

Marlena Sokół-Szawłowska¹, Ewa Domaradzka², Anna Chrzanowska²

¹Poradnia Przykliniczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

²Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk

Jak współczesne badania psychologiczne mogą przyczynić się do indywidualizacji diagnostyki oraz terapii depresji i lęku?

How contemporary psychological research can contribute to individualization of diagnosis and therapy of depression and anxiety?

Abstract

The presented work is aimed at novel approaches to depression and anxiety disorders based on results of psychological research. Both described mental problems are most often occurring in the general population. Depression and anxiety are usually described in daily clinical practice based on functioning classification systems. Despite their numerous and significant advantages, these classifications have also limitations. One of them is that clinicians match the list of symptoms in a single patient to the diagnostic category. At the same time, however, they are aware that every person experiences their depression or anxiety in an individual way. There is still lack of research and tools that bring us closer to individual approach to each person at the stage of diagnosis and treatment. Review of the literature points to the large number of inaccuracies in research results on similarities and differences in anxiety and depression. This is particularly true in areas such as: the structure of affect, emotion regulation strategies and the functioning of attention. Małgorzata Fajkowska, the author of the innovative typology of anxiety and depression emphasizes that the described problems can be caused by high comorbidity of these phenomena, low discrimination power of diagnostic classifications (such as ICD-10, DSM-5), as well as customary treatment of anxiety and depression as homogeneous diagnostic categories in everyday clinical practice. The presented psychological concept may bring us closer to a better understanding of more individual types of depression and anxiety than in the international classifications, as well as show us differences in the psychological functioning of individuals. In the future, this approach may also result in a more individual approach at the treatment stage of both described mental disorders.

Psychiatria 2019; 16, 2: 77–81

Key words: depression, anxiety, typology of mental disorders

Wstęp

Psychiatra i psycholog zajmujący się w pracy klinicznej osobami cierpiącymi z powodu objawów depresji i lęku niejednokrotnie zdają sobie sprawę, jak ograniczone są możliwości indywidualizacji diagnozy. Sporo uwagi poświęcił temu zagadnieniu Antoni Kępiński, w książce *Poznanie chorego*. Ten nestor polskiej psychiatrii ujął je

w następujący sposób: „Celem jest poznanie chorego człowieka. Cel mieści się w nieskończoności, nie może być więc oznaczonej drogi do niego, każda droga jest inna i dobra, i zła zarazem, jedna bliżej, inna dalej prowadzi. Psychiatra o swojej drodze wie tylko tyle, że nie ma końca...” [1]. Wobec tych niemal filozoficznych rozważań truizmem jest stwierdzenie, że każda osoba jest odmiennym bytem psychologicznym i jej zaburzenia psychiczne mają unikatowy rys. Niestety, współcześnie praca w systemie ochrony zdrowia niejako wymusza na klinicystach funkcjonowanie w paradygmacie kategorii diagnostycznych (ICD-10 [*International Statistical Clas-*

Adres do korespondencji:

Marlena Sokół-Szawłowska
Poradnia Przykliniczna IPiN
Al. Jana III Sobieskiego 9, 02–957 Warszawa
e-mail: marlenasokolysz@gmail.com

sification of Diseases and Related Health Problems], *World Health Organization*, 2008, DSM-5 [*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*], *American Psychiatric Association*, 2013) [2, 3]. Diagnostując według tych międzynarodowych klasyfikacji, nie powinno się jednak zapominać o procesach, które mają miejsce w trakcie uzgadniania zapisów w klasyfikacjach diagnostycznych. Należą do nich między innymi analiza aktualnych badań licznych populacji pacjentów, długotrwała dyskusja z poszukiwaniem kompromisów dla uzgodnień oraz głosowania. Takim działaniom przyświecają pragmatyczne cele, na przykład tworzenia opisów i kategorii służących:

- poprawie sprawozdawczości statystycznej w opiece zdrowotnej,
- modyfikacji sposobu finansowania,
- przewidywaniu zapotrzebowania na usługi zdrowotne,
- optymalizacji kosztów,
- szacowania zasobów materialnych i pracowniczych,
- przygotowaniu narzędzi do pracy instytucji ubezpieczeniowych,
- ujednoczeniu języka jakim posługują się specjaliści i organizacji współpracujące z systemem opieki zdrowotnej.

Wnikliwy klinicysta nie powinien jednak tracić sprzed oczu konkretnego pacjenta cierpiącego z powodu zaburzeń psychicznych. Jego główny cel to pomagać choremu jak najlepiej, zgodnie z aktualną wiedzą i doświadczeniem klinicznym. Specjalista skupia się wstępnie na etapie precyzyjnej diagnozy, a następnie dobiera metody, które mają być najbardziej adekwatne, tj. skuteczne i przynoszące jak najmniej działań niepożądanych. Precyzyjna diagnoza nie jest możliwa bez wnikliwej, niepośpiesznej analizy sytuacji życiowej, a także specyfiki funkcjonowania psychicznego danej osoby. Jak można się domyślić, brak obiektywnych narzędzi określających unikatowe cechy pojedynczego pacjenta, zmusza specjalistów do działania intuicyjnego, opartego na zdobytej wiedzy i własnym doświadczeniu klinicznym. Autorki tego artykułu pragną zaprezentować wstępne wyniki badań dotyczących typów lęku i depresji, które są efektem pracy zespołu pod kierownictwem Małgorzaty Fajkowskiej z Instytutu Psychologii Polskiej Akademii Nauk. Przegląd literatury wskazuje na istnienie licznych niespójności w danych na temat podobieństw i różnic w lęku i depresji, ze szczególnym uwzględnieniem obszarów: struktury afektu, strategii regulacji emocji oraz funkcjonowania uwagi. Autorka nowatorskiej typologii lęku i depresji podkreśla, że do wymienionych różnic i niejasności w wynikach może przyczynić się wysoka współwystępowalność tych zjawisk i niska moc dyskryminacyjna stosowanych metod diagnostycznych

(takich jak ICD-10, DSM-5) [2, 3] oraz traktowanie lęku i depresji jako jednorodnych kategorii [4, 5]. Nawet zaktualizowana kategoryzacja depresji i lęku w DSM-5 (w porównaniu do poprzednich wersji tej klasyfikacji) nadal nie umożliwia szczegółowej oceny specyfiki obu opisywanych zjawisk klinicznych w takich obszarach jak wymienione wcześniej struktura afektu, regulacja emocji i funkcjonowanie uwagowe.

Trwają badania obejmujące licznější populację pacjentów, które mogą się przyczynić do poszerzenia wiedzy, a co za tym idzie w przyszłości ułatwić indywidualną diagnozę i dobór skutecznego leczenia. W opisywanej tutaj koncepcji zostały wyróżnione typy lęku i depresji [6]. Mówi się w niej o typach lęku: pobudzeniowym, poznawczym i mieszanym oraz o typach depresji: walencyjnej, anhedonicznej i mieszanej. Można przyjąć, że lęk pobudzeniowy obejmuje fobie, ataki paniki czy lęk jako stan, podczas gdy lęk poznawczy jest bliższy lękowi uogólnionemu i lękowi rozumianemu jako cecha. W przypadku depresji — depresja walencyjna obejmuje formy niemelancholiczne, a depresja anhedoniczna — melancholiczne (jak np. tzw. duża depresja) [6, 7]. Typy te wyróżnia się na podstawie wyników Kwestionariusza Lęku i Depresji — narzędzia skonstruowanego specjalnie w tym celu [7]. Typologia ta różni się pod kilkoma względami od wcześniej opisywanych w literaturze podejść do lęku i depresji. Po pierwsze, Fajkowska zakłada, że lęk i depresja są wymiarowymi typami osobowości [6]. Oznacza to, że każdy człowiek może zostać umiejscowiony w pewnym miejscu zakresu wyników. Nie muszą być spełnione wszystkie sztywno ustalone kryteria, aby można było postawić diagnozę. Po drugie, typy te charakteryzują się dwiema podstawowymi właściwościami: posiadają złożoną strukturę (mechanizmy, struktury i markery behawioralne, czyli obserwowalne zachowania i reakcje) oraz pełnią określone funkcje: reaktywną lub regulacyjną. Funkcja reaktywna jest związana z automatyczną gotowością do reakcji, a funkcja regulacyjna — z bardziej strategicznymi reakcjami na stymulację (bodźce). Zwykle jedna z tych funkcji jest dominująca, choć mogą one współwystępować [7, 8]. Takie pojmowanie typów lęku i depresji pozwala na lepsze zrozumienie mechanizmów, które prowadzą zarówno do powstawania lęku i depresji, jak i do utrzymywania się tych zaburzeń. Po trzecie, opisywana tutaj koncepcja pozwala na integrację dotychczasowych wyników badań nad lękiem i depresją w ramach jednego modelu, dzięki czemu łatwiejsze staje się identyfikowanie zarówno wspólnych, jak i różnicujących je elementów. Podejście to może na przykład wyjaśniać, dlaczego — jak wskazuje część badań — negatywny afekt nie różnicuje lęku i depresji [9–11]. Jednocześnie badanie specyficznych emocji (tzw. treści afektu) w typach lęku i depresji sugeruje, że charakteryzują

się one różnymi wzorami funkcjonowania emocjonalnego, choć pod pewnymi względami są podobne [12]. Ponadto, opisane podejście pozwala na badanie lęku i depresji w populacji ogólnej (a nie tylko klinicznej). Jest to bardzo istotne, biorąc pod uwagę fakt, że subkliniczne formy opisywanych zaburzeń mogą negatywnie wpływać na codzienne funkcjonowanie dotkniętych nimi osób w sposób zbliżony jak w populacji klinicznej [13]. W tabeli 1 w sposób obrazowy przedstawiono charakterystykę poszczególnych typów lęku i depresji.

Można zauważyć, że część elementów strukturalnych występuje tylko w jednym typie (np. deficyty emocjonalno-motywacyjne, myśli obawy), a niektóre są wspólne dla kilku typów (np. pobudzenie somatyczne w obu typach lęku czy kontrola uwagowa w lęku poznawczym i w de-

presji anhedonicznej). Ponadto, typy można pogrupować ze względu na funkcje: lęk pobudzeniowy i depresja walencyjna są związane z funkcją reaktywną, a lęk poznawczy i depresja anhedoniczna — z regulacyjną. Z przeprowadzonych dotychczas badań wynika, że różnice i podobieństwa między typami lęku i depresji w zakresie funkcjonowania uwagowego i afektywnego są związane zarówno ze strukturą, jak i z funkcją poszczególnych typów [7, 12, 14, 15]. Dowiedziono między innymi, że lęk pobudzeniowy nie wiąże się z żadnymi strategiami regulacji emocji [14], co jest spójne z wynikiem dotyczącym impulsywnego przetwarzania pozytywnych i zagrażających bodźców emocjonalnych (twarzy wyrażających emocje) [15]. Natomiast unikanie bodźców emocjonalnych, szczególnie zagrażających, może być związane

Tabela 1. Struktura i funkcje typów lęku i depresji (zaadaptowano z [14])

Table 1. Structure and functions of anxiety and depression types [according to 14]

Typ	Struktura		Funkcja
Lęk pobudzeniowy	Reaktywność somatyczna	Podwyższona reaktywność autonomiczna, pobudzenie psychofizjologiczne i napięcie somatyczne (np. drżenie rąk, przyspieszone bicie serca) w obecności bodźców zagrażających lub negatywnych (faktycznych lub oczekiwanych)	Reaktywna
	Panika/fobia	Symptomy paniki i lęku/fobii (np. społecznej, lęku wysokości)	
	Uwagowe uwrażliwienie-unikanie	Czułość uwagowa wobec zagrożenia na wczesnym etapie przetwarzania (głównie w postaciach klinicznych) i unikanie tego zagrożenia na późniejszym etapie przetwarzania (bardziej instynktownego niż świadomego; przede wszystkim w postaciach nieklinicznych)	
Lęk poznawczy	Myśli obawy	Związane z zagrożeniem fizycznym, emocjonalnym lub symbolicznym; oceną społeczną; czasami także z ogólnymi „problematami świata”	Regulacyjna
	Kontrola uwagowa	Obniżona kontrola uwagowa, związana z trudnościami w przełączaniu, skupieniu i oderwaniu uwagi od negatywnych zdarzeń; wpływają na nią rozpraszające myśli; widoczna poprzez osłabione hamowanie przetwarzania negatywnego materiału emocjonalnego, związanego z niepowodzeniami lub negatywnymi zdarzeniami	
	Reaktywność somatyczna	Podwyższona reaktywność somatyczna w obecności zagrożenia lub w efekcie myśli obawy	
Depresja walencyjna	Negatywny afekt	Podwyższony poziom lęku, napięcia, wrogości, złości, smutku, wrażliwości na „Ja”, unikanie społeczne	Reaktywna
	Unikanie uwagowe	Niewrażliwość na walencję (znak) materiału emocjonalnego i społecznego (opóźniona lub zawężona alokacja uwagi na materiał emocjonalny; problemy z rozpoznawaniem materiału emocjonalnego, niezależnie od jego walencji/znaku) oraz niewrażliwość na materiał społeczny (w tym emocje pojawiające się w sytuacjach społecznych)	
Depresja anhedoniczna	Deficyty emocjonalno-motywacyjne	Niemожność odczuwania przyjemności i zmniejszona reaktywność na przyjemne wydarzenia; trudności w osiągnięciu celów oraz spadek zainteresowania podejmowaniem celowych aktywności; niemożność doświadczenia przyjemności lub nagrody w efekcie zachowań apetytywnych	Regulacyjna

Typ	Struktura	Funkcja
Depresja anhedoniczna	Pozytywny afekt	Bardzo niski poziom pozytywnych emocji, takich jak: pewność siebie, radość, nadzieja czy satysfakcja
	Negatywny afekt	Znacznie podwyższony poziom negatywnych emocji, np. smutku, poczucia winy, wstydu, poczucia straty, rozczarowania, lęku, samotności
	Kontrola uwagowa	Obniżona czujność w stosunku do materiału emocjonalnego; spowolnione i niewłaściwe reakcje na materiał emocjonalny; nieumiejętność podtrzymywania wysiłku przetwarzania materiału emocjonalnego, niezależnie od jego walencji; problemy ze skupieniem uwagi

z dominującym w tym typie nastrojem: strachem [12]. Z kolei w przypadku lęku poznawczego dominującym elementem strukturalnym są tak zwane myśli obawy. Wyniki badania wskazują, że strategia regulacji emocji, której używają osoby z tym typem lęku to ruminacja (strategia nieadaptacyjna), z którą związane są myśli obawy [14]. Ruminacja może również mieć związek ze strachem, który (wraz z obniżoną radością) w tym typie jest emocją dominującą [12]. Ponadto, osoby z wysokim poziomem lęku poznawczego rzadziej korzystają z adaptacyjnej strategii przeniesienia uwagi na coś pozytywnego, co może mieć związek z obniżoną kontrolą uwagową [14]. Depresja walencyjna ujawniła się jako typ „wrogi” — dominująca w niej strategia regulacji emocji to obwinianie innych, a dominująca emocja to wrogość [12, 14]. Depresja walencyjna wykazuje słabe związki z innymi emocjami. Na tym typie nie udało się też określić żadnego specyficznego wzoru przetwarzania uwagowego [15]. Może mieć to związek z niewrażliwością na walencję (znak) materiału emocjonalnego (a szczególnie społecznego), co jest charakterystyczną cechą tego typu (w opisywanym tu badaniu wykorzystywane były twarze wyrażające emocje). Depresja anhedoniczna okazała się być typem „najbogatszym”. Wykazano jej związki ze wszystkimi strategiami regulacji emocji (poza strategią obwiniania innych) [14]. Charakterystyczne dla tego typu jest to, że najsilniejsze związki wykazuje ze strategiami adaptacyjnymi, jednak oczywiście są to związki negatywne, a więc wskazujące, że osoby z depresją anhedoniczną znają te strategie, lecz nie wykorzystują ich we właściwy sposób. To z kolei może wiązać się z elementami strukturalnymi depresji anhedonicznej: deficytami emocjonalno-motywacyjnymi i obniżoną kontrolą uwagową (adaptacyjne strategie wymagają oderwania uwagi od negatywnego zdarzenia i przekierowania jej na bardziej pozytywne tory, w po-

tocznym rozumieniu najogólniej skupieniu uwagi nie na tym, że „szklanka jest do połowy pusta, tylko że jest do połowy pełna”). W zakresie funkcjonowania uwagowego depresja anhedoniczna wiązała się z bardziej efektywnym (poprawnym) przetwarzaniem smutku niż lęk poznawczy i typy mieszane [15]. Może to wynikać ze szczególnego uwrażliwienia na smutek, który (wraz z poczuciem winy) jest dominującą w tym typie emocją [12].

Dotychczasowe wyniki badań z wykorzystaniem przedstawionej tu typologii sugerują, że podejście wymiarowe (w przeciwieństwie do kategoryjnego), zakładające istnienie typów lęku i depresji oraz postulujące, że typy te charakteryzują się specyficzną strukturą i specyficznymi funkcjami, może być przydatne w poszerzaniu wiedzy na temat tych zjawisk. Odwoływanie się do wspólnych i unikalnych elementów strukturalnych i funkcjonalnych typów pomaga wyjaśniać występowanie elementów, które są wspólne dla lęku i depresji oraz identyfikować te, które są dla poszczególnych typów specyficzne [7, 16]. Na przykład, obniżona kontrola uwagowa w lęku poznawczym i depresji anhedonicznej tłumaczy związek obu tych typów ze stosowaniem ruminacji jako strategii regulacji emocji. To z kolei w przyszłości może się okazać bardzo istotne w praktyce klinicznej. Opisywane podejście może być użyteczne już na etapie ustalania diagnozy, gdyż przyczynia się do lepszego zrozumienia osobowości przedchorobowej i sposobów funkcjonowania pacjenta. Równie istotnie wydaje się uwzględnienie takiej wiedzy w trakcie ustalania pozafarmakologicznego planu terapeutycznego, gdyż pozwala na uwzględnienie specyficznych cech danego typu lęku lub depresji. Opisane powyżej wyniki dają nadzieję na przybliżenie klinicystów do opartego na wynikach badań indywidualnego podejścia do osoby, która poszukuje specjalistycznej pomocy w leczeniu lęku lub depresji.

Streszczenie

Prezentowana praca ma na celu przedstawienie nowatorskiego i opartego na wynikach badań psychologicznych podejścia do zaburzeń depresyjnych i lękowych, najczęściej występujących w populacji ogólnej zaburzeń psychicznych. Depresja i lęk są zazwyczaj w codziennej praktyce klinicznej opisywane na podstawie funkcjonujących systemów klasyfikacyjnych. Klasyfikacje pomimo swoich licznych i istotnych zalet mają również ograniczenia. Jednym z nich jest to, że klinicyści dopasowują listę objawów występujących u pojedynczego pacjenta do kategorii diagnostycznej. Jednocześnie mają jednak świadomość, że każdy człowiek w typowy dla siebie sposób przeżywa swoją depresję lub lęk. Nadal brakuje badań i narzędzi, które przybliżają specjalistów do indywidualnego podejścia do każdej osoby na etapie diagnozy i leczenia opisywanych zaburzeń psychicznych. Przegląd literatury wskazuje na istnienie licznych nieścisłości w wynikach badań na temat podobieństw i różnic w lęku i depresji. Szczególnie dotyczy to takich obszarów, jak: struktura afektu, strategie regulacji emocji oraz funkcjonowanie uwagi. Małgorzata Fajkowska, autorka nowatorskiej typologii lęku i depresji podkreśla, że do wymienionych różnic i niejasności w wynikach może przyczyniać się wysoka współwystępowalność tych zjawisk, a także jednocześnie niska moc dyskryminacyjna stosowanych metod diagnostycznych (takich jak ICD-10, DSM-5). Dodatkowo niejako zwyczajowe traktowanie lęku i depresji jako jednorodnych kategorii diagnostycznych w codziennej praktyce klinicznej. Prezentowana koncepcja psychologiczna może przybliżyć do lepszego poznania bardziej indywidualnych niż w klasyfikacjach międzynarodowych typów depresji i lęku, a także różnic w psychologicznym funkcjonowaniu poszczególnych osób. Takie podejście w przyszłości może zaowocować również bardziej indywidualnym podejściem na etapie leczenia obu opisywanych zaburzeń psychicznych.

Psychiatry 2019; 16, 2: 77–81

Słowa kluczowe: depresja, lęk, typologia zaburzeń psychicznych

Piśmiennictwo

1. Kępiński A. Poznanie chorego. Wydawnictwo Literackie, Warszawa 2013.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Washington, DC, US: American Psychiatric Association; 2013. doi:10.1176/appi.books.9780890425596.744053.
3. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, ICD-10. Geneva: World Health Organization; 1992.
4. Beck A, Steer RA, Brown G. Beck Depression Inventory–II. PsycTESTS Dataset. 2011, doi: 10.1037/t00742-000.
5. Spielberger C. State–Trait Anxiety Inventory for Adults: Sampler set manual, test, scoring key. Redwood City, CA: Mind Garden; 1983.
6. Fajkowska M. Personality coherence and incoherence. A perspective on anxiety and depression. Clinton Corners, NY: Eliot Werner Publications, New York 2013.
7. Fajkowska M, Domaradzka E, Wytykowska A. Types of anxiety and depression: Theoretical assumptions and development of the Anxiety and Depression Questionnaire. *Front Psychol* 2018;8:2376. doi: 10.3389/fpsyg.2017.02376, indexed in Pubmed: 29410638.
8. Fajkowska M. Personality Traits: Hierarchically Organized Systems. *J Pers.* 2018; 86(1): 36–54, doi: 10.1111/jopy.12314, indexed in Pubmed: 28295309.
9. Watson D, Tellegen A. Toward a consensual structure of mood. *Psychol Bull.* 1985; 98(2): 219–235, indexed in Pubmed: 3901060.
10. Watson D. Mood and Temperament. NY: Guilford Press, New York 2000.
11. Clark LA, Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *J Abnorm Psychol.* 1991; 100(3): 316–336, indexed in Pubmed: 1918611.
12. Domaradzka E, Fajkowska M. Structure of affect in types of anxiety and depression. *Journal of Individual Differences.* 2019; 40(2): 82–91, doi: 10.1027/1614-0001/a000279.
13. Ayuso-Mateos JL, Nuevo R, Verdes E, et al. From depressive symptoms to depressive disorders: the relevance of thresholds. *Br J Psychiatry.* 2010; 196(5): 365–371, doi: 10.1192/bjp.bp.109.071191, indexed in Pubmed: 20435961.
14. Domaradzka E, Fajkowska M. Cognitive emotion regulation strategies in anxiety and depression understood as types of personality. *Front Psychol.* 2018; 9: 856, doi: 10.3389/fpsyg.2018.00856, indexed in Pubmed: 29946277.
15. Fajkowska M, Domaradzka E, Wytykowska A. Attentional processing of emotional material in types of anxiety and depression. *Cogn Emot.* 2018; 32(7): 1448–1463, doi: 10.1080/02699931.2017.1295026, indexed in Pubmed: 28271740.
16. Domaradzka E. Types of anxiety and depression: toward overlapping and distinctive features in affective and attentional functioning. *Polish Psychol Bull* 2019;50:1–12. doi:10.24425/ppb.2019.126012.