

Marek Krzystanek<sup>1</sup>, Aleksander Stolarczyk<sup>1</sup>, Mariusz Borkowski<sup>1</sup>, Sławomir Murawiec<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej, Katedra Psychiatrii i Psychoterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

<sup>2</sup>Prywatna praktyka specjalistyczna

# Telemedyczna terapia poznawczo-behawioralna

## *Telemedical cognitive-behavioral therapy*

### **Abstract**

*Telepsychiatry is the new branch of psychiatry. The method of the treatment gives new possibility to the physician and the patient, including videoconferencing, videoeducation, compliance control and different form of trainings. Telemedicine was well confirmed in psychiatry as the equivalent therapeutic way of treatment. Interesting is if telemedicine may be useful for psychotherapy.*

*Authors overviewed the research studies on application of telemedicine in cognitive behavioral therapy (CBT). This school of psychotherapy has very good medical evidence for its effectiveness in the treatment of different psychiatric illnesses. The question was if it may be effective when used in telemedical mode.*

*Our analysis indicated, that CBT is the same effective when performed via videoconferencing system and in traditional way. In the end authors tried to discuss, if the telemedical contact with psychotherapist may substitute the real face to face contact.*

**Psychiatry 2018; 15, 2: 110–116**

**Key words:** telemedicine, telepsychiatry, psychotherapy, cognitive behavioral therapy

### **Wstęp**

Telemedycyna jest coraz popularniejszą i nowoczesną formą świadczenia usług medycznych. Zarówno na świecie, jak i w Polsce przeprowadzono wiele badań wykazujących podobną skuteczność wideowizyt i wizyt w formie tradycyjnej [1, 2], jak również ich ekwiwalentną ocenę satysfakcji, adherencji terapeutycznej i kosztów leczenia w porównaniu z leczeniem tradycyjnym [3]. W badaniu przeprowadzonym w Polsce wykazano nawet nieco lepszą skuteczność leczenia telemedycznego schizofrenii w porównaniu z rutynowym leczeniem ambulatoryjnym [4].

Podjęto również udane próby leczenia psychoterapeutycznego z wykorzystaniem kontaktu wideokonferencyjnego. Przykładowo w badaniu Choi i wsp. [5] wykazano skuteczność psychoterapii zorientowanej na rozwiązywanie problemów u pacjentów depresyjnych w starszym wieku. Z kolei w badaniu Clarke i wsp. [6] wykazano

skuteczność pracy własnej z aplikacją na smartfonie i w środowisku internetowym, opartej na modelu teorii uczenia się społecznego w leczeniu łagodnej i umiarkowanej depresji, lęku i stresu.

Jedną z form psychoterapii o potwierdzonej skuteczności w leczeniu zaburzeń psychicznych jest terapia poznawczo-behawioralna. Dotychczasowe badania prowadzone były w formie tradycyjnych sesji psychoterapeutycznych, odbywających się w czasie spotkań terapeuty i pacjenta twarzą w twarz. W artykule postanowiono odpowiedzieć na pytanie, czy skuteczność psychoterapii poznawczo-behawioralnej (CBT, *cognitive-behavioral therapy*) świadczonej telemedycznie może być porównywalna z terapią prowadzoną tradycyjnie. Badania przeprowadzono na podstawie przeglądu publikacji w bazie PubMed, dotyczących zdalnego leczenia zaburzeń psychicznych z wykorzystaniem urządzeń telekomunikacyjnych. Poniżej omówiono interesujące badania skuteczności CBT w różnych grupach zaburzeń psychicznych.

### **Adres do korespondencji:**

Marek Krzystanek  
Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej SUM  
ul. Ziołowa 45/47, 40–635 Katowice  
e-mail: krzystanekmarek@gmail.com

## Zaburzenia lękowe

Dotychczas przeprowadzono próby leczenia z użyciem CBT w zespole lęku uogólnionego, zespole stresu pourazowego i napadów lęku.

W badaniu Brenesa [7] analizowano efekty CBT prowadzonej przez telefon w porównaniu z niedyrektywną terapią zorientowaną na wsparcie, prowadzoną również przez telefon u starszych osób ze środowisk wiejskich z rozpoznaniem zespołu lęku uogólnionego. W badaniu tym wzięło udział 141 dorosłych powyżej 60. roku życia. Rekrutację prowadzono w okresie od stycznia 2011 do października 2013. Cykl leczenia obejmował 11 sesji telefonicznych (przy czym wymagane było odbycie co najmniej 9 z nich). Sesje zorientowane były na rozpoznanie objawów, techniki relaksacji, przeformułowanie poznawcze, tworzenie alternatywnych przekonań, rozwiązywanie problemu, kontrolę martwienia się, aktywację behawioralną, terapię ekspozycyjną i zapobieganie nawrotom. W grupie kontrolnej prowadzono jedynie rozmowę, w czasie której pacjent mógł podzielić się z terapeutą swoimi odczuciami, jednak bez wprowadzania żadnych elementów interwencji terapeutycznej i pomocy w radzeniu sobie. Terapeuta prowadzący rozmowę oceniał nasilenie lęku skalą Hamiltona, a rozmówca wypełniał skalę samooceny objawów martwienia się oraz skalę depresji Becka. Oceny te były wykonywane na początku terapii, a następnie w drugim i czwartym miesiącu leczenia. Spośród 141 osób 70 znalazło się w grupie badanej, a 71 w kontrolnej. W czwartym miesiącu w grupie badanej obserwowano istotnie większe obniżenie nasilenia objawów martwienia, objawów depresyjnych i nasilenia objawów GAD w porównaniu z grupą kontrolną. Nie obserwowano natomiast różnic pomiędzy badanymi grupami w nasileniu objawów lękowych.

Na podstawie tych wyników można wnioskować, że w grupie starszych dorosłych terapia kognitywno-behawioralna prowadzona przez telefon jest skuteczniejsza niż nieinterwencyjna terapia zorientowana na wsparcie. Poprawę uzyskuje się w zakresie zmniejszenia martwienia się, obniżenia nasilenia objawów zespołu lęku uogólnionego oraz objawów depresyjnych.

W badaniu Fortneya i wsp. [8] postanowiono przetestować telemedyczny system opieki oparty na współpracy wielu specjalistów do leczenia zespołu stresu pourazowego. Badani byli rekrutowani z wojskowych poradniach, leczących weteranów żyjących w małych ośrodkach miejskich. Wszyscy badani spełniali kryteria obecnego zespołu stresu pourazowego (PTSD, *posttraumatic stress disorder*). Żaden nie był aktualnie leczony, nie cierpiał też na inne schorzenia psychiatryczne z uwzględnieniem schizofrenii, uzależnienia chemicznego bądź choroby dwubiegunowej. W badaniu wzięło udział 265 osób,

rekrutację prowadzono w latach 2009–2011. Okres prowadzenia badania obejmował rok. Osobami, które udzielały interwencji telefonicznych, były telepielęgniarki, telefarmaceuci, telepsychologowie i telepsychiatrzy. Pielęgniarki zajmowały się zarządzaniem aktywnością pacjentów, a farmaceuci oceniali historię farmakoterapii. Psychologowie udzielali psychologicznych interwencji poznawczych poprzez interaktywne wideo połączenie. Z kolei psychiatrzy nadzorowali całość leczenia, przeprowadzali wideokonsultacje i oceniali objawy skalą psychometryczną objawów PTSD. Rezultaty oceniane były w aspekcie nasilenia objawów PTSD, przepisywania leków, adherencji terapeutycznej i systematycznego korzystania z psychoterapii. Badani byli randomizowani do grupy z aktywnym teleleczeniem i leczonej w sposób tradycyjny z możliwością kontaktu z tymi samymi terapeutami „twarzą w twarz”. W czasie 12 miesięcy badania 55% osób leczonych telemedycznie przeszło psychoterapię poznawczą w porównaniu z jedynie 12% w grupie leczonej tradycyjnie. Osoby w grupie leczonej telemedycznie mieli lepszą poprawę w zakresie objawów PTSD. Nie były one duże — w grupie leczonej telemedycznie zmniejszyły się one o 15%, ale w grupie leczonej tradycyjnie — tylko o 5%. Nie wykazano różnic pomiędzy grupami w częstości przepisywanych pacjentom leków oraz w adherencji terapeutycznej. Ważną obserwacją z tego badania jest wykazanie, że przejście co najmniej 8 sesji psychoterapii poznawczej jest predyktorem lepszej poprawy objawów PTSD. Wynika stąd, że telemedyczna wielospecjalistyczna terapia może zaangażować do leczenia osoby cierpiące na stres pourazowy, a żyjące w małych ośrodkach miejskich. Drugim wnioskiem jest potwierdzona skuteczność leczenia telemedycznego w PTSD.

Kolejna próba wideokonferencyjnego leczenia PTSD została opisana przez Morlanda i wsp. [9]. Badanie miało na celu ocenę wyników terapii poznawczo-behawioralnej, prowadzonej telemedycznie w populacji weteranów, cierpiących na zespół stresu pourazowego. Badanie prowadzone było w Stanach Zjednoczonych przez ośrodek na Hawajach. Przeprowadzono je w latach 2009–2013 wśród 61 osób, u których CBT wykonywana była w postaci wideokonferencji, i 64 leczonych CBT „twarzą w twarz”. Wszystkie osoby przeszły 12 sesji. Ocena nasilenia PTSD była dokonywana przez klinicystę na początku, potem w czasie leczenia, w momencie jego zakończenia, a następnie po 3 i 6 miesiącach. W obu grupach leczenie było skuteczne, a jego efekty utrzymywały się po jego zakończeniu. Wyniki w obu badanych grupach nie różniły się między sobą, co pokazuje, że terapia poznawczo-behawioralna w formie wideokonferencji jest tak samo skuteczna jak leczenie w formie tradycyjnej „twarzą w twarz”.

Wims i wsp. [10] podjęli próbę telemedycznego zastosowania CBT w leczeniu napadów lęku. Badanie miało na celu ocenę skuteczności CBT świadczonej przez klinicystę przez internet w napadach paniki. W badaniu wzięło udział 59 osób spełniających kryteria napadów lęku z agorafobią. Badani byli randomizowani do grupy badanej lub grupy osób oczekujących w kolejce na leczenie. Osoby aktywnie leczone przeszły 6 sesji CBT przez wideokonferencję z pracami osobistymi zadawanymi do domu, cotygodniowym mailingiem od psychiatry i uczestnictwem w samopomocowym forum społecznym. Cykl terapeutyczny obejmował 8 tygodni. Program leczenia zakończyło 79% osób. Wykazano istotne zmniejszenie nasilenia objawów paniki. Przeciętny czas spędzony przez terapeutę na leczeniu wynosił 75 minut. Wyniki te wskazują, że CBT prowadzona przez klinicystę za pomocą internetowej wideokonferencji jest skuteczną formą leczenia napadów lęku z agorafobią.

Podjęto również skuteczną próbę telemedycznej terapii CBT u dzieci z objawami lęku [11]. Celem badania było porównanie skuteczności psychoterapii poznawczo-behawioralnej wykonywanej sposobem tradycyjnym bądź telefonicznie u dzieci leczonych z powodu lęku. Badanie prowadzono w grupie 48 dzieci w wieku 8–13 lat, leczonych ambulatoryjnie. W leczeniu małych pacjentów uczestniczyli ich rodzice. Dzieci były losowo przydzielane do grupy przechodzącej 10 sesji CBT, wykonywanych albo przez specjalistę od leczenia lęku u dzieci w poradni bądź przez rodzica z pomocą specjalisty dostępnego telefonicznie, który udzielał rodzicowi rad i edukacji (w tym przypadku psychoedukacja przez telefon jest szczególną formą biblioterapii). Wyniki badania oceniano w aspektach satysfakcji z leczenia, trudności i barier, bezpieczeństwa leczenia oraz liczby osób niekończących badania. Do parametrycznej oceny stosowano ustrukturyzowany wywiad diagnostyczny dla dzieci *Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADIS)* i skalę *Clinical Global Impression – Global Improvement (CGI-I)*. Ocen dokonywano na początku i po zakończeniu leczenia oraz po kolejnych 3 miesiącach. Wyniki pokazały podobną skuteczność terapii świadczonej w sposób tradycyjny „twarzą w twarz” oraz w formie telefonicznej. Wyniki leczenia oceniane były jako satysfakcjonujące, obserwowano dobrą adherencję terapeutyczną, trudności w korzystaniu z terapii zostały ocenione na niskie. W skali CGI 58–75% osób oceniało poprawę na dużą lub bardzo dużą. Wynik badania pokazał, że terapia poznawczo-behawioralna u dzieci z zaburzeniami lękowymi może być równie efektywna w formie tradycyjnej terapii prowadzonej w ambulatorium, jak również kiedy jest wykonywana telefonicznie przy pomocy rodzica.

### Zaburzenia depresyjne

Kolejna grupa badań obejmuje telemedyczne stosowanie CBT w zaburzeniach depresyjnych.

Ruskin i wsp. [3] przeprowadzili badanie, którego celem było porównanie skuteczności leczenia telemedycznego depresji za pomocą wideokonferencji w porównaniu z leczeniem, prowadzonym metodą tradycyjną „twarzą w twarz”. Celami drugorzędowymi była ocena satysfakcji, adherencji terapeutycznej i porównanie kosztu leczenia. To badanie kliniczne miało charakter randomizowany, przeprowadzono je w grupie 119 weteranów cierpiących na depresję. Leczenie psychiatryczne prowadzono przez 6 miesięcy i składało się ono z leczenia farmakologicznego, psychoedukacji i krótkich konsultacji w formie telemedycznej lub „twarzą w twarz”. W ocenie nasilenia depresji używano skali depresji Hamiltona i skali depresji Becka. Nasilenie objawów depresji zmniejszyło się znacznie w obu grupach, a efekty leczenia nie różniły się pomiędzy nimi. Nie było też różnic w poziomie satysfakcji i adherencji terapeutycznej — stopień wypadnięć z badania nie różnił się pomiędzy grupami. Telepsychiatria była droższą metodą, kiedy liczono koszt pojedynczej sesji, jednak okazywała się tańsza, kiedy wliczono do niego koszt dojazdu lekarza do klientów, mieszkających dalej niż 22 mile od ośrodka psychiatrycznego. Wyniki te wskazują, że leczenie telepsychiatryczne jest ekwiwalentne zarówno w aspekcie wyników leczenia, jak i w ocenie satysfakcji, adherencji terapeutycznej i kosztów leczenia z leczeniem tradycyjnym, prowadzonym w przychodni. Podobne badanie przeprowadzili Chong i Moreno [2]. Jego celem było również porównanie terapii wykonywanej poprzez wideokonferencję z leczeniem w formie tradycyjnej „twarzą w twarz”. Badanie przeprowadzono w grupie hiszpańskojęzycznych depresyjnych pacjentów w USA. Leczenie telemedyczne było prowadzone poprzez internet za pomocą programu Webcam, natomiast leczenie w formie tradycyjnej w poradniach. W badaniu wzięło udział 167 pacjentów. Pacjenci leczeni poprzez wideokonferencję raz w miesiącu kontaktowali się z psychiatrą, natomiast w drugiej grupie pacjenci umawiali się i spotykali z lekarzem psychiatrą w poradni. W obu grupach leczenie trwało po 6 miesięcy. Stan psychiczny, funkcjonowanie i jakość życia były oceniane na początku, po 3 i po 6 miesiącach leczenia. Poprawa wystąpiła w obu grupach pacjentów, jednak we wszystkich ocenianych parametrach szybsze rezultaty uzyskano w grupie leczonej telemedycznie — tam też więcej osób używało leków przeciwdepresyjnych. Co ciekawe — również w grupie leczonej telemedycznie więcej osób deklarowałoby chęć płacenia za takie leczenie niż w grupie leczonej tradycyjnie. Wynik badania wykazał, że leczenie telepsychiatryczne poprzez komercyjny system wideokonferencyjny jest skuteczną formą leczenia depresji.

Preschl i wsp. [12] badali sojusz terapeutyczny, czyli współpracę pacjentów w czasie terapii poznawczo-behawioralnej wykonywanej telemedycznie. Badaniem objęto 25 osób z depresją leczonych CBT przez internet i 28 osób leczonych „twarzą w twarz”. W obu grupach wykonano przez 8 tygodni ten sam protokół CBT. Depresję oceniano skalą Becka, a współpracę w leczeniu inwentarzem sojuszu terapeutycznego. Ocen dokonywano na początku leczenia, w jego trakcie oraz po zakończeniu. Ocena współpracy w leczeniu w obu grupach nie różniła się. Jakość współpracy w obu grupach korelowała z wynikami leczenia, nie była jednak istotnym predyktorem skuteczności CBT. W badaniu tym dowiedziono więc, że w przeciwieństwie do spodziewanych rezultatów współpraca w leczeniu telemedycznym okazała się taka sama jak w leczeniu w kontakcie bezpośrednim „twarzą w twarz”.

Telemedycyna w nieco starszym wydaniu to leczenie przy użyciu telefonu. W 2015 roku Fann i wsp. [13] opublikowali wyniki swojego badania, które miało na celu ocenę skuteczności leczenia psychoterapeutycznego depresji u osób, które przeszły uraz głowy [13]. Badaniem objęto 100 chorych cierpiących na depresję, którzy w okresie poprzedzających 10 lat przeszli uraz głowy o różnym nasileniu. U 40 osób wykonywano CBT przez telefon, a u 18 — „twarzą w twarz”. Wyniki porównywano z efektami tradycyjnego leczenia w grupie 42 osób w poradni zdrowia psychicznego bez psychoterapii. Badanie miało charakter randomizowany, sesje prowadzone były raz w tygodniu przez okres 4 miesięcy w grupie pacjentów z całych Stanów Zjednoczonych. Nasilenie depresji oceniano przy użyciu 17-punktowej skali Hamiltona. Po 4 miesiącach leczenia poprawa w grupach leczonych farmakologicznie + CBT była porównywalna ze standardowym leczeniem bez psychoterapii. Jednak w obserwacji długoterminowej po zakończonym badaniu osoby, które przeszły CBT, miały mniej objawów depresyjnych i raportowały lepszą satysfakcję z efektów leczenia. Efekty CBT przez telefon i psychoterapii świadczonej w kontakcie bezpośrednim nie różniły się. Wynika stąd, że leczenie depresji u osób po urazie głowy może się odbywać w formie telemedycznej. Forma ta jest akceptowaną i skuteczną metodą leczenia depresji.

Depresja jest częstym powikłaniem chorób somatycznych, w tym kardiologicznych. O’Neil i wsp. [14] przeprowadzili ciekawe badanie, którego celem była ocena rocznych efektów leczenia w telemedycznym programie MOODCARE, dotyczącym zintegrowanego leczenia depresji i choroby niedokrwiennej serca. Wzięło w nim udział 121 pacjentów, rekrutowanych w sześciu szpitalach w Australii. Byli oni randomizowani do psychoterapii poznawczo-behawioralnej prowadzonej przez telefon

z programem zmniejszania ryzyka lub do normalnego, tradycyjnego leczenia bez interwencji telefonicznych. Oceniano objawy depresyjne i jakość życia związaną ze stanem zdrowia. Po 12 miesiącach w grupie MOODCARE nasilenie objawów depresyjnych było o 43% większe niż w grupie leczonej tradycyjnie. Z kolei jakość życia w grupie MOODCARE po roku była na lepszą o 15% w porównaniu z grupą bez leczenia telemedycznego. Różnice te były znamienne statystycznie. Wynika stąd, że u pacjentów z diagnozą depresji program MOODCARE okazał się skuteczny w poprawie objawów depresyjnych u pacjentów kardiologicznych. Wyniki wskazują, że telemedycyna może być skuteczna w takim wskazaniu. Depresja może być również powikłaniem choroby alkoholowej. Kalapatapu i wsp. porównywali skuteczność CBT w formie leczenia „twarzą w twarz” i leczenia telemedycznego w grupie osób cierpiących na depresję i nadużywających alkohol [15]. Badanie miało charakter randomizowany, w grupie 50 osób z depresją przez 18 tygodni prowadzono CBT przez telefon, a grupie 53 osób — w kontakcie bezpośrednim twarzą w twarz. Wyniki porównywano po zakończonym leczeniu, a następnie po 3 i 6 miesiącach od zakończenia leczenia. Wyniki leczenia depresji nie różniły się ani po zakończeniu leczenia, ani w okresie obserwacji po leczeniu. W obu grupach obserwowano porównywalną adherencję terapeutyczną i podobną poprawę nasilenia objawów depresji. Można więc stwierdzić, że klinicyści mogą traktować CBT w formie tradycyjnej oraz świadczonej telemedycznie jako ekwiwalentne formy leczenia psychoterapeutycznego depresji u osób z problemem alkoholowym.

Terapia poznawczo-behawioralna to również oddziaływania edukacyjne. Andersson i wsp. [16] przebadali efekty stosowania CBT w depresji poprzez samodzielną edukację w programie internetowym. Badanie miało charakter randomizowany. Porównywano w nim pacjentów leczących się w programie internetowym i uczestniczących w grupie dyskusyjnej z grupą mającą dostęp jedynie do grupy dyskusyjnej. Terapia poprzez internet w połączeniu z udziałem w grupie dyskusyjnej spowodowała większą poprawę objawów depresyjnych niż samo tylko uczestnictwo w grupie dyskusyjnej. Poprawa utrzymywała się nadal po 6 miesiącach od zakończenia badania. Wyniki te świadczą, że psychoedukacja poznawczo-behawioralna w programie internetowym z minimalnym udziałem terapeuty jest skuteczną formą leczenia uzupełniającego depresji.

#### **Zaburzenia odżywiania**

Przeprowadzono interesującą próbę leczenia bulimii poprzez wsparcie e-mailowe [17]. W badaniu wzięło udział 76 studentów. Pacjenci (w większości kobiety)

byli losowo przydzielani do grupy objętej trzymiesięcznym wsparciem poprzez pocztę elektroniczną lub do grupy oczekujących w kolejce na leczenie. Oceny stanu klinicznego dokonywano na początku leczenia, następnie po 3 i 6 miesiącach. Studenci, którym udzielono natychmiastowej opieki w formie e-mailowej CBT, mieli lepsze wskaźniki poprawy w porównaniu z grupą odniesienia we wszystkich punktach oceny. Rezultaty te utrzymywały się po zakończeniu terapii e-mailowej. Wynika stąd, że telemedycyna w formie wysyłanej poczty elektronicznej z interwencjami CBT jest skuteczną formą leczenia u studentów z bulimią i ma trwały efekt.

### Kontakt terapeutyczny przez internet?

Przedstawione dane mogą być jednak krytycznie oceniane w kilku kontekstach. Na przykład zjawiska finansjalizacji w psychiatrii [18, 19], obniżenia skuteczności CBT w kolejnych dekadach [20, 21], biologii kontaktu psychoterapeutycznego w kontekście zjawiska ucieleśnionej symulacji [22] oraz kwestii związanych z istotą kontaktu terapeutycznego.

Jabłoński i wsp. [18, 19] słusznie zwracają uwagę na zmianę podstawowego paradygmatu psychoterapii, z wymiaru unikalnego spotkania dwóch osób i kontekstu leczenia, na paradygmat kontraktu usługodawca–klient, efektywności, opłacalności, oszczędności i obniżania kosztów. Chociaż bez wątplenia istnieją osoby, do których trudno byłoby dotrzeć z ofertą tradycyjnie prowadzonej psychoterapii [23], to jednak zasadniczą przesłanką wprowadzania skomputeryzowanych i opartych na protokołach technik jest dążenie do zmniejszenia kosztów uzyskania określonych efektów, a także zmniejszanie nasilenia symptomów określonych zaburzeń. Trudno tu nawet wskazać, że chodzi o maksymalizację efektów przy minimalizacji kosztów. Chodzi raczej o osiągnięcia pewnych wskaźników efektywności przy minimalizacji kosztów. W paradygmacie, w którym relacja terapeutyczna jest związkiem terapeuty i pacjenta, unikalnym i niepowtarzalnym spotkaniem — wartością jest właśnie ów bezpośredni kontakt dwóch unikatowych jednostek ludzkich. W tym systemie odniesień myślenie posługuje się takimi pojęciami, jak jednostkowość i unikalność, głęboka prawdziwość takiego kontaktu, szczerłość, zmiana zachodząca pod wpływem kontaktu zarówno w terapeutce, jak i w pacjencie [24]. Psychoterapia jest wtedy co prawda ograniczoną w czasie, ale głębokim w swej istocie kontaktem dwóch osób, z których jedna potrzebuje pomocy, a druga dysponuje pewnymi umiejętnościami, aby tą pomoc zapewnić. Pozostaje kontaktem dwóch jednostek ludzkich, jednym z możliwie najgłębszych. W takim paradygmacie leczący przygotowuje się dogłębnie do procesu leczenia — albo

poprzez nabywanie, poszerzanie, wzbogacanie wiedzy i umiejętności, albo przez takie kształtowanie swojej własnej osobowości (terapię szkoleniową) i technicznych możliwości, aby mogły one dobrze służyć innym. Pierwotnie kształtuje siebie, aby móc służyć innym potrzebującym. Taki system wartości jest nieefektywny z punktu widzenia ekonomii przewartościowującej zastosowanie protokołów ponad wysoką jakość relacji. Nabywanie tak dużej wiedzy przez terapeutę, by następnie wykorzystywać tylko jej część z punktu widzenia finansowego może być spostrzegane jako całkiem zbędne. W nowym paradygmacie brak bezpośredniego, realnego, zindywidualizowanego szczerzego kontaktu, który uniemożliwiałby nazwanie go terapią w paradygmacie tradycyjnym, jest zaletą, ponieważ z punktu widzenia finansowego staje się efektywniejszy ekonomicznie.

W opisywanych badaniach tego rodzaju terapia ma być równie skuteczna, jak ta zapewniana w kontakcie osobistym pacjenta z terapeutą. Cechą charakterystyczną wielu współczesnych szkół terapeutycznych, odwołujących się zresztą do różnych podstaw teoretycznych, jest tworzenie szczegółowych algorytmów interwencji terapeutycznych mających w swoim zamierzeniu skrócić i uprościć proces treningu. Jednak rezultaty, do jakich może to prowadzić, opisują autorzy metaanalizy wskazującej na obniżanie się skuteczności CBT w ostatnich dekadach. Przeszukali oni bazy danych PsycINFO, APA PsycNET, Embase i Ovid Medline i uzyskali wynik w postaci 29 051 tytułów prac, spośród których wybrali 70 badań z lat 1977–2014, w tym 17 randomizowanych badań klinicznych i 53 badania porównujące grupy leczoną z grupą odniesienia. W większości badań do oceny depresji stosowano *Beck Depression Inventory* (BDI), w niektórych *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRDS).

Uzyskane wyniki wskazywały, że efekty leczenia CBT mają trend zmniejszający się w czasie zarówno w ocenie BDI, jak i HRDS. Współcześnie przeprowadzane badania kliniczne efektywności leczenia CBT dają gorsze rezultaty niż sprzed kilku dekad. Trend ten był widoczny niezależnie od branych pod uwagę badań (randomizowane lub inne) czy liczebności grup. Wyniki te nie mogą być tłumaczone generalnym obniżeniem podatności pacjentów z depresją na uzyskanie poprawy w trakcie tego rodzaju terapii, jako że chorzy na depresję niepoddani leczeniu, będący na liście oczekujących, poprawiali się w tym samym stopniu niezależnie od roku badania. Wyniki nie były też uzasadniane przez niższe wartości oceny nasilenia depresji w bardziej współczesnych badaniach. Efekty CBT obniżały się równo i stabilnie od czasu wprowadzenia tej metody leczenia, zarówno w pomiarach opartych na samoocenie pacjentów, jak i w tych biorących pod uwagę ocenę przez terapeutów. Kobiety



odnosiły większą korzyść z terapii CBT niż mężczyźni, bardziej doświadczeni psycholodzy uzyskiwali lepsze rezultaty niż osoby w trakcie szkolenia. Współcześnie przeprowadzane badania kliniczne CBT w sposób istotny przynosiły mniej pozytywne rezultaty w postaci zmniejszenia nasilenia objawów depresji, niż wyjściowe dla tej metody terapii, dawne badania. Autorzy wskazują między innymi poniższe czynniki.

1. Jest możliwe, że pozornie łatwe cele leczenia formułowane przez CBT (zmiana nieadaptacyjnych treści poznawczych) sprawiła, że metoda ta stała się szczególnie atrakcyjna i wywołała błędne wrażenie, że jej umiejętności są łatwe do wyuczenia. Nie jest to jednak prawda, ponieważ jako metoda psychoterapii wymaga właściwego wyszkolenia psychoterapeutów, odpowiedniego treningu i kompetentnej superwizji.
2. Jest możliwe, że stopień doświadczenia lub kompetencje terapeutyczne mogą wpływać na wyniki leczenia w sposób zróżnicowany, w zależności od tego, czy terapeuta trzyma się podręcznika (manualu) prowadzenia CBT czy też nie. Inne podejście do trzymania się wytycznych prowadzenia terapii mogli mieć badacze z początków CBT, opracowujący jej zasady, inne obecnie osoby mniej doświadczone, za to ściśle trzymające się manuali.

Te dwa przykładowe ujęcia pozwalają na spojrzenie na przedstawione wyżej wyniki badań skuteczności CBT opartej na teledycynie w szerszym kontekście. Po pierwsze, przynajmniej w niektórych przypadkach stanowią one zasadniczą zmianę paradygmatu, w stosunku do tradycyjnego systemu pojęciowego psychoterapii. Po drugie, nie ma jasności, czy oddziaływanie biologiczne tego rodzaju psychoterapii jest analogiczne do prowadzonej w bezpośrednim kontakcie. Współczesne badania nad psychoterapią odnoszą się także do kontekstu neuronów lustrzanych i ucieleśnionej symulacji [22]. Pozostaje zagad-

nieniem wymagającym dalszych badań, czy zjawiska te zachodzą w sposób odmienny, czy taki sam, w kontakcie bezpośrednim i w kontakcie opartym na teledycynie. Oba te zastrzeżenia uwzględniają wymiar kontaktu terapeutycznego. Natomiast wymiar efektywności jest podniesiony w celach tej pracy, sformułowanych jako próba odpowiedzi na pytanie czy skuteczność CBT świadczonej teledycynie może być porównywalna z terapią prowadzoną tradycyjnie. Jeśli bowiem skuteczność ta zostaje skalkulowana na podstawie już wcześniej obniżonych kryteriów, wskazanie takiej równoważności może być możliwe, choć problematyczne z innych względów. Na koniec nie powinno umknąć uwadze, że przedstawione wyniki badań dotyczą przede wszystkim stanów, takich jak obniżenie nastroju i lęk, natomiast nie odnoszą się do modyfikacji bardziej podstawowych cech osób poddawanych tego rodzaju terapii.

### **Wnioski**

Prezentowane badania stanowią przekonujący dowód na możliwość stosowania psychoterapii poznawczo-behawioralnej w formie teledycyjnej, na odległość. Nowoczesna teledycyna to głównie leczenie z wykorzystaniem wideokonferencji. Zarówno pacjent, jak i psychoterapeuta widzą się wyraźnie w czasie sesji, obserwują swoją mimikę w czasie rzeczywistym i jak pokazują przedstawione badania, mają poczucie rzeczywistego kontaktu terapeutycznego, w czasie którego tworzy się żywa relacja terapeutyczna, a leczenie jest skuteczne tak samo, jak psychoterapia prowadzona „twarzą w twarz”. Należy jednak zdawać sobie sprawę, że teledycyjna CBT nie jest nową i bardziej skuteczną formą CBT — to ta sama psychoterapia, ale świadczona za pomocą wideokonferencji on-line. Teledycyjna psychoterapia nie rozwiąże problemów psychoterapii, przed którymi staje obecnie każda z jej szkół.

### **Streszczenie**

*Telepsychiatria jest nową dziedziną psychiatrii. Ta metoda terapii daje nowe możliwości zarówno lekarzowi, jak i pacjentowi, włączając w to system wideokonferencyjny, wideoedukację, kontrolę zażywania leków i różne formy treningów. Skuteczność terapeutyczna teledycyny została potwierdzona w psychiatrii. Interesującą kwestią jest, czy teledycyna może być użyteczna dla psychoterapii.*

*Autorzy dokonali przeglądu prac badawczych, dotyczących zastosowania teledycyny w terapii poznawczo-behawioralnej (CBT). Ta szkoła psychoterapii dysponuje bardzo dobrymi dowodami skuteczności w wielu schorzeniach psychiatrycznych. Pozostawało pytanie, czy może być skuteczna, kiedy jest świadczona sposobem teledycyjnym.*

*Niniejsza analiza wskazała, że CBT jest tak samo skuteczna w formie teledycyjnej, jak i tradycyjnej. Na koniec przedyskutowano kwestię tego, czy teledycyjny kontakt z psychoterapeutą może zastąpić ten bezpośredni.*

**Psychiatria 2018; 15, 2: 110–116**

**Słowa kluczowe:** *teledycyna, telepsychiatria, psychoterapia, terapia poznawczo-behawioralna*

## Piśmiennictwo

1. O'Reilly R, Bishop J, Maddox K, et al. Is telepsychiatry equivalent to face-to-face psychiatry? Results from a randomized controlled equivalence trial. *Psychiatr Serv.* 2007; 58(6): 836–843, doi: [10.1176/ps.2007.58.6.836](https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.6.836), indexed in Pubmed: [17535945](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17535945/).
2. Chong J, Moreno F. Feasibility and acceptability of clinic-based telepsychiatry for low-income Hispanic primary care patients. *Telemed J E Health.* 2012; 18(4): 297–304, doi: [10.1089/tmj.2011.0126](https://doi.org/10.1089/tmj.2011.0126), indexed in Pubmed: [22424078](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22424078/).
3. Ruskin PE, Silver-Aylaian M, Kling MA, et al. Treatment outcomes in depression: comparison of remote treatment through telepsychiatry to in-person treatment. *Am J Psychiatry.* 2004; 161(8): 1471–1476, doi: [10.1176/appi.ajp.161.8.1471](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.8.1471), indexed in Pubmed: [15285975](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15285975/).
4. Krzystanek M, Krysta K, Skalaćka K, et al. Long term telemedicine study of compliance in paranoid schizophrenia. *Psychiatr Danub.* 2015; 27 Suppl 1(2): S266–S268, indexed in Pubmed: [26417777](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26417777/).
5. Choi NG, Marti CN, Bruce ML, et al. Passive coping response to depressive symptoms among low-income homebound older adults: does it affect depression severity and treatment outcome? *Behav Res Ther.* 2012; 50(11): 668–674, doi: [10.1016/j.brat.2012.07.003](https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.07.003), indexed in Pubmed: [22982081](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22982081/).
6. Clarke J, Proudfoot J, Birch MR, et al. Effects of mental health self-efficacy on outcomes of a mobile phone and web intervention for mild-to-moderate depression, anxiety and stress: secondary analysis of a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2014; 14: 272, doi: [10.1186/s12888-014-0272-1](https://doi.org/10.1186/s12888-014-0272-1), indexed in Pubmed: [25252853](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25252853/).
7. Brenes GA, Danhauer SC, Lyles MF, et al. Telephone-Delivered Cognitive Behavioral Therapy and Telephone-Delivered Nondirective Supportive Therapy for Rural Older Adults With Generalized Anxiety Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry.* 2015; 72(10): 1012–1020, doi: [10.1001/jamapsychiatry.2015.1154](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1154), indexed in Pubmed: [26244854](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26244854/).
8. Fortney JC, Pyne JM, Kimbrell TA, et al. Telemedicine-based collaborative care for posttraumatic stress disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2015; 72(1): 58–67, doi: [10.1001/jamapsychiatry.2014.1575](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1575), indexed in Pubmed: [25409287](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25409287/).
9. Morland LA, Mackintosh MA, Greene CJ, et al. Cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder delivered to rural veterans via telemental health: a randomized noninferiority clinical trial. *J Clin Psychiatry.* 2014; 75(5): 470–476, doi: [10.4088/JCP.13m08842](https://doi.org/10.4088/JCP.13m08842), indexed in Pubmed: [24922484](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24922484/).
10. Wims E, Titov N, Andrews G, et al. Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for panic: A randomized controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry.* 2010; 44(7): 599–607, doi: [10.3109/00048671003614171](https://doi.org/10.3109/00048671003614171), indexed in Pubmed: [20560847](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20560847/).
11. Chavira DA, Drahota A, Garland AF, et al. Feasibility of two modes of treatment delivery for child anxiety in primary care. *Behav Res Ther.* 2014; 60: 60–66, doi: [10.1016/j.brat.2014.06.010](https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.06.010), indexed in Pubmed: [25075802](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25075802/).
12. Preschl B, Maercker A, Wagner B. The working alliance in a randomized controlled trial comparing online with face-to-face cognitive-behavioral therapy for depression. *BMC Psychiatry.* 2011; 11: 189, doi: [10.1186/1471-244X-11-189](https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-189), indexed in Pubmed: [22145768](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22145768/).
13. Bombardier CH, Fann JR, Ludman EJ, et al. Telephone and in-person cognitive behavioral therapy for major depression after traumatic brain injury: a randomized controlled trial. *J Neurotrauma.* 2015; 32(1): 45–57, doi: [10.1089/neu.2014.3423](https://doi.org/10.1089/neu.2014.3423), indexed in Pubmed: [25072405](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25072405/).
14. O'Neil A, Taylor B, Hare DL, et al. MoodCare Investigator Team. Long-term efficacy of a tele-health intervention for acute coronary syndrome patients with depression: 12-month results of the MoodCare randomized controlled trial. *Eur J Prev Cardiol.* 2015; 22(9): 1111–1120, doi: [10.1177/2047487314547655](https://doi.org/10.1177/2047487314547655), indexed in Pubmed: [25159700](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25159700/).
15. Kalapatapu RK, Ho J, Cai X, et al. Cognitive-behavioral therapy in depressed primary care patients with co-occurring problematic alcohol use: effect of telephone-administered vs. face-to-face treatment—a secondary analysis. *J Psychoactive Drugs.* 2014; 46(2): 85–92, doi: [10.1080/02791072.2013.876521](https://doi.org/10.1080/02791072.2013.876521), indexed in Pubmed: [25052784](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25052784/).
16. Andersson G, Bergström J, Holländare F, et al. Internet-based self-help for depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2005; 187: 456–461, doi: [10.1192/bjp.187.5.456](https://doi.org/10.1192/bjp.187.5.456), indexed in Pubmed: [16260822](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16260822/).
17. Sánchez-Ortiz VC, House J, Munro C, et al. A randomized controlled trial of internet-based cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa or related disorders in a student population. *Psychol Med.* 2011; 41(2): 407–417, doi: [10.1017/S0033291710000711](https://doi.org/10.1017/S0033291710000711), indexed in Pubmed: [20406523](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20406523/).
18. Jabłoński MJ, Pilecki MW, Murawiec S, Bielas J., Rachel W., Jach R. : Nowe zagrożenia dla psychoterapii w Polsce po transformacji ustrojowej lat 80. XX wieku *Psychiatria.* 2014; 11: 81–86.
19. Jabłoński M, Murawiec S, Bielas J, et al. Financialization may affect the therapeutic relationship in psychotherapy. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna.* 2015; 15(1): 13–18.
20. Johnsen TJ, Friborg O. The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: A meta-analysis. *Psychol Bull.* 2015; 141(4): 747–768, doi: [10.1037/bul0000015](https://doi.org/10.1037/bul0000015), indexed in Pubmed: [25961373](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25961373/).
21. Murawiec S. Kontrowersje wokół CBT w depresji. *Psychiatria po Dyplomie.* 2016; 13(3): 30–34.
22. Gallese V. Mirror Neurons, Embodied Simulation, and the Neural Basis of Social Identification. *Psychoanalytic Dialogues.* 2009; 19(5): 519–536, doi: [10.1080/10481880903231910](https://doi.org/10.1080/10481880903231910).
23. Rennick-Egglestone S, Knowles S, Toms G, et al. Health Technologies 'In the Wild'. Proceedings of the 2016 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems — CHI '16. 2016, doi: [10.1145/2858036.2858128](https://doi.org/10.1145/2858036.2858128).
24. Namysłowska I. Kontakt terapeutyczny z osobą chorą na schizofrenię. *Postępy Psychiatrii i Neurologii.* 2006; 15: 137–141.