

Joanna Wilkowska

Katedra i Klinika Psychiatria Akademii Medycznej w Warszawie

# Zastosowanie terapii poznawczo-behavioralnej w leczeniu geriatrycznych pacjentów depresyjnych

## *Cognitive behavioral therapy application in geriatric depressive patients treatment*

### **Abstract**

*Psychotherapy, including a cognitive-behavioral therapy is a recognized method in standard treatment of affective disorders. But its incorporation to the geriatric patients treatment schemas is still, for many specialists, an open question. For many reason, such as cognitive dysfunctions or sensory deteriorations, a cognitive-behavioral therapy is often considered unacceptable for this age group and thus it is excluded from treatment algorithms. In this paper current knowledge, concerning cognitive-behavioral therapy in elderly depressive patients, is presented.*

**key words:** *cognitive-behavioral therapy, elderly, depression*

Zaburzenia depresyjne należą do najczęściej występujących chorób psychicznych w wieku podeszłym. Z badań epidemiologicznych, przeprowadzonych wśród osób powyżej 65 lat, wynika, że epizod „dużej depresji” występuje równie często jak w młodszych grupach wiekowych. Jednak częstość pojedynczych objawów depresyjnych, zaburzeń lękowo-depresyjnych lub zaburzeń depresyjnych na tle organicznym lub reaktywnym wynosi kilkadziesiąt procent. Niektórzy autorzy sugerują, że rozpoznanie depresji u osób powyżej 65 lat jest zaniżone nawet o około 40% [1]. Depresja w tej grupie wiekowej jest dużym problemem diagnostycznym. Często zaburzenia te nie są właściwie rozpoznawane (jednym ze stereotypów jest to, że jest to naturalny, nieunikniony proces starzenia, a nie odrębna jednostka chorobowa, a takie objawy, jak: spadek zainteresowań, utrata energii, zaburzenia snu i somatyzacja objawów, są wyrazem występujących w tym wieku innych chorób). Błędna diagnoza lub niekiedy jej brak wiąże się z nieodpowiednim leczeniem, na przy-

kład stosowanie wyłącznie leków przeciwlękowych lub nasennych, które zwiększają ryzyko hospitalizacji i koszty leczenia. Leki te działają jedynie objawowo, pogarszając i fałszując przebieg i obraz choroby.

Odpowiedź na dobrze dobrane leczenie przeciwdepresyjne jest taka sama jak w młodszych grupach wiekowych. Dotyczy to interwencji farmakologicznych, psychoterapeutycznych i kombinowanych [2]. Jednak depresja, która występuje w podeszłym wieku, jest złożonym problemem, na który wpływają nie tylko czynniki biologiczne, ale także psychologiczne i socjologiczne [3]. Dlatego w tej grupie pacjentów leczenie powinno być kompleksowe i nie ograniczać się jedynie do podania środków farmakologicznych.

W niektórych przypadkach, na przykład niezbyt ciężkiego przebiegu depresji, obciążenia somatycznych i dużego ryzyka wystąpienia interakcji lekowych, psychoterapia będzie miała istotne znaczenie w leczeniu. Terapia poznawczo-behavioralna należy do najlepiej udokumentowanych form psychoterapii, która od początku lat 70. XX wieku ma swoje miejsce w algorytmach leczenia zaburzeń i chorób psychicznych. U jej podstaw leżą koncepcje, które zakładają, że proces uczenia się determinują zachowania (terapia behavioralna), nabywanie i utrwalanie przekonań i sposobu widzenia świata (terapia poznawcza).

Adres do korespondencji:  
lek. Joanna Wilkowska  
Katedra i Klinika Psychiatria Akademii Medycznej  
w Warszawie  
ul. Nowowiejska 27, 00–665 Warszawa  
e-mail: wilkowska@o2.pl

Terapia poznawcza depresji opiera się na określeniu negatywnych przekonań i zniekształceń poznawczych dotyczących własnej osoby, doświadczeń i przyszłości, wykazaniu związku między nimi, a nieprzyjemnymi dla pacjenta emocjami (np. smutkiem, lękiem, poczuciem bezwartościowości) i zachowaniami je utrwalającymi, takimi jak unikanie, izolacja. Jej celem jest przeformułowanie poznawcze, czyli przekształcenie negatywnych myśli automatycznych w bardziej realistyczne i funkcjonalne.

Według koncepcji behawioralnej uczymy się zachowań i emocji, które są wzmacniane stałym i dysfunkcyjnym wzorcem reagowania na zmieniające się warunki otoczenia.

Terapia behawioralna podkreśla związek depresji z deficytem zachowań przyjemnych lub deficytem umiejętności pozwalających czerpać przyjemności z wydarzeń pozytywnych i radzić sobie z wydarzeniami negatywnymi. Koncentruje się więc na wzajemnej zależności nastroju i aktywności, przez co pozwala pacjentowi poprawić umiejętności społeczne i radzić sobie w trudnych sytuacjach. W najtrudniejszych sytuacjach terapeuta, zadając pacjentowi „prace domowe”, pomaga stworzyć plan działania i opracować strategię radzenia sobie w konkretnych przypadkach [4–6].

W ciągu ostatnich 20 lat, od momentu pojawienia się terapii poznawczo-behawioralnej w algorytmach leczenia, przeprowadza się coraz więcej badań porównawczych (ocena jej skuteczności w różnych grupach wiekowych, u pacjentów z różnym nasileniem depresji lub porównanie z leczeniem biologicznym). Istnieje niewiele dobrze przeprowadzonych badań dotyczących zastosowania tej metody leczenia u pacjentów w podeszłym wieku.

Prace, które opublikowano dotychczas, są zachęcające. Wykazano, że stosowanie terapii poznawczo-behawioralnej w grupie pacjentów powyżej 65 lat jest tak samo skuteczne w formie zarówno indywidualnej, jak i grupowej [7]. Efekty terapii poznawczo-behawioralnej utrzymują się przez około 2 lata po jej zakończeniu [8]. W przypadku depresji o lekkim lub umiarkowanym nasileniu stosowanie izolowanej psychoterapii jest równie skuteczne jak stosowanie izolowanej farmakoterapii, jednak ze względu na wszechobecną polipragmatyzację jest nieobciążające. W ciężkich przypadkach najlepsze efekty przynosi terapia skojarzona (lek + psychoterapia) [9, 10]. Wykazano również, że stosowanie izolowanej psychoterapii podtrzymującej zmniejsza liczbę nawrotów choroby [3, 11]. Do 2000 roku opublikowano kilkanaście badań porównujących skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu geriatrycznych pacjentów depresyj-

nych. W większości z nich wykazano jej podobną skuteczność w różnych grupach wiekowych pacjentów powyżej 65 lat („młodych-starych” i „średnio starych-starych”). Wielu autorów podkreślało jednak konieczność zastosowania u tych pacjentów większej liczby technik behawioralnych.

Psychoterapia poznawczo-behawioralna, podobnie jak w młodszych grupach wiekowych, okazała się lepszą metodą leczenia w porównaniu ze standardową opieką czy dołączeniem tylko psychoedukacji [12–17]. W przypadku terapii skojarzonej (lek + psychoterapia) najwięcej badań dotyczyło terapii interpersonalnej, jednak w literaturze pojawiły się już doniesienia wstępne stwierdzające, że terapia skojarzona (z udziałem terapii poznawczo-behawioralnej) jest skuteczniejsza od monoterapii w leczeniu dużej depresji wieku podeszłego. Niestety, nie istnieją dobrze udokumentowane badania dotyczące dystymii lub małej depresji.

W latach 1995 i 1999 Blanchard i wsp. [18] porównali skuteczność łączenia terapii poznawczo-behawioralnej i farmakoterapii u 103 pacjentów geriatrycznych. Wykazali nie tylko jej wyższą skuteczność, ale także utrzymywanie się efektów przez około rok po jej zakończeniu (około 2 razy dłużej w porównaniu z grupą leczoną tylko farmakologicznie) [18, 19]. Thompson i wsp. [20] wykazali, że stosowanie psychoterapii poznawczo-behawioralnej było skuteczniejsze niż stosowanie samej farmakoterapii, ale, w odróżnieniu od poprzednich badań, w porównaniu terapii skojarzonej i samej psychoterapii nie wykazało żadnych różnic statystycznych w wynikach leczenia. W tym przypadku wyniki badania wskazały na duży udział czynników socjologicznych w rozwoju choroby [20]. W 2004 roku Hautzinger i Welz opublikowali wyniki badania przeprowadzonego u 100 pacjentów w podeszłym wieku, u których rozpoznano epizod depresyjny, ale bez towarzyszącego upośledzenia funkcji poznawczych. Okazało się, że w grupie pacjentów, u których stosowano psychoterapię poznawczo-behawioralną łącznie z leczeniem farmakologicznym, stwierdzono szybszą redukcję objawów depresyjnych, dłuższe utrzymywanie się remisji (po 3 miesiącach leczenia tylko u 4 pacjentów spośród 35-osobowej grupy niepoddawanej psychoterapii stwierdzono remisję w porównaniu z 36 osobami spośród 65-osobowej grupy uczestniczącej w sesjach terapii poznawczo-behawioralnej) [21].

Zasady dotyczące zastosowania psychoterapii poznawczo-behawioralnej u pacjentów powyżej 65. roku życia nie różnią się istotnie od jej ogólnego schematu. Większą uwagę należy jednak zwrócić na problemy

zdrowia somatycznego, deficyty sensoryczne, zmiany poznawcze i zaangażowanie rodziny lub opiekunów jako ko-terapeutów [3]. W początkowym okresie terapii, w czasie sesji diagnostycznych i edukacyjnych należy się skoncentrować na przystępnym opisie obrazu depresji (depresja jako choroba, a nie jako nieodłączna część procesu starzenia) i celu psychoterapii (cele pacjenta, rodziny i terapeuty — zmniejszenie i stopniowe ustępowanie poszczególnych objawów, a nie całkowite i natychmiastowe wyleczenie). Podczas terapii należy dążyć do unikania postawy „paternalistycznej”, do której większość pacjentów jest przyzwyczajona, i dążyć do maksymalnego zaangażowania pacjenta i opiekunów.

Istotnym problemem, szczególnie w czasie początkowych spotkań, może być wolniejszy przebieg terapii ze względu na deficyty poznawcze i sensoryczne. Należy więc powtarzać kluczowe stwierdzenia nie tylko podczas podsumowania sesji, ale również kilkakrotnie w czasie jej trwania. Także ścisła współpraca z klinicystami opiekującymi się pacjentem jest nieodzowna w celu weryfikacji biologicznego podłoża często pojawiających się skarg somatycznych.

Niestety, w literaturze istnieje mało doniesień dotyczących sposobu modyfikacji i efektów zastosowania terapii poznawczo-behawioralnej u pacjentów z depresją i współistniejącymi chorobami somatycznymi. W niektórych przypadkach jest konieczne zawarcie „elastycznego” kontraktu terapeutycznego, dostosowania liczby, częstości i czasu trwania sesji oraz zmiany celu terapii już po jej rozpoczęciu. W podobnych sytuacjach potrzebna jest także staranna edukacja pacjenta dotycząca odrębności depresji i choroby somatycznej (większość chorych traktuje to jako *continuum* i zakłada poprawę nastroju dopiero po całkowitym wyleczeniu z choroby somatycznej). Na początku terapii od razu należy wyznaczyć jej realne cele (np. „Muszę lepiej spać i skupić się na przyjemnych czynnościach” a nie „Psychoterapia ma mnie wyleczyć z choroby somatycznej”).

Celem terapii poznawczo-behawioralnej, stosowanej w podeszłym wieku, może być także adaptacja do nowej sytuacji (np. po wystąpieniu kalectwa) oraz ponowna identyfikacja poczucia niezależności w przypadku konieczności opieki osób drugich [22]. Terapia poznawczo-behawioralna okazała się skuteczniejsza u pacjentów geriatrycznych z depresją o nasileniu lekkim lub umiarkowanym, depresją wywołaną znaczącą stratą, u osób bez dodatkowej diagnozy zaburzeń osobowości i z dużą chęcią współ-

pracy [7, 23]. Innym czynnikiem wpływającym na efekty psychoterapii jest dotychczasowy przebieg choroby oraz stan cywilny. Pacjenci z pierwszym epizodem depresji w podeszłym wieku, bez względu na udział czynników reaktywnych i endogennych, charakteryzowali się lepszymi wynikami uzyskanymi dzięki psychoterapii niż chorzy z wieloletnim wywiadem chorobowym [24], a pacjenci samotni uzyskiwali gorsze wyniki niż chorzy będący w związkach [25].

Celowość zastosowania psychoterapii poznawczo-behawioralnej u pacjentów w podeszłym wieku nadal jest przedmiotem dyskusji. Dotychczas z powodu braku ewidentnych dowodów jej skuteczności uznawano ją za narzędzie „trzeciego rzutu” (po lekach przeciwdepresyjnych i terapii elektrowstrząsowej).

Obecnie w literaturze światowej pojawia się coraz więcej pozycji dotyczących wprowadzenia jej do standardów leczenia u pacjentów geriatrycznych. Opublikowane do tej pory doniesienia są zachęcające. Potwierdzają one porównywalną skuteczność tej metody leczenia w różnych grupach wiekowych. W przypadku pacjentów starszych, często obciążonych somatycznie, dodanie kolejnego leku, jakim jest lek przeciwdepresyjny, istotnie zwiększa ryzyko interakcji i działań niepożądanych. Natomiast wdrożenie metod psychoterapeutycznych jest równie skuteczne, ale nieobciążające somatycznie.

Pacjenci w podeszłym wieku często mają tendencję do zupełnie nieświadomego poszukiwania kontaktu z lekarzami różnych specjalności. Pod pretekstem pojawienia się kolejnych dolegliwości odwiedzają gabinety lekarskie. W wielu przypadkach stały kontakt z terapeutą jest istotnym czynnikiem zmniejszającym liczbę dolegliwości somatycznych i przyspieszającym proces zdrowienia. Dlatego psychoterapia w istotny sposób obniża także całkowite koszty leczenia.

W tej grupie wiekowej psychoterapia nadal jest mało rozpowszechniona, a podanie leku przeciwdepresyjnego wydaje się łatwiejszym rozwiązaniem. Przyczynia się do tego brak obszernych badań klinicznych z tego zakresu. Niestety, kwestie finansowe mają istotne znaczenie w nadawaniu kierunku rozwojowi nauki. Świadczy o tym liczba opublikowanych w latach 1995–2000 badań z udziałem pacjentów powyżej 65 lat (700 badań lekowych w porównaniu z 9 badaniami z zastosowaniem psychoterapii) [17].

Ze względu na złożone podłoże zaburzeń afektywnych w podeszłym wieku, często współistniejące choroby somatyczne i polipragmazję, psychoterapia poznawczo-behawioralna wydaje się jednym z najważ-

niejszych elementów procesu leczenia. Niewielka modyfikacja sposobu prowadzenia sesji jest niezbędna z powodu często występujących w tym wieku zaburzeń funkcji poznawczych i deficytów sensorycznych. Wdro-

żenie tej metody do standardów postępowania wydaje się pośrednio obniżyć koszty leczenia, a uzyskiwane efekty są podobne do tych otrzymywanych w innych grupach wiekowych.

### Streszczenie

*Psychoterapia, w tym terapia poznawczo-behawioralna, jest uznawaną w standardach leczenia metodą. Dla wielu specjalistów wdrożenie jej do schematu leczenia u pacjentów w podeszłym wieku nadal wydaje się kwestią odległą. Z powodu takich przyczyn, jak: zaburzenia funkcji poznawczych lub wady narządów zmysłów, często uznaje się ją za nieadekwatną dla tej grupy wiekowej i wyklucza się ze schematu leczenia.*

*W niniejszej pracy przedstawiono aktualny stan wiedzy dotyczący tego zagadnienia.*

**słowa kluczowe:** terapia poznawczo-behawioralna, podeszły wiek, depresja

### PIŚMIENICTWO

1. Bilikiwicz A, Parnowski T. Zaburzenia psychiczne, problemy psychologiczne i społeczne związane ze starzeniem się (psychogeriatra). W: Psychiatria, tom II. Psychiatria Kliniczna. Bilikiwicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.). Urban & Partner, Wrocław 2002: 698–734.
2. Reynolds C.F., Frank E., Perel J.M. i wsp. Combined pharmacotherapy and psychotherapy in the acute and continuation treatment of elderly patients with recurrent major depression: A preliminary report. *Am. J. Psychiatry* 1992; 149: 1687–1692.
3. Karel M.J., Hinrichsen G. Treatment of depression in late life: psychotherapeutic interventions. *Clinical Psychology Review* 2000; 20 (6): 707–729.
4. Popiel A., Pragłowska E. Podstawowe założenia psychoterapii poznawczo-behawioralnej. *Wiadomości Psychiatryczne* 2004; 1.
5. Beck A.T., *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. Harper & Row, New York 1967.
6. Dobson K.S. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989; 57: 414–419.
7. Teri L., Curtis J., Gallagher-Thompson D., Thompson L.W. Cognitive-behavioral therapy with depressed older adults. W: Schneider L., Reynolds C.F., Lebowitz B.D., Friedhoff A. (red.). *Diagnosis and treatment of depression in late life*. DC: American Psychiatric Association Press, Washington 1994: 279–291.
8. Gallagher-Thomson D., Hanley-Peterson P., Thomson L.W. Maintenance of gains versus relapse following brief psychotherapy in depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1990; 58: 371–374.
9. Gallagher D.E., Thompson L.W. Effectiveness of psychotherapy for both endogenous and non-endogenous depression in older adults outpatients. *Journal of Gerontology* 1983; 38: 707–712.
10. Thase M.E., Greenhouse J.B., Frank E. i wsp. Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Arch. Gen. Psychiatry* 1997; 54: 1009–1015.
11. Reynolds III C.F. Treatment of major depression in later life. A life cycle perspective. *Psychiatric Quarterly* 1997; 68: 221–246.
12. Campell J.M. Treating depression in well older adults: Use of diaries in cognitive therapy. *Issues in Mental Health Nursing* 1992; 13: 19–29.
13. Jarvik L.F., Mintz J., Steuer J., Gerber R. Treatment of geriatric depression: A 26-weeks interim analysis. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1982; 30: 713–717.
14. Viney L.L., Benjamin Y.N., Preston C.A. An evaluation of personal construct therapy for the elderly. *Br. J. Med. Psychol.* 1989; 62: 35–41.
15. Rokke P.D., Tomhave J.A., Jocz Z. Self-management therapy and educational group therapy for depressed elders. *Cognit. Ther. Res.* 2000; 24: 99–119.
16. Arean P., Perri M.G., Nezu A.M., Schein R.L., Christopher F., Joseph T.X. Comparative effectiveness of social problem-solving therapy and reminiscence therapy treatments for depression in older adults. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1993; 61: 1003–1010.
17. Arean P.A., Cook B.L. Psychotherapy and combined psychotherapy/pharmacotherapy for late life depression. *Biol. Psychiatry* 2002; 52: 293–303.
18. Blanchard M.R., Wateruus A., Mann A.H. The effects of primary care nurse intervention upon older people screened as depressed. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 1995; 10: 289–298.
19. Blanchard M.R., Wateruus A., Mann A.H. Can a brief intervention have a long-term benefit? The case of the research nurse and depressed older people in the community. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 1999; 14: 733–738.
20. Thompson L.W., Coon D.W., Gallagher-Thompson D., Sommer B.R., Koin D. Comparison of desipramine and cognitive/behavioral therapy in the treatment of elderly outpatients with mild — to moderate depression. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 2001; 9: 225–240.
21. Hautzinger M., Welz S. Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen in Alter. (Cognitive behavioral therapy for a depressed older outpatients — a controlled, randomized trial). *Z. Gerontol. Geriatr.* 2004; 37: 427–435.
22. Rybarczyk B., Gallagher-Thomson D., Rodman J., Zeiss A., Gantz F.E., Yesavage J. Applying cognitive-behavioral psychotherapy to the chronically ill elderly: Treatment issues and case illustration. *International Psychogeriatrics* 1992; 4: 127–140.
23. Teri L. Behavioral treatment of depression in patients with dementia. *Alzheimer Diseases and Associated Disorders* 1994; 8: 66–74.
24. Rush A.J., Beck A.T., Kovacs M., Hollon S. Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research* 1977; 1: 17–37.
25. Jarrett R.B., Eaves G.G., Brannemann B.D., Rush A.J. Clinical, cognitive and demographic predictors of response to cognitive therapy for depression: a preliminary report. *Psychiatry Research* 1991; 37: 245–260.