

Czy rodzina „potrzebuje” depresji? Badania pilotażowe konsultacji rodzinnych

Does the family “need” depression? A pilot study of family consultations

Bernadetta Janusz¹, Martyna Chwał-Błasińska¹, Karina Michałowska²,
Mariusz Furgał¹, Jakub Bobrzyński¹, Bogdan de Barbaro¹,
Marcin Siwek², Dominika Dudek²

¹ Zakład Terapii Rodzin, Katedra Psychiatrii CM UJ

² Zakład Zaburzeń Afektywnych, Katedra Psychiatrii CM UJ

Summary

Aim. The aim of the presented study was to analyse associations between drug-resistant depression and the way the illness is described by patients and members of their families. In particular, a hypothesis to be verified was that being ill may be a factor stabilising the family system, and consequently treatment of this kind of depression may encounter additional difficulties and enforce “drug-resistance” by “sustaining depression” by the family.

Methods. The study included 20 patients and their families. The consultations that were conducted with each of the families constituted data for the presented research. Initial results indicate an explicit association between the way the patient and his or her family define circumstances of the illness and treatment and the type of interactions between them that are manifested verbally and nonverbally.

Results. Results of qualitative analysis indicate that if a patient during consultation reflects on how to describe his or her situation and precipitating factors of the illness, it usually takes place in opposition to other members of the family of origin. On the other hand, if a patient manifests depressive symptoms, he or she assumes a dependent role, while the rest of the family express an attitude of warmth towards him or her.

Conclusions. Drug resistance depression should be considered, also with the context of the patient’s family.

Słowa kluczowe: depresja lekooporna, komunikacja interpersonalna, dyskurs

Key words: drug-resistant depression, interpersonal communication, discourse

Wstęp

Szacuje się, że u około jednej trzeciej pacjentów chorujących na depresję nie udaje się uzyskać poprawy objawowej po zastosowaniu pierwszego leku przeciwdepresyjnego. U pacjentów, u których wprowadzane kolejno strategie leczenia farmakologicznego nie przyczyniają się do uzyskania remisji lub uzyskana poprawa jest niewystarczająca, mamy do czynienia ze zjawiskiem określanym jako depresja lekooporna lub oporność na leczenie (drug-resistant, treatment-resistant depression – TRD) [1, 2]. Jednakże leczenie biologiczne nie jest jedynym elementem terapii w depresji. Metody farmakologiczne i nefarmakologiczne, jakie w związku z leczeniem powinny być podjęte przez lekarza, w sposób najbardziej przejrzysty charakteryzuje schemat ABCD, gdzie A oznacza adekwatność terapii (Adequacy of treatment), B – zewnętrzne i behawioralne czynniki podtrzymujące objawy choroby (Behavioural reinforcers), C (Compliance) odnosi się do szeroko rozumianego zagadnienia współpracy lekarz–pacjent, zaś D (Diagnosis) dotyczy właściwej diagnozy, a więc zagadnienia współwystępowania z innymi, psychicznymi oraz somatycznymi, zaburzeniami mogącymi pogarszać przebieg epizodu depresyjnego oraz komplikować jego leczenie [1].

Badania nad niedostatecznym wynikiem leczenia dotyczą współpracy w procesie terapeutycznym pomiędzy pacjentem a lekarzem [3], a także współwystępujących zaburzeń lękowych, ryzyka samobójstwa, cech melancholicznych depresji i braku odpowiedzi na pierwszy lek przeciwdepresyjny (LPD), zaburzeń osobowości, wielokrotnych hospitalizacji, nadużywania substancji psychoaktywnych, zaburzonego funkcjonowania społecznego, małego wsparcia społecznego oraz negatywnych interakcji społecznych [4–8].

Biorąc pod uwagę czynniki psychospołeczne wpływające na przebieg zaburzeń depresyjnych, na szczególną uwagę zasługują badania nad rodzinnym środowiskiem pacjentów. Wskaźnik Ujawnianych Uczuć (Index of Expressed Emotion – IEE), już w latach 60. XX wieku opisany jako ważny predyktor nawrotu w schizofrenii [9], okazał się także istotny dla przebiegu depresji. Wprawdzie wysoki IEE u krewnych pacjentów wyrażający się zachowaniami kontrolującymi w stosunku do pacjentów, w przypadku schizofrenii stanowił predyktor nawrotu, a w przypadku depresji tego związku nie stwierdzano [10], jednak okazało się, że znaczące zaangażowanie krewnego w objawy depresyjne pacjenta opóźnia akceptację depresji przez członków rodziny, prowadząc do narastających problemów w funkcjonowaniu rodzinnym [11]. Z kolei w badaniach przy użyciu 5MSS (5-Minute Speech Sample, prosta metoda pozwalająca ocenić poziom IEE) okazało się, że im wyższy jest poziom EE w rodzinie, tym częściej u nastolatków z depresją dwubiegunową występują myśli samobójcze [12]. Badania nad rodzinami z jednym depresyjnym rodzicem wskazały na znaczące różnice w poziomie ujawnianych uczuć w relacjach w porównaniu z grupą kontrolną. Wyniki ukazały, że im mniej ujawniania emocji, tym mniejsza w tych rodzinach satysfakcja ze związku małżeńskiego oraz częstsze ujawnianie emocji negatywnych. Dodatkowo niski poziom ujawniania emocji wiązał się także z bardziej negatywnymi wzorcami relacyjnymi zakorzenionymi w dzieciństwie partnerów [13]. Wyniki te mają swoje odniesienia praktyczne: systemowa terapia pary może prowadzić do obniżenia poziomu wskaźnika EE w rodzinie.

Na uwagę zasługują także badania, które skupiają się na funkcjonowaniu pacjentów depresyjnych w relacjach partnerskich. Stres małżeński został zidentyfikowany jako predyktor depresji [14]. Longitudinalne badania Peterson-Post i wsp. [15] wskazują, że większe dostosowanie małżeńskie i mniejszy krytycyzm między małżonkami są skutecznymi czynnikami zapobiegającymi depresji. Postrzeganie depresji jako uwarunkowanej biologicznie jest istotnie skorelowane z nasileniem objawów i nasileniem obciążenia (brzemienia) u partnera [16]. Niewierność partnera lub zagrożenie rozstaniem okazały się sześciokrotnie zwiększać ryzyko depresji u kobiet [17].

Biorąc pod uwagę częstość występowania lekoopornej depresji o niezidentyfikowanym mechanizmie lekooporności, jak również pewną ilość doniesień wskazujących na znaczenie środowiska rodzinnego dla przebiegu zaburzeń depresyjnych, wydaje się istotne prowadzenie dalszych badań w tym kierunku. Z systemowego punktu widzenia szczególnie ważne wydaje się ustalenie funkcji depresji lekoopornej w rodzinie.

Cel

Celem badania było wyłonienie tych elementów dynamiki rodzinnej, które wiążą się z występowaniem depresji oraz ze zjawiskiem lekooporności depresji.

Materiał i metody

Punktem wyjścia i źródłem materiału badawczego była konsultacja rodzinna, (tab. 1) która polegała na badaniu przez konsultanta, osoby bezpośrednio niezaangażowanej w proces leczenia pacjenta/pacjentki, w trakcie około półtoragodzinnego spotkania z wszystkimi członkami rodziny (także z udziałem samego pacjenta), poszczególnych elementów procesu rodzinnego i zjawisk wewnątrzrodzinnych. W szczególności celem badania było sprawdzenie, jaką funkcję pełni w rodzinnej homeostazie występowanie depresji zdiagnozowanej u jednego z jej członków. W celu uzyskania pogłębionych danych w analizie materiału przyjęto zarówno metodologię jakościową, jak również ilościową [18]. Badanie miało charakter eksploracyjny.

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej

Lp.	Płeć IP	Rozpoznanie	Członkowie rodziny obecni na konsultacji
1.	K	Dystymia (F34.1)	Matka, ojciec, siostra
2.	K	Zaburzenie osobowości mieszane i inne (F61)	Matka, ojciec
3.	K	Dystymia (F34.1)	Córka
4.	K	ChAD (F31)	Partner
5.	K	ChAD (F31)	Partner
6.	K	ChAD (F31)	Partner
7.	K	D (F33)	Partner
8.	M	ChAD (F31)	Partnerka, matka, ojciec

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

9.	M	Dystymia (F34.1)	Matka, ojciec
10.	K	ChAD (F31)	Partner, córka
11.	K	D (F33)	Córka, dwóch synów
12.	K	D (F33)	Partner, córka, syn
13.	K	D (F33)	Partner, syn
14.	M	D (F33)	Partner, siostra, matka
15.	M	D (F33)	Partnerka
16.	M	D (F33)	Partnerka, matka, ojciec
17.	M	D (F33)	Partnerka, dwóch synów
18.	K	D (F33)	Partner
19.	M	D (F33)	Partner, córka, syn
20.	K	D (F33)	Partner

IP – pacjent identyfikowany

Wstępna analiza jakościowa sesji konsultacji rodzinnych

Badanie realizowane było w ramach współpracy dwóch ośrodków: stacjonarnego oddziału leczenia chorób afektywnych oraz ośrodka ambulatoryjnego zajmującego się terapią rodzin. Pacjenci hospitalizowani na oddziale stacjonarnym byli w trakcie hospitalizacji zapraszani wraz z członkami swojej rodziny na konsultację do ośrodka terapii rodzin.

W pierwszym etapie badania, w ośrodku terapii rodzin odbyło się 10 konsultacji rodzinnych pacjentów, u których zdiagnozowano depresję lekooporną. Zapis wideo konsultacji został następnie poddany wstępnej analizie tematycznej [19]. W ten sposób wyłoniono główne wątki tematyczne i kategorie tych konsultacji. W szczególności wyodrębniono wówczas dominujące języki (dyskurs), przy użyciu których poszczególni członkowie rodziny wraz z pacjentem opisywali problem. W ten sposób wyodrębniono: dyskurs interpersonalny (relacyjny), dyskurs intrapsychiczny (wewnętrzny), dyskurs medyczny oraz dyskurs socjoekonomiczny. Drugą grupą kategorii uzyskanych ze wstępnej analizy były przejawiane na jawnym werbalnym poziomie postawy wobec pacjenta. Należały do nich: ciepło, wrogość, nadmierne uwikłanie, odcięcie oraz skośność. Trzy pierwsze zostały nazwane zgodnie z kategoriami stosowanymi w Expressed Emotion Theory [9]. Wymienione kategorie posłużyły do konstrukcji Kwestionariusza Obserwacji Konsultacji Rodzinnej (KOKR). W kwestionariuszu zaznaczano również niewerbalne zachowania członków rodziny wobec pacjenta, jak i zachowania niewerbalne samego pacjenta. W sposób otwarty wyodrębniano również wyrażane werbalnie przeżycia poszczególnych osób.

Za pomocą skonstruowanego w ten sposób kwestionariusza KOKR w następnym etapie badania oceniono 20 kolejnych rodzin, stanowiących prezentowaną tu grupę badaną. Oceny te były dokonywane przez obserwatorów (psychoterapeuci będący na

ostatnim roku szkolenia lub po szkoleniu w zakresie terapii rodzin). W związku z tym, że dwie grupy zagadnień Kwestionariusza KOKR miały charakter otwarty (zachowania niewerbalne, wyrażane werbalnie przeżycia emocjonalne), uzyskane w ten sposób opisy zachowania członków rodziny wymagały dalszej kategoryzacji poprzez analizę tematyczną [19]. Została ona dokonana przez pięciu terapeutów rodzinnych, których zadaniem było wstępne zakodowanie, pokategoryzowanie wypowiedzi poszczególnych członków rodziny, a następnie w wyniku analizy porównawczej zostały wspólne tematy, które stanowią główne kategorie badawcze. W wyniku tej analizy wyodrębniono dwie grupy kategorii. Pierwsza dotyczyła zachowań niewerbalnych i wprowadzała takie podkategorie jak: ku innym, od innych, ku jednym, w siebie, zahamowanie, ekspresja, ku pacjentowi i od pacjenta. Druga grupa kategorii dotyczyła werbalnego opisu przeżyć, w tej grupie wyodrębniono takie podkategorie jak: bezradność, odcięcie od przeżyć, ekspresja cierpienia, emocje nakierowane na pacjenta oraz brak woli, energii i inicjatywy.

Po tym etapie analizy wyłonione kategorie zostały poddane analizie ilościowej.

Wyniki

Analiza ilościowa

Ze względu na charakter danych (m.in. małą wariancję większości zmiennych), modele interakcyjne okazały się nieidentyfikowalne, wobec czego dopasowano jedynie regresje z jednym lub większą liczbą predyktorów. Wstępne analizy wykazały, że dane dotyczące partnerów osób chorujących mogą wykazywać inne zależności z pozostałymi zmiennymi niż dane dotyczące pozostałych członków rodziny osoby chorej (matka, ojciec, rodzeństwo, dzieci). W związku z tym obliczono korelacje między wartościami zmiennych na poziomie pacjenta i wartościami uśrednionymi dla całej rodziny, dla samego partnera i wartościami dla rodziny z wykluczeniem partnera. Ze względu na charakter pytań badawczych zmiennymi zależnymi w analizach były zmienne z kategorii opisu przeżyć i rodzaje dyskursu, natomiast zmiennymi niezależnymi były rodzaje przejawianych postaw i rodzaje przejawianych zachowań niewerbalnych.

W trakcie ilościowej analizy danych, przy uwzględnieniu poziomu istotności statystycznej, wyłoniono ostatecznie następujące kategorie badawcze:

1. Dyskurs: rodzaj dominującego języka i słownika pojęciowego, używanych przez daną osobę badaną w czasie konsultacji rodzinnej w celu opisu rozumienia natury problemów pacjenta. Wyodrębniono trzy rodzaje dyskursów:
 - interpersonalny, w którym przeważały pojęcia opisujące relacje między członkami rodziny lub innymi znaczącymi dla systemu rodzinnego osobami. Przykład: wypowiedź żony pacjenta: „Robię wszystko, żeby było lepiej, a on mówi, że jest coraz gorzej – poczuwam się do winy”; wypowiedź matki: „Nie zostawiłam go bez opieki. Nic nie przeoczyłam”; wypowiedź żony: „Ja nie daję takiego wsparcia mężowi, jak on mnie”;
 - intrapsychiczny, w którym dominowały pojęcia odnoszące się do przeżyć wewnętrznych danego członka rodziny i pacjenta. Przykład: wypowiedź pacjentki:

- „Mam taki etap, że się poddałam”; wypowiedź żony pacjenta: „Próbował odebrać sobie życie, żeby przestać czuć niepokój”; wypowiedź syna pacjenta: „Na wyjeździe się zaczęło. Bał się, że ktoś go będzie prześladował, że coś od niego będzie chciał. Wiara w siebie może pomóc, przełamanie się, uwikłanie to choroba”;
- medyczny, w którym w opisach zjawisk i zależności dominowały pojęcia medyczne. Przykład: pacjentka mówi: „Czasami mi się wydaje, że jestem ułomna, bo mam poszerzone komory w mózgu”; wypowiedź żony pacjenta: „Dostawał leki takie, że go położyło całkowicie”; wypowiedź pacjenta: „Prawdziwa przyczyna mojej choroby to nieprawidłowy poród”; wypowiedź ojca pacjentki: „Trzeba znaleźć szybki sposób, więc szukamy elektrowstrząsów”.
2. Zachowania niewerbalne: rodzaj występujących w trakcie konsultacji zachowań niewerbalnych. Wyłoniono trzy charakterystyki tych zachowań:
- „od innych”, w których zachowania niewerbalne danego uczestnika konsultacji świadczyły o unikaniu przez niego relacji z innymi uczestnikami, nie odnosząc się do zachowań werbalnych i niewerbalnych,
 - „w siebie”, w których zachowania niewerbalne związane były z ekspresją samego siebie (poruszanie się w trakcie mówienia, rozglądanie się po pokoju) przy braku niewerbalnych zachowań świadczących o interakcji (np. spojrzenia w kierunku uczestnika rozmowy),
 - zahamowanie, czyli przyjęcie niezmienną postawę ciała i mimiki w czasie rozmowy.
3. Zachowania werbalne członków rodziny wobec pacjenta.

Zaobserwowano cztery podstawowe rodzaje zachowań członków rodziny wobec pacjenta: ciepło, wrogość, nadmierne uwikłanie, odcięcie.

Omówienie wyników

Pierwsza grupa wyników dotyczy rodzajów dyskursu na temat choroby i chorowania: interpersonalnego, intrapsychnicznego i medycznego, które są powiązane z określonymi rodzajami przeżyć i zachowań identyfikowanych u członków rodziny.

1. Dyskurs interpersonalny ze strony pacjenta był ujemnie skorelowany z postawą ciepła całej rodziny ($r = -0,53$; $p = 0,04$). W rodzinach, w których pacjenci opisywali swoją chorobę w kategoriach relacyjnych, zaobserwowano mniejszą ekspresję pozytywnych emocji w rodzinie. Innymi słowy, im bardziej rodzina rozmawia wprost o relacjach między sobą, tym w mniejszym stopniu wyrażana jest przez członków rodziny postawa ciepła.
2. Dyskurs intrapsychniczny ze strony pacjenta okazał się być ujemnie skorelowany z zachowaniami niewerbalnymi „od innych” u całej rodziny ($r = -0,56$; $p = 0,04$). Jeśli pacjent wiąże swoją chorobę z przeżyciami wewnętrznymi, to członkowie rodziny przejawiają mniej zachowań niewerbalnych o charakterze odcinania się, zamykania się. Innymi słowy, im bardziej pacjent skłonny jest opisywać chorobę w kategoriach przeżyć wewnętrznych, tym mniej pozostali członkowie rodziny są wobec siebie zamknięci.

- 2b. W przypadku dyskursu intrapsychnicznego ze strony pacjenta zaobserwowano ujemną korelację z zahamowaniem u pacjenta ($r = -0,49$; $p = 0,03$), jednak dodatnią z zahamowaniem u rodziny ($r = 0,43$; $p = 0,02$) i partnera ($r = 0,50$; $p = 0,03$). Jeżeli pacjenci widzą swoją chorobę w kategoriach przeżyć wewnętrznych, to wykazują mniej zahamowania/więcej otwarcia na sesji, a rodzina i partner przejawiają większe zahamowanie (postawa zahamowania jest rozumiana jako pozostawanie biernym werbalnie i niewerbalnie. Tę zmienną można przypisać indywidualnym cechom poszczególnych osób).
- 2c. Dyskurs intrapsychniczny ze strony pacjenta okazał się być dodatnio skorelowany z postawą odciążenia u pacjenta ($r = 0,70$; $p = 0,02$), ale ujemnie z postawą odciążenia u członków rodziny z pominięciem partnera ($r = -0,83$; $p = 0,01$). Jeżeli pacjenci widzą swoją chorobę w kategoriach przeżyć wewnętrznych, bardziej odcinają się od członków rodziny. Pozostali członkowie rodziny w takich wypadkach mniej się odcinają od siebie nawzajem, ale partnerzy małżeńscy, podobnie jak pacjenci, też przejawiają postawę odciążenia (postawa odciążenia stanowi zmienną interpersonalną polegającą na aktywnym odcinaniu się od innych zarówno werbalnie, jak i niewerbalnie).
- 3a. Dyskurs medyczny u pacjenta okazał się być dodatnio skorelowany także z postawą wrogości członków rodziny wobec pacjenta ($r = 0,85$; $p < 0,001$). Innymi słowy, w rodzinach, w których pacjenci traktują swoją chorobę głównie w kategoriach medycznych (słowa kluczowe: leki i objawy) zaobserwowano większą ekspresję wrogości u członków rodziny wobec pacjenta.
- 3b. Dyskurs medyczny u pacjenta był ujemnie skorelowany z postawą naduwikłania u pacjenta ($r = -0,40$; $p = 0,03$) i u partnera ($r = -0,78$; $p = 0,003$). Oznacza to, iż pacjenci, którzy traktują swoją chorobę w kategoriach medycznych, są mniej uwikłani w relacje rodzinne. Również ich partnerzy są mniej uwikłani w relacje rodzinne. Druga grupa wyników dotyczy zmiennych opisujących przejawy stanów emocjonalnych poszczególnych członków rodziny związanych z chorobą pacjenta.
4. Odcięcie od przeżyć u pacjenta było dodatnio skorelowane z zachowaniami niewerbalnymi „w siebie” u rodziny ($r = 0,57$; $p = 0,03$) i partnera ($r = 0,67$; $p = 0,04$). Innymi słowy, w rodzinach pacjentów, którzy nie ujawniali emocji, pozostali członkowie rodziny, w tym partnerzy, przejawiali niewerbalnie oznaki zamknięcia i brak reakcji na werbalne i niewerbalne zachowania pozostałych uczestników konsultacji.
5. Brak woli, energii i inicjatywy u pacjenta był dodatnio skorelowany z przejawianą postawą ciepła u rodziny ($r = 0,67$; $p = 0,01$) i partnera ($r = 0,95$; $p = 0,003$). Innymi słowy, w rodzinach pacjentów, którzy przejawiali typowe dla depresji objawy braku woli, energii i inicjatywy, zaobserwowano przejawiane postawy ciepła u wszystkich członków rodziny z włączeniem partnerów podczas konsultacji.

Wnioski

Prezentowane wnioski dotyczą powtarzających się wzorów interakcji pomiędzy członkami badanych przez nas rodzin. Wyniki pokazują, że – zgodnie z perspektywą

konstrukcjonizmu społecznego – zachodzi zależność między tym, jak w rodzinie choroba jest opisywana, jak jest „konceptualizowana”, a interakcjami w rodzinie [20, 21]. W przypadku zaburzeń depresyjnych jest to tym ważniejsze, że w zależności od tego, jak będzie problem wysłowiony (np. w kategoriach „smutku” albo w kategoriach „choroby depresyjnej”), zupełnie różne będą konsekwencje społeczne, medyczne i życiowe zarówno dla samej osoby chorej, jak i dla całej rodziny. Dominacja dyskursu medycznego oznaczać będzie dla rodziny przekazanie odpowiedzialności za los osoby bliskiej personelowi medycznemu. Potwierdzają to dane z punktu 3a, 3b i 4, pozwalające na postawienie hipotezy, że przyjęcie takiego dyskursu związane jest z uwolnieniem emocji w rodzinie (także negatywnych) i swoistym „odwikłaniem”. Może to oznaczać przesunięcie odpowiedzialności za los pacjenta na psychiatrę (psychiatrów) i swego rodzaju – w skrajnych przypadkach – skłonność do „psychiatryzacji” smutku [22]. Zastanawiający jest też fakt, że w rodzinach, w których pacjenci traktują swoją chorobę głównie w kategoriach medycznych, zaobserwowano większą ekspresję wrogości i mniejsze nastawienie opiekuńcze wobec pacjenta. Biorąc pod uwagę perspektywę systemową, można rozważać dwustronny kierunek tej zależności, co uprawnia do postawienia pytania, na ile doświadczanie wrogości i braku opieki w rodzinie skłania pacjenta do całkowitego oddania się „pod opiekę” psychiatrii i zanegowania relacyjnych czy też intrapsychicznych aspektów jego przeżyć.

Inną zależnością, na którą warto zwrócić uwagę, jest fakt, że przejawy braku woli, energii i inicjatywy u pacjenta okazały się być dodatnio skorelowane z przejawianą postawą ciepła u rodziny. Można to interpretować tak, że przejawy depresyjności u pacjenta, związane z jego bezradnością, pozycją dziecka w rodzinie, wywołują u pozostałych członków rodziny postawę ciepła w stosunku do niego. Można by powiedzieć, że dzięki manifestowaniu swojej bezradności pacjent uzyskuje ciepło ze strony bliskich. Z drugiej strony przejawy aktywności pacjenta, która wyraża się podczas konsultacji jego poszukiwaniem zrozumienia własnej choroby, powodują dystans u pozostałych członków rodziny.

Dyskurs interpersonalny u pacjenta był również ujemnie skorelowany z postawą ciepła w rodzinie. Oznacza to, że jeśli pacjent odnosi się do relacji w rodzinie i próbuje opisywać swoją chorobę w kategoriach relacyjnych, traci to, co mógłby uzyskać dzięki biernej postawie i manifestowaniu swojej depresyjności, a więc postawę ciepła ze strony jego/jej bliskich. Innymi słowy, traktowanie objawów jako elementów interakcji rodzinnych „chłodzi relację” i – w pewnym sensie – „nie opłaca się rodzinie”. Opisane zjawisko można rozumieć w kategoriach naruszenia rodzinnej homeostazy [23], bowiem łączenie depresji z relacjami rodzinnymi wywołuje niepokój i zakłóca utrwalony porządek w rodzinie.

Związki pomiędzy dyskursem intrapsychicznym u pacjenta a innymi czynnikami wydają się bardziej złożone. Ujemna korelacja z zahamowaniem u pacjenta, a dodatnia z zahamowaniem u pozostałych członków rodziny, łącznie z partnerem pacjenta, oznaczać może, iż aktywność pacjenta podczas konsultacji, przejawiająca się ujawnianiem swoich przeżyć wewnętrznych i poszukiwaniem wyjaśnienia swojej choroby w kategoriach tych przeżyć, powiązana jest ze zmniejszeniem aktywności na sesji innych członków rodziny. Wydaje się więc, że w takich rodzinach pacjent i jego choroba stają się central-

nym tematem w rodzinie. Można wysnuć wnioski, że jeśli pacjent w czasie konsultacji w jakikolwiek sposób (poprzez różne dyskursy) poszukuje rozumienia swojej choroby, to najczęściej ma to miejsce w opozycji do członków rodziny generacyjnej. Próbuje wtedy wyodrębnić się, poprzez odcięcie się od nich, czasem wywołując u nich wrogość, brak empatii, a czasem zahamowanie. Natomiast w sytuacji, kiedy manifestuje objawy depresyjne, wyrażając w ten sposób swoją bezradność, wchodzi bardziej w rolę zależną od członków rodziny, którzy wyrażają wobec niego postawę ciepła. Oczywiście, biorąc pod uwagę perspektywę systemową, trudno powiedzieć, co w wypadku tych interakcji traktować należy jako przyczynę, a co jako skutek. Zjawiska te należy raczej rozumieć jako pętle sprzężeń zwrotnych, wzajemnie na siebie wpływających zachowań.

Ograniczenia

Powyższe wnioski są wysuwane na podstawie obserwacji zachowań mających miejsce w trakcie sesji konsultacyjnej. Pozostaje otwarte pytanie, na ile można te zjawiska odnosić do interakcji rodzinnych w życiu codziennym. Wprawdzie uzasadnione wydaje się założenie, że sesja konsultacyjna w pewnym zakresie odzwierciedla zjawiska życia rodzinnego, to jednak wielość zmiennych, dynamika procesu rodzinnego a także wpływ kontekstu (instytucja psychiatryczna, rozmowa w obecności – i do – „ekspertów”) nakazuje ostrożność w wyciąganiu wniosków. Niezależnie jednak od tego, jaką formę można by ostatecznie nadać tym konkluzjom, ukazane zostało że to, co się dzieje w rodzinie pacjenta hospitalizowanego z powodu choroby psychicznej, znajduje żywy oddźwięk w procesach wewnątrzrodzinnych. Nie jest to jeszcze ten etap badań, by można było jednoznacznie określić, jaka rodzina „chce zatrzymać depresję”, a kiedy skuteczne leczenie jest dla rodzin jednoznacznie korzystne, jednak uzyskane wyniki pozwalają zbliżyć się do tych, w pewnym sensie zagadkowych, zjawisk. Najbardziej prawdopodobne jest, że mamy tu do czynienia z wieloma procesami, często ze sobą sprzecznymi (np. z tendencją do brania na siebie odpowiedzialności za pomoc osobie bliskiej i z tendencją do przerzucania odpowiedzialności na psychiatrę).

Pewne wątpliwości mogą również budzić wielkości wielu zaobserwowanych korelacji (np. $|r| > 0,6$), tym bardziej, że wszystkie zmienne przyjmowały tylko kilka możliwych wartości. Wydaje się, że tak wysokie korelacje mogą wynikać między innymi z tego, że oceny na poszczególnych wymiarach były dokonywane przez te same osoby i w przypadku zmiennych silnie powiązanych znaczeniowo podobieństwo lub związek znaczeń musiał objawić się relatywnie wysokimi korelacjami.

Poprawka Bonferroniego nie została użyta, ponieważ wyniki przedstawionej analizy regresji były dalekie od kryteriów niezależności testów [24]¹.

¹ Byłoby wskazane, aby w przypadku tak dużej liczby testowanych modeli regresji dało się zastosować jakąś adekwatną poprawkę na porównania wielokrotne, jednak jedyne uniwersalne rozwiązanie tego rodzaju – poprawka Bonferroniego – zakłada niezależność testów, a w przypadku znacznej części testowanych modeli regresji dopasowanie jednego z modeli pozwala przewidzieć dopasowanie innych modeli podobnych, dlatego nie ma mowy o niezależności testów, nawet w przybliżeniu.

Piśmiennictwo

1. Berlim MT, Turecki G. *Definition, assessment and staging of treatment-resistant refractory major depression: a review of current concepts and methods*. Can. J. Psychiatry 2007; 70(2): 177–184.
2. Fava M. *Diagnosis and definition of treatment-resistant depression*. Biol. Psychiatry 2003; 53: 649–659.
3. Fagiolini A, Kupfer DJ. *Is treatment-resistance depression a unique subtype of depression?* Biol. Psychiatry 2003; 53: 640–648.
4. Schlaepfer TE, Agren H, Monteleone P, Gasto C, Pitchot W, Rouillon F. i wsp. *The hidden third: improving outcome in treatment-resistant depression*. J. Psychopharmacol. 2012; 26: 587–602.
5. Holzel L, Hartel M, Reese C, Kriston L. *Risk factors for chronic deression – a systematic review*. J. Affect. Disord. 2011; 129(1–3): 1–13.
6. Rybakowski J, Dudek D, Jaracz J. *Choroby afektywne*. W: Jarema M. red. *Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych*. Gdańsk: Via Medica; 2011. s. 56–63.
7. Sourey D, Oswald P, Massat I, Bailer U, Bollen J, Demyttenaere K. i wsp. *Clinical factors associated with treatment resistance in major depressive disorder: Results from European multicenter study*. J. Clin. Psychiatry 2007; 68: 1062–1070.
8. Ellison JM, Harney PA. *Treatment-resistant depression and the collaborative treatment relationship*. J. Psychother. Pract. Res. 2000; 9: 7–17.
9. Rostworowska M. *Koncepcja Wskaźnika Ujawnianych Uczuć*. W: de Barbaro B. red. *Schizofrenia w rodzinie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999. s. 51–67.
10. Hooley JM, Campbell C. *Control and controllability: beliefs and behaviour in high and low expressed emotion relatives*. Psychol. Med. 2002; 32: 1091–1099.
11. Radfari M, Ahmadi F, Fallahi Khoshknab M. *Turbulent life: the experiences of the family members of patients suffering from depression*. J. Psychiatr. Ment. Health Nurs. 2014; 21: 249–256.
12. Ellis AJ, Portnoff LC, Axelson DA, Kowatch RA, Walshawa P, Miklowitz DJ. i wsp. *Parental expressed emotion and suicidal ideation in adolescents with bipolar disorder*. Psychiatry Res. 2014; 216: 213–216.
13. Rogosch FA, Cicchetti D, Toth SL. *Expressed emotion in multiple subsystems of the families of toddlers with depressed mothers*. Dev. Psychopathol. 2004; 16: 689–709.
14. Davila J, Bradbury TN, Cohan CL, Tochluk S. *Marital functioning and depressive symptoms: evidence for a stress generation model*. J. Pers. Soc. Psychol. 1997; 73: 849–861.
15. Peterson-Post KM, Rhoades, GK, Stanley SM. *Perceived criticism and marital adjustment predict depressive symptoms in a community sample*. Behav. Ther. 2014; 45: 564–575.
16. Cornwall PL, Scott J, Garland A, Pollinger BR. *Accelerated publication beliefs about depression in patients and their partners*. Behav. Cogn. Psychother. 2005; 33: 131–138.
17. Cano A, O’Leary KD. *Infidelity and separations precipitate major depressive episodes and symptoms of nonspecific depression and anxiety*. J. Consult. Clin. Psychol. 2000; 68: 774–781.
18. Janusz B, Bobrzyński J, Furgał M, de Barbaro B, Gdowska K. *O potrzebie badań jakościowych w psychiatrii*. Psychiatr. Pol. 2010; 44(1): 5–11.
19. Braun V, Clarke V. *Using thematic analysis in psychology*. Qual. Res. Psychol. 2006; 3: 77–101.
20. White M. *Maps of narrative practice*. New York, London: W.W. Norton & Company; 2007.
21. Deissler K. *Terapia systemowa jako dialog*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1998.

22. de Barbaro B. *Medykalizacja i psychiatryzacja życia codziennego*. W: de Barbaro B. red. *Konteksty psychiatrii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014. s.235-254.
23. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. *Pragmatics of human communication*. New York: Norton; 1967.
24. Ferguson GA, Takane Y. *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1999.

Adres: Martyna Chwal-Błasińska
Zakład Terapii Rodzin
Katedra Psychiatrii CM UJ
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a

Otrzymano: 26.02.2015
Zrecenzowano: 6.03.2015
Przyjęto do druku: 6.03.2015