Krótka charakterystyka psychoterapii poznawczo - behawioralnej

Autor: Aneta Suwaj

Psychoterapia poznawczo-behawioralna (CBT- cognitive behavioral therapy) jest formą terapii krótkoterminowej opartej na wielu współczesnych teoriach naukowych, a jej skuteczność poparta jest licznymi badaniami naukowymi. Terapia poznawczo-behawioralna może być prowadzona w formie terapii indywidualnej, grupowej oraz terapii małżeńskiej.

Krótka charakterystyka wybranych założeń terapii poznawczo-behawioralnej

W tym nurcie terapii pracuje się na trzech poziomach poznawczych. Należą do nich myśli automatyczne, założenia leżące u ich podstaw oraz schematy (przekonania kluczowe). **Myśli automatyczne** mają charakter spontaniczny i niezaplanowany. **Założenia** leżące u ich podstaw to przekonania kierujące naszym życiem lub bardziej ogólne zasady. Mogą one występować w formie stwierdzenia o powinności („muszę zawsze mieć porządek") oraz stwierdzeń warunkowych („jeśli będę więcej pracować, inni mnie docenią"). Nasze oczekiwania i zachowania zwykle są zgodne i zdeterminowane przez założenia. **Schematy** opisują nasze kluczowe przekonania o sobie, innych oraz o otaczającym nas świecie („jestem słaby", „ludzie są niewdzięczni" „świat jest pełen niespodzianek"). Wyżej wymienione poziomy poznawcze są ze sobą powiązane. Schematy („jestem bezwartościowy") tworzą założenia („jeśli ludzie zobaczą jaki jestem naprawdę, nikt nie będzie chciał ze mną rozmawiać"). Schematy i założenia wpływają na nasze myśli automatyczne („to spotkanie będzie dla mnie porażką"). [1]

W terapii poznawczo-behawioralnej bardzo istotne jest również zrozumienie zależności między **myślami**, **emocjami**, **zachowaniem**, **reakcjami organizmu** i **otoczeniem**. Terapeuta w celu zrozumienia problemów analizuje pięć wyżej wymienionych sfer. Stanowią one całość i wzajemnie na siebie oddziaływają.[1]Posłużę się przykładem dla zobrazowania tej zależności. Mężczyzna spaceruje po lesie, nagle spostrzega dzika, w jego głowie mogą pojawić się myśli „Boże, on mnie zaraz zauważy, zaatakuje i zabije", która wywoła uczucie lęku. Stosownie do myśli i uczucia u mężczyzny wystąpi reakcja organizmu, prawdopodobnie pojawią się takie objawy jak przyśpieszony oddech, szybsze bicie serca,

czy drżenie nóg. Mężczyzna w tych okolicznościach prawdopodobnie wybierze jedno z dwóch zachowań, albo ucieknie, albo zostanie nieruchomo na miejscu. W wyżej opisanym przykładzie często użyto słowa prawdopodobnie ponieważ bardzo istotne jest to, jakie znaczenie mężczyzna nada zaistniałej sytuacji. „Emocjonalna reakcja na daną sytuacje zależy od tego, co pomyślisz o tej sytuacji". Jest to jedno z założeń terapii poznawczej. [2] Wracając do podanego wyżej przykładu, nie trudno sobie wyobrazić jak odmienne będą myśli, emocje, reakcja organizmu i zachowanie, jeśli tym mężczyzną będzie myśliwy.

W CBT stosuje się metody, które pozwalają dokonać zmian na każdym z wyżej wymienionych poziomów. Głównie jednak pracuje się z negatywnymi automatycznymi myślami, dysfunkcjonalnymi przekonaniami oraz nad zmianą zachowania. Zmiany wprowadzone w jednym z obszarów pociągają za sobą zmianę w pozostałych.

W tym podejściu psychoterapeutycznym ważną rolę odgrywają również zniekształcenia poznawcze, czyli błędy logiczne, które można zauważyć podczas analizy treści myśli, związanych z negatywnymi emocjami. Zniekształcenia te występują u wszystkich ludzi. U pacjentów mają one jednak większe nasilenie i trwałość, a niektóre z nich są charakterystyczne dla określonych zaburzeń psychicznych. Istnieje wiele zniekształceń poznawczych, należą do nich między innymi: wyolbrzymianie, etykietowanie, czytanie w myślach. Najczęściej spotkanym zniekształceniem jest uogólnianie, charakteryzujące się nadużywaniem słów „zawsze", „nigdy", „wszystko", np.: „Nigdy nic mi się nie udaje", „Zawsze już będzie źle". [3] Zniekształcenia mogą utrudniać, bądź uniemożliwiać podejmowanie decyzji, często też blokują nasze działanie.

Cechy terapii poznawczo-behawioralnej

1. *Terapia poznawcza opiera się na dynamicznie tworzonej konceptualizacji problemu.[4]*

   Terapeuta formułuje obraz problemu pacjenta na podstawie danych przez niego dostarczonych uzyskanych na pierwszej wizycie i uzupełnia go informacjami jakie uzyskuje w trakcie całej terapii.[4] Proces konceptualizacji polega na integracji wszystkich zebranych informacji, np.: danych z diagnozy, ale również pochodzących od rodziny. Terapeuta wraz z pacjentem tworzą model poznawczy problemów pacjenta. W modelu zwykle umieszcza się schematy pacjenta, typowe dla niego myśli,

emocje i zachowania. [3] Terapeuci dysponują różnymi modelami, które stosuje się odpowiednio do różnych zaburzeń. Konceptualizacja w terapii poznawczo-behawioralnej pozwala pacjentowi zrozumieć naturę problemu i uzasadnienie dla technik terapeutycznych, wzmaga motywację do leczenia, ułatwia stosowanie odpowiednich interwencji oraz pomaga terapeucie przewidzieć trudności w leczeniu.[5]

2. *Terapia poznawcza-behawioralna zorientowana jest na cel i koncentruje się na problemie.*

Podczas pierwszych spotkań identyfikowane są problemy pacjenta i ustalane są cele, które pacjent chce osiągnąć poprzez terapię. Sposoby realizacji celów oraz przeszkody, które pojawiają się w ich osiąganiu na bieżąco omawiane są podczas sesji.

3. *CBT skupia się na tym, co jest „tu i teraz".*

Interwencje terapii skupiają się głównie na teraźniejszości, na aktualnych problemach pacjenta.[6] Do przeszłości powraca się w celu poznania, jak wcześniejsze doświadczenia wpłynęły na jego przekonania, sposób postrzegania świata, innych ludzi i samego siebie. Do przeszłości sięga się również w sytuacji, kiedy pacjent ma taką potrzebę oraz kiedy nie ma satysfakcjonujących zmian poznawczych, behawioralnych bądź emocjonalnych, mimo wkładanego wysiłku w rozwiązywanie problemów. [4]

4. *Terapia ma ramy czasowe i określoną strukturę.*

Terapia poznawczo- behawioralna z reguły jest krótkotrwała i ma określone ramy czasowe. „Terapia większości pacjentów z niepowikłaną depresją lub u osób z zaburzeniami lękowymi trwa od czterech do czternastu wizyt". [4] Ilość sesji uzależniona jest od rodzaju zaburzenia, ilości i nasilenia problemów. Na początku terapii spotkania zwykle odbywają się co tydzień, na dalszym etapie mogą odbywać się co dwa tygodnie. Sesja zwykle trwa 50 minut, choć może trwać dłużej na przykład protokół leczenia osób z Zespołem Stresu Pourazowego metodą przedłużonej ekspozycji przewiduje 90-minutowe sesje. [3]

Terapia poznawcza ma określoną strukturę sesji. Terapeuta analizuje bieżący stan psychiczny pacjenta, prosi go o krótkie sprawozdanie z minionego tygodnia, ustala plan spotkania z uwzględnieniem głównego problemu, przegląda zadanie domowe, skupia się na problemie, ustala nowe zadanie domowe i podsumowuje sesję.[3],[4]

5. *Relacja terapeutyczna.*

„Najlepszymi terapeutami poznawczymi są osoby pełne ciepła, empatii i szczere w relacji z pacjentem."[1] Zgodnie z tradycyjnym poglądem behawioralnym psychoterapeuta powinien ustanowić pozytywną, zadawalającą i opartą na zaufaniu relację współpracy.[7] Współdziałanie pacjenta i terapeuty jest niezwykle istotne i wymaga zaangażowania obu stron, gdyż mają oni tworzyć zespół. Terapeuta jest ekspertem od mechanizmów powstania problemu, ogólnych strategii i modeli terapii, pacjent natomiast jest ekspertem w zakresie swoich problemów i tylko on może opisać własne myśli i nastroje.[1], [3]

6. *Psychoedukacja.*

Ważnym elementem terapii poznawczo-behawioralnej jest edukacja. Terapeuta wyjaśnia pacjentowi naturę jego zaburzenia, wpływ czynników, dostarcza wiedzy dotyczącej typowych objawów. Omawia także, w kontekście problemów pacjenta, zależności między myślami, emocjami, odczuciami z ciała i zachowaniem oraz rolę zniekształceń i schematów poznawczych w nasileniu problemów.[3] Pacjent jest również edukowany w zakresie wszystkich technik, które stosowane są w trakcie terapii. Wiedza i umiejętności, które pacjent zdobędzie w ramach terapii skutecznie zapobiegają nawrotom.

7. *Techniki terapeutyczne.*

W terapii poznawczo-behawioralnej stosuje się bardzo wiele technik poznawczych i behawioralnych, których celem jest zmiana wzorców myślenia, emocji oraz zachowania. Na potrzeby artykułu wybrano i krótko scharakteryzowano tylko kilka z nich w celu zobrazowania omawianego podejścia terapeutycznego.

Do technik poznawczych zalicza się:

- ✓ Dialog sokratejski, który jest techniką stosowaną w celu diagnozy treści poznawczych, błędów w myśleniu; zapoznania pacjenta z zależnościami między myślami, emocjami i zachowaniami oraz tworzenia alternatywnych myśli i przekonań. Według Padesky i Greenberger (2004) dialog sokratejski zawiera:
    - Pytania, które prowadzą do uzyskania informacji
    - Empatyczne słuchanie
    - Liczne podsumowania
    - Pytania o syntezę i odniesienie wniosków do sytuacji pacjenta

  Dialog prowadzony jest w taki sposób, aby pacjent samodzielnie wyciągnął wnioski. Terapeuta nie wyraża swoich opinii, nie daje pacjentowi sugestii i nie udziela rad.

- ✓ Zapis myśli [8] znany również jako Zapis nieprzystosowanych (dysfunkcjonalnych) myśli [4] ma postać tabeli, która służy do identyfikowania i rejestracji sytuacji, myśli, emocji pacjenta i pomaga w przeformułowywaniu negatywnych myśli oraz w zmianie nastroju. Pacjent w trudnych sytuacjach dokonuje zapisu okoliczności, identyfikuje negatywne automatyczne myśli, zapisuje poziom uczucia, które pojawia się w tej sytuacji. W kolejnym etapie wyszukując dowody za i przeciw negatywnym myślom weryfikuje je i tworzy dla nich myśli alternatywne.

- ✓ Skalowanie jest techniką stosowaną w różnych formach (opisowych, liczbowych, wykresów) na każdym etapie terapii. Pacjent ocenia nasilenie problemów, intensywność przeżywanych emocji, poziom wiary w myśli i przekonania.

  Może ona również służyć do pracy nad kwestionowaniem słuszności myśli, czy przekonań. Przykładem może być technika podzielonego tortu. Pacjent dzieli wykres na części różnej wielkości, które mają reprezentować czynniki odpowiedzialne za problem. Tworzy listę wszystkich potencjalnych przyczyn problemu i następnie umieszcza je w poszczególnych częściach wykresu. Na koniec wybiera wycinek, który ma przedstawiać jego odpowiedzialność za zdarzenie. [9] Dzięki takiej pracy pacjent może przeformułować swoje przekonanie dotyczące na przykład nadmiernej odpowiedzialności za negatywne wydarzenie.

  Technika skalowania wykorzystywana jest także w celu monitorowania zmian zachodzących w podczas terapii i pomiaru jej rezultatów. Przykładem techniki stosowanej do pomiaru postępów w terapii może być Test Depresji Burnsa. [10]

Charakterystycznymi technikami są również: odgrywanie ról, technika bezpośredniego sporu, czy techniki rozproszenia bądź przemieszczenie uwagi.[3]

Do technik behawioralnych zaliczamy między innymi:

- ✓ Planowanie czynności i monitorowanie związanych z aktywnością emocji. Technika ta pozwala na rozwój umiejętności samoobserwacji, weryfikację automatycznych negatywnych myśli, pracę nad poczuciem umiejscowienia kontroli oraz rozwój umiejętności zarządzania czasem.[3] Pacjent zapisuje czynności wykonywane w ciągu dnia, bądź kliku dni oraz nastroje związane z ich wykonywaniem. Następnie zapisy analizowane są wspólnie z terapeutą. Dzięki tej technice pacjent może między innymi zweryfikować swoje negatywne myśli i dysfunkcjonalne przekonania, może zauważyć błędy w organizowaniu czasu, zaobserwować związek między wykonywanymi czynnościami, a nastrojem. Zgodnie z uzyskaną wiedzą planuje się kolejne zadania dla pacjenta mające na celu wprowadzenie zmiany.

- ✓ Eksperymenty behawioralne zgodnie z definicją podaną przez autorów „Oksfordzkiego Podręcznika Eksperymentów Behawioralnych w Terapii Poznawczej" [11] „są planowanymi, bazującymi na doświadczeniu działaniami, opartymi na eksperymentowaniu lub obserwacji, które są podejmowane przez pacjentów w trakcie lub między sesjami terapii poznawczej. Ich projekt pochodzi bezpośrednio z poznawczego sformułowania problemu, a ich podstawowym celem jest uzyskanie nowych informacji, które mogą pomóc w:
  - sprawdzeniu prawdziwości istniejących przekonań pacjentów o nich samych, innych i świecie
  - budowaniu i/lub sprawdzaniu nowych, bardziej dostosowanych przekonań
  - rozwoju i weryfikacji poznawczego sformułowania".

  Eksperymenty mogą być też wykorzystywane do testowania nowych zachowań. Terapeuta z pacjentem wspólnie przygotowują eksperyment, ustalając między innymi jego cel, przebieg, przewidując możliwe trudności wraz z ustaleniem planu radzenia sobie z nimi. Po przeprowadzeniu działania, wspólnie omawiane są jego rezultaty, oraz wyciągane wnioski.

- ✓ Techniki ekspozycji, których celem jest zredukowanie poziomu odczuwania lęku, ograniczenie unikania lęku oraz przeformułowanie dysfunkcjonalnych przekonań dotyczących tej emocji.[3] Podczas ekspozycji pacjent w bezpiecznych warunkach jest wystawiony na działanie bodźca wywołującego lęk. Konfrontacja może mieć miejsce w realnych sytuacjach (ekspozycja In vivo), bądź też w wyobraźni pacjenta (ekspozycja wyobrażeniowa) i najczęściej stopniuje się intensywność bodźców od najsłabszego do najsilniejszego. Dzięki tej technice pacjent może przyjrzeć się swojej reakcji na lęk, oswoić się z nim oraz zmienić przekonania dotyczące postrzegania lęku.

Warto również wspomnieć o modelowaniu, czyli uczeniu się zachowań przez obserwację oraz o technikach relaksacji.

Jak przebiega terapia poznawczo-behawioralna?

Agnieszka Popiel i Ewa Pragłowska w „Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej teoria i praktyka" (2008r.) przedstawiły następująco ramowy plan postępowania w terapii:

Etap I

1. Diagnoza kliniczna. Ocena kliniczna problemu, badanie stanu psychicznego pacjenta.
2. Konceptualizacja problemu.
3. Określenie celów terapii.

Etap II

1. Określenie czasu poświęconego realizacji każdego z celów.
2. Zaplanowanie technik pracy nad realizacją każdego z celów.
3. Interwencje nastawione na realizację celów- zmniejszenie intensywności lub wyeliminowanie problemów kluczowych.
4. Ocena skuteczności zastosowanych technik pracy terapeutycznej.

Etap III

1. Zapobieganie nawrotom.
2. Ocena skuteczności terapii.

3. Zakończenie terapii.”

W pierwszym etapie terapii identyfikowane są problemy pacjenta, tworzona jest konceptualizacja problemu, czy zwane inaczej sformułowanie przypadku, czyli budowany jest model zaburzenia dla konkretnego pacjenta. Pacjent i terapeuta tworzą wspólne rozumienie problemu. Określa się wzorzec zależności myśli, uczuć i zachowania oraz jego wpływ na życie pacjenta. Następnie ustala się cele terapii. W drugim etapie przygotowywany jest plan interwencji terapeutycznej i realizowane są cele terapii z wykorzystywaniem technik terapeutycznych poznawczych oraz behawioralnych. W trzecim etapie terapii utrwala się osiągnięcia pacjenta, prowadzi się działania, które mają na celu zapobieganie nawrotom.

„Atrakcyjność psychoterapii poznawczo-behawioralnej (cognitive-behavioral therapy – CBP) w dużym stopniu wynika z jej intuicyjnej prostoty, z odwołania się do empirycznych metod weryfikacji skutków leczenia oraz z jej użyteczności klinicznej” [12]

Bibliografia:

[1] Padesky C., Greenberger D., (2004). *Umysł ponad nastrojem. Podręcznik dla terapeuty*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

[2] McQuaid J. R., Carmona P. E., (2008) *Spokój umysłu. Terapia poznawczo-behawioralna i uważności w walce z depresją.* Gdańsk: Wydawnictwo AnWero.

[3] Popiel A., Pragłowska E., (2008) *Psychoterapia Poznawczo-Behawioralna teoria i praktyka*. Warszawa: PARADYGMAT.

[4] Beck J. S., (2005) *Terapia poznawcza*. *Podstawy i zagadnienia szczegółowe*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

[5] Needleman L. D., (1999) Cognitive case conceptualization. A guidebook for practitioners. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publisher.

[6] Stallard P., (2006) *Czujesz tak jak myślisz. Praktyczne zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej w pracy z dziećmi i młodzieżą*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.

[7] Persons J. B., (2007) *Terapia poznawcza w praktyce. Podejście oparte na sformułowaniu przypadku.* Gdynia: Alliance Press.

[8] Padesky C., Greenberger D., (2004). *Umysł ponad nastrojem. Podręcznik dla pacjenta*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

[9] Leahy R. L., (2008) *Techniki terapii poznawczej. Podręcznik praktyka.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

[10] Burns D. D., (2005, 2010) *Radość życia, czyli jak zwyciężyć depresję. Terapia zaburzeń nastroju.* Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.

[11]Bennett- Levy J., Butler G., Fennell M., Hackmann A., Mueller M., Westbrook D., (red.) (2004) *Oksfordzki Podręcznik Eksperymentów Behawioralnych w Terapii Poznawczej*. Gdynia: Alliance Press.

[12]Reinecke M. A., Clark D. A., (red.) (2005) *Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.