

Agnieszka Popiel<sup>1</sup>, Ewa Pragłowska<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Wydział Psychologii, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie

<sup>2</sup>Interdyscyplinarne Centrum Genetyki Zachowania Uniwersytetu Warszawskiego

## Psychoterapia poznawczo-behawioralna — praktyka oparta na badaniach empirycznych

Artykuł opracowany w ramach Programu PL0088 Mechanizmu Finansowego Islandii, Liechtensteinu i Norwegii oraz Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

### Streszczenie

Współczesna terapia poznawczo-behawioralna to cała grupa terapii odwołujących się do wspólnych założeń teoretycznych, zgodnie z którymi dysfunkcyjne zachowania i emocje jednostki można wyjaśnić na podstawie teorii uczenia się i uwzględnienia mediacyjnej roli procesów poznawczych. Wspólne rozumienie celu terapii dotyczy skutecznej poprawy jakości życia pacjenta. Cel ten jest osiągnięty dzięki wykorzystaniu mechanizmów wynikających z założeń teoretycznych — poprzez modyfikację zachowań i sposobu myślenia. Odbyna się to w procesie terapii, którego zasadnicze cechy stanowią: oparcie na współpracy między terapeutą a pacjentem, zorientowanie na rozwiązanie problemu, skupienie na teraźniejszości, ograniczenie w czasie, a także zastosowanie adekwatnych technik terapeutycznych. Badania naukowe nad skutecznością terapii poznawczo-behawioralnej sprawiły, że obecnie jest ona najlepiej udokumentowaną formą leczenia metodami psychologicznymi i znajduje się w algorytmach postępowania terapeutycznego w leczeniu zaburzeń lękowych, afektywnych, schizofrenii, zaburzeń odżywiania, uzależnień i zaburzeń osobowości.

*Psychiatria w Praktyce Klinicznej 2009; 2, 3: 146–155*

**słowa kluczowe:** psychoterapia poznawczo-behawioralna, skuteczność, algorytmy

### Wstęp

Po ponad 80 latach od wprowadzenia metod terapii behawioralnej i 40 latach od powstania terapii poznawczej liczne formy terapii, w których teoretyczną podstawę rozumienia psychopatologii stanowią psychologia poznawcza i teorie uczenia się, a istotnym celem jest weryfikacja empiryczna założeń i skuteczności oddziaływań, są określane jako terapia poznawczo-behawioralna [1]. Do nurtu tego zalicza się bardziej poznawcze metody oddziaływań (np. „klasyczną” terapię poznawczą Becka [2]), metody bardziej behawioralne (np.

leczenie fobii prostych metodami relaksacji stosowanej czy stopniowanego napięcia mięśni Östa [3]), a także behawioralno-poznawcze [np. metodę przedłużonej ekspozycji i przetwarzania emocjonalnego w leczeniu zespołu stresu pourazowego (PTSD, *post-traumatic stress disorder*) Foa i wsp. [4]].

W artykule dotyczącym wyzwań wobec współczesnej terapii poznawczo-behawioralnej Mansell zwraca jednak uwagę na podstawową trudność — nie istnieje dobra, syntetyczna i wyczerpująca definicja terapii poznawczo-behawioralnej [5]. W zależności od kontekstu posługujemy się więc opisem, w którym podkreśla się jeden z aspektów — założenia teoretyczne behawioryzmu albo terapii poznawczej, ważne cechy charakterystyczne procesu terapii czy też cel, jakim jest skuteczna pomoc w rozwiązywaniu problemów jednostki.

Ogólnie więc **terapia poznawczo-behawioralna** to cała grupa terapii. Te różne formy terapii odwołują

Adres do korespondencji:  
dr n. med. Agnieszka Popiel  
Interdyscyplinarne Centrum Genetyki Zachowania  
Uniwersytetu Warszawskiego  
ul. Stawki 5/7, pok. 12, 00–183 Warszawa  
tel.: 507 130 853, faks: (022) 831 62 32  
e-mail: agnieszka.popiel@gmail.com

się do wspólnych założeń teoretycznych, zgodnie z którymi objawy psychopatologiczne lub szerzej — dysfunkcyjne zachowania i emocje jednostki — można wyjaśnić na podstawie teorii uczenia się i uwzględnienia mediacyjnej roli procesów poznawczych. Wspólne rozumienie celu terapii dotyczy skutecznej poprawy jakości życia pacjenta. Cel ten osiąga się z wykorzystaniem mechanizmów wynikających z założeń teoretycznych — poprzez modyfikację zachowań i sposobu myślenia. Odbywa się to w procesie terapii, którego zasadnicze cechy stanowią: oparcie na współpracy między terapeutą a pacjentem, zorientowanie na rozwiązanie problemu, skupienie na teraźniejszości, ograniczenie w czasie oraz stosowanie odpowiednich technik terapeutycznych. Skuteczność oddziaływań psychoterapeutycznych jest poddawana ocenie, analogicznie do oceny skuteczności farmakoterapii — w badaniach eksperymentalnych wpisanych w nurt medycyny opartej na dowodach naukowych (EBM, *evidence based medicine*).

### **Terapia poznawczo-behawioralna — założenia teoretyczne i rozwój koncepcji**

Terapia poznawczo-behawioralna przeszła w ciągu niemal 80 lat ewolucję, od terapii behawioralnej, poprzez poznawczą, do form terapii określanых obecnie mianem „trzeciej fali”.

### **Terapia behawioralna — bodziec, reakcja — obserwacja zależności jako podstawa modyfikacji zachowania**

Pierwsza fala terapii poznawczo behawioralnej — terapia behawioralna jest oparta na koncepcji i procesach uczenia się, opisanych w behawiorystycznym modelu psychicznego funkcjonowania człowieka. Wówczas, dzięki wnikliwej obserwacji zachowań jednostki i pomiarowi ich intensywności, sformułowano podstawy teorii uczenia się. Zgodnie z tym modelem jednostka uczy się zachowań nieprzystosowawczych na podstawie własnych doświadczeń i obserwacji. Zachowania, w tym dysfunkcyjne, są pochodną wzajemnych oddziaływań między wzmocnieniami i specyficznymi reakcjami na określone sytuacje bodźcowe. Do modyfikacji lub eliminacji niepożądanego zachowania można więc również wykorzystać procesy uczenia się i ich reguły.

Behawiorysty postulowali, aby koncepcja wyjaśniająca ludzkie zachowanie, w tym objawy psychopatologiczne, wywodziła się z najbardziej współczesnej wiedzy dotyczącej funkcjonowania człowieka, na którą składałyby się teoria i jej weryfikacja empiryczna. Techniki terapeutyczne byłyby niczym innym jak wykorzystaniem

tych potwierdzonych empirycznie mechanizmów funkcjonowania do modyfikacji zachowania, zaburzonego w stanach psychopatologicznych. Miarą ich skuteczności byłaby ponownie weryfikacja empiryczna. Wyniki badań nad terapią, na zasadzie sprzężenia zwrotnego, wskazują na wymagające dopracowania aspekty teorii funkcjonowania, psychopatologii, a także praktycznych aspektów oddziaływania terapeutycznego.

Behawioralne modele zaburzeń lękowych odwołują się do podstawowych mechanizmów warunkowania klasycznego i instrumentalnego zintegrowanych na przykład w dwuetapowej teorii powstawania fobii Mowrera [6]. Warunkowa reakcja leku powstaje w pierwszym etapie — w mechanizmie warunkowania klasycznego: skojarzenie bodźca neutralnego, warunkowego (CS, *conditioned stimulus*) z awersyjnym bodźcem bezwarunkowym (UCS, *unconditioned stimulus*). Opuszczenie sytuacji, w której wystąpił dyskomfort, powoduje ustąpienie fizjologicznych objawów lęku. Jest to etap drugi — warunkowanie instrumentalne — brak przykrego uczucia lęku w wyniku zastosowania unikania stanowi wzmocnienie negatywne. Unikanie zostaje więc włączone do arsenału podstawowych strategii behawioralnych (a na poziomie diagnostycznym jest jednym z podstawowych objawów fobii). Za sprawą tej strategii jednostka traci szansę na takie doświadczenie, które nie wiązałoby się z zagrażającymi zdrowiu konsekwencjami. Behawioralny model terapii zakładałby zaistnienie możliwości zaobserwowania wygaszania warunkowej, nieprzyjemnej reakcji lęku, operowanie wzmocnieniami mogłoby stworzyć bardziej adaptacyjne możliwości rozwoju niż unikanie strategii behawioralnych. Terapia behawioralna opiera się na wnikliwej diagnozie (funkcjonalnej analizie zachowania pozwalającej na ocenę jego kontekstu) okoliczności poprzedzających — bodźców, samego zachowania i jego konsekwencji o charakterze wzmocnień. Główne metody terapii to wygaszanie i/lub hamowanie zachowań dysfunkcyjnych z wykorzystaniem wzmocnień pozytywnych i negatywnych, zgodnie z modelami warunkowania klasycznego lub sprawczego, a także modelowanie zachowań pożądanых, zakładające proces uczenia się przez obserwację. Testowanie i nabywanie nowych zachowań zazwyczaj odbywa się w realnym życiu pacjenta, ale w przypadku specyficznych zaburzeń także w drodze ekspozycji wyobraźniowej [1, 4, 7].

### **Terapia poznawcza — badanie procesów nadawania znaczenia bodźcom jako sposób zrozumienia i modyfikacji reakcji**

Za sprawą Ellisa i Becka [1] w praktyce klinicznej zwrócono uwagę na nadawanie znaczenia bodźcowi jako

czynnik determinujący lub podtrzymujący reakcję na ten bodziec. Clark i Steer [za 1] tak ujmują założenia **drugiej fali** terapii poznawczo-behawioralnej czyli terapii poznawczej:

- jednostka aktywnie konstruuje własną rzeczywistość. Percepcja, uczenie się, wiedza są produktami systemu przetwarzania informacji, który aktywnie selekcjonuje, filtruje i interpretuje bodźce z otoczenia. W wyniku tego procesu jednostka aktywnie nadaje znaczenie bodźcom;
- aktywność poznawcza (procesy, treści i struktury poznawcze) wpływa na emocje i zachowanie;
- aktywność poznawcza jest dostępna operacjonalizacji i badaniu empirycznemu;
- zmiana poznawcza zajmuje centralne miejsce w procesie zmiany funkcjonowania jednostki.

Procesy nadawania znaczenia bodźcom — podstawowe dla poznawczej koncepcji zaburzeń psychicznych — analizowano z wielu punktów widzenia — strukturalnego, treściowego, przetwarzania informacji. Struktury zwane **schematami poznawczymi** uznano za podstawowe, determinujące zarówno selekcję bodźców z otoczenia, nadawanie im znaczenia, jak i adekwatne do tego znaczenia reakcje emocjonalne lub zachowania. Badanie procesów przetwarzania informacji — obecności zniekształceń poznawczych, specyfiki procesów wnioskowania, uwagi, funkcjonowania pamięci operacyjnej — ma charakter transdiagnostyczny — poszukiwania uniwersalnych mechanizmów poznawczych wpływających na trudności w funkcjonowaniu jednostki [8, 9]. Jednocześnie, uwzględniając postulowaną przez Becka **specyfikę poznawczą zaburzeń psychicznych**, udało się określić specyficzne dla wielu zaburzeń psychicznych treści poznawcze i sposoby przetwarzania informacji [1, 10]. Zaowocowało to stworzeniem modeli poznawczych i dostosowanych do nich form terapii poznawczej depresji oraz zaburzeń lękowych, takich jak: zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, PTSD, fobia społeczna, uogólnione zaburzenia lękowe [10–14]. Linearne modele Ellisa i Becka stanowiły podstawę dla modeli innych zaburzeń, mających już charakter transakcyjny, uwzględniający historię rozwoju, podatność biologiczną, temperamentalną, wzorce przywiązania [15].

Implikacją koncepcji dotyczącej mediacyjnej roli czynników poznawczych w powstawaniu zaburzeń psychicznych jest założenie, że poprzez wpływ na procesy poznawcze można osiągnąć zmianę emocjonalną i behawioralną — doprowadzić do zmiany nieprzystosowawczego sposobu funkcjonowania. Tech-

niki poznawcze stosowane w celu modyfikacji dysfunkcyjnych sposobów myślenia, określane ogólnym mianem restrukturyzacji poznawczej, opisano szczegółowo w innych opracowaniach dotyczących praktyki terapeutycznej [1, 16, 17].

### **Terapie trzeciej fali — zmiana paradygmatu czy stare wino w nowych beczkach?**

Terapia poznawcza, zgodnie z postulatem jej twórcy, Becka, jest modelem integrującym psychoterapię, otwartym na nowe trendy [10]. Od około 15 lat obserwujemy powstawanie nowych form terapii, wywodzących się z ugruntowanej terapii poznawczo-behawioralnej. Te nowe formy terapii są nazywane **trzecią falą terapii poznawczo-behawioralnej**. Należy do niej między innymi: terapia oparta na akceptacji i zaangażowaniu (ACT, *acceptance and commitment therapy*), którą jej twórca Steven Hayes definiuje następująco „rozwinęta w ramach spójnych założeń filozoficznych i teoretycznych ACT jest unikatową formą interwencji psychologicznej ukierunkowanej na zwiększenie psychologicznej elastyczności, w której znajdują zastosowanie strategie akceptacji i uważności wraz z zaangażowaniem i behawioralnymi strategiami zmiany. Elastyczność psychologiczna oznacza pełnię kontaktu świadomej istoty ludzkiej z terażniejszością i dążenie do realizacji istotnych dla jednostki wartości poprzez zmianę lub podtrzymanie dotychczasowego zachowania na podstawie analizy sytuacji” [18]. Inne formy terapii zaliczane do trzeciej fali to: dialektyczna terapia behawioralna (DBT, *dialectical behavior therapy*) [15], system psychoterapii oparty na analizie behawioralnej i poznawczej (CBASP, *cognitive behavioral analysis system of psychotherapy*), psychoterapia oparta na analizie funkcjonalnej (FAP, *functional analytic psychotherapy*), integracyjna terapia behawioralna par (IBCT, *integrative behavioral couple therapy*), terapia poznawcza oparta na uważności (MBCT, *mindfulness based cognitive therapy for depression*) [19–21]. Do technik terapii trzeciej fali włączono uważność (*mindfulness*), która jest metodą medytacji zaczerpniętą z praktyk buddyjskich.

Trzecia fala terapii poznawczo-behawioralnej skłania do wielu pytań dotyczących zarówno teorii — czy na pewno są to istotne, nowe treści w porównaniu z behawioryzmem i kognitywizmem, czy też ich nowatorstwo jest wynikiem zjawiska określanego jako „rozwój psychologii przez zapomnienie” lub „nowością przez kontrast” wynikającą z wąskiego zdefiniowania klasycznej terapii poznawczej umożliwiającą zaistnienie na tym tle [22].

W praktyce zwolennicy wszystkich nurtów współczesnej terapii poznawczo-behawioralnej zgodzą się zapewne, że poznawczo-behawioralna konceptualizacja problemu stanowi punkt wyjścia dla planowania terapii pacjenta. W niej znajduje zastosowanie wiedza na temat modelu poznawczego, biologicznych i psychologicznych mechanizmów powstawania zaburzenia — w odniesieniu do konkretnej jednostki z niepowtarzalnym bagażem doświadczeń życiowych i zindywidualizowanym sposobem nadawania znaczenia tym doświadczeniom.

Wykształcony psychoterapeuta ma do dyspozycji cały arsenał technik terapii poznawczo-behawioralnej [1, 16, 17]. Aby zwiększyć szansę na skuteczność swoich działań w odniesieniu do konkretnego pacjenta lub upewnić się co do sensowności planowanych interwencji, będzie zapewne poszukiwał informacji wśród wyników badań nad skutecznością terapii.

### Badania nad skutecznością terapii

Spośród zwolenników różnych nurtów psychoterapii terapeuci poznawczy uważają swoją dziedzinę za najbliższą słownikowemu rozumieniu słowa psychoterapia (gr. *psyché* — „dusza”, *therapeia* — „leczenie”) — metoda **leczenia** polegająca na stosowaniu odpowiednio zaprogramowanych oddziaływań psychologicznych.

Psychoterapia poznawczo-behawioralna, traktowana jako psychologiczna metoda leczenia zaburzeń psychicznych i problemów emocjonalnych, zakłada stosowanie standardów oceniania skuteczności podjętych oddziaływań, podobnych do przyjętych w naukach medycznych, zgodnie z kolejnością: objawy — diagnoza — leczenie — ocena skutków.

Podstawą weryfikacji skuteczności danej metody terapii jest zastosowanie eksperymentalnego planu badania, obejmującego: określenie protokołu terapii — zastosowanie podręcznika terapii; precyzyjne określenie kryteriów włączenia do badania i wykluczenia z niego; niezależną ocenę przez badacza nieznanącego warunków terapii (co najmniej pojedyncza „ślepa próba”); operacjonalizację przewidywanych rezultatów i ocenę zmiany za pomocą wystandaryzowanych, trafnych narzędzi; monitorowanie zgodności prowadzonej terapii z protokołem [1, 4].

Zastosowanie eksperymentalnego planu badania jest warunkiem koniecznym, ale niewystarczającym do tego, aby dana metoda zyskała miano „opartej na danych naukowych”. Różne grupy posługują się własnymi ustaleniami, wskazującymi poziom zaufania do danej metody. Analiza literatury przedmiotu, pozwalająca na sformułowanie przydatnych

w praktyce wniosków, jest czasochłonnym zadaniem wymagającym dużego zapasu lub sporej grupy osób. Istnieją instytucje, których celem jest synteza wyników badań nad skutecznością różnych form leczenia i przedstawianie uaktualnianych wniosków klinicystom (np. biblioteka Cochrane) czy też opracowywanie, na podstawie danych empirycznych, algorytmów lub zaleceń postępowania klinicznego. W zakresie zdrowia psychicznego najbardziej znane zalecenia opracowuje Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Klinicznej (NICE, *National Institute for Health and Clinical Excellence*) [23, 24] w Wielkiej Brytanii lub Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA, *American Psychological Association*) [23–34]. Autorzy tych opracowań podkreślają, że zalecenia, które formułują, są jedynie wskazówkami mającymi służyć pomocą klinicyście w doborze formy leczenia najlepszej dla danego pacjenta.

W tabeli 1 przedstawiono zestawienie zaleceń dotyczących leczenia wybranych zaburzeń psychicznych opracowane przez APA i NICE. Dokument dotyczący każdego z zaburzeń liczy kilkadziesiąt do kilkuset stron i rekomendacje dla danej metody leczenia to efekt końcowy. Oczywiście nie wszystkie spotykane w praktyce klinicznej sytuacje są objęte takimi zaleceniami, a uaktualnianie zaleceń odbywa się co kilka lat.

Podobnie jak rozważania nad nurtami w psychoterapii poznawczo-behawioralnej, w środowiskach psychoterapeutycznych trwa dyskusja dotycząca znaczenia wyników badań nad skutecznością psychoterapii. Nawet autorytety w dziedzinie psychoterapii często wyrażają publicznie poglądy, które ze względu na osoby będące ich rzecznikami czy kontekst wypowiedzi mają znaczną siłę oddziaływania, a ze względu na ich skrajność — sformułowane na ich podstawie wnioski mogą być kontrowersyjne. Jeden z takich poglądów jest często wyrażany w formie „wszystkie rodzaje psychoterapii działają podobnie — nie ma sensu mówienie o tym, że istnieją mniej lub bardziej skuteczne metody terapii”. Siev i wsp. [35] podejmują polemikę z promowaniem „werdyktu Gołębia” z „Alicji w Krainie Czarów”, jakoby wszyscy wygrali i wszystkim należała się nagroda. Wniosek o braku różnic wypływa najczęściej z uwzględniania w metaanalizach łącznie wielu metod i wielu różnych zaburzeń, braku rozróżnienia lub nieadekwatnego określenia podstawowych i ubocznych miar rezultatów psychoterapii bądź wyciągania wniosków na podstawie porównań zbliżonych metod (np. „skoro terapia poznawcza działa w depresji podobnie jak aktywizacja behawioralna, oznacza to, że nie ma

**Tabela 1.** Zestawienie zaleceń NICE i APA dotyczących interwencji psychospołecznych, w tym terapii poznawczo-behawioralnej, w leczeniu zaburzeń psychicznych (opracowanie własne)

<b>Algorytmy <i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i></b>	<b>Zalecenia <i>American Psychiatric Association</i></b>
<p>Stopień rekomendacji na podstawie:</p> <p>A — danych uzyskanych z badań eksperymentalnych z randomizacją</p> <p>B — danych uzyskanych z rzetelnych badań klinicznych o mniejszym rygorze</p> <p>C — danych uzyskanych w wyniku porozumienia ekspertów, opinii autorytetów</p>	<p>Na podstawie danych empirycznych metoda zalecana w praktyce klinicznej w stopniu:</p> <p>I — znacznym</p> <p>II — umiarkowanym</p> <p>III — ze szczególną rozważą z uwzględnieniem indywidualnego problemu pacjenta</p>
<b>ZABURZENIA AFEKTYWNE</b>	
<b>Większe zaburzenie depresyjne, epizod łagodny/umiarkowany</b>	
Zaleca się 6–8 sesji zorientowanych na objawy depresji interwencji psychologicznych, takich jak: terapia oparta na rozwiązywaniu problemów czy terapia poznawczo-behawioralna (NICE, 2004)	W łagodnej/umiarkowanej formie depresji w zależności od preferencji i stanu pacjenta można stosować psychoterapię lub farmakoterapię. Psychoterapia o dowiedzonej skuteczności to terapia poznawcza i terapia interpersonalna (II) (APA, 2000, uzupełnienie 2005, spodziewana aktualizacja 2009)
<b>Większe zaburzenie depresyjne, epizod ciężki</b>	
Należy rozważyć połączenie terapii poznawczo-behawioralnej z farmakoterapią Należy rozważyć terapię poznawczo-behawioralną	Należy rozważyć farmakoterapię lub połączenie psychoterapii z leczeniem farmakologicznym. Coraz więcej danych wskazuje na skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w zapobieganiu nawrotom depresji
<b>Zaburzenie afektywne dwubiegunowe</b>	
Podstawą leczenia jest farmakoterapia. Po ustąpieniu ostrych objawów należy rozważyć 16 sesji strukturalizowanej terapii obejmującej psychoedukację, monitorowanie nastroju, identyfikację objawów prodromalnych, wzbogacenie ogólnych strategii radzenia sobie. Terapia poznawczo-behawioralna jest zalecana u kobiet w ciąży cierpiących na depresję w przebiegu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych — zamiast leków przeciwdepresyjnych (NICE, 2006)	Podstawą leczenia jest farmakoterapia. Podczas leczenia podtrzymującego wielu pacjentów może odnieść korzyść z psychoterapii ukierunkowanej na radzenie sobie z objawami choroby (stosowanie leków, zmiana stylu życia, wykrywanie objawów prodromalnych) i poprawę relacji interpersonalnych (II). Grupy wsparcia z psychoedukacją (I) (APA, 2001, aktualizacja 2005)
<b>ZABURZENIA LĘKOWE</b>	
<b>Zaburzenie paniczne oraz uogólnione zaburzenie lękowe</b>	
Metoda z wyboru ze względu na trwałość efektów — terapia poznawczo-behawioralna, która powinna być stosowana przez wykwalifikowanych terapeutów wykorzystujących protokoły o dowiedzonej skuteczności przez 7–14 sesji w napadach paniki, a przez 16–20 sesji w lęku uogólnionym (A) (NICE 2004)	Wybór między farmakoterapią a psychoterapią zależy od preferencji pacjenta i dostępności leczenia. Spośród interwencji psychospołecznych dane empiryczne przemawiają za psychoterapią poznawczo-behawioralną (I) stosowaną w czasie 10–15 sesji, w formie indywidualnej lub grupowej (II)

**Tabela 1.** cd.

<b>Algorytmy National Institute for Health and Clinical Excellence</b>	<b>Zalecenia American Psychiatric Association</b>
	Ograniczone dane wskazują na skuteczność zorientowanej na napady paniki terapii psychodynamicznej (II) [APA, 2004 (dla napadów paniki; brak dla lęku uogólnionego)]
<b>Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne</b>	
Terapia poznawczo-behawioralna (w tym ekspozycja z powstrzymaniem reakcji) jest metodą z wyboru (A) (NICE, 2005)	Terapia poznawczo-behawioralna (w tym ekspozycja z powstrzymaniem reakcji) jest metodą z wyboru (I), można również stosować techniki poznawcze (II) (APA, 2007)
<b>Zaburzenie stresowe pourazowe</b>	
Zorientowana na traumę terapia poznawczo-behawioralna lub EMDR jest leczeniem z wyboru (A) (NICE 2004)	Terapia poznawczo-behawioralna (I) Desensytyzacja za pomocą ruchów gałek ocznych z ponownym przetwarzaniem (II) Terapia psychodynamiczna może być użyteczna (II) Grupowa psychoterapia zorientowana na traumę może być użyteczna (III) (APA 2004, aktualizacja 2009)
<b>ZABURZENIA ODŻYWIANIA</b>	
<b>Jadłowstręt psychiczny (<i>anorexia nervosa</i>)</b>	
Interwencjom psychologicznym towarzyszy monitorowanie stanu somatycznego. Należy rozważyć: — terapię rodzinną ukierunkowaną na zaburzenia odżywiania (B) — terapię poznawczo-analityczną (C) — terapię poznawczo-behawioralną (C) — terapię interpersonalną (C) (NICE 2004)	<b>Ostra faza</b> U dzieci i młodzieży terapia rodzinna ukierunkowana na zaburzenia odżywiania (I) Behawioralne programy wzmacniania funkcjonalnego odżywiania (III) <b>Zapobieganie nawrotom</b> — terapia poznawczo-behawioralna (II) — terapia interpersonalna (II) — terapia psychodynamiczna (II) (APA 2006)
<b>Żarłoczność psychiczna (<i>bulimia nervosa</i>)</b>	
Zorientowana na objawy bulimii terapia poznawczo-behawioralna (A) (NICE 2004)	Terapia poznawczo-behawioralna (I) Terapia interpersonalna (II) Terapia psychodynamiczna indywidualna lub grupowa (III) (APA 2006)
<b>SCHIZOFRENIA</b>	
Wobec wszystkich chorych na schizofrenię należy stosować psychoterapię poznawczo-behawioralną. Terapia rodzinna powinna być stosowana wobec członków rodzin mieszkających lub mających bliski kontakt z chorymi na schizofrenię. Obie formy terapii można rozpocząć zarówno w fazie ostrej, jak i w remisji objawów	Interwencje rodzinne (I) Praca chroniona (I) Treningi umiejętności społecznych (II) Terapia poznawczo-behawioralna (II) Połączenie farmakoterapii i interwencji środowiskowych [I] (APA 2004)

Tabela 1. cd.

<b>Algorytmy National Institute for Health and Clinical Excellence</b>	<b>Zalecenia American Psychiatric Association</b>
<p>Należy rozważyć zastosowanie arteterapii            Terapia podtrzymująca, trening umiejętności ani            terapia zorientowana na współpracę w farmako-            terapii nie powinny stanowić standardowego            leczenia chorych na schizofrenię            (NICE 2002, uzupełnione o nowe dane            w 2009)</p>	
<b>UZALEŻNIENIA OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH</b>	
<p>Zaleca się programy oparte na interwencjach            behawioralnych — sterowanie uwarunkowa-            niami, behawioralną terapię par            Terapia poznawczo-behawioralna ani psycho-            dynamiczna nie należą do standardowego            leczenia osób nadużywających kanabinoli,            stymulantów czy uzależnionych od opiatów            podczas leczenia metadonem            (NICE, 2007)</p>	<p>Interwencje psychospołeczne stanowią imma-            nentną część programu terapii (I)            Należą do nich wywodzące się z różnorodnych            założeń teoretycznych:            — terapie poznawczo-behawioralne            — terapia motywująca            — terapie behawioralne oparte na sterowaniu            uwarunkowaniami            — program 12 kroków            — terapia psychodynamiczna/interpersonalna            (APA, 2003)</p>
<b>ZABURZENIA OSOBOWOŚCI</b>	
<b>Zaburzenie osobowości z pogranicza</b>	
<p>Interwencje psychologiczne powinny się            charakteryzować spójną koncepcją teoretyczną            podzielaną przez członków zespołu, czasem            trwania terapii dłuższym niż 3 miesiące            U kobiet z osobowością z pogranicza,            z częstymi samouszkodzeniami należy            rozważyć dialektyczną terapię behawioralną            (NICE, 2009)</p>	<p>Psychoterapia jest metodą z wyboru            Można stosować wiele metod psychoterapii, takich jak:            — dialektyczna terapia behawioralna (II)            — terapia psychodynamiczna (II)            — a także (dodane w 2005 r. bez wskazania „stopnia            zalecania”) terapia poznawcza, terapia zorientowana            na przeniesienie, terapia interpersonalna            (APA 2001, aktualizacja 2005)</p>
<b>Antyspołeczne zaburzenie osobowości</b>	
<p>Należy rozważyć zastosowanie programów            grupowych opartych na interwencjach            poznawczo-behawioralnych            (NICE, 2009)</p>	<p>Brak algorytmów APA</p>
<b>Tendencje samobójcze/samouszkodzenia</b>	
<p>Wybór zależy od dominującego problemu,            w przebiegu którego miała miejsce próba            samobójcza            U kobiet z osobowością z pogranicza należy            rozważyć dialektyczną terapię behawioralną            (NICE, 2005)</p>	<p>Ważną rolę odgrywają interwencje psychospołecz-            ne (II)            Wybór zależy od problemu, któremu towarzyszy            próba samobójcza:            — depresja — terapia poznawczo-behawioralna (II)            — osobowość z pogranicza — terapia psychody-            namiczna lub dialektyczna terapia behawioral-            na (APA 2003)</p>

różnic między terapiami i można uznać, że wszystkie formy psychoterapii są podobnie skuteczne”).

Inny argument to: „Badania w klinikach czy ośrodkach badawczych nie mówią wiele o prawdziwej praktyce klinicznej. My, praktycy, mamy trudniejszych pacjentów z bardziej złożonymi problemami”. To częsty zarzut dotyczący tak zwanych badań typu *efficacy* [1, 36, 37] prowadzonych zwłaszcza wiele lat temu, gdy wyselekcjonowane pod względem diagnostycznym grupy pacjentów były leczone przez specjalizujących się w jednej metodzie terapeutów, często o niewielkim doświadczeniu, lub przeciwnie, wyspecjalizowanych tylko w leczeniu tego konkretnego zaburzenia. Jednak wyniki badań typu *effectiveness*, których autorzy dokładają starań, aby warunki były możliwie najbliższe praktyce terapeutycznej zarówno pod względem typowych problemów pacjentów, sposobu ich rekrutacji, miejsca, w którym odbywa się terapia, jak i doświadczenia klinicznego terapeutów, wskazują na porównywalną do badań typu *efficacy* skuteczność badanych form terapii [38]. Bez wątplenia wiele wyników badań nie dostarcza odpowiedzi na pytanie o znaczenie niespecyficznych, choć ważnych czynników w terapii, których nie można zbadać empirycznie. Nie jest to jednak argument przeciw badaniom, lecz apel o doskonalenie warsztatu badawczego.

Dostępne obecnie dane wskazują na to, jak wiele obszarów wymaga dalszych badań, począwszy od weryfikacji empirycznej innych form terapii niż psychoterapia poznawczo-behawioralna, poprzez badania odpowiedzialnych za zmianę składowych terapii, żmudne określanie skuteczności terapii w obszarach/zaburzeniach, w których wciąż nie ma wystarczających danych, aż do badań nad możliwościami upowszechniania skutecznych metod leczenia. Z pewnością dalszych rozstrzygnięć wymaga zagadnienie, w jakim stopniu można zmodyfikować określony protokół terapii, aby wciąż można było nazywać daną terapię mianem określonej metody, na przykład techniką ekspozycji z powstrzymaniem reakcji, relaksacją stosowaną, przedłużoną ekspozycją czy klasyczną terapią poznawczą depresji lub napadów paniki.

#### **Od badań klinicznych do praktyki terapeutycznej**

Jak sprawić, aby psychoterapeuci stosowali daną metodę w ramach własnej praktyki, jeśli przeprowadzono wystarczająco wiele badań w różnych ośrodkach, opublikowano ich wyniki, czyli metoda może zostać uznana za udokumentowaną empirycznie? W zaleceniach przytoczonych w tabeli 1

nie ma mowy o „psychoterapii w ogóle”. Nie pojawia się także termin psychoterapia „autorska” ani „integracyjna”. Wskazania dotyczą najczęściej bardzo szczegółowo określonych form terapii opisanych w podręcznikach — protokołach terapii. Zgodnie z ogólnym zaleceniem NICE [23] — „psychoterapia poznawczo-behawioralna powinna być stosowana przez wyszkolonych w tej dziedzinie i poddających się supervisioni terapeutów, przestrzegających protokołów leczenia, których skuteczności dowiedziono empirycznie”. Z pewnością więc wymagana jest gruntowna edukacja w danej metodzie, nie zaś „ogólna” znajomość podejścia zdobyta na przykład w ciągu 20–40 godzin zajęć poświęconych terapii poznawczo-behawioralnej podczas „całościowego” kształcenia w „psychoterapii integracyjnej”. Oczywiście terapeuci poznawczy są przeciwni rozwiązaniom zawierającym zniekształcenie poznawcze typu „wszystko albo nic” — każda wiedza o metodzie psychoterapii jest pożyteczna — czasem zastosowanie wobec pacjenta (lub siebie) jednej wybranej techniki pomaga w rozwiązaniu problemu. Nie należy jednak tego utożsamiać z programowym stosowaniem danej metody terapii w leczeniu zaburzenia psychicznego.

Określanie standardów szkoleń, dbałość o ich przestrzeganie i doskonalenie, tak aby zdobywana w wyniku szkolenia wiedza owocowała jak największą skutecznością w praktyce to jedna z funkcji stowarzyszeń naukowych [39]. W Europie taką rolę pełni *European Association for Behavioural and Cognitive Therapies* (EABCT, [www.eabct.com](http://www.eabct.com)) — działająca od ponad 35 lat jedna z największych europejskich organizacji psychoterapeutycznych. Zrzeszone jest w niej także Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej (PTTPB, [www.pttpb.pl](http://www.pttpb.pl)), które od 10 lat prowadzi szkolenia do Certyfikatu Psychoterapeuty Poznawczo-Behawioralnego. Określone statutem struktury PTTPB (Komisja Naukowo Dydaktyczna) umożliwiają nadzór nad szkoleniami w rekomendowanych ośrodkach. Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej dba o przestrzeganie zasad etycznych zawodu psychoterapeuty określonych kodeksem etycznym. Organizacja ta zrzesza głównie psychologów i lekarzy psychiatrów, prowadzi szeroką działalność edukacyjną, informacyjną, a także wydawniczą. Obecnie ponad 600 osób — psychiatrów i psychologów — uczestniczy w całościowych szkoleniach organizowanych i rekomendowanych przez PTTPB, co wobec przedstawionych zaleceń dotyczących



stosowania terapii poznawczo-behawioralnej wciąż jednak stanowi znikomą w odniesieniu do potrzeb pacjentów liczbę wykwalifikowanych terapeutów. Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej jest jedyną w Polsce organizacją prowadzącą i rekomendującą ośrodki prowadzące całonocowe 4-letnie kursy z zakresu psychoterapii poznawczo-behawioralnej, zgodne ze standardami międzynarodowymi [40].

## PIŚMIENNICTWO

1. Popiel A., Pragłowska E. Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka. Paradygmat, Warszawa 2008.
2. Beck A.T. Cognitive therapy and emotional disorders. International Universities Press, New York 1976.
3. Öst L.-G. Applied relaxation. Description of a coping technique and review of controlled studies. *Behav. Res. Ther.* 1987; 25: 397–409.
4. Foa E.B., Hembree E.A., Rothbaum B.O. Prolonged exposure therapy for PTSD. Oxford University Press, Oxford 2007.
5. Mansell W. The seven Cs of CBT: a consideration of the future challenges for cognitive behaviour therapy. *Behav. Cognitive Psychother.* (wyd. spec.) 2008; 36: 641–649.
6. Mowrer O.H. Learning theory and behaviour. John Wiley and Sons, New York 1960.
7. Prochaska J.O., Norcross J.C. Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2006.
8. Engle R. W., Sędek G., von Hecker U., McIntosh D.N. Ograniczenia poznawcze. Starzenie się i psychopatologia. Academia Wydawnictwo SWPS, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
9. Mansell W., Harvey A., Watkins E., Shafran R. Conceptual foundations of the transdiagnostic approach. *J. Cog. Psychother.* 2009; 23: 6–19.
10. Alford B., Beck A.T. Terapia poznawcza jako teoria integrująca psychoterapię. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2005.
11. Salkovskis P.M., Wahl K. Terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń obsesyjnych. W: Reinecke M.A., Clark D.A. red. Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005; 162–197.
12. Ehlers A., Clark D.M. A cognitive model of persistent posttraumatic stress disorder. *Behav. Res. Ther.* 2000; 38: 319–345.
13. Wells A. Cognitive therapy of anxiety disorders. Wiley, Chichester 1997.
14. Borkovec T.D. Life in the future versus life in the present. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 2002; 9: 76–80.
15. Linehan M. Zaburzenie osobowości z pogranicza. Terapia poznawczo-behawioralna. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
16. Beck J.S. Terapia poznawcza. Podstawy i zagadnienia szczegółowe. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2005.
17. Leahy R.L. Techniki terapii poznawczej. Podręcznik praktyka. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008.
18. Acceptance & Commitment Therapy (ACT). Uzyskano 4 czerwca 2009 z <http://www.contextualpsychology.org/act>.
19. Öst L.-G. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behav. Res. Ther.* 2008; 46: 296–321.
20. Ma S.H., Teasdale J.D. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2004, 72: 31–40.
21. Kabat-Zinn J., Foreword. W: Segal Z.V., Williams J.M.G., Teasdale J.D. red. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse. Guilford Press, New York 2002; VII–X.
22. Keegan E. The future of CBT. Wykład na III Konferencji PTPPB „Psychoterapia poznawczo-behawioralna — w poszukiwaniu skutecznych metod leczenia”. Warszawa 2009.
23. National Institute for Clinical Excellence (NICE), [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk).
24. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Anxiety: management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. Guideline 22, London 2007.
25. American Psychiatric Association. Treatment of patients with major depressive disorder. Wyd. 2. Washington, DC 2000.
26. American Psychiatric Association. Treatment of patients with borderline personality disorder. Washington, DC 2001.
27. American Psychiatric Association. Treatment of patients with bipolar disorder. Wyd. 2. Washington, DC 2002.
28. American Psychiatric Association. Assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Washington, DC 2003.
29. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Washington, DC 2004.
30. American Psychiatric Association. Treatment of patients with schizophrenia. Wyd. 2. Washington, DC 2004.
31. American Psychiatric Association. Treatment of patients with eating disorders. Wyd. 3. Washington, DC 2006.
32. American Psychiatric Association. Treatment of patients with substance use disorders. Wyd. 2. Washington, DC 2007.
33. American Psychiatric Association. Treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. Washington, DC 2007.
34. American Psychiatric Association. Panic disorder. Wyd. 2. Washington, DC 2009.
35. Siev J., Huppert J.D., Chambless D.L. Werdykt Gołębia, techniki terapeutyczne i propagowanie metod leczenia o potwierdzonej empirycznie skuteczności. Albiński R. (tłum.). W: Popiel A. red. Psychoterapia poznawczo-behawioralna — w poszukiwaniu skutecznych metod leczenia. PTPPB, Warszawa 2009; 11–22.
36. Jaworska A. Główne nurty w metodologii badań nad skutecznością psychoterapii — w poszukiwaniu „trzeciej drogi”. W: Brzeziński J. red. Metodologia badań psychologicznych. Wybór tekstów. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004; 116–147.
37. Rakowska J. Skuteczność psychoterapii. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2005.
38. Öst L.-G. Does CBT work in routine clinical practice, or only in ivory towers of the researchers? Wystąpienie na 38<sup>th</sup> EABCT Annual Congress, Helsinki 2008.
39. EABCT standards for the training and accreditation of Behavioural and Cognitive Therapists. Uzyskano 3 maja 2008 z <http://www.eabct.com/training.htm>.
40. Popiel A. red. Psychoterapia poznawczo-behawioralna — w poszukiwaniu skutecznych metod leczenia. PTPPB, Warszawa 2009.

## Pytania

1. Do terapii poznawczo-behawioralnych trzeciej fali należą:
  - A. terapia depresji oparta na uważności (MBCT, *mindfulness based cognitive therapy for depression*)
  - B. terapia metodą przedłużonej ekspozycji
  - C. terapia poznawcza depresji Becka
  - D. relaksacja stosowana

2. Według zaleceń NICE terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu zaburzenia lękowego uogólnionego:
  - A. jest metodą z wyboru ze względu na trwałość efektów
  - B. powinna być stosowana zgodnie z protokołem terapii
  - C. powinna obejmować 16–20 sesji
  - D. wszystkie powyższe odpowiedzi są prawidłowe
3. Według zaleceń NICE terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu schizofrenii:
  - A. powinna być stosowana wobec wszystkich pacjentów chorych na schizofrenię
  - B. powinna być stosowana tylko wobec pacjentów przed 30. rokiem życia, u których osiągnięto pełną remisję
  - C. może być stosowana zamiast farmakoterapii
  - D. żadne twierdzenie nie jest prawdziwe
4. Badania typu *effectiveness* dotyczą głównie:
  - A. określenia skuteczności danej metody w warunkach o mniejszym rygorze badawczym zbliżonym do praktyki klinicznej
  - B. określenia kosztów danej formy terapii
  - C. określenia skuteczności danej metody w kontrolowanych badaniach
  - D. wszystkie z wymienionych odpowiedzi są prawidłowe
5. Schematy poznawcze to:
  - A. dysfunkcyjne, powtarzające się wzorce zachowań jednostki
  - B. podstawowe struktury poznawcze determinujące selekcję bodźców z otoczenia, nadawanie im znaczenia
  - C. synonim zniekształceń poznawczych
  - D. specyficzne dla zaburzeń psychicznych zaburzenia procesów wnioskowania i pamięci

**Dr n. med. Agnieszka Popiel**

Psychiatra, psychoterapeuta (PTTPB, SITCC), superwizor psychoterapii (PTTPB). Adiunkt i członek ICACS w Szkole Wyższej Psychologii Społecznej (SWPS) w Warszawie. Współpracownik Interdyscyplinarnego Centrum Genetyki Zachowania Uniwersytetu Warszawskiego, w ramach którego kieruje programem terapii i prowadzi badania nad skutecznością psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Od wielu lat zajmuje się psychoterapią poznawczo-behawioralną w praktyce klinicznej, badawczej, działalności organizacyjnej i dydaktycznej. Razem z dr n. hum. Ewą Pragłowską są także autorkami podręcznika terapii poznawczo-behawioralnej „Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka”.