

List do Redakcji

Czy jest możliwe wspomaganie poznawczej terapii behawioralnej, prowadzonej zdalnie, poprzez wyznaczenie tzw. zadań terapeutycznych?

Letter to Editor. Is it possible to support cognitive behavioral therapy, led remotely, by determining so-called therapeutic tasks?

Andrzej Brodziak¹, Alicja Różyk-Myrta², Agnieszka Wolińska²

¹ Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu

² Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nysie

Summary

In this letter to the Editor, the authors comment recent publications about the attempts to remote realizations of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) in the treatment of anxiety disorders in elderly. The distinguished clinical situation is a part of a wider problem that can be named as “global crisis of aging populations”. The use of CBT in many geriatric clinical situations is very effective, however, such therapy is very time-consuming, what hamper its widespread utilizations in practice. The authors therefore propose to support this form of treatment by determining so-called ‘therapeutic tasks’. They derive the rationale for the proposed method from the analysis of the acting elements of various, new forms of CBT in combination with the analysis of sources of psychological resistance (resilience) of those older people who are doing well. The essence of the method proposed by the authors is assigning tasks which facilitate to patients’ remembering of their ‘trajectory of life’. The patients are then much more aware of unresolved psychological conflicts. The next tasks aid the patients to search for solutions to such mental problems and create a balanced imagery of their lives.

Słowa kluczowe: zaburzenie lękowe, geriatryczny kryzys zdrowia psychicznego, terapia poznawczo-behawioralna, teoria umysłu, zadania terapeutyczne

Key words: anxiety disorder, geriatric mental health crisis, cognitive behavioral therapy, theory of mind, therapeutic tasks

Brenes i wsp. wykazali, że tzw. terapia poznawczo-behawioralna (cognitive behavioral therapy – CBT) realizowana „przez telefon” jest skuteczną formą leczenia osób starszych z uogólnionymi zaburzeniami lękowymi oraz że jest ona bardziej efektywna niż tzw. niedyrektywna terapia podtrzymująca [1]. Szczegółowy opis ich badania klinicznego pozwala uświadomić sobie jednak, jak wiele wysiłku i czasu wymaga jej stosowanie.

Eric J. Lenze w towarzyszącym omówieniu redakcyjnym tej metody podkreśla istniejące zapotrzebowanie na taką formę psychoterapii stosowanej wobec osób starszych odnośnie do zachodzącego „geriatrycznego kryzysu zdrowia psychicznego” [2]. Píše, że „potrzebujemy nowoczesnych, skutecznych pakietów wspomagających leczenie osób starszych, które można by zastosować na szeroką skalę”. Zauważa on jednak, że CBT-T „jest tak samo czasochłonna, jak zwykle stosowanie tego leczenia w trakcie wizyt u terapeuty”. Jest on jednak przekonany, że trzeba poszukiwać mniej czasochłonnych, być może skomputeryzowanych metod, aby wypełnić lukę pomiędzy potrzebami a dostępnością terapeutów [2].

Przeglądu danych na temat użyteczności CBT w leczeniu osób starszych, dotkniętych zespołami lękowymi, dokonała Chojnacka [3]. Podkreśliła ona, że leczenie uogólnionych zaburzeń lękowych jedynie lekami anksjolitycznymi nie jest wystarczające i że opieka zdrowotna w przypadku właśnie tego zespołu powinna być wspomagana przez niektóre formy psychoterapii [3]. Chojnacka przewidywała w swoim artykule rozwój różnych modyfikacji CBT, dostosowanych do leczenia osób w wieku podeszłym [3].

Kilka lat później Wilkos i wsp. omówili niektóre z tych nowych modyfikacji CBT [4].

Inni autorzy omawiają dalsze, jeszcze nowsze rodzaje psychoterapii [5, 6, 7]. Niektórzy autorzy zwrócili niedawno również uwagę na znaczenie wyobrażeń i wspomnień dotyczących postaw rodziców, co jest ważne, aby wypracowywać wyważoną ocenę własnego życia [8, 9].

Stosowanie większości z tych procedur terapeutycznych rzeczywiście wymaga dużych nakładów czasu i osobistego zaangażowania terapeutów. Niedawno zebraliśmy nasze doświadczenia w dziedzinie oceny czynników ryzyka zaburzeń poznawczych i prób ich modyfikacji wśród uczestników tzw. Uniwersytetu Trzeciego Wieku [10]. Pozwala to nam zaproponować częściowe rozwiązanie problemu czasochłonności stosowania CBT. Prezentację naszej propozycji należy jednak poprzedzić uwypukleniem istoty CBT. Ważne jest, aby zdać sobie sprawę, że CBT koncentruje się na rozwiązywaniu problemów [5].

Brenes i wsp. [1], którzy porównywali dwa rodzaje psychoterapii „dostarczane przez telefon”, stwierdzają, że ich procedura CBT polegała na: „poprawieniu uświadamiania sobie objawów lękowych, umniejszaniu napięcia emocjonalnego, usprawnieniu radzenia sobie z trudnościami, rozwiązywaniem problemów, eliminowaniem martwienia się, większą aktywnością i uczestnictwem w interakcjach społecznych. Dostarczana telefonicznie niedyrektywna terapia wspierająca (NST) polegała natomiast jedynie na tworzeniu „cieplej, akceptującej atmosfery i relacji wspierającej”.

Wilkos i wsp. wyjaśniają, że tzw. terapia usprawniania poznawczego (cognitive remediation therapy – CRT) poprawia metodologię rozumowania, innymi słowami, usprawnia planowanie i kontrolę procesów myślowych, a zwłaszcza polepsza

zdolność do zmiany własnych przekonań [4]. CRT jest zazwyczaj stosowana jako wprowadzenie do zasadniczych sesji CBT. Z kolei tzw. terapia poznawcza oparta na uważności (mindfulness-based cognitive therapy – MBCT), wywodząca się z technik kontemplacyjnych Dalekiego Wschodu, zwiększa zdolność do myślowego „pozostawania w czasie obecnym” i zdolność do doświadczania własnych emocji i sygnałów z wnętrza ciała. MBCT może być wstępem do stosowania jednego z nowych rodzajów CBT, tzw. jej „trzeciej fali”, tzn. do terapii akceptacji i zaangażowania (acceptance and commitment therapy – ACT) [4]. Terapeuci ACT zachęcają pacjentów do zaakceptowania i skupienia się na dążeniu do tego, co jest ich osobistymi wartościami, i dokonywania wyborów zgodnych z ich przekonaniami. Nową procedurą terapeutyczną jest również tzw. trening umiejętności poznania społecznego (social cognitive and interaction training – SCIT) [4]. W początkowej fazie jej stosowania technika ta ułatwia rozpoznawanie emocji, a potem ułatwia eliminowanie obwiniania innych i przypisywania im wrogich intencji, jak również zapobiega wyciąganiu pochopnych wniosków bez dogłębnej analizy sytuacji. Prowadzi to do poprawy tak zwanej teorii umysłu. Ta stosunkowo nowa koncepcja struktur neuronalnych, zwanych teorią umysłu (theory of mind – ToM), umożliwia człowiekowi rozważanie własnych przekonań, zamiarów, pragnień i rozumienie, że są one odmienne u innych ludzi.

Istotna jest także znajomość źródeł odporności psychicznej osób w podeszłym wieku. Opublikowano badania dotyczące tego zagadnienia [11, 12]. Janssen i wsp. stwierdzają, że głównymi źródłami odporności psychicznej osób starszych są: „przekonania o własnej kompetencji, kontrolowanie swojej sytuacji, zadowolenie z cech własnej osobowości, radzenie sobie ze swoimi ułomnościami, zdolności do pogodnego przewidywania przyszłych, kolejnych strat, opanowanie niezbędnych umiejętności praktycznych, akceptacja doznawanej pomocy i wsparcia, zrównoważona ocena własnego życia, umiejętność, aby nie postrzegać siebie jako ofiary, oraz zdolności do postawy »carpe diem«” [11]. Ważna jest tu także jakość interakcji społecznych, zwłaszcza tzw. „moc dawania”. Rutten i wsp. piszą z kolei, że odporność zależy od „bezpiecznych związków z innymi, doświadczania pozytywnych emocji oraz posiadania w życiu celu”. Twierdzą, że kluczowe jest doznawanie przeżyć nagradzających [12].

Istnieje pewna zgodność pomiędzy celami poszczególnych form CBT i determinantami odporności osób starszych.

Kluczem do zredukowania czasochłonności stosowania CBT jest możliwość wzmacniania aktywności struktur neuronalnych, zwanych wyżej teorią umysłu, poprzez wyznaczanie i samodzielne wykonywanie specyficznych, dobranych zadań.

Realne, praktyczne zastosowanie proponowanej metody jest jednak możliwe jedynie przy założeniu, że:

- Terapeuta, który zamierza pomóc pewnemu pacjentowi, poznał go osobiście i: (a) ustalił uwarunkowania somatyczne jego zdrowia, (b) wskazał mu źródło formularza (rodzaj ankiety) umożliwiającego ustalenie szczegółów dotyczących jego trajektorii życia (zdrowia) [10], (c) ustanowił „kartotekę pacjenta” (plik danych), w której będą odnotowywane zlecane zadania wspierające i istniałe reakcje pacjenta;

- Proces wstępnego rozpoznania, a następnie leczenie, są już „ustrukturalizowane”. Przyczyny lęków, depresji i innych przejawów nieoptymalnego samopoczucia psychicznego powinny być usystematyzowane według najczęstszych, niekorzystnych wydarzeń życiowych. Takie ogniwa negatywnych trajektorii życia powinny być powiązane z możliwymi „poradami przeciwdziałającymi”, a następnie porady te powinny być zlecane pacjentom przez zadania zwiększające rozumienie istniejących problemów, zwiększające odporność, ułatwiające rozwiązywanie problemów [3–7].

Istota proponowanej metody polegałaby na wyznaczeniu kilku serii zadań, które byłyby wykonywane samodzielnie przez pacjenta. Pierwsza „diagnostyczna” seria dotyczyłaby działań wspomagających uświadomienie swojej trajektorii życiowej, tak aby utworzyć wyobrażenie zaistniałych, niekorzystnych przemian. Przykładami takich zadań byłyby zalecenia (1) rozpoczęcia spisywania własnej biografii, (2) odbycia podróży wzmagających przypominanie sobie faktów z przeszłości (tzw. osobiste pielgrzymki). Realizowanie takich zadań świetnie ilustrują powieści Particka Modiano („Perłka”, „Zagubiona dzielnica”, „Przyjechał cyrk”).

Druga seria zadań dotyczy psychologicznego „rozminowania” (zneutralizowania) nadal pamiętanych, niekorzystnych wydarzeń życiowych i wytworzenia tzw. „zrównoważonego oglądu własnego życia” [11]. Inne zadania powinny ułatwiać rozwiązywanie problemów [5, 6], adaptację do trudności życiowych [7] i uzyskiwanie doświadczeń nagradzających [12].

Owe zadania terapeutyczne mogą polegać w szczególności na zaleceniu przeczytania konkretnej powieści. Jest już udowodnione, że czytanie takich utworów poprawia nie tylko rozumienie sytuacji osobistej, ale zwykle zwiększa ogólną postawę empatyczną [13]. Na przykład zaleceniem dla pewnej kobiety, która została porzucona przez córkę, mogłoby być przeczytanie opowiadania napisanego przez Alice Munro pt. „Milczenie” (wydane w tomie „Uciekiniarka”, Wydawnictwo W.A.B., 2014).

Często pożądanym wysiłkiem mentalnym, ważnym dla uzyskania zrównoważonej oceny własnego życia, wymaga przekształcenia, zmian wyobrażenia i ocen dotyczących własnej rodziny. Przykładem książki ułatwiającej to zadanie jest np. powieść Johna Irvinga „Hotel New Hampshire” (Prószyński Media, 2013).

Aby nasza propozycja wspierania psychoterapii przez ustanawianie zadań terapeutycznych mogła być stosowana na większą skalę, należałoby przekonać wielu psychiatrów, psychologów klinicznych, lekarzy ogólnych i pielęgniarki do udziału we współtworzeniu zapisu zbioru danych dotyczących celnych pozycji z literatury, użytecznych dla wspomagania psychoterapii. Redaktorzy czasopism medycznych powinni przyzwalać na przedstawianie propozycji takich znalezionych i sprawdzonych, skutecznych narzędzi „pośredniej psychoterapii” [14].

Piśmiennictwo

1. Brenes GA, Danhauer SC, Lyles MF, Hogan PE, Miller ME. *Telephone-delivered cognitive behavioral therapy and telephone-delivered nondirective supportive therapy for rural older adults with generalized anxiety disorder: a randomized clinical trial*. JAMA Psychiatry 2015; 72(10): 1012–1020.
2. Lenze EJ. *Solving the geriatric mental health crisis in the 21st century*. JAMA Psychiatry 2015; 72(10): 967–968.
3. Chojnacka M. *Przegląd badań efektywności terapii poznawczo-behawioralnej w zaburzeniach lękowych uogólnionych u osób w podeszłym wieku*. Psychiatr. Pol. 2009; 43(5): 557–569.
4. Wilkos E, Tylec A, Kułakowska D, Kucharska K. *Najnowsze kierunki terapeutyczne w rehabilitacji pacjentów z zaburzeniami psychicznymi*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(4): 621–634.
5. Simon SS, Cordás TA, Bottino CM. *Cognitive Behavioral therapies in older adults with depression and cognitive deficits: a systematic review*. Int. J. Geriatr. Psychiatry 2015; 30(3): 223–233.
6. Alexopoulos GS, Raue PJ, Kiosses DN, Mackin RS, Kanellopoulos D, McCulloch C. i wsp. *Problem solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction: effect on disability*. Arch. Gen. Psychiatry 2011; 68(1): 33–41.
7. Kiosses DN, Ravdin LD, Gross JJ, Raue P, Kotbi N, Alexopoulos GS. *Problem adaptation therapy for older adults with major depression and cognitive impairment: a randomized clinical trial*. JAMA Psychiatry 2015; 72(1): 22–30.
8. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł, Cyranka K. *Zapamiętane postawy rodziców pacjenta a obraz zaburzeń nerwicowych – objawy związane i niezwiązane z seksualnością*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(5): 827–851.
9. Wajda Z. *Percepcja relacji między rodzicami oraz wzory przywiązania a nasilenie objawów psychopatologicznych u dziewcząt w późnej adolescencji*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(5): 853–864.
10. Brodziak A, Różyk-Myrta A, Wolińska, Ewa Ziółko. *The structuralized interview for evaluation of medical and mental risk factors, which predispose to the early cognitive impairment and dementia*. Med. Sci. Monit. 2015 (w recenzji).
11. Janssen BM, Van Regenmortel T, Abma TA. *Identifying sources of strength: resilience from the perspective of older people receiving long-term community care*. Eur. J. Ageing 2011; 8(3): 145–156.
12. Rutten BP, Hammels C, Geschwind N. *Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives*. Acta Psychiatr. Scand. 2013; 128(1): 3–20.
13. Kidd DC, Castano E. *Reading literary fiction improves theory of mind*. Science 2013; 342(6156): 377–380.
14. Jeste DV, Palmer BW, Rettew DC, Boardman S. *Positive psychiatry: its time has come*. J. Clin. Psychiatry 2015; 76(6): 675–683.

Adres: Andrzej Brodziak
Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego
41-200 Sosnowiec, ul. Kościelna 13

Otrzymano: 23.09.2015
Przyjęto do druku: 26.09.2015