

Na všímavosti založená kognitívna terapia depresie

Katarína Durkáčová

Psychologický ústav FFMU, Brno
info@psychologon.cz

V tomto momente existuje na svete 340 miliónov ľudí, ktorí na vlastnej koži zakúšajú, aké to je žiť s depresiou. Veľká časť z nich, ktorí podstúpia liečbu a úspešne sa vyliečia, má ešte stále šancu, že do roka budú liečbu potrebovať znova. Z depresie sa tak môže stať chronické ochorenie s invalidizujúcim potenciálom a vysokou mortalitou. Mark Williams, John Teasdale a Zindel Segal vytvorili terapeutický program pre depresívnych pacientov v remisii, s cieľom zvýšiť ich šancu vyhnúť sa návratu ochorenia. Inšpirovali sa pritom, už v súčasnosti vcelku populárnou, tradičnou budhistickou filozofiou.

There is 340 million people in the world dealing with depression right now. For those who will cure, there is still a 50% chance, that they will be in a need for cure about a year again. Depression could become a chronic disease with potential to invalidate and high potential to kill. Mark Williams, John Teasdale and Zindel Segal have created the therapeutic program for those patients in remission to lower the probability of relaps. Inspiration come from budhistic traditional philisophy.

Všímavosť

V rámci veľkej vlny záujmu o východnú filozofiu a náboženstvo počas éry šesťdesiatych a sedemdesiatych rokov sa mnoho terapeutov stretlo s meditáciou všímavosti a vhladu a ich osobná skúsenosť s týmito praktikami dala vzniknúť novým prístupom v psychoterapeutickej praxi. Jednou z prvých bola [na všímavosti založená redukcia stresu \(MBSR\) Kabbat-Zinna](#), z ktorej tiež vychádza na všímavosti založená kognitívna terapia (MBCT). Spomeňme ešte dialektickú terapiu správania (DBT) a terapiu prijatia a odevzdania (ACT), ktoré spoločne predstavujú tzv. „tretiu generáciu“ kognitívne-behaviorálnej terapie (Hayes, 2004). KBT nie je jediným psychoterapeutickým smerom, ktorý integruje prvky všímavosti. Za všetky ostatné školy spomeniem českú [Satiterapiu Mirka Frýbu](#).

Všímavosť, po anglicky *mindfulness*, je jedným z kľúčových pojmov tradičnej buddhistickej psychológie zachovanej v systéme *abhidhamma*. Je to schopnosť mysle nezaujať pozorovať a uvedomovať si našu intrapsychickú skúsenosť tak, ako prichádza okamih za okamihom. Podľa Budhovho učenia vedie systematické rozvíjanie tejto schopnosti k zmierňovaniu utrpenia a dosiahnutiu *nibbány* (Koutný, 2010). Všímavosť ale nemožno vnímať ako druh tranzu. Je to práve cesta von z nášho každodenného tranzu, kedy sme ovládaní nevedomými, návykovými a automatickými vzorcami správania a vedie nás k plnému prežitku bytia (Mrnušítková, 2009). Všímavosť je otvorená, nezaujatá a nehodnotiacia pozornosť venovaná tomu, čo je prítomné tu a teraz. Je to iný pohľad na seba samého a preto môže byť zdrojom psychoterapeutickej zmeny (Martin, 1997 podľa Koutný, 2010).

Vráťme sa teraz na chvíľu naspäť k depresii, aby sme pochopili, ako všímavosť v prevencii relapsov funguje.

Beckova teória depresie

Beckova teória, na ktorej stavia kognitívne behaviorálna terapia depresie, kladie do centra patogenézy poruchy dysfunkčné kognitívne schémy. Môžeme si ich predstaviť ako negatívne presvedčenia vo forme výrokov, cez optiku ktorých jedinec vníma seba, svoju budúcnosť a celý svet: „*Aby som si mohol vážiť sám seba, musia si ma vážiť druhí*“ a „*Aby som mal nejakú hodnotu, musím byť dokonalý*“.

V okamihu, keď sa dotyčný cíti odmietaný druhými alebo keď nie je schopný dostať svojim nárokom sa tieto dysfunkčné kognitívne schémy aktivujú a jeho myseľ sa zahltí automatickými negatívnymi myšlienkami: „*Nikdy nič neurobím dobre! Nestojím vôbec za nič! Keď si dovoľm s niekým nesúhlasiť, vypomstí sa mi to!*“ Jeho sebaakceptácia sa rúti a prepuká [depresia](#) (Praško a spol., 2007).

Pacient s depresiou sa tak v myslení dopúšťa hneď niekoľkých kognitívnych omylov ako je prílišná generalizácia, čiernobiele myslenie, predvídanie budúcnosti, personalizácia apod. Týchto chýb v logike uvažovania si ale nie je vedomý a nemôže ich teda kriticky preskúmať. Tu nastupuje kognitívne-behaviorálna terapia, ktorá tieto iracionálne myšlienky konfrontuje s realitou (napríklad pomocou metódy kognitívnej rekonštrukcie) a pomocou zmeny myslenia dosahuje zmeny v emočnej oblasti pacienta. Nová na všímavosti založená kognitívna terapia (*mindfulness-based cognitive therapy for depression - MBCT*)

naproti tomu nevsádza na zmenu v obsahu myslenia, ale na zmenu vzťahu jednotlivca k týmto myšlienkam i pocitom prostredníctvom všímvosti (Teasdale a spol., 1994).

MBCT teória relapsov depresie

Teasdale a Bernard (1991) pritom vychádzajú z predpokladu, že štýl depresívneho myslenia, aký opísal už Beck, môže byť skôr následkom než príčinou depresie. Podľa nich je pretrvávajúca depresie postavená na ruminácii s negatívnymi autoakuačnými myšlienkami. Depresívny pacient zažíva diskrepanciu medzi svojim aktuálnym stavom (depresiou) a žiadúcim stavom (dobrou náladou) a v snahe odstrániť túto diskrepanciu pátra po jej príčine. Teasdale a Bernard predpokladajú, že záver, ku ktorému depresívny jedinec dospeje, a ktorý mu účinne vysvetľuje danú diskrepanciu zneje asi takto: „Som na nič, zlyhávam.“ Tieto myšlienky tvoria depresívne nastavenie, ktoré pacient zažíva ako neustály tok automaticky sa vynorujúcich myšlienok. To ovšem len zvyrazňuje počiatočnú depresiu a zvyšuje tak, skôr než by znižovalo, pôvodnú diskrepanciu a vedie tak k uzavretiu depresívneho nastavenia. Segal a kol. (2002) označujú takýto štýl myslenia ako „mód robím“ (doing mode) – snažím sa prísť na to, čo nie je v poriadku. Tento mód celku elegantne podporuje predpoklad, že ľudia, ktorí už jednu epizódu depresie prekonali, sú citlivejší na výskyt pochmúrnej nálady. A teda keď sa jedného rána zobudia o čosi horšie naladení, dajú sa na vysvetľovanie svojho stavu a hrozí, že depresívne myslenie sa ujme prevahy. Preto autori MBCT predpokladajú, že účinná preventívna stratégia má byť zameraná na prechádzanie ruminatívneho myslenia. Rozlišujú pritom dve stratégie ako je možné toho dosiahnuť:

Rozptýliť zdroje potrebné k vzniku tohto módu a

podporiť vznik alternatívnych myšlienok, ktoré sa viažu k obsahu pôvodných depresogénnych myšlienok, ale sami o sebe nie sú depresogénne (Teasdale a spol., 1994).

Mindfulness-based cognitive therapy

Cieľom intervencie MBCT na rozdiel od klasickej KBT teda nie je zmena obsahu myšlienok. Jedinec má získať nadhľad na svoje myšlienky, nielen tie depresívne, ale vôbec všetky. Účastníci programu sa učia pristupovať k vlastným depresívnym myšlienkam iba ako k neosobným mentálnym javom, ktoré vznikajú a opäť zanikajú, namiesto toho, aby ich vnímali ako reprezentantov skutočnosti. Učia sa tiež sledovať či tie ktoré myšlienky vedú k prežívaniu šťastia, alebo majú za následok utrpenie (Teasdale a spol., 1994). MBCT tak aplikuje a znovu overuje prastarú skúsenosť abhidhammy, že pokiaľ jedinec dokáže vlastné myšlienky všímvavo zaznamenať a rozpoznať k akému prežívaniu vedú, má možnosť sa potom slobodne rozhodnúť, či ich bude rozvíjať, alebo či od ich rozvíjania upustí (Koutný, 2010).

Spomínaní autori programu Segal, Williams a Teasdale prispôbili pre svoj cieľ už existujúci program Kabat-Zinna zameraný na redukciu stresu pomocou všímvosti. Obohatili ho o elementy kognitívnej terapie zamerané predovšetkým na zdôraznenie decentrovaného (z odstupu) prístupu k vnútornej skúsenosti, nácvik prerušenia automatického reagovania v stresových situáciách a plánovanie nových stratégií na základe reflektovania predchádzajúcej skúsenosti (Scherer-Dickson, 2004). Nejedná sa pritom o klasickú individuálnu terapiu, ale o skupinový tréning schopnosti všímvosti, kde je dôležitým faktorom pri osvojení si tejto dovednosti vzájomná podpora členov skupiny (Mason, 2001). Pacienti sa v 8 týždňovom programe učia namiesto „módu robím“ využívať opačný „mód som“ - zameriavajú sa na akceptáciu a umožnenie existencie tomu, čo je, bez nátlaku na zmenu. Takýto mód navyše vyplňa miesto, ktoré doposiaľ zaberali ruminatívne a autoakuačné myšlienky (Scherer-Dickson, 2004).

Obrázok dostupný z:
<http://www.daisyswan.com/career-coaching/wp-content/uploads/2008/03/mindfulness-poster.jpg>



Je MBCT účinná?

Prvá štúdia (Teasdale a spol., 2010) vedená autormi programu MBCT bola prevádzaná na pacientoch, ktorí mali za sebou aspoň dve epizódy depresie (tzn. trpeli rekurentnou depresívnou poruchou). Výskumný súbor bol

rozdelený na dve skupiny – výskumnú a kontrolnú, pričom výskumná skupina vstúpila do 8 týždňového programu MBCT. Sledovanie pacientov po skončení programu prebiehalo každé dva mesiace po dobu jedného roku. 66% pacientov z kontrolnej skupiny, ktorí mali za sebou 3 a viac epizód depresie relabovali v priebehu tohto roku. Naproti tomu vo výskumnej skupine u pacientov s 3 a viac epizódami, sa výskyt ďalšej epizódy depresie obmedzil na 37% účastníkov. Ukázalo sa tiež, že pacienti, ktorí zažili doposiaľ len dve epizódy depresie, neprofitovali z MBCT, tak ako ostatní pacienti. Nácvik síce vnímali ako príjemný, pravdepodobnosť návratu depresie sa u nich ale neznížila. Pritom chronickí pacienti, ktorí prekonajú tri a viac epizód depresie, sú tou najzraniteľnejšou skupinou, pretože u nich už často liečba, ktorá zahna prvú a druhú epizódu, prestáva byť účinná (Williams, 2011).

Dôvodom, prečo práve títo pacienti odpovedajú na tréning všímanosti tak výrazne môže byť skutočnosť, že väčšina z nich trpí depresiami od detstva. A depresogénny štýl myslenia je u nich už hlboko zakorenený. Všímanosť im pomáha sa od týchto vzorcov myslenia oslobodiť. Naproti tomu u pacientov s dvoma epizódami išlo o depresie väčšinou vyprovokované nepriaznivými životnými udalosťami, pričom sa zdá, že cvik všímanosti nemá na takto vzniknuté epizódy depresie vplyv (Williams, 2011). Ostatne pre vysvetlenie sú potrebné ďalšie výskumy.

Kuyken (2010) vo svojej štúdií porovnával dve skupiny pacientov – tých, ktorí sa liečili antidepresívami a tých, ktorí sa zapojili do MBCT programu a boli podporovaní v tom, aby farmakoterapiu zanechali. V následnom 15mesačnom sledovaní 60% pacientov s farmakoterapiou relabovalo, zatiaľčo v MBCT skupine to bolo iba 47% pacientov. V Segalovom výskume (2010) sa kombináciou podávania antidepresív a MBCT znížila prevalencia relapsov pod 30 % u pacientov s nestabilným vzorcom rekurencie (1 alebo viac skórov v [Hamilton Rating Scale for Depression](#) je >7 počas remisie).

Pre systematický prehľad štúdií zameraných na účinnosť MBCT odkazujem čitateľov na voľne dostupnú [metaštúdiu a review z pera Alberta Chesia](#), pôsobiaceho na University of Bologna.

Nevýhody všímanosti

Williams (2011) varuje pred využívaním meditácie všímanosti iba ako prostriedku na zníženie diskrepancie medzi aktuálnou náladou a žiadúcim stavom. Relaxovaný stav a príjemná nálada je podľa neho vedľajším produktom všímanosti, ktorý ak sa bude loviť a náhodou sa neuloví, môže človeka zahnať späť do negatívneho ruminatívneho spôsobu myslenia o sebe samom. Všímanosť je spôsob kultivácie láskavého prístupu k veciam, takým aké sú, nie prostriedok ich zmeny.

Záver

Funguje všímanosť aj u farmakologicky rezistentných pacientov? Ako dlho jej účinok trvá? Je tento program rovnako účinný ako udržiavacia KBT liečba? To sú otázky, ktoré si momentálne kladú výskumné tímy po celom svete a prevádzajú ďalšie a ďalšie štúdie o účinnosti MBCT v prevencii relapsu u rekurentných depresíí. Tešme sa na ich výsledky.

Zdroje:

1. **Barnard, P.J. and Teasdale, J.D. (1991).** Interacting cognitive subsystems: a systematic approach to cognitive-affective interaction and change. *Cognition and Emotion*, 5, 1-39.
2. **Benda, J. (2007).** *Všímavost v psychologickém výzkumu a v klinické praxi.* Československá psychologie, LI (2), 129 – 140.
3. **Hayes, S. C. (2004).** Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
4. Diplomová práce studenta FSS MU (odbor Psychoterapeutická studia) Bc. Jakuba Koutného: *Všímavost v psychoterapii: Interpretativní fenomenologická analýza zkušenosti člověka v satiterapii* (Brno, 2010).
5. **Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R.S. et al. (2008).** Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 966-978.
6. **Mrnušíková, S.M., (2009).** *Asána.* Brno, Nakladatelství Pavel Křepelka.
7. **Praško, J., Možný, P., & Šlepecký, M. (2007).** Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. (Vyd. 1., 1063 s.) Praha: Triton.
8. **Segal Z.V., Bieling P., Young T., et al. (2010).** Antidepressant Monotherapy vs Sequential Pharmacotherapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy, or Placebo, for Relapse Prophylaxis in Recurrent Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 67(12):1256-1264.
9. **Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002).** Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York : The Guilford Press.
10. **Scherer-Dickson, N. (2004).** Current developments of metacognitive concepts and their clinical implications: mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Counselling Psychology Quarterly*, 17:2, 223-234
11. **Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J., et al. (2000).** Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615–623.
12. **Williams, M. (Host). (2011, November 28).** The new psychology of depression. University of Oxford. Podcast retrieved from <http://podcasts.ox.ac.uk/series/new-psychology-depression>

Titulný obrázok dostupný z: <http://www.psychologytoday.com/blog/the-mindful-self-express/201202/nine-essential-qualities-mindfulness>

Citace článku:

Durkáčová, K. (2013). Na všímavosti založená kognitivní terapie depresie. *PsychoLogOn [online]*. 2 (1), s.69-72. [cit. vložte datum citování]. Dostupný z WWW: < <http://psychologon.cz/data/pdf/156-na-vsimavosti-zalozena-kognitivna-terapie.pdf> >. ISSN 1805-7160.