

Poczucie humoru u pacjentów z depresją – przegląd badań

Sense of humour in patients with depression – review

Anna Braniecka¹, Dorota Parnowska², Anna Radomska³

¹ Instytut Psychologii Klinicznej Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie

Kierownik: dr hab. E. Trzebińska, prof. SWPS

² III Klinika Psychiatryczna IPiN w Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. M. Jarema

³ Zakład Psychologii Rozwoju Człowieka Wydziału Psychologii UW

Kierownik: dr hab. M. Czerwińska-Jasiewicz, prof. UW

Summary

In recent years there has been increasingly emphasised the importance of developing a sense of humour in patients with depression, which is considered an important competence promoting recovery processes and preventing relapse. Research on the sense of humour in depression focuses on two main areas. The first one concerns the answer to the question whether depressed patients are able to make use of their sense of humour. Results of current studies in this field lead to ambiguous conclusions. Some of them point to the deficits held by these patients in terms of perception, understanding and appreciation of humour, while others demonstrate the presence of the general susceptibility to humorous stimuli and the readiness to use the sense of humour. The second area of research focuses on the effectiveness of therapeutic programmes aimed at developing a sense of humour in depression. The results showed that they have limited efficacy – short term, observed only in some aspects or determined to a greater extent by pharmacological treatment than by implemented programmes. The reasons for their limited effectiveness seem to be largely due to an excessively wide range of impacts, not focused on the most desirable styles of humour, as well as specific needs, preferences and attitudes for patients with depression.

Słowa kluczowe: humor, poczucie humoru, depresja

Key words: humour, sense of humour, depression

Wstęp

Współczesne podejście do zdrowia psychicznego coraz wyraźniej podkreśla znaczenie wzmocnienia wewnętrznych zasobów pacjentów, które uważane jest za ważne uzupełnienie i jednocześnie przeciwwagę dla silnej koncentracji na istniejących

Przygotowanie artykułu częściowo sfinansowano z programu badań statutowych BST nr 154544, finansowanych przez Wydział Psychologii UW w roku 2010 (kierownik projektu – Anna Radomska).

deficytach i zagrożeniach [1]. Zasoby te dotyczą przede wszystkim różnych cech psychicznych, które korzystnie wpływają na funkcjonowanie osób chorych w obliczu doświadczanych trudności i ograniczeń, a tym samym zapobiegają pogorszeniom stanu zdrowia oraz poprawiają jakość ich życia. Do tak rozumianych zasobów należy poczucie humoru, uznawane za jedną z tzw. kluczowych sił charakteru wspierających dobrostan [2, por. też 3]. Poczucie humoru stanowi przedmiot zainteresowania bardzo różnych dyscyplin, dlatego też istnieje wiele sposobów jego rozumienia. W obszarze zdrowia psychicznego najczęściej stosuje się definicję zaczerpniętą z psychologii osobowości, która określa je jako ogólną tendencję jednostki do angażowania się w zachowania związane z humorem w szerokim zakresie sytuacji [4]. Poczucie humoru towarzyszy bardzo różnym aspektom funkcjonowania, angażując zarówno procesy poznawcze, konieczne do właściwej percepcji i rozumienia humorystycznych treści, jak i afektywne, odpowiadające na doświadczane rozbawienie oraz inne pozytywne stany emocjonalne. Obejmuje ono również wymiar behawioralny wyrażający się przede wszystkim spontaniczną ekspresją emocji. Poza tym nie sprowadza się wyłącznie do odbioru komizmu, ale dotyczy również jego tworzenia.

Wielowymiarowa specyfika poczucia humoru wymaga więc od jednostki uruchomienia odpowiedniej energii życiowej, umiejętności interpersonalnych, sprawności intelektualnej, a nawet kreatywności. Tymczasem pacjentów cierpiących na depresję charakteryzuje obniżony nastrój, anhedonia, osłabione funkcjonowanie poznawcze i społeczne. Wszystkie te objawy mogą wywierać bardzo niekorzystny wpływ na możliwość przejawiania poczucia humoru i czerpania z niego korzyści. Jednocześnie właśnie w odniesieniu do pacjentów z depresją reagowanie poczuciem humoru wydaje się szczególnie wartościowe, wiele bowiem czynników przeciwdziałających depresji jest z nim ściśle związanych. Wykazano między innymi, że poczucie humoru ułatwia przyjmowanie optymistycznej perspektywy wobec stresujących wydarzeń, zmniejsza doświadczany niepokój, poprawia nastrój oraz służy jako ważny mechanizm radzenia sobie [np. 5, 6, 7]. Wnioski o „antydepresyjnym” wpływie poczucia humoru pochodzą zazwyczaj z prac teoretycznych lub też z badań prowadzonych wśród osób psychicznie zdrowych. Prace empiryczne dotyczące poczucia humoru u pacjentów z depresją stanowią, niestety, na tym tle zdecydowaną mniejszość. Płynące z nich wnioski koncentrują się zazwyczaj na dwóch głównych zagadnieniach i w odniesieniu do nich zostaną przedstawione w niniejszym artykule. Dotyczą one zdolności pacjentów do korzystania z humoru oraz skuteczności oddziaływań rozwijających u nich tę umiejętność.

Zdolność pacjentów z depresją do korzystania z humoru

Już badania Nussbauma i Michaux [8] nad osobami hospitalizowanymi z powodu depresji wykazały, że ich reakcje na komizm dowcipów i zagadek są znacznie osłabione. Stwierdzono jednocześnie, że nasilanie się reakcji na humorystyczną treść stanowi nie tylko przejaw procesu zdrowienia, ale może być również ważnym czynnikiem predykcyjnym zbliżającej się remisji. O trudnościach osób z depresją w reagowaniu poczuciem humoru świadczą również bardziej współczesne badania nad ekspresją mimiczną. Zespół amerykańskich psychologów z Pensylwanii przeanalizował reakcje

pacjentów na prezentowane im krótkie filmy komediowe [9], posługując się w tym celu standaryzowaną procedurą FACS (Facial Action Coding System) opracowaną przez Ekmana i Friesena [10], która umożliwia precyzyjną ocenę ekspresji mimicznej z uwzględnieniem jej dynamicznej zmiany w czasie. Otrzymane wyniki wykazały, że osoby z depresją przejawiają specyficzny wzorec reagowania na humorystyczne bodźce, który polega na chwilowym wystąpieniu pozytywnego afektu, wyrażającego się spontanicznym uśmiechem, a następnie bardzo szybkim zastąpieniu go afektem negatywnym, wraz z odpowiadającą mu ekspresją. Zdaniem autorów ta „negująca radość” tendencja jest wysoce zautomatyzowana i świadczy o funkcjonowaniu w depresji specyficznych mechanizmów kontroli afektywnej, służących zmniejszeniu poczucia ambiwalencji wynikającego z dysproporcji między dominującym negatywnym nastrojem a pozytywnymi emocjami pojawiającymi się w odpowiedzi na humorystyczną treść. Przebiegająca w ten sposób regulacja afektywna, sprzyjając utrzymywaniu się aktualnego nastroju, może uniemożliwiać przeżywanie rozbawienia i w rezultacie znacząco utrudniać korzystanie z humoru.

Opinie o osłabionych u pacjentów z depresją zdolnościach do korzystania z humoru znajdują również potwierdzenie w wynikach badań nad poznawczymi i afektywnymi procesami przetwarzania komizmu. Uekermann i wsp. [11] dokonali oceny tych procesów w nawiązaniu do teorii rozwiązywania niespójności (*incongruity-resolution theory*), zgodnie z którą odbiór komizmu przebiega zazwyczaj w dwóch podstawowych etapach [12]. Pierwszy z nich dotyczy wstępnej interpretacji zdarzenia i sprowadza się do dostrzeżenia w niej pewnej niezgodności z ogólnie przyjętymi założeniami. Natomiast drugi polega na usunięciu tej rozbieżności poprzez dokonanie restrukturyzacji znaczenia sytuacji i znalezienie logicznego wytłumaczenia pozornie wykluczających się elementów. Wskutek połączenia tych dwóch etapów dochodzi do zrozumienia puenty i zareagowania rozbawieniem. Zastosowana przez Uekermanna i wsp. procedura badawcza polegała na prośbieniu uczestników o wybranie jednego z czterech możliwych zakończeń dla kolejno wyświetlających się na ekranie nie dokończonych dowcipów, a następnie określenie stopnia wzbudzanego przez nie rozbawienia. Okazało się, że osoby znajdujące się w depresji wybierały więcej, aniżeli osoby z grupy kontrolnej, zakończeń wymagających jedynie wykrzyka niespójności oraz więcej zakończeń związanych wyłącznie z jej rozwiązaniem, co sugeruje, że przetwarzały one humorystyczną treść w sposób niekompletny. Stwierdzono również, że pacjenci oceniali prawidłowe zakończenia nie tylko jako mniej adekwatne, ale również jako mniej zabawne. Poza tym przejawiane przez nich deficyty w przetwarzaniu humoru okazały się ściśle związane z obniżoną sprawnością w tworzeniu modeli umysłu oraz osłabieniem funkcji wykonawczych. Zdaniem badaczy wyniki te stanowią potwierdzenie obserwowanych w depresji dysfunkcji w obszarze kory przedczołowej odpowiadającej za integrację wszystkich tych procesów. Interpretacja ta wydaje się spójna z wnioskami z badań nad osobami szczególnie narażonymi na uszkodzenia kory przedczołowej – jakimi są ludzie starsi oraz uzależnieni od alkoholu – które wskazują na występowanie u nich bardzo podobnych trudności w przetwarzaniu humorystycznego materiału [13, 14].

Przytoczone powyżej doniesienia empiryczne wydają się potwierdzać tezę o zmniejszonych zdolnościach pacjentów z depresją do wykorzystywania poczucia humoru,

jednak istnieją również badania prowadzące do zupełnie przeciwnych wniosków [15, 16, 17, 18, 19, 20]. Bokarius i wsp. [15] zbadali osoby hospitalizowane z powodu depresji za pomocą krótkich skal samoopisowych dotyczących ogólnej postawy wobec komizmu, dostrzegania go w różnych sytuacjach i otwartości na zawierające go interwencje terapeutyczne. Stwierdzono, że pacjenci z depresją mają w pełni zachowaną zdolność do doceniania komizmu we wszystkich mierzonych aspektach. Ponadto poziom tej zdolności okazał się nie zależeć od nasilenia objawów depresji. Do podobnych wniosków prowadzą wyniki badań Falkenberg i wsp. [17], w których stwierdzono, że pacjenci z depresją nie różnią się od osób z grupy kontrolnej pod względem stopnia zabawności przypisywanej prezentowanym im dowcipom rysunkowym reprezentującym różne typy komizmu, natomiast wykazują słabszą tendencję do reagowania rozbawieniem w odpowiedzi na komiczną treść oraz rzadziej uciekają się do humoru w trudnych sytuacjach. Falkenberg i wsp. podkreślają, że głównym wnioskiem płynącym z ich badania jest stwierdzenie u pacjentów z depresją ogólnej podatności na humorystyczną treść, która wyraża się docenianiem zabawności poszczególnych dowcipów, a zaobserwowane trudności w doświadczaniu rozbawienia i wykorzystywaniu humoru jako sposobu radzenia sobie uważają za wyraz przemijających ograniczeń wynikających z obecnego stanu psychicznego. Przyznają jednocześnie, że aby uznać, iż trudności te wynikają wyłącznie z objawów depresji, a nie ze względnie stałych predyspozycji osobowościowych, konieczne jest przeprowadzenie badań nad pacjentami w remisji.

Pewnego rodzaju odpowiedź na tę sugestię stanowi badanie Bozikasa i wsp. [16] nad docenianiem humoru przez pacjentów z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi znajdującymi się w remisji. W badaniu tym zastosowano komputerową procedurę PHAT (Penn's Humor Appreciation Test) [21] polegającą na prezentowaniu serii dowcipów rysunkowych zestawionych w pary niemal identycznych obrazków, różniących się jednak obecnością jednego ważnego elementu. W rezultacie jeden z obrazków zawiera komiczną treść, drugi natomiast jest jej pozbawiony, a zadaniem osób badanych jest wskazanie, który z nich jest bardziej zabawny lub też uznanie, że są one zabawne w równym stopniu. Oczekiwano, że pacjenci znajdujący się w remisji będą przejawiali trudności w adekwatnym odbiorze komizmu, ponieważ znaczna część badań neuropsychologicznych oraz posługujących się technikami neuroobrazowania wskazuje na występowanie w tej grupie dysfunkcji prowadzących do osłabienia zdolności do złożonego przetwarzania informacji społecznych, przyjmowania perspektywy innych osób i adekwatnego reagowania emocjonalnego [22, 23]. Wbrew tym pośrednim przesłankom, Bozikas i wsp. stwierdzili, że pacjenci mają taką samą zdolność dostrzegania i doceniania komizmu jak osoby psychicznie zdrowe. Zaobserwowano również, że poziom tej zdolności nie wiązał się z wiekiem, czasem trwania choroby, ani nawet z nasileniem rezydualnych objawów depresyjnych i maniakalnych.

Do podobnych wniosków prowadzą badania nad pacjentami w okresie adolescencji. Freiheit i wsp. [19] porównali osoby w wieku 12–18 lat hospitalizowane z powodu depresji z odpowiednio dobraną grupą kontrolną, analizując związek między relacjonowanymi objawami depresyjnymi a poczuciem humoru. Dokonano w tym celu kwestionariuszowego pomiaru jego trzech głównych wymiarów, za jakie uznano

docenianie komizmu, wykorzystywanie go do radzenia sobie ze stresem oraz jego tworzenie, którego rezultaty były dodatkowo oceniane przez zawodowych komików. Stwierdzono, że nasilone objawy depresji, obejmujące obniżony nastrój, negatywną samoocenę oraz poczucie beznadziejności, wiązały się z uzyskiwaniem gorszych wyników we wszystkich zastosowanych miarach poczucia humoru, a szczególnie z rzadszym uciekaniem się do humoru w stresujących sytuacjach. Okazało się jednak, że młodzi pacjenci z rozpoznaniem depresji, pomimo że relacjonowali więcej związanych z nią objawów, nie różnili się od grupy kontrolnej pod względem umiejętności korzystania z humoru. Autorzy podkreślają, że wprawdzie w obu badanych grupach objawy depresyjne niekorzystnie wpływały na posługiwanie się humorem, to jednak sam fakt chorowania na depresję okazał się nie mieć w tym kontekście istotnego znaczenia.

Istnieją również dwie prace niedostępne w wersjach anglojęzycznych, z których streszczeń wynika, że depresja nie ogranicza podatności na humorystyczną treść. Ivanowa i wsp. [20] dokonali porównania pod tym względem pacjentów z zaburzeniami afektywnymi oraz ze schizofrenią. Stwierdzili, że osoby znajdujące się w depresji mają zdolność doceniania humorystycznych bodźców, reagowania na nie śmiechem oraz, w przeciwieństwie do pacjentów ze schizofrenią, nie przejawiają trudności w ich prawidłowej percepcji. W swoich badaniach Fasolo i Gambini [18] pacjentom hospitalizowanym z powodu depresji prezentowali humorystyczne limeryki i prosili ich o ocenę stopnia wzbudzanego przez nie rozbawienia. Okazało się, że pacjenci doceniali rozweselający wpływ komizmu w podobnym stopniu, jak osoby psychicznie zdrowe.

Skuteczność oddziaływań zwiększających poczucie humoru w depresji

Zarówno doniesienia o licznych korzyściach dla zdrowia psychicznego płynących z posługiwania się humorem [24], jak i przytoczone wyniki badań świadczące o zachowaniu w depresji zdolności właściwego odbioru komicznych treści przyczyniają się do narastającego zainteresowania rozwijaniem u pacjentów umiejętności korzystania z humoru [np. 25, 26, 27]. Większość prac w tym zakresie ma charakter teoretyczny, jednak podejmowane są również pewne próby opracowywania oddziaływań praktycznych wraz z empiryczną weryfikacją ich skuteczności. Znaczna ich część adresowana jest do osób cierpiących na poważne choroby somatyczne, u których depresja stanowi przejaw kryzysu psychicznego w reakcji na przewlekłe problemy ze zdrowiem fizycznym [np. 28, 29, 30]. Ich wyniki zgodnie wskazują na bardzo korzystne efekty oddziaływań kształtujących umiejętność posługiwania się poczuciem humoru, polegające przede wszystkim na zmniejszaniu odczuwanego lęku, zwiększaniu satysfakcji z życia, a nawet poprawie odporności i ogólnego stanu zdrowia. Od niedawna zaczęto również podejmować próby stosowania podobnych interwencji wobec pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie z powodu depresji [31, 32, 33]. Falkenberg i wsp. [31] przeprowadzili cykl cotygodniowych warsztatów, opierając się na „Programie ośmiu kroków rozwoju humoru” opracowanym przez McGhee [34] w celu rozwijania podstawowych kompetencji potrzebnych do posługiwania się

humorem. Poszczególne kroki tego programu polegają m.in. na rozwijaniu chęci do zabawy, śmianiu się z samego siebie, opowiadaniu dowcipów i wesołych historyjek oraz dostrzeganiu humorystycznych aspektów w trudnych sytuacjach. Przeprowadzone przez Falkenberg i wsp. warsztaty polegały na spotkaniach grupy przebywających na oddziale pacjentów ze specjalnie przeszkoloną osobą, podczas których zachęcano do dyskusji oraz różnych ćwiczeń zarówno ruchowych, jak i językowych. Po zakończeniu programu stwierdzono u nich poprawę w zakresie skłonności do doświadczenia rozbawienia oraz posługiwania się humorem jako sposobem radzenia sobie ze stresem. Nie zaobserwowano natomiast zmniejszenia zgłaszanych objawów depresyjnych, nastąpiła jedynie krótkotrwała poprawa nastroju, relacjonowana wyłącznie bezpośrednio po poszczególnych spotkaniach.

Podjęto również próby zastosowania programów rozwijających poczucie humoru u pacjentów geriatrycznych cierpiących na depresję [32, 33], wychodząc z założenia, że w ich przypadku oddziaływania psychospołeczne mogą stanowić szczególnie cenną alternatywę wobec farmakoterapii, związanej z wieloma obciążającymi somatycznie efektami ubocznymi. Hirsch i wsp. [32] przeanalizowali wpływ grupowej „terapii humorem” na starsze osoby z depresją, dzieląc je na dwie grupy, spośród których jedna uczestniczyła w programie regularnych spotkań aktywizujących poczucie humoru, natomiast druga nie była poddawana żadnym dodatkowym oddziaływaniom terapeutycznym. Po zakończeniu programu stwierdzono, że wyłącznie osoby korzystające z „terapii humorem” relacjonowały poprawę satysfakcji z własnego życia oraz zwiększenie tzw. sprężystości psychicznej (resilience) wyrażającej dobre funkcjonowanie, pomimo niekorzystnych warunków lub doświadczanych przeciwności losu. Okazało się również, że – wbrew wstępnym oczekiwaniom – największe korzyści odnieśli pacjenci z umiarkowanym i ciężkim nasileniem depresji. Natomiast w badaniu Waltera i wsp. [33] porównano wpływ podobnych oddziaływań na starsze osoby z depresją oraz osoby z chorobą Alzheimera. W każdej z tych grup połowę osób, poza standardowym leczeniem w ramach pobytu na oddziale, objęto również programem, odbywających się raz na dwa tygodnie, godzinnych spotkań ze specjalnie przeszkoloną osobą, której rola polegała na wprowadzaniu w grupie atmosfery zabawy oraz zachęcaniu poszczególnych uczestników do spontanicznych, radosnych zachowań. Opowiadano wówczas pacjentom zabawne anegdoty oraz proszono ich o dzielenie się własnymi wspomnieniami różnych humorystycznych sytuacji z życia. Stwierdzono, że w całej grupie pacjentów z depresją, niezależnie od tego, czy uczestniczyli oni w programie terapeutycznym, wzrósł poziom jakości życia, nastąpiła poprawa nastroju oraz zwiększenie codziennej aktywności. Zaobserwowano również, że osoby z depresją, które korzystały z tego programu, relacjonowały największą poprawę jakości życia spośród wszystkich badanych grup. W odniesieniu do pacjentów z chorobą Alzheimera nie stwierdzono natomiast zmian w żadnym z mierzonych parametrów. Można zatem sądzić, że oddziaływania zwiększające poczucie humoru mogą stanowić wartościowe narzędzie terapeutyczne w przypadku starszych osób z depresją, niemniej jednak ich wpływ okazuje się mniejszy od samego faktu przebywania w szpitalu wraz z podleganiem standardowym procedurom leczenia.

Realizowane dotychczas programy ukierunkowane na rozwijanie poczucia humoru w depresji mają zatem określoną skuteczność, jednak okazała się ona niepełna, ograniczona w czasie lub uwarunkowana jednocześnie innymi czynnikami. Wydaje się, że korzyści czerpane z proponowanych oddziaływań byłyby większe, gdyby zamiast kształtowania ogólnej, szeroko określonej umiejętności posługiwania się poczuciem humoru, dostosowały one swój profil do specyfiki pacjentów z depresją. Uważa się, że stosowanie humorystycznych oddziaływań wobec osób z depresją wymaga dużej ostrożności i wnikliwego zrozumienia uwarunkowań wynikających z ich stanu psychicznego [35]. Dlatego opracowywane w tym zakresie interwencje powinny uwzględniać przejawiane przez pacjentów preferencje, potrzeby i nastawienia do humorystycznych sytuacji, a także skupiać się na najbardziej pożądanym dla nich aspektach poczucia humoru, co w żadnym z zastosowanych programów nie zostało wzięte pod uwagę.

Warto zauważyć, że osoby znajdujące się w depresji niekiedy bardzo sceptycznie reagują na próby poprawienia ich psychicznego stanu humorem. Z jednej strony, ich niechęć wydaje się wynikać z poczucia niestosowności oddziaływań wzbudzających rozbawienie w kontekście znacznie obniżonego nastroju oraz „depresyjnego” obrazu własnej osoby. Z drugiej strony, odczuwany w depresji niepokój i lęk oraz powszechnie występujące nastawienie ksbne, określane jako tzw. „czarny egocentryzm” [36], mogą powodować silne obawy przed ośmieszeniem i staniem się obiektem kpin otoczenia. Prowadzone w ostatnich latach badania nad humorem wskazują na istnienie indywidualnej właściwości, wyrażającej się wzmożoną obawą przed wyśmianiem przez innych, która określana jest jako gelotofobia. Wbrew nazwie sugerującej określone zaburzenie lękowe, gelotofobia jest cechą uniwersalną, występującą w różnym nasileniu u wielu osób [37]. W polskich badaniach nad pacjentami hospitalizowanymi z powodu depresji w przebiegu zaburzeń depresyjnych nawracających stwierdzono, że charakteryzują się oni wyższym poziomem gelotofobii aniżeli osoby z grupy kontrolnej [38]. Podobne wyniki uzyskano w badaniach włoskich, które wykazały, że u pacjentów z zaburzeniami afektywnymi nasilenie tej właściwości jest wprawdzie niższe, niż u pacjentów ze schizofrenią, zaburzeniami odżywiania się i zaburzeniami osobowości, to jednak jest ono wyższe niż u osób psychicznie zdrowych [39]. Zaobserwowano również, że lęk przed wyśmianiem jest najsilniejszy u osób z dłuższym przebiegiem choroby oraz u tych, którzy cierpią na zaburzenia afektywne dwubiegowe, co wydaje się konsekwencją przeżytych epizodów maniakalnych związanych zazwyczaj z zachowywaniem się w kompromitujący sposób. Wyniki te zgodnie wskazują na występowanie u pacjentów z depresją tendencji do przeżywania wzmożonych obaw, że mogą zostać wyśmiani lub stać się obiektem kpin, co powinno wymagać szczególnie starannego przemyślenia w kontekście opracowywania oddziaływań terapeutycznych wykorzystujących komizm.

Z perspektywy skuteczności realizowanych programów ważny aspekt stanowią również preferencje osób z depresją dotyczące określonego rodzaju komizmu. Wprawdzie w badaniach Falkenberg i wsp. [17] stwierdzono, że nie różnią się one pod tym względem od jednostek psychicznie zdrowych, ponieważ w podobnym stopniu doceniają zabawność obrazków reprezentujących trzy powszechnie wyróżniane typy

komizmu (nonsensowny, niespójność-rozwiązanie oraz seksualny), to jednak w innych badaniach wykazano, że najbardziej cenią dowcipy depresyjno-cyniczne [20] oraz opisujące „bycie w depresji” [18]. Nieco odrębną kwestię stanowi adaptacyjność rozwijanego poczucia humoru, wnioski z badań pokazują bowiem, że nie wszystkie jego aspekty sprzyjają dobrostanowi i sprężystości psychicznej, a niektóre z nich okazują się nawet wywierać w tym zakresie niekorzystny wpływ [40, 41, 42].

Wyróżnia się cztery główne style posługiwania się humorem, spośród których dwa mają adaptacyjne, a dwa nieadaptacyjne znaczenie. Za przejaw tzw. konstruktywnego poczucia humoru uznaje się styl afiliacyjny, polegający na stosowaniu komizmu do wzmacniania relacji z innymi ludźmi i redukcji konfliktów, oraz styl wzmacniający „ja”, służący rozwiązywaniu doświadczanych problemów poprzez przyjmowanie humorystycznego dystansu wobec trudnych wydarzeń. Natomiast za niekonstruktywne uważa się styl agresywny, dotyczący deprecjonowania innych osób, oraz styl poniżający „ja”, przejawiający się prezentowaniem własnych braków i wystawianiem samego siebie na wyśmianie. Wyniki badań nad osobami z depresją wykazały, że rzadziej posługują się one konstruktywnymi stylami humoru [38]. Wnioski dotyczące stylów niekonstruktywnych okazują się nie do końca spójne. Część z nich świadczy o tym, że osoby znajdujące się w depresji nie różnią się od jednostek zdrowych pod względem ich stosowania [38], inne sugerują, że ów brak odmienności dotyczy wyłącznie stylu agresywnego, natomiast styl poniżający „ja” jest w depresji znacznie częściej stosowany [43, 44]. Wykazano jednocześnie, że – spośród wszystkich wyróżnianych stylów humoru – wzmacniający „ja” ma najkorzystniejszy wpływ na zdrowie psychiczne, sprzyjając mniejszemu natężeniu objawów depresji [38]. Podobne wyniki otrzymał w swoich badaniach Düşünceli [45], który opierając się na modelach równań liniowych stwierdził, że u osób z zaburzeniami nastroju style afiliacyjny oraz wzmacniający „ja” są czynnikami predykcyjnymi ustępowania objawów psychopatologicznych, w tym relacjonowanych objawów depresji, natomiast styl poniżający „ja” jest czynnikiem sprzyjającym ich nasileniu. Agresywny styl humoru okazał się nie wywierać w tym zakresie żadnego wpływu, co wydaje się spójne z rezultatami innych badań. Można zatem sądzić, że w odniesieniu do pacjentów z depresją opracowywanie oddziaływań ukierunkowanych na rozwijanie stylów humoru afiliacyjnego i wzmacniającego „ja”, oraz osłabianie stylu poniżającego „ja”, może prowadzić do uzyskiwania optymalnych korzyści.

Wnioski

Podsumowując, można zaobserwować nasilające się wśród badaczy zainteresowanie zarówno podatnością osób z depresją na komizm, wyrażające się prowadzeniem badań nad jej poznawczymi i afektywnymi uwarunkowaniami, jak i skutecznością programów terapeutycznych mających na celu zwiększanie poczucia humoru. Wyniki badań nad zdolnością pacjentów do korzystania z humoru są nie do końca spójne. Część z nich sugeruje, że mają oni w pełni zachowane umiejętności doceniania komizmu, inne natomiast prowadzą do zupełnie przeciwnych wniosków i wskazują na liczne ograniczenia w tym zakresie. Zaobserwowane u pacjentów deficyty w od-

biorze komizmu mogą w pewnym stopniu wyjaśniać niewystarczającą skuteczność proponowanych oddziaływań praktycznych, choć wydaje się, że wynika ona również z ich mało sprecyzowanego charakteru, nie uwzględniającego specyficznych dla osób znajdujących się w depresji właściwości, postaw oraz potrzeb. Należy też zauważyć, że znaczna część przytoczonych badań ma istotne ograniczenia metodyczne, w postaci braku grup kontrolnych, małej liczebności badanych osób oraz posługiwania się wyłącznie miarami samoopisowymi, które – ze względu na powszechny u osób z depresją negatywny obraz własnej osoby – mogą prowadzić do uzyskiwania zaniżonych ocen ich kompetencji. Stosunkowo niewiele uwagi poświęcono też heterogeniczności tej grupy pacjentów, wynikającej z ich znacznego zróżnicowania pod względem obrazu depresji, i jej dominujących objawów, oraz występowania jej w przebiegu zaburzeń depresyjnych nawracających lub zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, co wydaje się mieć istotne znaczenie, choćby ze względu na związane z nimi odmienne uwarunkowania temperamentalne.

Чувство юмора у пациентов с депрессией – обзор исследований

Содержание

В последнее время все чаще подчеркивается значение развития у депрессивных пациентов чувства юмора, которое считается важной психической компетенцией, помогающее процессу выздоровления и противодействующее рецидивам. Исследования над чувством юмора при депрессии концентрируются около двоих районов. Первый из них относится к ответу на вопрос – является ли депрессивный пациент способный к использованию юмора? Результаты современных исследований по этому вопросу приводят к неоднородным результатам. Часть из них указывает на появление у депрессивных больных дефицитов в радиусе перцепции понимания и понимания коммизма, а иные больные наоборот. Больные утверждают о способности к юмору и подготовки для использования чувства юмора. Второй район исследований концентрируется на эффективности терапевтических программ, заданием которых является развитие чувства юмора при депрессии. Оказывается, что больные обладают только частичной эффективностью – ограниченную во времени, наблюдаемую только в некоторых аспектах. Такое чувство юмора может быть обусловлено в большей степени фармакологическим лечением, чем введения терапии воздействия. Причины частичной эффективности этих программ, по-видимому, по большей мере исходят из их слишком широким радиусом действия, ненаправленного на наиболее нужные для депрессивных пациентов стили юмора, а также не учитывающего, специфических для них потребностей, исходящих из актуального психического состояния.

Слова-ключи: юмор, чувство юмора, депрессия

Sinn für Humor bei Patienten mit Depression – Studienübersicht

Zusammenfassung

In den letzten Jahren betont man, dass für Patienten mit der Depression der Sinn für Humor von großer Bedeutung ist. Er wird für eine große psychische Kompetenz gehalten, die zum Heilungsprozess beiträgt und die Rezidiven entgegenwirkt. Die Studien an dem Sinn für Humor in der Depression konzentrieren sich um zwei Hauptbereiche. Der erste von ihnen fokkuiert auf die Antwort auf die Frage, ob die Patienten mit der Depression Fähigkeiten haben, den Humor zu nutzen. Die Ergebnisse der bisherigen Studien daran führen zu nicht eindeutigen Schlussfolgerungen. Ein Teil von ihnen zeigt bei den Personen mit Depression auf Komorbidität von Defiziten im Bereich der Perzeption, Verstehen und Bewertung von Komik, die anderen deuten auf die allgemeine Neigung für Humorstimuli und

die Bereitschaft zum Gebrauch von Sinn für Humor. Der andere Studienbereich konzentriert sich auf die Wirksamkeit der therapeutischen Programme, die zum Ziel haben, den Sinn für Humor in der Depression zu entwickeln. Es zeigt sich, dass sie nur eine partielle Wirksamkeit haben – beschränkt in der Zeit, beobachtet nur in manchen Aspekten oder bedingt meistens durch die pharmakologische Behandlung als durch die eingesetzte Wirkung. Die Ursachen für die nicht vollständige Wirksamkeit dieser Programme resultieren wahrscheinlich aus dem zu großen Bereich des Wirkungsspektrums, das auf die durch die depressiven Patienten gewünschte Humorart nicht gerichtet ist und auch das die für sie spezifischen Bedürfnisse, Präferenzen und Einstellungen nicht berücksichtigt, die aus dem aktuellen psychischen Zustand resultieren.

Schlüsselwörter: Humor, Sinn für Humor, Depression

Le sens de l'humour des patients souffrant de la dépression – revue des recherches

Résumé

Durant les dernières années souvent on souligne l'importance du développement du sens de l'humour des patients souffrant de la dépression en considérant que l'humour constitue l'importante compétence favorisant la guérison et prévenant la rechute. Les recherches concernant le sens de l'humour se concentrent sur deux domaines principaux. Le premier cherche à répondre à la question suivante : les patients souffrant de la dépression ont-ils gardé l'habileté de se servir de l'humour ? Les résultats des recherches en question sont ambigus. Certaines recherches soulignent que chez les patients dépressifs on note les déficits de perception, de compréhension et d'appréciation de l'humour, d'autres notent que ces patients ont la susceptibilité générale aux stimuli humoristiques et ils s'en servent. Le second domaine des recherches se concentre sur l'efficacité des programmes thérapeutiques qui visent développer le sens de l'humour durant la dépression. Pourtant on note que cette effectivité est limitée – de court terme, observée seulement dans certains aspects, conditionnée plus souvent par la pharmacologie et non résultant des programmes thérapeutiques. Les raisons de cette effectivité limitée semblent résulter en général de leur étendue trop large, non concentrée aux styles d'humour les plus désirés par les patients et qui ne prennent pas en considération leur spécifiques : besoins, préférences, attitudes et l'état actuel de santé.

Mots-clés : humour, sens de l'humour, dépression

Piśmiennictwo

1. *Strengthening mental health. Resolution of the Executive Board of the WHO.* Geneva: WHO; 2002.
2. Peterson C, Seligman M. *Character strengths and virtues: A handbook and classification.* Washington, New York: APA; 2004.
3. Radomska A. *Humor from the perspective of positive psychology. Implications for research on development in adulthood.* Pol. Psychol. Bull. 2012; 42: 215–225.
4. Martin R. *Sense of humor.* W: Lopez SJ, Snyder CR., red. *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures.* Washington: APA; 2003, s. 313–326.
5. Lefcourt H, Davidson K, Shepherd R, Phillips M. *Perspective-taking humor: Accounting for stress moderation.* J. Soc. Clin. Psychol. 1995; 14 (4): 373–391.
6. Martin R, Kuiper N, Olinger L, Dance K. *Humor, coping with stress, self-concept, and psychological well-being.* Humor 1993; 6 (1): 89–104.
7. Szabo A. *The acute effects of humor and exercise on mood and anxiety.* J. Leis. Res. 2003; 35 (2): 152.
8. Nussbaum K, Michaux W. *Response to humor in depression: A predictor and evaluator of patient change?* Psychiatr. Q. 1963; 37 (3): 527–539.
9. Reed L, Sayette M, Cohn J. *Impact of depression on response to comedy: A dynamic facial coding analysis.* J. Abnorm. Psychol. 2007; 116 (4): 804–809.

10. Ekman P, Friesen WV. *Facial Action Coding System*. Palo Alto: Consult. Psychol. Press; 1978.
11. Uekermann J, Channon S, Lehmkämer C, Abdel-Hamid M, Vollmoeller W, Daum I. *Executive function, mentalizing and humor in major depression*. J. Int. Neuropsychol. Soc. 2008; 14 (1): 55–62.
12. Attardo S. *The semantic foundations of cognitive theories of humor*. Humor 1997; 10 (4): 395–420.
13. Uekermann J, Channon S, Daum I. *Humor processing, mentalizing, and executive function in normal aging*. J. Int. Neuropsychol. Soc. 2006; 12 (2): 184–191.
14. Uekermann J, Channon S, Winkel K, Schlebusch P, Daum I. *Theory of mind, humour processing and executive functioning in alcoholism*. Addiction 2007; 102 (2): 232–240.
15. Bokarius A, Ha K, Poland R, Bokarius V, Rapaport M, Ishak W. *Attitude toward humor in patients experiencing depressive symptoms*. Innov. Clin. Neurosc. 2011; 8 (9): 20–23.
16. Bozikas V, Kosmidis M, Tonia T, Garyfallos G, Focas K, Karavatos A. *Humor appreciation in remitted patients with bipolar disorder*. J. Nerv. Ment. Dis. 2007; 195 (9): 773–775.
17. Falkenberg I, Jarmuzek J, Bartels M, Wild B. *Do depressed patients lose their sense of humor?* Psychopathol. 2011; 44 (2): 98–105.
18. Fasolo F, Gambini F. *Depression and humor*. Psichiatri. Gen. Dell'età Evolut. 1981; 19 (1): 73–85.
19. Freiheit S, Overholser J, Lehnert K. *The association between humor and depression in adolescent psychiatric inpatients and high school students*. J. Adolesc. Res. 1998; 13 (1): 32–48.
20. Ivanova E, Enikolopov S, Mitina O. *Analysis of dysfunctions of the sense of humor in schizophrenia and affective disorders*. Voprosy Psychol. 2008; 145–157.
21. Gur RC, Hagendoorn M. Har-Har: *A test of humour appreciation with verbal and nonverbal subtests*. University of Pennsylvania; 1996. [www.uphs.upenn.edu/bbl]
22. Philips ML, Drevets WC, Rauch S, Lane R. *Neurobiology of emotion perception. II. Implications for major psychiatric disorders*. Biol. Psychiatry 2003; 54: 504–514.
23. Quraishi S, Frangou S. *Neuropsychology of bipolar disorder: A review*. J. Affect. Disord. 2002; 72: 209–226.
24. Galloway G, Cropley A. *Benefits of humor for mental health: Empirical findings and directions for further research*. Humor 1999; 12 (3): 301–314.
25. Buxman K. *Humor in therapy for the mentally ill*. J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv. 1991; 29 (12): 15–18.
26. Gelkopf M. *The use of humor in serious mental illness: A review*. Evid. Based Compl. Alternat. Med. 2011; 17: 1–8.
27. Richman J. *The lifesaving function of humor with the depressed and suicidal elderly*. Gerontologist. 1995; 35 (2): 271–273.
28. Beh-Pajoo A, Jahangiri M, Zahrakar K. *Humor skills training and reducing depression in patients with spinal cord injury*. J. Iran Psychiatr. 2010; 6 (23): 227–236.
29. Lebowitz K, Suh S, Diaz P, Emery C. *Effects of humor and laughter on psychological functioning, quality of life, health status, and pulmonary functioning among patients with chronic obstructive pulmonary disease: a preliminary investigation*. Heart Lung 2011; 40 (4): 310–319.
30. Christie W, Moore C. *The impact of humor on patients with cancer*. Clin. J. Oncol. Nurs. 2005; 9 (2): 211–218.
31. Falkenberg I, Buchkremer G, Bartels M, Wild B. *Implementation of a manual-based training of humor abilities in patients with depression: A pilot study*. Psychiatry Res. 2011; 186(2/3): 454–457.

32. Hirsch R, Junglas K, Konradt B, Jonitz M. *Humor therapy in the depressed elderly: Results of an empirical study*. Zeitschr. Gerontol. Geriatr. 2010; 43 (1): 42–52.
33. Walter M, Hänni B, Haug M, Amrhein I, Krebs-Roubicek E, Savaskan E i in. *Humour therapy in patients with late-life depression or Alzheimer's disease: a pilot study*. Int. J. Geriatr. Psychiatr. 2007; 22 (1): 77–83.
34. McGhee P. *How to develop your sense of humor: An 8-step humor development training program*. Dubuque: Kendall-Hunt; 1994.
35. Martin RA. *The psychology of humor: An integrative approach*. Burlington: Elsevier; 2007.
36. Parnowski T, Świącicki L. *Rozpoznawanie i leczenie depresji w praktyce lekarza rodzinnego*. Warszawa: Medycyna Plus; 2007.
37. Titze M. *Gelotophobia: The fear of being laughed at*. Humor 2009; 22 (1–2): 27–48.
38. Nita A. *Depresja a style humoru i gelotofobia*. Niepublikowana praca magisterska. Warszawa: Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego; 2008.
39. Forabosco G, Ruch W, Nucera P. *The fear of being laughed at among psychiatric patients*. Humor 2009; 22 (1-2): 233–251.
40. Kuiper N, Grimshaw M, Leite C, Kirsh G. *Humor is not always the best medicine: Specific components of sense of humor and psychological well-being*. Humor 2004; 17 (1/2): 135–168.
41. Veselka L, Schermer J, Martin R, Vernon P. *Laughter and resiliency: A behavioral genetic study of humor styles and mental toughness*. Twin. Res. Hum. Genet. 2010; 13 (5): 442–449.
42. Tsukawaki R, Fukada H, Higuchi M. *Process effects of expression of humor on anxiety and depression*. Jpn J. Exp. Soc. Psychol. 2011; 51 (1): 43–51.
43. Frewen PA, Brinker J, Martin RA, Dozois DA. *Humor styles and personality-vulnerability to depression*. Humor 2008; 21 (2), 179–197.
44. Martin RA, Puhlik-Doris P, Larsen G, Gray J, Weir K. *Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: development of the humor styles questionnaire*. J. Pers. Soc. Psychol. 2003; 45: 1313–1324.
45. Düşünceli B. *The effect of humor styles on psychopathology: examination with structural equation model*. Int. J. Hum. Res. 2011; 3 (5): 224–231.

Adres: Anna Braniecka (II Klinika Psychiatryczna)
Instytut Psychiatrii i Neurologii
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 23.12.2011
Zrecenzowano: 6.10.2012
Otrzymano po poprawie: 9.10.2012
Przyjęto do druku: 10.19.2012
Adiustacja: L. Sz.