

Przegląd badań efektywności terapii poznawczo-behawioralnej w zaburzeniach lękowych uogólnionych u osób w podeszłym wieku

Cognitive-behavior therapy for late-life generalized anxiety disorder: literature overview

Magdalena Chojnacka

II Klinika Psychiatrii IPiN w Warszawie
Kierownik: doc. dr hab. n. med. T. Parnowski

Summary

Of the pervasive anxiety disorders diagnosed in late life, generalized anxiety disorder (GAD) is the most prevalent. However GAD often goes unrecognised and untreated because of different clinical presentation in the elderly. Anxiety is also substantially less well studied than other forms of geriatric psychopathology. This dearth of research may result from methodological difficulties. In this paper, the clinical features of GAD among older adults are described. Psychotropic medication is the most common treatment for GAD but is not good enough and psychological treatments for GAD in older adults that are highly preferable and safer have been advocated. One of them is cognitive-behavioral therapy (CBT). In this article, literature investigating the potential usefulness of cognitive-behavioral treatments among older adults with well-diagnosed GAD is reviewed. Then, attention is given to enhancements to standard CBT, which take into account many factors and differences specific of the older cohort.

Słowa klucze: wiek podeszły, GAD, CBT

Key words: late life, generalized anxiety, cognitive-behavioral therapy

Wprowadzenie

Zaburzenia lękowe są powszechne w starszym wieku – stanowią 2–19% populacji [1] – i mają znaczący wpływ na funkcjonowanie: rosnącą niesprawność, osłabienie fizyczne, spadek jakości życia oraz satysfakcji [2]. Najczęstsze zaburzenia lękowe to zaburzenia lękowe uogólnione (GAD) oraz fobie. Rozpowszechnienie GAD u osób w podeszłym wieku stanowi 0,7–7,1% populacji [1]. Jest to często występujące zaburzenie u pacjentów korzystających z podstawowej opieki zdrowotnej, skarżących się na niewyjaśnione medycznie problemy somatyczne. Ponadto u osób z GAD diagnozuje się współwystępowanie chorób z osi I DSM (najczęściej fobia społeczna i zaburzenia

nastroju). Potwierdzono też, że GAD może poprzedzać wystąpienie depresji i napadów paniki, a więc wdrażanie efektywnego leczenia zaburzeń lękowych u osób starszych może zredukować częstość występowania depresji wieku podeszłego [3].

Jednak zebrane dane wykazują, że ludzie starsi niechętnie zgłaszają się do poradni zdrowia psychicznego. Jedynie 38% osób z GAD w tej grupie wiekowej korzystało z niej w ciągu roku poprzedzającego badanie. Leczenie psychiatryczne częściej jest prowadzone w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej [4]. Osoby w podeszłym wieku przyjmują leki z grupy benzodiazepin znacznie częściej niż w innych przedziałach wiekowych, mimo że są bardziej podatne na wystąpienie objawów niepożądanych, jak np. upadki, pogorszenie się funkcji poznawczych, spowolnienie psychoruchowe, możliwość uzależnienia. Bezpieczniejsze leki z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu serotoniny wydają się efektywne w leczeniu krótkoterminowym zaburzeń lękowych u osób w podeszłym wieku, jednak istnieje niewiele danych oceniających korzyści i ryzyko w leczeniu długoterminowym. Wśród problemów związanych z leczeniem farmakologicznym zaburzeń lękowych istotna jest też kwestia współistniejących chorób i ich leczenia, czyli ryzyko interakcji. Poza tym wiele osób starszych z zaburzeniami lękowymi nie chce przyjmować leków ze względu na objawy uboczne i długotrwały reżim związany z ich przyjmowaniem. Zatem leczenie psychospołeczne pozostaje alternatywą lub leczeniem towarzyszącym farmakoterapii w GAD u osób w podeszłym wieku [5].

Specyfika GAD u osób starszych

Kryteria diagnostyczne GAD są takie same dla osób starszych i osób młodych. W klasyfikacji ICD-10 obejmują:

- 1 – obawy (martwienie się przyszłymi niepowodzeniami, uczucie napięcia, trudności w koncentracji itp.);
- 2 – napięcie ruchowe (niemożność spokojnego siedzenia, bóle napięciowe głowy, drżenie, niemożność odprężenia się);
- 3 – wzmożona aktywność układu autonomicznego (zawroty głowy, pocenie się, tachykardia, przyspieszenie oddechu, „niepokój” w nadbrzuszu, suchość w ustach itp.).

Istotną cechą jest lęk uogólniony i uporczywy, występujący niezależnie od jakichkolwiek okoliczności zewnętrznych. Objawy dominują przez większość dni w trakcie co najmniej kilku tygodni, a zazwyczaj – kilku miesięcy [6].

Zgodnie z DSM-IV najważniejszą cechą tego zaburzenia jest nadmierny lęk i zamartwianie się szeregiem wydarzeń lub aktywności, występujące przez większość dni w ciągu co najmniej 6 miesięcy. Osoba chora odczuwa trudności w panowaniu nad tym zamartwianiem się. Poza tym martwieniu się lub lękowi muszą towarzyszyć co najmniej trzy z następujących sześciu objawów: niepokój, łatwa męczliwość, trudności z koncentracją, drażliwość, napięcie mięśniowe, zakłócenia snu. Lęk, martwienie się czy objawy fizyczne wywołują klinicznie istotne cierpienie lub ograniczenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innych dziedzinach życia. Objawy lęku nie mogą być spowodowane zaburzeniami z osi I, wynikać z ogólnego stanu

medycznego pacjenta ani być bezpośrednim skutkiem fizjologicznym nadużywania substancji [7].

Według Borkovca [8] w martwienie się zaangażowane są głównie myśli, w mniejszym stopniu wyobrażenia, co wiąże się z mniejszym pobudzeniem emocjonalnym i wzbudzeniem autonomicznym. Obawy pozwalają przetwarzać materiał emocjonalny na poziomie poznawczym, przez co dochodzi do unikania negatywnych emocji, wzbudzenia fizjologicznego i wyobrażeń. W ten sposób obawy ulegają wtórnemu wzmocnieniu. Brak wyobrażeń i pobudzenia autonomicznego zapobiega pełnemu dostępowi do lękowej informacji w pamięci i nie następuje wygaszenie reakcji awersyjnej. Dochodzi do blokowania przetwarzania emocjonalnego. U osób z GAD emocje ulegają rozregulowaniu, co oznacza, że mają one trudności ze zrozumieniem i modulacją własnych doświadczeń emocjonalnych, które mogą u nich wystąpić łatwiej i szybciej, i być intensywniejsze niż u większości ludzi [3].

Poza podobieństwami głównych objawów GAD u ludzi starszych i młodych obserwowane są również znaczące różnice, za które odpowiedzialny jest proces starzenia się.

Należy jednak oddzielić różnice związane z procesem starzenia się od efektów związanych z przynależnością do danej grupy wiekowej, tzw. różnice kohortowe. Badania wykazały, że wiele różnic przypisywanych wcześniej procesowi starzenia się jest efektem kohortowym, np. w Stanach Zjednoczonych obserwuje się różnice w zdolnościach intelektualnych między osobami starszymi i młodszymi, co może być wynikiem różnej liczby lat nauki w szkole. Podobnie cechy osobowości mogą być związane zarówno ze starzeniem się, jak i z przynależnością do danej grupy wiekowej. Stwierdzono spadek poziomu ekstrawersji u osób urodzonych między 1900 r. a II wojną światową, a wzrost – u osób urodzonych po II wojnie światowej. Szczególnie znaczące dla praktyki klinicznej było stwierdzenie różnic kohortowych w występowaniu problemów psychologicznych, np. nadużywania substancji psychoaktywnych, lub depresji [9].

Osoby w podeszłym wieku mają tendencje do mniej intensywnego przeżywania emocji, co może być wynikiem zmian fizjologicznych związanych z wiekiem, np. mniejszą reaktywnością na stres lub spadkiem aktywności neurochemicznej, albo tendencją do wyrażania zaburzeń emocjonalnych jako objawów somatycznych. Według Borkovca [8] starsze osoby mogą rzadziej doświadczać lęku i strachu dzięki habituacji. Może też występować u nich większa umiejętność regulacji emocji niż u osób młodych, prowadząca do mniejszej intensywności ich wyrażania. Bez względu na powód, spadek intensywności emocji może powodować zmiany w obrazie klinicznym GAD, w którym zespół objawów jest mniej spójny i potencjalnie trudniejszy do wykrycia. Młode osoby doświadczają raczej czystych emocji, podczas gdy osoby w podeszłym wieku raczej złożonych. Ponadto u osób starszych stwierdza się mniej prób i strategii kontroli martwienia się oraz gorsze umiejętności radzenia sobie [4, 9].

Osoby starsze martwią się głównie swoim zdrowiem lub zdrowiem osoby bliskiej, nadchodzącą śmiercią, problemami światowymi, podczas gdy martwienie się u osób młodych i w średnim wieku koncentruje się na rodzinie i finansach [4]. Ludzie w podeszłym wieku bardziej martwią się przeszłością i o teraźniejszość niż o przyszłość.

Być może różnice te wynikają ze zmienionych okoliczności życiowych, niemniej jednak należy je brać pod uwagę podczas diagnozy i leczenia GAD.

Różnice mogą dotyczyć również sposobu opisywania uczuć. Przeprowadzone badania wskazują, że ludzie w podeszłym wieku chętniej używają terminologii potocznej niż psychologicznej do opisywania swoich objawów [4]. Nie jest jednak do końca jasne, czy różnice te są związane z wiekiem, czy może są efektem kohortowym.

W starszym wieku lęk częściej wyrażany jest objawami somatycznymi. Z drugiej strony zaawansowany wiek jest związany z rosnącą liczbą problemów zdrowotnych. Osoby starsze często doświadczają więcej somatycznych objawów charakterystycznych dla lęku (np. krótki oddech, bóle w klatce piersiowej, tachykardia), które mogą, ale nie muszą, być związane z problemami psychologicznymi. Między innymi z tego powodu osoby starsze z zaburzeniami lękowymi często szukają pomocy w podstawowej opiece zdrowotnej, aby wyjaśnić przykre dolegliwości somatyczne, co może skutkować raczej diagnozą choroby somatycznej niż zaburzeń psychicznych. Badania wykazują, że lęk jest powszechny u osób starszych z chorobą somatyczną, a GAD jest często rozpoznawany u pacjentów w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistycznych [4]. Rozróżnienie między chorobą somatyczną a zaburzeniami lękowymi jest istotnym zadaniem dla terapeuty.

Osoby starsze często zmagają się z gorszą sprawnością fizyczną, a także ostrą lub przewlekłą chorobą somatyczną. Według amerykańskich danych statystycznych z 1999 r. większość osób po 55 r. ż. ma zdiagnozowaną przynajmniej jedną przewlekłą chorobę. Ponadto otyłość istotnie przyczynia się do upośledzenia sprawności fizycznej. Lęk często towarzyszy chorobie somatycznej, a zwłaszcza zaburzeniom sercowo-naczyniowym, chorobom płuc, zaburzeniom neurologicznym, np. przewlekła obturacyjna choroba płuc powoduje u chorego wystąpienie uczucia duszności, co z kolei wywołuje lęk. Często przepisywane leki, jak sterydy, leki antycholinergiczne, przeciwdepresyjne, a także kofeina i alkohol mogą powodować wystąpienie lęku. Z tych powodów terapeuci pracujący z osobami w podeszłym wieku, które cierpią na schorzenia somatyczne lub są niesprawne fizycznie, powinni zwracać szczególną uwagę na objawy lęku [9].

Mogą również wystąpić trudności w różnicowaniu u osób w podeszłym wieku postaci pełnoobjawowej i subklinicznej GAD. Postać subkliniczna jest dość powszechna w tej grupie wiekowej i istnieje ryzyko jej przejścia w postać pełnoobjawową. De Beurs [2] podkreśla, że w subklinicznej postaci GAD także stwierdza się rosnące poczucie inwalidztwa, gorsze samopoczucie i częstsze korzystanie z usług placówek opieki zdrowotnej. Również wiele zdrowych osób starszych nieregularnie doświadcza niektórych objawów GAD, np. niepokoju, bezsenności, zaburzeń koncentracji, co może zwiększać ryzyko fałszywie pozytywnych rozpoznań [10].

Poznawczy model zaburzenia lękowego uogólnionego

W modelu teoretycznym GAD zakłada się istnienie dwóch typów mechanizmów, które mogą odpowiadać za występowanie martwienia się. Pierwszy z nich dotyczy zewnętrznych wydarzeń oraz wewnętrznych problemów osobistych, np. zdrowia,

i służy radzeniu sobie z przewidywanym zagrożeniem. Jest formą unikania i strategią zabezpieczającą, co wiąże się z utrzymywaniem pozytywnych przekonań o korzyściach wynikających z martwienia się i ruminacji. Drugi zakłada obecność metamartwienia się, które dotyczy negatywnej oceny własnych wydarzeń poznawczych, w szczególności „martwienia się tym, że się martwię”. U osób z GAD współistnieją więc pozytywne i negatywne przekonania dotyczące martwienia się, przy czym jako pierwsze tworzą się przekonania pozytywne. Gdy rozwiną się przekonania negatywne, martwienie się staje się problemem, pacjent zaczyna obawiać się jego negatywnych skutków, próbując je tłumić lub unikać. Głównym celem terapii jest modyfikacja dysfunkcyjnych przekonań dotyczących martwienia się. Pierwszym etapem terapii jest modyfikacja metamartwienia się i negatywnych przekonań, przy czym ważnym elementem jest porzucenie unikania i zachowań kontrolujących martwienie się. Następnie modyfikuje się pozytywne przekonania dotyczące martwienia się jako strategii radzenia sobie z problemem [11]. W terapii poznawczo-behawioralnej zaburzenia lękowego uogólnionego istotne jest podejście oparte na regulacji emocji, w wyniku czego pacjent poprawia zdolność rozpoznawania, akceptacji i rozumienia własnych emocji oraz uczy się konstruktywnego wykorzystania emocjonalnych doświadczeń. Dzięki temu zmniejsza się nasilenie obaw i związanych z nimi lęk. Ponadto lepsze rozumienie i radzenie sobie z własnymi emocjami i emocjami innych powinno poprawić też funkcjonowanie interpersonalne pacjenta. Podstawowym elementem tego podejścia jest koncentrowanie się na emocji, której doświadcza pacjent. Podkreślany jest również aspekt interpersonalny zaburzenia u osób starszych (społeczna izolacja, trudności w kontaktach z innymi, utrata partnera życiowego, zależność od innych). Być może GAD u osób starszych ma związek z indywidualnym ryzykiem pojawienia się problemów ze społecznym funkcjonowaniem [3].

Przegląd badań efektywności CBT w GAD u osób starszych

Chociaż terapia poznawczo behawioralna (Cognitive behavioral therapy – CBT) jest efektywną metodą leczenia GAD u osób młodych, zdecydowanie mniej jest wiadomo o jej efektywności u osób starszych z powodu stosunkowo małej liczby badań, większość z nich jednak potwierdza jej korzystne efekty także w tej grupie wiekowej. Typowe techniki stosowane w badaniach to: edukacja na temat lęku, monitorowanie, trening relaksacji, ekspozycja na lęk prowokowana wyobrażeniami i sytuacjami, reformułowanie poznawcze, a także technika rozwiązywania problemu, treningi umiejętności, aktywacja behawioralna, higiena snu, refleksyjne słuchanie, analiza historii życia, trening pamięci. CBT była przeprowadzana indywidualnie i grupowo [5].

Pierwsze kontrolowane próby interwencji poznawczo-behawioralnych, w szczególności treningu relaksacji, w zaburzeniach lękowych u osób starszych sugerowały potencjalną użyteczność tych technik. Chociaż uczestnicy nie mieli postawionej diagnozy GAD, grupy badane były za małe, a leczenie zbyt krótkie, to wyniki wydawały się obiecujące. Współwystępowanie objawów lęku i objawów afektywnych jest powszechne i nie było zaskakujące, że redukcja lęku następowała po zastosowaniu CBT w depresji. Chociaż wyniki nie świadczyły bezpośrednio o efektywności CBT

w GAD, to były one istotne, dostarczały obiecujących informacji i zachęcały do prowadzenia kolejnych badań nad skutecznością CBT u pacjentów spełniających kryteria GAD [10].

Pierwsze badanie efektywności CBT w GAD u osób starszych przeprowadzili King i Barrowclough [12], którzy zastosowali krótkoterminową interwencję (3–12 sesji) skoncentrowaną głównie na objawach lęku panicznego. GAD zdiagnozowano u połowy uczestników. W badaniu uzyskano pozytywne efekty. Jednak mała grupa badana, brak grupy kontrolnej i procedury lecznicze, które nie były specyficzne dla GAD, ograniczają wyciąganie wniosków. Stanley, Beck i Glassco [13] przeprowadzili pierwsze kontrolowane badanie użyteczności CBT w GAD u osób starszych, w porównaniu z terapią wspierającą. Stosowano CBT wg programu efektywnego u osób młodych z modyfikacjami dostosowanymi do potrzeb osób starszych. Wykazano znaczącą poprawę w redukcji objawów lęku i depresji, utrzymującą się po 6 miesiącach. Kolejne badanie, Stanleya i wsp. (2003 r.) [14], oceniało efektywność CBT w stosunku do psychoterapii minimalnego kontaktu u osób powyżej 60 r. ż. z GAD. Uzyskano znaczącą poprawę w objawach lęku, depresji i jakości życia u pacjentów, u których stosowano CBT. Większość uzyskanych efektów utrzymywała się po roku, jednak nie osiągnięto przedchorobowego poziomu funkcjonowania. Stanley i wsp. (2004 r.) [15] prezentują dane z badania stosowania CBT u osób starszych z GAD w podstawowej opiece zdrowotnej, w porównaniu ze zwykłymi wizytami. Uzyskane dane sugerują znaczącą poprawę objawów lęku i depresji u pacjentów po zastosowaniu CBT. Mohlman i wsp. [16] przeprowadzili dwa badania, testujące standardową wersję CBT oraz zmodyfikowaną, która dodatkowo zawierała techniki ćwiczenia pamięci i uczenia się – oraz zalecenie telefonowania do pacjenta pomiędzy sesjami, aby przypomnieć o wykonaniu zadań behawioralnych – mające na celu zwiększenie efektywności terapii. Rezultaty wykazały poprawę w obydwu przypadkach, jednak większą w przypadku modyfikowanej CBT. Barrowclough i wsp. [17] przeprowadzili randomizowane badanie porównujące CBT z terapią wspierającą. Terapię przeprowadzano indywidualnie w domu pacjenta. Autorzy argumentują, że leczenie w domu jest dla pacjenta wygodniejsze i mniej stygmatyzujące niż terapia w grupie. Wyniki analizowano po zakończeniu leczenia, a następnie po 3, 6 i 12 miesiącach. Nie stwierdzono samoistnej poprawy bez leczenia. W obydwu grupach uzyskano poprawę, lecz większą w grupie, w której stosowano CBT. Poprawa dotyczyła objawów lęku i depresji i utrzymywała się znacznie dłużej niż u osób poddanych terapii wspierającej. W innym badaniu, Gorenstein i wsp. [18] oceniali efektywność CBT u osób starszych z diagnozą GAD przyjmujących regularnie benzodiazepiny, w porównaniu z pacjentami także z GAD przyjmującymi benzodiazepiny, lecz bez stosowania u nich CBT. Pacjenci w trakcie badania mieli rozpisany plan redukcji dawek leków o 20% tygodniowo. Pomimo zmniejszania dawek benzodiazepin, u pacjentów leczonych CBT wykazano poprawę stanu psychicznego.

Należy wspomnieć, że niektóre badania sugerują stosowanie grupowej CBT u osób w podeszłym wieku. Część terapeutów uważa, że ten rodzaj terapii jest lepszy dla osób starszych z powodu ich częstej izolacji społecznej. Badanie Stanleya i wsp. [14] wykazało zmniejszenie się objawów lęku i depresji oraz poprawę jakości życia po

zastosowaniu grupowej CBT. Wetherell i wsp. [19] oceniali chorych z GAD poddanych grupowej CBT i porównywali z grupą kontrolną oraz oczekującymi na terapię. Największą poprawę uzyskano w grupie poddanej CBT. Arean [20] argumentował, że grupowa terapia rozwija społeczne kontakty i daje wsparcie, zmniejsza poczucie niesprawności, izolacji oraz stygmatyzacji związanej z leczeniem, a wszystkie te czynniki są bardzo istotne u osób starszych. Jednak niedawna analiza psychoterapii chorych w podeszłym wieku z zaburzeniami lękowymi (niekoniecznie GAD) nie wykazała różnic w jej efektywności między grupową a indywidualną terapią, jeżeli zostało zapewnione wsparcie w postaci interwencji grupowych [21].

Różnorodność podejść terapeutycznych, innych niż konwencjonalna CBT, np. modyfikacje niektórych elementów w odniesieniu do osób starszych czy łączenie psychoterapii z farmakoterapią może zwiększać możliwości leczenia, a tym samym jego efektywność.

Modyfikacje CBT w GAD u osób starszych

Terapia poznawczo-behawioralna polega na integracji technik behawioralnych i poznawczych zgodnie z aktualną potrzebą pacjenta. Oparta jest na aktywnej współpracy między pacjentem a terapeutą, skoncentrowana na kilku jasno sprecyzowanych celach, ograniczona w czasie (choć jej długość zależy od zawartego kontraktu i ustalonego celu), ustrukturyzowana, przebiega zgodnie z konceptualizacją problemu pacjenta, uwzględnia techniki nastawione na rozwiązanie problemu. Modyfikacja niektórych elementów i integracja różnych modalności pomaga zwiększyć efektywność leczenia osób starszych.

W CBT terapeuta jest aktywny i inicjuje strukturę terapii i sesji. Ponadto w leczeniu osób starszych funkcjonuje jako koordynator terapeutyczny, który poszerza obszar opieki i integruje podstawowe elementy terapii z leczeniem farmakologicznym, zmianami behawioralnymi i rozwijaniem umiejętności [22]. Stwierdzono, że tylko 15% efektywności terapeutycznej to poszczególne techniki oparte na teorii. Najważniejszą rolę odgrywają „niespecyficzne czynniki”, jak na przykład relacja terapeutyczna. Poświęcanie uwagi relacji terapeutycznej służy pogłębieniu kontaktu między pacjentem a terapeutą, a także odnosi się do problemów wnoszonych przez pacjenta. Uwzględnianie znaczenia relacji terapeutycznej jest ważnym elementem leczenia, tym bardziej, że w praktyce klinicznej starsi pacjenci częściej niż inne grupy wiekowe „wypadają” z terapii. Pacjent powinien być traktowany ze zrozumieniem, szacunkiem i godnością, mieć możliwość wyrażenia zmartwień i wiedzieć, że jest słuchany. Większość pacjentów w podeszłym wieku przeżyła znaczącą stratę kogoś bliskiego i pogorszenie zdrowia, przez co mogą mieć poczucie zagrożenia sensu istnienia. Terapeuta powinien dawać poczucie stabilizacji, pomagać przywrócić wiarę w siebie. Interwencje należy stosować w sposób elastyczny, dopasowany do potrzeb pacjenta, jego poziomu wykształcenia i możliwości poznawczych. Elastyczność jest też zalecana w używaniu terminologii, w sposobie prezentacji informacji i formacie zadań behawioralnych. Z osobą starszą każda relacja terapeutyczna jest unikalna i nie można jej opierać na przyjętych z góry założeniach [22].

Przed podjęciem psychoterapii rekomenduje się wszechstronną wyczerpującą ocenę zawierającą: dokładny wywiad kliniczny, wyniki badań za pomocą skal i diagnozę, aby zidentyfikować potencjalne czynniki mające znaczenie w terapii. Należy brać pod uwagę dokładną charakterystykę każdego pacjenta, jego zdolności i okoliczności życia, kontekst społeczny i funkcjonowanie. Taka ocena pomaga zdecydować, które metody wymagają modyfikacji. Dużo osób w podeszłym wieku psychoterapię kojarzy z trwającą wiele lat terapią analityczną i ze spotkaniami kilka razy w tygodniu. Terapeuta powinien wytłumaczyć, że w wielu aspektach psychoterapia poznawczo-behawioralna jest podobna do otrzymywania instrukcji o korzystaniu z umiejętności praktycznych, ma ustrukturyzowany format oraz że ten rodzaj leczenia jest efektywny w pracy z osobami starszymi. Ostrożne wyjaśnienie modelu może znacząco pomóc w rozwoju wzajemnego zrozumienia, co jest podstawą sukcesu terapeutycznego. Należy dążyć, aby pacjent był czynnym uczestnikiem terapii. Współpraca terapeutyczna to też edukacja i przyjacielska perswazja. Pacjent musi nauczyć się wypełniać formularze na każdej sesji, aby aktywnie obserwować objawy, także regularnie stosować nowe techniki, musi wiedzieć, że oczekuje się od niego systematycznego wypełniania behawioralnych zadań, ponieważ ma to znaczenie w procesie zmiany. To również kontakt terapeuty z rodziną pacjenta i jego lekarzem prowadzącym [22].

Zmiany zdrowotne i poznawcze u pacjenta powinny wiązać się z modyfikacjami w terapii, tzn. większym naciskiem na techniki behawioralne i wolniejszym wprowadzaniem elementów poznawczych. W początkowym okresie terapii terapeuta kładzie nacisk na jawne objawy i czynniki środowiskowe, a następnie powoli zajmuje się przekonaniem i osobowością. Skoncentrowanie się na emocjach pacjenta, funkcjonowaniu międzyludzkim, trudnościach motywacyjnych będzie bardziej efektywne niż sztywne trzymanie się reguł CBT. Pomoc osobie starszej wymaga aktywacji behawioralnej, zanim będzie ona gotowa na głębsze zmiany. Zaakceptowanie przez pacjenta faktu, że obserwowane zachowanie jest wynikiem obecności określonego myślenia, może być długim procesem. Tworzenie nieprzystosowawczych osądów wynika z głębokich przyzwyczajzeń, których przełamanie wymaga świadomości problemu. Pacjent musi nauczyć się, że patrzy na świat przez pewnego rodzaju filtr.

Kiedy terapia nie daje efektu, terapeuta powinien przerwać pracę nad modelem poznawczym, ponownie przeanalizować conceptualizację problemu, jeszcze raz przedstawić pacjentowi zasady terapii, omówić relację terapeutyczną, w empatyczny sposób wyjaśnić frustrację, niepewność, powolność itp., przyjmując część winy na siebie (np. zbyt szybkie postępowanie, zgubienie celu), a następnie powrócić do modelu, ale z uwagą i kontrolą. Aby terapia była efektywna, bardzo ważne jest wolne tempo i świadomość problemu [17].

Badanie Pinquarta i Sörensen [23] wykazało, że u ludzi starszych dłużej trwająca terapia koreluje z lepszymi wynikami, co może wynikać ze zmian poznawczych związanych z wiekiem, a także z chronicznej natury stresora.

Ważne jest, aby terapeuta miał ogólną znajomość społecznego kontekstu funkcjonowania ludzi w podeszłym wieku – chodzi tu o sieć instytucji i placówek wspomagających ludzi starszych (poradnie, instytucje pomocy społecznej, instytucje dokształcania i rozwijania zainteresowań, np. uniwersytet III wieku, kluby seniora,

koła zainteresowań itp.), a także regulacje prawne. Wiedza ta nie musi być rozległa, ale taka, aby zrozumieć prawdopodobne doświadczenia osób starszych i pomóc w korzystaniu z kompleksu sieci agencji i zapisów prawnych. Wizyta w miejscach, gdzie pacjenci otrzymują pomoc medyczną czy socjalną, pozwala zrozumieć charakter tego środowiska. Aby zwiększyć efektywność terapii, konieczna może być, za zgodą pacjenta, współpraca z pracownikami struktur środowiskowych. Wiedza o kontekście społecznym osoby starszej jest bardzo istotna dla prowadzenia właściwych interwencji behawioralnych i społecznych, ponieważ aspekty środowiskowe często wzmacniają nieadaptacyjne zachowania, np. w domach opieki personel często akceptuje i nagradza osoby mało aktywne. W trakcie leczenia depresji czy zaburzeń lękowych terapeuta powinien konsultować się z personelem pracującym w takim środowisku [9].

Wyzwaniem dla terapeuty osób starszych jest nieakceptowanie przez nie zmian związanych z wiekiem (np. choroby, straty kogoś bliskiego, gorszego funkcjonowania), brak pozytywnego patrzenia w przyszłość i nieumiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Carstensen i wsp. [24] proponują trzy adaptacyjne strategie: selekcję, optymalizację i kompensację (SOC – selection, optimisation, compensation). Zastosowanie tych strategii jest związane z poprawą funkcjonowania. Selekcja to zidentyfikowanie braków związanych z wiekiem i szukanie celu alternatywnego, który musi być zbieżny z wymogami środowiskowymi, indywidualnymi motywacjami, umiejętnościami i wydajnością biologiczną. Optymalizacja to koncentrowanie energii na celu alternatywnym, to inaczej pokazanie, że w starszym wieku możliwe jest utrzymanie wysokiego poziomu funkcjonowania w wybranych domenach poprzez uczenie się nowych strategii i ćwiczenia. Kompensacja polega na minimalizowaniu deficytów.

Istotne jest budowanie zasobów psychologicznych, które można podzielić na zewnętrzne i wewnętrzne. Zewnętrzne – to wsparcie społeczne i rodzinne, często niezbędne do prowadzenia terapii. Wewnętrzne zasoby to umiejętności, których pacjentowi brakuje lub są niewystarczające, np. komunikacja potrzeb czy asertywność. Problem powstaje, gdy pacjent nie akceptuje tego rodzaju pomocy, nie chce wsparcia rodziny ani nowych umiejętności. W przypadku zasobów zewnętrznych może być konieczne przeformułowanie celu w kierunku, który umożliwi zastosowanie rozszerzonego systemu. Może być również możliwe rozważenie tej kwestii na dalszym etapie terapii. Jeśli natomiast pacjent nie jest zainteresowany tworzeniem zasobów wewnętrznych – to jest to większy problem, ponieważ w trakcie terapii zazwyczaj potrzebne są nowe umiejętności, aby móc poradzić sobie z zadaniami. Ostatecznie terapeuta musi negocjować z pacjentem. Jedną z metod jest poproszenie go o zidentyfikowanie problemu i koniecznych umiejętności do zmiany [22].

Zmienne emocjonalne są ważną częścią podejścia poznawczo-behawioralnego w leczeniu zespołu lęku uogólnionego. U pacjentów w podeszłym wieku emocjom należy tym bardziej poświęcać dużo czasu, ponieważ jest to najistotniejszy element psychopatologii. Zrozumienie i świadomość emocji to warunek wstępny do restrukturyzacji poznawczej. Należy zachęcać pacjenta do zwracania uwagi na doświadczane uczucia, nauczyć go je identyfikować, nazywać i akceptować. Powinien on być świadomy, że zawsze będzie doświadczal emocji i subiektywnie je interpretował, jednak musi wiedzieć, że jest od nich silniejszy [22].

Należy pomóc pacjentowi radzić sobie zarówno z pozytywnymi, jak i negatywnymi emocjami, a nie zamieniać jedno na drugie. Np. pacjent potrzebujący pomocy swoich dzieci może być szczęśliwy, że dzieci mu pomagają, równocześnie może odczuwać smutek z powodu poczucia „bycia dla nich ciężarem”. Początkowo lepiej skierować jego uwagę na fakt, że chęć pomocy może wynikać z miłości. Potem, używając różnych technik, starać się zmniejszyć jego poczucie „bycia ciężarem”. W podeszłym wieku subtelniejsze interwencje wydają się właściwsze [9].

Terapeuta osób w podeszłym wieku powinien raczej koncentrować się na pracy poznawczej, gdy przeżywają one mniejsze nasilenie emocji. Prawdopodobnie koncentracja na elementach poznawczych w momencie dużego nasilenia emocji jest mniej efektywna [22].

Najbardziej powszechną zmianą związaną z wiekiem jest pogorszenie się funkcji poznawczych, co należy uwzględnić w trakcie terapii. Do niedawna panowało przekonanie, że osłabienie funkcji poznawczych (związane z wiekiem, MCI czy wczesnym etapem otępienia) jest czynnikiem wykluczającym z terapii. Tymczasem badania pokazują, że stosowanie CBT w takich przypadkach może dawać pozytywne efekty. Zapamiętywanie nowych informacji wiąże się z większym wysiłkiem pacjenta i wymaga ich wielokrotnych powtórzeń przez terapeuta. Pomocne może być np. wolniejsze tempo terapii, stosowanie technik wspomagających naukę i pamięć: utrwalanie pojęć czy tematów słownie i wizualnie (używanie tablic), robienie notatek przez pacjenta, nagrywanie sesji w celu ich powtarzania pomiędzy sesjami, stosowanie karteczek „przypominaczy”. Bardzo ważne jest też wielokrotne podsumowywanie i powtarzanie w trakcie i na końcu sesji. Można zrobić listę sukcesów; powiększanie jej przez zapisywanie nawet najmniejszych osiągnięć będzie motywować pacjenta do dalszej pracy [22].

Istotnym elementem w pracy terapeutycznej jest wykonywanie zadań behawioralnych poza sesjami. Badania wykazały, że zarówno tuż po leczeniu, jak i po 6 miesiącach od zakończenia terapii poprawa stanu psychicznego korelowała z kilkoma czynnikami, w tym ze stosowaniem behawioralnych zadań w postaci „pracy domowej”. Wyniki podkreślają rolę ćwiczeń w praktyce, a przypominanie o konieczności wykonania zadania (np. telefon od terapeuty, karteczki „przypominacze”, formularze) znacząco poprawia wyniki leczenia [15, 16].

Ważna jest też częsta psychoedukacja oraz unikanie psychologicznego żargonu – lepiej np. powiedzieć „zmartwienie” zamiast „niepokój” albo „spotkanie” zamiast „sesja terapeutyczna”. Modyfikowanie standardowej CBT w GAD u osób starszych to także używanie technik stosowanych w leczeniu innych zaburzeń, np. zaburzeń snu, które często towarzyszą objawom lękowym [14].

Z powodu korelacji problemów fizycznych z psychologicznymi zasadniczą umiejętnością terapeuty osób starszych powinno być omawianie zdrowia i jego wpływu na samopoczucie. Terapeuta musi rozumieć psychologiczny aspekt choroby przewlekłej, bólu, konieczności stałego przyjmowania leków i występowania po nich objawów niepożądanych. Osoby w podeszłym wieku mają tendencje do bycia „nieszczęśliwymi”, ponieważ katastrofizują negatywne wydarzenia i generalizują przyczyny niepowodzeń, np. smutek z powodu straty wzroku jest uważany za naturalny, ale depresja może być rezultatem uogólnienia straty i przewidywania, że słuch, myślenie i inne funkcje także

zostaną utracone. Zatem radzenie sobie z chorobą przewlekłą i niesprawnością jest kolejnym istotnym elementem w terapii [9].

Jeżeli jest to terapia grupowa, zaleca się prowadzenie jej przez dwóch terapeutów. Jeden pracuje z pacjentami a drugi robi notatki. To umożliwi spisywanie danych z sesji, mogących być w przyszłości dowodem zaszytych zmian [22].

Podsumowanie

Zaburzenia lękowe są znacząco mniej przebadane w stosunku do innych zaburzeń psychicznych w geriatrycznej psychopatologii. Jest to zaskakujące, ponieważ większość danych epidemiologicznych dowodzi, że lęk jest bardziej powszechny w podeszłym wieku niż depresja [9]. Niedostatek badań wynika z błędnego mniemania, że lęk w podeszłym wieku jest jedynie objawem towarzyszącym depresji lub innym zaburzeniom psychicznym. Z tego powodu osoby starsze z zaburzeniami lękowymi rzadziej niż z zaburzeniami nastroju szukają pomocy u psychiatry. Dlatego przede wszystkim więcej uwagi należy poświęcić rozpoznawaniu tych zaburzeń i wdrażaniu leczenia. Psychoterapia obok farmakoterapii wydaje się metodą z wyboru. Przytoczone powyżej badania świadczą o efektywności CBT u osób w podeszłym wieku z GAD, pomimo istnienia wielu ograniczeń, np.: mała liczba badań, często brak grupy kontrolnej, zbyt mała liczba badanych, brak długotrwałych obserwacji po zakończeniu terapii, to, że uczestnikami terapii są zazwyczaj osoby w wieku 65–74 lat, dobrze funkcjonujące, rasy białej, dobrze wyedukowane, często pacjenci oddziałów klinicznych, że mało wiadomo o osobach, które nie spełniają wymaganych kryteriów, że w niektórych przypadkach leczenie trwało względnie krótko (4–10 tygodni) i nie obejmowało wielu objawów.

Jednak pomimo zachęcających wyników ciągle nie znamy odpowiedzi na wiele pytań. Konieczne są dalsze badania, aby ulepszać strategie leczenia GAD u osób w podeszłym wieku, potwierdzać efektywność CBT i poprawiać reakcje na leczenie.

Обзор исследований эффективности познавательно-бихевиоральной терапии при общих фобийных нарушениях у лиц преклонного возраста

Содержание

Среди часто появляющихся фобийных нарушений у людей преклонного возраста, такие общие нарушения (generalized anxiety disorders ТП-Б) присутствуют более часто. Однако, относительно реже диагностированы и наименее исследованы, м.п. ввиду на несколько различный клинический характер и методологические трудности. В статье обращено внимание на специфику этих нарушений в популяции людей преклонного возраста. При лечении этого нарушения фармакотерапия мало эффективна и поэтому предлагается также применение нефармакологических методов. Один из них – это познавательно бихевиоральный метод (cognitive-behavioral therapy – CBT). В настоящей статье представлен обзор исследований эффективности ТП-Б при общих фобийных нарушениях, с учетом многочисленных факторов, характерные различия в преклонном возрасте.

Studienübersicht zur Wirksamkeit der bevioral - kognitiven Therapie in allgemeinen Angststörungen bei Personen im hohen Alter

Zusammenfassung

Unter den breit auftretenden Angststörungen bei Personen im hohen Alter sind die allgemeinen Angststörungen (generalized anxiety disorder – GAD) am häufigsten, aber verhältnismäßig seltener

diagnostiziert und bedeutend weniger erforscht, ua. wegen eines etwas anderen klinischen Bildes und wegen methodologischer Schwierigkeiten. Im Artikel wurde auf die Eigentümlichkeit von GAD in der Population der älteren Menschen aufmerksam gemacht. Bei der Behandlung dieser Störung ist die Pharmakotherapie nicht genügend wirksam und dabei wird auch die Anwendung der nicht – pharmakologischen Methoden geraten. Eine von ihnen ist die behavioral-kognitive Therapie (cognitive-behavioral therapy – CBT). Der vorliegende Artikel enthält die Übersicht der Studien an der Wirksamkeit von CBT in GAD bei den älteren Personen. Er bespricht auch die Modifizierungen der standardisierten CBT, die zahlreiche Faktoren und Unterschiedlichkeiten berücksichtigen, die für das hohe Alter charakteristisch sind.

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) de l'anxiété généralisée des personnes âgées – revue de littérature

Résumé

L'anxiété généralisée chez les personnes âgées est très fréquente mais aussi la moins connue et examinée à cause de son image clinique variée et à cause des difficultés méthodologiques. Cet article présente la spécificité de l'anxiété généralisée chez les personnes âgées. La pharmacothérapie n'est pas effective dans le traitement de ces troubles et on y recommande aussi la thérapie cognitivo-comportementale. L'article donne la revue des recherches concernant l'efficacité de cette thérapie chez les personnes âgées. L'auteur décrit encore les modifications de cette thérapie y compris plusieurs facteurs typiques et spécifiques pour les personnes âgées.

Piśmiennictwo

1. Flint AJ. *Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly*. Am. J. Psychiatry 1994; 151: 640–649.
2. De Beurs E, Beekman ATF, van Balkom AM, Deeg DH, Van Dyck R, van Tilburg W. *Consequences of anxiety in older persons: Its effect on disability, well-being and use of health services*. Psychol. Med. 1999; 29: 583–593.
3. Reinecke MA, Clark DA, red. *Psychoterapia poznawcza w teorii i w praktyce*. Gdańsk: GWP; 2005.
4. Mohlman J. *Psychosocial treatment of late-life generalized anxiety disorder: Current status and future directions*. Clin. Psychol. Rev. 2004; 24: 149–169.
5. Ayers CR, Sorrel JT, Thorp SR, Wetherell JL. *Evidence-based psychological treatments for late-life anxiety*. Psychol. Aging 2007; 22: 8–17.
6. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskaźniki diagnostyczne*. Kraków-Warszawa: UWM „Vesalius”, IPiN; 2000.
7. Wciórka J, red. *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. Redakcja wydania I polskiego. Wrocław: Urban & Partner; 2008.
8. Borkovec TD. *Comments on “Worry as a phenomenon related to the elderly”*. Behav. Ther. 1988; 19: 381–383.
9. Satre D, Knight B, David S. *Cognitive-behavioral interventions with older adults: Integrating clinical and gerontological research*. Profess. Psychol. Res. Pract. 2006; 37: 489–498.
10. Stanley MA, Novy DM. *Cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder in late life*. J. Anx. Disord. 2000; 14: 191–207.
11. Clark DM, Fairburn ChG, red. *Terapia poznawczo-behawioralna. Badania naukowe i praktyka kliniczna*. Gdynia: Alliance Press; 2006.
12. King P, Barrowclough C. *A clinical pilot study of cognitive-behavioural therapy for anxiety disorders in the elderly*. Behav. Psychother. 1991; 19: 337–345.

13. Stanley MA, Beck JG, Glassco JD. *Treatment of generalized anxiety in older adults: A preliminary comparison of cognitive-behavioral and supportive approaches*. Behav. Ther. 1996; 27: 565–581.
14. Stanley MA, Beck JG, Novy DM, Averill PM, Swann GJ, Diefenbach GJ i in. *Cognitive-behavioral treatment of late-life generalized anxiety disorder*. J. Consult. Clin. Psychol. 2003; 71: 309–319.
15. Stanley MA, Diefenbach GJ, Hopko DR. *Cognitive behavioral treatment for older adults with generalized anxiety disorder: A therapist manual for primary care settings*. Behav. Modific. 2004; 28: 73–117.
16. Mohlman J, Gorenstein EE, Kleber M, DeJesus M, Gorman JM, Papp LA. *Standard and enhanced cognitive-behavioral therapy for late-life generalized anxiety disorder*. Am. J. Geriatr. Psychiatry 2003; 11: 24–32.
17. Barrowclough C, King P, Colville J, Russell E, Burns A, Tarrrier N. *A randomized trial of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling for anxiety symptoms in older adults*. J. Consult. Clin. Psychol. 2001; 69: 756–762.
18. Gorenstein EE, Papp LA, Kleber MS. *Cognitive-behavioral treatment of anxiety in later life*. Cogn. Behav. Pract. 1999; 6: 305–319.
19. Wetherell JL, Gatz M, Craske MG. *Treatment of generalized anxiety disorder in older adults*. J. Consult. Clin. Psychol. 2003; 71: 31–40.
20. Arian P. *Cognitive-behavioral therapy with older adults*. Behav. Therap. 1993; 16: 236–239.
21. Nordhus IH, Pallesen S. *Psychological treatment of late-life anxiety: An empirical review*. J. Consult. Clin. Psychol. 2003; 71: 643–651.
22. Hyer L, Kramer D, Sohnle S. *CBT with older people: Alterations and the value of the therapeutic alliance*. Psychother. Theory Res. Pract. Train. 2004; 41: 276–291.
23. Pinguart M, Sörensen S. *How effective are psychotherapeutic and other psychosocial interventions with older adults? A meta-analysis*. Journal of Mental Health and Aging 2001; 7: 207–243.
24. Carstensen L, Isaacowitz D, Charles S. *Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity*. Am. Psychol. 1999; 54: 165–181.

Adres: II Klinika Psychiatrii
Instytut Psychiatrii i Neurologii
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 17.11.2008
Zrecenzowano: 5.05.2009
Otrzymano po poprawie: 6.05.2009
Przyjęto do druku: 6.05.2009

Dofinansowanie naukowych wyjazdów zagranicznych

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego informuje o możliwości uzyskania przez członków zwyczajnych Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dofinansowania ich udziału w zjazdach, sympozjach i konferencjach naukowych odbywających się za granicą. Zasady przyznawania dofinansowania określają załączone „Zasady”. Komitet „Konferencje Naukowe PTP” ZG PTP gromadzi na ten cel środki na koncie:

Polskie Towarzystwo Psychiatryczne Konferencje Naukowe, ul. Kopernika 21B 31-501 Kraków, w Banku PKO SA, Oddz. w Krakowie, Rynek Gł. 31, nr rachunku: 12401431-7001815-2700-401112-001.

Zarząd zachęca członków towarzystwa do korzystania z tej możliwości, a także do pozyskiwania sponsorów dla tej działalności.

Wnioski o dofinansowanie należy składać na adres komitetu na ręce prof. dr. hab. med. Jacka Bomby.

Zasady dofinansowania przez Zarząd Główny wyjazdów na zjazdy, sympozja, konferencje naukowe za granicą z funduszu „Konferencje Naukowe PTP”

1. Z refundacji kosztów udziału w zjazdach, konferencjach, sympozjach naukowych za granicą korzystać mogą członkowie zwyczajni Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

2. Refundacja nie może przekroczyć równowartości 1000 USD

3. Refundacja może być rozliczona jako:

a. stypendium ZGPTP (tzn. jako opodatkowany przychód)

b. delegacja – przy czym jej koszty nie mogą przekroczyć kwot określonych w pkt. 2.

4. Wniosek o dofinansowanie powinien wyprzedzać termin zjazdu i zawierać:

a. potwierdzenie członkostwa zwyczajnego z datą przyjęcia do PTP, dokonane przez sekretarza oddziału, oraz opłacenia składek członkowskich dokonane przez skarbnika oddziału

b. informację o imprezie

c. kopię streszczenia zgłoszonego doniesienia

d. kopię potwierdzenia przyjęcia doniesienia do programu zjazdu

5. Dofinansowanie może być przyznane tylko jednemu autorowi w przypadku prezentacji prac zbiorowych.

6. Osoby korzystające z dofinansowania składają Zarządowi Głównemu sprawozdanie ze sponsorowanego wyjazdu w takiej formie, by mogło być opublikowane w czasopiśmie towarzystwa.

7. Niniejsze zasady zostały przyjęte przez Zarząd Główny na posiedzeniu w dniu 7 kwietnia 1995 r.

8. W dniu 6 czerwca 2006 Zarząd Główny zmienił treść pkt 2 Regulaminu. Stypendium nie może przekraczać 1000 USD, niezależnie od miejsca konferencji.