

Najnowsze kierunki terapeutyczne w rehabilitacji pacjentów z zaburzeniami psychicznymi

The newest therapeutic directions in the rehabilitation of patients with mental disorders

Ewelina Wilkos¹, Aneta Tylec², Dorota Kułakowska¹,
Katarzyna Kucharska¹

¹ Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN w Warszawie

Kierownik: dr hab. n. med. K. Kucharska

² Katedra i Klinika Psychiatrii UM w Lublinie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Czernikiewicz

Summary

In this paper, the authors attempted to present the comprehensive literature review on the newest therapeutic interventions such as cognitive remediation therapy (CRT), mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), social cognition and interaction training (SCIT), and acceptance and commitment therapy (ACT) which appeared promising whilst their implementing among schizophrenic patients, patients with anxiety disorders, eating disorders, and affective disorders. In the presented work particular attention was focused on two kinds of psychotherapeutic interventions: social cognitive trainings and cognitive remediation therapy (CRT) and their effectiveness in the rehabilitation process of schizophrenic patients.

The growing body of research based on application of the above mentioned techniques in psychiatric population gives remarkable hope to improve quality of cognitive and psychosocial therapeutic interventions and to set up both complex and comprehensive therapeutic programme for patients with mental disorders.

Słowa kluczowe: terapia usprawniania poznawczego, terapia poznawcza oparta na uważności, trening społecznego poznania i interakcji, terapia akceptacji i zaangażowania

Key words: cognitive remediation therapy (CRT), mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), social cognition and interaction training (SCIT), acceptance and commitment therapy (ACT)

Wstęp

W ciągu ostatnich lat wraz z intensywnym rozwojem farmakoterapii obserwujemy rozwój alternatywnych oddziaływań terapeutycznych, co wskazuje na zmianę podejścia do leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi. Celem terapii są nie tylko działania eliminujące objawy uboczne stosowanych leków, ale przede wszystkim poprawa jakości życia pacjentów, zwłaszcza w sferze funkcjonowania społecznego i poznawczego.

Badacze potwierdzają obecność deficytów neuropoznawczych w przebiegu procesu schizofrenicznego [1, 2], depresji [3, 4] czy zaburzeń odżywiania się [5, 6]. Funkcjonowanie intelektualne chorych na schizofrenię ulega wyraźnemu obniżeniu już na dwa lata przed pierwszym epizodem psychotycznym [7]. Trening funkcji poznawczych polega na ćwiczeniu pamięci, procesów uwagi, funkcji wzrokowo-przestrzennych czy umysłowej elastyczności. Daje szansę na poprawę funkcjonowania poznawczego, przyspieszenie i utrwalenie efektów farmakoterapii. Zapewnia również lepszą współpracę z chorym, zwiększając jego udział w dalszym procesie rehabilitacyjno-lecznym, co w efekcie może przyczynić się do kontynuowania przez niego aktywności zawodowej i poprawy jego funkcjonowania społecznego.

Z drugiej strony deficyty w sferze emocjonalnej i upośledzone funkcjonowanie społeczne jest również ważnym aspektem przebiegu schizofrenii wyznaczającym jednocześnie kierunek terapii. Trudności te dotyczą zarówno jakości społecznych relacji, jak i statusu społecznego chorych. Nasilają się one w okresie pierwszego epizodu i kolejnych zaostrzeń procesu chorobowego. Leczenie farmakologiczne redukuje objawy psychotyczne, ale nie wpływa znacząco na poprawę umiejętności społecznych pacjentów. W ciągu ostatnich lat w Stanach Zjednoczonych i Europie prowadzone są badania z zastosowaniem treningów społecznego poznania w procesie rehabilitacji wymiaru emocjonalnego i społecznego schizofrenii. Głównymi celami tych interwencji są: lepsze rozumienie zachowań innych osób (oparte na teorii umysłu i stylu atrybucji) oraz doskonalenie umiejętności radzenia sobie w relacjach społecznych (np. adekwatne spostrzeżenie faktów, weryfikowanie przypuszczeń).

Terapia usprawniania poznawczego

Terapia usprawniania poznawczego (CRT) jest interwencją poznawczą cechującą się dużą skutecznością w poprawie funkcji poznawczych. Pacjent uczy się przekształcalnych schematów poznawczych, poprawia się jego metapoznanie oraz motywacja do działania.

Metapoznanie, które jest wiedzą o własnych procesach i strukturach poznawczych [8], polega na planowaniu i kontroli wykonywania operacji umysłowych niższego rzędu [9]. Jego prawidłowy przebieg ułatwia rozpoznawanie trudności poznawczych i identyfikację zmian zachowania, które usuwają lub kompensują problemy (obniżenie wrażliwości na działanie stresorów). W procesie metapoznania zaciera się granica pomiędzy formą i treścią myśli.

CRT, rozwijając zdolności metakognitywne, wpływa na zaangażowanie w proces terapii i zwiększa efektywność np. terapii poznawczo-behawioralnej (CBT). W CRT, podobnie jak w CBT, pacjenci zwracają uwagę na rolę schematów poznawczych w definiowaniu procesów poznawczych potrzebnych do wykonywania zadań [10]. Terapia wymaga świadomości własnych procesów poznawczych (w jaki sposób myślę?) oraz zdolności do zmiany przekonań (jakie myślenie jest bardziej pomocne?), rozwijając w ten sposób elastyczność poznawczą (mental flexibility). CRT zmniejsza lęk będący konsekwencją zniekształceń poznawczych pacjenta. Ponadto pozytywnie wpływa na samoocenę chorego i przygotowuje go na kontakt z terapeutą (budowanie relacji tera-

peutycznej i postawy współpracy). CRT kładzie nacisk na współpracę ze środowiskiem chorego i zachęca uczestników do korzystania z tej formy wsparcia.

CRT jest powszechnie stosowana w rehabilitacji osób z uszkodzeniem mózgu [11], a także coraz częściej u osób cierpiących na zaburzenia psychotyczne [12], obsesyjno-kompulsyjne [13] czy odżywiania się [12, 14]. W literaturze przedmiotu badań obok terminu usprawnianie poznawcze stosowane są również określenia: rehabilitacja poznawcza i trening poznawczy. Program usprawniania poznawczego skupia się na poprawie pamięci (głównie operacyjnej, krótkotrwałej), koncentracji i podzielności uwagi, umiejętności wzrokowo-przestrzennych, motorycznych i werbalnych oraz funkcji wykonawczych, które odpowiadają za proces planowania, rozwiązywania problemów, podejmowania decyzji, abstrahowania i poznawczą elastyczność. CRT zakłada, że zmiana w obrębie pojedynczych obwodów neuronalnych zmienia obszary mózgu odpowiedzialne za wyższe funkcje psychiczne, a regularne ćwiczenia utrwalają nowe wzorce myślenia i pobudzają nieaktywne obszary mózgu [15]. Typowy program CRT trwa pięć tygodni i obejmuje 10 sesji, które trwają od 40 do 60 minut i składają się z modułów, takich jak zadania przełączania uwagi, zadania centralnej koherencji, zadania percepcji wzrokowo-przestrzennej, zadania pamięciowe oraz zadania planowania. Moduły te mogą ulegać modyfikacji w zależności od tego, do kogo adresowany jest program i od rodzaju oczekiwań czy problemów zgłaszanych przez uczestników (komponenty indywidualne). Od szóstej sesji stosowany jest eksperyment behawioralny, tj. pacjent stosuje ćwiczenia w codziennym życiu. W ostatnim etapie chory wykorzystuje doświadczenia z codziennego życia do doskonalenia nowych umiejętności poznawczych i metapoznawczych. W terapii mają też zastosowanie komputerowe programy treningowe, np. Brain Train Software Products, Cogpack Professional, Posit Science. Wykes i wsp. [10] przeprowadzili kontrolowaną, randomizowaną próbę kliniczną, w której uczestnicy – chorzy na schizofrenię z wyraźnymi deficytami funkcji poznawczych i społecznych ($n = 85$) – zostali poddani 40 sesjom CRT [16] lub standardowemu leczeniu. Program składał się z 3 modułów: elastyczności poznawczej, pamięci roboczej i planowania. Badanie wykazało trwałą poprawę pamięci roboczej w okresie 6 miesięcy po ukończeniu terapii, poprawę funkcji planowania oraz znaczącą poprawę w elastyczności poznawczej. Uzyskane wyniki zostały porównane z tymi przypisywanymi terapii poznawczo-behawioralnej [17], z sugestią, że mogą mieć pewne kliniczne odniesienie.

Jak wspomniano, terapia usprawniania poznawczego znajduje zastosowanie w leczeniu jądłowstrętu psychicznego (JP). Zarówno badacze, jak i klinicyści zwracają uwagę na specyficzne funkcjonowanie poznawcze pacjentów z omawianą jednostką chorobową: sztywność poznawczą (trudności w zmianie przekonań/nastawienia), nadmierną koncentrację na szczegółach, trudności w przełączaniu uwagi, perfekcjonistyczny sposób myślenia, problemy z motywacją do leczenia i refleksją nad swoją chorobą, trudności w percepcji i wyrażaniu emocji. Stosowany przez pacjentów styl przetwarzania informacji może być jednym z głównych czynników wywołujących i podtrzymujących JP [18]. W odczuciu osoby z zaburzeniami odżywiania się stosowanie CRT mniej jej „zagroza” i wzbudza większą motywację do terapii, ponieważ

nie wiąże się bezpośrednio z problemem wagi, wyglądem ciała, sposobem odżywiania się czy analizowaniem emocji.

Moduł CRT skonstruowany dla JP obejmuje zadania, których głównym celem jest wzrost elastyczności funkcji poznawczych (dzięki której możliwa jest zmiana przekonań i nastawienia), poprawa umiejętności globalnego myślenia, dostrzeganie związku pomiędzy sposobem wykonania zadania a sposobem zachowania w codziennych sytuacjach, identyfikowanie mocnych i słabych stron przebiegu własnych procesów myślowych (przetwarzania informacji), identyfikowanie stylu myślenia, nauka bardziej efektywnych strategii poznawczych (początkowo w zadaniach, a następnie w życiu), analizowanie zalet i wad alternatywnego podejścia.

Wyniki randomizowanych badań kontrolnych wykazały wpływ terapii CRT na poprawność wykonania ćwiczeń, wzrost tolerancji na niepowodzenie, a także zmniejszenie częstości występowania napięcia i frustracji [14, 15, 19]. Ocena neuropsychologiczna, przeprowadzona bezpośrednio po i kilka tygodni od zakończenia CRT, wykazała obniżenie poziomu psychopatologii (np. zmniejszenie objawów depresyjnych, lękowych) oraz zwiększenie masy ciała. Pacjentki rozwinęły świadomość własnych procesów poznawczych (nawyków myślowych i behawioralnych), zaczęły stosować bardziej elastyczne strategie i uznały CRT za użyteczną na początku leczenia oraz przed rozpoczęciem kolejnych interwencji psychologicznych [19].

Analizując wyniki powyższych badań, należy uwzględnić wpływ innych oddziaływań (np. psychoterapii), przyjmowanie ustalonych posiłków czy sesje z dietetykiem.

Treningi umiejętności poznania społecznego

Stosunkowo nową techniką, mającą na celu poprawę funkcjonowania społecznego u osób cierpiących na schizofrenię, jest trening poznania społecznego i interakcji (SCIT) [20]. SCIT obejmuje trzy główne aspekty społecznego poznania: percepcję emocji, styl atrybucyjny oraz teorię umysłu. Percepcja emocji warunkuje procesy adaptacyjne oraz prawidłową reakcję na otoczenie. Chorzy na schizofrenię wykazują zaburzenia trzech płaszczyzn przetwarzania emocjonalnego we wszystkich modalnościach: rozpoznawania, doświadczania oraz wyrażania emocji. Zaburzenia te wydają się niezależne od siebie. Anomalie przetwarzania emocji mogą wiązać się z zaburzeniami psychopatologicznymi i funkcjonalnymi [21]. Styl atrybucji odnosi się do sposobu wyjaśniania przyczyn zachowania innych ludzi. Większość badań nad stylami atrybucji w schizofrenii dotyczy chorych przejawiających urojenia prześladowcze [22]. Pacjenci ci w sytuacji negatywnych zdarzeń mają tendencję do obwiniania innych osób, przypisywania im złowrogich intencji i szybkiego wyciągania wniosków w przypadku niejednoznacznych sytuacji, bez uwzględniania dodatkowych informacji i analizy faktów. Natomiast teoria umysłu jest procesem poznawczym, definiowanym jako wrodzona zdolność do przypisywania stanów umysłu samemu sobie i innym ludziom w celu przewidzenia i wytłumaczenia zachowania. Jest związana z indywidualną zdolnością rozumienia fałszywych przekonań, wskazówek, zamiarów, oszustwa, humoru, meta-

fory i ironii. Teoria umysłu leży u podstaw empatii. Z literatury przedmiotu wynika, iż osoby chorujące na schizofrenię wykazują upośledzenie teorii umysłu [23, 24].

Program SCIT składa się z trzech etapów. W pierwszym pacjenci zdobywają wiedzę o emocjach i ich związku z myślami i sytuacjami, ćwiczą rozpoznawanie emocji poprzez łączenie wskazówek mimicznych z emocją, odróżniają podejrzliwość uzasadnioną od nieuzasadnionej. Druga faza treningu ukierunkowana jest na poprawę umiejętności związanych z teorią umysłu. Stosowane są w niej strategie poprawiające elastyczność poznawczą w sytuacjach społecznych, zwiększające tolerancję wieloznaczności i zmniejszające skłonność do automatycznego wnioskowania. Pacjenci za pomocą filmów DVD, ilustracji i opisów sytuacji społecznych nabywają umiejętności interpretowania dwuznacznych sytuacji i wyciągania wniosków, różnicowania faktów od domysłów i przypuszczeń, rozumienia ich wpływu na uczucia. Ostatni etap treningu polega na integracji powyższych umiejętności i stosowaniu ich w życiu codziennym. Pacjenci podają możliwe rozwiązania własnych problemów interpersonalnych i testują ich skuteczność. Poprzez ćwiczenia w grupie/parze rozwijają umiejętność uzyskiwania dodatkowych informacji w niejednoznacznych sytuacjach społecznych. SCIT składa się z 18–24 sesji trwających po 45–60 minut. Trening prowadzony jest w małej grupie, a w jego skład wchodzić ćwiczenia, takie jak różnicowanie faktów od przypuszczeń, unikanie pochopnego wnioskowania na podstawie podejrzeń, gromadzenie informacji o emocjach i nastawieniu innych ludzi oraz adekwatne do tego reagowanie, znajdowanie sensu w złych wydarzeniach (przewartościowanie).

Wyniki badań oceniających skuteczność treningów społecznego poznania są częściowo zgodne z wynikami Wölwera i wsp. [25]. W badaniu tym hospitalizowani pacjenci zostali poddani treningowi rozpoznawania emocji (training in affect recognition – TAR), składającemu się z 12 sesji. Odnotowano znaczną poprawę rozpoznawania emocji na podstawie obserwacji mimiki twarzy oraz poprawę werbalnej pamięci roboczej. Nie zauważono zmian w zakresie słownego uczenia się i pamięci długotrwałej. Penn i Roberts [26] przedstawili wyniki dotyczące interwencji SCIT w zakresie poprawy percepcji emocji i umiejętności społecznych w populacji pacjentów chorych na schizofrenię leczonych w warunkach ambulatoryjnych. Horan i wsp. [27] przeprowadzili randomizowane, kontrolowane badanie oceniające skuteczność leczenia przy wykorzystaniu treningu umiejętności poznania społecznego (SCST), a także treningu łączącego SCST i usprawnianie neuropoznawcze (neurocognitive remediation – NR). W grupie pacjentów objętych wyłącznie treningiem SCST, na podstawie analizy wyrazu twarzy i ekspresji emocji zaobserwowano poprawę w zakresie postrzegania emocji. Z kolei Lahera i wsp. [28] przeprowadzili randomizowane badania porównawcze terapii SCIT i tradycyjnego leczenia (treatment as usual – TAU) w grupie 37 pacjentów z zaburzeniami dwubiegunowymi i schizoafektywnymi leczonych ambulatoryjnie. W porównaniu grupy pacjentów podlegających terapii SCIT i TAU z pacjentami z grupy otrzymującej tylko terapię TAU wyniki wykazały znaczną poprawę w percepcji emocji i teorii umysłu, jak również znacząco zmniejszoną atrybucję wrogiego nastawienia u pacjentów z grupy pierwszej. Niewątpliwie ograniczeniem tego badania był brak oceny follow-up, w związku z czym nie wiadomo, czy wyniki SCIT utrzymują się w czasie. Według naszej wiedzy jest to pierwsze kontrolowane

badanie metody SCIT dotyczące pacjentów z zaburzeniami afektywnymi, aczkolwiek wstępne wyniki wydają się obiecujące i zachęcają do dalszych badań.

Zapewnia ono wstępne, ale nie ostateczne dowody na to, że terapia ta jest skuteczna podczas interwencji w zaburzeniach dwubiegunowych i schizofrenicznych.

Terapia poznawcza oparta na uważności

Jon Kabat-Zinn, który jako pierwszy wprowadził pojęcie uważności (mindfulness), jest twórcą programu redukcji stresu (mindfulness-based stress reduction – MBSR). Uważność opisał jako umysłową zdolność pozostawania w chwili obecnej, spostrzegania i obserwacji wewnętrznych i zewnętrznych doświadczeń oraz innych zjawisk w niewartościujący sposób [29]. Początkowo program był adresowany do osób cierpiących z powodu przewlekłych chorób, u podłoża których leży długotrwały stres i małe umiejętności radzenia sobie z nim [30]. MBSR jest jedną z wielu technik treningu umysłu mających korzenie we wschodnich tradycjach kontemplacyjnych, zwłaszcza buddyzmie (np. wykorzystuje różne pozycje hathajogi) [30]. Istotą skuteczności technik uważności jest analiza korelacji pomiędzy stanem psychicznym pacjenta a odczuwanym przez niego bólem lub trudnymi doświadczeniami (poszukiwanie szkodliwych wzorców unikania). Techniki te uczą akceptacji różnych przeżyć i radzenia sobie z trudnościami emocjonalnymi, w wyniku czego chory odzyskuje kontrolę nad swoim życiem [30]. Zakres przeżyć, do których można zastosować intencjonalną uważność, jest bardzo szeroki i obejmuje spostrzeżenia, doznania, impulsy, emocje, myśli, działania oraz relacje. MBSR okazał się skuteczną metodą w redukcji objawów chorobowych zarówno w leczeniu dolegliwości fizycznych, jak i psychicznych.

Innowacyjnymi i skutecznymi metodami w rewalidacji pacjentów z zaburzeniami psychicznymi są terapie wykorzystujące techniki uważności w połączeniu z elementami innych nurtów terapeutycznych (np. CBT). Naukowcy i klinicyści z Wielkiej Brytanii przygotowali modyfikację MBSR do leczenia depresji – terapię poznawczą opartą na uważności (mindfulness-based cognitive therapy – MBCT). MBCT ma na celu zmniejszenie wpływu depresyjnego myślenia, wzbudzanego przez obniżony nastrój, na czynniki odpowiedzialne za nawrót choroby. Wyniki randomizowanego, kontrolowanego badania z udziałem 145 pacjentów z przeżytym epizodem dużej depresji wykazały wyższą skuteczność MBCT w porównaniu z innymi terapiami w zakresie redukcji ryzyka nawrotu choroby oraz poprawy jakości życia [31]. W jednym z badań 75% pacjentów odstawiło leki po zastosowaniu terapii MBCT [30]. U chorych, którzy przebyli co najmniej trzy epizody depresji (75% badanej populacji), zastosowanie MBCT zmniejszyło odsetek nawrotu choroby o około 50% w porównaniu ze standardowym leczeniem [32]. Fjorback i wsp. [33] przeprowadzili systematyczny przegląd 21 badań z randomizacją dotyczący MBSR i MBCT. Dowody z badań potwierdziły hipotezę o skuteczności terapii MBSR w zakresie redukcji objawów rozpacz, lęku i depresji oraz poprawy umiejętności pacjentów w radzeniu sobie przez świadome zmniejszanie tych objawów.

W literaturze przedmiotu badań pojawia się coraz więcej doniesień dotyczących interwencji terapeutycznych opartych na uważności, które stosowane są w leczeniu

szerokiego spektrum zaburzeń fizycznych i psychicznych [34, 35]. Brytyjski Instytut NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) rekomenduje stosowanie terapii poznawczej opartej na uważności u pacjentów z nawracającą depresją [36]. Jest ona leczeniem z wyboru w przypadku pacjentów z łagodnymi/umiarkowanymi objawami epizodu depresyjnego. Badania niektórych autorów wskazują, że MBCT może być stosowana u pacjentów psychotycznych [37, 38, 39]. Niezbędne są wtedy jednak pewne modyfikacje, np. krótszy czas trwania ćwiczeń. Badania potwierdzają także skuteczność technik uważności w leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej [40] i zaburzeń lękowych [41, 42]. Trening uważności stanowi istotny element w dialektycznej terapii behawioralnej Linehana (dialectical behaviour therapy – DBT), która znalazła zastosowanie w leczeniu zaburzeń osobowości typu borderline [43].

Biegel i wsp. [44] przeprowadzili randomizowane badanie skuteczności MBSR skierowane do młodzieży w wieku od 14 do 18 lat z różnorodnymi diagnozami, leczonej ambulatoryjnie. W odróżnieniu od grupy kontrolnej, leczonej tradycyjnymi metodami, 70 uczestników MBSR samodzielnie zgłaszało zmniejszenie nasilenia objawów lęku, depresji i zaburzeń somatycznych oraz wzrost poczucia własnej wartości i jakości snu. Po zakończeniu terapii MBSR jej uczestnicy wykazali wysoki odsetek poprawy po 5 miesiącach od zakończenia badań i znaczący wzrost ogólnej oceny wyników w stosunku do grupy kontrolnej poddawanej tradycyjnej terapii. W całej grupie więcej niż 45% uczestników terapii MBSR wykazało poprawę objawów, natomiast w grupie poddanej interwencji TAU były to pojedyncze przypadki. Wyniki te dowodzą, że MBSR może być korzystnym uzupełnieniem ambulatoryjnego leczenia psychiatrycznego także dla młodzieży.

Terapia akceptacji i zaangażowania

Do tzw. „trzeciej fali” terapii behawioralnych, cieszących się rosnącym zainteresowaniem klinicystów oraz zyskujących wiarygodność w badaniach naukowych, należy terapia akceptacji i zaangażowania (ACT) opisana przez Hayesa i wsp. w 1999 roku [45]. Wywodzi się ona z ponad 70-letniej tradycji empirycznej nauki o zachowaniu zapoczątkowanej przez Skinnera. ACT zawiera elementy terapii poznawczej oraz innych metod terapeutycznych, np. terapii interpersonalnej czy uważności. Pierwsze randomizowane badanie kontrolne z wykorzystaniem omawianej techniki terapeutycznej opublikowano w 1986 roku [46]. Dotąd przeprowadzono ponad 50 randomizowanych badań kontrolnych z zastosowaniem ACT.

Terapia akceptacji i zaangażowania została umieszczona w narodowym rejestrze praktyk medycznych opartych na dowodach (The National Registry of Evidence-Based Programs and Practices) w Stanach Zjednoczonych. Podejmowane są próby stosowania ACT w terapii różnych zaburzeń psychicznych: schizofrenii, depresji, zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych, lękowych, odżywiania się, zespołu wypalenia zawodowego, PTSD, chronicznym bólu, u chorych z otyłością, cukrzycą i uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

Forman i wsp. [47] przeprowadzili długoterminowe, randomizowane kontrolowane badania porównawcze skuteczności tradycyjnej terapii CBT i ACT. W badaniu wzięło

udział ponad 130 pacjentów ambulatoryjnych cierpiących na zaburzenia lękowe i depresję, którzy zostali przebadani przed i po badaniu oraz po półtora roku od zakończenia terapii. Wyniki wskazują, że obie interwencje były równie skuteczne w krótkim okresie: w utrzymywaniu poprawy w zaburzeniach depresyjnych i lękowych oraz w ogólnym funkcjonowaniu. Natomiast porównanie wyników długoterminowego utrzymania efektów terapii w odniesieniu do objawów depresji i ogólnego funkcjonowania pokazuje, że CBT ma niewielką przewagę nad ACT. Przeprowadzone badania follow-up wykazały również znaczący wzrost jakości życia po CBT w porównaniu z ACT. Jak twierdzą Forman i Herbert [48], CBT jest wysoko kompatybilna z psychologią klasyczną, natomiast ACT jest bardziej intuicyjna. W związku z powyższym w czasie, gdy pacjent nie dostaje wsparcia i wskazówek od terapeuty (okres od zakończenia badania do badania kontrolnego follow-up), wdrożenie niektórych zasad działania może być dla wielu osób trudniejsze.

W przeglądzie badań wykonanym przez Powersa i wsp. [49] brano pod uwagę 18 randomizowanych badań klinicznych. W rezultacie terapia ACT okazała się bardziej skuteczna w porównaniu z grupą kontrolną w pokonywaniu problemów, docelowych rezultatach po leczeniu i podczas obserwacji. Przeciętny uczestnik objęty terapią ACT doświadczał większej poprawy niż 66% uczestników w warunkach kontrolnych. Jednak interwencja ta nie przewyższa korzyściami tradycyjnego leczenia. Dlatego też nie można stwierdzić wyraźnej przewagi w prowadzeniu terapii ACT w porównaniu z tradycyjnym leczeniem. Eifert i wsp. [50, 51] przeprowadzili adaptację ACT do terapii osób z jądłowstrętem psychicznym, która nie wymaga od osoby chorej zmiany lub pozbycia się niechcianych myśli, obrazów, uczuć (jak w terapii CBT), lecz zachęca ją do ich akceptacji, skupienia się na dążeniu do tego, co stanowi dla pacjenta wartość.

Koncentracja na działaniu zgodnym z systemem wartości często powoduje zmianę myślenia i odczuć. Pierwszym etapem terapii ACT jest kontakt z chwilą obecną osiągany głównie poprzez ćwiczenia mindfulness. Pacjent uczy się być obserwatorem zdystansowanym do tego, co dzieje się w jego umyśle i ciele. Drugą fazą jest akceptacja, czyli dążenie do przyjęcia myśli o sobie i własnych odczuć, których nie można w pełni kontrolować, zaprzestanie ich zwalczania (zmiana lub niereagowanie na nie), traktowanie myśli jako słów, a słów jako dźwięków, co pozwala na ich wyciszenie. Trzeci etap polega na dyfuzji. Pacjent uczy się rozumieć różnice pomiędzy nim a jego myślami, wyobrażeniami, uczuciami oraz pomiędzy myślami, wyobrażeniami, uczuciami a światem rzeczywistym. Czwarta faza obejmuje osobę jako kontekst – proces świadomości siebie oraz perspektywę, z której doświadczane jest życie. Przedostatni i ostatni etap polega na wyznaczeniu kierunku działania. Zadaniem terapeuty jest pomoc pacjentowi w odkryciu własnego systemu wartości, dokonaniu wyboru i osiągnięciu konkretnych celów. Istota tych dwóch ostatnich etapów polega na działaniu. Sześć opisanych powyżej faz jest rozumianych w kategoriach procesów prowadzących do zdrowia psychicznego (psychologicznej elastyczności i modyfikacji zachowania). Celem ACT nie jest zmniejszenie psychicznego cierpienia, ale pomoc w jego akceptacji i we właściwym ukierunkowaniu życiowej energii. ACT jest swoistą filozofią, która uczy odróżniać to, co jest możliwe do kontrolowania i akceptacji, od rzeczy będących poza możliwością kontroli (nieprzyjemnych uczuć i myśli o sobie). Takie podejście

może prowadzić do zaprzestania odchudzania się jako nieefektywnej strategii kontroli [51]. ACT ma także zastosowanie w pracy z osobami wspierającymi osoby z zaburzeniami odżywiania się (nauka sposobów komunikacji, akceptacji i angażowania się w pomoc w realizacji celów).

Podsumowanie

Wyniki dotychczasowych badań związanych z oddziaływaniami poznawczymi (CRT), psychosocjalnymi (SCIT i SCST) oraz innymi oddziaływaniami terapeutycznymi (ACT, MBCT) dają nadzieję na poprawę jakości funkcjonowania poznawczego i psychospołecznego oraz na stworzenie kompleksowego programu opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi.

Zaburzenia poznawcze ze względu na swój wpływ na wiele aspektów procesu chorobowego są celem rehabilitacji psychiatrycznej. W terapii usprawniania poznawczego zakłada się obecność związku przyczynowego pomiędzy poznaniem i działaniem (zmiana w poznaniu może wpływać na działanie). Dysfunkcje poznawcze mogą niekorzystnie wpływać na tempo rehabilitacji zawodowej lub nauki umiejętności społecznych. CRT jest treningiem stosowanym w psychozach, zespole nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, demencji, leczeniu skutków zmian organicznych mózgu. Duże nadzieje wiązane są ze stosowaniem CRT w terapii jadłowstrętu psychicznego. Oddziaływanie to pomaga poznać sposób myślenia, jego wpływ na przeżywane problemy oraz zaadaptować nowe strategie behawioralne w sytuacjach życiowych. Pretorius i Tchanturia wskazują, że CRT jest prostą metodą koncentrującą się na podstawowych procesach poznawczych i dlatego może być efektywnym sposobem leczenia chorych z dużym nasileniem objawów [19]. W literaturze przedmiotu znajdujemy dane potwierdzające wpływ równoczesnego stosowania usprawniania poznawczego oraz leczenia psychospołecznego na poprawę funkcjonowania kognitywnego i społecznego osób chorujących na schizofrenię. Niestety, wciąż pozostają otwarte pytania: czy poprawa funkcjonowania poznawczego jest niezbędnym warunkiem powodzenia leczenia poznania społecznego (ujęcie szerokie) oraz czy trening poznania społecznego jest wystarczający do poprawy funkcjonalnej pacjentów (podejście wąskie, interwencyjne)? Wyniki badań wskazują, że w zakresie ekspresji emocji twarzy poprawa funkcji poznawczych nie jest niezbędnym czynnikiem zmian społecznego poznania. Istnieje konieczność prowadzenia dalszych badań wpływu zmian neuropoznania na zmiany w różnych dziedzinach społecznego poznania w schizofrenii i innych jednostkach chorobowych.

Dotychczasowe wyniki analiz są rozbieżne, choć wskazuje się, że ukierunkowane działania interwencyjne mogą zwiększać poznanie społeczne i poprawiać funkcjonowanie społeczne pacjentów cierpiących na zaburzenia psychiatryczne. Większość badań dokumentuje poprawę jednej z czterech sfer poznania społecznego, mianowicie percepcji emocji twarzy [20, 52, 53]. Wskazuje to na konieczność prowadzenia dalszych badań uwzględniających wydłużenie czasu interwencji terapeutycznej, prowadzenie sesji w środowisku pacjenta, właściwy dobór testów poznania społecznego jako miary funkcjonowania oraz sposobu oceny trwałości wyników prowadzonego leczenia.

Uwzględnienie powyższych czynników pozwoli ocenić wpływ treningu społecznego poznania przeprowadzanego poza środowiskiem życia chorego na jego rzeczywiste funkcjonowanie. Zaburzenia poznania społecznego obecne są zarówno w pierwszym epizodzie schizofrenii, jak i u osób z chronicznym przebiegiem choroby [54–57]. Część autorów wskazuje na zasadność wczesnego podejmowania powyższych interwencji terapeutycznych u osób należących do grupy ryzyka rozwoju schizofrenii. Zastosowanie CRT i programów psychospołecznych wciąż jest ograniczone poza populacją chorych cierpiących na zaburzenia psychiczne. Istnieje potrzeba prowadzenia dalszych badań nad skutecznością treningów neuropoznawczych i społecznego poznania u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, ale też u pacjentów neurologicznych. Terapia akceptacji i zaangażowania jest kolejnym nowatorskim programem terapeutycznym, nowością na rynku usług terapeutycznych w Polsce. ACT stanowi alternatywną formę leczenia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Natomiast terapia poznawczo-behawioralna oparta na uważności może okazać się skuteczną interwencją psychologiczną zarówno w leczeniu pacjentów ze schizofrenią, nawracającą depresją, zaburzeniami lękowymi, jak i w chorobach somatycznych.

W ciągu ostatnich lat obserwujemy rozwój tzw. neuronauki kontemplacyjnej (contemplative neuroscience) [58]. Polega ona między innymi na badaniu oddziaływania opisanych powyżej interwencji terapeutycznych na funkcjonowanie i strukturę mózgu przy użyciu technik neuroobrazowania. Wyniki tych badań są obiecujące, ponieważ wykazują korzystne zmiany funkcji i anatomii mózgu pod wpływem długotrwałych i regularnych ćwiczeń umysłu [30].

Самые новые направления в терапии и реабилитации пациентов с психическими нарушениями

Содержание

В предлагаемой работе Авторы предпринимают пробу описания самых новых направлений терапевтических воздействий, которые все чаще находят себе место и применение в популяции пациентов, леченных по поводу психических нарушений. К таким относятся: шизофрения, фобийные нарушения, депрессия нарушения питания, а также двухполюсная аффективная болезнь. В работе обращено особенное внимание на два типа воздействия терапии: терапию улучшения познавательного процесса (анг. cognitive remediation therapy: CRT) а также тренировки общественного восприятия (анг. social cognition training). В статье представлены тоже описания мнестической теории, опирающейся на внимании (анг. mindfulness-based cognitive therapy MBCT) а также акцептации и потребности (анг. acceptance and commitment therapy ACT), которые описывают и вливаются в т.н. „третью волну” познавательного-бихавиоральной терапии. Результаты современных исследований, связанных с познавательным процессом (CRT), психообщественными (анг. social cognition training SCT; social cognitive skills training SCST) а также иными воздействиями (ACT, MBCT) дают надежду на улучшение качества познавательного и общественного функционирования, а также на составление комплексной программы терапии лиц с психическими нарушениями.

Ключевые слова: терапия познавательного процесса, познавательная терапия, опирающаяся на внимании, тренировка общественного сознания и интеракции, терапия акцептации и потребности.

Neueste therapeutische Richtungen in der Rehabilitation der Patienten mit psychischen Störungen

Zusammenfassung

In dem vorliegenden Artikel wurden die neuesten Richtungen der therapeutischen Wirkungen beschrieben, die mit immer größerem Interesse in der Population der Patienten eingesetzt werden, die wegen der folgenden psychischen Störungen behandelt werden Schizophrenie, Angststörungen, Depression, Essstörungen und der bipolaren affektiven Krankheit. In der Arbeit wurde besonders auf zwei Arten der therapeutischen Wirkungen aufmerksam gemacht sozial – kognitiver Remediations - Training (cognitive remediation therapy; CRT) und sozial – kognitiver Training (social cognition training). In dem Artikel sind auch folgende Beschreibungen enthalten achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (mindfulness-based cognitive therapy; MBCT) und Akzeptanz- und Commitment – Therapie (acceptance and commitment therapy; ACT), die als die dritte Welle der kognitiv – behavioralen Therapie betrachtet werden. Die Ergebnisse der bisherigen Studien, die mit dem sozialen Kognitions- und Interaktions – Training (social cognition and interaction training; SCIT, social cognitive skills training; SCST) und anderen therapeutischen Verfahren (ACT, MBCT) verbunden sind, lassen auf die Verbesserung der Qualität der sozialen und kognitiven Funktionen hoffen. Man hofft auch an einen komplexen Therapieprogramm für die Personen mit psychischen Störungen.

Schlüsselwörter: sozial – kognitiver Remediationstraining, achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie, das soziale Kognitions- und Interaktions- Training, Akzeptanz und Commitment – Therapie

Les nouvelles directions thérapeutiques dans la réhabilitation des patients souffrant des troubles mentaux

Résumé

Cet article essaie d'écrire les nouvelles directions thérapeutiques qui sont appliquées avec succès dans la population des patients souffrant de : schizophrénie, troubles anxieux, dépression, troubles des comportements alimentaires, troubles affectifs bipolaires. Avant tout les auteurs attirent notre attention à deux méthodes thérapeutiques : remédiation cognitive (CRT- cognitive remediation therapy) et entraînement de la cognition sociale social (social cognition training). Ils présentent encore des thérapies suivantes : MBCT (mindfulness-based cognitive therapy) et ACT (acceptance and commitment therapy). Ces thérapies constituent « la troisième vague » des thérapies cognitivo-comportementales. Les résultats des recherches concernant : CRT, SCIT (social cognition and interaction training), SCST (social cognitive skills training), QCT, MBCT donnent l'espoir à améliorer la qualité du fonctionnement social et cognitif des patients souffrant des troubles mentaux et à créer le programme thérapeutique complexe.

Mots clés. CRT (cognitive remediation therapy), MBCT (mindfulness-based cognitive therapy), ACT (acceptance and commitment therapy)

Piśmiennictwo

1. Kuperberg G, Heckers S. *Schizophrenia and cognitive function*. Curr. Opin. Neurobiol. 2000; 10 (2): 205–210.
2. Sharma T, Antonova L. *Cognitive function in schizophrenia. Deficits, functional consequences and future treatment*. Psychiatr. Clin. North Am. 2003; 26 (1): 25–40.
3. Gualtieri T, Johnson L, Benedict K. *Neurocognition in depression: patients on and off medication versus healthy comparison subjects*. J. Neuropsych. Clin. Neurosc. 2006;18 (2): 217–226.
4. Talarowska M, Florkowski A, Gałecki P, Wysokiński A, Zboralski K. *Funkcje poznawcze w depresji*. Psychiatr. Pol. 2009; 43 (1): 31–40.
5. Śmiech A, Rabe-Jabłońska J. *Czy istnieją zaburzenia funkcji poznawczych specyficzne dla jadłowstrętu psychicznego?* Psychiatr. Psychol. Klin. 2005; 5 (4): 169–177.

6. Jaworski M. *Zaburzenia procesów poznawczych w bulimii*. Neuropsychiatr. Neuropsychol. 2011; 6 (3–4): 151–158.
7. Davidson M, Reichenberg A, Rabinowitz J i in. *Behavioral and intellectual markers for schizophrenia in apparently healthy male adolescents*. Am. J. Psychiatry 1999; 156: 1328–1335.
8. Nęcka E. *Psychologia twórczości*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2001.
9. Flavell J. *Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry*. Am. Psychologist 1979; 34: 906–911.
10. Wykes T, Reeder C, Landau S, Everitt B i in. *Cognitive remediation therapy in schizophrenia: randomised controlled trial*. Br. J. Psychiatry 2007; 190: 421–427.
11. Podd M. *Cognitive remediation for brain injury and neurological illness: real life changes*. New York, Dordrecht, Heidelberg, London: Springer; 2012.
12. Wykes T, Reeder C. *Cognitive remediation therapy for schizophrenia: an introduction*. London, New York: Brunner Routledge; 2005.
13. Park H, Shin Y, Ha T i in. *Effect of cognitive training focusing on organizational strategies in patients with obsessive – compulsive disorder*. Psych. Clin. Neurosci. 2006; 60: 718–726.
14. Tchanturia K, Lock J. *Cognitive remediation therapy for eating disorders: development, refinement and future directions*. Curr. Top. Behav. Neurosci. 2011; 6: 269–287.
15. Cwojdzńska A, Markowska-Regulska K, Rybakowski F. *Terapia usprawniania poznawczego w młodzieńczym jądłowstęrcie psychicznym*. Psychiatr. Pol. 2009; 1: 115–124.
16. Delahunty A, Reeder C, Wykes T. *Revised cognitive remediation therapy manual*. London: Institute of Psychiatry; 2002.
17. Tarrier N, Wykes T. *Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia? A cautious or cautionary tale?* Behav. Res. Ther. 2004; 42: 1377–1401.
18. Schmidt U, Treasure J. *Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive–interpersonal maintenance model and its implications for research and practice*. Br. J. Clin. Psychol. 2006; 45: 1–25.
19. Pretorius N, Tchanturia K. *Anorexia nervosa: how people think and how we address it in cognitive remediation therapy?* Future Med. 2007; 4 (4): 423–431.
20. Roberts D, Penn D. *Social cognition and interaction training in outpatients with schizophrenia: a preliminary study*. Psychiatry Res. 2009; 166 (2–3): 141–147.
21. Kucharska-Pietura K. *Zaburzenia procesów społecznego poznania w schizofrenii*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2008.
22. Choi J, Kim J, Lee J, Green M. *Social cognition training for individuals with schizophrenia: a review of targeted interventions*. Clin. Psychopharmacol. Neurosci. 2009; 7 (2): 29–38.
23. Brüne M. „*Theory of mind*” in schizophrenia: a review of the literature. Schizophr. Bull. 2005; 31: 21–42.
24. Pickup G, Frith C. *Theory of mind impairments in schizophrenia: Symptomatology, severity and specificity*. Psychol. Med. 2001; 31: 207–220.
25. Wölwer W, Frommann N, Haufmann S i in. *Remediation of impairments in facial affect recognition in schizophrenia: efficacy and specificity of a new training program*. Schizophr. Res. 2005; 80: 295–303.
26. Penn D, Roberts D, Combs D, Sterne A. *Best practices: the development of the Social Cognition and Interaction Training program for schizophrenia spectrum disorders*. Psychiatr. Serv. 2007; 58: 449–451.
27. Horan W, Kern R, Shokat-Fadai K, Sergi M, Wynn J, Green M. *Social Cognitive Skills Training in schizophrenia: an initial efficacy study of stabilized outpatients*. Schizophr. Res. 2011; 107: 47–54.

28. Lahera G, Benito A, Montes J, Fernandez-Liria A i in. *Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with bipolar disorder*. J. Affect. Disord. 2012; 146 (1): 132–136.
29. Williams J, Teasdale J, Segal Z, Kabat-Zinn J. *Świadomą drogą przez depresję. Wolność od chronicznego cierpienia*. Warszawa: Czarna Owca; 2009.
30. Russell T. *Body in mind training: mindful movement for severe and enduring mental illness*. Br. J. Wellbeing 2011; 2 (3): 13–16.
31. Teasdale J, Segal Z, Williams J, Ridgeway V i in. *Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy*. J. Consult. Clin. Psychol. 2000; 68: 615–623.
32. Segal Z, Williams J, Teasdale J. *Terapia poznawcza depresji oparta na uważności. Nowa koncepcja profilaktyki nawrotów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2009.
33. Fjorback LO, Arendt M, Ornbøl E, Fink P, Walach H. *Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy—a systematic review of randomized controlled trials*. Acta Psychiatr. Scand. 2011; 124: 102–119.
34. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. *Mindfulness-based stress reduction and health benefits: a meta-analysis*. J. Psychosom. Res. 2004; 57 (1): 35–43.
35. Chiesa A, Serretti A. *A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations*. Psychol. Med. 2010; 40 (8): 1239–1252.
36. *Depression: The treatment and management of depression in adults*. NICE; 2009. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG90NICEguideline.pdf> dostęp 30.06.2013.
37. Chadwick P, Taylor K, Abba N. *Mindfulness groups for people with psychosis*. Behav. Cogn. Psychother. 2005; 33 (3): 351–359.
38. Abba N, Chadwick P, Stevenson C. *Responding mindfully to distressing psychosis: a grounded theory analysis*. Psychother. Res. 2008; 18 (1): 77–87.
39. Davis L, Strasburger A, Brown L. *Mindfulness: an intervention for anxiety schizophrenia*. J. Psychoc. Nurs. Ment. Health Serv. 2007; 45 (11): 23–29.
40. Williams J, Alatiq Y, Crane C i in. *Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning*. J. Affect. Disord. 2008; 107 (1): 275–279.
41. Miller J, Fletcher K, Kabat-Zinn J. *Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders*. Gen. Hosp. Psychiatry 1995; 17 (3): 192–200.
42. Vollestad J, Sivertsen B, Nielsen G. *Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders. Evaluation in a randomized controlled trial*. Behav. Res. Ther. 2011; 49 (4): 281–288.
43. Linehan M. *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press; 1993.
44. Biegel G, Brown K, Shapiro S, Schubert Ch. *Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: a randomized clinical trial*. J. Consult. Clin. Psychol. 2009; 77 (5): 855–866.
45. Hayes S, Strosahl K, Wilson K. *Acceptance and commitment therapy, second edition: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press; 2011.
46. Zettle R, Hayes S. *Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason giving*. Anal. Verbal Behav. 1986; 4: 30–38.
47. Forman E, Shaw J, Goetter E, Herbert J, Park J, Yuen E. *Long-term follow-up of a randomized controlled trial comparing acceptance and commitment therapy and standard cognitive behavior therapy for anxiety and depression*. Behav. Ther. 2012; 43: 801–811.

48. Forman E, Herbert J. *New directions in cognitive behavior therapy: acceptance-based therapies*. W: O'Donohue W, Fisher JE. *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2009. s. 77–101.
49. Powers M, Zum M, Vörding V, Emmelkamp P. *Acceptance and commitment therapy: a meta-analytic review*. *Psychother. Psychosom.* 2009; 78: 73–80.
50. Eifert G, Forsyth J. *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders*. Oakland: New Harbinger; 2005.
51. Eifert G, Heffner M. *Jak pokonać anoreksję? Trening*. Gliwice: Helion; 2008.
52. Horan W, Kern R, Green M, Penn D. *Social cognitive skills training for individuals with schizophrenia: emerging evidence*. *Am. J. Psychiatr. Rehab.* 2008; 11: 205–252.
53. Horan W, Kern R, Tripp C, Hellemann G i in. *Efficacy and specificity of Social Cognitive Skills Training for outpatients with psychotic disorders*. *J. Psychiatr. Res.* 2011; 45 (8): 1113–1122.
54. Wölwer W, Streit M, Polzer U, Gaebel W. *Facial affect recognition in the course of schizophrenia*. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 1996; 246: 165–170.
55. Edwards J, Pattison P, Jackson H, Wales R. *Facial affect and affective prosody recognition in first-episode schizophrenia*. *Schizophr. Res.* 2001; 48: 235–253.
56. Herbener E, Hill S, Marvin R, Sweeney J. *Effects of antipsychotic treatment on emotion perception deficits in first-episode schizophrenia*. *Am. J. Psychiatry* 2005; 162: 1746–1748.
57. Pinkham A, Penn D, Perkins D, Graham K, Siegel M. *Emotion perception and social skill over the course of psychosis: a comparison of individuals „at-risk” for psychosis and individuals with early and chronic schizophrenia spectrum illness*. *Cogn. Neuropsychiatry* 2007; 12: 198–212.
58. Kossowska M, Kofta M. *Psychologia poznania społecznego*. Warszawa: Wydawnictwo PWN; 2009.

Adres: Aneta Tylec
Katedra i Klinika Psychiatrii UM w Lublinie
20-439 Lublin, ul. Głuska 1

Otrzymano: 13.03.2012
Zrecenzowano: 18.06.2012
Otrzymano po poprawie: 30.12.2012
Przyjęto do druku: 19.06.2013