

PSYCHOTERAPIA PACJENTÓW DEPRESYJNYCH W STARSZYM WIEKU STOSOWANA NA PSYCHOGERIATRYCZNYM ODDZIALE STACJONARNYM I DZIENNYM

PSYCHOTHERAPY IN OLDER ADULTS WITH MAJOR DEPRESSION IN A PSYCHOGERIATRIC WARD

¹ Oddział Kliniczny Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie
Kierownik: dr n.med. Maciej Wojciech Pilecki

² Klinika Psychiatrii Dorosłych, Collegium Medicum UJ, Kraków
Kierownik: prof. dr hab. med. Andrzej Zięba

caregivers
Alzheimer's disease
psychotherapy
late-life depression
psychogeriatrics

Autorzy dzielą się własnymi doświadczeniami i refleksjami na temat stosowania psychoterapii indywidualnej i grupowej u pacjentów w podeszłym wieku na stacjonarnym i dziennym oddziale psychogeriatrycznym. Psychoterapia osób starszych wydaje się bardzo ważnym elementem kompleksowego leczenia, a jej charakter powinien być oparty na holistycznej wizji człowieka. W literaturze przedmiotu najlepiej udokumentowana jest skuteczność indywidualnej psychoterapii poznawczo-behawioralnej i terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach problemu.

Summary: Psychotherapy of the elderly appears to be a very important part of comprehensive treatment, and its character should be based on a holistic vision of the patient. The effectiveness of the individual Cognitive-Behavioral Psychotherapy (CBT) and Problem Solving Therapy (PST) is well established in clinical trials. In treating patients at the psychogeriatric ward, on account of the described clinical state placed in the article, we apply Supportive Therapy (ST) and the existential approach. An important element of therapy is a holistic approach to the needs of the patient, an attempt to understand their internal conflicts, a focus on long-term therapy and the setting of realistic goals tailored to the patient's abilities. A positive change in thinking can bear fruit in the patient's everyday life, their functioning, and in their relationships with other people. It seems, that in elderly people, the choice of the psychotherapeutic method should be adapted individually to the clinical state, therapeutic readiness to work and one's situation in life of the patient. In this article, the authors share their own experiences and reflections on the use of individual and group psychotherapy with elderly patients in the psychogeriatric ward.

Wprowadzenie

Zaburzenia afektywne i lękowe należą do najczęstszych problemów psychicznych wieku podeszłego [1]. Ocenia się, że w populacji ogólnej ciężkie zaburzenia depresyjne występują u około 2% po 65. roku życia, a 8%–15% osób starszych spełnia kryteria zaburzeń depresyjnych [1]. Zaburzenia depresyjne u starszych pacjentów u około 20% do 50% badanych manifestują się pogorszoną sprawnością funkcji poznawczych (zaburzona uwaga, upośledzone zapamiętywanie, obniżona sprawność funkcji wykonawczych, pla-

nowania, inicjowania czynności, dążenia do celu), słabszym wglądem chorobowym oraz ograniczoną sprawnością motoryczną (spowolnienie). Współczesne standardy leczenia depresji wieku podeszłego uzasadniają potrzebę zintegrowanego leczenia pacjentów [2–3]. Liczne badania wskazują wyższą skuteczność takiego podejścia niż jedynie leczenia farmakologicznego [4–7].

W literaturze przedmiotu najlepiej udokumentowana jest skuteczność indywidualnej psychoterapii poznawczo-behawioralnej (cognitive-behavioural therapy — CBT) i terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach problemu (z ang. problem solving therapy — PST) w leczeniu zaburzeń afektywnych i lękowych w grupie pacjentów ambulatoryjnych, w stosunkowo dobrym ogólnym stanie zdrowia, w podeszłym wieku [8–13]. Stosunkowo mniej jest aktualnych opracowań dotyczących innych nurtów psychoterapii również stosowanych w tej samej grupie wiekowej (terapii interpersonalnej, wspierającej, reminiscencyjnej, schematu, egzystencjalnej) [14–20]. W badaniu przeprowadzonym przez Areán i wsp. [14] w dużej grupie starszych pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi z deficytem funkcji poznawczych, należącym do nielicznych badań porównujących dwa podejścia terapeutyczne, zauważono po dziewięciu tygodniach trwania obserwacji przewagę terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach problemu nad terapią wspierającą. W badaniu tym po dwunastu tygodniach obserwacji więcej niż połowa pacjentów spełniała kryteria pozytywnej odpowiedzi terapeutycznej, a 45% — kryteria remisji objawowej.

W powszechnej opinii uważa się, że podejście psychoanalityczne raczej nie powinno być stosowane w grupie starszych pacjentów. Plotkin [21], opisując przypadek psychoanalitycznej terapii siedemdziesięcioletniej pacjentki, przekonuje, że podejście to może być korzystne dla procesu leczenia także w grupie chorych w zaawansowanym wieku. Część autorów uważa, że psychoterapia u pacjentów w podeszłym wieku może być tak samo skuteczna, jak u młodszych [22], inni natomiast wskazują na jej mniejszą efektywność oraz wymagany dłuższy czas na uzyskanie poprawy stanu psychicznego [23]. Badając skuteczność psychoterapii w leczeniu zaburzeń depresyjnych, ze względu na złożoność obrazu klinicznego, można napotkać wiele trudności metodologicznych związanych z jednoznaczną oceną korzyści terapeutycznych tych oddziaływań [24–26]. Większość badań analizujących skuteczność psychoterapii osób starszych przeprowadzona była w jednostkach akademickich i dotyczyła przede wszystkim homogennych grup pacjentów poddanych terapii indywidualnej, stosunkowo młodych, po 50. czy 60. roku życia, w dobrym ogólnym stanie zdrowia.

Niewiele natomiast jest opracowań odnoszących się do znacznie starszych grup wiekowych potrzebujących psychoterapii, w których mamy do czynienia ze złożonym obrazem klinicznym, spotykanym w codziennej praktyce, tzn. z nasilonymi objawami depresyjnymi, współistniejącymi chorobami somatycznymi (6%–45%), zaburzeniami osobowości, myślami i tendencjami samobójczymi, deficytami funkcji poznawczych (z ang. „depression-executive dysfunction syndrome”), trudnościami w komunikacji (pogorszony wzrok i słuch), zmianami organicznymi oraz trudną sytuacją psychospołeczną (izolacja społeczna, brak wsparcia, problemy finansowe) [24–30]. Wydaje się, że w grupie pacjentów z nasilonymi objawami depresyjnymi, schorowanymi somatycznie, podejście wspierające może być najkorzystniejsze [14, 28, 29, 31]. Areán i wsp. [14] uważają jednak, że efekt

terapii wspierającej, w przeciwieństwie do terapii skupionej na rozwiązywaniu problemu, może zmniejszać się z czasem.

Obszar badań dotyczących psychoterapii grupowej z ciężkimi zaburzeniami depresyjnymi jest stosunkowo rzadko tematem analiz naukowych [29, 32–34]. W literaturze polskiej brakuje aktualnych opracowań naukowych poświęconych pracy terapeutycznej z osobami w podeszłym wieku, zwłaszcza psychoterapii grupowej. Autorzy prac omawiających zagadnienia psychoterapii w wieku podeszłym wskazują na istniejący niedostatek badań klinicznych dotyczących tego obszaru, jak również stosunkowo ubogą ofertę terapeutyczną, pomimo zachodzących zmian demograficznych [35–37]. W badaniu przeprowadzonym przez Dankin i Areán [38] wykazano, że najczęstszym powodem szukania pomocy psychoterapeutycznej przez osoby starsze jest stan depresyjny związany z problemami w relacjach z najbliższymi, pogorszeniem się stanu zdrowia, doświadczeniem utraty, żałoby, problemami finansowymi, spadkiem ogólnej sprawności. Wg ww. autorów oczekiwania osób zgłaszających się na psychoterapię nie są duże, dotyczą przede wszystkim otrzymania wsparcia, a najlepszą metodą jest podejście łączące różne nurty psychoterapeutyczne, zintegrowane, dostosowane do wieku i stanu chorych [40].

Celem dalszej części artykułu jest przedstawienie własnych doświadczeń i refleksji z prowadzenia psychoterapii indywidualnej i grupowej dla osób starszych z głębokimi zaburzeniami depresyjnymi ze współistniejącymi chorobami somatycznymi na oddziale psychogeriatrycznym stacjonarnym i dziennym Oddziału Klinicznego Kliniki Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

Psychoterapia na stacjonarnym oddziale psychogeriatrycznym

Na stacjonarnym oddziale psychogeriatrycznym, powstałym z inicjatywy Antoniego Kępińskiego, od ponad 40 lat prowadzi się psychoterapię indywidualną i grupową dla pacjentów w starszym wieku, głównie o charakterze podtrzymującym, poznawczym i egzystencjalnym. Wykorzystuje się też niektóre techniki stosowane w terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach problemu, które przeznaczone są dla pacjentów z objawami depresyjnymi, a których celem jest zwiększenie możliwości do zaadaptowania się do środowiska i do zaistniałych zmian w życiu [9, 10]. Wybór metod psychoterapeutycznych stosowanych na oddziale psychogeriatrycznym jest poparty aktualną wiedzą [9, 12, 31, 39] oraz doświadczeniem własnym autorów. Terapia za ich pomocą wydaje się najbardziej efektywna w tej grupie chorych, biorąc pod uwagę ograniczony czas ich pobytu w szpitalu i możliwości pracy terapeutycznej.

W kompleksowym leczeniu na oddziale istotne są też oddziaływania psychospołeczne, superwizja pracy terapeutycznej i konsultacje rodzinne (z elementami rozumienia systemowego), pomagające zobaczyć pacjenta na tle jego środowiska społecznego oraz dokonać zmian w rodzinie wspierających proces zdrowienia. Psychoterapia prowadzona jest równoległe z kompleksowym leczeniem farmakologicznym i oddziaływaniami psychospołecznymi. Ważnym elementem pracy jest współdziałanie zespołu terapeutycznego, całościowe podejście do jego potrzeb, nastawienie na terapię długofalową oraz stawianie realnych celów dostosowanych do możliwości pacjenta. Postęp terapii jest możliwy dzięki syntezie własnych obserwacji, wywiadowi od rodziny, informacji uzyskanych od zespołu

terapeutycznego i pacjenta. W psychoterapii pacjentów na oddziale należy mieć świadomość ograniczonego czasu (maksymalnie 12 tygodni hospitalizacji) — proces diagnostyczny i psychoterapeutyczny jest nierozłączny. Należy uwzględnić: niewielką możliwość pomocy wynikającą z mniejszej plastyczności psychicznej, mniejszej dynamiki życiowej, sztywności postaw i poglądów, niechęci do zmiany utrwalonych stereotypów i zachowań, często istniejącego pogorszenia sprawności funkcji poznawczych, nieodwracalność wielu wyborów życiowych oraz skróconą perspektywę przyszłości [40].

Na oddziale stacjonarnym terapeuta przyjmuje z konieczności (z powodu ogromnego wycofania się pacjentów z aktywności, utraty energii i motywacji) rolę wspierającą oraz inicjującą kontakty terapeutyczne. W kontakcie z pacjentami z objawami depresyjnymi o znacznym nasileniu zmuszony jest często do przełamywania bardzo silnego nieraz ich oporu względem terapii, niechęci do współpracy i niewiary w wyleczenie. Wielu pacjentów oczekuje pomocy z zewnątrz w usunięciu objawów choroby, mając trudności z własnym zaangażowaniem się w proces psychoterapeutyczny z powodu nasilonych objawów choroby. Pogorszona sprawność funkcji poznawczych wynikająca z zaburzeń afektywnych czy zmian organicznych, może utrudniać proces leczenia. Terapeuta, pomimo obiektywnych problemów, powinien dążyć do nawiązania relacji z chorym. Pragnienie poznania i zrozumienia wieloletniej historii życia pacjenta i bogactwa doświadczeń z różnych etapów życia może pomóc mu w zbudowaniu relacji terapeutycznej.

Udowodnioną skuteczność terapeutyczną ma terapia grupowa dla osób starszych [34] — podobnie jak w innych ośrodkach, na psychogeriatrycznym oddziale stacjonarnym, gdy jest łączona z indywidualnymi sesjami terapeutycznymi oraz farmakoterapią. Terapeuta prowadzący grupę powinien mieć świadomość opisanej w artykule specyfiki problemów związanych z wiekiem chorych. Grupa psychoterapeutyczna na oddziale stacjonarnym ma dużo ograniczeń, jest bardzo heterogenna, otwarta, zróżnicowana zarówno pod względem wykształcenia, wieku (60–90 lat), jak i rozpoznania nozologicznego (w tym zmian organicznych o różnym nasileniu). Kwalifikacja do grupy prowadzona jest przez zespół terapeutyczny. Spotkania odbywają się dwa razy w tygodniu i trwają po 60 minut. Uczestniczą w nich przede wszystkim pacjenci ze znacznym nasileniem objawów depresyjnych, z poczuciem utraty w obszarze fizyczno-psychologiczno-społeczny, którzy często długi czas doświadczali ogromnej samotności, niezależnie od obiektywnej sytuacji rodzinnej.

Problematyka ich doświadczeń skupia się wokół strat, które są charakterystyczne dla tej właśnie części życia — dotyczą one przede wszystkim zmiany obrazu siebie (utrata zdrowia, atrakcyjności, sprawności fizycznej, wydolności, sił, sprawności intelektualnej, pamięci), utraty bliskich osób, ról i pozycji społecznej (rodzina, praca zawodowa, sytuacja finansowa). Czynnikiem leczącym w czasie sesji terapeutycznych jest spotkanie ludzi z podobnymi dolegliwościami, co daje chorym poczucie zrozumienia. Korzystnym elementem terapeutycznym jest obecność pacjentów w różnym stadium leczenia, co umożliwi wzajemne wspieranie się w procesie zdrowienia i wzmocnienie wiary w wyleczenie. Celem oddziaływań terapeutycznych w pierwszej kolejności jest budowanie relacji z chorym oraz pomaganie mu w utrzymaniu wzajemnych kontaktów. Nawiązanie relacji ze starszymi pacjentami wymaga nieraz o wiele więcej czasu niż z młodszymi. Szczególną grupą są osoby, które poniosły bolesne straty w dzieciństwie w związku z II wojną światową i okresem powojennym. Doświadczenia te w istotny sposób wpływają na ich reakcje emocjonalne

w czasie psychoterapii grupowej. Czasami dopiero w czasie kolejnej hospitalizacji otwierają się one na terapeutyczne spotkanie, dopuszczają do świata osobistych przeżyć, które stanowią o ich spojrzeniu na życie, stosunku do choroby i starości.

Podstawowym celem psychoterapii jest pomoc w adaptacji do szpitalnych warunków (szczególnie dla osób pierwszy raz w życiu hospitalizowanych), stworzenie możliwości odreagowania i uporządkowania emocji (lęku, poczucia winy, złości, żalu, krzywdy i odrzucenia, poczucia beznadziejności i niemożności), uzyskanie przez pacjentów bardziej realnego spojrzenia na siebie, ich aktywizacja, wprowadzenie nowych osób do grupy, zapobieganie ich poczuciu izolacji i osamotnienia na oddziale, przygotowanie do życia w własnym środowisku i adaptacja do zmian związanych ze starzeniem się [40]. Bardzo ważne jest przyjmowanie realistycznych celów. Niekiedy na efekty terapii trzeba cierpliwie długo czekać. W trakcie spotkań psychoterapeutycznych należy stworzyć „wolną przestrzeń”, w której wiele pytań pozostaje bez odpowiedzi, ale ważny jest dialog, poznanie historii życia chorego, „rekonstrukcja przeszłości” i stworzenie „wizji przyszłości”, wzajemne słuchanie siebie i przeżywanie.

Antoni Kępiński w *Melancholii* [41] podkreślał, że w leczeniu człowieka starego cierpiącego na depresję ma znaczenie: „chęć wysłuchania jego wspomnień, bycie przy nim; możliwość rozładowania negatywnych emocji i ułatwienie choremu spojrzenia z większym dystansem na konfliktową sytuację emocjonalną, co »oczyszcza« go z ciężaru »złych« uczuć i wpływa korzystnie na poprawę życia; umiejętność pokazania choremu dodatknych aspektów życia, czego nie dostrzega z powodu obniżonego nastroju”. Umożliwienie opowiedzenia kluczowych momentów ze swojego życia może spowodować zmianę ich rozumienia, inną interpretację, przypisanie tym przeżyciom innego sensu. W pracy z pacjentami wykorzystywane są metody biograficzne pomagające zobaczyć życie jako „całość”. Terapia pomaga lepiej zrozumieć siebie, odbudować własną tożsamość, poczucie ciągłości i jedności własnej osoby, wzmocnić sens własnego bycia w świecie. W *Poznaniu chorego* [42] Kępiński pisał: „przez lepsze poznanie siebie i swoich związków uczuciowych z otoczeniem ulega rozjaśnieniu zarówno własny autoportret, jak i obraz otoczenia”. Wg niego poprzez rozszerzenie pola świadomości chorego o sprawy dotychczas tłumione zmniejsza się też napięcie emocjonalne i zwiększa stopień integracji — wewnętrznego uporządkowania. Celem terapii nie jest kształtowanie życia pacjenta, ale „pozytywne zintegrowanie [jego] dotychczasowych doświadczeń”. Terapeuta pomaga mu zweryfikować postawę wobec siebie samego, otoczenia, pewnych zdarzeń i sytuacji z przeszłości, a także antycypowanej przyszłości, co wymaga pracy nad zmianą myślenia (oceny) i emocji, np. uwolnienia od poczucia winy i lęku. Elementem terapeutycznym są komentarze pacjentów na podstawie codziennych wnikliwych wzajemnych obserwacji wszelkich zmian w wyglądzie i zachowaniu.

Głównymi problemami w psychoterapii w podeszłym wieku wg Kępińskiego [43] są samotność, lata życia, bilans życiowy, ciało i śmierć. Zadaniem terapeuty jest stawić czoło podstawowym egzystencjalnym problemom, mając świadomość własnych uprzedzeń oraz będąc krytycznie nastawionym do własnych wysiłków poznawczych. Jak podaje Teresa Leśniak [39], najczęstszymi poruszonymi przez pacjentów tematami na przestrzeni wielu lat prowadzenia przez nią terapii grupowej na tutejszym oddziale psychogeriatrycznym była sytuacja związana z chorobą (20%) i doświadczenia z pobytu na oddziale (16,3%).

Poważna choroba somatyczna lub nagle pogorszenie się stanu zdrowia wpływają ujemnie na stan psychiczny starszej osoby, wywołując lęk przed zniedołężnieniem, uzależnieniem od innych, tworząc tym samym pesymistyczny obraz samej siebie. Z drugiej strony, o czym pisze Maria Susłowska [44] zmiana obrazu siebie na bardziej negatywny, poczucie bycia niepotrzebnym, bezużytecznym, utrata ról społecznych — wpływają często na powstawanie dolegliwości o charakterze psychosomatycznym. Należy zwrócić uwagę na fakt, że wejście w „rolę chorego” może być dla pacjenta niekiedy jedynym sposobem na odnalezienie siebie w nowej rzeczywistości człowieka starego, pragnieniem uzyskania uwagi, zainteresowania i miłości.

Rozmawiając z pacjentami mamy do czynienia niekiedy z trudną diagnostycznie sytuacją nakładania się objawów przewlekłych chorób somatycznych na obrony stosowane przez pacjentów (hipochondria i somatyzacja), za którymi stoją nieświadome nierozwiązane wewnętrzne konflikty. Chorzy w podeszłym wieku często jednak nie wiążą przeżywanych dolegliwości z trudnymi wydarzeniami w ich historii życia. Terapeuta powinien cierpliwie wsłuchiwać się w „somatyczny język chorego”, nie odrzucać czy bagatelizować jego objawów, ale pomóc mu odkryć ich znaczenie. W czasie terapii wyjaśniamy błędne wyobrażenia i sądy pacjentów o chorobie, wzmacniamy ich poczucie własnej wartości oraz wskazujemy na realnie istniejące wartości w życiu. Prowadząc psychoterapię dla osób w podeszłym wieku należy zatem patrzeć na pacjenta holistycznie.

W psychoterapii indywidualnej prowadzonej na psychogeriatrycznym oddziale stacjonarnym pacjenci chętniej rozmawiają o skomplikowanych sprawach rodzinnych, relacjach z dziećmi i wnukami oraz o stosunku do siebie, starzenia się. Należy podkreślić, że rzadko poruszają problem śmierci. Jednym z omawianych zagadnień jest utrata poczucia znaczenia i władzy, która jest niekiedy nieświadomie uzyskiwana poprzez wejście w „rolę chorego”. Kolejnym zagadnieniem jest poczucie pustki po stracie współmałżonka, zwłaszcza kiedy chory był od niego zależny. Utrata współmałżonka równa się niekiedy z utratą celu, sensu życia i lękiem przed samotnością. Ujemny bilans życia często odnotowują pacjenci samotni, niemający rodziny lub przeżywający nieudane małżeństwo, brak kontaktu z dziećmi, niemożność realizowania planów, chorobę psychiczną [45]. Niekiedy poruszane tematy przez lata stanowiły tajemnicę w ich życiu, pozostawały otoczone swoistym kokonem. Najtrudniejsze obszary do pracy terapeutycznej dotyczą wydarzeń łączących się z dużym poczuciem winy, związane z czynami realnie popełnionymi, które pacjenci oceniają jako definitywnie złe (np. przerwanie ciąży). Praca terapeutyczna nad ich biografią może pomóc im zmienić bilans życiowy z ujemnego na dodatni, znaleźć sens dalszego konkretnego funkcjonowania.

Postawa wobec chorego w podeszłym wieku powinna być autentyczna, otwarta i empatyczna. W relacji terapeutycznej ważna jest świadomość własnych poglądów na kondycję, sens życia, cierpienia i śmierci, należy jednak wystrzegać się narzucania własnego spojrzenia. Nie sposób uniknąć odpowiedzi na pytania egzystencjalne w kontakcie z ludźmi starymi, cierpiącymi, którzy boją się przyszłości, nie chcą żyć czy wręcz chcą umrzeć i to manifestują [46]. Niemożność odnalezienia sensu życia przez pacjenta, jego poczucie pustki egzystencjalnej, braku wpływu na życie, braku „tworzenia” przez pacjenta konfrontuje terapeutę z przeżyciem bezradności i bezsilności wobec cierpienia drugiej osoby. Terapeuci, w związku z poważnym stanem somatycznym i psychicznym pacjen-

tów, ich myślami samobójczymi mogą odczuwać lęk, który może wpływać na sposób prowadzenia terapii. Trudność w czasie terapii mogą sprawiać bierno-agresywne postawy pacjentów (milczenie, wycofanie się z kontaktu) czy też autodestrukcyjne lub nadmierne koncentrujące się na stanie somatycznym. Terapeuta powinien kontrolować swoje emocje, procesy przeniesienia i przeciwprzeniesienia. Świadomość własnych relacji z rodzicami, starszymi członkami rodziny, przekazów dotyczących starości i opieki, pomaga nie rzutować własnych nierozwiązanych konfliktów. Wg Teresy Leśniak ważne jest, aby „wierzyć w sens i skuteczność swojej pracy, nie zrażać się porażkami oraz nie pozwolić na to, by »zarazić się« od pacjentów smutkiem i poczuciem beznadziejności” [47].

Psychoterapia na dziennym oddziale psychogeriatrycznym

Uzyskanie poprawy stanu psychicznego daje możliwość powrotu do funkcjonowania w środowisku społecznym. U starszych pacjentów długotrwałe znaczne ograniczenie aktywności fizycznej i intelektualnej wynikające z choroby skutkuje utrzymującym się pogorszeniem sprawności funkcji poznawczych, utratą ogólnej kondycji, niekiedy lękiem przed wychodzeniem z domu czy kontaktem z innymi ludźmi. Ich funkcjonowanie ogranicza się najczęściej do koniecznych czynności. Potrzeba bardzo dużego wysiłku, aby przywrócić na pozór utracone funkcje. Na oddziale dziennym realizuje się takie same założenia psychoterapeutyczne, jak na oddziale stacjonarnym, częściej jednak w indywidualnych terapiach stosuje się podejście zintegrowane z elementami behawioralnymi i rozumieniem psychodynamicznym. Ważnym elementem jest rehabilitacja funkcji poznawczych i poprawa ogólnej kondycji fizycznej dzięki terapii zajęciowej.

Psychogeriatryczny oddział dzienny uruchamia w pacjentach potrzebę działania, otwiera na kontakty międzyludzkie, które zaczynają być „żywe”, a więc mają moc terapeutyczną. Pacjenci oddziału dziennego tworzą pewien system, który daje im poczucie wspólnoty i zrozumienia (szczególnie w kwestii choroby i stosunku do niej), ale także motywuje ich do działania, dawania siebie i przede wszystkim otwarcia na innych ludzi. Wspólne aktywności (wyjścia do muzeów, kawiarni, przygotowywanie posiłków) pomagają chorym w powrocie do aktywności sprzed okresu choroby. Można by powiedzieć, że oddział dzienny jest formą rehabilitacji „depresyjnej psychiki” — u pacjentów widać znacznie większą motywację do leczenia, co ułatwia zarówno pierwszy kontakt z nimi, jak i dalszą indywidualną terapię. Większa aktywność własna pacjentów sprawia, że terapia może sięgnąć głębiej, nie być tylko procesem wspierania — może koncentrować się bardziej na indywidualnych problemach, ale także na procesie grupy, a więc pomagać rozumieć siebie w kontekście relacyjnym.

Grupa psychoterapeutyczna na dziennym oddziale psychogeriatrycznym jest grupą otwartą, składającą się aż z 15–17 pacjentów. Jest to pewnym utrudnieniem w pracy terapeutycznej ze względu, z jednej strony, na liczbę osób w grupie, z drugiej natomiast na ich wielką różnorodność. Są to bowiem osoby w wieku od około 50 do 80 lat, a więc czasem należące nawet do trzech pokoleń. Przy tak dużej amplitudzie wieku życiowe problemy, które trzeba omówić, są inne dla pacjentów ok. 50. roku życia (choroby wywołane stresem związanym ze zmianami w pracy, do których trudno się przystosować, utrata pracy, konflikty wewnątrzrodzinne lub z dorastającymi dziećmi, konflikty małżeńskie), inne dla

pacjentów ok. 60.–70. roku życia (zakończenie pracy, przejście na emeryturę, rozpoczynające się problemy z pamięcią, śmierć najbliższych, odchodzenie dzieci z domu, problemy finansowe) i jeszcze inne dla osób ok. 80. roku życia (najczęściej problem samotności, wycofania się z życia społecznego lub małych możliwości radzenia sobie w obecnej rzeczywistości czy lęk przed śmiercią). Spotkania terapeutyczne odbywają się 2 razy w tygodniu, jedno z nich ma charakter tzw. portretu rodzinnego, podczas którego jedna osoba „ustawia” swoją rodzinę (bliskie, ważne osoby) i opowiada historię swojego życia, drugie natomiast jest poświęcone analizie problemów grupy lub poszczególnych jej członków, z udziałem całej grupy. Poruszane tematy są bardzo różne, często koncentrują się wokół depresji, jej objawów, sposobów radzenia sobie z nimi, wychodzenia z choroby, czasem udaje się przejść na wyższy poziom — rozumienia tych objawów, ich funkcji w życiu pacjentów, zastanowienia się nad rolą choroby w rodzinie czy też korzyści, jakie „płyną z chorowania” (często zdarzają się sytuacje, gdy po kilkudziesięciu latach aktywnego zajmowania się domem, dziećmi, pracą kobieta traci siłę, cały zapał, szczególnie w chwili, gdy dzieci wychodzą z domu — wtedy nieobecny czy nieaktywny dotąd mężczyzna przejmuje wszystkie obowiązki depresyjnej teraz żony, a ona pozostaje w potrzasku choroby, nie mając motywacji do wychodzenia z niej).

Niewątpliwie najważniejszym tematem pracy w grupie, ale także bycia w grupie, są problemy społeczne pacjentów. Zamknięcie na świat i innych ludzi, za czym pozornie stoi tzw. depresja, ma często inny, ukryty wymiar, w postaci zaburzeń osobowości bądź przeżywanej samotności związanej z utratą bliskich lub pracy i dochodów, a niekiedy z rozpoczynającym się procesem otepiennym lub chorobami somatycznymi. Na oddziale pacjenci mają szansę zbliżyć się do innych czy nawiązać relacje, przełamywać swoje opory i lęki — czasem zagłuszone przez lata poświęcone pracy czy dzieciom — wychodzące na światło dzienne, gdy nadchodzi pora na zajęcie się sobą samym.

Oprócz psychoterapii grupowej, niektórzy (ci zmotywowani czy potrzebujący głębszej analizy) mają możliwość korzystania z psychoterapii indywidualnej. W zależności od potrzeb pacjenta ma ona charakter bądź wspierający, bądź wglądowy, oparty na podejściu egzystencjalnym (holistyczne ujęcie pacjenta, praca nad sensem, rozumieniem swojego życia jako całości, przeformułowanie swoich celów życiowych) lub psychodynamicznym (rozumienie wewnętrznych konfliktów, praca z emocjami, próby zmiany mechanizmów obronnych w ramach utrwalonych struktur osobowości). Praca ta jest oczywiście długa i żmudna, ze względu na bardziej zaawansowany wiek pacjentów, sztywniejsze sposoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych, długotrwałe zaburzenia osobowości, jednak doświadczenie pokazuje, że zmiany nie zawsze są niemożliwe do osiągnięcia. Często terapia, po wypisaniu z oddziału, jest kontynuowana w ambulatorium, co daje możliwość dalszego pracowania nad trudnymi obszarami.

Wieloletni systematyczny kontakt z pacjentem sprzyja powstaniu głębszej relacji terapeutycznej i pełni istotną rolę podtrzymującą. Niekiedy pacjenci po początkowej szybkiej poprawie objawowej trafiają na oddział ponownie, ponieważ powrót do domu, do codziennego życia, konfrontuje ich z niezmienną sytuacją rodzinną, z którą wciąż trudno sobie poradzić. Często jednak po kilku nawet pobytach dokonują zmian nie tylko w swoim funkcjonowaniu, ale także w funkcjonowaniu rodziny. Otwarcie na kontakt z ludźmi — poprzedzone otwarciem na swoje emocje i przełamanie lęków przed ich wyrażaniem

— często daje niespodziewane rezultaty w wychodzeniu z depresji i mimo upływającego czasu, pacjenci zaczynają cieszyć się tym, czego jeszcze w życiu mogą doświadczyć.

Zakończenie

Biorąc pod uwagę fakt starzenia się społeczeństwa, można przypuszczać, że zapotrzebowanie na pomoc psychoterapeutyczną dla osób starszych będzie rosnąć. Psychoterapia osób starszych wydaje się bardzo ważnym elementem kompleksowego leczenia, a jej charakter powinien być oparty na holistycznej wizji człowieka. W literaturze przedmiotu najlepiej udokumentowana jest skuteczność indywidualnej psychoterapii poznawczo-behawioralnej, terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach problemu w leczeniu zaburzeń afektywnych i lękowych w grupie pacjentów ambulatoryjnych. W kontakcie indywidualnym możliwa jest próba rozumienia konfliktów pacjentów w psychodynamicznym ujęciu. W leczeniu na oddziale stacjonarnym i dziennym, ze względu na opisany w artykule złożony stan kliniczny pacjentów i ich potrzeby, psychoterapia ma charakter bądź wspierający, bądź wglądowy, oparty na podejściu egzystencjalnym. Wydaje się, że u osób starszych wybór metody psychoterapeutycznej należy dostosować indywidualnie z uwzględnieniem ich stanu klinicznego, gotowości do pracy terapeutycznej i sytuacji życiowej.

Piśmiennictwo

1. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr. Scand.* 2006; 113(5): 372–387.
2. Bottino CM, Barcelos-Ferreira R, Ribeiz SR. Treatment of depression in older adults. *Curr. Psychiatry Rep.* 2012; 14(4): 289–297.
3. Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Treatments for later depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *Am. J. Psychiatry* 2006; 163(9): 1493–1501.
4. Cuijpers P, Reynolds CF, Donker T, Li J, Andersson G, Beekman A. Personalized treatment of adult depression: medication, psychotherapy, or both? A systematic review. *Z. Gerontol. Geriatr.* 2008; 41(6): 486–496.
5. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L, Andersson G. Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Depress. Anxiety.* 2009; 26(3): 279–288.
6. Lee SY, Franchetti MK, Imanbayev A, Gallo JJ, Spira AP, Lee HB. Non-pharmacological prevention of major depression among community-dwelling older adults: a systematic review of the efficacy of psychotherapy interventions. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 2012; 55(3): 522–529.
7. Cuijpers P, van Straten A, Smit F. Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 2006; 21: 1139–1149.
8. Chojnacka M. Cognitive-behavioral therapy for late-life generalized anxiety disorder: literature overview. *Psychiatr. Pol.* 2009; 43(5): 557–569.
9. Areán PA. Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction: Effect on disability. *Arch. Gen. Psychiatry* 2011; 68: 33–41.
10. Choi NG, Hegel MT, Marinucci ML, Sirrianni L, Bruce ML. Association between participant-identified problems and depression severity in problem-solving therapy for low-income homebound older adults. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 2012; 27: 491–499.

11. Sharpe L, Gittins C, Correia H, Meade T, Nicholas M, Patrick J Raue PJ, McDonald S, Areán PA. Problem-solving versus cognitive restructuring of medically ill seniors with depression (PROMISE-D trial): study protocol and design. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 207.
12. Alexopoulos GS. Psychotherapy for late-life depression. *J. Clin. Psychiatry* 2010; 71(6): 13.
13. Namkee G. Choi, C. Nathan Marti, Martha L. Bruce, and Mark T. Hegel. Depression in homebound older adults: problem-solving therapy and personal and social resourcefulness. *Behav. Ther.* 2013; 44(3): 489–500.
14. Areán P, Raue P, Mackin S, Kanellopoulos D, McCulloch Ch, Alexopoulos G. Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction. *Am. J. Psychiatry* 2010; 167(11): 1391–1398.
15. Lazarus LW, Groves L, Newton N, Gutman D, Ripeckyl A. Brief psychotherapy with the elderly: a review and preliminary study and outcome. W: Lazarus L, red. *Psychotherapy with the elderly*. Washington D.C., American Psychiatric Press; 1984, s. 15–35.
16. Miller MD. Using interpersonal therapy (IPT) with older adults today and tomorrow: a review of the literature and new developments. *Curr. Psychiatry Rep.* 2008; 10(1): 16–22.
17. Korte J, Bohlmeijer ET, Cappeliez P, Smit F, Westerhof GJ. Life review therapy for older adults with moderate depressive symptomatology: a pragmatic randomized controlled trial. *Psychol. Med.* 2012; 42(6): 1163–1173.
18. Peng XD, Huang CQ, Chen LJ, Lu ZC. Cognitive-behavioural therapy and reminiscence techniques for the treatment of depression in the elderly: a systematic review. *J. Int. Med. Res.* 2009; 37(4): 975–982.
19. Videler AC, van Royen RJ, van Alphen SP. Schema therapy with older adults: call for evidence. *Int. Psychogeriatr.* 2012; 24(7): 1186–1187.
20. Francis JL, Kumar A. Psychological treatment of late-life depression. *Psychiatr. Clin. North Am.* 2013; 36(4): 561–575.
21. Plotkin DA. Older adults and psychoanalytic treatment: it's about time. *Psychodyn. Psychiatry* 2014; 42(1): 23–50.
22. Cuijpers P, van Straten A, Smit F et al. Is psychotherapy for depression equally effective in younger and older adults? A meta-analysis. *Int. Psychogeriatr.* 2009; 21(1): 16–24.
23. Tiemann M, Heuft G, Schneider G. Long-term outcome of inpatient psychotherapy in older patients. *Z. Psychosom. Med. Psychother.* 2012; 58(2): 180–91.
24. Graham JW. Missing data analysis: Making it work in the real world. *Ann. Rev. Psychol.* 2009; 60: 549–576.
25. Shrestha S, Robertson S et al. Innovations in research for treatment of late-life anxiety. *Aging Ment. Health* 2011; 15(7): 811–821.
26. Meingold A. Effect sizes for growth-modeling analysis for controlled clinical trials in the same metric as for classical analysis. *Psychol. Meth.* 2009; 14(1):43–53.
27. Mohlman J, Reel DH, Chazin D, Ong D, Georgescu B, Tiu J, Dobkin RD. A novel approach to treating anxiety and enhancing executive skills in an older adults with Parkinson's disease. *Clin. Case Stud.* 2010; 9(1): 74–90.
28. Alexopoulos GS, Raue PJ, Kiosses DN, Mackin RS, Kanellopoulos D, McCulloch C, Areán PA. Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction: effect on disability. *Arch. Gen. Psychiatry* 2011; 68(1): 33–41.
29. Alexopoulos GS, Raue PJ, Sirey JA, Areán PA. Developing an intervention for depressed, chronically medically ill elders: a model from COPD. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 2008; 23(5): 447–453.

30. Mackin RS, Nelson JC, Delucchi K, Raue P, Byers A, Barnes D, Satre DD, Yaffe k, Alexopoulos GS, Arean PA. Cognitive outcomes after psychotherapeutic interventions for major depression in older adults with executive dysfunction. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 2013; 222(12): 1496–1503.
31. Chambless D, Hollon S. Defining empirically supported therapies. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1998; 66(1): 7–18.
32. Krishna M, Honagodu A, Rajendra R, Sundarachar R, Lane S, Lepping P. A systematic review and meta-analysis of group psychotherapy for sub-clinical depression in older adults. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 2013; 28(9): 881–888.
33. Wuthrich VM, Rapee RM. Randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for comorbid anxiety and depression in older adults. *Behav. Res. Ther.* 2013; 51(12): 779–786.
34. Agronin M. Group therapy in older adults. *Curr Psychiatry Rep.* 2009; 11(1): 27–32.
35. Beckert-Ziegelschmid C, Born A. Demographic change in psychiatry and psychotherapy-relevance of the age-relation. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 2009; 59(11): 423–427.
36. Imai T, Telger K, Wolter D, Heuft G. Reality of psychotherapeutic care with regard to outpatient psychotherapy of elderly people in Münsterland (Westfalia). *Z. Gerontol. Geriatr.* 2008; 41(6): 486–96.
37. Laidlaw K. A deficit in psychotherapeutic care for older people with depression and anxiety. *Gerontol.* 2013; 59(6): 549–556.
38. Dakin EK, Areán P. Patient perspectives on the benefits of psychotherapy for late-life depression. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 2013; 21(2): 155–163.
39. Leśniak T. Formy psychoterapii stosowane w psychiatrycznym oddziale geriatrycznym. *Psychoter.* 1987; 3(62): 73–77.
40. Kwiecień A, Leśniak T. Specyfika psychoterapii pacjentów depresyjnych w starszym wieku. *Geront. Pol.* 1997; 1: 23–26.
41. Kępiński A. *Melancholia*. Warszawa: Wydawnictwo Literackie Muza S.A.; 1996.
42. Kępiński A. *Poznanie chorego*. Warszawa: Państwowy Zakład Wyd. Lekarskich; 1989.
43. Kępiński A. Psychoterapia w geriatric. *Przegl. Lek.* 1971; nr 193–202.
44. Susłowska M. *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1989.
45. Leśniak T. Psychoterapia w okresie starzenia się. *Psychoter.* 1988; 2(65): 53–60.
46. Leśniak T. Terapeutyczne aspekty badania biografii pacjenta. *Psychoter.* 2000; 1(112): 33–39.
47. Leśniak T. Psychoterapia pacjentów depresyjnych w starszym wieku stosowana w oddziale geriatrycznym Kliniki Psychiatrii Dorosłych CM UJ w Krakowie. *Lęk i depresja* 2002; 4: 19–24.

e-mail: wojciech.rachel@uj.edu.pl