

## **Obecne zastosowania i perspektywy rozwoju terapii poznawczo-behawioralnej**

### **The present application and the perspective progress of cognitive-behavioural therapy**

Jan Chodkiewicz, Joanna Miniszewska

Zakład Psychologii Zdrowia Instytutu Psychologii UŁ  
Kierownik: prof. dr hab. Z. Juczyński

#### **Summary**

The article presents the basic principles of cognitive-behavioural therapy and its applications in treating depression, anxiety disorders, post-traumatic stress disorder (PTSD) and addictions. The possibility of using cognitive-behavioural interventions for chronic somatic diseases (ischaemic heart disease, skin diseases, insomnia, migraine and chronic prostatitis) are also suggested.

*Słowa klucze:* terapia poznawczo-behawioralna, zaburzenia psychiczne, choroby przewlekłe  
*Key words:* cognitive-behavioural therapy, mental disorders, chronic diseases

#### **Wstęp**

Podejście poznawczo-behawioralne rozwinęło się w latach 60.–70. ubiegłego stulecia, szybko stając się dynamicznie rozwijającą się dziedziną psychoterapii. Znajduje szerokie zastosowanie w leczeniu licznych zaburzeń, uważa się również, że najsilniej oddziałuje na współczesną psychologię zdrowia [1, 2, 3, 4]. Rosnące znaczenie terapii poznawczo-behawioralnej, określane czasami mianem „poznawczej rewolucji”, wynika z jej różnych zalet, do których zalicza się: solidnie ugruntowane podstawy teoretyczne, krótkoterminowość, ustrukturalizowanie, łatwość adaptacji do indywidualnych lub/i grupowych potrzeb, możliwość łączenia z farmakoterapią i innymi oddziaływaniami psychoterapeutycznymi, a przede wszystkim wysoką skuteczność [5, 6]. Celem artykułu jest dokonanie przeglądu zastosowań podejścia poznawczo-behawioralnego oraz refleksja nad dalszymi możliwościami stosowania tej niezwykle obiecującej metody, zwłaszcza w odniesieniu do przewlekłych chorób somatycznych.

#### **Geneza i założenia terapii poznawczo-behawioralnej**

Terapia poznawczo-behawioralna wywodzi się z ujęcia behawioralnego, które zakłada, że zachowania człowieka są efektem procesu uczenia się, opierającego się

na warunkowaniu klasycznym i instrumentalnym [7]. W wyniku intensywnych zmian zachodzących w psychologii, gromadzeniu danych klinicznych i prowadzeniu badań eksperymentalnych, ujęcie behawioralne przeszło ewolucję, dzieląc się na kilka nurtów [2, 7]. Jednym z rezultatów tego procesu było powstanie koncepcji poznawczo-behawioralnych, do czego przyczyniły się między innymi prace A. Becka, A. Ellisa, D. Meichenbauma, M. Maultsby'ego.

W podejściu poznawczo-behawioralnym przyjmuje się, że zachowanie człowieka jest wynikiem procesu uczenia się, jednakże nie chodzi tu tylko o zewnętrzne zachowania, lecz również o struktury poznawcze. Struktury te kształtują się świadomie i/lub automatycznie wpływają na reakcje emocjonalne oraz zachowania jednostki. Tak więc, od oceny poznawczej, sposobu myślenia (który jest dostępny m.in. poprzez analizę monologu wewnętrznego), interpretacji otaczającej rzeczywistości i siebie samego zależy funkcjonowanie, a także zdrowie psychiczne i równowaga wewnętrzna człowieka. Chcąc pomagać osobom z różnorodnymi zaburzeniami, należy dążyć do skorygowania nawykowych zakłóceń przetwarzania informacji, wprowadzenia innych niż dotąd schematów myślenia i wynikających z nich nowych zachowań. W przypadku poważnych zaburzeń zmiana dokonuje się dzięki pomocy psychoterapeuty, w przypadku codziennych problemów możliwe jest dokonanie zmian samemu. Najważniejsze jest zwrócenie uwagi na przyjmowane dotąd na zasadzie pewników przekonania i założenia życiowe, przyjrzenie się własnym, automatycznym myślom, pojawiającym się w konkretnych, problemowych sytuacjach, poddanie ich racjonalnej analizie i podjęcie prób nowych zachowań [1, 5, 9, 10].

### **Zastosowania terapii poznawczo-behawioralnej**

#### **Zaburzenia depresyjne i lękowe**

Terapia poznawczo-behawioralna kojarzona jest najczęściej z leczeniem zaburzeń depresyjnych i lękowych, do czego przyczyniły się m.in. prace A. Becka i współpracowników. W odniesieniu do zaburzeń depresyjnych opisali oni występujące u pacjentów dysfunkcyjne schematy poznawcze – negatywny obraz siebie, pesymistyczną ocenę świata i własnej przyszłości (tzw. triada depresyjna), których następstwem jest pogłębianie się depresyjnego nastroju, występowanie myśli samobójczych, unikanie aktywności, anhedonia i apatia [8]. Negatywnym przekonaniom towarzyszą błędy myślowe w postaci nadmiernej generalizacji, wyolbrzymiania stron negatywnych i pomniejszania pozytywów, przypisywania sobie odpowiedzialności za wszystko, co się dzieje, dychotomiczne myślenia w kategoriach „wszystko lub nic”, co nadaje zaburzeniom depresyjnym charakter błędnego koła [8, 9, 11].

Zgodnie z przyjętymi założeniami, terapia depresji stawia sobie za cel zmianę destrukcyjnych schematów poznawczych, analizę automatycznych myśli pacjenta, zwiększanie jego poczucia kontroli nad rzeczywistością, zwrócenie uwagi na pozytywne aspekty życia. Pacjenci uczą się innej niż dotąd interpretacji rzeczywistości nie tylko poprzez dokonywaną w trakcie terapii krytyczną analizę własnych schematów myślowych, ale i eksperymenty behawioralne [6, 12]. Terapia poznawczo-behawio-

ralna depresji zdobyła sobie popularność, odbijając się w licznych, spełniających kryteria metodologiczne (co nie zawsze udaje się w odniesieniu do efektywności psychoterapii), badaniach naukowych nad jej skutecznością. Wykazano w nich, że jej skuteczność porównywalna jest z leczeniem farmakologicznym, a liczba nawrotów jest mniejsza niż przy leczeniu lekami [6, 13, 14, 15]. Na uwagę zasługuje fakt, że terapia ta skuteczna jest również w obniżaniu symptomów depresyjnych występujących u pacjentów HIV-pozytywnych, chorych na AIDS, dzieci, a także osób z uszkodzeniami mózgu [13, 16, 17, 18]. Przykładowo – u pacjentów z nabytymi uszkodzeniami c.u.n., po zastosowaniu specjalnie przygotowanych oddziaływań skoncentrowanych na modyfikacji negatywnych myśli związanych z własną osobą, treningu aktywności i kompetencji społecznych oraz racjonalnej analizie najbardziej trudnych subiektywnie sytuacji życiowych, zanotowano poprawę nastroju, co wiązało się z lepszymi postępami w rehabilitacji [18].

Model depresji w ujęciu Becka i współpracowników stosowany jest także w interwencji kryzysowej, na przykład w odniesieniu do osób, u których występuje kryzys suicydalny. Stosowane w takim wypadku techniki kognitywne i behawioralne koncentrują się głównie na zmianie oceny doświadczeń życiowych pacjenta [19].

Oprócz poznawczego modelu depresji, Beck wraz z zespołem stworzył model odnoszący się do powstawania, utrzymywania się i terapii objawów lękowych, w tym lęku panicznego [20]. Jednakże najbardziej znaną koncepcję terapii tego zaburzenia sformułował D. Clarc. Lęk napadowy, zgodnie z jego ujęciem, może być wywołany przez łagodne doznania fizjologiczne, które poddawane są przez pacjentów głęboko zaburzonej ocenie poznawczej jako zapowiedzi zawału serca, śmierci, utraty kontroli. Krótkoterminowy program leczenia lęku napadowego opiera się na identyfikowaniu, krytycznej analizie i modyfikowaniu katastroficznych myśli, co pomaga pacjentom zarówno w sytuacjach pojawiających się napadów lęku, jak i w radzeniu sobie z lękiem antycypacyjnym. Metoda terapii zaproponowana przez Clarca nie dotyczy jedynie analizy katastroficznych myśli – obejmuje również eksperymenty behawioralne, między innymi kontrolowane wywołanie napadu paniki poprzez hiperwentylację w celu uchwycenia zależności myślenia i objawów fizjologicznych oraz „oswojenia” się z nimi. Liczne badania wykazały skuteczność terapii Clarca [21, 22].

Nieco nowszym obszarem zastosowań terapii poznawczo-behawioralnej jest zespół stresu pourazowego (PTSD). W jego terapii kładzie się nacisk na znaczenie przetwarzania informacji przez pacjentów, tworzenie się nieprawidłowych przekonań oraz funkcjonowanie pamięci. Uważa się, że osoby z PTSD nie są w stanie zintegrować informacji związanych z traumą z posiadanymi koncepcjami odnośnie do siebie, świata i innych ludzi. Przypisują również nadmiernie negatywne znaczenie przeżytej sytuacji. Celem terapii jest rozpoznanie treści poznawczych związanych z traumą, eksploracja najbardziej trudnych momentów w pamięci o urazie oraz konstruktów myślowych i zachowań podtrzymujących objawy. Stosowana jest również metoda wyobraźniowej i rzeczywistej ekspozycji, aby pomóc pacjentowi w przezwyciężaniu unikania sytuacji, miejsc lub osób kojarzonych z urazem. Istnieją badania potwierdzające skuteczność tego podejścia [12, 21].

### Uzależnienia i zaburzenia odżywiania się

Podejście poznawczo-behawioralne w leczeniu uzależnień, w Polsce mało spopularyzowane, na Zachodzie stanowi poważną alternatywę terapeutyczną [9, 23, 24, 25, 26]. Terapia koncentruje się na identyfikacji i modyfikacji podstawowych przekonań, które wywołują pragnienie picia alkoholu lub używania innych substancji psychoaktywnych. Zmiana przekonań związanych z używaniem substancji prowadzi do zmniejszenia się liczby sytuacji, w których pojawia się głód środka uzależniającego, a także do obniżenia przykrych stanów emocjonalnych wywołujących pragnienie picia lub brania substancji psychoaktywnej. Dalszym celem terapii jest nauczenie pacjenta umiejętności poznawczych i behawioralnych, które ułatwią mu utrzymywanie abstynencji. Stosuje się różnorodne techniki, jak: analizę zalet i wad zarówno używania środka, jak i pozostawania w abstynencji, prowadzenie dziennika myśli i aktywności, eksperymenty z nowymi zachowaniami oraz relaksacje. Niezwykle ważną częścią terapii jest uczenie rozpoznawania i kontroli „wyzwalaczy”, a więc czynników i okoliczności, które tworzą podwyższone ryzyko (w rozumieniu aktywacji specyficznych dla uzależnienia przekonań) powrotu do używania substancji [9, 24, 26].

W odniesieniu do osób z zaburzeniami odżywiania się Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA) wskazuje na dwa podstawowe rodzaje interwencji. Pierwszą jest przywrócenie normalnych zachowań związanych z odżywianiem się, drugą – zapobieganie nawrotom poprzez rozwiązanie psychologicznych, rodzinnych i społecznych problemów pacjentów. APA proponuje terapię poznawczo-behawioralną jako skuteczną interwencję w leczeniu tych zaburzeń [27]. Zgodnie z popularnym modelem Ch. Fairburna [28], w zaburzeniach odżywiania się podstawową rolę odgrywa zbiór przekonań związanych z wagą, zwyczajami żywieniowymi, znaczeniem własnej figury i powierzchowności. Poczucie własnej wartości tych osób jest całkowicie zależne od wagi i wyglądu. Występują u nich również inne błędy myślowe – między innymi myślenie w kategoriach „wszystko albo nic”, tendencja do minimalizowania własnych problemów, sztywność, perfekcjonizm i uogólniona negatywna ocena siebie. Ponadto, podobnie jak osoby uzależnione od środków psychoaktywnych, pacjenci ci nie potrafią rozpoznawać przykrych emocji oraz radzić sobie z nimi [27, 29, 30] Warto zauważyć, że efektywność terapii udokumentowano w odniesieniu do leczenia bulimii; w anoreksji brak jest dotąd jednoznacznych danych [30, 31].

Wymienione powyżej zastosowania terapii poznawczo-behawioralnej nie wyczerpują jej wszystkich możliwości. Literatura wskazuje, że jest ona stosowana (jako metoda podstawowa lub pomocnicza w połączeniu z farmakoterapią) w różnorodnych zaburzeniach związanych z lękiem (agorafobia i fobia społeczna, zespół natręctw i zespół lęku uogólnionego, trichotillomania), zaburzeniach wieku dziecięcego i młodzieńczego (zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi – ADHD), zaburzeniach seksualnych, a nawet w schizofrenii [1, 2, 6, 7, 8, 32, 33].

### Perspektywy terapii poznawczo-behawioralnej

Potrzeba dalszego rozszerzenia zakresu stosowania terapii poznawczo-behawioralnej, zwłaszcza na choroby somatyczne, wynika z coraz powszechniej przyjmowanego

holistycznego (biopsychospołecznego) paradygmatu zdrowia i choroby, traktującego człowieka jako jedność psychofizyczną. Oparty na teorii systemów paradygmat zrewolucjonizował podejście do leczenia i zapobiegania chorobom cywilizacyjnym, a Światowa Organizacja Zdrowia na jego podstawie realizowała program „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000” [4, 34, 35, 36]. Model biopsychospołeczny, wśród licznych czynników wpływających na funkcjonowanie człowieka istotną rolę przypisuje procesowi odbioru i przetwarzania informacji (znana jest rola oceny poznawczej w zainicjowaniu lub/i wygaszeniu reakcji stresowej). Nie oznacza to deprecjonowania znaczenia czynników biologicznych, uważa się jednak, że w każdej jednostce chorobowej można wyróżnić aspekt morfologiczny (patomorfologiczny), czynnościowy (patobiochemiczny) i poznawczo-psychologiczny [35]. Pomimo że niemożliwe jest znalezienie prostych zależności pomiędzy wymienionymi wyżej aspektami, istotne wydaje się zwrócenie uwagi na wspólne dla wielu jednostek chorobowych zmienne psychologiczne, takie jak przykre emocje towarzyszące chorobie, negatywne przekonania o jej powadze i następstwach, radzenie sobie z cierpieniem i ograniczeniami, wysoki poziom przeżywanego stresu. Tak więc, celowość wprowadzenia elementów poznawczo-behawioralnych wynika z założenia, że lepsze radzenie sobie z chorobą (a więc i poprawa stanu zdrowia) może nastąpić dzięki zrozumieniu procesów chorobowych oraz nauczeniu się innych niż dotąd sposobów autoregulacji własnych procesów psychosomatycznych (np. rodzaju i siły reagowania).

#### Choroba niedokrwienna serca

Stosunkowo nową dziedziną stosowania terapii poznawczo-behawioralnej jest pomoc pacjentom z chorobą niedokrwienną serca. U pacjentów z zawałem serca interwencja polega na dokładnym omówieniu symptomów choroby w celu zmniejszenia lęku i niepokoju oraz zredukowania nieprawidłowych wyobrażeń i obaw. Prowadzą one często do poczucia beznadziejności i bezradności, pogarszając stan zdrowia i obniżając motywację do leczenia. Z pacjentami omawia się również ich oczekiwania odnośnie do przyszłości (aktywność fizyczna, seksualna, praca). Dalszymi etapami są: nauczenie chorych monitorowania tętna i ciśnienia krwi, ze zwróceniem uwagi na zależność tych parametrów od różnorodnych sposobów własnego zachowania, oraz zaplanowanie dalszej aktywności (np. po opuszczeniu szpitala). W terapię zaangażowany jest nie tylko pacjent, ale i jego współmałżonek [37, 38]. Terapia pacjentów kardiologicznych koncentruje się także na modyfikacji wzoru zachowania A (WZA). Według Friedmana i Ulmera [39] modyfikacji takiej powinny poddawać się zarówno osoby, u których wystąpiła już choroba wieńcowa, jak i zagrożone jej wystąpieniem (palące, z cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym, wysokim poziomem cholesterolu). Chodzi o eliminowanie pośpiechu i niecierpliwości oraz modyfikację przekonań towarzyszących WZA, a zwłaszcza myśli wyzwalających wrogość i agresję. Techniki poznawczo-behawioralne stosowane u chorych kardiologicznych wydają się niezwykle pomocne, badania wykazały również ich wysoką skuteczność [38, 40].

#### Astma oskrzelowa

Kolejną możliwością stosowania omawianej terapii daje, opisany przez Pietrasa i Witusika [41], nowy sposób podejścia do pacjentów z astmą oskrzelową. Autorzy

zwracają uwagę, że wprawdzie znaczenie czynników psychologicznych jest obecnie uważane za marginalne w patogenezie choroby, jednak znacznie ważniejszy jest wpływ choroby na funkcjonowanie pacjenta (aspekt somatopsychiczny). Jednym z proponowanych działań jest właśnie terapia poznawczo-behawioralna. Wykorzystuje się w niej urządzenie informujące chorego o stanie skurczu dróg oddechowych (pomiar szczytowego przepływu maksymalnego – PEF). Pacjenci uczą się rozpoznawać sytuacje życiowe nasilające lub łagodzące przebieg choroby, co pomaga w rozwijaniu umiejętności ułatwiających oddychanie. Terapia skoncentrowana jest również na ocenie poznawczej przez chorego zagrożenia, uzyskaniu wglądu intelektualnego w chorobę oraz uczeniu samodzielnego przewyciężaniu trudności. Dodatkowo stosuje się metodę systematycznego odczulania, relaksację i wizualizację [41, 42]. Warto zwrócić uwagę, że terapia poznawczo-behawioralna pomaga również w redukowaniu symptomów podobnych do występujących w przebiegu astmy u pacjentów, u których testy nie wykazują klinicznego obrazu choroby. Pacjenci tacy nie otrzymywali wcześniej niezbędnej pomocy [43].

### Choroby skóry

W obcojęzycznej literaturze przedmiotu pojawiają się ostatnio pojedyncze doniesienia o stosowaniu terapii poznawczo-behawioralnej w grupie pacjentów dermatologicznych [44, 45]. Przykładowo, jedna z najczęściej występujących chorób skóry – łuszczyca – jest chorobą o złożonej etiologii, w której rolę, oprócz czynników genetycznych, uszkodzeń skóry, infekcji i stosowania niektórych leków, odgrywa stres [46]. Choroba, ze względu na aspekt estetyczny, rzutuje na samoocenę, obraz własnego ciała, relacje społeczne – przyczyniając się do poważnego obniżenia jakości życia i zaburzeń depresyjnych. Stanowi również poważne obciążenie dla otoczenia chorego, powodując występowanie przykrych, negatywnych emocji – poczucia winy, bezradności, złości [47]. Liczne doniesienia wskazują na istotnie wyższe wśród pacjentów dermatologicznych, w porównaniu z populacją ogólną, występowanie zaburzeń psychicznych, nadużywanie alkoholu, a nawet – na tendencje i zachowania suicydalne [48, 49]. Chorobie towarzyszą określone przekonania [50]:

1. „Ludzie sądzą, że moja choroba związana jest z brakiem higieny”.
2. „W kontaktach ludzie zwracają uwagę przede wszystkim na stan mojej skóry”.
3. „Stan mojej skóry powoduje, że nie mogę być szczęśliwy/a”.
4. „Gdy coś w życiu mi się nie udaje, jest to spowodowane moim wyglądem”.
5. „Wszystko, co dobre w życiu, przytrafia się ludziom, którzy atrakcyjnie wyglądają”.

Ponieważ, jak dowiodły badania Łoży i wsp. [51], leczenie farmakologiczne, stosowane w przypadku chorych dermatologicznie, nie zmienia ich negatywnych przekonań o własnej sytuacji życiowej oraz nie powoduje obniżenia (u mężczyzn) objawów depresyjnych, zastosowanie technik poznawczo-behawioralnych wydaje się najkorzystniejszą formą pomocy psychologicznej dla tego rodzaju chorych, a także ich rodzin. Techniki te uczą radzenia sobie ze specyficznymi dolegliwościami (np. świądem) poprzez wprowadzenie zasad samomonitorowania, redukują szkodliwe

nawyki, odwracają uwagę od dolegliwości oraz zmieniają przekonania o chorobie i własnym funkcjonowaniu, co może przyczynić się do podwyższenia jakości życia chorych [44, 45].

### Przewlekły ból i migrena

Wielu autorów wskazuje na możliwość stosowania terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu przewlekłego bólu i migreny [52, 53, 54, 55, 56, 57]. Zwraca się uwagę, iż doświadczenie bólu jest sumą szeregu doświadczeń, na które składają się nie tylko patofizjologiczne przyczyny bólu, lecz także przeżywane emocje, zachowania oraz myśli. Celem terapii jest zrozumienie przez pacjenta zależności pomiędzy natężeniem bólu a przeżywanymi emocjami oraz aktywizacja chorego. Stosowany jest trening radzenia sobie z bólem (nauczenie technik relaksacyjnych, samodzielnych krótkich interwencji o charakterze rozluźniającym oraz odwracającym uwagę w razie wystąpienia bólu) oraz rekonstrukcja kognitywna (identyfikacja i zmiana myśli związanych z bólem). Pacjent uczony jest różnorodnych strategii związanych z radzeniem sobie z ograniczeniami w codziennym życiu spowodowanymi bólem. Terapia prowadzona jest indywidualnie lub w małych (4–5 osób) grupach. Skuteczność tych oddziaływań udowodniono między innymi w chronicznych bólach pleców (zanotowano obniżenie się poczucia niepełnosprawności i wzrost subiektywnej jakości życia utrzymujący się przez 12 miesięcy po zakończeniu terapii), reumatoidalnym zapaleniu stawów (znacznie lepsze funkcjonowanie w porównaniu z grupą kontrolną) oraz w bólach towarzyszących chorobom nowotworowym. Ponadto u pacjentów po terapii zanotowano zwiększenie się poczucia kontroli nad własnym stanem zdrowia oraz zmniejszenie się katastroficznych myśli [52, 53, 54].

W odniesieniu do terapii pacjentów migrenowych terapia poznawczo-behawioralna koncentruje się na stosowaniu technik relaksacyjnych, biofeedbecku oraz sposobach radzenia sobie ze stresem. Podobnie, jak w odniesieniu do przewlekłego bólu, celem jest redukcja częstotliwości i natężenia bólów głowy, wzmocnienie poczucia kontroli nad sytuacją, a także redukcja objawów związanych z bólami migrenowymi (wymioty, zaburzenia widzenia). Terapia poznawczo-behawioralna, zwłaszcza łączona z farmakoterapią, przyczynia się do pomocy pacjentom [55, 56, 57].

### Insomnia

Terapia poznawczo-behawioralna zaczyna być stosowana również w leczeniu insomnii [58, 59]. W trakcie sesji terapeutycznych pacjenci informowani są o możliwych przyczynach zaburzeń snu oraz zależności pomiędzy przeżywaniem sytuacji życiowych a jego przebiegiem, próbują nowych zachowań pomagających w zasypianiu oraz prowadzą tzw. dziennik snu. Dokonywana jest również poznawcza reinterpretacja przekonań i automatycznych myśli związanych ze snem. Dowiedziono, że u ponad 30% pacjentów z zaburzeniami snu już po kilku sesjach nastąpiła znacząca poprawa. Pacjenci zasypiali szybciej, wydłużeniu uległ czas snu. Poprawę zanotowano również u pacjentów, u których problemy ze snem towarzyszyły poważnym zaburzeniom psy-

chicznym (m.in. zaburzeniom psychotycznym, chorobie afektywnej dwubiegunowej, depresji, dystymii) [58, 59].

### Zapalenie gruczołu krokowego

Podobne, do opisanych powyżej, zastosowanie może mieć terapia poznawczo-behawioralna w innej przewlekłej chorobie somatycznej, tj. w zapaleniu gruczołu krokowego. Choroba ta, a szczególnie jej postać przewlekła, jest uważana za poważny problem kliniczny ze względu na utajony charakter dolegliwości, wieloletni przebieg, wielość powikłań somatycznych i psychicznych. Mając na uwadze, że prawie co drugi mężczyzna był lub jest dotknięty tym problemem, okazuje się, że ma on również wymiar społeczny [60]. Wszystko to sprawia, że w medycynie zapalenie gruczołu krokowego uważa się za zagadnienie interdyscyplinarne. Mimo znacznego postępu w diagnostyce, farmakoterapii i rehabilitacji, wyniki leczenia często są niezadowalające. Schorzeniu towarzyszą liczne, negatywne następstwa, a zwłaszcza zaburzenia płodności oraz pogorszenie się życia seksualnego, powodując pojawienie się u wielu chorych cech neurotycznych. Ponieważ tematyka związana z chorobą jest powszechnie uważana za „wstydlivą”, pacjenci nie rozmawiają o swoich dolegliwościach i wątpliwościach z najbliższymi, przez co pozbawiają się szansy na otrzymanie wsparcia społecznego. Pojawiają się natomiast konflikty na tle identyfikacji z rolą męską („nie jestem prawdziwym mężczyzną”, „żona mnie porzuci”), niemożność pogodzenia się z ograniczeniami związanymi z chorobą („nigdy nie będę zdrowy”) oraz zaburzenia psychosomatyczne. Przewlekły stan zapalny gruczołu krokowego może prowadzić do wystąpienia nerwicy seksualnej, pojawienia się zaburzeń histerycznych, hipochondrycznych i depresyjnych [61]. Z powyższych przyczyn uważa się, że jedynie ścisła współpraca lekarza prowadzącego z mikrobiologami, andrologami, seksuologami, psychologami i psychiatrami jest w stanie zakończyć się pełnym sukcesem dla chorego i lekarza [60, 61]. Terapia poznawczo-behawioralna tego zaburzenia może być oparta na zasadach zbliżonych do leczenia innych przewlekłych chorób, z uwzględnieniem jego specyfiki (wstydu pacjentów, problemów seksualnych, istoty poczucia własnej wartości mężczyzn).

### Inne choroby somatyczne

Istnieją również możliwości stosowania terapii poznawczo-behawioralnej innych, niż opisane powyżej, przewlekłych chorobach somatycznych. Wiele doniesień wskazuje, że na funkcjonowanie osób chorych w znacznym stopniu wpływają ich przekonania o własnej podatności na chorobę, jej powadze, przebiegu i rokowaniach. Ten złożony konstrukt poznawczy nazywa się obrazem własnej choroby lub teorią choroby [4, 34, 36, 62]. Posiadane przekonania mogą wpływać mobilizująco lub demobilizująco na konkretne zachowania, takie jak: pójście do lekarza, przeprowadzanie badań diagnostycznych, stosowanie się do zaleceń lekarskich, poddawanie się operacjom. Szczególna rola przekonań uwidacznia się w sytuacjach rozpoznania poważnej choroby. Ich znajomość umożliwia często zrozumienie pozornie dziwnych zachowań pacjentów. Salmon [36] przytacza przykład pacjentki, którą poinformowano o zagrażającej życiu

chorobie, jaką jest rak piersi. Pomimo świadomości powagi sytuacji, odrzuciła zaproponowane leczenie. W sytuacji tej niepotrzebne wydawało się ponowne tłumaczenie jej faktu wystąpienia choroby. Ważniejsze było dotarcie do przekonań o chorobie i jej leczeniu oraz ich zmiana. Przekonania te brzmiały: „leczenie nie pomoże”, „nie mam szans na przeżycie”, „zostanę oszpecona”, „będę ciężarem dla rodziny” etc. Analiza tych przekonań doprowadziła do zmiany zachowania (poddania się operacji), a więc i zwiększenia szansy przedłużenia życia.

### **Podsumowanie**

Celem artykułu było zaprezentowanie obecnych zastosowań terapii poznawczo-behawioralnej oraz perspektyw jej dalszego rozwoju. Terapia ta, ze względu na liczne zalety, znajduje zastosowanie w pomocy pacjentom z szerokim spektrum zaburzeń. Dotychczasowe jej zastosowania ogniskują się na pomocy pacjentom z zaburzeniami funkcjonowania stricte psychicznego, będącymi od dawna w orbicie zainteresowań „klasycznej” psychiatrii i psychologii klinicznej (zaburzenia odżywiania się, nerwicowe, depresyjne, uzależnienia). Terapia poznawczo-behawioralna stosowana jest jednak coraz częściej również w przypadku chorób, w których dominuje etiologia somatyczna, oraz w chorobach przewlekłych. Choroby takie, ze względu na powszechność występowania i zjawisko starzenia się społeczeństw, stanowią główne wyzwanie dla służby zdrowia. Terapia poznawczo-behawioralna może być pomocna w przystosowaniu się do tych chorób, obniżeniu towarzyszącego im stresu i poprawie jakości życia pacjentów nimi dotkniętych. Wymagałoby to włączenia zespołów terapeutycznych (lekarz specjalista w danej dziedzinie, lekarz psychiatra, psycholog) do udzielania pomocy pacjentom oraz stworzenia interdyscyplinarnych zespołów badających skuteczność tych oddziaływań. Wydaje się, że współpraca taka wzbogacałaby wszystkich, pozwalając lekarzom zapoznać się ze specyfiką funkcjonowania psychologicznego chorych, a terapeutom poznawczo-behawioralnym poznać podstawowe problemy różnych grup chorych, takie jak: przebieg ich chorób, najbardziej przykre dolegliwości towarzyszące im oraz stosowane leczenie. Bez dogłębniej wiedzy o tych zjawiskach terapia poznawczo-behawioralna może nie spełnić pokładanych w niej nadziei, choćby dlatego, że terapeuci nie będą wiarygodni dla pacjentów.

### **Актуальные применения и перспективы развития гностично-бехавиоральной терапии**

#### **Содержание**

В статье обсуждены основы гностично-бехавиоральной терапии и ее применении для лечения депрессивных нарушений, параксизмальной фобии, синдрома посттравматического стресса, патологических зависимостей и нарушений питания. Обращено внимание на возможности применения терапии по отношению к хроническим соматическим болезням. К этим м.п. относятся ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, дерматологические заболевания, инсомния, хронические боли, мигрень и простатит.

## Aktuelle Anwendung und Perspektiven der Entwicklung der kognitiv-behavioralen Therapie

### Zusammenfassung

Im Artikel wurden die Annahmen der kognitiv - behavioralen Therapie und ihre Anwendung im Bezug auf die Behandlung der Depressionsstörungen, paroxysmalen Angst, posttraumatischen Stresssyndroms, Abhängigkeiten und Essstörungen besprochen. Man machte auf die Möglichkeiten der Anpassung der Therapie im Bezug auf die chronischen somatischen Krankheiten aufmerksam: Herzischämie, Asthma bronchiale, dermatologische Krankheiten, Insomnie, chronischer Schmerz, Migräne und Entzündung der Prostata.

### Les applications actuelles et les perspectives de la thérapie cognitive-béaviorale

#### Résumé

L'article présente les principes de la thérapie cognitive-béaviorale et ses applications dans le traitement des troubles dépressifs, troubles anxieux, PTSD (syndrome du stress post traumatique), troubles d'alimentation. Les auteurs soulignent la possibilité d'appliquer cette thérapie aussi aux maladies somatiques chroniques telles que: ischémie du coeur, asthme, troubles dermiques, insomnie, migraine, prostatite chronique.

#### Piśmiennictwo

1. Grzesiuk L. *Psychoterapia*. Warszawa: PWN; 1994.
2. Kokoszka A, Popiel A, Sitarz M. *Terapia poznawczo-behawioralna w polskiej psychoterapii: analiza piśmiennictwa*. *Psychoter*. 2000; 2, 13: 53–62.
3. Seligman M, Walker EF, Rosenhan DL. *Abnormal psychology*, wyd. 4. New York: Norton & Co; 2001.
4. Sheridan ChL, Radmacher SA. *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PTP; 1998.
5. Ellis A. *Terapia krótkoterminowa*. Gdańsk: GWP; 1998.
6. Dudek D, Zięba A. *Rozwój i zastosowanie terapii poznawczej w chorobach afektywnych*. *Psychiatr. Pol.* 2000; 34, 1: 81–88.
7. Czabała Cz. *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: PWN; 1997.
8. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press; 1976.
9. Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS. *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: The Guilford Press; 1993.
10. Freeman A, Reinecke MA. *Cognitive therapy of suicidal behavior. A manual for treatment*. New York: Springer Publishing Company; 1993.
11. Maultsby MC. *Racjonalna terapia zachowania*. Poznań: Fundacja Alterna; 1992.
12. Enright SJ. *Fortnightly review: Cognitive behaviour therapy – clinical applications*. *Brit. Med. J.* 1997; 314: 1811–1825.
13. Possel P, Horn AB, Groen G, Hautzinger M. *School-based prevention of depressive symptoms in adolescents: a 6-month follow-up*. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2004; 43(8): 1003–1010.
14. Potoczek A. *Krótkoterminowa terapia depresji*. *Psychoter*. 1996; 4, 99: 42–53.
15. Papolos D, Papolos J. *Przewyciężyć depresję*. Poznań: Rebis; 1994.
16. Markowitz JC, Spielman LA, Scarvalone PA, Perry SW. *Psychotherapy adherence of therapists treating HIV-positive patients with depressive symptoms*. *J. Psychother. Pract. Res.* 2000; 9(2): 75–80.

17. Lee MR, Cohen L, Hadley SW, Goodwin FK. *Cognitive-behavioral group therapy with medication for depressed gay men with AIDS or symptomatic HIV infection*. Psychiatr. Serv. J. Am. Psychiatr. Assoc. 1999; 50 (7): 948–952.
18. Pössl J, Schellhorn A. *Psychologische Interventionen bei hirngeschädigten Patienten mit depressiven Störungen*. Zeitschr. Neuropsychol. 2001; 12 (4): 312–324.
19. Pilecka B. *Kryzys psychologiczny*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2004.
20. Beck AT, Emery G, Greenberg RL. *Anxiety disorders and phobias*. New York: Basic Books; 1985.
21. Gulcz M, Polak M. *Zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu wybranych zaburzeń lękowych: zespołu lęku napadowego i PTSD*. Psychoter. 2002; 3, 122: 77–94.
22. Potoczek A. *Oksfordzka poznawcza terapia lęku napadowego*. Psychoter. 1997; 1, 100: 65–77.
23. Chodkiewicz J, Pisarski A. *Podejście poznawczo-behawioralne w terapii uzależnienia od alkoholu*. Psychoter. 2003; 1(24): 61–67.
24. Lindenmayer J. Vorwort. W: Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese B, red. *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: Psychologie Verlags Union; 1997, 5–8.
25. Lindenmayer J. *Alkoholabhängigkeit*. Göttingen: Hogrefe-Verlag; 1999.
26. Agostinelli G, Miller W. *Drinking and thinking*. J. Stud. Alkohol. 1994; 55: 327–337.
27. Banasikowska I. *Poznawczy model zaburzeń odżywiania*. <http://ctpb.net/biuletyn/?n=12> 15. 10. 2004.
28. Fainburn ChG, Brownell K. *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*. New York–London: The Guilford Press; 2001.
29. Padesky ChA, Greenberger D. *Umysł ponad nastrojem. Poradnik terapeuty*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2004.
30. Spangler DL. *Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: an illustration*. J. Clin. Psychol. 1999; 55(6): 699–713.
31. Peterson CB, Mitchell JE. *Psychosocial and pharmacological treatment of eating disorders: a review of research findings*. J. Clin. Psychoz. 1999; 55 (6): 685–697.
32. Holas P. *Terapia poznawczo-behawioralna (CBT)* <http://www.cbt.pl/cbt/> 31.10.2003.
33. Davidson J. *Trichotillomania: What is it? How do you treat it?* <http://www.sfbacct.com/articles/art-trichotillomania.html> z 21. 10. 2004.
34. Bishop GD. *Psychologia zdrowia*. Wrocław: Astrum; 2000.
35. Engel GL. *The clinical application of the biopsychosocial model*. Am. J. Psychiatry 1980; 137: 535–544.
36. Salmon P. *Psychologia w medycynie*. Gdańsk: GWP; 2002.
37. Engel BT, Baile WF. *A behavioural analysis of chest pain in patients suspected of having coronary artery disease*. Psychosom. Med. 1985; 47: 274–284.
38. Tylka J. *Psychologiczne problemy radzenia sobie z chorobami układu krążenia* W: Leder S, Brykczyńska C, red. *Psychiatryczne i psychologiczne aspekty praktyki medycznej*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; Kraków: 1999, 34–44.
39. Friedman M, Ulmer D. *Treating type A behaviour and your heart*. New York: First Ballantine Books Edition; 1985.
40. Dudek D, Zięba A, Dudek D. *Zastosowanie terapii poznawczej i technik poznawczych w leczeniu choroby niedokrwiennej serca*. Psychoter. 2000; 4, 15: 55–61.
41. Pietras T, Witusik A. *Psychosomatyczne czynniki w patogenezie i przebiegu astmy oskrzelowej*. [http://www.terapia.com.pl/archiwum/pub\\_reveal.html?pub=248&edition=17](http://www.terapia.com.pl/archiwum/pub_reveal.html?pub=248&edition=17) 30. 10. 03.
42. Brown DP, Fromm E. *Hypnosis and behavioral medicine*. New York: J. Lawrence Elbaum Press; 1987.
43. Ringsberg KC, Timpka T. *Clinical health education for patients with asthma-like symptoms but negative asthma tests*. Alergy 2001; 56 (11): 1049–1054.

44. Beclaert L. *Cognitive behaviour therapy for dermatology patients*. Abstracts 10 th. International Congress on Dermatology and Psychiatry, Brussels, 2003, 2.
45. Evers AWM, Duller P, van den Hoek W, Mesters H, Otero M, van de Kerhof PCM, Kraaiaat FW. *A short-term, group cognitive-behavioral training for coping with itch and scratching in patients with atopic dermatitis*. Abstracts 10 th International Congress on Dermatology and Psychiatry, Brussels, 2003, S. Karger GmbH. Freiburg, 5.
46. Pacan P, Szepietowski J, Kiejna A. *Wpływ czynników psychicznych na przebieg łuszczycy*. Przegł. Dermatol. 2002; 5, 89: 401–408.
47. Ehlers A, Osen A, Wenninger K, Gieler U. *Atopic dermatitis and stress. The possible role of negative communication with significant others*. Int. J. Behav. Med. 1994; 1: 107–121.
48. Gupta MA, Gupta AK. *Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia, areata, atopic dermatitis and psoriasis*. Brit. J. Dermatol. 1998; 139: 846–850.
49. Hughes JE, Barraclough BM, Hamblin LG. *Psychiatric symptoms in dermatology patients*. Brit. J. Psychiatry 1983; 143: 51–54.
50. Papadopoulos L, Bor R. *Psychological approaches to dermatology*. Leicester: The British Psychological Society, 1999.
51. Łoza K, Borzęcki A, Cielica W, Łoza B. *Zaburzenia psychosomatyczne w przebiegu łuszczycy*. Nowa Med. 2003; 1: 120.
52. Keefe FJ. *Cognitive behavioral therapy for managing pain*. Clin. Psychol. 1996; 49(3): 4–5.
53. Keefe FJ, Van Horn Y. *Cognitive-behavioral treatment of rheumatoid arthritis pain: maintaining treatment gains*. Arthr. Care Res. 1993; 6: 213–222.
54. Turk DC. *Cognitive-behavioral approach to the treatment of chronic pain patients*. Reg. Anesth. Pain Med. 2003; 28: 573–579.
55. Richardson GM, McGrath PJ. *Cognitive-behavioral therapy for migraine headaches: a minimal-therapist-contact approach versus a clinic-based approach*. Headache 1989; 29 (6): 352–357.
56. Campbell JK, Penzien D, Wall EM. *Evidence-based guidelines for migraine headache: behavioral and physical treatments*. Neurology (serial online). www.neurology.org z 21. 10. 2004.
57. Silberstein SD, Rosenberg J. *Multispeciality consensus on diagnosis and treatment of headache*. Neurol. 2000; 54: 1553–1560.
58. Perlis ML, Sharpe M, Smith MT, Greenblatt D, Giles D. *Behavioral treatment of insomnia: Treatment outcome and the relevance of medical and psychiatric morbidity*. J. Beh. Med. 2001; 24, 3: 281–296.
59. Dopke CA, Kaufman-Lehner R, Wells A. *Cognitive-behavioral group therapy for insomnia in individuals with serious mental illness: a preliminary evaluation*. Psychiatr. Rehab. J. 2004; 27, 3: 235–242.
60. Letkiewicz S, Bar K. *Przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego – problem dla lekarzy urologów, andrologów, seksuologów i psychiatrów*. [http://czytelnia.esculap.pl/nm\\_cump/02.htm](http://czytelnia.esculap.pl/nm_cump/02.htm) 30. 10. 2003.
61. Małczyk E. *Zaburzenia psychiczne w przebiegu przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego*. Urol. Pol. 1995; 48: 46–49.
62. Heszen-Niejodek I, Kędziora S. *Psychologiczne aspekty radzenia sobie ze stresem u przewlekłe chorych somatycznie*. W: Leder S, Brykczyńska C, red. *Psychiatryczne i psychologiczne aspekty praktyki medycznej*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; Kraków: 1999, 7–15.

Otrzymano: 2.02.2004

Zrecenzowano: 24.11.2004

Przyjęto do druku: 26.10.2004

Adres: Jan Chodkiewicz

Instytut Psychologii UŁ

91-433 Łódź, ul. Smugowa10/12