

PSYCHOTERAPIA 1 (164) 2013

strony: 31–41

Karolina Potempa

ZASTOSOWANIE PSYCHOTERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ W WARUNKACH STACJONARNEGO ODDZIAŁU PSYCHIATRYCZNEGO

APPLYING OF COGNITIVE-BEHAVIOURAL THERAPY IN CONDITIONS OF STATIONARY PSYCHIATRIC DEPARTMENT

Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Irena Krupka-Matuszczyk

Oddział Psychiatryczny Szpitala Specjalistycznego im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej

Kierownik: lek. med. spec. psychiatr. Olga Olechnowicz

psychiatric ward
cognitive-behavioural
therapy

Artykuł prezentuje główne założenia terapii poznawczo-behawioralnej, a także możliwość jej stosowania w warunkach stacjonarnego oddziału psychiatrycznego. W tekście opisane są wybrane techniki terapeutyczne, ich ograniczenia oraz wskazania do ich modyfikacji ze względu na szczególne wymogi oddziału.

Summary: In this article the main assumptions and fundamentals of cognitive-behavioural therapy were presented as well as the possibility of applying of CBT in conditions of the inpatient Psychiatric Department along with a description of the chosen therapeutical techniques. Conducting cognitive-behavioural therapy is related with many restrictions and methods need to be adapted adequately to a particular place.

Wstęp

Najsukuteczniejszą metodą leczenia zaburzeń psychicznych jest podejście kompleksowe, a więc jednoczesne zastosowanie farmakoterapii i szeroko rozumianych oddziaływań terapeutycznych. Zasadniczy wpływ na wybór metody pracy z pacjentem ma między innymi miejsce odbywających się sesji. Niektóre warunki szpitalne mogą implikować pewne ograniczenia, które powodują konieczność modyfikacji technik terapeutycznych. Odpowiednie dopasowanie metod pracy do każdej osoby indywidualnie, z uwzględnieniem istniejących warunków to kluczowa kwestia decydująca o skuteczności oddziaływań.

Psychoterapia poznawczo-behawioralna — podstawowe założenia

Terapia poznawczo-behawioralna (TPB) wywodzi się z psychologii poznawczej i behawioryzmu [1]. Opiera się na założeniu, iż „procesy uczenia się determinują zachowania (terapia behawioralna), nabywanie oraz utrwalanie przekonań i sposobu widzenia świata (terapia poznawcza)” [2, s. 5]. Przeprowadzone badania potwierdzają wysoką skuteczność psychoterapii poznawczo-behawioralnej [3]. Prawdopodobnie przyczyniły się do tego „elastyczność” jej modelu oraz możliwość zastosowania w różnorodnych stanach psychopatologicznych.

Podstawowe założenie teoretyczne TPB mówi o tym, że poprzez zmianę poznawczą można wywołać zmianę behawioralną [4]. Struktury poznawcze można za pomocą różnych

technik identyfikować oraz poddawać monitoringowi. Zasadniczym modelem rozumienia problemów pacjenta, który wykorzystuje się w terapii poznawczo-behawioralnej, jest model ABC Alberta Ellisa. Zgodnie z nim, sposób myślenia o świecie, innych ludziach oraz o sobie wpływa na odczuwane emocje i na rodzaj zachowania. Istotną kwestią w terapii poznawczo-behawioralnej jest przekonanie pacjenta do tego modelu. W związku z tym, rozpoczynając pracę z pacjentem należy przedstawić mu założenia i model TPB oraz wyjaśnić wszystkie pojawiające się wątpliwości.

Podstawowe pojęcia nurtu poznawczo-behawioralnego to myśli automatyczne, zniekształcenia poznawcze oraz schematy poznawcze. Myśli automatyczne pojawiają się niezależnie od naszej woli, są pewnego rodzaju reakcją na to, co się dzieje w rzeczywistości [5]. Nie poddajemy ich krytycznej ocenie, przyjmujemy je jako prawdę oczywistą. Źródłem negatywnych emocji są zazwyczaj myśli zawierające błędy logiczne, określane w TPB jako zniekształcenia poznawcze. Myśli automatyczne wywołujące przykre emocje ogólnie można podzielić na trzy rodzaje: 1. myśli nieprawdziwe, 2. myśli zgodne z rzeczywistością; wysnuwane z nich wnioski są jednak zniekształcone, 3. myśli prawdziwe, ale nieprzystosowawcze. U podłoża myśli automatycznych leżą tzw. schematy poznawcze, czyli „struktury selekcjonujące, kodujące, oceniające bodźce oddziałujące na organizm” [6, s. 283]. Schematy poznawcze umożliwiają nam interpretowanie sytuacji, nazywanie i klasyfikowanie bodźców oraz przypisywanie im znaczenia [7].

Psychoterapia poznawczo-behawioralna jest krótkoterminową oraz ustrukturalizowaną metodą pracy z pacjentem. Można wyróżnić 3 etapy pracy [2, 8]. W pierwszym — terapeuta stawia diagnozę kliniczną oraz dokonuje conceptualizacji problemu pacjenta. Drugi etap poświęcony jest realizacji wyznaczonych zadań. Jest to najdłuższy element terapii. Za pomocą różnych technik poznawczych i behawioralnych terapeuta przy aktywnej współpracy pacjenta stara się rozwiązać zgłaszany problem. Należy wspomnieć, że TPB znajduje zastosowanie nie tylko w redukowaniu deficytów, rozwiązywaniu problemów czy likwidowaniu objawów zaburzeń. Z powodzeniem techniki poznawczo-behawioralne można stosować w celu wzmocnienia istniejących zasobów osobistych pacjenta. Ostatni — trzeci etap terapii polega na weryfikacji osiągniętych celów oraz profilaktyce nawrotu.

Bardzo ważnym elementem procesu terapii jest dobra więź terapeutyczna z pacjentem [9]. W początkowej fazie terapeuta przyjmuje postawę w dużym stopniu dyrektywną, jednak w miarę trwania terapii oczekuje od pacjenta coraz większej aktywności. W TPB relację często określa się jako empiryzm oparty na współpracy [10].

Psychoterapia poznawczo-behawioralna w warunkach stacjonarnego oddziału psychiatrycznego

Stacjonarny oddział psychiatryczny stwarza specyficzne warunki, ponieważ obowiązują na nim liczne zasady i ograniczenia. Szczególnie trudności w doborze metod pracy można zaobserwować na oddziałach ogólnych, na które przyjmowane są osoby z bardzo różnorodnymi problemami natury psychicznej. Ponadto pacjenci różnią się pod względem poziomu intelektualnego, funkcjonowania poznawczego oraz fazy choroby psychicznej. Taka sytuacja wymaga od personelu gruntownego przemyślenia, które z oddziaływań należy zastosować. Celem jest poprawa stanu psychicznego pacjenta, jak również zapewnienie mu

komfortu. W niniejszym artykule zostaną omówione najważniejsze metody pracy, które można zastosować w warunkach stacjonarnego oddziału ogólnopsychiatrycznego [11].

Spotkania indywidualne

Prowadzenie psychoterapii indywidualnej w warunkach stacjonarnego oddziału ogólnopsychiatrycznego jest właściwie niemożliwe ze względu na istniejące ograniczenia wynikające ze specyfiki tego miejsca. Najistotniejsze znaczenie ma okres pobytu pacjenta na oddziale, wynoszący średnio kilka tygodni. Psychoterapia jest procesem, który wymaga czasu i odpowiedniej częstości spotkań. W TPB optymalnie to od 1 do 2 sesji odbywających się raz w tygodniu. W przypadku leczenia niektórych zaburzeń psychicznych można zwiększyć częstość spotkań, jednak w większości sytuacji zwiększenie ich częstotliwości nie jest jednoznaczne z przyspieszeniem procesu terapeutycznego.

Kolejną istotną kwestią jest motywacja pacjentów do terapii. Niestety, część chorych przyjmowanych na oddział psychiatryczny oczekuje jedynie farmakoterapii. Zdarza się, że pacjenci traktują pobyt na oddziale jako formę odpoczynku od codzienności. Czasami oczekują, że to inni ludzie rozwiążą ich problem. W niektórych stanach psychopatologicznych pacjenci nie mają poczucia choroby, a w konsekwencji — nie widzą konieczności leczenia. Nader często hospitalizacja jest dla nich tylko szansą na uzyskanie wtórnych korzyści. Te czynniki skutecznie obniżają motywację do aktywnego udziału w oddziaływaniach terapeutycznych. Warto nadmienić, że umożliwiając jednemu pacjentowi systematyczny indywidualny kontakt z terapeutą, trzeba wziąć pod uwagę to, że pozostali mogą poczuć się odrzućeni i w sposób jawny lub ukryty przeciw temu zaprotestować.

Nie bez znaczenia jest również stan psychiczny pacjenta. Znaczne nasilenie objawów psychopatologicznych może być przeciwwskazaniem do terapii. Dopiero po zastosowaniu farmakoterapii stan psychiczny może się na tyle poprawić, że będzie można włączyć inne oddziaływania terapeutyczne. Oczekiwanie na działanie leku skraca czas, który pozostaje nam do dyspozycji na pracę z pacjentem, gdyż Narodowy Fundusz Zdrowia jasno określa maksymalny okres pobytu chorych na oddziale. Jednym z rozwiązań tego problemu jest kontynuowanie spotkań w warunkach ambulatoryjnych. Niestety, nadal w wielu miejscowościach kontakt z psychoterapeutą jest możliwy jedynie w prywatnym gabinecie. Wydaje się więc, że w dalszym ciągu psychoterapia jest dostępna wyłącznie dla bardziej zamożnych osób.

Istniejące ograniczenia na stacjonarnym oddziale psychiatrycznym wskazują na konieczność modyfikacji oddziaływań terapeutycznych. Wiele technik poznawczo-behawioralnych można zastosować w kontakcie indywidualnym mając do dyspozycji tylko kilka spotkań z pacjentem. Cel takich spotkań powinien być jasno sprecyzowany. Jestem zdania, że zmiana dysfunkcyjnych przekonań jest celem nierealistycznym, jak najbardziej jednak można pracować, między innymi nad poprawą samopoczucia, obniżeniem lęku, nauką zachowań asertywnych czy poprawą w zakresie funkcjonowania społeczno-zawodowego. W niniejszym artykule zostaną omówione niektóre metody pracy z pacjentem doświadczającym objawów afektywnych i lękowych. Z powodzeniem jednak zaprezentowane techniki można również zastosować w kontakcie z osobami cierpiącymi na inne zaburzenia.

Twórcą najbardziej rozpowszechnionego modelu poznawczo-behawioralnego depresji jest Aaron Beck [12]. Według niego trudna sytuacja uaktywnia przekonania i negatywne myśli automatyczne, a to z kolei może wyzwolić fizjologiczne, behawioralne i emocjonalne objawy depresji. Celem terapii poznawczo-behawioralnej w depresji jest zmiana dysfunkcyjnych przekonań sprzyjających zaburzeniu oraz nauka nowych umiejętności [13]. Tak jak wspomniano wcześniej, trudno w warunkach oddziału stacjonarnego pracować nad zmianą rdzennych przekonań, jednak modyfikacja dysfunkcyjnych myśli automatycznych również może przyczynić się do poprawy samopoczucia. U chorych zmniejsza się ryzyko nawrotu depresji, jeśli mają umiejętność identyfikowania oraz weryfikowania swoich negatywnych myśli automatycznych. Warto nadmienić, że im cięższy stan psychiczny pacjenta, tym więcej powinniśmy zastosować technik behawioralnych. Wskazane jest monitorowanie nastroju chorych za pomocą różnych skal (np. Skala Depresji Becka) lub inwentarza objawów depresyjnych [14]. W ten sposób uzyskujemy informację, jakie są efekty naszych działań. Ponadto, pacjenci depresyjni często nie dostrzegają niewielkich wahań samopoczucia i prowadzenie tego typu kart będzie dla nich potwierdzeniem zmian.

Częstym problemem pacjentów chorych na zaburzenia depresyjne jest obniżona motywacja do podejmowania aktywności. Doniesienia naukowe wskazują, że aktywizacja behawioralna skutecznie zmniejsza nasilenie objawów depresyjnych [15]. Jednym z narzędzi stosowanych w pracy nad aktywnością jest „tabela tygodniowego zapisu czynności”. Pacjent ma za zadanie zapisać wszystkie czynności wykonane w ciągu dnia wraz z oceną stopnia przyjemności. Następnie, wspólnie z terapeutą, dokonuje szczegółowej analizy tabeli i opracowuje plan aktywności na kolejny tydzień, którego celem jest zwiększenie liczby zadań dających satysfakcję. Podejmowanie przyjemnych czynności korzystnie działa na samopoczucie.

Wiele metod służących poprawie objawowej dostarczają techniki poznawcze, a wśród nich nauka rozpoznawania automatycznych myśli oraz ich weryfikacja. W pierwszym etapie pracy poznawczej należy zidentyfikować negatywne automatyczne myśli. Najskuteczniejszą metodą odkrywania myśli jest wykorzystywanie sytuacji z życia pacjenta. Pomocna może okazać się również wizualizacja określonej sytuacji. Następnie terapeuta wspólnie z pacjentem poszukuje dowodów potwierdzających i podważających negatywne myśli w celu sprawdzenia, czy są one prawdziwe i funkcjonalne. Ostatnim krokiem jest sformułowanie nowych alternatywnych myśli, które będą zgodne z rzeczywistością oraz będą pełniły funkcje adaptacyjne. Warto zachęcać pacjentów do systematycznego prowadzenia zapisu myśli automatycznych wraz z ich weryfikacją. Może się wydawać, że przebywający na oddziale stacjonarnym doświadczają niewiele sytuacji. Środowisko pacjentów i personelu tworzy mikrospołeczność, w której również można nawiązywać relacje, ćwiczyć umiejętności psychospołeczne. Podczas pracy nad automatycznymi myślami przydatna jest technika skalowania. Polega ona na dokonaniu przez pacjenta oceny swojej wiary w prawdziwość danej myśli automatycznej w skali od 0 do 100%. Po upływie założonego wcześniej czasu ponownie prosimy pacjenta o dokonanie oceny, jak dalece wierzy w prawdziwość danej myśli. W ten sposób mamy możliwość oceny efektów działań terapeutycznych. Ponadto technikę skalowania można zastosować w pracy nad emocjami (pacjent ocenia nasilenie emocji w skali od 0 do 100%). Umożliwia nam to wgląd oraz lepsze zrozumienie perspektywy pacjenta.

Inną wersją tej metody jest technika podzielonego tortu. Często pacjenci depresyjni przeżywają poczucie winy z powodu jakiejś sytuacji. Rysujemy okrąg i prosimy chorego, aby podzielił go na kawałki, podobnie jak tort. Każdy kawałek i jego wielkość ma symbolizować czynnik, który mógł mieć wpływ na daną sytuację. To ćwiczenie można stosować podczas pracy także nad innymi problemami.

W celu zmiany automatycznych myśli można również prowadzić eksperymenty behawioralne¹. Przebieg eksperymentu zależy od treści testowanego przekonania. Celem jest sprawdzenie prawdziwości danej myśli, a w konsekwencji jej modyfikacja (np. zaangażowanie pacjenta w przygotowanie materiałów niezbędnych do zajęć terapeutycznych, w celu przetestowania myśli typu: „Nic nie potrafię zrobić dobrze”). Ciekawą techniką są eksperymenty polegające na rozpraszaniu uwagi. Są one skutecznym narzędziem do przerywania depresyjnych ruminacji. Jedną z najprostszych wersji tego ćwiczenia jest poproszenie pacjenta, aby w momencie pogorszenia się nastroju szczegółowo opisał przedmioty znajdujące się w gabinecie. Warto również zwrócić uwagę na powody dekompensacji pacjenta. Często są one związane z trudną sytuacją lub problemem, z którym samodzielnie nie potrafi się uporać. W tym wypadku przydatne mogą się okazać techniki skoncentrowane na rozwiązywaniu konkretnych problemów. Pomocne może być zidentyfikowanie wszystkich możliwych rozwiązań, wybór jednego z nich, a następnie wyszczególnienie kolejnych kroków niezbędnych do osiągnięcia danego celu. Ważne jest, aby terapeuta nie zakładał, że jakkolwiek etap jest dla pacjenta czymś oczywistym. Z mojego doświadczenia wynika, że pacjenci często mają trudności już na początku, a więc z ustaleniem potencjalnych rozwiązań. Źródłem dyskomfortu może być również konieczność podjęcia jakiejś ważnej decyzji. Przydatne wtedy jest sporządzenie listy wad i zalet każdego rozwiązania i dokonanie oceny każdej możliwości. Gdy proponuję swoim pacjentom to ćwiczenie, często słyszę, że wielokrotnie zastanawiali się już nad plusami i minusami ewentualnych wyborów. Podkreślam wówczas, że analizując w myślach problem nigdy nie jesteśmy w stanie uwzględnić wszystkich argumentów za i przeciw. Dopiero spisanie i dokonanie oceny ich ważności może dać całościowy obraz, który pomoże nam podjąć decyzję. Istnieje wiele technik, które służą poprawie samopoczucia i wzmocnieniu samooceny. Warto zachęcać pacjentów do spisania swoich zalet, umiejętności czy sukcesów. Korzystne jest zachowanie takich zapisków, aby mieć możliwość dopisania kolejnej pozycji oraz wykorzystania notatek w sytuacji trudnej emocjonalnie.

Terapia poznawczo-behawioralna jest również bardzo skuteczna w leczeniu zaburzeń lękowych [16]. Istnieje wiele modeli wyjaśniających te zaburzenia; zakres niniejszego artykułu nie pozwala na omówienie wszystkich. Ich wspólną cechą jest to, że przyczyn objawów lękowych poszukuje się w dysfunkcjonalnych przekonaniach kluczowych, oraz że istnieje wiele „błędnych kół” podtrzymujących objawy psychopatologiczne. Klasycznym przykładem mogą być napady paniki. Pacjenci interpretują normalne fizjologiczne objawy lęku (np. kołatanie serca, zawroty głowy, przyśpieszony oddech) w sposób katastroficzny [17]. Pojawiają się u nich myśli, że przyśpieszona akcja serca jest zwiastunem zawału lub zawroty głowy oznaczają, że zaraz stracą przytomność. Co ważne, koncentrując się na doznaniach cielesnych, nasilają swoje objawy fizjologiczne, a to z kolei zwiększa nie-

¹ Eksperymenty behawioralne przedstawiam bardziej szczegółowo na stronach następnych, opisując terapię zaburzeń lękowych

pokój. Jeden z ciekawych eksperymentów behawioralnych, który można zaproponować pacjentom z lękiem panicznym, polega na tym, żeby przez kilka minut koncentrowali oni swoją uwagę na wybranej części ciała. Efekt zazwyczaj jest taki, że zaczynają doświadczać różnych nieprzyjemnych odczuć. Ten eksperyment pokazuje, że nadmierna koncentracja na objawach nasila problem. Innym mechanizmem utrwalającym objawy psychopatologiczne jest unikanie sytuacji lękotwórczych. Podtrzymuje ono lęk i utwierdza osobę w przekonaniu, że nie jest w stanie poradzić sobie z trudną sytuacją. Kolejnym „błędym kołem” jest pojawienie się lęku antycypacyjnego, którego konsekwencją jest również unikanie zagrażającej sytuacji. Praca nad objawami lękowymi polega między innymi na zredukowaniu zachowań zabezpieczających² i podtrzymujących zaburzenie. Zaproponowanie takich strategii wymaga silnej więzi terapeutycznej. Podstawowym krokiem w terapii lęku jest psychoedukacja na temat lęku i przedstawienie pacjentowi modelu jego zaburzenia. Bardzo często zdobycie tej wiedzy działa w sposób zmniejszający napięcie.

Eksperymenty behawioralne są jedną z głównych metod pracy z pacjentem doświadczającym objawów lękowych, warto więc przedstawić je bardziej szczegółowo. Eksperymenty behawioralne to planowane wraz z pacjentem działania, które oparte są na eksperymentowaniu lub obserwacji [18]. Ich celem jest weryfikacja, a więc sprawdzenie prawdziwości przekonań lub budowanie nowego przekonania o świecie, innych ludziach lub sobie samym. Eksperyment powinien być dokładnie przemyślany i przedyskutowany z pacjentem. Najpierw należy zdecydować, która myśl będzie poddawana testowaniu. Ważne jest, aby terapeuta był pewien, że przeprowadzenie eksperymentu daje szansę na podważenie dotychczasowego przekonania pacjenta. Następnym krokiem jest precyzyjne określenie tego, co, kiedy i gdzie ma zrobić pacjent, czyli ustalenie szczegółowego planu. Jeżeli ma on jakiegokolwiek obawy lub wątpliwości należy je z nim dokładnie przeanalizować. Następnie pacjent samodzielnie lub z terapeutą przeprowadza eksperyment. Po zakończeniu, wspólnie z terapeutą, omawia jego rezultaty odnosząc je do testowanego przekonania. Warto nadmienić, że eksperymenty behawioralne można właściwie przeprowadzać w każdym miejscu. Wszystko zależy od kreatywności terapeuty.

Istnieje kilka rodzajów eksperymentów behawioralnych [19]. To, na który z nich należy się zdecydować, zależy od założonego celu. Wyróżniamy eksperymenty obserwacyjne, do których należy bezpośrednia obserwacja innych osób. Kolejnym rodzajem eksperymentu jest metoda badania, sondaż. Pacjenci z fobią społeczną często uważają, że tylko oni odczuwają napięcie w sytuacjach społecznych. Można więc zaproponować przepytanie o to innych, co pomoże zweryfikować nieprawdziwą myśl. Odkrycie, że inne osoby również przeżywają stres, bywa bardzo pomocne i działa wzmacniająco. Na oddziale psychiatrycznym pacjent może przeprowadzić wywiad z innymi hospitalizowanymi osobami lub poprosić o pomoc personel szpitala. Do eksperymentów obserwacyjnych zaliczymy także uzyskiwanie informacji z innych źródeł. Pacjent może poszukać argumentów potwierdzających lub podważających jego przekonania, na przykład w internecie, książkach. Najbardziej rozpowszechnione, i wydaje się, że najskuteczniejsze, są eksperymenty czynne. Pacjent testuje prawdziwość swojego przekonania w realnych sytuacjach lub

² Zachowania zabezpieczające to różne działania, które jednostka podejmuje w celu uniknięcia realnego lub wyobrażonego zagrożenia. Stosowanie zachowań zabezpieczających przez osoby z zaburzeniami lękowymi powoduje utrwalenie objawów psychopatologicznych.

symulowanych. Przykładem eksperymentu w życiu codziennym może być przećwiczenie asertywnego wyrażania swoich potrzeb swoim bliskim. Pacjentom, którzy nie czują się na siłach dokonywać eksperymentów w realnej sytuacji, można zaproponować odgrywanie ról w gabinecie. Jest to metoda na pewno znacznie bezpieczniejsza, ważne jest jednak, aby ćwiczenie nowych umiejętności nie odbywało się tylko i wyłącznie w relacji z terapeutą. Inną techniką behawioralną, o której warto wspomnieć, jest systematyczna desensytyzacja. Polega ona na stworzeniu hierarchii sytuacji lękotwórczych, a następnie na ekspozycji na bodziec lękorodny z zastosowaniem technik relaksacyjnych. Ponadto do technik behawioralnych należy również modelowanie, a więc uczenie się nowych zachowań na podstawie obserwacji innych osób, w tym terapeutę.

Na stacjonarnym oddziale psychiatrycznym można bez większych ograniczeń przeprowadzać eksperymenty behawioralne. Są one również nieodłącznym elementem treningów umiejętności psychospołecznych, treningów asertywności czy radzenia sobie ze stresem. Bardzo dobrym momentem na przeprowadzanie eksperymentów jest pobyt pacjenta na przepustce. Jednodniowe wyjścia ze szpitala do domu są świetną okazją, aby mógł on przećwiczyć nabyte umiejętności. Po powrocie do szpitala można omówić z nim przebieg eksperymentu.

Podczas dokonywania niektórych eksperymentów behawioralnych należy wykorzystywać techniki relaksacyjne. Istnieje wiele metod relaksacyjnych — od przeponowego oddechu po techniki wyobrażeniowe redukujące napięcie. Klasycznym przykładem może być relaksacja progresywna Jacobsona czy trening autogenny Schulza. Ze wszystkich technik poznawczo-behawioralnych bez wątpienia najważniejsze jest właściwe nawiązanie dialogu z pacjentem. W terapii poznawczo-behawioralnej mówi się o dialogu sokratejskim. Jest to taki sposób prowadzenia rozmowy, który umożliwia pacjentowi zidentyfikowanie przekonań, uzyskanie wiedzy, podanie w wątpliwość dotychczasowych nieprzystosowawczych myśli i stworzenie nowych, alternatywnych przekonań. Wydaje się, że dialog sokratejski jest procesem, w którym pacjent sam (dzięki ukierunkowanym pytaniom terapeutę) dochodzi do wiedzy, którą terapeuta już posiada.

Psychoterapia grupowa

Liczne badania wskazują na wysoką efektywność psychoterapii grupowej. Istnieje wiele czynników, które uznaje się w niej za leczące [20]. Aby móc skutecznie prowadzić psychoterapię grupową na oddziale psychiatrycznym, należy ją dostosować do tej szczególnej sytuacji. Trzeba uwzględnić warunki lokalowe, liczbę wykwalifikowanych specjalistów oraz nastawienie pozostałego personelu. Często na oddziałach psychiatrycznych nie ma wydzielonej sali terapeutycznej, spotkania grupowe odbywają się na przykład w jadalni. Otwarta przestrzeń nie sprzyja budowaniu zaufania ani odpowiedniemu skoncentrowaniu się na spotkaniu. Placówki służby zdrowia zazwyczaj zatrudniają minimalną, niezbędną liczbę pracowników. Jeśli na oddziale stacjonarnym jest w ogóle zatrudniony psychoterapeuta (NFZ nie wymaga takiego stanowiska), to często zajmuje się kilkudziesięcioma pacjentami. Również stosunek pozostałego personelu bywa problemem. Niestety, nadal w wielu ośrodkach współpraca psychiatrów, pielęgniarek i psychologów jest tylko pozorną.

Kolejnym czynnikiem ograniczającym stosowanie psychoterapii grupowej jest na pewno duża rotacja pacjentów. Jak już wspomniano, ich pobyt w szpitalu trwa średnio od

kilku dni do kilku tygodni. Nie wszyscy od dnia przyjęcia kwalifikują się do uczestnictwa w spotkaniach grupowych. Ponadto, istotnym elementem jest motywacja do udziału w terapii grupowej. Decydując się na jej prowadzenie na oddziale stacjonarnym należy z góry założyć, że skład grupy będzie bardzo niestabilny. Równie ważnym czynnikiem mającym wpływ na proces terapeutyczny jest duża heterogeniczność patologii. Na oddziale ogólnopsychiatrycznym przyjmowani są pacjenci z zaburzeniami lękowymi, afektywnymi, psychotycznymi, osobowości czy z uzależnieniem od alkoholu. Ponadto znajdują się w odmiennych fazach choroby, różnią się ze względu na poziom sprawności intelektualnej czy poznawczej. Niemożliwością jest stworzenie grup homogenicznych. Te wszystkie czynniki znacząco wpływają na ustalenie celu psychoterapii grupowej. Wydaje się, że zadania możliwe do zrealizowania to między innymi zaangażowanie pacjenta w proces terapeutyczny oraz wzbudzanie motywacji do kontynuowania leczenia poszpitalnego, zidentyfikowanie problemów, doskonalenie umiejętności komunikacyjnych, zdobycie przez niego wiedzy o swojej chorobie, zwiększenie akceptacji choroby psychicznej, zmniejszenie poczucia osamotnienia czy doskonalenie umiejętności radzenia sobie ze stresem. Są to jedynie przykładowe cele spotkań grupowych. Najważniejszą zasadą, którą należy się kierować przy ustalaniu zadań grupy, jest to, żeby cel był możliwy do osiągnięcia w krótkim czasie.

Grupowa psychoterapia poznawczo-behawioralna opiera się na zasadach podobnych do obowiązujących w psychoterapii indywidualnej. Każde spotkanie grupowe jest ustrukturalizowane, skoncentrowane na określonym problemie. Ważnym elementem jest udzielenie pacjentom informacji o terapii poznawczo-behawioralnej oraz ustalenie regulaminu uczestnictwa w grupie. Podobnie jak podczas spotkań indywidualnych, pracuje się nad zmianą dysfunkcyjnego myślenia czy kształtowaniem nowych umiejętności [21]. Zasadnicza różnica dotyczy liczby osób i różnorodności relacji, które można nawiązać. Grupa terapeutyczna jest środowiskiem, w którym dochodzi do stworzenia relacji podobnych do tych, które pacjenci tworzą z ludźmi w życiu codziennym. Standardowa grupowa psychoterapia poznawczo-behawioralna obejmuje około kilkunastu spotkań i skierowana jest głównie do grup homogenicznych [zob. 22–28]. Prowadzenie takiej terapii na oddziale stacjonarnym wydaje się więc niemożliwe. Podczas spotkań grupowych na oddziałach ogólnopsychiatrycznych można jednak wykorzystać wiele technik poznawczo-behawioralnych [29]. Jak najbardziej można nauczyć pacjentów identyfikować, a następnie weryfikować myśli automatyczne, pracować nad zwiększeniem aktywności czy zastosować techniki skoncentrowane na rozwiązywaniu konkretnych problemów. Celem spotkań grupowych może być także nauka technik relaksacyjnych lub szeroko rozumianych umiejętności psychospołecznych. Prowadzenie spotkań psychoedukacyjnych na temat lęku i innych emocji, oraz określonych zaburzeń psychicznych, również może być bardzo użyteczne dla pacjentów oddziałów psychiatrycznych.

Ciekawą propozycją do wykorzystania w warunkach oddziału ogólnopsychiatrycznego jest trening metapoznawczy dla osób chorych na schizofrenię [30]. Jego celem jest redukcja zniekształceń poznawczych, a w konsekwencji poprawa samopoczucia psychicznego. Cały trening trwa 4 tygodnie i zawiera osiem modułów tematycznych, tj. style atrybucji, przeskok do konkluzji I, zmiana przekonań, empatia I, pamięć, empatia II, przeskok do konkluzji II, nastrój i samoocena [31]. Każde spotkanie ma określoną strukturę i kończy się zaproponowaniem zadania domowego. Trening metapoznawczy może być stosowany zarówno u osób doświadczających epizodu psychotycznego po raz pierwszy, jak i u choru-

jących przewlekłe na schizofrenię. Ponieważ prowadzi do wiary w prawdziwość przekonań urojeniowych, więc wydaje się, że do grupy treningowej można włączyć również osoby z innymi zaburzeniami psychotycznymi.

Wnioski, które wyciągnęłam na podstawie własnych doświadczeń, są takie, że najwięcej pozytywnych efektów, choć niestety często krótkotrwałych, przynoszą spotkania, które są znacznie ograniczone w czasie i skoncentrowane na rozwiązaniu konkretnych bieżących problemów. Rozpoczynając psychoterapię grupową powinniśmy nawet założyć, że skład grupy będzie się zmieniał codziennie, należy więc podejmować takie zagadnienia, które mogą być omówione podczas jednej sesji, z pożytkiem dla większości pacjentów.

Podsumowanie

Prowadzenie psychoterapii indywidualnej w warunkach stacjonarnego oddziału ogólnopsychiatrycznego jest często niemożliwe. Niektóre potencjalne ograniczenia związane są z osobą pacjenta, z jego oczekiwaniami, motywacją, gotowością do pracy nad sobą. Obraz kliniczny choroby, jak również poziom sprawności intelektualnej i poznawczej chorego istotnie wpływają na proces kwalifikacji do psychoterapii. Pozostałe czynniki utrudniające prowadzenie terapii indywidualnej związane są ze specyfiką miejsca, jakim jest stacjonarny oddział ogólnopsychiatryczny. Limity czasowe narzucone przez Narodowy Fundusz Zdrowia mają istotny wpływ na rodzaj podejmowanych oddziaływań terapeutycznych. Psychoterapia jest procesem, w którym niezbędne jest między innymi zaufanie pacjenta i jego poczucie bezpieczeństwa. Nawiązanie dobrej relacji terapeutycznej wymaga czasu i odpowiedniej liczby spotkań. Nie bez znaczenia są również warunki lokalowe, liczba zatrudnionych psychoterapeutów i liczba pacjentów, których powinni otoczyć opieką. Wymienione czynniki oraz wiele innych mogą skutecznie pozbawić specjalistów możliwości prowadzenia psychoterapii indywidualnej i grupowej w warunkach stacjonarnego oddziału psychiatrycznego.

Pomimo istniejących ograniczeń, należy wprowadzać różne oddziaływania terapeutyczne mające na celu poprawę stanu psychicznego i zwiększenie komfortu pacjentów. Nurt poznawczo-behawioralny dostarcza wielu technik pracy z pacjentem, które można stosować w tego typu placówkach. Jednak stosowanie pojedynczych technik terapeutycznych nie upoważnia nas do nazywania spotkań psychoterapią. Podczas podejmowania decyzji, które z oddziaływań zastosować, trzeba pamiętać o ograniczeniach wynikających ze specyfiki miejsca, jakim jest oddział psychiatryczny, i za każdym razem próbować dostosować wprowadzane metody do przebywających na nim pacjentów. Cele terapeutyczne, które mogą zostać osiągnięte — to na pewno wzbudzenie motywacji do podjęcia psychoterapii w warunkach ambulatoryjnych, zwiększenie aktywności, poprawa samopoczucia psychicznego czy wzmocnienie umiejętności psychospołecznych.

Piśmiennictwo

1. Rachman S. Ewolucja terapii poznawczo-behawioralnej. W: Clark DM, Fairburn ChG, red. Terapia poznawczo-behawioralna. Badania naukowe i praktyka kliniczna. Gdynia: Alliance Press; 2006, s. 1–22.
2. Popiel A, Pragłowska E. Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka. Warszawa: Paradygmat; 2008.

3. Moorey S. Terapia behawioralno-poznawcza. W: Wright P, Stern J, Phelan M, red. *Psychiatria*. Sedno. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2005, s. 591–606.
4. Dobson KS, Dozois D. Historical and philosophical bases of cognitive-behavioral therapies. W: Dobson K, red. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*, wyd. 2. New York: Guilford; 2001, s. 3–39.
5. Beck JS. *Terapia poznawcza. Podstawy i zagadnienia szczegółowe*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2005.
6. Beck AT. *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row; 1967.
7. Kofta M, Doliński D. Poznawcze podejście do osobowości. W: Strelau J, red. *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 2. Gdańsk: GWP; 2000, s. 560–600.
8. Kosmala B, Bukowski S. Sesja terapeutyczna w podejściu poznawczo-behawioralnym. *Psycho-terapia* 2007; 1: 27–36.
9. Kazdin AE. Mediators and mechanism of change in psychotherapy research. *Ann. Rev. Clin. Psych.* 2007; 3: 1–27.
10. Chrząstkowski Sz. Sposób ujmowania relacji terapeutycznej w psychoterapii poznawczej. *Psycho-ter.* 2007; 1: 15–26.
11. Leahy RL. *Techniki terapii poznawczej. Podręcznik praktyka*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2008.
12. Beck AT. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *Am. J. Psychiatry* 2008; 165: 969–977.
13. Lindsay WR, Howells L, Pitcaithly D. Cognitive therapy for depression with individuals with intellectual disabilities. *Brit. J. Med. Psychol.* 1993; 66, 2: 135–141.
14. Padesky ChA, Greenberger D. *Umysł ponad nastrojem. Zmień nastrój poprzez zmianę sposobu myślenia*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2004.
15. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.* 2007; 27: 318–326.
16. Chambless DL, Gilis MM. Cognitive therapy of anxiety disorders. *J. Consul. Clin. Psychol.* 1993; 61, 2: 248–261.
17. Gelder MG, Clark DM, Salkovskis P. Cognitive treatment for panic disorder. *J. Psychiatr. Res.* 1993; 27, 1: 171–178.
18. Bennett-Levy J, Westbrook D, Fennell M, Cooper M, Rouf K, Hackmann A. Eksperymenty behawioralne — historyczne i koncepcyjne podbudowy. W: Bennett-Levy J, Butler G, Fennell M, Hackmann A, Mueller M, Westbrook D, red. *Oksfordzki podręcznik eksperymentów behawioralnych w terapii poznawczej*. Gdynia: Alliance Press; 2005, s. 1–21.
19. Rouf K, Fennell M, Westbrook D, Cooper M, Bennett-Levy J. Opracowywanie skutecznych eksperymentów behawioralnych. W: Bennett-Levy J, Butler G, Fennell M, Hackmann A, Mueller M, Westbrook D, red. *Oksfordzki podręcznik eksperymentów behawioralnych w terapii poznawczej*. Gdynia: Alliance Press; 2005, s. 22–58.
20. Yalom I. *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2006.
21. Scharwächter P. Three applications of functional analysis with group dynamic cognitive behavioral group therapy. *Int. J. Group Psychother.* 2008; 58, 1: 55–76.
22. Chambless DL, Tran GQ, Glass CR. Predictors of response to cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *J. Anxiety Disord.* 1997; 11, 3: 221–240.
23. Norton PJ. An open trial of a transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorder. *Behav. Ther.* 2008; 39, 3: 242–250.

24. Bechdolf A, Knost B, Kuntermann C, Schiller S, Klosterkötter J, Hambrecht M, Pukrop RA. Randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group psychoeducation in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 2004; 110: 21–28.
25. Blouin JH, Carter J, Blouin AG, Tener L, Schnare-Hayes K, Zuro C, Barlow J, Perez E. Prognostic indicators in bulimia nervosa treated with cognitive-behavioral group therapy. *Int. J. Eat. Disord.* 1994; 15, 2: 113–123.
26. Dannon PN, Gon-Usishkin M, Gelbert A, Lowengrub K, Grunhaus L. Cognitive behavioral group therapy in panic disorder patients: the efficacy of CBGT versus drug treatment. *Ann. Clin. Psychiatry* 2004; 16, 1: 41–46.
27. Chen TH, Lu RB, Chang AJ, Chu DM, Chou KR. The evaluation of cognitive-behavioral group therapy on patient depression and self-esteem. *Arch. Psychiatr. Nurs.* 2006; 20, 1: 3–11.
28. Volpato CA, Heldt E, Braga Bochi D, Margis R, Basso de Sousa M, Fonseca Tonello J, Gus Manfro G, Kapczinski F. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *Psychother. Psychosom.* 2003; 72, 4: 211–216.
29. Veltro F, Vendittelli N, Oricchio I, Addona F, Avino C, Figliolia G, Morosini P. Effectiveness and efficiency of cognitive-behavioral group therapy for inpatients: 4-year follow-up study. *J. Psychiatr. Pract.* 2008; 14, 5: 281–288.
30. Gawęda Ł, Moritz S, Kokoszka A. Podstawy teoretyczne treningu metapoznawczego dla chorych na schizofrenię. *Psychiatr. Pol.* 2009; XLIII, 6: 671–682.
31. Gawęda Ł, Moritz S, Kokoszka A. Trening metapoznawczy dla chorych na schizofrenię. Opis metody i doświadczeń klinicznych. *Psychiatr. Pol.* 2009; XLIII, 6: 683–692.

Adres: karolina.potempa@o2.pl