techniku, ktorou sa pacientovi pomáha zvážiť široký rad alternatívnych akcií (a ich dôsledkov), ktoré možno podniknúť k vyriešeniu nejakého daného problému. Je to hlavná na akciu orientovaná technika IPT a vyslovene ju treba pacienta naučiť pre použitie mimo liečby. U mnohých depresívnych pacientov nachádzame históriu robenia sebaporážajúcich rozhodnutí, čiastočne preto, lebo nedokážu vziať do úvahy všetky rozumné alternatívy a posúdiť dôsledky svojho konania. Úlohou terapeuta pri analýze rozhodnutia je pomôcť pacientovi spoznať rozširujúci sa rad možností a naliehať, aby sa ku konaniu nepristúpilo skôr, než sa adekvátne nepreskúma každá možnosť.

Analýzu rozhodnutia možno použiť kedykoľvek má pacient riešiť nejaký interpersonálny problém. Terapeut by mal začať všeobecnou otázkou, "Čo myslíte, aké možnosti máte teraz?" alebo " Prečo neskúsime zvážiť všetky možnosti, ktoré máte?" V nasledujúcej disku-

kusii by terapeut mal byť pozorný a poukázať na užitočné alternatívy, ktoré pacient ignoroval a usmerniť pacienta k preskúmaniu možných dôsledkov každej línie správania. Analýze rozhodnutia často odhalí pacientove excesívne obmedzené predstavy alternatív alebo nerealistické predstavy o dôsledkoch. Hoci pri tejto technike je terapeut vysoko aktívny, voľba medzi alternatívami zostáva na pacientovi.

Vodítko pre použitie analýzy rozhodnutia

Táto technika je optimálne použitá, keď pacient najskôr dôkladne rozdiskutoval a analyzoval problém a terapeut sa aktuálne vyhýba tomu, aby navrhoval, čo robiť. Vždy je možnosť pokračovať v diskusii a premýšľaní o probléme. Je tu určitá dôkladnosť v tom, že sa zvažujú dôsledky každého konania.

Je chybou, ak dochádza k prílišnej aktivite alebo tlačeniu pacienta do rozhodnutí, alebo ak sa technika použije skôr, než sú dostupné všetky informácie. Ak sú možnosti príliš úzke, nedá sa vziať do úvahy všetky okolnosti alebo premyslieť dôsledky správania.

Prehrávanie rolí

Terapeut, ktorý používa túto techniku, preberá rolu určitej osoby z pacientovho života. Prehrávanie rolí možno použiť k dosiahnutiu dvoch dôležitých úloh: 1/ explorácia pacientových pocitov a štýlu komunikácie s ostatnými, a 2/ vyskúšanie si nových spôsobov správania sa k ostatným.

Pri prvej úlohe možno hranie rolí použiť vtedy, keď má terapeut pocit, že pacienti nie adekvátne zdeľujú pocit vzťahu s inými ľuďmi. Keď terapeut hrá nejakú inú osobu, pacient môže reagovať živým odkrývajúcim spôsobom.

Pri druhej úlohe možno prehrávanie rolí použiť k cvičeniu pacienta interagovať s inými osobami novým spôsobom, napríklad asertívnejšie. Od premýšľania o odlišnom konaní k aktuálnemu konaniu je dlhá vzdialenosť. Pacient si často už roky uvedomuje túžbu alebo potrebu zmeny, nie je to však schopný urobiť. Prehrávanie rolí umožňuje pacientovi prax v bezpečnom prostredí a tak plynulejší prechod od plánov ku konaniu.

Vodítko pre použitie prehrávania rolí

Túto techniku možno optimálne použiť pri vyvolávaní pacientových

pocitov k nejakému predmetu tým, že poskytneme štruktúru pre pacientove prejavy. Takisto môže byť prospešné pri pomáhaní pacientovi praktizovať niektoré náročné situácie, je to však technika, ktorá sa v IPT používa výnimočne.

Je chybou použiť ju, keď nie je nutná, alebo nepoužiť ju, keď sa pacient nedostáva do vecí adekvátne.

Prídavné techniky

Stanovenie kontraktu. Týka sa to sekvencie pološtrukturovaných úloh v úvodných sedeniach, ktorých cieľom je vzdelať pacienta o IPT a získať jeho spoluprácu ako partnera v terapeutickej práci. Medzi tieto úlohy patrí individualizované vysvetlenie racionále IPT a vysvetlenie techník IPT, určité zdelenie pacientovi o terapeutovom chápaní toho, čo pacienta priviedlo do terapie a diskusia o praktických otázkach liečby - dĺžka sedení, frekvencia, trvanie liečby, čas sedení, postoj k vymeškaným sedeniam, platenie a tak ďalej (pozri Kapitola 5).

Administratívne detaily

Tieto intervencie sa týkajú procedurálnych alebo účtovných úloh terapie - diskusia o čase sedení, plán dovoleniek atď.

Kapitola 12.

INTEGRATÍVNA KAZUISTICKÁ UKÁŽKA

Kazuistická ukážka zármutku a straty ilustruje stratégie a techniky IPT a ponúka vhodný spôsob k ich porovnaniu so stratégiami a technikami, ktoré sa používajú v iných psychoterapiách. Takisto ilustruje použitie IPT na úrovni chronológie, problémových oblastí, techník a terapeutického postoja. Táto podrobná prezentácia obsahuje opis stratégií a sledu udalostí, porovnanie IPT prístupu s prístupmi iných psychoterapií, úrovne intervencie a používané techniky.

Stratégie a sled udalostí

Úvodná fáza (sedenia 1-2)

Ruth C., 66-ročná žena, do liečby prišla kvôli depresii, ktorá trvala už rok a ktorú si začala "uvedomovať" po smrti manžela, ktorý zomrel na progredujúce ochorenie zapríčinené diabetom a pridruženou vasculárnou chorobou. Nemala žiadnu históriu depresie v minulosti. Jej symptómy zahrňovali neprekonateľný smútok, s nepatrnými zmenami v nálade bez ohľadu na okolité dianie, zaujatie spomienkami na manžela a pocitmi viny voči nemu, pocity neadekvátnosti z neschopnosti usporiadať si svoje záležitosti od jeho smrti, tendenciu k nadmernému spaniu, spomalenosť a hlboko sťaženú koncentráciu, tak akútnu sociálnu utiahnutosť, že obmedzila svoje kontakty s dvomi dospelými deťmi, pociťujúc, že je pre ne bremenom. Depresívne symptómy predstavovali pokračovanie smútkovej reakcie a ona sa domnievala, že tieto pocity sú normálne. Neskôr, keď symptómy pretrvávali, zostávala postupne stále viac zúfalejšia a bez nádeje, že ich dokáže prekonať, hoci popierala suicidálne úmysly.

Dva mesiace pred prvou návštevou u psychoterapeuta sa pani C. uchádzala o liečbu na inej klinike. V tom čase ju liečili amitryptylínom a ona začala prežívať určité zlepšenie nálady. Liečba sa však prerušila, keď bola hospitalizovaná kvôli liečbe psoriázy. Pokiaľ bola v nemocnici, zostala do určitej miery asymptomatická, avšak po návrate domov zostala depresívna ako predtým. Spĺňala kritéria pre veľkú depresiu podľa DSM-III.

Interpersonálny kontext

Pani C. jasne spájala svoju depresiu s chorobou a smrťou manžela, ktorý postupne upadal od doby, kedy obaja odišli do dôchodku, t.j.

pred štyrmi rokmi. Hoci plánovali, že budú v dôchodku cestovať a v očakávaní toho odkladali dovolenku, akceptovala obmedzený, izolovaný štýl života sústredený na opateru manžela. Zriedkavo odchádzala z domu bez neho a prerušila kontakty s priateľmi a známymi. Na manželovej chorobe bol najnepríjemnejší jeho duševný úpadok. Krátko pred smrťou musel byť hospitalizovaný v psychiatrickej nemocnici, kde sa u neho objavila ťažšia vasculárna choroba, ktorá vyžadovala presunutie do inej nemocnice a amputáciu jednej nohy. Od vtedy bol manžel pani C. až do smrti úplne duševne inkoherentný.

Prehľad minulého rodinného života priviedol pani C. k vyhláseniu, že pred manželovou chorbou bol ich vzťah výborný a pln spokojujúci. Boli manželmi 35 rokov. Jej vzťah k jej dvom deťom, -ročnému synovi a 28-ročnej dcére, charakterizovala jej ťažkosť vzdať sa kontroly nad nimi. Syn bol alkoholik, teraz už vyše roka abstinujúci. Tento jeho pokrok sa zjavne spájal so schopnosťou pani C. zredukovať jej snahy pomôcť mu s týmto problémom. Vzťah s dcérou bol menej problematický, pravdepodobne preto, že dcéru opísala ako "sebestačnejšiu" a nezávislú od pani C. V minulosti sa trochu hádavali kvôli tomu, že pani C. sa miešala do dcériných záležitostí, ale v posledných rokoch sa ich vzťah zlepšil.

Hoci pani C. uznala, že si potrebuje rozvinúť nové aktivity a sociálne kontakty, bola pesimistická k tomu, či to vôbec dokáže. Opisovala, že čo sa toho týka, má "dvojitú osobnosť", pretože je markantný rozdiel v tom, čo s inými ľuďmi prežíva a čo anticipuje. Mnoho rokov veľmi dobre fungovala ako sekretárka a z práce mala množstvo priateľov. Mala pocit, že jej nerobí ťažkosti zoznamovať sa s novými ľuďmi a uzatvárať priateľstvá, hoci mala tendenciu sústrediť svoje aktivity na rodinu. Manželova choroba ju priviedla k tomu, aby viac alebo menej úplne prerušila kontakt s priateľmi, najmä v poslednom roku jeho života. Pani C. mala pocit, že u svojich starých priateľov nebude vítaná, pretože budú urazení, že ich ignorovala. Anticipovala teda odmietnutie, keby sa pokúsila skontaktovať sa s ľuďmi.

Jej anticipácia odmietnutia a pocit, že sa nedokáže tešiť zo spoločnosti iných ľudí, ostro kontrastovali s tým, čo sa v skutočnosti objavilo, keď ju iní ľudia vyzvali, aby sa k nim pridala v spoločenskej činnosti. Udávala, že mala radosť sama zo seba a že sa zdalo, že ostatní oceňujú jej spoločnosť. Napríklad, keď odchádzala z nemocnice, jej spolupacientky jej povedali, že im je za ňou smutno, pretože mali rady jej spoločnosť. Zistila, že by pravdepodobne dokázala adekvátne fungovať v sociálnych vzťahoch, keby vede-

la prekonať svoje anticipácie a nútenie sa do plánovania aktivít. Takisto však odhalila dlhodobý strach z toho, že by ju druhí ľudia mohli využívať, keby dovolila, aby priateľstvo prekročilo hranicu povrchnej interakcie.

Komentár k stratégii

Terapeut viedol uvodné sedenia zbierania informácií s cieľom získať dva všeobecné druhy informácie: a/ posúdenie typu a závažnosti depresívnych symptómov; a b/ určenie interpersonálnych otázok spojených s nástupom súčasnej depresívnej epizódy. Úvod sedenia začal skôr všeobecnými otázkami ("Čo vás priviedlo na kliniku?"), po ktorých nasledoval relatívne systematický prehľad symptómov. Potom zasa nasledovalo posúdenie súčasnej sociálnej situácie (prehľad súčasných podpôr a dôležitých činností, ako je práca a priatelia) a udalostí, ktoré predchádzali a nasledovali nástup depresívnych symptómov.

Počiatočné zvládanie symptómov. Na základe prehľadu depresívnych symptómov terapeut dospel k uzáveru, že majú miernu hĺbku, nevyžadujú hospitalizáciu a že v minulosti do určitej miery reagovali na medikáciu. Vzhľadom na situačnú povahu depresie pani C. sa rozhodlo počkať s farmakoterapiou až do ďalšieho zhodnotenia. Predpokladalo sa, že v dôsledku vstupu do psychoterapie by mohlo dôjsť k určitej remisii symptómov. Hoci pojem situačnej depresie je sporný, mnohí klinici interpretujú históriu pacientov ako pani C. v tom zmysle, že depresia sa spája so sociálnymi okolnosťami a životnými udalosťami v čase nástupu symptómov (Hirschfield, 1981). Problém symptómov sa na prvom sedení zvládal vzdelávaním a uisťovaním ako:

Terapeut: To nepríjemné, čo ste pociťovala - smútok a plač, neschopnosť vzchopiť sa, sťažená koncentrácia, vyhýbanie sa ľuďom - to všetko je súčasťou obrazu depresie, ktorá vás - ako sa zdá - postihla v dôsledku straty mnohých vecí v posledných niekoľkých rokoch. Ako ste zdôraznila, to , ako sa cítite teraz, je úplne odlišné od toho, ako ste sa cítila predtým; stratila ste manžela a ešte predtým ste stratila jeho spoločnosť; prišla ste o plány, ktoré ste si pripravila pre šťastný dôchodok. Je veľmi ťažké vyrovnať sa s toľkými stratami. Častou toho, čo budeme robiť, bude to, že sa budeme snažiť pomôcť vám v tom... konfrontovať, čo ste stratila a pomôcť vám to zvládnuť. Keď sa nám to podarí, očakávam, že vaše symptómy sa zlepšia.

Počiatočná formulácia terapeutickej stratégie. Na základe preskúmania kontextu súčasnej depresie sa terapeut snažil určiť, aký je, a začal rozvíjať predstavu, akoby sa dali urobiť zmeny. Častou plánu bolo tiež rozvinúť spojenectvo, tým, že sa na problémoch začne pracovať už v prvom sedení; že pacientka dostane spätnú väzbu, aby mala pocit, že bola vypočutá a že sa dozvie, čo má od psychoterapie očakávať. Pacientka jasne spájala depresiu so smrťou manžela, nedokázala však určiť, pre-čo to nevie vypudiť z mysle. Z prehľadu posledných rokov jej manžela začalo byť jasné, že v bránení úspešnému oplakaniu tejto straty zohrali dôležitú úlohu mnohé aspekty manželovej smrt-i.

Na jeho dlhú chorobu a postupný úpadok reagovala popretím, ktoré ju priviedlo k očakávaniu od neho, že bude konať zodpovednejšie, než bol schopný. Jeho duševný úpadok a bezmocnosť ju priviedli k tomu, že začala byť na neho nahnevaná (a pravdepodobne si začala želať jeho smrť). Tieto pocity sa po jeho smrti stali zdrojom ťažkých pocitov viny. Obzvlášť zlý pocit mala zo svojho prispenia k jeho hospitalizácii, z ktorej sa nevrátil. Hoci choroba bola mimo jeho kontroly, pani C. pociťovala zlosť, že manželov úpadok im obom prekazil plány na šťastný dôchodok.

Ako prvý veľký cieľ liečby sa určilo pomôcť pacientke prekonať pocity viny súvisia-ce s tým, ako zvládala chorobu a smrť a rozvinúť jej realistickejšie chápanie. Generálnou stratégiou bolo preskúmať vzťah s manželom, okolnosti jeho smrti a spôsob, akým naďalej o ňom premýšľala. Kým skúmal tento materiál, terapeut mal neustále na mysli typické pocity spojené s patologickým žiaľom, vrátane ~~kniky~~ hanby nad bezmocnosťou z neschopnosti zabrániť tejto udalosti; hnevu na osobu, ktorá je príčinou tejto udalosti; pocitov viny z agresívnych impulzov ako sú deštruktívne fantázie týkajúce sa stratenej osoby;pocitov viny z prežitia, kvôli pocitu úľavy, že zomrel niekto iný a nie ja; smútku zo straty a strachu z identifikácie alebo splynutia s obeťou.

Keď sa rozoberal materiál súvisiaci s týmito témami, terapeut sa snažil tieto pocity pacientke klarifikovať a tam, kde to bolo vhodné, poukázať na ich nerealistickú povahu. Tentodruh práce začal už v úvodnom sedení, pri snímaní histórie. Napríklad, keď pacientka rozprávala o svojom pocite viny, ktorý mala z toho, že dala manžela do nemocnice v posledných mesiacoch jeho života a vyjadrila smútok z toho, že mu to nedokázala povedať, terapeut reagoval otázkou na manželov stav a zistil, že manžel sa stal nezvládateľným - celú noci nespal, bol inkoherentný, násilnícky a ohrozujúci. Na základe

tejto informácie a jej vylíčenia toho, čo by bola rada povedala svojmu manželovi, terapeut uznal jej pocit viny a smútok z toho, že ku koncu nebola schopná sama sa postarať o manžela, poukázal však na to, že nemala inej voľby.

Druhý veľký cieľ liečby, pomôcť pacientke zhrnúť zmysluplné aktivity, sa takisto definoval na základe zbierania počiatočných informácií. V čase nástupu do liečby sa jej sociálne fungovanie obmedzovalo na kontakt s jej deťmi a zaobstarávanie prác okolo domácnosti. Zdráhala sa vyhľadať starých priateľov nielen kvôli pocitu viny, že ich zanedbávala, ale aj kvôli obavám, že pri nich nebude schopná ovládať svoju depresívnu náladu. Bolax si vedomá toho, že v susedstve je stredisko aktívnych starších občanov, zdráhala sa však sama zapojiť do jeho činnosti. Začala chodiť do nejakého kurzu, uvažovala však, že to nechá. Mimo toho, jej spôsobm správania sa k druhým ľuďom často nadobúdal podobu starostlivosti a sebaobetovania, ktoré boli sprevádzané strachom z využívania. Napriek súčasným sociálnym deficienciám, pacientka mala pred odchodom do dôchodku relatívne aktívne vzťahy s priateľmi. Navyše, si uvedomovala, že keď už raz vstúpila do vzťahu s inými ľuďmi, mala tendenciu radovať sa z tohoto kontaktu napriek hlbokej anticipatórnej anxiete.

Aby jej pomohol začať používať evidentné sociálne schopnosti znovu, terapeut začal s procesom skúmania možností pani C. k nadviazaniu kontaktov s druhými ľuďmi a povzbudzoval ju k tomu, aby ich využila. V tomto procese sa dôraz kládol na uvoľnenie negatívnych očakávaní ako by mohli dopadnúť rozličné voľby a na konfrontáciu ich nerealictickej povahy. Napríklad, v prvom sedení pacientka rozoberala, ako skončil jej vzťah s predtým najlepšou priateľkou, pretože ju nemohla navštíviť a nechať manžela bez opatery a bola príliš vyvedená manželovým stavom, aby pozvala priateľku na návštevu. Teraz mala pocit, že si nemôže dovoliť pozvať túto priateľku, pretože by ju obvinila, že ju zanedbávala. Terapeut sa spýtal, či by táto priateľka pochopila jej vysvetlenie, keby jej ho ponúkla a pacientka uznala, že by mohla.

Pri skúmaní straty manžela a pacientkinho súčasného sociálneho fungovania terapeut nielenže snímal históriu, ale pomáhal pacientke aj klarifikovať tieto situácie a rozvíjať alternatívne spôsoby, ako o nich premýšľať. Na konci prvého sedenia, potom, čo jej povedal, že sa zdá, že depresia súvisí so stratou manžela, terapeut takto uviedol pacientku do IPT liečby:

Jedným z dôvodov, prečo ľudia niekedy majú ťažkosti začať znovu po strate milovaného človeka, je, že je ťažké reálne sa pozrieť tejto strate do očí a skutočne začať premýšľať o tom, čo to znamená a dovoliť si pociťovať bolestivé pocity. Domnievam sa, že jednou z vecí, ktoré v terapii môžeme urobiť, je pokúsiť sa pozrieť na to, čo sa s vami a s vaším manželom stalo, pozrieť sa na to, čo pre vás znamenal. Prejdeme cez to spôsobom, ktorá môže byť bolestivá, myslím si však, že je veľmi nutná, aby sme to urobili, ak sa máte znovu vrátiť do aktívneho života. Druhou stránkou nášho snaženia pozrieť sa na to, čo sa udialo so stratou manžela, bude to, že sa pozrieme na spôsoby, akými by ste sa znovu mohla začať tešiť zo života. A zdá sa, že pokiaľ sa tejto veci týka, ste už vlastne začala. Takisto sa však zdá, že máte množstvo dlhodobých postojov, ktoré - ako si do určitej miery uvedomujete - nie sú realistické, ako je rozdiel medzi tým, ako sa veci vyvinú, a tým, ako to anticipujete. Máte tiež množstvo strachov, že vás ľudia akosi nebudú mať radi, že sa vám vyhýbajú alebo vás chcú využívať. Určitý čas budeme venovať tomu, že sa pokúsime preskúmať prečo sa tieto veci zdajú byť také silné a pravdepodobné. Takisto sa pozrieme na spôsoby, ktorými by ste mohla prekonať svoje obavy. Budeme sa stretávať dvánásť sedení a bol by som rád, keby ste do nich priniesla veci, ktoré vám spôsobujú starosti, spôsoby ako cítite a premýšľate, o ktorých by ste chcela hovoriť, a aby ste tiež prijala to, že budeme skúmať dôležité vzťahy z vašej minulosti aj prítomnosti.

Hodnotenie pokračovalo v druhom sedení, keď pacientka diskutovala o dvoch hlavných témach súvisiacich s liečebnými cieľmi: a/ jej prežívanie manželovho života a smrti, a b/ jej úsilie o znovuvybudovanie vlastného života bez neho. Diskusia o jej pôvodnej rodine odhalila vysoko dezorganizované a narušené detstvo. Matka jej zomrela, keď mala päť rokov a keď mala sedem rokov, štát rodinu rozbil tým, že odňal deti otcovi-alkoholikovi. Od tej doby až do osemnástich rokov žila relatívne krátke obdobia v celom rade domovov. Túto skúsenosť opisovala ako bolestnú a frustrujúcu, pretože pestúni mali tendenciu pozerať sa na zverené deti ako na neplatenú pracovnú silu. Keď mala osemnásť, presťahovala sa k staršej sestre a o päť rokov neskôr sa po dlhšej známosti vydala za svojho manžela. Manžel bol jej jedinou vážnou známosťou. V priebehu sedenia sa pani C. postupne dostala k nepríjemným spomienkam na manželov posledný rok života, najmä na jeho bolestivú neschopnosť postarať sa o seba.

Ku koncu zostal psychotický a verbálne útočný. Znovu popisovala pocit viny z úľavy, keď bol hospitalizovaný a keď zomrel. Keď sa terapeut dopytoval na podrobnosti z jej spomienok na toto obdobie, snažil sa byť akceptujúci a sympatizujúci.

S touto témou sa spájala otázka jej vstupu do nových aktivít. Hovorila o starších občanoch, budúcich študijných kurzoch, dobrovoľnej práci a navštevovaní priateľov prevažne v zmysle svojich strachov z týchto vecí. Pociťovala obavy, pretože teraz bola sama a nemohla si už ďalej vyberať medzi ľuďmi, ako keď mala manžela, o ktorého sa mohla oprieť. Takisto mala pocit, že vydaté bývalé priateľky sa už o ňu nebudú zaujímať, pretože už nie je častou páru. A domnievala sa, že jej depresia je taká zrejmá, že nie je možné, aby niekto mal záujem navštíviť ju. Terapeut jemne konfrontoval tieto body, navádzajúc ju, aby uviedla protipríklady a podčiarkujúc nerealistické aspekty. Ku koncu tohoto sedenia terapeut rozhodol, že pacientka začne užívať tricyklické antidepresíva (100 mg). Toto rozhodnutie sa zakladalo na pacientkinej neustále vysokej hladine depresie, ktorá bola počas sedenia badateľná a na minulej histórii pozitívnej reakcie na medikáciu.

Stredná fáza (sedenia 3-8)

Pri treťom sedení pacientka udávala, že sa cíti lepšie a urobila niekoľko krokov na ceste k aktívnejšiemu životu. Po prvýkrát riadila v noci auto (povedala, že manžel jej vštepoval strach z riadenia v noci), po prvý krát od manželovej smrti si pozvala priateľov na večeru a začala častejšie vychádzať von, nadviažúc kontakty s miestnym strediskom starších občanov.

Pani C. takisto začala premýšľať o tom, ako veľmi obmedzovala sama seba po celé roky, v reakcii na inhibovanú osobnosť svojho manžela. Uvedomila si, že sa stále správa, akoby jej manžel žil a že má pocity viny, ak urobí niečo, čo by on neschvaľoval. Navyše mala pocity viny, ak utrácala peniaze, ktoré si našetrila spolu s ním, alebo ak urobila nejaké zmeny v dome. Diskusia o jej každodennom živote odhalila, že mu naďalej udržiava v dome priestor, že spí iba v svojej polovici postele a používa iba svoju polovicu kúpeľne. Sedenie skončilo relatívne novým uvedomením si, že ona, nie on, môže rozhodovať, či sa bude obmedzovať alebo si dovolí konať. Navyše, so stratou cennej milovanej osoby sa pojila rovina slobody, akú nezažila už štyridsať rokov.

Pri štvrtom sedení sa materiál z predošlých sedení zopakoval a

rozšíril ďalej, keď pani C.rozoberala svoje rozšírenie sociálneho života a plány na budúce kurzy na miestnej škole a na dobrovoľnú prácu. Ako povedala, uvedomila si, že nezískava iba svoju starú úroveň výkonu, ale koná a myslí na seba úplne novým spôsobom. Uvedomila si, že väčšinu svojho života strávila v kontrolujúcom, obmedzujúcom prostredí - v pestúnskych domovoch a potom s obozretným, kontrolujúcim manželom. Tieto obmedzenia brala ako samozrejmé a až teraz začínala vidieť, ako veľmi chcela tieto veci zmeniť. Napríklad podriadila sa domácej rutine, v ktorej bol každý deň v týždni venovaný nejakej špecifickej úlohe - napríklad pondelok bol dňom prania. Keď sa v pondelok objavila nejaká lákavá aktivita, ohrozená stupňom konfliktu, ktorý pociťovala, keď presunula pranie na iný deň. Pociťovala však, že miera, do akej rutinizovala svoj život, je nadmerná.

Piate sedanie sa ukázalo byť bodom zvratu. Od predošlého sedenia, kedy pani C. obdržala výsledky testov (rozličné dotazníky a škály merajúce stupeň zlepšenia), uplynuli dva týždne. Cítila, že tieto testy ukazujú na značné zlepšenie. Mala pocit, že už nemá o čom rozprávať a iba plýtva terapeutovým časom. Terapeut zobral tieto vyhlásenia na vedomie a začal diskutovať o možnosti ukončenia liečby po jednom alebo dvoch ďalších sedeniach, pričom ju povzbudzoval k zhodnoteniu priebehu liečby a k rozobratiu problémov, ktoré by ešte mohli zostávať. Reagovala na to tým, že začala hovoriť o svojich obavách zo zhoršenia zdravia v súvislosti so starnutím. Takisto si robila starosti kvôli tomu, že ešte nevyrovnala všetky účty za manželovu liečbu a obávala sa, že jej zlepšenie je iba dôsledkom medikácie a že by mohlo dôjsť k relapsu, keď prestane užívať lieky. Napriek týmto pesimistickým témam hovorila aj o svojom pocite, že sa začala učiť novým zásadám žitia. Terapeut naznačil, že terapia nemusí pozostávať jednoducho z diskusie o symptómoch, ktoré sú teraz zredukované, ale môže sa zamerať aj na jej skúsenosť s učením sa žiť ináč. Pacientka napokon s úľavou a vďačnosťou vyhlásila, že by rada zostala v liečbe ďalej.

Šieste sedenie sa zameralo na to, čo sa skrýva za zvláštnym, perzistujúcim "šialeným" pocitom, ktorý začala mať, "akoby som musela všetko urobiť", skôr, než sa stane niečo strašné. Cítila sa stále lepšie a lepšie a stále viac a viac sa zapájala do nových činností, najmä pri príprave vianočných sviatkov, prvých, ktoré mala osláviť bez manžela. V tomto sedení preskúmala aspekty týkajúce sa manželovej smrti a dokázala dať svoj šialený pocit do súvisu so strachom, že by mohla zomrieť tiež, ako zo trest,

práve keď život znovu začína vyzerať sľubne. Uviedla tiež, že krátko po manželovej smrti sa jej stratili jej dve mačky a táto strata značne rozšírila jej zúfalstvo. Rozoberajúc skutočnosť, že ešte stále nedala urobiť manželovi na hrob kameň, si uvedomila, že sa v určitých ohľadoch ešte stále nedokáže od manžela odpútať, hoci sa ďalej teší zo života.

Siedme sedenie pacientka začala zhodnotením pokroku, ktorý urobila. Uviedla, že sa cíti lepšie než kedykoľvek predtým, že zažila akoby znovuzrodenie, vynahradzujúc si čas, ktorý stratila depresiou a zaujatosťou manželom. Zrazu si začala uvedomovať, ako bola depresívna, keď rozprávala s inou ovdovelou ženou, ktorá bola ešte stále depresívná. Vyjadrila tiež rozpaky nad tým, ako sa musela javiť ostatným, keď bola depresívna. Ďalej povedala, že ako sa približujú sviatky, manžela postráda, ale tieto pocity sa dajú zvládnuť a sú dokonca akosi horko-sladko príjemné. Povedala, že bol jedinou osobou, s ktorou mohla hovoriť o svojom minulom živote a iba on jej skutočne rozumel. Na to naväzovala diskusia o tom, ako bude pokračovať bez neho. Na otázku ako sa jej páči jej zapojenie medzi starších občanov, odpovedala, že jej radosť z toho obsahuje aj pripustenie si, že ona sama je "stará dáma". Do určitej miery sa obávala, že po skončení liečby by znovu mohla upadnúť do depresie a to si vyžadovalo posúdenie iných možností liečby a okolností, ktoré by u nej znovu mohli vyvolať depresiu. Začala do svojho života vnášať nové veci, vrátane počúvania nových piesní, rozvíjania sebadôvery pri riadení a zaobstarania si dvoch mačiek, ktoré nahradili tie, ktoré stratila krátko po manželovej smrti.

Pri ôsmom sedení pacientka priniesla vianočné pečivo, ktoré terapeut prijal a poďakoval jej bez ďalšieho komentára. Hneď na začiatku sa pacientke pripomenulo, že po tomto jej zostávajú už iba štyri sedenia. Pacientka popisala zdarný priebeh sviatkov, čo zahrňovalo štedrovečernú večeru, ktorú pripravila pre svoju rodinu a ďalšie spoločenské aktivity. Prehlásila, že je "šťastná, alebo aspoň taká šťastná, ako dokážem byť". Po krátkom mlčaní povedala, že ju opakovane napadá a robí jej starosti jedna myšlienka. Bola to spomienka na to, ako sa pokúsila manžela uškrtiť krátko predtým, než bol hospitalizovaný. K tomuto incidentu došlo po tom, čo ju zúrivo obvinil, že má imaginárnych milancov. V tom čase zostal nielen neschopný a inkoherentný, ale tiež paranoidný. Spal málo hodín a bolo treba na neho dávať pozor, aby nepoškodil dom, alebo aby si neublížil v snahe niečo opraviť. Čo situáciu ešte zhoršilo, bolo to, že lekár odmietol vziať na vedomie manželovu

duševnú deterioráciu, takže mala pocit, že musí veci preháňať. Scéná, ktorú spomenula bola pre ňu určitým zlomom a manžel bol krátko na to hospitalizovaný.

Komentár k terapeutovým stratégiam v strednej fáze

Terapeutov postoj. Po tom, čo v prvých sedeniach identifikoval pravdepodobnú príčinu depresie a dva hlavné interpersonálne ciele liečby, terapeut pristupoval ku každému ďalšiemu sedeniu so všeobecným plánom vyhľadávať materiál súvisiaci s liečebnými cieľmi a príležitosti k ďalšiemu postupu k týmto cieľom. V typickom sedení sa rozoberali otázky, ktoré do neho priniesla pacientka, ktorá so zlepšovaním depresie bola stále jasnejšia a motivovanejšia k liečbe. Terapeut počúval pacientkine diskusie so zámerom zamerať sa a rozšíriť daný materiál v prvom rade na myšlienky a pocity k manželovi a jeho smrti a k životu bez neho. Terapeut bol obzvlášť pozorný k diskusiám o spôsoboch, ktorými naďalej obmedzovala svoj život vychádzajúc zo spomienok na neho a zo zlostných pocitov voči nemu, pričom plánoval pomôcť jej rozpoznať, že môže slobodne viesť svoj vlastný život a akceptovať tieto zlostné pocity. Terapeut ďalej sledoval jej plány na nové a rozšírené aktivity. V týchto diskusiách bol terapeut pozorný k vyhláseniam, ktoré naznačovali váhanie založené na nerealistických domnienkach a využíval príležitosti, aby pacientke pomohol rozšíriť premýšľanie o možnostiach, ktoré sú jej otvorené.

Terapeut teda do každého sedenia vstupoval majúc na mysli všeobecné stratégie a snažil sa viesť diskusiu špecifickými smermi. Špecifické rozoberané otázky a prúd diskusie však vyplýval z materiálu, ktorý priniesla pacientka. Keď dostala možnosť prevziať iniciatívu pri voľbe tém, pacientka rozmanitými a prekvapujúcimi spôsobmi naznačovala rozsah, do akého sa jej život točil okolo smútenia za manželom a odmietania vzdať sa tohoto smútku v takej miere, aby dovolila prístup novým veciam. Terapeutické sedenia takmer vždy obsahovali materiál o dvoch hlavných témach terapie, o smútku za manželom a o zapájaní sa do nových aktivít. Avšak s rozoberaním týchto otázok v každom sedení sa vynárali nové otázky postupne dochádzalo k hlbším odhaleniam, čo vyvrcholilo v pacientkinom konštatovaní, že časť pocitov viny súvisí s jej pokusom uškrtiť manžela v záchvate zúrivosti. Pacientka dokázala odhaliť toto tajomstvo až potom, čo si k terapeutovi vytvinula dôverný vzťah akceptovala menej obtiažne aspekty svojho postoja k manželovej chorobe a smrti. Toto zopakovanie pôvodnej verzie súčasného obrazu s postupne väčším odhaľovaním strážených materiálu je

typické pre úspešnú terapiu a často k nemu dochádza iba po zdanlivo bezcieľnej sekvencii sedení, v ktorých pacient akoby postupoval len preto, aby sa vrátil späť na úroveň diskusie, ktorá charakterizovala skoršie sedenia. Aspektom tejto repetície je dôležitosť signifikantného detailu, ktorý v tomto prípade predstavuje diskusia v šiestom sedení o stratených mačkách, ktoré zmizli krátko po manželovej smrti a pokračovanie v siedmom sedení o nadobudnutí dvoch nových mačiek.

Fáza ukončenia (sedenia 9-12)

Na deviatom sedení pani C. znovu zhodnotila svoj pokrok v škole (v prvom semestri kurzu z angličtiny bola hodnotená ako výborná) a svoju činnosť v stredisku starších občanov a s priateľmi. Popisovala akceptáciu spoločnosti starých ľudí, čomu sa najskôr vyhýbala, pretože nedokázala akceptovať fakt, že ona sama starne. Bola príjemne prekvapená, že k anticipovanej posviatkovej rozlade nedošlo. Potom rozprávala o svojej starosti, že všetky tieto vzťahy s priateľmi by mohli obmedzovať jej nezávislosť, o ktorej mala pocit, že si musí vždy tvrdo brániť. Spomenula, ako - keď bola u pestúnov ako adolescantka - dostávala od mužov v týchto domácnostiach sexuálne návrhy. Mala pocit, že odvtedy bola vždy obozretná, keď mala niekomu dôverovať. Začala diskusia o ukončení, bola však obmedzená, keďže pacientka sa cítila byť pripravená skončiť a neanticipovala žiadne problémy.

V desiatom sedení pacientka prešla zoznamom oblastí, v ktorých urobila pokrok. Pociťovala istotu, že zlepšenie bude pretrvávať, hoci ešte stále mala obavy, že je za to zodpovedná iba medikácia. Po dvadsiatich až tridsiatich minútach sedenia sa pacientka odmlčala a po dlhšom mlčaní sa spýtala, či by mohla ukončiť sedenie skôr a terapeut súhlasil.

Jedenáste sedenie sa sústredilo na prehľad depresie a terapie a na diskusiu o ukončení. Znovu sa stručne prešli manželov odchod a pacientkina reakcia naň, ako aj pokrok, ktorý dosiahla, čo zahrňovalo zlepšenie nálady, zvýšenie pohody a slobody v každodennom živote, zlepšenie vzťahu s deťmi a širší rad aktivít a záujmov a mnoho nových priateľov. Rozobrala svoje reakcie na terapiu: najskôr mala obavy, potom však začala reagovať stále viac pozitívne. Povedala tiež, že sa jej polepšilo príliš rýchlo a nedokáže pochopiť, ako sa veci mohli tak veľmi zmeniť.

Terapeut jej vysvetlil, že terapia ju v skutočnosti nezmenila,

iba jej umožnila využiť sily a zdroje, ktoré už vlastnila. Depresívna zostala najmä kvôli tomu, lebo počas manželovej dlhej choroby bola sociálne izolovaná. To, čo urobila terapia, bolo, že jej pomohla túto stratu a pocity k manželovi položiť do perspektívy. To postačovalo k tomu, aby mohla dozrieť v smere vlastných záujmov a schopností.

V dvanástom sedení sa nerozoberal žiadny nový materiál. Znovu sa zhodnotil pokrok pani C. a naplánovalo sa presunutie jej farmakoterapie na jej súkromného internistu. Pacientka vyjadrila svoju vieru v budúcnosť a vďačnosť terapeutovi.

Komentár k sedeniam fázy ukončenia

V tomto prípade ukončenie predstavovalo vyústenie terapie. Pacientka zažila úplné symptómové zlepšenie a dosiahla značný pokrok v smere návratu k aktívnemu životu. Okrem toho, pri ôsmom sedení odhalila dôležité tajomstvo o úrovni hnevu, ktorý pociťovala voči svojmu manželovi. Po tomto už neprišli žiadne podrobnejšie údaje o manželových posledných rokoch a smrti a intenzita sedení sa značne zredukovala. Začala diskusia o ukončení a potom bola súčasťou každého sedenia. Terapeut si dal pozor na to, aby explicitne stanovil dátum ukončenia a aby uvoľnil pacientove reakcie naň. Pacientka si bola vedomá primárne pozitívnych pocitov voči terapii a terapeutovi. Pacientkin pokrok sa často zhodnocoval a terapeut zdôrazňoval, ako veľmi k tomu prispela ona sama svojou aktívnou účasťou na terapii a prekonávaním mnohých prekážok na ceste k novým aktivitám. Takisto prebehla explicitná diskusia o možnostiach liečby, keby sa depresia vrátila, s prehľadom druhov symptómov, ktoré by mohli naznačovať, že sa depresia znovu vracia.

Zhrnutie prípadu

Prípad pani C. je príkladom priamočiarej liečby patologického smútku. Pacientka nebola schopná vzdať sa procesu smútenia vzhľadom na excesívne pocity viny spojené s hnevom k nej na manžela pred aj po jeho smrti. Na jeho ochorenie reagovala sebapopretím, ale skryte rozladenosťou. Keď začal postupne upadať, bola odrazu vydesená úpadkom muža, o ktorého sa doteraz opierala a zároveň na neho nahnevaná, že sa stal pre ňu takým bremenom. Jej želanie, aby zomrel, bolo vedomé a dokonca v záchvate zúrivosti na jeho základe aj konala. Mimo toho, svoje rozhodnutie nechať ho hospitalizovať chápala ako podpísanie rozsudku smrti nad ním. Keď zomrel, ďalej sa cítila byť rozladená z toho, že je pripravená o jeho spo-

ločnosť a o jeho pomoc v zvládaní rozličných záležitostí, vrátane účtov za jeho liečbu. Vzhľadom na hnev a pocity viny v reakcii naň si pacientka nemohla dovoliť viesť radostný samostatný život. Hoci mala mnoho osobných a sociálnych zdrojov, nemohla sa prinútiť k tomu, aby ich využívala.

Fokusom liečby bolo pomôcť pani C. zbaviť sa pocitov viny a zároveň ju povzbudiť v jej snahách o rozvinutie nových záujmov. Aby sa jej pomohlo ukončiť proces zármutku, vyčerpávajúco sa preskúmal pacientkin vzťah k manželovi, ako aj okolnosti jeho smrti a jej reakcií na ňu, so špeciálnou pozornosťou k bolestivým afektom, ako je smútok a previnilý strach, že bude za svoj hnev potrestaná. Jej osobné sily boli také, že vyriešenie zármutku jej umožnilo dramaticky sa zlepšiť.

IPT prístup v porovnaní s inými prístupmi

Stretávacie plochy s inými typmi terapie

Terapeutovo riešenie prípadu pani C. ilustruje mnohé z podobností a rozdielov medzi IPT a inými krátkodobými psychoterapiami.

Typmi psychoterapie, ktoré sú najviac podobné IPT, sú psychoanalyticky orientované psychodynamické terapie, ako tie, ktoré opisuje Malan (1963), Sifneos (1979) a Davenloo (1982). Hlavným hypotetickým kuratívnym rysom týchto terapií je interpretácia, ktorá spája súčasné konflikty, konflikty z detstva a prenosový vzťah s psychoterapeutom. V IPT je chápanie povahy pacientovho problému podobné chápaniu psychodynamických terapeutov: že pacientka nebola schopná ukončiť proces zármutku vzhľadom na excesívne pocitty viny v súvislosti s hnevom na manžela pred aj po jeho smrti. Veľa zo správania pani C. sa dá vysvetliť týmto pocitom viny. Z obavy pred masívnou odplatou za svoje zlostné myšlienky, potrebovala poprieť, že jej manžel je mŕtvy, aby zabránila uvedomeniu si, že prispela k jeho smrti a potrebovala sa trestať, aby odčinila svoje predstavované hriechy voči nemu. Udržovala teda svoj dom tak, aký bol, keď manžel ešte žil a ďalej sa cítila biedne a pripravovala sa o príležitosti k šťastiu.

Riešenie tejto otázky sa však v IPT značne odlišovalo o d riešenia v iných typoch terapie. IPT terapeut sa sústredil výlučne na preskúmanie pacientkinej skúsenosti zo života s manželom a jeho smrti, s úsilím uvoľniť afekty, ktoré sa na to viazali. Vôbec sa nepokúšal podrobne skúmať zážitky z detstva alebo spájať ich s pacientkinými reakciami na ochorenia a smrť manžela. Mimo toho

nepodnikol sa žiadny pokus o preskúmanie vzťahu s terapeutom, napriek tomu, že bol dostatok príležitostí. Napríklad v piatom sedení pacientka prejavila želanie ukončiť terapiu skôr, pretože prežívala symptomatické zlepšenie a mala pocit, že "márnim váš čas". Terapeut reagoval tak, že začal diskutovať o tejto možnosti faktický, zamerajúc sa skôr na to, čo ešte leží pred pacientkou, než na to, čo sa udialo medzi pacientkou a terapeutom. Keď pacientka odhalila množstvo obáv súvisiacich s tým, čo by sa mohlo v budúcnosti stať, uvedomila si, že ešte nie je pripravená k ukončeniu. V prípade pacienta, ktorý chce predčasne ukončiť liečbu sa IPT terapeut môže rozhodnúť rozobrať aspekty terapeutického vzťahu, ale diskusia o prenosových otázkach je rezervovaná pre prípady, v ktorých neboli úspešné alebo vhodné intervencie na iných úrovniach.

Podobne, keď pri ôsmom sedení pacientka priniesla terapeutovi vianočné pečivo, nediskutovalo sa o zmysle tohoto konania, pretože sa produktívnejšie pracovalo o otázkach centrálnejšie súvisiacich s krátkodobou liečbou. A v konečných sedeniach terapeut nenamietal nič proti tvrdeniu pani C., že má k terapii iba pozitívne pocity a zvládal jej obavy ohľadne možného relapsu realistickou diskusiou o možných voľbách a nie pokusom o vyvolanie diskusie o jej ambivalentných pocitoch týkajúcich sa závislosti na druhých ľuďoch.

Čiže jeden kľúčový rozdiel medzi IPT a inými typmi psychodynamických krátkodobých psychoterapií je v tom, čo nie je fokusom, čo v tomto prípade bol prenos a detskí antecedenti súčasných problémov.

Spôsob, akým sa pristupovalo k depresívnym symptómom pani C., ilustruje ďalší rozdiel medzi IPT a inými psychodynamickými terapiami. Pacientka tu bola explicitne uistená o pozitívnej prognóze a liečba medikáciou začala po druhom sedení, na ktorom sa ukázalo, že samotné uistenie nerezultovalo do symptomového zlepšenia.

Tretím rozdielom je stupeň, do akého sa IPT terapeut zapája do opakovanej diskusie o špecifických zmenách, ktoré by pacient mohol urobiť nájdením nových a uspokojivejších rolí, aby sa znovu mohol zapojiť do života. Pri týchto diskusiách si terapeut dával pozor na to, aby neobhajoval nejaký špecifický spôsob konania a neodsudzoval iný. Skôr sa snažil rozobrať rozličné možnosti, s implikáciou, že by bolo užitočné ich vyskúšať.

IPT sa od psychodynamických terapií líši aj prácou s osobnostnými otázkami. Spôsob, akým pani C. vo svojom živote zvládala interpersonálne vzťahy, ukázal, že mala nevyriešené pocity zá-

vislosti, ktoré riešila popieraním významu druhých osôb pre ňu samotnú, udržujúc si vzdialenosť medzi sebou a inými a starajúc sa o nich aj keď to bolo vpádom do ich životov, ako napríklad vo vzťahu so synom-alkoholikom. Jej prekvapenie nad mierou, do akej na ňu vplývala smrť jej manžela, je znamením protizávislých postojov, ktoré prijala. IPT terapeut sa snažil pacientke pomôcť formulovať liečebné ciele, konzistentné s jej osobnostným štýlom. Pretože potrebovala druhých, ale bolo jej zaťažko to priznať, terapeut ju povzbudzoval k premýšľaniu o možnostiach nadviazania vzťahu s druhými, ktoré obsahovali ponúknutie im pomoci. Preto mnohé z týchto možností zahrňovali dobrovoľné práce a priateľstvá, v ktorých niečo ponúkala druhej osobe. Hoci v minulosti tento typ fungovania niekedy viedol k pocitom rozmrzelosti, že je "využívaná" , tieto pocity obyčajne neviedli k prerušeniu vzťahu. Čiže cieľom IPT bolo dostať pacientku na predošlú úroveň fungovania, ktorú ona sama považovala za adekvátnu, hoci nemusela byť ideálna. Naproti tomu, cieľom, ktorý sledujú iné psychodynamické terapie, je vyriešenie kľúčových intrapsychických konfliktov, čo sa považuje za cestu k zmene osobnosti.

IPT versus behaviorálne a kognitívne terapie

Dôraz IPT terapeuta na nevyriešené pocity viny odlišuje tento prístup od behaviorálneho, ktorý sa môže zameriavať na pacientovo zlyhávanie v zaobstarávaní si posilnenia životných skúseností a od dôrazu kognitívneho terapeuta na dysfunkčné postoje k vlastnej osobe a budúcnosti. Avšak v prípade pani C. sú najvýraznejšie rozdiely medzi IPT a viac behaviorálnymi liečbami v technike. IPT terapeut je oveľa menej direktívny než by bol behaviorálny alebo kognitívny terapeut. Hoci terapeut a pacientka určili všeobecné oblasti, na ktorých sa bude pracovať, explicitne sa nediskutovalo o žiadnych špecificky terčových cieľoch. Sedenia sa voľne štrukturovali okolo kľúčových otázok, čo kontrastuje s presným poriadkom, ktorý je súčasťou kognitívnej terapie. Snaha pomôcť pacientke rozvinúť nové činnosti mala formu rozoberania možností, pričom terapeut implicitne pacientku povzbudzoval k vyskúšaniu nového správania. Nezadávali sa žiadne domáce úlohy, pokrok sa posudzoval neformálnym spôsobom a špeicifické návrhy sa podávali iba zriedkavo. Naproti tomu, behaviorálna a kognitívna terapia často zahrňuje opakovanú, explicitnú diskusiu o dosiahnutom pokroku, zadávanie domácich úloh a špecifické plánovanie akcií, ktoré by mal vykonávať

pacient.

Úrovne intervencie

IPT terapeut sa môže usilovať o navodenie zmeny prostredníctvom intervencií na štyroch rozličných úrovniach. V tomto prípade boli vyskúšané a účinné tri úrovne zmeny.

Boj s demoralizáciou/zvládanie depresívnych symptómov

V tomto prípade sa depresívne symptómy u pacientky zistili, zhrnuli a označili ako prejav depresívnej epizódy, v ktorej sa jej fungovanie jasne líšilo od predošlého. Bola uistená, čo sa týka prognózy. A vzhľadom na to, že v minulosti dobre reagovala na medikáciu, liečila sa tricyklickými antidepresívami.

Zvýšenie akceptácie seba / druhých

Toto bol kľúč k terapii. Pacientka nemala príležitosť, aby posúdila dopad smrti jej manžela, alebo aby dosiahla realistický pohľad na to, ako to zvláda ona. Mala prehnaný pocit, že je nadmerne nahnevaná a neadekvátne ustaraná. Terapia sa zamerala na to, aby jej pomohla uznať a akceptovať jej zlostné pocity ako prirodzené a normálne za daných okolností a vzdať sa potreby neustále sa za ne trestať.

Učenie sa interpersonálnym stratégiam zvládania

Pacientka mala primeraný repertoár metód získavania priateľov, zapájania sa do aktivít a zamestnávania sa zmysluplnými aktivitami. Dočasne však stratila svoj sociálny kontakt kvôli výlučnému zaujatiu manželom a nadviazaniu kontaktu s druhými ľuďmi jej teraz bránili excesívne pocity viny a potreba poprieť manželovu smrť a vlastnú nezávislosť. Preto, keď sa zvládli jej symptómy a pocity viny sa zmiernili, bola schopná využiť svoje interpersonálne schopnosti efektívnejšie. Terapeutove intervencie v tejto oblasti sa zamerali na čelenie nerealistickým alebo excesívnym strachom z odmietnutia prostredníctvom diskusie o možnostiach nových aktivít.

Zvládanie psychodynamiky

Ako bolo spomenuté v diskusii porovnávajúcej IPT a iné psychodynamické terapie, terapeut rozpoznal dôležitosť excesívnych po-

citov viny a zameral sa na ne v liečbe. Nepokúšal sa však o explicitnú interpretáciu tohoto materiálu s poukazom na paralely v minulých a súčasných vzťahoch.

Techniky

Exploračné techniky

Väčšina terapeutovej činnosti v tomto prípade pozostávala z použitia exploračných techník. Pre ich použitie je dôležité formulovať cieľ, ktorý by terapeutovi pomohol určiť, aké oblasti diskusie rozšíriť. Napríklad, v sedeniach strednej fázy mal terapeut asi radšej zistiť ďalšie informácie o pacientkinom odpore navštíviť manželov hrob, než diskutovať o synovej návšteve. Generálnym cieľom nedirektívnej explorácie je pomôcť pacientke a terapeutovi presne určiť, čo sa aktuálne deje v pacientkinom živote, v snahe začať s posudzovaním, kde treba urobiť zmeny. Takto dochádza k medzihre medzi exploráciou a klarifikáciou a spätným podávaním formulácií pacientke. Ukážka toho sa objavila v prvom sedení, keď sa terapeut pokúšal rozvinúť pochopenie vecí, ktoré pacientke bránili navštíviť starých priateľov. V tejto diskusii sa ukázalo, že je rozdiel medzi anticipáciou takejto udalosti a pacientkinou skutočnou schopnosťou tešiť sa, keď sa v nej ocitne.

P: Myslím, že mám taký ... strach z odmietnutia, že si nerobím žiadne plány na nič. Ak ma niekto zavolá a povie, chceš urobiť to a to, idem rada, ale... nezačnem žiadnu aktivitu... s nikým.
T: Ako to myslíte, strach z odmietnutia?
P: Nuž, ak povedia nie, dnes nemôžem, aj keď sa priliehavo ospravedlnia, akosi ma to zrazí, viete... skoro akoby to bola moja vina, že nemôžu.
T: Hm. Alebo že to iba predstierajú?
P: Hej.
T: Mám tým na mysli, či je to skutočne niečo, čo sa vám často stalo, že ľuďom akosi pripadá zaťažké byť s vami alebo... ?
P: Nemyslím... Domnievam sa, že ... je to iba moja predstava.
T: Hm. Mali ste tendenciu k takémuto pocitu v minulosti, alebo iba v poslednej dobe?
P: Pravdepodobne iba... asi v poslednej dobe... Predtým, myslím, som asi vždy mala tento pocit, že čo ak ma niekto odmieta? Nech som začala s čímkoľvek, vždy som sa mohla oprieť o manžela, viete... takže ...

T: Hm.
P: Ale teraz je to trochu iné. Len akosi, položíte sluchadlo a neviete... (nejasne), viete, ďalšie plány, alebo niečo. Akosi poviete, dobre, čo teraz?
T: Hm. Keď si robíte plány, je ťažké... nerada robíte plány ďaleko dopredu, alebo...?
P: Nie.
T: Prečo?
P: Neviem.
T: Takže je to tak, že niekomu zavoláte a chcete niečo urobiť dnes alebo zajtra? Je to tak?
P: Nuž, ak si plánujem nejakú vec, dokážem to dobre. Ale keď príde jej čas, akosi sa bijem za to, že som si spravila tento plán, pretože to v skutočnosti nechcem urobiť, viete, alebo si aspoň myslím, že to nechcem urobiť, ja...
T: A potom, keď to urobíte?
P: Veľmi opačná vec... keď to urobím, zisťujem, že sa z toho teším.
T: Hm. Takže potom je tu značný kontrast medzi antici...
P: Akosi mám nejký zvláštny konflikt.
T: Hm, je to ako keď je anticipácia udalosti úplne iná než... ako to aktuálne dopadne.
P: Áno.
T: Presne ako... vaša predstava predstava, že ľudia vás nemajú a nebudú mať radi a ako to dopadlo, napríklad, keď ste bola v nemocnici-i a ľudia nechceli, aby ste odišla.
P: Nuž... nemám ťažkosti vychádzať s ľuďmi, myslím, že ľudia ma vo všeobecnosti majú radi. Viete, nevnucujem sa a... som celkom príjemná, keď som s ľuďmi... ale... vo vnútri som nervózna, pretože mám pocit, že vždycky len kecám. A niekedy odídem z nejakej skupiny a premýšľam, viete, prečo, prečo mám stále pocit, že vždy musím byť... ústa mi vždy musia ísť a ... že nemôžem zniesť ticho pretože neznášam ticho...
T: Hm...
P: Nedokážem zniesť ticho ani doma, celú dobu mi hrá rádio.
T: Hm. Naznačili vám už ľudia, že ... rozprávate príliš veľa, alebo že...
P: Nie...
T: Takže ešte raz, zdá sa... že... akoby ste mala pocit...
P: Že som dvojaká osoba?
T: Ako to myslíte?
P: Akoby časť mňa dokázala robiť veci, ktoré by som mala robiť a

druhá časť akoby proti tomu bojovala.

Zvládanie / povzbudzovanie afektu

Uvoľnenie afektu bolo kľúčovým aspektom liečby pani C. Pri skúmaní jej vzťahu s manželom došlo k explicitnému pokusu pomôcť jej prežívať smútok zo straty, s plánom pomôcť jej uvedomiť si, že ho dokáže uniesť; pociťovať hnev na manžela, s plánom pomôcť jej uvedomiť si, že je to prijateľný a normálny pocit; a prežívať pocity lásky k manželovi, s plánom pomôcť jej pochopiť, že sa ich nemusí vzdať, aj keď dovolí, aby do jej života vstúpili noví ľudia a záživky. Povzbudzovanie afektu malo tri primárne formy: diskusia o signifikantných detailoch v pacientkinom súčasnom a minulom živote, pomenovanie jej pocitov a povzbudzovanie, aby ich prijala ako zpracovateľné a pochopiteľné.

Signifikantné podrobnosti sa zisťovali v priebehu terapie. K tomu patrila diskusia o tom, ako sa pacientka správala, akoby jej manžel ešte stále bol v dome, že spala na jednej strane postele a udržiavala pre neho polovičku kúpeľne; ďalej diskusia o tom, aké to bolo, keď sa pokúsila navštíviť hrob; diskusia o jej reakciách na stratu mačiek a mnohé ďalšie.

Nasledujúca ukážka zo štvrtého sedenia ilustruje exploráciu signifikantných podrobností.

P: Sviatky sú pre mňa... akosi smutným obdobím, pretože... (nejasne) nezastaví ma pre-d... pred... troškou výzdoby. Mám rada Vianoce. Rada ozdobujem dom. Takže... aj teraz, keď tu nie je môj manžel, budem ... ozdobovať.

T: Hm, hm.

P: Pretože sú veľmi krásne, červená, zelená - krásne farby.

T: Hm, hm. Ešte je ťažké premýšľať o tom, že budete robiť veci pre seba.

P: Nuž, myslím, že tu prichádza ten pocit viny, že tu nie je on, viete. Nerobím to ani tak pre seba. Ja... nie, robím, trošku, ale zakaždým...

T: Mhm.

P: Hryzie ma pocit viny, keď si pomyslím, že, nuž nemala by si sa tak tešiť z vecí.

T: Hm. Pretože, ak sa tešíte z vecí, znamená to, že nemôžete premýšľať o ňom?

P: Myslím na neho stále menej a menej, ale zrazu... celkom nečakane, keď robím niečo, z čoho sa teším, prepadne ma myšlienka, že,

viete, že nemala by si byť taká šťastná (smeje sa).

T: Hm, hm.

P: Som si istá, že by nechcel, aby som bola smutná...

T: Ale určitým spôsobom, uľpievanie na týchto smutných myšlienkach... to je trochu ako uľpievanie na ňom?

P: To je možné. Včera bolo niečo, čo chcem urobiť už dlho, ale stále nie som schopná... Tuším som si asi nepripustila, že sa to malo urobiť... Pýtala som sa na náhrobný kameň.

T: Hm.

P: A... asi nabudúci týždeň pôjdem preň. A možno to pomôže... aby si veci trochu oddýchli. Nebola som schopná urobiť to skôr.

T: Hm. Čo sa stalo predtým, keď... keď ste sa o to pokúšala, alebo... keď ste o tom premýšľala?

P: (vzdychá) Nemohla som o tom premýšľať. Vôbec som sa tým nedokázala zapodievať. Vlastne, keď som... raz som išla na cintorín...

T: Hm.

P: A... bola som zhrozená, pretože... prišla som tam a nemohla som nájsť jeho hrob, pretože tam nebola žiadna značka alebo niečo... a ja som sa nepozrela, aby som si zapamätala, čo je okolo, takže ... bolo tam hádam štyri alebo päť hrobov bez označenia. Nevedela som, ktorý je jeho, ktorý je náš. A bola som taká zhrozená, keď som si pomyslela, že ... ja nie som taká, že sem nechodím každý weekend, nechádzala by som, pretože to... nič v tom nevidím.

T: Hm.

P: Ale niekedy to nebolí, viete. Nebola som tak zhrozená z toho, že som ho nemohla nájsť... kde sú a všetko, kam dám kameň...

T: Hm.

P: Takže som tam už nebola, pretože ani nie je treba. Ale ja nie som jedným z tých ľudí, ktorí idú von a ... plačú, čo by ...

T: Hm.

P: Čo by ma asi príliš rozosmutnilo.

T: Čo je to príliš smutné?

P: Že on je tam a aj som tu, myslím (smeje sa).

T: Aké by to bolo, keby ste bola príliš smutná?

P: Asi... asi by som mala záchvat plaču, Naozaj, asi by mi to trvalo pár dní, kým by som sa z toho dostala, viete... taký pocit je veľmi ochromujúci. Nerobím nič. Nič by som nerobila. Ani to, čo som schopná teraz.

T: Hm.

P: Možno že niekto iný nie, ale ja som bola taká. Ja som... mám pocit, akoby som trochu akosi podrástla.

T: Hm.
P: Vôbec nemám strach zo svojich myšlienok, čo sa tohoto týka.
T: Hm.
P: A ešte nie som tá stará.
T: Takže ak by ste napríklad našla pre neho kameň, bude mať miesto?
P: To je asi ten pocit, čo mám, áno.
T: A že by ...
P: A keby som tam išla, bolo by to akosi utešujúce, vedieť, že ... že je to v poriadku.
T: Hm, hm.
P: Ak vôbec je niečo správne a nesprávne, viete.
T: Hm.
P: Mám pocit, že tak by to bolo správne.
T: Hm. Ale ak nejako ... ani potom nebude mať nejaké miesto?
P: On sa ešte akosi neuložil k odpočinku, viete.
T: Hm.
P: Ešte to nie skončené a ja by som to rada mala všetko skončené, čo sa tohoto týka...
T: Hm, napríklad aj účty?
P: Správne. A okrem toho mám ešte zopár ďalších vecí.
T: Hm.
P: A to sa vyrieši (vzdychá). A myslím, že je to... mám na mysli, že to bude veľká úľava, keď to budem môcť všetko odložiť a ísť ďalej.
T: Hm. Ale domnievam sa, že táto úľava má dve strany. Mám na mysli, že z jednej strany sa naozaj všetko vyrieši a on ~~bude na neja~~ dostane nejaké miesto a toto miesto je definitívne nie s vami, a on je mŕtvy.
P: Hej.
T: Ale na druhej strane, myslím, že to, že tieto veci bude akosi stále treba robiť, ho tu podrží dlhšie. Nemusíte sa ho vzdávať.

Klarifikácia

Pomenovávanie pacientových pocitov alebo klarifikácie sa robili často: napríklad, keď pacientka hovorila o tom, že bola tak rozhnevaná, že sa pokúsila manžela zaškrtiť, terapeut poznamenal: "Robil vám veci, ktoré by rozzúrili každého - jeho hrozby, jeho podozrievavosť a bezmocnosť boli k zlosti a vás to tak rozhnevalo, že ste sa na chvíľu prestala kontrolovať."

V terapii pani C. klarifikácie mali obvykle formu spájania rozličných spôsobov, akými pacientka rozoberala svoje pocity, v úsilí ukázať jej, ako súvisia s previnilými myšlienkami a pocitmi týkajúcimi sa jej manžela. Zámerom bolo pomôcť jej rozpoznať, že fantázie viny sú nerealistické a pomôcť jej vyvinúť si primeranú úroveň odstupu od tejto udalosti. Jeden príklad tohoto typu klarifikácie pochádza zo štvrtého sedenia. Pacientka rozprávala o svojom šťastnom očakávaní Vianoc a súčasne o súžujúcej skutočnosti, že jej lekár na pľúcach objavil nejakú škvrnu. Okamžite ju napadlo, že má rakovinu a že rýchlo zomrie, práve teraz, keď sa začala tešiť zo života.

T: Hm, zaujímalo by ma, či kvôli tomu... pocitu viny a pocitu, že naozaj idete ochorieť a zomrieť... či tieto pocity naozaj nejako nesúvisia, viete, ako keď... skoro ako keď máte pocit, že...
P: Že by som mala zomrieť?
T: Hej... alebo že, viete... že to k tomu patrí, že by ste mala ochorieť, teraz, keď on je preč.
P: Dúfam, že nie.
T: Hm. Možno, že vás to napadá.
P: Hej, hej...
T: Mám ny mysli, že to nie je skutočnosť. Iba...
P: Mala som takéto myšlienky nejakú dobu predtým, takýto strach, ale nie... v posledných pár mesiacoch.
T: Hm, hm.
P: Chcem povedať, že asi dva alebo tri mesiace - pár mesiacov po tom, čo zomrel.
T: Hm.
P: Napadali ma takéto myšlienky, ale teraz už nie.
T: Dobre, ale, domnievam sa, že ide o to, že keď sa tešíte z vecí a máte pocit...
P: Hm...
T: Nemám na mysli tie myšlienky, môžete si mysleiť iné veci.
P: Áno...
T: iba sa mi zdá, že...hm...
P: Idú k sebe.
T: Áno, že, keď sa začínate tešiť z vecí a máte pocit viny, akosi by to vyzeralo ako...
P: Len moje šťastie.
T: Áno, správne. Akoby to bolo nejaké odškodnenie za...
P: Áno...
T: Za to, že sa začínate tešiť.
P: Hej, myseľ vyvádza bláznive veci.

T: Hm, myslím, že je to ťažké, pretože - ak sa dokážete radovať z vecí, potom sa ho skutočne vzdávate.
P: Hej.
T: A vy naozaj...
P: Možno, že ešte nie som celkom pripravená.
T: Hej. Myslím, že to, že sa akosi vyhýbate... hrobu... ešte vás to stále desí, ako by ste z toho bola smutná.
P: Áno.
T: Viete, myslím si, že je naozaj výborné, že robíte určité pokroky, ale na druhej strane sa domnievam, že tu ide o to, že na neho nemusíte zabudnúť. Viete, nemusíte zostať úplne bez spomienok.
P: Hej... mimo tých nepatrných pocitov viny ma myšlienky o ňom už tak nebolia, ale...
T: Hm.
P: Táto bolesť a pocit viny - súvisia nejako? Zistila som, že sa doma necítim tak sama. Vlastne, teraz sa mi páči, že som sama...
T: Hm.
P: A... keď ma napríklad moja dcéra požiada, aby som k nej prišla, iba si posedieť, alebo tak, nemyslím tým dohliadnúť na dieťa, iba prísť, tak necítim potrebu, že by som mala okamžite vyraziť. Ak som unavená, poviem, "Nemyslím, že dnes večer prídem".
T: Hm, hm.
P: Takže na jednej strane som sa nevedela dočkať, kedy vypadnem z toho domu, ale teraz to pre mňa začína nadobúdať formu. Moje veci sa mi teraz začínajú ukazovať a jeho... krok za krok, sa strácajú...
T: Hm.
P: Ale... zatiaľ som sa nedokázala zbaviť všetkých jeho šiat, napríklad... Neviem, prečo ešte čakám. V kúpeľni napríklad vysia dva župany a už som premýšľala, prečo ich tam nechávam? Neviem.
T: Hm.
P: Ale viem, že sa ich zbavím... hneď ako začnem...
T: Hm. Zbavíte sa ich, keď...
P: Keď príde čas, hej...
T: Keď príde čas. Hm. A je to postupný proces, krok za krokom.
P: Hej, hej... Niekedy mám z toho skutočne dobrý pocit, keď na to myslím. Vôbec sa necítim smutná.
T: Hm, hm.
P: Skutočne... väčšinu tých vecí som dala do bazáru, kde sa predávajú chudobným ľuďom... ak sa ešte dajú nosiť. Syn nechcel nič,

tak som si pomyslela, že ich dám Armáde spásy, majú taký bazár...
T: Hm.
P: A zistila som, že chodenie do pivnice mi už tak nevadí, ako predtým. A to je ešte niečo, čo musím dať do poriadku, ale až po sviatkoch...
T: Hm. Takže sa môžete zbaviť nejakých vecí.
P: Môžem?
T: Áno.
P: Áno.
T: Hm.
P: Som z toho trochu zmätená (smeje sa), keď myslím na odchod.

K ďalšej klarifikácii došlo v piatom sedení.

P: Zasluhujem si zostať v posteli.
T: Hm. Už ste sa predtým zmienila o tom, že teraz dokážete vychádzať von bez toho, aby ste mala pocit viny...
P: Nuž, to je... Neviem, čo to je, ten pocit, že by som sa nemala tešiť. Neviem prečo.
T: Hm.
P: Ale... Do určitej miery som to prekonala, myslím... alebo... posledný týždeň som si nedovolila o tom premýšľať. Mám pocit, že toto všetko... že sa to nedej mne, že... môj dom nie je môj, že ja... Vždy som mala ten pocit, že peniaze, ktoré prišli do domu, boli vždy jeho peniaze a že ... on to nikdy neukázal. Bola som to vždy len ja, takže som nikdy nepoužila peniaze voľne,,, ledaže to boli moje vlastné peniaze.
T: Hm.
P: Hm... pretože ... viete, skôr, než sme niečo kúpili, najprv sme o tom rozprávali, takže je to taký dlhý zvyk. Ešte stále je vo mne zakorenené, že by som to nemala robiť, kým nezistím (smeje sa), či môžem alebo nie.
T: Hm. Máte pocit, ako by ste to najprv mala prediskutovať s ním?
P: Presne tak.
T: Hm, hm.
P: Ale postupne začínam prichádzať na to, že ja som svojou vlastnou osobou a že musím stať na svojich vlastných nohách, robiť to, čo chcem robiť.
T: Hm. Takže inými slovami, keď chcete ísť na obed niekam von alebo...
P: Presne to som urobila minulý týždeň.
T: Ak chcete ísť do kina...

P: Alebo, ak chcem zostať v posteli...
T: Hm, hm. Ale to je, ako keby ste predvídala, že sa stane niečo zlé, ak...
P: Nie nutne. Neymslím, že by som zachádzala tak ďaleko. Je to iba niečo... čo zostalo zo života s druhým človekom a vždy... je tu pomyslenie, keď niečo plánujem, či by on išiel rád, alebo či by nebol radšej, keby som ja nešla. Naozaj som... nebola taká slobodná, keď som bola vydatá, ako som teraz. Teraz mám spústu slobody, ale dosiahla som jutiež sama. Myslím, že je to tak...
T: Hm. Pravdepodobne by si pomyslel, že je to v poriadku, keď ste samostatnejšia?
P: Áno. Áno, myslím, že by mal tea názor. Myslím, že veľa problémov som si spôsobovala sama.

Techniky zmeny správania

Keď terapeut otvorí diskusiu o rozličných možnostiach rozvoja aktívnejšieho života, nadobúda to formu na realitu orientovaného zvažovania možností. Rozoberala sa dostupnosť a prenosnosť, ako aj aké potreby môže pani C. uspokojiť rozmanitými aktivitami. Techniky, ako je priame radenie a prehrávanie rolí, neboli potrebné, pretože pacientka sama prevzala značnú iniciatívu. Nasledujúca ilustrácia diskusie o možnostiach pochádza z tretieho sedenia:

T: Minulý týždeň sme hovorili o tom, že... vyzerá to,akoby sme sa vracali k niečomu, o čom sme už hovorili predtým... že skutočne, toto je jeden z prvých razov vo vašom živote, že ste taká slobodná, aká ste...
P: Áno, za celý život.
T: Hm.
P: Teraz som najslobodnejšia. Ako nikdy predtým. A niekedy ma skutočne veľmi mrzí, že nevyužívam čas lepšie.
T: Ako...?
P: No, že nerobím nič pre niekho druhého... snáď nejakú dobrovoľnú prácu, niekde...
T: Hm.
P: Hovorila som s niekoľkými ľuďmi, o ktorých viem,že ... napríklad jedna žena pracuje v nemocnici... chodí tam pár krát do týždňa a páči sa jej to.
T: Hm.
P: A dáva jej to pocit, že je užitočná.

T: Hm. To vyzerá ako rozhodný krok?
P: Áno... bude to premňa veľký krok zavolať tam. Strašne nerada telefonujem. To musím byť... skutočne zúfala, aby som zdvihla telefón a niekomu alebo niekam zavolala.
T: Hm. A čo tak zastaviť sa tam?
P: Doteraz som na to nepomyslela (smeje sa). To by bolo pre mňa ľahšie, než telefonovať.
T: Hm. Domnievam sa, že... väčšina miest, kde by ste mohla dobrovoľn pracovať, musí mať niekoho, za kým možno zájsť a pozrieť sa. Alebo by ste mohla ísť s priateľkou alebo podobne.
P: Hej... Ešte stále ma zamestnáva to, aby som sa dala do poriadku..
T: Myslím, že mnoho slobody - o to tu ide - so sebou vždy prináša otázky, ako - Aké veci ti prinášajú uspokojenie? Čo je to, čo chceš od života?
P: Nuž takto, vždy som chcela... vyrástla som v domnení, že nikdy nebudem môcť ísť študovať...
T: Hm.
P: Takže... teraz mám túto slobodu a syn mi povedal, "Prečo sa nezapíšeš do nejakého kurzu? Budeš mať čo robiť a o čo sa zaujímať...
T: Hm.
P: Tak mi povedal, "Prečo nejdeš... viete... Vybrala som si South Central, pretože som si myslela, že to bude najľahšie, dostať sa tam...
T: Hm. Myslím, že South Central tiež vo všeobecnosti berie viac... ľudí z najširšej spoločnosti.
P: Áno.
T: Do iných škôl chodia skôr mladší.
P: Áno.
T: Hm.
P: Samozrejme, ako starší človek mám množstvo výhod, napríklad, že nemusím platiť za lekcie.
T: Hm.
P: Platím za knihy, ale nemusím platiť...
T: Rozmýšľala ste o tom, že absolvujete viac než jeden kurz? Alebo naozaj usilujete o diplom?
P: Myslím... nuž, asi by som rada dostala diplom. Neviem v čom, ale vždy sa mi to páčilo, pretože South Central je... dvojročný kurz. Takže sa musím porozprávať, musím tam zájsť a porozprávať sa s poradcom, čo by bolo pre mňa otvorené.
T: Hm, hm.
P: Ten kurz, v ktorom som teraz, kurz angličtiny, znamená ... veľa

písania... pane bože, myslím, že keby som si zobrala dva kurzy, zbláznila by som sa.

T: Hm. Myslím, že sloboda znamená to, že sa musíte rozhodnúť, čo...

P: Áno.

T: Čo je to, čo chcete?

P: Pretože stále chcem určitú slobodu. Pre seba.

T: Hm.

P: Robiť... iné veci, ktoré by som rada robila.

T: Dobre, takže jedna z vecí, ktorú potom chcete mať vo vašom spôsobe organizovania života - ako súčasť vášho života - by bola... aspoň minimum času doma, alebo starostlivosti o dom a byť v dome, ktorý sa vám páči.

P: Áno.

T: A... iba mať určitý pocit, že je váš a uvoľnenosť. A myslím, že ďalším aspektom toho by bolo to, že by ste chcela mať istotu, že máte čas na... určitý spoločenský život.

P: Hm.

T: Napokon... jednou z výhod dôchodku asi je to, že môžete... tráviť čas rekreovaním.

P: To je pravda.

T: Áno.

P: Pokiaľ ste na to dosť zdravý.

T: Hm. Ale na druhej strane sa zdá... že sú tu ďalšie veci... chcete mať pocit, že niečo budujete, alebo že ste niečo dosiahla.

P: Hej, musím,,, musím si presne určiť, čo naozaj chcem, pretože myšlienky sa mi točia okolo... toho, toho, toho a toho...

T: Okolo čoho...?

P: A nemyslím, že by sa dalo...

T: Hm.

P: žeby sa dalo robiť dobre všetko, čo chcete robiť.

T: Hm, hm. Dobre, a o akých veciach to uvažujete?

P: Nič zvláštneho, ibaže myšlienky sa mi točia dokola.

T: Dobre, tak kde sa točia?

P: Nuž, v prvom rade okolo dobrovoľnej práce...

T: Nejaký zvláštny druh dobrovoľnej práce?

P: Nie, vlastne som neprem[illegible]ala o nejakom druhu dobrovoľnej práce... Neviem, či chcem pracovať so staršími alebo s deťmi...

T: Hm.

P: Niekedy ma napadá, žeby som rada pracovala so staršími a niekedy by som zasa radšej pracovala s deťmi, takže si to musím ešte dobre rozmyslieť.

T: Hm, hm.

P: A myslím, že... v stredisku pre starších občanov majú určitý program... aj pre dobrovoľnú prácu, takže...

T: Hm.

P: Takže by som sa mohla uchádzať o niečo tam.

T: hm.

P: Keď sa lepšie zoznámim.

T: Takže jedna možnosť by bola robiť nejakú dobrovoľnú prácu, ktorá by uspokojovala v tom zmysle, že...

P: Hej, keby to bolo raz za týždeň, myslím že by ma to uspokojovalo...

T: Hm, hm.

P: Myslím, že tá žena, o ktorej som hovorila, začal[illegible]skôr jedným dňom a potom sa rozhodla pre dva dni, pretože ju to bavilo a oni... a oni boli naozaj radi, že chodí.

T: hm.

P: Takže jej to akosi dodáva pocit, že je potrebná a že tiež niečo dokáže.

T: Ďalšou veľkou oblasťou je potom idea viac sa dozvedieť, spoznať: Stále budem zvedavý na veci, zaujímať sa o nové a ...

P: Áno.

T: Chcete?

P: Hej, určite nechcem len sedieť a pozerať televíziu. Aj tak ju moc nesledujem. Nič takého tam nedávajú, viete?

Komunikačná analýza

V tomto prípade sa komunikačná analýza vôbec nepoužila, hoci, keby pacientka napríklad mala ťažkosti nadviazať rozhovor s druhými ľuďmi pri vstupe do skupiny starších občanov, táto technika by sa mohla použiť.

Využitie terapeutického vzťahu

Keby pacientka bola voči terapii rezistentnejšia, terapeut by sa mohol pokúsiť načrtnúť paralely medzi pacientkinými interpersonálnymi problémami mimo terapie a jej správaním v terapeutických sedeniach. Ako sa ukázalo, nebolo to potrebné.

ČASŤ III

VYBRANÉ ASPEKTY IPT

Sociálny alebo interpersonálny prístup nepopiera význam nevedomého duševného procesu, zážitkov z detstva alebo biologickej vulnerability alebo osobnostných rysov, avšak tieto získavajú svoju schopnosť determinovať správanie prostredníctvom svojej schopnosti ovplyvniť pacientove definovanie situácie "tu a teraz".

- Harry Stack Sullivan
Interpersonálna teória psychiatrie

Kapitola 13.

KOMBINOVANIE PSYCHOTERAPIE S FARMAKOTERAPIOU

Hoci hlavným zámerom tejto knihy je opísať miesto interpersonálnej psychoterapie v liečbe depresie, diskusia o farmakoterapii je potrebná, pretože naša skúsenosť a výskum dokazujú, že značná časť depresívnych pacientov profituje z užívania liekov v kombinácii s IPT. V tejto kapitole sa budeme zaoberať niektorými všeobecnými otázkami, týkajúcimi sa kombinovania liekov s psychoterapiou, opíšeme lieky, ktoré sa pri liečbe depresívnych pacientov používajú najčastejšie, naznačíme návod pre výber pacientov, ktorí by mohli profitovať s kombinácie terapií a ponúkneme špecifické vodítko, čo sa týka technických aspektov uvádzania liekov do psychoterapie, čo zahrňuje vysvetlenie liečby pacientom a, keď je to nutné, práca s lekárom.

Rola pacientových a psychoterapeutových postojov

Hlavné ťažkosti v kombinovaní liekov a psychoterapie nespočívajú v pochopení farmakológie liekov alebo ktoréhokoľvek zo špecifických problémov liečby. Majú čo do činenia s postojmi pacienta a terapeuta.

Americká spoločnosť sa hlboko rozchádza v názore na účinnosť, ako aj morálnu a spoločenskú oprávnenosť medikamentóznej liečby u emocionálnych a psychiatrických porúch. Celonárodné výskumy (Uhlenhuth, Balter a Lipman, 1978) naznačujú, že mnohí pacienti, ktorí majú pocit, že im pomohli tranquilizéry a antidepresíva, napriek tomu udávajú, že nepovažujú medikamentóznu liečbu za ideálny spôsob vyrovnávania sa s emocionálnymi a psychologickými problémami. Je tu prenikavý postoj, že použitie medikácie je "barlou" , že problémy by sa mali riešiť cestou spoliehania na seba samého, cestou osobnej iniciatívy a "sily vôle". Z toho vyplýva, že snahy získať profesionálnu pomoc pri emocionálnych alebo psychologických problémoch sa považujú za "zlyhanie" alebo "slabosť". Hoci tento názor za posledných tridsať rokov dramaticky poklesol, ešte stále je rozšírený.

Dokonca aj pacienti, ktorí vyhľadávajú profesionálnu pomoc kvôli svojim emocionálnym problémom, vrátane depresie, majú tendenciu domnievať sa, že najžiadúcejším spôsobom ako ich riešiť je pomocou psychologických prostriedkov, dosiahnutím vhľadu a porozumením.

Podľa tohoto názoru je medikamentózna terapia druhoradou formou psychiatrickej liečby, rezervovanou pre jedincov, ktorí nie sú schopní porozumenia a vhľadu.

Tieto názory sa odzrkadľujú u profesionálov v oblasti duševného zdravia. Dokonca aj medzi psychiatrami - ktorí ako profesionáli najviac vedia o medikáciach a len oni sú legálne zmocnení predpisovať ich - sú hlboké rozpory, čo sa týka hodnoty liekov. Výskumy naznačujú, že psychiatrická profesia sa rozpadá na množstvo rozličných ciest a že jedným z hlavných faktorov, ktoré k tomu prispievajú, je nezhoda týkajúca sa toho, či je medikamentózna liečba účinná a či, dokonca aj keď je účinná, je žiadúca. Psychiatri, ktorí sa považujú za biologických psychiatrov, sú malou ale významnou menšinou. Hoci tvoria menej než 20 percent členov tejto profesie, získali značný vedecký a profesionálny status vzhľadom na pokroky vo vývoji nových liekov a v biologických vedách všeobecne. Tieto pokroky viedli k lepšiemu pochopeniu farmakológie liekov a biochemických a fyziologických abnormalít, ktoré podmieňujú niektoré psychiatrické poruchy(Wender a Klein, 1981).

U terapeutov a podobne aj u pacientov sa postoje voči používaniu medikácie nielenže dotýkajú závažnejších sociálnych hodnôt, ale pôsobia aj na význam, ktorý užívanie liekov má pre jedinca. U pacienta sa rozhodnutie užívať medikamenty spája s otázkami závislosti a nezávislosti, vlády nad vlastným osudom a pocitu zodpovednosti a moci.

Tieto otázky ilustrujú dva protikladné prípady. V oboch ide o dospelých, ktorí vyhľadali medikáciu vzhľadom na dlhotrvajúce emocionálne problémy po mnohých rokoch psychoterapie rozličného druhu.

Arnold B., 46-ročný psychológ, profesionálne veľmi úspešný, trpel pocitom frustrácie, nízkym sebahodnotením a pocitom osobnej neadekvátnosti, ktoré pretrvávali od detstva. Vzhľadom na to nebol nikdy úspešný vo vzťahoch k ženám a zostal slobodný. Mimo profesionálnych kolegov mal iba niekoľko priateľov. Väčšina jeho uspokojenia sa viazala s jeho prácou ako člena personálu kliniky pri univerzitnom zdravotnom stredisku. On a jeho otec strávili mnoho rokov chronickým bojom: syn považoval otca za dotierávého a obmedzujúceho všetky deti, ale najmä jeho. Aby otcovi unikol, odišiel študovať a založil si pmax dve tisícky míľ od rodiny. Chronicky frustrovaný a zatrpknutý preišel od skončenia štúdia rozmanitými formami psychoterapie.

Čoskoro po presťahovaní sa do Bostonu, kde získal atraktívnejšiu prácu, vyhľadal psychiatrickú pomoc kvôli vegetatívnym príznakom, ktoré začali sprevádzať jeho chronickú depresiu. Taktiež sa začal

zobúdzať včasne ráno a objavili sa u neho bolesti v šiji, diagnostikované raz ako cervikálneho pôvodu, inokedy zasa ako svalová tenzia. Hoci si sám kládol otázku, či medikácia je alebo nie je prospešná, čo sa týka užívania medikácie, bol extrémne rozporuplný a iba keď sa prehĺbili problémy so šijou a vystupňovalo sa rannć prebúdzanie sa, požiadal o užívanie tricyklík. Pri 150 mg amitriptylinu došlo k prudkému poklesu spánkových ťažkostí a - čo bolo prekvapujúcejšie - aj v sebapopieraní, zatrpknutosti a frustrovanosti. Jeho postoj k rodičom, najmä k otcovi, sa zlepšil a on sa tešil, že ich na Vianoce navštívi, dúfajúc že sa ich vzťah zlepší.

Jeho postoj k úspechu medikácie sa skladal zo značnej dávky uspokojenia a pocitu zbavenia sa bremena viny a sebapopierania, ktoré ho trápili po mnohé roky. Mesiac po vymiznutí symptómov vyjadril veľký hnev voči predošlým terapeutom, kladúc otázku, či by použitie medikácie už skôr neviedlo k šťastnejšej a lepšej adjustácii.

S vymiznutím symptómov začal so svojim terapeutom pracovať na otázke "Čo urobím pre seba, aby som bol šťastnejší, teraz, keď som dospelý a úspešný?"

Barbara W., 28-ročná pracovná terapeutka, od skončenia štúdia pracovala v psychiatrickej nemocnici. V psychoterapii bola už od adolscentného veku, kedy začala mať konflikty s matkou ohľadne takých otázok, ako bol výber šiat a priateľov. Pokiaľ si pacientka spomínala, stále viedla s matkou boj o vládu, odporovala jej snahám ovplyvniť jej život. Pacientka toto úsilie chápala ako tyranizovanie, predstavujúce alebo reprezentujúce matkinu snahu žiť prostredníctvom dcériných sociálnych, sexuálnych a profesionálnych úspechov.

Pani W. bola niekoľko rokov vydatá a mala jedno malé dieťa. Hoci sa dieťa vyvíjalo dobre, trápil ju pocit, že mu dáva málo a že množstvo času, ktorý strávila v práci bol na úkor pozornosti, ktorú mala venovať rodine. Hoci manželstvo bolo neusporiadané už od čias dvorenia, jej manžel, inžinier, najskôr odmietol manželskú terapiu vzhľadom na svoj pocit, že ak budú tvrdo pracovať na svojich problémoch, dokážu nájsť nejaké riešenie aj sami. Pokiaľ bola Barbara v individuálnej terapii, ich sexuálna zhoda sa značne zlepšila a manžel súhlasil s párovou terapiou. Svojho manžela opísala ako sexuálne veľmi spokojného, hoci ona sama nie vždy bola schopná dosiahnúť orgazmus.

Pacientka sa o možnú medikáciu začala uchádzať na návrh psychoterapeuta, ktorý sa jej a jej manželovi venoval v párovej terapii už niekoľko rokov. Hoci sa kvalita vzťahu medzi pacientkou a jej

manželom značne zlepšila, terapeut zaznamenal, že pacientka má
stále hlbokú depresiu, pocit nízkeho sebahodnotenia a sebapopiera-
in, ktoré nezodpovedali jej aktuálnym životným okolnostiam a ne-
alšovanému fungovaniu ako profesionálky a ako matky a manželky.

Pacientka začala užívať imipramín, 125 mg na deň a po týždni udá-
alu zlepšenie sebahodnotenia a zvláštny pocit zvýšenia úrovne vita-
ity a aktivity. Táto zvýšená chuť do života a aktivity ju privied-
a k otázke, či nejde o hypomanickú epizódu a či v základe ona sama
ie je "bipolárna".

Na jednej strane sa veľmi tešila z úľavy a z pocitu energie,
ily a výkonnosti, ktoré sa objavili v priebehu týždňov po začatí
medikáciou. Na druhej strane mala pocit, že stratila vládu nad
vojimi emóciami. Vždy sa pýšila nádejou, že ak dôjde k dostatočné-
u pochopeniu a vhľadu, dokáže zvládať svoj emocionálny stav a kon-
rolovať svoje pocity podobne ako životné okolnosti. Použitie me-
ikácie pre ňu predstavovalo útok na jej ašpiráciu po sebavláde.
namenalo to, že určité partie jej osudu sú riadené nie jej žela-
iami a chápaním, ale určitou biochemickou nerovnová-
ou v centrálnom nervovom systéme.

Tieto dva prípady ilustrujú konflikt a ambivalenciu v súvislosti
s používaním medikácie v psychoterapii v našej spoločnosti všeobec-
e a v oblasti profesií duševného zdravia obzvlášť. Prvému pacien-
ovi medikácia priniesla úľavu, jeho pocit bol, "Teraz sa už nemu-
ím cítiť zodpovedný za to, čo sa mi stalo." Naproti tomu druhá
acientka mala pocit, že medikácia jej zobrala možnosť determinova-
ia vlastného osudu.

ieky a ich používanie

ri depresii máme k dispozícii celý rad efektívnych biologických a
sychologických liečieb(Paykel, 1982, Klerman a Hirschfeld, 1978).
ýber najvhodnejšej intervencie si u každého pacienta vyžaduje nie-
en dôkladné zhodnotenie pacientovej symptomatológie, rodinnej si-
uácie a sociálnych možností, ale aj poznanie dostupných terapií.

ricyklické antidepresíva

Tricyklická sú vo všeobecnosti prvou voľbou vzhľadom na svoju vy-
okú účinnosť a bezpečnosť. Sú tri chemické subsérie, ktoré majú
odobné farmakologické a klinické účinky, líšia sa však v dávkovaní
vedľajších účinkoch, najmä v sedatívnych vlastnostiach. Klinický

antidepresívny účinok tricyklík pravdepodobne súvisí s ich kapacitou potencovať CNS činnosť takých biochemických neurotransmiterov ako je norepinephrin a serotonin.

Dávkovanie tricyklických zložení je široké. U pacientov je možné začať s nízkou dávkou - napríklad 20 až 40 mg za deň imipraminu alebo jeho ekvivalentu - a postupne výjsť až na 200 až 300 mg za deň. Terapeutická reakcia sa môže dostaviť až po dvoch až štyroch týždňoch liečby. Adekvátna dávka sa dosahuje postupným zvyšovaním celkovej dennej dávky, kým sa nevyvinie terapeuticky žiadaná reakcia, alebo pokiaľ pacient dokáže znášať vedľajšie účinky. Najvhodnejším postupom je starostlivá regulácia dávkovania a sledovanie zlepšovania alebo vedľajších účinkov. Ak sa určitá klinická reakcia nedostaví do štyroch až šiestich týždňov pri adekvátnej a individualizovanej dávke, ďalšie užívanie lieku obvykle nemá zmysel a treba zvážiť alternatívnu liečbu.

Hoci sú tricykliká relatívne bezpečné, objavujú sa rozmanité vedľajšie efekty, väčšinou malé, najmä pri dávkach väčších než 200 až 300 mg za deň. Najčastejšie sú to sedácia a atropinový efekt - sucké ústa, zvýšená potivosť, ťažkosti s vizuálnou akomodáciou, pamäťové ťažkosti a urinárna retencia. Najzávažnejšie vedľajšie účinky sa týkajú kardiovaskulárneho systému. Pri užívaní tricyklických antidepresív sa môžu objaviť orthostatická hypotenzia, palpitácie, arytmie, tachykardia a abnormality EKG.

Pri údaji o glaukome je potrebné pred nasadením tricyklík konzultovať oftalmológa. Podobne, podnetom ku konzultácii s kardiológom by mala byť história kardiovaskulárnej choroby, najmä arytmie alebo infarktu myocardu v minulosti.

Inhibítori monoaminooxidázy (IMAO)

Vo všeobecnosti by IMAO pri liečbe väčšiny depresívnych pacientov nemali byť prvou voľbou, ale môžu byť užitočné, keď pacient alebo jeho rodina udáva pozitívnu reakciu na ne v minulosti, alebo keď pacient nereaguje na tricyklické antidepresíva.

Od pozorovaní tzv. "atypickej depresie" , ktoré prevádzali West a Dally (1959), aj ďalší výskum dokumentoval hodnotu IMAO u pacientov s klinickým syndrómom charakterizovaným anxietou, fóbiami, hysterickými rysmi a relatívnou absenciou takých vegetatívnych príznakov, ako je včasné ranné zobúdzanie a úbytok na váhe.

IMAO sú rozdelené do dvoch podskupín, podľa chemickej štruktúry. Obe skupiny inhibujú aktivitu monoamino oxidázy, čo,podobne ako pri tricyklikách, rezultuje do potencovania centrálnych aminových

neurotransmiterov. U depresívnych pacientov farmakologicky navodená redukcia aktivity monoamino oxidázy koreluje so zlepšením v ich nálade a klinických symptómoch.

Hoci IMAO boli do terapie zavedené skôr ako tricyklické antidepresíva, ich klinickú použiteľnosť - v porovnaní s tricyklikami - obmedzujú dva faktory. Po prvé, kontrolované porovnania naznačujú, že IMAO sú vo všeobecnosti menej účinné než tricyklikâ. Po druhé, sú toxickejšie a majú vyššiu frekvenciu toxických reakcií. V poslednej dobe však výskumné štúdie u vybraných pacientov demonštrovali ich účinnosť, keď sa dosiahne dostatočný stupeň enzýmovej inhibície.

Klinické vodítka pre dávkovanie nie sú presne stanovené. Počiatočné dávky sú medzi 20 až 40 mg a treba ich postupne zvyšovať v priebehu dvoch až troch týždňov. Reakcia môže byť oneskorená. Existuje metóda na meranie úrovne MAO, ktorá sa ukázala byť užitočnou.

Môžu sa objaviť malé vedľajšie účinky ako súché ústa a iné anticholinergické efekty. Hlavným klinickým problémom je riziko hypertenzívnych kríz, ktoré vyplývajú z toxickej interakcie s určitými potravinami alebo inými liekmi. Užívanie IMAO vyžaduje inteligentného, spolupracujúceho pacienta, ktorý bude dodržiavať dietové obmedzenia a ktorý dokáže rozpoznať symptómy vzrastajúceho krvného tlaku.

Fenotiazíny a ďalšie neuroleptiká

Pri liečbe akútnych depresií sa u pacientov, ktorí ako súčasť svojej psychotickej depresie majú intenzívnu agitáciu, insomniu a bludy, niekedy používajú fenotiazíny. Fenotiazíny sa pohotovo dajú kombinovať s tricyklikami. Na trhu je v mnohých formách a široko sa používa kombinácia perfenazínu a amitriptylínu.

Lítium

Karbonát lítia, jednoduchá anorganická substancia, interaguje s mnohými biologickými systémami a farmakologicky pôsobí na mnohé biogenické aminové procesy súčasne. Lítium pravdepodobne pôsobí cez iontovú alteráciu elektrickej vodivosti CNS. Lítium má preukázanú účinnosť pri liečbe mánio-depresívneho (bipolárneho) ochorenia, pri krátkodobej aj dlhodobej terapii. Niektorí pacienti s rekurentnou unipolárnou depresiou takisto dobre reagujú aj na lítiovú udržovaciu liečbu. Neustále sa pátra po podskupine depresívnych pacientov, ktorí by reagovali na lítium. Použitie lítia pri akútnych depresiách by sa malo obmedziť na tých pacientov, ktorý majú bipolárnu poruchu a/alebo nereagujú na inú liečbu, alebo u ktorých je pri použití tricyklík riziko manickej epizódy. Podávanie lítia musí byť sprevádzané svedomitým klinickým pozorovaním a monitorovaním krvných hladín, aby sa predišlo toxickej reakcii.

Krvné hladiny

Krvné hladiny tricyklík a MAO sa teraz nepovažujú za rutinné procedúry. Hoci sú ešte v štádiu skúmania, je pravdepodobné, že v blízkej budúcnosti, so zdokonalením metodológie, budú inkorporované do rutinnej klinickej praxe.

Malé tranquilizéry

Meprobamat a deriváty benzodiazepínu sa pri depresii používajú pre svoju schopnosť redukovať anxietu a insomniu. Ich účinky sú hlavne krátkodobé a nehodia sa k užívaniu na viac než štyri až šesť týždňov vzhľadom na možnosť návyku a potrebu zvyšovať dávku. Dôležité je rozlíšiť, o aký typ insomnie ide. Malé trankvilizéry sú užitočné u pacientov, ktorí majú ťažkosti so zaspávaním, ale menej užitočné sú u pacientov so včasným ranným prebúdzaním sa, čo je jeden z kardinálnych príznakov ťažkej depresie.

Psychomotorické stimulanciá

V dnešnej klinickej praxi majú v liečbe väčšiny depresií amfetamíny (dextroamfetamín sulfát a metylfenidát hydrochlorid) ohraničené - ak vôbec nejaké - použitie. Toto ohraničneie je dôsledkom ich nedostatku účinnosti, krátkosti klinického efektu, vývinu tolerancie, rizika návyku a závislosti a adverzívnych vedľajších účinkov.

Metylfenidát môže byť užitočný pri kombinácii s tricyklikami. Má stimulujúci účinok u pacientov s neurastenickými a únave podobnými symptómami. Výskum navyše ukázal, že kombinácia metylfenidátu a tricyklík má za následok zvýšenie krvnnej hladiny tricyklík.

Barbituráty a iné sedatíva - hypnotiká

Fenobarbital, pentobarbital sodium, glutetimid a metaqualon sa pre liečbu depresií nedoporučujú. Vo všeobecnosti sú neúčinné, môžu

ť toxické a najlepšie je nahradiť ich účinnejšími antidepresíva-
.

elektrokonvulzívna terapia (ECT)

U mnohých depresívnych pacientov so značnou psychomotorickou spo-
lenosťou alebo agitáciou a bludmi je vhodnou - hoci často kontro-
rznou - ECT. Je užitočná aj u pacientov, ktorí nereagujú na iné
ečby. ECT má veľkú hodnotu u pacientov s intenzívnym suicidálnym
idením a u tých, u ktorých nie je žiadúce čakať päť až pätnásť
í, kým sa dostaví účinok liekov; u hlboko depresívnych; a u pa-
entov, zdravotný stav ktorých kontraindikuje použitie liekov.
ajväčším nepriaznivým efektom ECT je strata pamäti, ktorá - napriek
mu, že je dočasná a zriedka hlboká - pacienta zúskostňuje. Zdoko-
alenie technológie a obmedzenie frekvencie a počtu liečieb zvýši-
účinnosť ECT a zároveň znížilo vedľajšie účinky, najmä reduko-
ním straty pamäti pri použití unilaterálnej ECT. ECT možno podá-
ť bilaterálne alebo unilaterálne. Sú dôkazy, že unilaterálna ECT
ôsobuje menej vedľajších účinkov, najmä menej redukuje pamäť.
ikisto sa však potvrdilo, že bilaterálna liečba je efektívnejšia
väčšieho percenta pacientov.

rvanie medikamentóznej liečby.

Je dôležité neprerušiť medikamentóznu liečbu príliš skoro, pre-
ože to môže zapríčiniť relaps. Liečba by mala pokračovať aspoň nie-
oľko týždňov po úplnej symptómovej úľave a potom sa postupne ukon-
ovať. V praxi je obvyklá liečba akútnych depresívnych epizód tri-
yklickými liekmi po dobu dvoch až šiestich mesiacov.
Nie je možné stanoviť presné pravidlá ohľadne dĺžky liečby. V pra-
i lekár prevádza titráciu - dávka by sa mala postupne znižovať,
by sa zistila najnižšia účinná dávka, pri ktorej nedochádza k ná-
ratu symptómov. Obvykle sa to dá dosiahnuť pri týždňových alebo
esaťdňových intervaloch.

ospitalizácia

Väčšina klinikov uprednostňuje medikamentóznu liečbu a psychote-
apiu v ambulantnej forme a tak sa vyhýbajú hospitalizácii. V bežnej
raxi sa väčšina pacientov s depresiami dá liečiť účinne ambulantne.
však u ťažko depresívnych pacientov treba zvažovať hospitalizáciu,
ajmä ak sú prítomné suicidálna ideácia, bludy alebo závažné zdra-

votné komplikácie.
ECT je obvykle najúčinnejšou liečbou u hlbokých depresií. Takisto fenotiazíny môžu pomôcť u pacientov, ktorí prežívajú halucinácie alebo bludy. Obtiažne, zložité alebo nereagujúce prípadu depresie môžu vyžadovať konzultáciu s psychoterapeutom, psychológom a špecialistom v psychofarmakológii.

Dlhodobá medikamentózna liečba

Problémy relapsu, chronicity a opakovania sa viedli v poslednej dobe k vzrastu rozhodnutí v prospech dlhodobej medikamentóznej liečby (Gelenberg a Klerman, 1978, Davis, 1976). Používajú sa rozmanité termíny - vrátane "dlhodobej liečby", "pokračovacej liečby","udržovacej liečby" a "profylaxie" - ale rozdiely sú triviálne.
Rozhodnutie začať dlhodobú liečbu sa opiera o počet, typ a závažnosť afektívnych epizód, sociálne dôsledky ochorenia a pacientove želania, osobnosť, úroveň sebazodpovednosti, zdravotnú históriu a rodinnú situáciu. Dlhodobá liečba sa obyčajne nezačína pri prvej atake poruchy nálady, najmä pri depresii, pokiaľ hneď nie je diagnostikovaná bipolárna porucha. Otázna diagnóza a/alebo ľahké alebo nefrekventné epizódy depresie sú indikáciami, že dlhodobá liečba nie je odôvodnená alebo aspoň nie hneď. Dlhodobá liečba by mala pripadať do úvahy vtedy, ak je depresia hlboká a sociálne konzekvencie relapsu pravdepodobne budú veľké. Vo všeobecnosti platí, že čím skorší začiatok epizód - či boli liečené alebo hospitalizované alebo nie - a čím kratší interval medzi nimi - tým viac je pacient vhodnejší pre dlhodobú liečbu. Podľa správy, ktorú podávajú Prien, Klett a Caffey (1973), pacienti s dvomi hospitalizáciami v priebehu piatich rokov majú 90 percentnú pravdepodobnosť relapsu, ak nie je udržovacia liečba.Ak je nutná dlhodobá liečba, možno použiť jednu alebo viac z nasledujúcich liečieb:
Tricyklické antidepresíva. Súčasná literatúra naznačuje, že u nebipolárnych pacientov, ktorí pri predchádzajúcich akútnych epizódach reagovali na tricykliká, je pri znižovaní pravdepodobnosti a/alebo závažnosti budúcich aták účinné udržovanie tricyklikami. Nakoľko tricykliká často precipitujú mániu u bipolárnych pacientov, pred započatím s dlhodobou tricyklickou liečbou je podstatná presná diagnóza. Pri dlhodobej liečbe je priemerná dávka 100 mg za deň, ale variácie budú závisieť od individuálnej reakcie na liek a tolerancie vedľajších účinkov.
Lítium. Lítium je prvou voľbou pri dlhodobej liečbe u bipolárnych

pacientov. V literatúre sa však čoraz viac uvádza (podľa Davisa, 1976), že lítium signifikantne redukuje počet rekurencií a zlepšuje sociálnu a psychologickú adjustáciu u mnohých rekurentných unipolárnych pacientov.

Dôkazy o účinnosti kombinovanej liečby

Účinnosť tricyklických antidepresív pre nebipolárnu depresiu bola demonštrovaná vo viac než sto kontrolovaných klinických skúškach. Sútiež dôkazy z dvadsiatich piatich skúšok, ktoré svedčia o účinnosti rozličných psychoterapií pre depresiu (Weissman, 1979, 1984). Až do nedávna však chýbal empirický dôkaz pre rozdielne efekty farmakoterapie v porovnaní alebo v kombinácii s psychoterapiou v liečbe depresie. V dôsledku toho sa terapeutovo rozhodnutie, či pri liečbe depresívnych pacientov použije farmakoterapiu alebo psychoterapiu alebo kombináciu, zakladalo skôr na ideológii než na údajoch (GAP, 1975).

Antidepresíva kombinované s psychoterapiou

Pozitívne účinky. Kombinácia antidepresív a psychoterapie je pravdepodobne liečbou, ktorá sa pre depresiu ponúka najčastejšie a tento trend reprezentuje presvedčenie, že tieto dve formy liečby sú kompatibilné a komplementárné. Množstvo štúdií dokazuje, že v liečbe depresie majú lieky a psychoterapia aditívny účinok (GAP, 1975, Klerman, 1976). Tento aditívny účinok môže byť spôsobený množstvom faktorov. Psychoterapia môže byť prospešná pre dosiahnutie zhody s rozvrhom medikácie, tým, že pacientom poskytuje podporný klinický kontakt a relatívne konzistentný prístup k uisteniu ohľadne vedľajších účinkov, oddialeného nástupu pôsobenia a ďalších vecí, ktoré môžu spôsobovať starosti. Naopak, farmakoterapia môže viesť k lepšej dochádzke a optimizmu v psychoterapii prostredníctvom placebo efektu, dokonca aj vtedy, keď lieky samotné sú neúčinné. Tieto aditívne účinky by sa mohli dokázať, keby sa zistilo, že kombinovaná liečebná skupina má nižší pomer relapsov než skupiny s iba psychoterapiou alebo s iba farmakoterapiou. Farmakoterapia nakoniec môže facilitovať psychoterapeutický proces tým, že udržiava symptómové úrovne pod kontrolou a dovoľuje pacientovi lepšie využívať psychoterapiu. Napríklad pacienti, ktorí lepšie spia a prežívajú menší zmätok a psychomotorickú spomalenosť alebo agitáciu, budú pri rozoberaní psychologických a interpersonálnych otázok s psychoterapeutom pravdepodobne komunikovať efektívnejšie.

Interakcia medzi psychoterapiou a farmakoterapiou môže byť aditívna, pričom každá produkuje nezávislé efekty, alebo môže byť synergistická, keď obe liečby pozitívne interagujú, čo v kombinácii má za následok väčšie zlepšenie, než aké by bolo pri zhrnutí každej liečby samostatne. Doposiaľ možno hodnotiť dôkazy svedčiace pre kombinovanú liečbu podľa štyroch úplných štúdií. V Klermanovej (1974) štúdii interpersonálnej psychoterapie a/alebo amitriptylínu ako udržovacej liečby mali pacienti s farmakoterapiou nižší pomer relapsov. U pacientov s psychoterapiou sa zlepšilo sociálne fungovanie a medzi liečbami neboli negatívne interakcie. Tieto výsledky naznačujú, že tieto dve liečby spolu sú aditívne.

V správe o efektoch interpersonálnej psychoterapie a amitriptylínu ako akútnej liečby pri súčasnej depresívnej epizóde (Weissman a kol., 1979, DiMascio a kol., 1979), Weissman a kol., 1981) bola u pacientov skupiny s kombinovanou liečbou väčšia pravdepodobnosť dokončenia liečby než u pacientov, ktorí prešli iba jednou liečbou. Porovnanie pomerov symptomatického zlyhania v liečebných skupinách odhalilo trend k superiorite kombinovanej liečby nad hociktorou liečbou samotnou. Posúdenie symptómovej úrovne v priebehu liečby odhalilo konzistentnú superioritu kombinovanej liečby nad hociktorou liečbou samotnou, čo vyplývalo z pôsobenia psychoterapie a farmakoterapie na rozdielne aspekty depresie. Farmakoterapia zlepšila spánok a iné vegetatívne symptómy a psychoterapia zlepšila kognitívne symptómy ako apatia a beznádej. Pri sledovaní po jednom roku, u pacientov, ktorí prešli aspoň osem týždňovou liečbou, kombinovaná liečba dokázala svoju prednosť nad hociktorou liečbou samotnou, čo sa meralo podľa pacientami udávaných symptómov a pred farmakoterapiou, čo sa týka sociálneho fungovania (Weissman a kol., 1981, Rounsaville, Klerman a Weissman, 1981).

Vo Friedmanovej (1975) štúdii manželskej psychoterapie a amitriptylínu, samotných a v kombinácii, neboli žiadne rozdiely, čo sa týka pomerov skorých výpadkov. Hlavný efekt manželskej terapie, zaznamenaný ku koncu liečby, bol najsilnejší, čo sa týka miery manželskej spokojnosti a rodinného fungovania a detekovateľný, čo sa týka symptómových merítok, kým komplementárne efekty sa zistili u farmakoterapie, ktorá silnejšie pôsobila na symptómy a slabšie na sociálne fungovanie. Podľa tejto štúdie možno predpokladať aditívny efekt, hoci údaje nie sú predkladané spôsobom, ktorý by dovoľoval priame porovnanie liečebných jednotiek.

V Coviho štúdii (1974) skupinovej psychoterapie a farmakoterapie, osobitne a v kombinácii, jediný signifikantný liečebný efekt sa zistil u imipramínu v porovnaní s diazepamom alebo placebom. V modeli sa udával malý počet signifikantných x liekových a psychoterapeutických interakcií, nie však viac než sa očakávalo náhodne. Efekt kombinovania psychoterapie a imipramínu v tejto štúdii sa tedy nedal odlíšiť od použitia imipramínu samotného.

Aby sme zhrnuli zistenia týkajúce sa pozitívnych efektov kombinovanej psychoterapie a farmakoterapie v troch štúdiach, ktoré zistili efekt psychoterapie, ukázalo sa, že psychoterapia a farmakoterapia majú aditívny efekt, ktorý vyplýval z pôsobenia každej tejto liečby na odlišný aspekt pacientovho stavu. Farmakoterapia mala pomerne skorý účinok na depresívne symptómy, najmä somatického typu a psychoterapia mala neskorší účinok na sociálne fungovanie alebo kognitívne typy depresívnych symptómov. Iba v jednej štúdii bol dôkaz o pozitívnom efekte kombinovanej liečby na dochádzku (Hercegvaron a kol., 1979).

Negatívne účinky. Bol naznačený určitý počet spôsobov, ktorými môžu vzájomne interferovať lieky a psychoterapia. Za použitia údajov z klinickej skúšky, posudzujúcej účinnosť interpersonálnej psychoterapie ako akútnej liečby pre súčasnú depresívnu epizódu, Rounsaville, Klerman a Weissman (1981) opísali šesť hypotéz týkajúcich sa potenciálnych negatívnych účinkov kombinovanej liečby a testovali ich za použitia údajov zo štúdie Weissmana a kol. Štyri z týchto šiestich hypotéz sa týkali možných negatívnych účinkov liekov na psychoterapiu a overovali sa porovnávaním skupiny s kombinovanou liečbou a skupiny s iba psychoterapiou.

Prvá hypotéza, "negatívny placebo efekt", tvrdila, že použitie liekov podporuje terapeutovu direktívnosť a pacientovu pasivitu, potláčajúc terapeutove snahy posmeľovať pacienta, aby prevzal zodpovednosť za sebaexploráciu a zmenu. Hodnotenie procesu psychoterapie, v ktorom sa porovnávala skupina s kombinovanou liečbou a skupina len s psychoterapiou, neodhalilo žiadne rozdiely v takých faktoroch ako reflektívnosť pacienta, terapeutom použité techniky a témy, o ktorých diskutoval pacient. Táto hypotéza sa teda nepotvrdila.

Podľa druhej hypotézy liekmi indukovaná redukcia symptómov môže podkopávať pacientovu motiváciu k pokračovaniu v psychoterapii. Výsledky ukázali, že u skupiny s kombinovanou liečbou bola rýchlejšia symptómová redukcia a väčšia retencia v liečbe, než u skupiny s iba psychoterapiou, teda hypotéza sa tiež nepotvrdila.

Podľa tretej hypotézy by farmakoterapia mohla podťať pacientove

obrany, nakoľko redukcia symptómov môže pacienta pripraviť o dynamicky užitočné správanie a viesť k symptómovej substitúcii alebo dekompenzácii. Analýza symptómových hladín v priebehu liečby a jeden rok po jej ukončení neodhalila žiadne rozdiely v pomere dekompenzácie alebo symptómovej substitúcie medzi skupinou kombinovanej liečby a skupinou psychoterapie.

Podľa štvrtej hypotézy by sa ponuka farmakoterapie psychoterapeutickému pacientovi dala chápať ako devalvácia pacientovej schopnosť samostatného zvládnutia. Potom sa dá očakávať, že pacient kombinovanú liečbu odmietne. Táto hypotéza sa nepotvrdila, pretože pomer počiatočných odmietnutí bol vyšší u psychoterapie samotnej než u kombinovanej liečby.

Zostávajúce dve hypotézy, ktoré sa týkali možných negatívnych účinkov x psychoterapie na farmakoterapiu, sa overovali na základe porovnania skupiny kombinvanej liečby a skupiny farmakoterapie. Prvou hypotézou bolo, že psychoterapia môže byť symptomaticky rozkolnícka. Tým, že pacienta povzbudzuje k explorácii konfliktového materiálu, psychoterapeut môže pracovať proti pozitívnym efektom medikácie. Táto hypotéza sa jasne nepotvrdila, nakoľko skupina kombinovanej liečby prežívala lepšie zlepšenie depresívnych symptómov než než skupina s farmakoterapiou . Podľa druhej hypotézy je jedinou racionálnou liečbou depresie nahradenie hypotetických biochemických deficitov a použitie psychoterapie tak odvádza pacienta od toho, aby vyhľadal efektívnu liečbu (farmakoterapiu) tým, že ho podnecuje k tomu, aby sa snažil ťažiť z neefektívnej liečby (psychoterapie). Štúdia zistila, že u pacientov s kombinovanou liečbou bola väčšia pravdepodobnosť, že zostanú v liečbe a tak aj, že dostanú lieky. Navyše sledovanie po roku ukázalo, že u skupiny s farmakoterapiou bola rovnaká pravdepodobnosť k využívanie psychoterapie aj farmakoterapie ako u skupiny s kombinovanou liečbou. Súhrnne, štúdia, ktorú previedli Rounsaville, Klerman a Weissman, nezistila žiadne dôkazy, ktoré by potvrdzovali akékoľvek hypotetické negatívne účinky kombinovania liekov a psychoterapie.

Friedman, rozoberajúc klinický dojem, že potom, čo pacient začal pociťovať určitú symptómovú úľavu, boli sedenia manželskej terapie charakterizované menej hostilnými interakciami, navrhuje, aby farmakoterapia začala niekoľko týždňov pred otvorením manželskej psychoterapie. V zostávajúcich dvoch štúdiach sa neudávali žiadne negatívne interakcie (Klerman a kol., Covi a kol.).

Zhrnutie pozitívnych a negatívnych účinkov. Pri rozoberaní výsledkov štúdií kombinovanej liečby sa zistila prevaha dôkazov

svedčiacich pre pozitívny, aditívny účinok kombinovanej liečby, zatiaľčosa nenašli dôkazy o negatívnych účinkoch. Tieto výsledky poskytujú vodítko v liečbe ambulantných, nepsychotických, nebipolárnych, stredne ťažkých depresívnych pacientov. Lieky a psychoterapia spoločne maximalizujú účinnosť a zdajú sa byť liečbou voľby. V klinickej praxi však mnohí pacienti nebudú a nemôžu tolerovať tricyklické antidepresíva a ďalší pacienti nebudú chcieť vstúpiť do psychoterapie. V oboch prípadoch by sa pacientovi liečba nemala odmietnuť, ale mala by sa mu ponúknuť prijateľná alternatíva.

Výber pacientov pre kombinovanú liečbu

Pri rozhodovaní o možnej hodnote medikamentóznej liečby je okrem diagnózy subtypu depresie často užitočné aj posúdenie závažnosti (Mandel a Klerman, 1978). Pri ľahkej depresii indikácia k antidepresívnej liečbe často nie je jasná a treba ju nechať na úsudok terapeuta. Možnými voľbami je žiadna medikamentózna liečba aj podávanie tricyklík s alebo bez psychoterapie. Psychoterapia samotná sa u týchto pacientov používa najčastejšie.

Mierne alebo stredne depresívnym pacientom často pomôžu antidepresíva užívaná súčasne s psychoterapiou a najúčinnejšia a relatívne najbezpečnejšie sú tricykliká. Najzreteľnejšou indikáciou pre tricykliká je endogénny symptómový vzorec: poruchy spánku (najmä včasné ranné zobúdzanie), úbytok na váhe a strata apetítu, agitácia, psychomotorická spomalenosť a pokles sexuálneho záujmu. Ako počiatočný liek sa nedoporučuje inhibítor MAO, až na okolnosti naznačené nižšie. U pacientov s históriou manických epizód alebo perzistujúcej povznesenosti treba okrem tricyklík zvažovať lítium. Dôvodom je to, že tricykliká môžu uprostred depresívnej epizódy precipitovať objavenie sa mánie.

Hlboko depresívni pacienti sú často zneschopnení v práci aj doma. Môžu byť tak ťažko depresívni, že manifestujú klinický vzorec "depresívneho stuporu". Tento syndróm sa často pozoroval v minulosti, ale dnes je relatívne neobvyklý. Pacienti s týmto stavom zostávajú v posteli a ostávajú mutistickí, inkontinentní a odmietajú jesť. V takejto situácii často život zachraňuje ECT. Inými manifestáciami hlbokej depresie sú suicidálne úmysly, ťažká agitovanosť a spomalenosť. Nedávny výskum naznačil, že ak sú prítomné bludy, tricyklické antidepresíva sú o mnoho menej efektívne než u pacientov bez bludov. U bludne depresívnych pacientov

by sa mala zvážiť ECT a/alebo fenotiazín.

Technické propozície

Začatie s medikáciou

Keď sa navrhne medikácia, pacientovi možno podať takéto predbežné vysvetlenie:

Vidíme, že váš depresívny syndróm má dve hlavné, navzájom prepojené súčasti: 1/ depresívnu náladu sprevádzanú fyzikálnym typom symptómov, ako je pokles energie, strata apetítu a porušený spánok, a 2/ problémy v spôsobe interagovania s druhými ľuďmi a v pohľade na seba. V liečbe depresívnej nálady a symptómov narušeného spánku a apetítu sa ako najúčinnejšia ukazuje byť medikamentózna liečba, zatiaľčo psychoterapia by vám mala pomôcť zdokonaliť spôsoby vzťahu s druhými ľuďmi a riešenia problémov, aby ste sa mohli vyhnúť budúcim depresiám. Keď sa budete cítiť lepšie a budete mať viac energie, je väčšia pravdepodobnosť, že dokážete vyriešiť svoje problémy s (dôležitá osoba v pacientovom živote). Na druhej strane, ak sa v psychoterapii lepšie dokážete zaoberať s ____, možno, že zistíte, že vás trápi menej vecí.

Ak pacient súhlasí s kombináciou farmakoterapie a psychoterapie, terapeut môže prejsť k objasneniu mechanizmov farmakoterapie, ako je prispôsobenie dávky a možnosť vedľajších účinkov a začiatok pôsobenia.

Monitorovanie medikácie počas IPT

Pri kombinovaní IPT s farmakoterapiou je dôležité pacientovi vysvetliť rozdielne racionále každej intervencie. Terapeut by si mal stanoviť zvláštny čas, najlepšie na začiatku každého sedenia, v ktorom sa bude zaoberať otázkami farmakoterapie - pripravovať recepty, diskutovať o vedľajších účinkoch a posudzovať účinnosť.

Dvaja terapeuti alebo jeden

Dôležitou technickou otázkou pri kombinovaní liekov a psychoterapie je otázka jedného alebo dvoch terapeutov.

Terapeut - psychiater sa môže rozhodnúť prevádzať aj psychoterapiu aj medikáciu. V klinickej psychiatrickej praxi je to najčastejší prípad. Avšak mnohí psychoterapeuticky orientovaní psychiatri, najmä psychoanalytici, považujú za prospešné rozdeliť zodpovednosť

pribratím druhého terapeuta ako terapeuta pre medikáciu. Zdôvodnenie toho sa obvykle zakladá na určitej kombinácii troch predpokladov. Po prvé, psychoterapeut sa nemusí cítiť dostatočne zbehlý a znalý, čo sa týka technických aspektov medikácie. Platí to najmä pre starších psychoanalytikov a psychoterapeutov, ktorí sa trénovali ešte pred zavedením nových liekov a pred tým, ako bola dostupná väčšina informácií o ich farmakológii a neurochémii. Po druhé, terapeut môže mať pocit určitej výhody v "rozdelení prenosu", pretože otázky práce s liekom, vedľajšími účinkami a dávkovaním sa často považujú za rušivý vpád do primárnej úlohy, ktorou je práca s pacientom na psychosociálnych alebo intrapsychických otázkach.

Avšak dnes vo väčšine prípadov psychoterapiu prevádza nemedicínsky terapeut - sociálny pracovník, psychológ, poradca, pracovný terapeut, psychiatrická sestra alebo rodinný a manželský poradca. V týchto prípadoch právne a profesionálne normy vyžadujú dvoch terapeutov, psychoterapeuta, ktorý má nemedicínske vzdelanie a terapeuta, ktorý je buď internistom alebo psychiatrom.

Keď je terapia takto rozdelená, esenciálny význam má efektívne spojenectvo s otvorenou komunikáciou medzi obomi profesionálmi. Treba vyvinúť úsilie, aby sa táto situácia pacientovi dôkladne vysvetlila a aby sa získala jeho spolupráca a súhlas s tým, že títo dvaja terapeuti si budú vymieňať informácie a koordinovať svoje rozhodnutia. Takisto sa treba vyhnúť rivalizovaniu alebo súpereniu o pacientovu dôveru a podporu. Niektorí pacienti sa môžu pokúšať manipulovať s rozdeleným vzťahom a postaviť jedného terapeuta proti druhému. Pacient sa môže napríklad sťažovať farmakoterapeutovi, že psychoterapuet nemá záujem alebo nie je aktívny, alebo nezaujíma dostatočne direktívnu rolu. Psychoterapeutovi sa zasa môže sťažovať, že ten druhý lekár je chladný, indiferentný a že sa nezaujíma o pacientove psychologické a sociálne problémy.

Ďalšou častou dilemou je, keď pacient pripisuje zlepšenie alebo zhoršenie jednej alebo druhej liečbe. Veľmi často sa pacienti sťažujú, že vedľajšie účinky medikácie im narúšajú život. Tu treba zvážiť rozsah, do akého vzorec symptómov udávaných ako vedľajšie účinky zodpovedá známej farmakológii lieku a skúsenosti druhých pacientov. Takisto treba zvážiť časovú následnosť; prišli sťažnosti po zmene medikácie alebo po zmene dávkovania? V každom prípade je prospešné, keď sa psychoterapeut a lekár predpisujúci medikáciu radia. V opačnom prípade, keď dôjde k zlepšeniu, niektorí pacienti ho pripisujú len lieku alebo len psychoterapii a o druhej forme terapie sa vyjadrujú znižujúco.

Kapitola 14.

PROBLÉMY, S KTORÝMI SA PRÍLEŽITOSTNE STRETÁVAME V TERAPII

Zvláštne problémy, ktoré vyvstávajú v priebehu psychoterapie, siahajú od problémov založených na sociálnych, kultúrnych alebo rodinných postojoch, až k špecifickým reakciám na vzťah pacient-terapeut.

Pacient nahrádza psychoterapeutom priateľov alebo rodinu

Pre mnohých pacientov s chudobnou sociálnou podporou zo strany rodiny, priateľov, práce alebo cirkvi sa psychoterapeut môže stať náhradou za tieto zdroje. Je zlou službou pacientovi, ak mu dovolíme chápať povahu pomáhajúceho vzťahu ako náhradu za priateľov alebo rodinu. Etickí psychoterapeuti sa nepodieľajú ani nedôverujú sociálnym aktivitám s pacientom. Ak pacient začne používať vzťah ako náhradu za vonkajšie zdroje, je dôležité túto vec okamžite klarifikovať. Terapeut môže povedať:

> Môžete mi celkom otvorene hovoriť o svojich problémoch, nádejach, obavách. Dokazuje mi to, že ste schopný dôverného priateľského vzťahu. Ale my nie sme ani priatelia ani rodina. To, čo je pre vás najdôležitejšie, je, aký je váš život mimo nášho vzťahu. S kým, spomedzi vašich priateľov alebo rodiny, môžete rozprávať tak, ako so mnou? Ako by sa vám dalo pomôcť nájsť takýchto ľudí? (Alebo prekonať strachy z otvorenosti voči nim?) Kto vám v živote pomáhal? Ako sa k nim priblížiť? Komu ste dokázali dôverovať?

Pacient liečbu vníma ako porážku

Mnohí depresívni pacienti vidia v potrebe liečby dodatočnú porážku. V takýchto prípadoch treba pacientovi pripomenúť nielen to, že vyhľadanie liečby je za daných okolností tou najmúdrejšou vecou, ale aj to, že je to odvážne, keď zoberieme do úvahy pacientove negatívne očakávania od liečby. Mimo toho, vyhľadanie liečby možno vysvetliť ako snahu vziať situáciu do rúk a aktívne niečo urobiť s problémami, ktoré doteraz voľne pokračovali nevyriešené. Psychoterapeut by takto mal posilniť pacientove vedomie, že vyhľadanie pomoci samo o sebe znamená robiť niečo aktívne s týmito problémami.

Pacient je chronicky depresívny

Niektorí pacienti majú akútnu epizódu depresie nadstavenú na

dlhodobú ľahkú chronickú depresiu, o ktorej sa niekedy hovorí ako o "depresívnej osobnosti". Ich charakteristickým spôsobom nazerania na svet a na vzťahy k ostatným je porazeneckosť, pesimizmus a nízke sebahodnotenie. Zakiaľ je pacient akútne depresívny, je ťažké posúdiť chronickú povahu tejto poruchy. V akútnej fáze sa pacienti budú prejavovať vo svojom najhoršom - závislí, pesimistickí, negativistickí, iritabilní - a môžu byť úplne iní, keď sú asymptomatickí. Dohady o osobnosti pacienta, robené pokiaľ je akútne chorý, môžu zavádzať a viesť k terapeutickému pesimizmu. Avšak pri symptomatickej úzdrave, ak stále zisťujeme chronický depresívny osobnostný štýl, je pacienta liečiť ťažšie, než ako sa javilo pri počiatočnom posudzovaní a môže dôjsť k rekurentným akútnym epizódam. Takýto pacienti môžu vyžadovať dlhodobú liečbu.

Pacient považuje depresiu za nevyliečiteľnú

V prvých štádiach liečby majú depresívni pacienti často pocit, že ich symptómy nikdy nepoľavia. Základnou stratégiou je pomôcť pacientovi znovu získať pocit schopnosti ovládať a nádeje. V niektorých prípadoch stačí uistenie; mnohí pacienti, keď pocítili, že depresia je zvládnuteľná, sú schopní pozbierať vlastné zdroje a sily k jej riešeniu. Mimo takejto jednoduchej pomoci pacientom, aby mali pocit, že pracujú na svojich problémoch, možno použiť rozličné podporné taktiky.

Pacient je oboznámený o syndróme depresie: poruchy spánku a apetítu, pokles energie, pesimizmus, ktoré sú súčasťou ochorenia.

Pacient sabotuje liečbu

Nakoľko sústredenosť na terapeutický vzťah nieje najdôležitejšou časťou IPT, pacientove pozitívne pocity k psychoterapeutovi a vysoké očakávania od liečby sa systematicky neskúmajú, až na výnimky, kedy interferujú s napredovaním (napríklad, keď pacienti majú také vysoké očakávania pomoci od omnipotentného psychoterapeuta, že sami nevyvíjajú žiadne úsilie k vyriešeniu svojich problémov). Terapeut však v liečbe nepretržite monitoruje znaky, že pacient si vyvíja negatívne alebo protiterapeutické pocity voči terapeutovi a liečbe. Tieto môžu mať formu relatívne nenápadných verbálnych alebo neverbálnych zdelení alebo môžu byť vyjadrené problematickým správaním, ako je onaskorovanie sa, vynechávanie sedení, mlčanlivosť, excesívne rozoberanie nepodstatného materiálu, priama nekooperatívnosť alebo suicidálne správanie a podobne.

Takéto správanie budeme neskôr rozoberať v tejto kapitole zvlášť. Tu sa dotkneme princípov, ktoré podmieňujú terapeutove zvládanie problematických postojov a správania.

Pri konfrontácii s takými situáciami má terapeut dva ciele: 1/ prerušiť alebo zmierniť takéto správanie, a 2/ dať pacientove neadekvátne správanie do súvisu s problémami, ktoré pacient má v interpersonálnych vzťahoch mimo terapie. Ak sa toto správanie dá priviesť pod kontrolu, zvládnutie problémov v terapeutickom vzťahu môže byť pre pacienta modelom pre zvládnutie problémov v iných vzťahoch.

Pri zaoberaní sa rušivými postojmi alebo správaním všeobecnou sekvenciou explorácie je prejsť od vlastnej zmienky alebo konštatovania takéhoto správania k úsiliu porozumieť jeho zmyslu a interpersonálnej funkcii. Psychoterapeut sa teda najskôr musí presvedčiť, že zodpovedné nie sú praktické dôvody alebo jednoducho nesprávne pochopenie a až potom môže prejsť k pátraniu po zmysle tohoto správania. Pacientove rušivé správanie možno vo všeobecnosti chápať ako nepriame a neefektívne zdelenie negatívnych pocitov a treba mu pomôcť nájsť priamejšie a efektívnejšie alternatívne spôsoby ich vyjadrenia.

Pacient sa bojí samoty

Keď pacient zostane sám a symptómy sa zhoršia, terapeut môže s pacientom preskúmať aj okamžité kroky aj dlhodobé stratégie k redukcii sociálnej izolácie. Alternatívne, ak pacient zostáva depresívni pri styku s určitými špecifickými ľuďmi, ktorí sú hostilní alebo inak nenápomocní, možno hľadať cesty k redukcii kontaktov s týmito indivíduami.

Pacient sa obáva straty kontroly

Strach zo straty kontroly môžeme zistiť u suicidálnych pacientov alebo u pacientov narušených hostilnými fantáziami. Na začiatku liečby môže byť pre týchto pacientov obzvlášť užitočná širšia dostupnosť psychoterapeuta. Ťažko narušených pacientov môže uistiť stretnutie sa s takýmto pacientom niekoľkokrát za týždeň, každodenný telefonát alebo uistenie o 24-hodinovej dosažiteľnosti po telefóne. Tieto prostriedky by sa mali rezervovať pre tých pacientov, u ktorých máme dojem, že naozaj potrebujú takúto dodatočnú podporu; menej narušení pacienti by takúto neobyčajnú ponuku mohli

vnímať poplašne ako zdelenie, že psychoterapeut ich považuje za "skutočne chorých".

Mnohých pacientov uisťuje to, keď pri systematickom snímaní histórie depresívneho ochorenia psychoterapeut akoby anticipoval ich symptómy. Aby ďalej normalizoval pacientovu depresiu, psychoterapeut môže diskutovať o vysokej prevalencii depresívnych porúch v našej spoločnosti, ako aj o dobrej prognóze a reaktivite depresie na liečbu. Obzvlášť nápomocné je zdôrazniť, že ľudia, ktorí sú depresívni, charakteristicky majú negatívne výhliadky a pocit, že to nikdy neskončí. U mnohých pacientov súčasnej epizóde predchádzali ľahšie alebo ťažšie epizódy. Keď sa to hodí, pacientom možno povedať, že depresia sa zdá byť ich spôsobom reagovania na závažné životné problémy a keď je to možné, terapeut môže demonštrovať, že v minulosti pacient dokázal vyriešiť depresiu.

Pacient nedostatočne akceptuje svoje želania

Mnohí pacienti nedostatočne si pripúšťajú vlastné želania alebo ich realizujú neochotne, pretože majú skúsenosť, že ich potreby sú buď neakceptovateľné alebo že je nepravdepodobné, že budú vyplnené. Tak, napríklad, žena môže pokorne ale zlostne prijímať dominantnosť svojho manžela, ak neverí, že iný spôsob správania je legitímny alebo očakávateľný. Aby prekonal tendenciu potláčať alebo popierať potreby alebo želania, terapeut môže pacienta opakovane viesť takými otázkami, ako je "Čo chcete od ____?" a posmeľujúc ho, aby o tom premýšľal slobodnejším spôsobom. Ešte základnejšou intervenciou je jednoducho menovať a implicitne legitimizovať potreby vyjadrené v pacientovom správaní.

Pacient sa vyhýba pozitívnej skúsenosti

Niektorí depresívni pacienti, pokiaľ sú v akútnej epizóde, nie sú schopní reagovať na žiadne dianie radosťou. Iní môžu reagovať na príjemné udalosti, ale majú ťažkosti s anticipovaním pôžitku. Pacienti z tejto skupiny nemusia dokázať plánovať alebo zapájať sa do aktivít, ktoré by ich v skutočnosti bavili. Môžu profitovať z terapeutických manévrov, v ktorých psychoterapeut skúma ich minulé a súčasné zdroje uspokojenia a povzbudzuje ich k zvýšeniu týchto aktivít. U pacientov, ktorí sa stávajú depresívni zo žiaľu a straty, je terapeut obzvlášť aktívny pri napomáhaní pacientovi "vyplniť prázdny priestor" novými aktivitami a vzťahmi.

Pacient na seba berie vinu za problémy rodiny alebo skupiny

Niektorí depresívni pacienti sa obviňujú za situácie, nad ktorými majú iba čiastočnú kontrolu. Sily vyrastajúce z nerozpoznanej rodinnej alebo skupinovej dynamiky často vyvíjajú zvláštne tlaky na jedincov, ktorí ich nutne nemusia prežívať ako pochádzajúce zo skupiny. V takýchto prípadoch pacienta možno naučiť jednoduchým princípom skupinovej alebo rodinnej dynamiky (napríklad "obetný baránok" a spôsobu, akým tieto princípy ilustrujú svoju rolu v skupinovej konštelácii. S touto informáciou možno pacientov viesť k zmene povahy ich role v ich sociálnej sieti.

Pacient sa oneskoruje, alebo vynecháva sedenia

Počiatočným prístupom k tomuto problému je jednoducho upozorniť na takéto správanie a presvedčiť sa, že zaň nezodpovedajú triviálne nedorozumenia alebo realistické problémy. Pacienti sa napríklad môžu domnievať, že oneskorený príchod nie je problémom, pretože doktori - tak, ako ich poznali doteraz - majú vždy veľa ľudí v čakárniach. V takomto prípade treba vysvetliť, že určený čas je vydelený len pre pacienta samotného a že v tom čase terapeut nemá žiadne iné sedenia. Pacientom možno tiež pripomenúť, že vynechané sedenia alebo oneskorenosť znamenajú menej času na prácu na problémoch. Iní pacienti si môžu zvyknúť na oneskorovanie sa kvôli praktickým problémom, ako je napríklad zháňanie dozoru k deťom. Terapeut by sa mal usilovať rozvrhnúť taký čas, kedy má pacient najväčšiu pravdepodobnosť, že bude môcť prísť. Keď pacient hneď nepochopí zmysel svojho správania (napríklad, "Idem neskoro, pretože sa mi nechce hovoriť o..."), psychoterapeut môže preskúmať okolnosti, za ktorých sa toto správanie objavuje (oneskorený príchod len po emočne nabitých sedeniach) a možné mienené interpersonálne konzekvencie tohoto správania (oneskorovanie sa skracuje sedenia, alebo hnevá psychoterapeuta).

Ak, po prvom rozdiskutovaní, oneskorovanie sa pretrváva, psychoterapeut môže začať skúmať zmysel tohoto konania v interpersonálnom kontexte pomocou takých otázok, ako "Čo máte z vášho neustáleho oneskorovania sa?" alebo "Čo myslíte, aký efekt má vaše oneskorovanie sa na našu prácu (na mňa)?" Terapeut sa snaží k tomuto správaniu pristupovať ako k nepriamemu a neefektívnemu interpersonálnemu zdeleniu, či si pacient je alebo nie je vedomý toho, že toto provokatívne správanie nejako pôsobí na druhých, alebo či má pocit, že tento nepriamy spôsob niečo zdeľuje. Napríklad, pacienti môžu mať

pocit, že terapia pomáha a že chcú spolupracovať, ale z akéhosi neznámeho dôvodu si nevedia zapamätať čas sedení. Ďalší si sú celkom vedomí svojich zmiešaných pocitov a dokážu o nich diskutovať, keď sa ich pýtame na vynechané sedenia.

K tomu, aby pacienti odhalili zmysel takéhoto správania, môže pomôcť diskusia o dianí, ktoré je spojené s týmto nekooperatívnym konaním. Napríklad:

> pacientka, ktorá bola presná v prvých fázach liečby, keď sa diskutovalo o jej zhoršujúcom sa vzťahu s hyperaktívnym synom, sa začala oneskorovať na sedenia, keď sa pozornosť začala presúvať na jej dlhotrvajúcu a doteraz nepoznanú rozmrzelosť nad lahostajným nezúčastneným manželom.

Ďalšou technikou explorácie nekooperatívneho správania je začať s ideou, že pacient si predsa len uvedomuje interpersonálne konzekvencie tohoto správania, alebo že ich aspoň čiastočne má v úmysle. V takej situácii by prvým cieľom malo byť dať pacientovi na vedomie, aký efekt má toto správanie na terapeuta. Často sa ukáže, že rovnakým spôsobom pacient pôsobí aj na rodinu alebo priateľov. Napríklad:

> Pacient, ktorý do liečby prišiel s históriou krátkotrvajúcich, búrlivých vzťahov, sa čoskoro začal oneskorovať na sedenia a potom to kládol za vinu psychoterapeutovi. Terapeut s pacientom rozprával o dráždivej povahe jeho správania. Preskúmanie jeho správania odhalilo, že pacient neveril, že by druhí na neho mohli reagovať pozitívne a že sa cítil pohodlnejšie a istejšie, keď sa dostal do nejakého sporu, než keď bol vzťah pokojný.

Pri aplikovaní poznatkov, ktoré sú výsledkom explorácie nekooperatívneho správania, sa treba snažiť zdôrazniť komunikatívne aspekty tohoto správania a pomôcť pacientovi objaviť alternatívne, priamejšie metódy. Pacientove používanie neverbálnych prostriedkov komunikácie môže byť podmienené iracionálnymi strachmi z výsledku priameho prejavenia pozitívnych alebo negatívnych pocitov. Napríklad pacientov pocit, že zlostné vyhýbaniesa priamemu konfliktu má prednosť pred vyslovením sťažností, sa môže zakladať na očakávaní masívnej odvety zo strany druhej osoby.

Pacient mlčí

Určitá mlčanlivosť sa objavuje v každej liečbe a vo väčšine prípadov si nevyžaduje diskusiu. Vo všeobecnosti je IPT liečbou, v ktorej pacient a psychoterapeut spoločne zdieľajú zodpovednosť

za nadnášanie tém k diskusii a za riadenie explorácie danej otázky. Môže sa však stať, že je dôležité dovoliť prolongované ticho, dve alebo tri minúty alebo aj viac. Keď sa rozoberal emočne nabitý materiál, alebo keď má psychoterapeut pocit, že pacient môže k otázke viac odkryť spontánne, než keby dostával otázky, ticho môže byť produktívne. Príležitostne môže mlčanie pacientov znepokojovať, keďže majú pocit, že práca nenapreduje, V takých prípadoch pacientom možno povedať, že terapia obsahuje aj spoločné prežívanie času, čo zahrňuje ticho rovnako ako aktívnu diskusiu.

Ak je ticho pretrvávajúcim problémom, jeho význam možno preskúmať dopytovaním sa pacienta na možné vysvetlenia. Zlepšenie môže byť také veľké, že pacient má pocit, že už niet o čom rozprávať. V takom prípade by mala začať diskusia o ukončení. Ak pacient neverí, že problémy sú vyriešené, terapeut môže začať pátrať po tom, čo bráni diskusii o otázkach, ktoré sa ponúkajú. Základným predpokladom je, že pacient sa buď vyhýba uznaniu konfliktných myšlienok alebo pocitov k otázke, alebo by rád niečo priniesol, ale sa obáva terapeutovej reakcie. Terapeut sa môže začať pýtať mlčanlivých pacientov, čo im ide hlavou, alebo či je niečo, čo zadržiavajú pred odkrytím. Toto hľadanie obyčajne vedie k odkrytiu iracionálnych interpersonálnych strachov spojených s odhaľovaním myšlienok a pocitov k ostatným. Ak pacienti dokážu prekonať svoje váhanie komunikovať v liečbe a dôjsť k lepšiemu pochopeniu domnienok, ktoré si vytvárajú o ostatných (že títo nebudú súhlasiť, mať záujem alebo starať sa o nich), môže to viesť k zlepšeniu komunikácie vonku.

Podobne ako pri explorácii oneskorovania sa, terapeut sa môže rozhodnúť zdôrazniť efekt, ktorý má mlčanie v interpersonálnom kontexte. Napríklad pacient - radšej, než by vyslovil svoje oprávnené sťažnosti - môže použiť mlčanie obvyklým podráždeným spôsobom. V takomto prípade možno pacientom pomôcť, aby videli aj nepríjemný efekt mlčania aj relatívne neproduktivnu povahu tejto komunikácie.

Pacient mení alebo sa vyhýba určitým témam

Vyhýbanie sa diskusii o dôležitom materiále môže mať podobu napríklad diskutovania iba o zážitkoch detstva, opakovanej zmeny témy alebo otvoreného odmietnutia diskutovať o danom probléme. Podobne,ako v prípade mlčania, psychoterapeutovou počiatočnou reakciou by malo byť faktické konštatovanie tohoto problému. Ak si terapeut povšimne, že k zmenám témy dochádza iba pri nejakej zvlášt-

nej otázke, môže toto svoje pozorovanie zdeliť. Pri poukaze na vyhýbanie sa špecifickým témam je dôležité brať do úvahy pacientovu relatívnu autonómiu diskutovať, čo je dôležité, ako aj identifikovaný problém, na ktorom sa terapeut aj pacient dohodli ako na fokuse liečby. Podobne ako pri mlčaní, po poukaze na problém by terapeut mal pokračovať preskúmaním toho, aké sú pacientove zámery v opakovanom vyhýbaní sa otázkam a aký efekt má toto správanie na druhých.

Pacient sa sťažuje a nespolupracuje

Depresívni pacienti majú často pocit, že im nič nemôže pomôcť a že ich depresie nebude mať konca a tké pocity ich priamo môžu podmieňovať k nespolupráci. Je to dôležité pokúsiť sa týmto pacientom ~~xxiax~~ vštiepiť nádej. Možno im úprimne povedať, že prognóza je dobrá, nakoľko väčšina depresívnych pacientov sa dokonca bez liečby uzdravuje v priebehu šiestich mesiacov ~~xxr~~ až roka. Pacienta možno zoznámiť aj so zisteniami o praktickej úspešnosti IPT v kontrolovaných štúdiach. Mimo uistenia, odpovedou na persistujúce sťažnosti je použiť toto správanie v snahe pomôcť pacientom pochopiť ich sťažovanie sa v interpersonálnom kontexte. Excesívni sťažovatelia sa môžu chytať relatívne triviálnych otázok, aby sa vyhli priamej konfrontácii s centrálnymi problémami. Ďalší môžu mať od druhých ľudí také očakávania, ktoré nikdy nemožno vyplniť a potrebujú sa naučiť spôsobom sebazabezpečovania. Bezohľadu na zmysel sťažností, pacientov možno upovedomiť o efekte ich správania a ponúknuť im alternatívne spôsoby zvládania rozmrzelosti.

Pacient je excesívne závislý

Depresívni pacienti často podceňujú vlastné schopnosti a majú pocit, že im druhí musia zabezpečovať veci, o ktoré by sa ľahko mohli postarať oni sami. V terapii si opakovane pýtajú nepotrebné rady, alebo sa psychoterapeuta pokúšajú presvedčiť, aby nevhodne zasiahol v nejakom ich interpersonálnom alebo inom probléme. Hoci IPT je podpornou liečbou, v ktorej psychoterapeut môže byť realisticky nápomocný, druh ponúkanej pomoci je fokálny a limitovaný. Ak pacient jednoducho chybne chápe obmedzenia terapeutického vzťahu, k redukcii nevhodných požiadaviek môže postačovať určité vysvtlenie. Ak pacient perzistuje, môže to byť príležitosťou k explorácii pacientovej neochoty alebo neschopnosti uznať osobne sily a schopnosti.

Pacient je suicidálny

Suicídium predstavuje najvážnejšie nebezpečenstvo depresívneho ochorenia. Z toho dôvodu treba brať suicidálne hrozby alebo konanie vždy vážne.

Prvou úlohou psychoterapeuta je určiť, či je u pacienta, ktorý prejavuje suicidálnu ideáciu, nutná hospitalizácia. Je to zložité posúdenie, ktoré musí zahrňovať zváženie vážnosti zámeru, letality predošlých pokusov a dostupnosti iných osôb v pacientovej sociálnej sieti.

Ak hospitalizácia nie je potrebná, na mieste je explorácia významu, aký má suicídium pre pacienta, počnúc s predpokladom, že suicídium predstavuje pokus o interpersonálne zdelenie alebo riešenie problému. Treba venovať pozornosť okolnostiam, v ktorých sa začala rozvíjať suicidálna ideácia. Úvahy o interpersonálnom zámere suicídia možno posudzovať preskúmaním toho, ako si pacient predstavuje reakcie iných osôb na vlastnú smrť, preskúmaním jeho predstáv o smrti (môže ísť o fantázie znovuspojenia sa so zosnulými milovanými osobami) alebo posúdením toho, to či ba sa smrťou malo docieliť. Pacientom sa často dá pomôcť, aby si predtsavili lepší spôsobm, ako to dosiahnúť to, čo je zámerom suicídia.

Suicidálny pacient sa nesmie cítiť opustený druhými. Keď sa pacient bude cítiť suicidálne, terapeut má byť čo najdosažiteľnejší a najdostupnejší - telefonicky alebo naplánovaním zvláštnych sedení.

Psychoterapeut si k pacientovi vyvinie silné pocity

Psychoterapeuti u seba príležitostne zisťujú, že si k pacientovi vyvinuli také pocity, ako je hnev alebo ~~xxxxxxxxxxxxxx~~ sexuálna príťažlivosť. Tieto pocity môžu byť extenziou interpersonálneho štýlu terapeuta, alebo môžu byť reakciou na pacientove provokatívne správanie. Pre terapeuta je dôležité rozlíšiť, ktorá z týchto dvoch možností je pravdepdobnejšia. Reakcia na pacienta môže byť prospešná, pretože to terapeutovi pomáha porozumieť reakcii, ktorú pacient vyvoláva u okolia. Môže to pomôcť pri určovaní pacientových síl a slabostí a pri usmernení pátrania v pacientových problematických vzťahoch mimo liečby. Terapeut môže pacientovi o týchto reakciách povedať, aby mu pomohol spoznať účinok takéhoto správahia na druhých. Vlastne v prípadoch, kedy je jasné, že pacient koná provokatívnym spôsobom, nezverejnenie toho môže pacienta podnietiť k pochybnostiam

o psychoterapeutovej schopnosti reagovať úprimne. Napríklad:

Terapeut zistil, že s jedným briskným, odporujúcim pacientom, dvadsiatnikom sa stále nemôže dohodnúť na celom rade otázok, ako boli časy sedení alebo pamätanie si toho, čo pacient povedal skôr, v priebehu sedenia. Keďže hlavnou sťažnosťou tohoto muža na začiatku liečby bola jeho sociálna izolovanosť, terapeutova reakcia sa zdala byť dôležitým kľúčom k pacientovým interpersonálnym ťažkostiam. Keď terapeut prejavil svoju mrzutosť, zdalo sa, že pacientovi sa uľavilo a povedal, že je zvedavý, prečo terapeut znášal jeho správanie tak dlho. Ďalšia diskusia vyniesla pacientove dlhoročné presvedčenie, že keby prejavil slabosť, ostatní by to využili a preto k nim musí pristupovať takýmto útočným spôsobom.

Prejavovanie reakcií, najmä negatívnych reakcií, je technika, ktorú by mal terapeut používať starostlivo a s mierou. Preferovaným spôsobom vo všeobecnosti je nesúdiace uznanie pacientových ťažkostí. Navyše, keď psychoterapeut prejaví negatívne pocity k pacientovi, je dôležité, aby to, k čomu smerujú, bolo pacientovo správanie, ktoré sa dá zmeniť a nie pacient ako osoba. Pri odhadovaní načasovania takejto intervencie by si terapeut mal byť istý, že pacient túto reakciu provokuje a že to, že sa o takejto provokácii dozvie, mu pomôže pochopiť podobné správanie mimo terapie. Pri vhodnom použití môže vyriešenie konfliktov medzi pacientom a psychoterapeutom byť silným nástrojom, ktorý pacientovi pomáha učiť sa riešeniu nezhôd vo všeobecnosti.

Keď je k účasti vyzvaná druhá signifikantná osoba

Zapojenie ďalšej osoby, ktorá je pre pacienta signifikantná, do jedného alebo viacerých terapeutických sedení sa doporučuje obzvlášť u pacientov s problémami interpersonálnych rolových nezhôd, ako sú manželské problémy. Spoločné sedenia sa dajú využiť na: 1/ získanie dodatočných informácií, 2/ získanie spolupráce tejto osoby, alebo na 3/ facilitáciu riešenia interpersonálneho problému a zlepšenie komunikácie medzi pacientom a touto osobou.

Hoci IPT je konštruovaná ako individuálna liečba, terapeut sa môže rozhodnúť pre pribratie signifikantných osôb do niekoľkých terapeutických sedení kvôli niektorému z nasledujúcich dvoch dôvodov.

Poskytnutie informácií. Interpersonálne ťažkosti depresívnych pacientov sa často zhoršujú kvôli nepochopeniu alebo nesprávnemu chápaniu charakteristík depresívneho ochorenia zo strany rodiny.

Napríklad, jeden manžel si interpretoval apatiu svojej manželky ako premyslený odpor voči domácim prácam a jedna žena zasa chápala stratu apetítu a sexuálneho záujmu u svojho manžela ako priamu kritiku voči jej osobe. Vysvetlenie, že depresia je syndróm s predvídateľnými charakteristikami, dobrou prognózou a neznámymi príčinami, často vyrieši predstavy príbuzných a pocity viny za pacientov stav. Okrem toho, príbuzným možno osvetliť aj spôsoby, akými môžu pomôcť k úzdrave pacienta. Treba ich vystríhať pred excesívnym obviňovaním pacienta alebo excesívnym ospravedlňovaním a oslobodzovaním ho od zodpovednosti počas depresívneho ochorenia.

U suicidálnych pacientov, stav ktorých je vážny, ale nevyžaduje hospitalizáciu, príbuzní môžu byť dodatočnými psychoterapeutami, ktorých úlohou je monitorovať pacientov stav a podávať lieky.

Získanie informácií. Psychoterapeut môže získať informácie, ktoré by nezískal od pacienta samotného buď na základe priameho dopytovania sa príbuzných alebo na základe pozorovania interakcií medzi pacientom a inou, pre neho signifikantnou osobou.

Pacient chce predčasne ukončiť liečbu

Najúplnejším vyhnutím sa terapeutickej práci je predčasné ukončenie. V mnohých prípadoch sa mu nedá predísť, pretože predpoklad psychoterapie, že konaniu by malo predchádzať hovorenie vecí, odporuje presvedčeniu a štýlu zvládania mnohých ľudí. K včasnému ukončeniu môže dôjsť aj vtedy, keď sa pacient a terapeut nezhodnú ohľadne terapeutického kontraktu, alebo keď má pacient pocit, že pokračovanie kontraktu je ohrozujúce.

Pacientov, ktorí prejavia želanie skončiť, sa treba najskôr spýtať, či sú spokojní s tým, ako boli riešené ich problémy. Je to zriedkavý prípad, ale táto otázka naznačuje, že je ešte materiál, na ktorom by bolo treba pracovať. Terapeut by mal pátrať po pacientových prípadných nespokjnostiach s terapiou a pokúsiť sa uspokojiť odôvodnené požiadavky, alebo vyriešiť nepochopenia. Ak medzi psychoterapeutom a pacientom vyvstali špecifické neriešiteľné problémy, alebo ak má pacient problémy, ktoré sa nedajú zvládnuť metódami IPT, potom je na mieste odporučenie k inému psychoterapeutovi alebo do inej formy liečby.

Ak je psychoterapeut presvedčený, že pacientove želanie skončiť vyrastá z konfrontácie otázok, ktorým sa vyhýba, alebo že súvisí s pacientovými všeobecnými interpersonálnymi problémami, potom možno k tomuto želaniu pristupovať ako k hociktorému inému symptómu.

Pri skúmaní interpersonálneho významu hrozieb ukončenia terapie treba pacienta povzbudzovať k tomu, aby o pocitoch skôr premýšľal a rozprával, než aby konal na ich základe. Ak je pacient pevne rozhodnutý k predčasnému odchodu, je dôležité čo najjasnejšie mu dať na vedomie, že návrat do terapie je otvorený a nebude sa považovať za porážku alebo pokorenie.

Z interpersonálneho hľadiska je pacientove želanie ukončiť liečbu predčasne príkladom nezdieľaných rolových očakávaní. Táto situácia je zvláštnou formou rolovej nezhody, v tomto prípade medzi pacientom a psychoterapeutom. Nezhoda sa týka dĺžky liečby a pacient žiada nové dojednanie kontraktu.

Pacient má problémy so sebaodkrývaním

Pri vyvolávaní afektívne nabitého materiálu je rozhodujúce načasovanie a terapeut si musí byť dostatočne istý, že pacient dokáže tieto pocity tolerovať bez toho, aby zostal neproduktívne rozrušený. Skôr, ako sa pacient začne zaoberať odkrývaním vytesnených otázok, môže byť nutné vybudovanie dôverného vzťahu s psychoterapeutom. Príliš rýchly vstup do skúmania citlivých oblastí môže buď zastaviť napredovanie tým, že zvýši pacientovu defenzívnosť alebo povedie k predčasnému ukončeniu. Očakáva sa, že terapeutický vzťah sa s napredovaním terapie bude prehlbovať, umožňujúc tak pacientovi väčšiu slobodu byť otvorený.

Aby pacientovi pomohol k hlbšiemu sebaodkrytiu, terapeut sa necháva viesť pacientovými prejavmi silného afektu alebo, alternatívne, nedostatkom silných pocitov, keď sú opisované udalosti alebo témy, ktoré - ako sa zdá - oprávňujú tieto pocity. Ak pacient začne prejavovať emočnú reakciu na nejakú tému, povzbudzuje sa ďalšia diskusia tohoto materiálu a plnšia expresia pocitov. Ak sa zdá, že pacient rozoberá materiál malej emočnej relevantnosti, terapeut sa môže pokúsiť vrátiť fokus späť k dôležitým otázkam. Pri vyvolávaní diskusie o vysoko nabitých témach psychoterapeut mlčky aj explicitne zdeľuje akceptáciu afektu, ktorý vlastne nie je pod pacientovou kontrolou, aj svoju vieru, že tieto silné pocity potrebujú byť preložené do konania, ktoré je pod pacientovou kontrolou. Psychoterapeut môže voliť vysvetlenie toho napríklad takýmto spôsobom:

> Nemôžete nasilu zmeniť svoje pocity a hoci sa vám zdá ťažké prijať svoj ____ (hnev, strach, závisť atď.), my všetci máme takéto pocity. Na druhej strane skutočnosť, že máte tieto pocity, neznamená, že budete podľa nich konať a ak im dokážeme lepšie po-

> rozumieť, môžu sa stať menej obťažujúcimi alebo sa dokonca zmeniť.

Pacient vyhľadáva dodatočnú, alternatívnu liečbu

V zriedkavých prípadoch pacient môže - pri pokračovaní v terapii - vyhľadávať dodatočnú alternatívnu liečbu. Touto môže byť iný druh psychoterapie a/alebo psychotropnej medikácie. K týmto aktivitám treba zachovávať otvorený, neodsudzujúci a neodmietajúci postoj a treba ich rozobrať v terapeutických sedeniach.

Kapitola 15.

IPT TERAPEUT: PROFESIONÁLNE POZADIE, ROLA A VÝCVIK

IPT by mali prevádzať psychiatri, psychológovia, psychiatrickí sociálni pracovníci alebo sestry, ktorí už získali špecifikovanú úroveň skúsenosti a znalosti v určitej forme dynamickej psychoterapie, ako rogersovská terapia alebo psychoanalyticky orientovaná terapia. Skôr, ako začnú s IPT, od terapeutov sa očakáva, že budú mať konečnú profesionálnu hodnosť, ako je MUDr., PhDr. alebo M.S.W. (Master of Social Work) a aspoň dvojročnú klinickú skúsenosť v psychoterapii s ambulantnými depresívnymi pacientami. Títo terapeuti sú ďalej posudzovaní výcvikovými terapeutami kvôli istote, že spĺňajú všeobecne akceptované štandardy klinickej kompetentnosti, vrátane schopnosti pristupovať k pacientom s vrelosťou, záujmom a empatiou. Okrem toho by terapeuti mali mať pozitívny postoj ku krátkodobej liečbe a otvorený postoj k používaniu interpersonálnych techník. Ideálne by sa IPT terapeut nemal rigidne viazať na nejaký alternatívny systém terapeutického presvedčenia. Nakoniec sa predpokladá, že na báze predchádzajúceho výcviku a skúsenosti bude terapeut oboznámený s osobnostnými otázkami a s vlastnými silami a slabosťami vo vzťahu k rozličným typom pacientov.

Terapeutova rola a postoj

Ako zdôraznili Strupp (1969), Frank (1973) a ďalší, typy psychoterapie majú mnoho spoločných elementov. Zvláštny typ terapie je teda definovaný svojim odlíšením od iných liečieb a to buď a/ používaním techník, ktoré nepoužívajú iné terapie, alebo b/ vyhýbaním sa technikám, ktoré definujú iné terapie

Terapeut je pacientov obhájca, nie neutrál

Podobne, ako v rogersovskej terapii, IPT terapeut je nesúdiaci a zdeľuje vrelosť a nepodmienený pozitívny ohľad. V základe je benigným a pomáhajúcim spojencom. Konfrontácia je jemná a časovaná a terapeut sa stará o to, aby podporil pacientove pozitívne očakávania od terapeutického vzťahu. To samozrejme neznamená, že bude akceptvať všetky aspekty pacienta; terapeut skôr zdeľuje, že pacientove problémy sa dajú vyriešiť a nemusia predstavovať permanentné rysy pacientovej osobnosti. V zhode s tým je terapeut optimistický a suportívny, používajúc také techniky ako uistenie a priama

rada, ak sa zdajú byť prospešné, obvykle v úvodných sedeniach, keď sa pacient cíti najsymptomatickejší a najbezmocnejší. Tým, že nezaujíma stiannutú, neutrálnu rolu, terapeut predchádza tomu, aby pacient v terapeutickom vzťahu regredoval.

Terapeutický vzťah nie je manifestáciou prenosu

Je to dôsledok role pacientovho obhájcu. Keďže terapeut ponúka spojenectvo, pacientove očakávania pomoci a pochopenia sa chápu ako realistické a vzťah medzi pacientom a terapeutom je takisto reálny. Tento vzťah sa vo všeobecnosti nechápe ako prehrávanie pacientových (alebo terapeutových) predošlých vzťahov s inými osobami. Terapeut je citlivý k pacientovmu vzorcu vzťahovosti. Terapeut sa napríklad môže pokúsiť vyhnúť sa intelektualizovanému sporu s obsedantným pacientom tým, že sa namiesto toho zameria na pocity a emocionálne otázky.

Pozitívny prenos sa ponecháva tak a k pokusom prerušiť, interpretovať alebo špecificky preskúmať interakcie pacient-terapeut dochádza iba vtedy, keď pacientove pocity k terapeutovi rušia napredovanie. Od takéhoto postoja sa očakáva redukcia pravdepodobnosti pacientových manifestácií zlostných alebo hostilných pocitov voči terapeutovi. Keď sa zdá, že pacientovi pocity k terapeutovi alebo k terapii predsa len prekážajú napredovaniu, čo dokazujú problémy, ktoré sa počas terapie vynárajú, ako je oneskorenosť alebo vynechávanie sedení, potom sa skúmajú pacientove pocity k terapeutovi. Celkovou stratégiou v tejto situácii je dať pacientove reakcie k liečbe do vzťahu s jeho spôsobmi zvládania interpersonálnych problémov mimo terapie a pomôcť mu naučiť sa alternatívnym spôsobom riešenia týchto reakcií v aj mimo terapie.

Hoci IPT terapeut ponúka pacientovi svoju asistenciu, táto sa obmedzuje na pomoc pri učení sa novým spôsobom myslenia o sebe samom v sociálnej roli a pri riešení interpersonálnych problémov. Terapeut sa usiluje čo najmenej podávať priame rady alebo uistenia, aby podporil pacientov pocit vlastnej kompetencie. Terapeut sa snaží predísť tomu, aby sa pacient stal príliš závislý.

Terapeutický vzťah nie je priateľstvo

Hoci terapeut je pacientov zastánca, tento vzťah má svoje hranice. Na jednej strane môže byť terapeut v interakciách s pacientom selektívne sebaodhaľujúci a voľný. Keď je to relevantné pre rozoberané otázky, terapeut môže vyjadriť svoj osobný názor alebo udať

príklady problémov z vlastného života. Ak pacient príde s nejakou osobnou otázkou, terapeut mu slobodne môže odpovedať. Môže však byť dôležité preskúmať pacientov k dôvod k tejto otázke, ak sa zdá, že táto súvisí s protiterapeutickými postojmi, alebo predstavuje vyhýbanie sa sebaodhaľovaniu. Ak pacient ponúkne terapeutovi nejaký malý darček, terapeut ho môže prijať bez toho, aby sa cítil byť zaviazaný preskúmať zmysel takéhoto konania. Pri vykonávaní profesionálnych úloh môže terapeut aktívne asistovať pacientovi pri jeho životných problémoch, napríklad vypovedaním pred súdom alebo sprostredkovávaním kontaktu s inými medicínskymi alebo psychologickými profesionálmi za účelom dodatočnej liečby.

Na druhej strane, terapeutova otvorenosť k pacientovi nezahrňuje účasť na aktivitách, ktoré nesúvisia s úlohami a cieľmi terapie. Čiže terapeut by nemal s pacientom vstupovať napríklad do spoločenského alebo obchodného vzťahu.

Terapeut je aktívny, nie pasívny

Pri štrukturovaní a zameriavaní terapeutického sedenia IPT terapeut zaujíma stredný postoj medzi extrémami vysokej aktívnosti a púhej reaktívnosti k pacientovým produkciám.

V zhode s cieľmi IPT je terapeut do určitej miery aktívny pri pomáhaní pacientovi zamerať sa na dosiahnutie zlepšenia v súčasných interpersonálnych problémových oblastiach. V úvodnom sedení terapeut aktívne zbiera históriu depresívneho stavu, históriu pacientových signifikantných interpersonálnych vzťahov, najmä súčasných a pomáha pacientovi stanoviť liečebné ciele.

V sedeniach strednej fázy je terapeut aktívny pri vedení pacienta k tomu, aby pokryl materiál, ktorý je relevantný pre liečebné ciele. Ak pacient neprináša materiál, terapeut môže vyvolávať čerstvejšie alebo podrobnejšie informácie v jednej z dohodnutých problémových oblastí. Ak pacient stále nie je schopný diskutovať o materiále, môže byť vhodné spýtať sa ho, či je niečo, o čom je pre neho ťažké diskutovať. Vo všeobecnosti platí, že ak sa nepredikutuje jedna páličivá otázka, nemožno plodne preskúmať ďalšie. Terapeut môže obrátiť pacientovu pozornosť k prežívaniu sedenia tu-a-teraz a potom sa pokúsiť odkryť myšlienky alebo pocity, ktoré sú prekážkou terapii (pozri diskusiu o mlčaní v Kapitole 14). Nedoporučuje sa dovoliť veľmi dlhé mlčanie alebo pustiť sa do voľných asociácií, pri ktorých sa diskutuje o témach značne sa odchýľujúcich od cieľov liečby, čím sa vylučujú centrálnejšie témy.

Hoci je terapeut aktívny, konečná zodpovednosť za zmenu leží na pacientovi. Aj keby terapeut mohol vyriešiť pacientov problém, nie je to zámerom. Zámerom terapie je pomôcť pacientom naučiť sa riešiť vlastné problémy a sledovať vlastné ciele. Terapeut teda limituje svoje intervencie týkajúce sa správania na terapeutickom sedení aj mimo neho. Na sedení sa pacientom hovorí, že dostanú príležitosť diskutovať o svojich starostiach a problémoch tak, ako ich vidia oni, pretože terapeut nemôže tušiť, čo je pre pacienta dôležité. Aby pacient dostal možnosť zmeniť fokus liečby alebo upozorniť na doposiaľ nepreskúmané problémové oblasti, každé sedenie môže začať terapeutovou otázkou (buď explicitne alebo mlčaním), či sú nejaké problémy, udalosti alebo myšlienky, týkajúce sa terapie alebo iných signifikantných osôb, o ktorých by pacient rád diskutoval. Ak pacient prinesie nejaký materiál, sedenie sa potom môže sústrediť na systematickú exploráciu témy, ktorú zvolil pacient. Mimo terapie pacienti menia svoje správanie pod svojim vlastným vedením. Až na zriedkavé prípady terapeut priamo nezasahuje v mene pacienta a nezadáva domáce úlohy alebo priame špecifické návrhy.

Výcvik v IPT

IPT prístupu k depresívnym pacientom sa najpohotovejšie naučia plne vycvičení psychoterapeuti, ktorí sú už skúsení a znalí v niektorej forme na vhľad orientovanej, exploratórnej psychoterapie, ako je rogersovský (1959), sullivanovský (1953) alebo tradičný psychoanalyticky orientovaný prístup. Pre psychoterapeutov s týmto typom vzdelania znamená osvojenie si IPT prístupu v prvom rade refokusáciu a kondenzáciu toho typu práce, ktorí už zrejme prevádzajú s nepsychotickými pacientami. U týchto terapeutov si naučenie IPT prístupu vyžaduje pripojiť k poznatkom o depresii určitý "medicínsky model" (pozri Kapitola 3); zamerať intervencie, aby sledovali stratégie k identifikácii a priblíženia sa k štyrom typom interpersonálnych problémov (pozri Kapitolu 5 až 9); a zvýšiť úroveň aktivity, aby sa práca ukončila v relatívne limitovanom počte sedení (12 až 20) a v korešpondujúcej krátkej časovej perióde.

Hoci všeobecný terapeutický postoj a techniky IPT sú praktizovateľom exploratórnej psychoterapie obvykle známe, pre psychoterapeutov, ktorí sa cvičili v behaviorálnom alebo kognitívnom prístupe, môže byť učenie sa IPT obtiažne. Tí, ktorí sú silnými prívržencami "čistých", dlhodobých a otvorených foriem dynamickej psychoterapie, takisto môžu chápať IPT ako veľmi odlišnú od toho, na čo sú zvyknutí.

Doposiaľ sa výcvik v krátkodobej interpersonálnej psychoterapii pripravoval a prevádzal iba za veľmi špecializovaným účelom prípravy psychoterapeutov, ktorí mali túto formu liečby použiť vo výskumných štúdiach porovnávajúcich IPT s kontrolnými subjektami, farmakoterapiou a inými typmi psychoterapie. Hlavným nedostatkom väčšiny výskumov účinnosti rozličných psychoterapií je neschopnosť adekvátne zaistiť špecifitu testovaných terapeutických prístupov. Hoci sa terapeuti a posudzované terapie identifikujú ako "psychoanalyticky orientovaní" alebo "behaviorálni", výskumníci zriedka špecifikovali aktuálne techniky a stratégie, ktoré používajú terapeuti.

Manuál IPT, ktorý je predchodcom tejto knihy, ako aj Výcvikový program IPT boli vyvinuté vzhľadom na potrebu zdokonaliť precíznosť, s ktorou sa psychoterapie kategorizujú v klinických skúškach hodnotiacich ich účinnosť. Vzhľadom na to, že IPT výcvik bol vyvinutý pre špecializované výskumné účely, nie je široko dostupný a jeho použitie v klinických podmienkach ešte nebolo systematicky zhodnotené. Tréningový program IPT však zahrňuje zložky tradičného klinického výcviku a skúsenosti z výskumu možno všeobecnejšie aplikovať v klinických podmienkach. Tromi centrálnymi črtami výcviku v IPT sú: a/materiál zhrnutý v tejto knihe, b/ didaktický seminár a c/supervidovaný prípad, založený na supervízii videozáznamov psychoterapeutických sedení.

Písomný materiál

Pred napísaním Interpersonálnej psychoterapie depresie bol hlavným nástrojom, ktorý sa používal k definovaniu, špecifikovaniu a sprostredkovávaniu stratégií a techník IPT, tréningový manuál. Ako väčšina kníh, ktoré opisujú určitý typ psychoterapie, manuál a táto kniha obsahujú diskusiu o teoretických východiskách a všeobecných charakteristikách tejto liečby. Od iných typov kníh o psychoterapii sa však líši tým, že poskytuje podrobné inštrukcie a návod pre aktuálne prevádzanie liečby, Možno to opísať aj tak, že vytyčuje vonkajšie aj vnútorné hranice IPT. V rámci IPT prístupu je tu operacionalizovaný prehľad techník, podrobný náčrt štyroch všeobecných stratégií prístupu k pacientovým interpersonálnym problémom v závislosti na type predkladaných otázok, súbor návodov k zvládaniu špecifických problémov (mlčanlivosť, oneskorovanie sa atď.), ktoré sa vo všeobecnosti objavujú v priebehu psychoterapie, inštrukcie k sledovaniu sekvencie dianí v rozličných fázach

terapie, a opisy definujúcich rysov vzťahu s pacientom, o ktorý sa usiluje IPT terapeut. Okrem toho sú delimitované vonkajšie hranice IPT a opísané sú techniky, ktoré nie sú súčasťou IPT, ako napríklad zadávanie domácich úloh. Takisto mimo hraníc IPT je neschopnosť prijať terapeutický postoj konzistentný s IPT, ako hyperaktívnosť alebo direktívnosť, alebo neschopnosť suportivity a dostatočnej aktívnosti.

Didaktický seminár

V dvoj až päť-dňovom seminári sme sa snažili pomôcť terapeutom identifikovať to, čo už robia a čo je podobné IPT a to, čo robia a čo nie je IPT a špeciálne schopnosti, ktoré si vyžaduje IPT prístup. Má to formu rozboru písomného materiálu mso širokými klinickými ilustráciami za použitia videomateriálov.

V didaktickom seminári sa výcvik sústreďuje na zdôraznenie štyroch určujúcich aspektov IPT: 1/ chápanie depresie ako zdravotnej poruchy a stratégie zvládania depresívnych symptómov založené na tomto chápaní; 2/ sústredenosť na pomoc pacientovi zvládnuť problémy v súčasnom interpersonálnom fungovaní; 3/ exploratórny aspekt liečebného procesu, prostredníctvom ktorého pacienti prichádzajú k uvedomeniu si vlastných túžob a potrieb a odhaľujú nové a produktívnejšie spôsoby ich naplnenia; a 4/ potreba kondenzovať terapeutickú prácu do krátkodobého liečebného formátu.

Celá naša výcviková skúsenosť sa zakladá na práci s duševne-zdravotnými profesionálmi, ktorým ktorí majú ukončené najvyššie vzdelanie a minimálne dvojročnú psychoterapeutickú skúsenosť v na vhľad orientovanom exploratórnom prístupe. Títo terapeuti sú vyberaní na základe svojich poverení, na základe toho, či preštudovali materiál o IPT a považujú ju za vhodnú pre svoju prácu a na základe cvičiteľovho vyjadrenia k video ukážke z ich klinickej práce. V troch výcvikových kurzoch dostalo spomedzi 37 terapeutov po ukončení výcviku 33 osvedčenie k prevádzaniu IPT. Bolo však mnoho oblastí, v ktorých mali cvičenci IPT ťažkosti (Weissman, Rounsaville a Chevron, 1982). Tieto súvisia so štyrmi oblasťami IPT, na ktoré sa kládol dôraz pri výcviku.

Po prvé, v súvislosti s dôrazom na depresiu ako na psychiatrickú poruchu, psychoterapeuti, ktorí nepracovali v medicínskom zariadení, niekedy odmietajú preskúmať depresívne symptómy systematicky, určiť ich nástup ako súčasť syndrómu a upriamiť intervencie smerom k redukcii a zvládnutiu symptómov. Majú skôr tendenciu okamžite sa sústrediť na interpersonálne otázky bez špecifického určenia pa-

cientových symptómov. Je to závažná chyba, pretože pacienti obvykle vyhľadávajú liečbu v prvom rade kvôli svojim symptómom. Ich ignorovanie môže viesť k redukcii pacientovho pocitu, že bol vypočutý a že sa mu pomôže.

Druhá problémová oblasť súvisí s dôrazom na problémy v súčasnom interpersonálnom fungovaní. Vysoko skúsení a psychodynamicky vycvičení psychoterapeuti môžu upadnúť do siahodlhých diskusií o vzťahoch z detstva alebo o prenose bez pokusu dať odhalené vzorce do vzťahu k bezprostredným interpersonálnym problémom. Krátkodobá liečba neposkytuje čas pre dlhé explorácie všetkých determinánt súčasného správania. Ak sa o minulých determinantách vôbec diskutuje, je treba explicitne ich dať do vzťahu so súčasnými vzorcami.

Po tretie, čo sa týka exploratórneho aspektu IPT, cvičenci môžu robiť chybu v spôsobe rigidného pridržaivania sa výcvikového manuálu ako "kuchárskej knihy" a potom ich pozornosti unikajú nuansy terapeutického vzťahu alebo pacientove jemné presuny dôrazu. Hoci sa dá definovať štruktúra a ciele psychoterapie, vzťah pacient-terapeut je centrálnym rysom, bez ktorého liečby nemôže fungovať. Napríklad, hoci sa mnohé úlohy dajú stanoviť a dosiahnúť v úvodných sedeniach, nie je múdre,ak sa terapeut pustí rovno do nich, keď je pacient ťažko symptomatický alebo manifestuje pochybnosti a váhanie voči terapeutovi alebo liečbe. Terapeut musí pochopiť, že prvoradým je tu pracovné spojenectvo. Tí, ktorí plytvajú svojou energiou tým, že "idú podľa knižky", môžu premeškať tento bod.

Čo sa týka štvrtej oblasti, dôrazu IPT na krátkodobosť liečby, mnohí skúsení psychoterapeuti majú ťažkosti prispôsobiť sa aktívnemu centrovaniu sedení a rýchlemu ponúknutiu interpretatívnej spätnej väzby pacientovi. Mnohí cvičenci IPT si nikdy nevyskúšali krátkodobú liečbu ma majú tendenciu zdôrazňovať dlhodobé osobnostné otázky. Títo cvičenci sú často prekvapení a uspokojení, keď zaregistrujú mieru, do akej sa dajú prekonať zdanlivo neprekonateľné osobnostné rysy, keď v priebehu krátkodobej liečby poľavia depresívne symptómy. Prispôsobenie sa krátkodobej povahe liečby najrýchlejšie dochádza vtedy, keď sa terapeut presvedčí, že v priebehu dvanástich až dvadsiatich týždňov sa dá previesť zmysluplná práca.

Supervízia prípadu

Po didaktickom seminári sa terapeutom pridelia dva až štyri

cvičné prípady, pri ktorých po každom sedení dostávajú supervíziu, po prehliadke záznamu sedenia supervízorom. Aj cvičenec aj supervízor majú k dispozícii video zariadenie, takže pri diskusii o sedení môžu sledovať špecifické pasáže sedenia. Primárnym účelom supervízie je vytýčenie hraníc alebo pomôcť terapeutom naučiť sa, ktoré techniky patria a ktoré nepatria do IPT. Takisto pomáha, keď supervízor prehliadne aj hodnotenia, ktoré počas sedenia urobili pacient aj pozorovateľ.

Dôležitosť založenia supervízie na videozáznamoch demonštroval výcvikový program, ktorý prebehol v rokoch 1978-1980. V tomto projekte sa supervízia prevádzala tradičným spôsobom, na základe poznámok z priebehu sedenia. Po každom supervíznom sedení supervízor hodnotil terapeutovo použitie tedhník a stratégií IPT. Zo supervíznych sedení sa takisto robili video záznamy a niekoľko mesiacov po skončení výcviku ich prehliadli a na základe rovnakého formátu posúdili dvaja supervízori. Zistilo sa, že kým reliabilita supervízorových posúdení videozáznamov bola vysoko signifikantná (Pearsonov r=0,88), nezistil sa žiadny vzťah medzi hodnoteniami videozáznamov a hodnoteniami, ktoré sa previedli na základe tradičnej supervízie. Terapeuti boli tiež vyzvaní, aby posúdili vlastný výkon na sedeniach na základe vybavenia si hneď po sedení a tieto hodnotenia nesúhlasili ani s hodnotením supervízora, ani s hodnotením na základe videozáznamov. Medzi tradičnou supervíziou a videozáznamami sa zistili dva druhy diskrepancií. Množstvo terapeutov, ktorí podľa videozáznamu boli hodnotení ako výborní, hodnotilo svoju prácu nižšie, kým niektorí, ktorí dokázali dobre rozprávať o teórii a technikách IPT a dobre prezentovali svoje terapie, boli po zhliadnutí aktuálneho sedenia hodnotení nižšie. Máme pocit, že táto nezávislosť dojmov získaných zo supervízie a zo zhliadnutia videozáznamov, je kľúčovou otázkou, ktorú treba vziať do úvahy aj pri iných typoch klinického výcviku (Chevron a Rounsaville, 1983).

Metódy hodnotenia

V zhode s výskumnou orientáciou výcviku v IPT, sme dôkladne hodnotili schopnosť a kompetentnosť cvičencov prevádzať IPT, ako ju definuje táto kniha, a systematicky posúdili ich napredovanie v priebehu výcviku. Sme presvedčení, že najlepším indikátorom osvojenia si tohoto prístupu k liečbe je terapeutov aktuálny výkon v psychoterapeutických sedeniach s depresívnymi pacientami. Z toho dôvodu sa osvedčenie o terapeutovej kompetentnosti teraz vydáva na

základe zhliadnutia videozáznamov z psychoterapeutických sedení. Pre hodnotenie terapeutovho výkonu sa vypracoval posudzovací systém, ktorý pokrýva tri úrovne zvládnutia IPT prístupu: a/ široko definované použitie primeraných IPT stratégií; b/ primerané použitie špecifických techník IPT; a c/ použitie techník, ktoré nie sú súčasťou IPT prístupu. V každej z týchto oblastí sa stratégia alebo techníka posudzuje podľa toho, či bola alebo nebola použitá a takisto sa posudzuje kvalita použitia. Okrem toho sa posudzuje aj pacientova kooperatívnosť a všeobecné psychoterapeutické schopnosti.

Kompetentnosť cvičencov posudzujú dvaja hodnotitelia: a/ supervízor, ktorý sa o svoje dojmy delí aj s cvičencom; a b/ nezávislý hodnotiteľ, ktorý sa nezúčastňuje výcviku. Použitie tohoto nezávislého hodnotiteľa sa považovalo za nutné, aby bolo možné určiť, či posudzovateľa neovplyvňujú v prospech supervizanta aspekty supervízneho vzťahu. Medzi hodnoteniami supervízora a tohoto nezávislého hodnotiteľa bola vysoká úroveň zhody.

Obaja hodnotitelia opierali svoje posúdenia o zhliadnutie celého psychoterapeutického sedenia. Dôvodom bolo to, že posudzované oblasti zahrňujú viac než povahu terapeutického vzťahu, ktorá sa dá posúdiť v kratšom čase. Hodnotenie primeranosti použitia špecifických techník a stratégií vyžaduje poznanie kontextu. Mimo toho, vzhľadom na dôraz, ktorý IPT kladie na následnosť stratégií v priebehu sedení a na zameranie sa na terčové problémy, je skutočne žiadúce, aby sa posudzovanie robilo na základe poznania toho, čo sa v liečbe objavilo predtým a čo mal terapeut v úmysle.

Efekty supervízie

Keďže terapeutova kompetentnosť prevádzať IPT sa posudzovala na základe výkonu v psychoterapeutických sedeniach, prvé posúdenia sa previedli hneď po tom, čo boli dôkladne vybraní cvičenci a po absolvovaní didaktického seminára. Hodnotenia zmeny v priebehu času takto mohli iba odrážať efekt supervízie prípadu. Pri porovnávaní hodnotenia terapeuta pri prvom cvičnom prípade s hodnotením pri poslednom cvičnom prípade sa zistilo, že zlepšenie súviselo so skúsenosťou psychoterapeuta. V cvičnom programe, v ktorom cvičenci mali v priemere štrnásťročnú skúsenosť, sme zaznamenali maximálny efekt, t.j. hodnotenia založené na sledovaní výkonu v prvom supervidovanom prípade boli na priemernej úrovni "výbornosti". Títo terapeuti zjavne dokázali zvládnuť a používať techniky IPT na základe preštudovania Manuálu a absolvovania didaktického seminára.

V priebehu jedného až troch dodatočných cvičných prípadov skúsení psychoterapeuti neprejavili ani signifikantné zlepšenie, ani signifikantné zhoršenie svojho výkonu v IPT. V podobnom výcvikovom programe, kde cvičenci mali skúsenosť v priemere 5.9 roka, bol výkon v prvom cvičnom prípade hodnotený ako "prijateľný" a pri druhom prípade dochádzalo k signifikantnému zlepšeniu výkonu, hoci hodnotenia boli naďalej pod známkou výbornosti. Číže u menej skúsených psychoterapeutov sa zdá byť nevyhnutný extenzívnejší priebeh supervízie prípadov (Chevron, Rounsaville a Weissman, 1983).

Otázka psychoterapeutovej skúsenosti má dopad na mnohé aspekty výcviku v IPT. Hoci psychoterapeutická výskumná literatúra nie je jednoznačná, čo sa týka dôležitosti psychoterapeutickej skúsenosti (Parloff, Waskow a Wolfe, 1978), konzistentne sme zaznamenali efekt skúsenosti. Pri posudzovaní 27 potenciálnych IPT cvičencov na báze videoukážok z ich klinickej práce sme zistili, že kľúčovým odlišujúcim faktorom bola skúsenosť. Vysoko hodnotení terapeuti mali v priemere 14-ročnú skúsenosť a nízko hodnotení v priemere 7-ročnú skúsenosť (Chevron a kol.).

V ďalších výcvikových programoch sme sa naďalej stretali s dôležitosťou skúsenosti. Dokonca aj po výcviku dostávali menej skúsení terapeuti nižšie (signifikantne) známky IPT výkonu než skúsenejší. Zistili sme, že u neskúsených terapeutov je pravdepodobnosť vysokej zručnosti pri prevádzaní štrukturovanejších aspektov liečby, ktoré sú bližšie určené v manuáli. Napríklad boli hodnotení vyššie v používaní syndromového prístupu k depresívnym symptómom, v kompletizácii úloh opísaných pre úvodné sedenia a ukončovacie sedenia a v zameraní sa na jedinú určenú súčasnú interpersonálnu problémovú oblasť. Avšak, na rozdiel od skúsených terapeutov, bola u nich väčšia pravdepdoobnosť prevádzať liečbu stereotypným spôsobom, s menšou schopnosťou meniť smer explorácie a formovať pracovné terapeutické spojenectvo s obtiažnými alebo rezistentnými pacientami. Skúsení terapeuti prevádzali IPT subtílnejším a pružnejším spôsobom a udržiavali s pacientami dobrý raport, hoci mali tendenciu k ťažkostiam so štrukturovanejšími aspektami liečby, ako je prehliadka depresívnych symptómov a držanie sa fokusu, aby sa práca dala ukončiť v krátkodobej liečbe. Vcelku sa však ukázalo, že skúsení terapeuti boli schopní pohotovejšie sa naučiť špecifickejším technikám IPT, než menej skúsení terapeuti boli schopní osvojiť si všeobecnejšie terapeutické schopnosti.

O b s a h

Prehľad IPT 1

Časť I.
Interpersonálny prístup k depresii

1. Povaha depresií - normálna a klinická 23
2. Interpersonálny prístup 38
3. Interpersonálny prístup k chápaniu depresie 51

Časť II.
Prevádzanie interpersonálnej terapie depresie

4. Ciele a úlohy IPT 73
5. Zaoberanie sa depresiou a diagnóza interpersonálnych problémov 77
6. Zármutok 97
7. Nezhody interpersonálnych rolí 104
8. Prechody v rolách 120
9. Interpersonálne deficity 130
10. Ukončenie liečby 140
11. Špecifické techniky 143
12. Integratívna kazuistická ukážka 156

Časť III.
Vybrané aspekty interpersonálnej terapie depresie

13. Kombinovanie psychoterapie s farmakoterapiou 185
14. Problémy, s ktorými sa príležitostne stretáme v terapii 201
15. IPT terapeut: Profesionálne pozadie, rola a výcvik 214

Použitie tejto knihy

Zdá sa, že výcvik v IPT zahrňuje prispôsobenie a refokusáciu toho typu práce, akú prevádza množstvo tradične vyškolených skúsených psychoterapeutov. U vysoko skúsených a vybraných psychoterapeutov mala účasť na didaktickom výcvikovom seminári a dôkladne preštudovanie Manuálu za následok schopnosť prevádzať IPT adekvátne už v prvom supervíznom cvičnom prípade. U menej skúsených terapeutov bola vhodná dlhšia supervízia.

Naše skúsenosti s výcvikom naznačujú, že praktici, ktorí nie sú zapojení do výskumu, by si mohli dobre osvojiť prístup IPT na základe dôkladného preštudovania IPT Manuálu. Dúfame preto, že profesionálny čitateľ Interpersonálnej terapie depresie, ktorá vznikla z tohoto Manuálu, objaví použiteľnosť jej princípov, stratégií a techník vo svojej vlastnej praxi.