

## Na kognici záleží: Role kognitivních mediátorů v zlepšování mezilidského fungování a příznaků deprese

*Matrin Drapeau and Debora A. D'lusio, McGill University; David Dunkley, Institute of Community and Family Psychiatry, Montreal, Quebec, Canada; Keith S. Dobson, University of Calgary; Michelle Azzi and Leah Beaulieu, McGill University*

Kognitivní terapie je nejprobádanější terapií v léčbě deprese, má nejvíce studií na efektivitu, avšak jen málo z nich zkoumá způsob, jakým kognitivní terapie dosahuje svého cíle.

### Kognice, coping, deprese

Kognitivní terapie modifikuje maladaptivní vzorce chování a kognice. Změna myšlenkových vzorců pak vede k redukci příznaků deprese, a to asi o 50 %. Existuje silná korelace mezi zlepšením kognice, ústupem příznaků deprese a zlepšením kvality života, což se projeví konkrétně redukcí negativních automatických myšlenek (např. na co sáhnu, to zkazím) a postojů. Různé studie však nabízejí různé výsledky – jedna z nich užívající hierarchický lineární model, došla k závěru, že změny maladaptivního myšlení a kognitivního zkreslení snižují příznaky deprese, zatímco jiné studie užitím srovnávacích modelů tuto závislost nepotvrdily. Existuje však jednoznačná shoda v efektivnosti copingových mechanismů v léčbě deprese. Ruminace myšlenek pak zprostředkovává vztah mezi depresí a nadměrnou potřebou ujištění, mezilidskou submisí a budoucí depresivní epizodou. Intervence zaměřená v léčbě deprese na maladaptivní copingové schopnosti vedla k redukci depresivních příznaků. Jedinci s nízkým rizikem deprese vykazovali více automatických pozitivních myšlenek (např. zítra vyhraju loterii) než lidé s vysokým rizikem.

Druhý limit existující literatury je nejistota, zda změna nastala skutečně v důsledku změny kognice. Nelze totiž vyloučit existenci třetího neznámého faktoru ovlivňujícího náladu. Většina studií rovněž nezohledňuje ani kvalitu mezilidských vztahů pacienta a podporu okolí při zotavování.

## Introjekty a deprese

Podle množství studií je deprese asociovaná s výraznými potížemi v mezilidském fungování. Speciálně depresivní jedinci popisují své pocity jako méně uspokojivé a podporu ve vztazích vnímají hůře, jsou izolovanější, neasertivní a často až nepřátelští k ostatním. Výzkumy vyzdvihují podíl jednoho z aspektů mezilidského fungování, který stojí za zmínku. Jedná se o samořízenou (self-directed) část mezilidské interakce (vztah sám k sobě) obecně známou jako introjekt. Základním principem introjektové teorie je, že jedinci se učí zacházet sami se sebou tak, jak s nimi zacházeli ostatní. Podle Henryho a kolektivu (1990) formuje dynamická interakce tohoto raného internalizovaného mezilidského vlivu hypotézu struktury osobnosti jako introjektu, která obsahuje relativně stabilní vědomý a nevědomý repertoár zacházení se sebou samým. Tuto hypotézu testují použitím strukturální analýzy sociálního chování (SASB – Struckutral Analysis of Social Behavior). SASB je nástroj, který kategorizuje mezilidské chování pomocí dvou determinant – sebezřítí-hostilita (například sebeláska), a sebeřízená autonomie-závislost (např. sebeovládání) – do tří podtypů: dva podtypy, které posuzují mezilidské chování na úrovni dyád, a jeden, který posuzuje vztah jedince k sobě samému (tzv. introjekt). Bylo shledáno, že jedinci, kteří jsou psychicky zdraví, představují vztah sami k sobě charakterizovaný sebezřítím. Tito jedinci o sebe pečují a starají se sami o sebe. Naproti tomu jedinci s depresí mají vztahy se sebou samými, které jsou sebekritické a bývají často sebedestruktivní. Jejich vztahy jsou charakteristické malým sebezřítím a nízkou autonomií, což může vyvolat negativní reakce v jejich okolí. Další studie ukazují, že užitím kognitivní terapie se míra sebezřítí a autonomie zvýší.

## Současná studie

Předchozí studie ukazují důležitost vlivu sebeřízeného chování (introjektů) v mechanismu vzniku deprese i v její léčbě. Zdůrazňují důležitost kognitivních změn a copingového chování v úzdavě z deprese a některé studie navrhují možnosti důležitosti role mediátora či zprostředkovatele. Abych byl konkrétnější, role zprostředkovatele (mediátora) kognitivních změn a copingu ve vztazích mezi sebeřídícím chováním a depresí zůstává neobjasněna. Zprostředkovatel se zdá být důležitým mezikrokem v objasnění role kognitivních chyb (pozitivních i negativních) a copingu, které mohou hrát roli v introjektivní teorii jako článek přirozeného dialogu sám se sebou a reakce sám na sebe. Kognitivní chyby se pak zdají být rozličně závislé na roli adaptivních a copingových mechanismů. Tato studie si bere za cíl vyzkoušet dva mediátorové modely, každý z nich zacílený na klíčové dementování sebeřídícího chování:

Model 1: Ovlivňují změny kognitivních chyb a copingových mechanismů vztah mezi změnou sebepřijetí a příznaků deprese?

Model 2: Zprostředkovávají změny kognitivních chyb a copingových mechanismů vztah mezi změnou sebeřídící autonomie a příznaků deprese?

Hypotéza k ověření zní, zda změny v kognitivních chybách a copingových mechanismech zprostředkovávají vztah mezi oběma osami sebeřídícího mezilidského fungování (přijetí, autonomie) a příznaky deprese – speciálně se jedná o zvýšení pozitivních kognitivních chyb, snížení počtu negativních kognitivních chyb a zlepšení copingových mechanismů, což by mělo zprostředkovat vztah mezi změnou mezilidského fungování a depresí.

## Model 1: Sebeřijetí

V modelu 1 zacíleném na sebeřijetí výsledky ukazují, že řijetí je asociované se zvýšením pozitivních kognitivních chyb a snížením negativních kognitivních chyb. Tento výsledek odpovídá předchozím výzkumům uvedeným v literatuře a potvrzuje, že vliv mezilidských faktorů na kognici i copingové mechanismy je významný. Jednoduše řečeno způsob, jakým jedinci nahlížíjí sami na sebe, může ovlivnit to, jak nahlížíjí na svět a ostatní jedince kolem nich a jakým způsobem interagují se svým prostředím a stresovými faktory. Výsledky také ukazují, že změna v pozitivních kognitivních chybách stejně jako v negativních je asociovaná se snížením depresivních příznaků, ale nikoliv se změnou celkových copingových mechanismů. A závěrem, naše analýza neukazuje žádný signifikantní korelát mezi sebeřijetím a příznaky deprese. Toto zjištění je překvapivé, protože předchozí literatura ukazovala náznaky vedoucí ke vztahu mezi mezilidským fungováním, sebeřizným chováním a příznaky deprese. Obzvláště studie zaměřené na sebeřidící domény mezilidských vztahů předpokládaly, že pacienti trpící depresí mají nižší skóre v sebeřijetí, což ve výsledku může vést k poškození psychického zdraví. Tyto výsledky zdá se předpokládají, že existuje spojitost mezi řijetím a depresí. V naší studii toto tvrzení není signifikantní.

## Model 2: Sebeřizená autonomie

Výsledky ukazují, že sebeřizená autonomie není signifikantně korelována s kognicí či copingem. Toto zjištění je v kontrastu se zjištěním vlivu sebeřijetí v Modelu 1, protože oba faktory jsou součástí sebeřidících mezilidských determinant. Toto zjištění nicméně není příliš překvapivé, předchozí studie podávaly nekonstantní výsledky v jejich analýzách v obou determinantech SASB. Ačkoliv obojí – autonomie i řijetí, jsou součástí modelu SASB, zdá se, že mají odlišnou roli v terapii. Zatímco obojí – řijetí i autonomie, posiluje vliv terapie, naše analýza ukazuje, že řijetí je a autonomie není zapojena do procesu údravy z deprese. Podle klinických pozorování

Ize předpokládat, že podpora sebelásky a sebezpečí jako součástí sebepřijetí by měla přinést zlepšení i do oblasti sebeemancipace – tedy vést klienta do větší autonomie, a je nezbytnou podmínkou pro posílení sebeemancipace. Nicméně dokud neproběhnou další studie, zůstane toto tvrzení pouze hypotézou.

## Závěr a budoucí využití výsledků

Tato studie přináší důkazy o tom, jak změny kognice přinejmenším částečně zprostředkovávají snížení a redukci depresivních příznaků. Kognice hraje klíčovou roli ve vztahu mezi sebepřijetím a příznaky deprese. Budoucí výzkumy by se měly zaměřit na probádání alternativních modelů zprostředkování údravy a vzít v úvahu ostatní možné varianty stejně jako obrácenou kauzalitu.

Navzdory limitům, které tato studie má, lze zdůraznit přispění sebepřijetí v kognitivních modelech zprostředkovatelů deprese. Tato studie poskytuje podporu rostoucímu hnutí vedoucímu k psychoterapeutické integraci. Výsledky ukazují obzvláště důležitost asimilativní integrace, ve které je psychoterapeut otevřený integrování technik z jiných terapeutických směrů. V této studii byla preferovaná kognitivní terapie, která může zacílit na maladaptivní myšlenkové pochody a automatické myšlenky obsahující sekundární aktivační služku pro chování. Jako taková může kognitivní terapie jen podpořit změnu v sebepřijetí pomocí aktivace složky chování, které povzbudí jedince vzít v potaz sebedestruktivní chování a podpořit práci na posílení chování sebemilujícího. K zdůraznění výhod posilování sebepřijetí v průběhu léčby deprese tato studie povzbuzuje kliniky k rozšíření jejich zájmu na chování aktivizující složku kognitivní terapie a integrování technik z jiných terapeutických směrů, které jsou připraveny specificky cílit na mezilidské vztahy a potíže, jako např. interpersonální terapie (IPT). IPT v rámci sezení na terapii modeluje situaci a hledá strategie jejího řešení. Kognitivní terapie převzala tuto techniku z IPT a 1) pojmenovává maladaptivní vzorce myšlení ve vztahu k ostatním i k sobě, 2) analyzuje, zda se jedná o běžné příčiny či bios, 3) hledá, jak sebeřízené chování může

být ovlivněno a udržováno maladaptivními vzorci myšlení (a obráceně) a 4) implementuje strategie, které modifikují sebeřízené chování spolu se změnou již existujících myšlenkových vzorců.

Výsledky této studie povzbuzují k zařazení technik cílených na mezilidské vztahy do kognitivní terapie, díky čemuž klinické budou schopni zvýšit úroveň sebepřijetí klienta, stále modifikovat myšlenkové vzorce cestou kognitivní terapie a nabízet klientům lepší výsledky terapie a zvýšení kvality života.

Výtah zpracovala: Tereza Hejnicová, K17