

## Załącznik 1. Zastosowanie podejścia poznawczo- behawioralnego w leczeniu zaburzeń psychicznych określonych w klasyfikacji ICD-10.

Podejście poznawczo- behawioralne (ang. Cognitive- behaviour therapy, CBT) wywodzi się od czterech teorii uczenia się: warunkowania klasycznego (uczenie skojarzeniowe), warunkowania instrumentalnego (wpływ środowiska na kształtowanie zachowań), uczenia się przez obserwację (naśladowanie) oraz uczenia się kognitywistycznego (wpływ procesów myślowych na uczucia i zachowania).<sup>1</sup> Zostały one połączone w zintegrowane podejście mające postać rozmowy skupionej na temat tego, jak pacjent postrzega samego siebie, świat i innych oraz w jaki sposób zachowanie wpływa na myśli i uczucia. Terapia CBT ma na celu zmianę sposobu myślenia („poznawczość”) i zachowania („behawioryzm”), co przyczynia się do poprawy samopoczucia pacjenta. W odróżnieniu od innych rodzajów psychoterapii, CBT zajmuje się problemami i trudnościami w czasie terażniejszym. Nie skupia się na przyczynach problemów, ani na uprzednio pojawiających się objawach, lecz poszukuje sposobów poprawienia stanu świadomości pacjenta w chwili obecnej.<sup>2</sup>

Sesje terapeutyczne mogą mieć charakter indywidualny bądź grupowy. Istnieje również możliwość korzystania z podręczników samopomocy lub programów komputerowych. Dwa takie programy zostały ostatnio zatwierdzone do użytku w ramach państwowej służby zdrowia w Anglii i Walii. Program *Fear Fighter* przeznaczony jest dla ludzi cierpiących na fobie i ataki paniki. Program *Beating the Blues* skierowany jest do osób z depresją (łagodną lub o średnim natężeniu).<sup>2</sup>

Problemy mogące pojawić się w trakcie stosowania terapii poznawczo- behawioralnej polegają na trudności z koncentracją pacjenta będącego w stanie przygnębienia, co może utrudnić zrozumienie celu i zasad terapii. Może to wywołać dodatkowe przytłaczające emocje lub zniechęcenie. Dlatego ważne jest dostosowanie tempa terapii do postępów pacjenta. Ponadto wielu pacjentom opowiadanie o uczuciach depresji, lęku, wstydu lub złości może przychodzić z trudem.<sup>2</sup>

W ramach wstępnego przeglądu literatury odnaleziono dowody odnoszące się do zastosowania tej terapii w leczeniu takich problemów jak:

- Schizofrenia
- Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (natręctwa nerwicowe)
- Osobowość pograniczna (borderline)
- Choroba afektywna dwubiegunowa
- Zaburzenia nerwicowe
- Depresja
- Zespół stresu pourazowego
- Zaburzenia odżywiania
- Zaburzenia psychiczne organiczne (otępienie)
- Zachowania agresywne u osób upośledzonych umysłowo
- Myśli i tendencje samobójcze

Podejście poznawczo- behawioralne w leczeniu **schizofrenii** ma na celu pomoc pacjentowi w utworzeniu takich powiązań pomiędzy uczuciami a sposobem myślenia, aby zmniejszyć poczucie niepokoju. Pacjent jest zachęcany do oceny własnego postrzegania w kontekście racjonalnego wytłumaczenia obecnych objawów (urojeń). Pozytywny efekt na stan pacjenta ma poprawa strategii radzenia sobie ze stresem oraz rozwiązywania problemów.<sup>3</sup>

Trzy odnalezione w trakcie wstępnego wyszukiwania dowody wtórne<sup>3,4,5</sup> potwierdzają, iż terapia poznawczo- behawioralna może być uwzględniona u pacjentów ze schizofrenią. Jej zastosowanie należy rozważyć w terapii objawów psychozy, szczególnie u pacjentów opornych na dotychczasowe leczenie farmakologiczne, bądź psychologiczne. Istnieją dowody, iż objawy psychotyczne oporne na leczenie konwencjonalne mogą być znacząco zredukowane u większej części pacjentów. Jednakże redukcja tych objawów nie wydaje się przekładać na lepsze funkcjonowanie społeczne pacjentów. Terapia ta może zostać zastosowana zarówno u pacjentów w stabilnej, jak i ostrej, fazie choroby. Leczenie przy pomocy CBT jest dobrze tolerowane przez pacjentów. Najskuteczniejsze jest połączenie CBT z leczeniem farmakologicznym. Ciężko jest określić dokładnie, którzy pacjenci najbardziej skorzystają z zastosowania tej metody, a także, ze względu na różnorodność odnalezionych wyników, trudne jest ustalenie jednoznacznej przewagi CBT nad innymi sposobami leczenia. Zwrócono także uwagę na fakt, iż do zastosowania CBT potrzebny jest wykwalifikowany personel. Trudno przewidzieć jak będzie przedstawiała się efektywność tej metody przeprowadzanej przez mniej doświadczony personel.

**Zaburzenie obsesyjno- kompulsyjne** (ang. Obsessive compulsive disorder, OCD) rozwija się w następstwie natrętnych myśli, które odbierane są przez pacjenta jako zagrożenie i często związane są z podwyższonym poczuciem osobistej odpowiedzialności. Osoby z OCD starają się unikać obsesji wystrzegając się sytuacji lub obiektów, które mogą je wywołać. W chwili pojawienia się obsesji, angażują się w zachowania kompulsyjne, co prowadzi do chwilowej ulgi od niepokoju. Terapia poznawczo- behawioralna w leczeniu OCD polega na narażeniu pacjenta na wcześniej unikane sytuacje, jednocześnie zachęcając go to blokowania kompulsyjnych zachowań.<sup>6</sup>

CBT jest jedynym rodzajem psychoterapii o udokumentowanej skuteczności w OCD. Wybór CBT, leczenia farmakologicznego, bądź połączenia tych dwóch terapii zależy od nasilenia objawów, współwystępowania innych chorób, dostępności terapii poznawczo- behawioralnej, poprzedniego leczenia pacjenta, obecnie przyjmowanych leków oraz preferencji pacjenta. CBT powinno być zaproponowane pacjentom z OCD na początku leczenia, jeśli wykazują oni lekkie upośledzenie funkcjonowania. W takim przypadku CBT stanowi terapię pierwszego rzutu, przed zastosowaniem leczenia farmakologicznego. U pacjentów ze średnim stopniem upośledzenia funkcjonowania należy rozważyć wybór pomiędzy leczeniem farmakologicznym a CBT, gdyż wydaje się, iż te dwa sposoby leczenia są równie skuteczne. U pacjentów z silnym upośledzeniem funkcjonowania należy zastosować połączenie leczenia farmakologicznego i CBT. U dzieci i młodzieży CBT jest terapią z wyboru i powinna być dostosowana do wieku oraz uwzględniać w procesie również rodziców czy opiekunów. CBT u dzieci i młodzieży jest przynajmniej tak samo skuteczne jak samo leczenie farmakologiczne, natomiast w połączeniu z farmakoterapią jest bardziej skuteczne w porównaniu do samej farmakoterapii. U dorosłych pacjentów nie zauważono różnic pomiędzy psychoterapią a leczeniem konwencjonalnym wobec objawów depresji oraz niepokoju. Zauważono natomiast przewagę psychoterapii nad leczeniem konwencjonalnym w kontekście jakości życia pacjentów z OCD. Personel przeprowadzający CBT powinien zostać odpowiednio przeszkolony i podlegać superwizji.<sup>6,7,8,9</sup>

**Osobowość pograniczna** (ang. borderline personality disorder, BPD) została rozpoznana jako zaburzenie będące na pograniczu psychozy oraz nerwicy. Wyróżnia się trzy podstawowe komponenty kliniczne tego zaburzenia: niestabilne poczucie własnej osobowości połączone z trudnościami w stosunkach interpersonalnych, dużą impulsywność oraz zaburzenia nastroju. Psychoterapia w leczeniu osobowości pogranicznej cechuje się dużym ustrukturyzowaniem,

konsekwencją, a także obejmuje rozwiązywanie problemów w relacjach międzyludzkich, rozpoczynając od utworzenia pozytywnego związku między pacjentem a terapeutą.<sup>10,11</sup>

Zastosowanie CBT w leczeniu pacjentów z osobowością pograniczną jest wciąż terapią eksperymentalną i wymaga potwierdzenia jej skuteczności w tym zaburzeniu. Kilka obecnie dostępnych badań potwierdza, iż CBT może skutkować zmniejszeniem niepokoju, depresji, częstości występowania samookaleczenia oraz hospitalizacji, a także redukcją nadmiernego zużycia leków. Niestety dostępne dowody są obarczone wysokim stopniem niepewności.<sup>10,11</sup>

**Choroba afektywna dwubiegunowa** (ang. Bipolar affective disorder, BD) jest to zaburzenie charakteryzujące się naprzemiennym występowaniem epizodów obniżonego nastroju (depresji) oraz podwyższonego nastroju (manii/hipomanii). Zastosowanie psychoterapii w chorobie afektywnej dwubiegunowej bazuje na dostępnych dowodach jej skuteczności w leczeniu depresji, jako zaburzenia jednobiegunowego.<sup>12,13</sup>

Rekomendacje dotyczące stosowania CBT w chorobie afektywnej dwubiegunowej odnalezione zostały w dwóch opracowaniach wtórnych. W jednym z nich uznano, iż CBT jest bardziej skuteczna w porównaniu do standardowego leczenia psychologicznego oraz braku leczenia w profilaktyce nawrotów choroby, a także iż poprawia funkcjonowanie społeczne pacjentów z BD. Wytyczne NICE rekomendują natomiast stosowanie CBT jedynie u kobiet w ciąży, u których objawiła się depresja, w preferencji do leków przeciwdepresyjnych.<sup>12,13</sup>

**Zaburzenia nerwicowe oraz depresja** są to zaburzenia dotykające dużej części populacji. Zaburzenia nerwicowe polegają na intensywnym odczuwaniu lęku oraz zdenerwowania w połączeniu z poczuciem zagrożenia. Natomiast depresja odznacza się poczuciem beznadziei, bezsensu oraz obniżonym nastojem przez dłuższy okres. CBT w leczeniu tych zaburzeń polega na skupieniu na uczuciach, myślach oraz zachowaniu pacjenta.<sup>14</sup>

CBT w leczeniu zaburzeń nerwicowych ma udowodnione najdłuższe utrzymywanie się efektu terapeutycznego i powinno być dostępne dla pacjentów. Istnieje jednak potrzeba dalszego rozwoju tej terapii w celu uzyskania długoterminowych zmian stanu pacjenta. W Anglii funkcjonuje obecnie w ramach państwowej służby zdrowia komputerowa wersja terapii poznawczo-behawioralnej. Polega ona na przestrzeganiu przez pacjenta instrukcji terapii w wersji komputerowej. Leczenie nadzorowane jest przez terapeuta drogą elektroniczną bądź telefoniczną. Prowadzone badania na temat skuteczności programu Fear Fighter wykazały przewagę komputerowej wersji CBT w leczeniu zaburzeń nerwicowych nad brakiem leczenia oraz telefonicznymi grupami wsparcia. Nie wykazano natomiast różnic w porównaniu z CBT prowadzoną przez psychoterapeutę.<sup>14,15,16</sup>

U pacjentów z lekką depresją rekomenduje się program samopomocy oparty na zasadach CBT. Dla pacjentów zarówno z lekką, jak i umiarkowaną depresją rekomenduje się zastosowanie klasycznej CBT. Dla pacjentów z silnym nasileniem objawów lub depresją oporną na leczenie rekomenduje się połączenie leków przeciwdepresyjnych i indywidualnej CBT, gdyż terapie te w połączeniu są bardziej skuteczne niż każda z osobna. CBT powinna zostać uwzględniona u pacjentów z nawrotem depresji, pomimo stosowania leków przeciwdepresyjnych oraz u pacjentów preferujących leczenie psychologiczne. U dzieci i młodzieży z umiarkowaną bądź silną depresją psychoterapia (w tym CBT) traktowana jest jako terapia pierwszego rzutu, oczywiście z zastrzeżeniem, iż powinna być ona prowadzona przez personel przygotowany do pracy z dziećmi. Dostępny w Anglii program komputerowy Betting the Blues, oparty na zasadach CBT, wykazał większą skuteczność w leczeniu depresji

w porównaniu do braku leczenia, standardowej terapii oraz telefonicznych bądź internetowych grup dyskusyjnych. Nie wykazano natomiast różnic pomiędzy komputerową a klasyczną wersją CBT.<sup>14,17,18,19</sup>

**Zespół stresu pourazowego** (ang. Post-traumatic stress disorder, PTSD) rozwija się w następstwie stresującego wydarzenia bądź sytuacji o szczególnie zagrażającym lub katastroficznym charakterze u ok. 25-30% osób. Najczęstszymi objawami PTSD są: powtórne przeżywanie niektórych aspektów traumatycznego wydarzenia, unikanie przypominania o traumie, a także emocjonalne znieczulenie.<sup>20</sup>

Wszystkim pacjentom powinna zostać zaoferowana psychoterapia (w tym CBT) w ciągu pierwszego miesiąca po urazie. Dotyczy to także dzieci i młodzieży z silnymi objawami PTSD oraz molestowanych seksualnie, z zastrzeżeniem dostosowania terapii do wieku dziecka i okoliczności traumy.<sup>20</sup>

Najczęstszymi **zaburzeniami odżywiania** są: anoreksja, bulimia oraz bulimia atypowa. Bulimia jest pierwszym wyodrębnionym zaburzeniem odżywiania, polegającym na niekontrolowanym objadaniu się u osób o normalnej wadze ciała lub u osób z nadwagą. Osoba taka angażuje się następnie w zachowania mające na celu obniżenie wagi ciała takie jak: powodowanie wymiotów oraz stosowanie środków diuretycznych w bulimii typowej lub restrykcyjna dieta oraz intensywne ćwiczenia fizyczne w bulimii atypowej. Anoreksja natomiast jest zaburzeniem polegającym na niemożności utrzymania normalnej wagi ciała, ze względu na obsesyjne niezadowolenie z wymiarów własnego ciała. Leczenie psychologiczne zaburzeń odżywiania obejmuje CBT.<sup>21,22,23</sup>

CBT jest psychoterapią z wyboru u pacjentów z bulimią. Może przyczynić się do zmniejszenia ilości dni, w których pacjent się objada, bądź ilości epizodów objadania się, zarówno w krótkim jak i długim okresie. U pacjentów z anoreksją CBT może zmniejszać ryzyko nawrotów choroby u osób dorosłych, u których unormowano masę ciała. Terapia ta wymaga jednak regularnego monitoringu pacjenta. W bulimii atypowej CBT zmniejsza częstość występowania napadów objadania się, jednak nie powoduje zmniejszenia wagi. Dowody potwierdzające skuteczność tej metody w leczeniu zaburzeń odżywiania są jednak obarczone dużą niepewnością ze względu na niską jakość dostępnych badań.<sup>21,22,23</sup>

**Otępienie** jest to ogólne określenie obejmujące utratę funkcji intelektualnych, w tym pamięci, znaczny spadek możliwości wykonywania czynności codziennych oraz często zmiany w zachowaniu. Obejmuje takie zaburzenia jak: otępienie w chorobie Alzheimera, otępienie naczyniowe, otępienie w chorobie Creutzfeldta-Jakoba, otępienie w chorobie Parkinsona, otępienie czołowo- skroniowe oraz otępienie mieszane.<sup>24</sup>

Terapia behawioralna może być zastosowana u pacjentów z otępieniem w celu zmniejszenia objawów depresji u tych osób. Natomiast komponent poznawczy, mimo iż nie powoduje ogólnej poprawy funkcjonowania pamięci, pozwala na poprawę niektórych jej elementów.<sup>24</sup>

Terapia poznawczo- behawioralna jest także stosowana w radzeniu sobie z agresywnymi zachowaniami u osób upośledzonych umysłowo, a także u dzieci i młodzieży molestowanej seksualnie oraz u mężczyzn stosujących przemoc w rodzinie. Ponadto rozważono poniżej jej zastosowanie w leczeniu myśli i tendencji samobójczych.

Istnieją pewne dowody na skuteczność CBT w długoterminowym leczeniu agresji u osób z upośledzeniem umysłowym. Ze względu na fakt, iż CBT jest często stosowana jako terapia pierwszego rzutu, konieczne jest dalsze potwierdzenie jej skuteczności. Dyskusyjnym jest stwierdzenie, iż CBT jest leczeniem preferowanym w stosunku do leków przeciwpsychotycznych, które wiążą się z występowaniem licznych działań niepożądanych.<sup>25</sup>

Nie odnaleziono dowodów, iż CBT może być uznawana za leczenie z wyboru u dzieci i młodzieży molestowanej seksualnie. Jednakże wyniki dostępnego przeglądu nie są jednoznaczne. Istnieje konieczność przeprowadzenia dalszych badań w celu ustalenia rzeczywistej skuteczności CBT w tej grupie osób.<sup>1</sup>

CBT jest jedną z najczęściej wykorzystywanych metod leczenia mężczyzn stosujących przemoc w rodzinie wobec kobiet. Jednak wyniki odnalezionych badań nie są wystarczające, aby wyciągnąć z nich jednoznaczne wnioski na temat skuteczności tej metody w redukcji męskiej przemocy.<sup>26</sup>

Terapia poznawczo- behawioralna jest także stosowana w leczeniu myśli i tendencji samobójczych. Odnalezione dowody wskazują na pewną skuteczność tej terapii w redukcji tendencji samobójczych, włącznie ze zmniejszeniem częstości samookaleczeń oraz myśli samobójczych, jednak nie wykazano statystycznie istotnych różnic w odniesieniu do popełnianych samobójstw. Wspomniane dowody posiadają jednak niską jakość, a zatem wnioski te są obarczone dużą niepewnością.<sup>27</sup>

## Piśmiennictwo:

1. Macdonald G, Higgins JPT, Ramchandani P. Cognitive- behavioural interventions for children who have been sexually abused. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4, Art. No.: CD001930, DOI: 10.1002/14651858.CD001930.pub2.
2. Internetowy portal The Royal College of Psychiatrists, [www.rcpsych.ac.uk](http://www.rcpsych.ac.uk)
3. Jones C, Cormac I, Silveira da Mota Neto JI, Campbell C. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4, Art. No.: CD000524. DOI: 10.1002/14651858.CD000524.pub.2.
4. National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical guideline 82. Schizophrenia, Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. March 2009.
5. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, SIGN Publication Number 30, Psychosocial Interventions in the Management of Schizophrenia, A National Clinical Guideline, October 1998.
6. Gava I, Barbui C, Aguglia E, Carlino D, Churchill R, De Vanna M, McGuire H. Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD005333. DOI: 10.1002/14651858.CD005333.pub.2.
7. National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical guideline 31. Obsessive- compulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. November 2005.
8. O'Kearney RT, Anstey K, von Sanden C. Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD004856. DOI: 10.1002/14651858.CD004856.pub.2.
9. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive- compulsive disorder. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2007.
10. Binks C, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD005652. DOI: 10.1002/14651858.CD005652.
11. Brazier J, Tumor I, Holmes M, Ferriter M, Parry G, Dent-Brown K, *et al.* Psychological therapies including dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: a systematic review and preliminary economic evaluation. *Health Technol Assess* 2006;10(35).
12. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, SIGN Publication Number 82, Bipolar affective disorder, A National Clinical Guideline, May 2005.
13. National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical guideline 38. Bipolar disorder, The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. July 2006.
14. The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. Computer-Based Cognitive Behavioural Therapy for Anxiety Disorders or Depression, SBU alert report No: 2007-03. June 2006.
15. National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical guideline 22. Anxiety (amended), Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalized anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. April 2007.

