

Jakub Miazgowski¹, Marta Tuskiewicz¹, Tomasz Miazgowski²

Skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w zakresie uzyskiwania remisji i redukcji częstości nawrotów w zaburzeniach lękowych

Effectiveness of cognitive behavioural therapy in achieving remission and reducing the rate of relapses in anxiety disorders

¹ Centrum Zdrowia Psychicznego „Staromłyńska”, Szczecin, Polska

² Zakład Propedeutyki Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego, Pomorski Uniwersytet Medyczny, Szczecin, Polska

Adres do korespondencji: Tomasz Miazgowski, Zakład Propedeutyki Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego, Pomorski Uniwersytet Medyczny, ul. Unii Lubelskiej 1, 71-252 Szczecin, tel.: +48 91 425 35 50, faks: +48 91 425 35 52, e-mail: miazgowski@interia.pl

Streszczenie

Zaburzenia lękowe to niejednorodna grupa zaburzeń psychicznych charakteryzujących się odczuwaniem niekontrolowanego lęku o znacznym nasileniu. Zgodnie z aktualnymi wytycznymi leczenie pierwszego rzutu obejmuje terapię poznawczo-behawioralną i farmakoterapię. Celem prezentowanej pracy, przygotowanej na podstawie najnowszych badań obserwacyjnych i przeglądów systematycznych z metaanalizą opublikowanych w latach 2020–2021, była ocena skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej w zaburzeniach lękowych w zakresie redukcji objawów oraz częstości występowania remisji i nawrotów. Omówiono również trudności metodologiczne dotyczące ustalenia jednolitych kryteriów diagnostycznych remisji i nawrotu w zaburzeniach lękowych. **Wnioski:** 1) Najnowsze przeglądy systematyczne potwierdzają krótkoterminową skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w redukowaniu nasilenia objawów w zaburzeniach lękowych, szczególnie w zespole stresu pourazowego i zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych. 2) Wyniki metaanaliz wskazują, że częstość remisji w zaburzeniach lękowych leczonych terapią poznawczo-behawioralną wynosi 13–53% (najwyższa jest w zespole stresu pourazowego, najniższa – w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych), a częstość nawrotów to 4–24% (najwyższa w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych, najniższa w fobiach społecznych), w zależności od rodzaju zaburzenia lękowego, czasu od zakończenia terapii, objawów rezydualnych oraz kryteriów użytych do rozpoznania remisji i nawrotu. 3) Po zakończeniu terapii poznawczo-behawioralnej sugeruje się leczenie podtrzymujące w formie okresowych sesji tradycyjnych lub wideokonferencji. Znaczenie innych, niesynchronizowanych form terapii zdalnej (prowadzonej za pomocą internetu, biblioterapii czy aplikacji mobilnych) wymaga potwierdzenia w dalszych badaniach.

Słowa kluczowe: terapia poznawczo-behawioralna, zaburzenia lękowe, remisja, skuteczność terapii

Abstract

Anxiety disorders are a heterogeneous group of mental disorders characterised by a significant and uncontrolled feeling of anxiety. According to the current guidelines, the first-line treatments for these disorders include cognitive behavioural therapy and pharmacotherapy. The aim of the present study, prepared on the basis of the latest observational studies and systematic reviews with meta-analysis published in the years 2020–2021, was to assess the effectiveness of cognitive behavioural therapy in patients with anxiety disorders in terms of improving symptoms and reducing the frequency of remissions and relapses. Methodological difficulties in establishing uniform diagnostic criteria for remission and relapse in anxiety disorders were also discussed. **Conclusions:** 1) The latest systematic reviews confirm the short-term effectiveness of cognitive behavioural therapy in reducing the severity of symptoms in anxiety disorders, especially in post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder. 2) The results from meta-analyses indicate that the remission rate in anxiety disorders treated with cognitive behavioural therapy is 13–53% (the highest in post-traumatic stress disorder, and the lowest in obsessive-compulsive disorder), and the relapse rate is 4–24% (the highest in obsessive-compulsive disorder, the lowest in social phobias), depending on the type of anxiety disorder, time since treatment completion, residual symptoms, and criteria used to diagnose remission and relapse. 3) After the completion of cognitive behavioural therapy, supportive treatments in the form of periodic traditional sessions or videoconferences are suggested, while the role of other, unsynchronised forms of remote therapy (via the Internet, bibliotherapy or mobile applications) needs to be confirmed in further research.

Keywords: cognitive behavioural therapy, anxiety disorders, remission, effectiveness of therapy

WSTĘP

Zaburzenia lękowe to szeroka pod względem nozologicznym grupa stanów chorobowych, w których dominuje lęk. Stan lęku wiąże się z występowaniem szeregu objawów psychicznych (głównie w sferze emocjonalnej i poznawczej), behawioralnych oraz wegetatywno-somatycznych. Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (International Classification of Diseases – ICD-10, kategorie F40–F45) zaburzenia lękowe obejmują: 1) fobie, w tym agorafobię, fobię społeczną (*social anxiety disorder*, SAD), specyficzne i inne zaburzenia lękowe w postaci fobii; 2) inne zaburzenia lękowe, takie jak lęk paniczny, zaburzenia lękowe uogólnione (*generalised anxiety disorder*, GAD), depresyjne i lękowe mieszane oraz inne mieszane; 3) zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (*obsessive-compulsive disorder*, OCD); 4) reakcje na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne, w tym zaburzenia stresowe pourazowe; 5) zaburzenia dysocjacyjne; 6) zaburzenia manifestujące się objawami somatycznymi. Mogą one występować pojedynczo lub łączyć się ze sobą. ICD-11 rozszerza powyższy podział, wyodrębniając grupę wtórnych zaburzeń lękowych, których nie można etiologicznie sklasyfikować ani jako zaburzenia psychiczne, ani jako zaburzenia zachowania (Reed *et al.*, 2019). Wtórne zaburzenia lękowe mogą się ujawnić w różnych chorobach somatycznych: organicznych uszkodzeniach ośrodkowego układu nerwowego, porfirii, chorobie Cushinga, wypadaniu płatka zastawki dwudzielnej, nadczynności i niedoczynności tarczycy czy w przypadku występowania guza chromochłonnego nadnerczy (Henning *et al.*, 2020). Leczenie podstawowe zaburzeń lękowych obejmuje terapię farmakologiczną i psychoterapię.

Psychoterapia poznawczo-behawioralna (*cognitive behavioural therapy*, CBT) jest uznaną formą leczenia depresji (Bockting *et al.*, 2015) i innych zaburzeń nastroju, np. choroby dwubiegunowej i dystymii (Driessen i Hollon, 2010), zespołu stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder*, PTSD) (Sun *et al.*, 2021), uzależnień (Curry *et al.*, 2021) oraz zaburzeń psychotycznych (Nelson *et al.*, 2021) i zaburzeń osobowości (Peeters *et al.*, 2021). Znalazła również szerokie zastosowanie w terapii chorób psychosomatycznych i zaburzeń somatomorficznych: zaburzeń odżywiania (de Jong *et al.*, 2020), bólu przewlekłego (Hadley i Novitch, 2021), zaburzeń snu (Gencarelli *et al.*, 2021), szumów usznych (Aazh i Danesh, 2021) czy pęcherza neurogenego (Reisch *et al.*, 2021). Stosowana jest z powodzeniem także w zaburzeniach lękowych (van Dis *et al.*, 2020).

Celem prezentowanej pracy, przygotowanej na podstawie najnowszych (opublikowanych głównie w latach 2020–2021) badań obserwacyjnych i przeglądów systematycznych z metaanalizą dostępnych w bazach PubMed i Europe PMC, była ocena skuteczności CBT w zaburzeniach lękowych – w zakresie redukcji objawów oraz częstości remisji i nawrotów.

SKUTECZNOŚĆ CBT W REDUKCJI OBJAWÓW ZABURZEŃ LĘKOWYCH

Już we wcześniejszych badaniach obserwacyjnych udokumentowano skuteczność CBT w redukcji objawów zaburzeń

lękowych, zwłaszcza PTSD (Bisson *et al.*, 2013), GAD i lęku panicznego (Cuijpers *et al.*, 2016), SAD (Mayo-Wilson *et al.*, 2014) czy OCD (Öst *et al.*, 2015). Jednak wszystkie badania prowadzono albo bez grupy kontrolnej, albo w różnych warunkach kontroli – przykładowo do grupy kontrolnej kwalifikowano wyłącznie pacjentów z listy oczekujących (*waiting list*, WL) albo leczonych w standardowy sposób (*treatment as usual*, TAU). Taka metoda analizy porównawczej może być obciążona pewnym błędem systematycznym, ponieważ w przypadku WL nie da się kontrolować wpływu oczekiwań pacjenta na wyniki terapii, a w TAU często wykorzystuje się różne reżimy terapeutyczne, których w metaanalizie nie sposób dokładnie monitorować.

Skuteczność CBT w zaburzeniach lękowych potwierdzają także przeglądy systematyczne z metaanalizą randomizowanych badań klinicznych (*randomised clinical trials*, RCT). Carpenter i wsp. (2018) przeprowadzili metaanalizę 41 RCT, oceniając wpływ CBT na redukcję objawów specyficznych dla poszczególnych zaburzeń lękowych w grupie 2835 chorych (59% kobiet, 41% mężczyzn) w wieku $76,0 \pm 6,5$ roku. Grupę kontrolną stanowili pacjenci, u których stosowano jedynie poradnictwo wspomagające bez interwencji psychoterapeuty. Wykazano, że CBT w porównaniu z grupą kontrolną umiarkowanie, ale istotnie statystycznie redukuje objawy we wszystkich zaburzeniach lękowych łącznie ($g = 0,56$; 95-procentowy przedział ufności, *confidence interval*, 95% CI: 0,44–0,69), przy czym siła efektu była najmniejsza w PTSD, lęku panicznym i SAD.

W innym, niedawno opublikowanym przeglądzie systematycznym i metaanalizie oceniano efektywność CBT z zastosowaniem standardowych technik ekspozycji i powstrzymywania reakcji – ERP (*exposure and response prevention*) w leczeniu OCD (Reid *et al.*, 2021). Autorzy włączyli do analiz 2020 pacjentów, w tym 537 dzieci, z 36 badań RCT. Grupę badaną tworzyło 1005 osób leczonych CBT/ERP (8 badań), a 1015 osób zostało włączonych do grupy kontrolnej, która obejmowała pacjentów leczonych farmakologicznie (głównie leki z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny – *selective serotonin reuptake inhibitors*, SSRI, $k = 7$ badań), otrzymujących psychoedukację lub szkolenie z zakresu zarządzania stresem ($k = 10$) albo TAU ($k = 8$), chorych z WL ($k = 3$) oraz leczonych CBT w skojarzeniu z terapią odwracania i odtwarzania za pomocą ruchu gałek ocznych (*eye movement desensitisation and reprocessing*, EMDR, $k = 1$). Wykazano istotną przewagę CBT/ERP w redukcji objawów OCD względem całej grupy kontrolnej (łącznie 36 badań; $g = 0,74$, 95% CI: 0,51–0,97), a w szczególności względem psychoedukacji/szkolenia z zarządzania stresem ($g = 1,13$, 95% CI: 0,71–1,55; $k = 10$). W porównaniu z optymalną farmakoterapią ($g = 0,32$) lub innymi formami aktywnej terapii ($g = -0,05$) przewaga CBT/ERP nie była już tak wyraźna. Uzyskane wyniki potwierdzają skuteczność CBT/ERP, ale jednocześnie kwestionują ostatnie zalecenia National Institute for Health and Care Excellence (2005), uznające wyższość tej terapii nad innymi metodami leczenia OCD.

Drugorzędowym celem badania Reid i wsp. (2021) była ocena jakości RCT włączonych do metaanalizy i potencjalnego wpływu moderatorów na wyniki. Spośród 41 badań jedynie 8 (22%) spełniało kryteria wysokiej jakości RCT, w przypadku pozostałych najczęstsze zastrzeżenia dotyczyły procesu randomizacji. Z kolei w 28 badaniach skuteczność CBT mogła zostać zawyżona przez efekt lojalności badaczy wobec określonej modalności terapeutycznej (*researcher allegiance*, RA). Wśród wielu potencjalnych moderatorów terapii (wiek, płeć, czas trwania OCD, stopień nasilenia depresji, długość leczenia, liczba sesji CBT, doświadczenie terapeuty, leczenie współistniejące) jedynie wiek wpływał ujemnie na skuteczność CBT/ERP ($p = 0,006$).

W innej niedawnej metaanalizie 69 RCT oceniano wpływ CBT na redukcję objawów lękowych u ponad 4000 pacjentów w wieku 18–74 lat (van Dis *et al.*, 2020). Do analizy włączono 30 badań dotyczących PTSD, 14 – GAD, 13 – lęku panicznego, 7 – SAD, 3 – fobii i 2 – OCD. Grupę kontrolną stanowili pacjenci leczeni TAU ($k = 13$), relaksacją ($k = 24$), psychoedukacją ($k = 2$), tabletkami zawierającymi placebo ($k = 5$) i terapią wspierającą ($k = 14$) oraz wybrani z WL ($k = 12$). Wyniki analizowano bezpośrednio po zakończeniu leczenia ($k = 69$) oraz po 1–6 miesiącach ($k = 41$), 6–12 miesiącach ($k = 34$) i ponad 12 miesiącach ($k = 24$) od zakończenia leczenia. Wpływ CBT na redukcję nasilenia objawów bezpośrednio po leczeniu był najłagodniejszy w lęku panicznym ($g = 0,22$; 95% CI: 0,01–0,43), umiarkowany w GAD ($g = 0,39$; 95% CI: 0,12–0,66), SAD ($g = 0,38$; 95% CI: 0,19–0,57) i specyficznych fobiach ($g = 0,49$; 95% CI: 0,13–0,84), a najsilniejszy – w OCD ($g = 0,70$; 95% CI: 0,29–1,12) i PTSD ($g = 0,72$; 95% CI: 0,52–0,93). Po 1–6 miesiącach dalszej obserwacji redukcja objawów utrzymywała się w SAD ($g = 0,60$; 95% CI: 0,36–0,85), PTSD ($g = 0,67$; 95% CI: 0,46–0,88), fobiach specyficznych ($g = 0,72$; 95% CI: 0,01–1,44) i OCD ($g = 0,85$; 95% CI: 0,47–1,22), natomiast w lęku panicznym była na podobnym poziomie jak bezpośrednio po leczeniu, a w GAD – wyraźnie niższa. W dłuższej obserwacji (powyżej 12 miesięcy) korzystne efekty terapii utrzymywały się w GAD ($g = 0,22$; 95% CI: 0,02–0,42), SAD ($g = 0,42$; 95% CI: 0,04–0,79) i PTSD ($g = 0,84$; 95% CI: 0,03–1,64); dla pozostałych zaburzeń lękowych nie przeprowadzono analizy z uwagi na brak badań typu RCT. Oceniając uzyskane wyniki, należy wziąć pod uwagę fakt, że jedynie 17% RCT było odpowiedniej jakości, a w 65% badań obserwowano wyraźny wpływ RA. Ponadto nie analizowano przyczyn wypadnięcia z terapii ani nie opisywano cech pacjentów, u których CBT jest nie skuteczna.

SKUTECZNOŚĆ CBT W OSIĄGANIU REMISJI

W cytowanych wyżej metaanalizach Carpentera i wsp. (2018), Reid i wsp. (2021) oraz van Dis i wsp. (2020) skuteczność terapii odnoszono do redukcji natężenia wszystkich objawów lub ustąpienia objawu wiodącego w poszczególnych zaburzeniach lękowych. Jednak w ostatnich latach

coraz większe zainteresowanie badaczy budzi ocena skuteczności CBT definiowanej jako uzyskanie całkowitej lub częściowej remisji, osiągnięcie przez pacjenta stanu dobrego samopoczucia albo wystąpienie nawrotu choroby (Levy *et al.*, 2021). Nie jest to zupełnie nowa koncepcja – już 30 lat temu Jacobson i Truax (1991) argumentowali, że efektywność terapii powinno się oceniać za pomocą zmiany istotnej klinicznie, rozumianej jako punkt czasowy, w którym wyniki testów pacjenta nie mieszczą się w zakresie patologicznym, są prawidłowe albo znajdują się bliżej wartości prawidłowych niż patologicznych. Niepełna odpowiedź na leczenie odnosiłaby się do sytuacji, gdy po leczeniu pacjent wykazuje statystycznie istotną 50-procentową redukcję nasilenia dolegliwości. Pozytywną odpowiedź definiowałyby całkowite ustąpienie objawów lub stan dobrego samopoczucia (porównywalny ze stanem sprzed choroby), niezależnie od czasu trwania interwencji.

Zmiana istotna klinicznie to jeden z wielu sposobów definiowania remisji. Problemem jest tu brak precyzyjnych kryteriów remisji, o której można mówić, gdy:

1. W trakcie leczenia pacjent przestanie spełniać kryteria rozpoznania, ponieważ ustąpi objaw wiodący dla danego zaburzenia. Pacjent może jednak nie osiągnąć dobrego samopoczucia z uwagi na utrzymujące się inne objawy psychiczne i/lub somatyczne wtórne do lęku.
2. W skali mierzącej specyficzne objawy lękowe pacjent uzyska wynik prawidłowy lub niemieszczący się w zakresie nieprawidłowym. Nie wyklucza to, że utrzymywać się będą inne dolegliwości i objawy wtórne do lęku. Wówczas rozpoznanie remisji może budzić wątpliwości. Przykładowo część klinicystów i autorów metaanaliz arbitralnie przyjmuje wynik poniżej 15 pkt w Skali Obsesji i Kompulsji Yale–Brown jako kryterium remisji OCD, chociaż u części osób z taką punktacją mogą się jeszcze utrzymywać klinicznie łagodne objawy zaburzenia.
3. Pacjent deklaruje dobre samopoczucie. To kolejna nieprecyzyjna definicja, ponieważ dobre samopoczucie występuje relatywnie rzadko w zaburzeniach lękowych, jest subiektywne i zasadniczo powinno zostać potwierdzone w sposób bardziej obiektywny, za pomocą innych pomiarów (stresu, depresji czy jakości życia), a nie pojedynczego narzędzia specyficznego dla zaburzenia lękowego (Springer *et al.*, 2018).
4. Stwierdza się istotną poprawę kliniczną (Jacobson i Truax, 1991). Definicja ta odnosi się głównie do odpowiedzi na zakończoną terapię, a więc cechuje się podobnymi ograniczeniami jak definicje poprzednie.

Do doskonałą ilustracją trudności interpretacyjnych są wyniki metaanalizy Springer i wsp. (2018), oceniającej efektywność CBT w uzyskiwaniu remisji w różnych zaburzeniach lękowych. Stosując wszystkie powyższe definicje, ustalono, że remisja po zakończeniu leczenia wystąpiła średnio u 48% chorych, przy czym najwyższy odsetek odnotowano w przypadku kryterium dobrego samopoczucia (54%) i niespełnienia kryteriów rozpoznania choroby (56%). Natomiast gdy pod uwagę wzięto inne definicje, częstość

remisji wahała się od 32% do 50%. Najwyższy odsetek remisji obserwowano w PTSD (53%) i GAD (51%), a najniższy – w OCD (38%) i SAD (40%). W dłuższym okresie obserwacji (6 miesięcy po zakończeniu leczenia) wyniki były podobne, choć o 1–2% wyższe. Autorzy wykazali istotną niejednorodność między różnymi definicjami remisji – zarówno bezpośrednio po leczeniu ($Q = 19,40, p = 0,007$), jak i 6 miesięcy później ($Q = 21,34, p = 0,002$).

SKUTECZNOŚĆ CBT W ZAPOBIEGANIU NAWROTOM

Znacznie mniej wiadomo o skuteczności CBT w zapobieganiu nawrotom zaburzeń lękowych. Zasadniczą trudnością jest tu rozgraniczenie między nasileniem się objawów po uzyskaniu niepełnej remisji a rzeczywistym nawrotem choroby po remisji całkowitej. Nasilenie objawów (*relapse*) to sytuacja, w której objawy pojawiają się ponownie w czasie do 12 miesięcy od uzyskania remisji, natomiast gdy czas ten jest dłuższy, rozpoznaje się nawrót choroby (*recurrence*) (Bockting *et al.*, 2015). W metaanalizach obydwa stany często łączy się w jedną grupę.

W cytowanym wcześniej badaniu van Dis i wsp. (2020) częstość nawrotów w lęku panicznym wyniosła 13%, a w OCD – 23% w okresie 3–12 miesięcy od zakończenia terapii. Jednak tę część analiz znacznie ograniczyły mała liczba włączonych badań (5 RCT dotyczących lęku panicznego i 1 – OCD) oraz mała liczebność grup w każdym z nich ($n < 28$ pacjentów). W kolejnej metaanalizie poza wyliczeniem wskaźnika nawrotów spróbowano po raz pierwszy zidentyfikować czynniki determinujące wystąpienie nawrotu w lęku o różnej etiologii (Lorimer *et al.*, 2021). Do metaanalizy włączono 9 RCT (łącznie 532 pacjentów leczonych CBT), wśród których najwięcej było badań poświęconych lękowi panicznemu i OCD. Średnia częstość nawrotów wyniosła 23,8%. Nawroty najczęściej pojawiały się w OCD – u 35% osób w czasie 12 miesięcy i 42% w czasie 24 miesięcy od remisji. Najniższą częstość nawrotów obserwowano w SAD – 13% w ciągu 12 miesięcy i na podobnym poziomie w dalszej obserwacji trwającej 2–14 lat. Najważniejszym predyktorem nawrotu była obecność objawów rezydualnych po zakończeniu leczenia. Co ciekawe, objawy rezydualne okazały się też głównym determinantem ryzyka nawrotu po ciężkim epizodzie depresji (Wojnarowski *et al.*, 2019). Wśród innych istotnych predyktorów nawrotu w zaburzeniach lękowych Lorimer i wsp. (2021) wymieniają współlistniejące zaburzenia osobowości i ekspozycję na ciężki stres (wpływ dodatni) oraz stosowanie leków antydepresyjnych po zakończeniu CBT (wpływ ochronny).

W innej metaanalizie oceniano częstość występowania nawrotów u pacjentów leczonych CBT z powodu lęku panicznego, OCD, GAD, PTSD oraz specyficznych (izolowanych) fobii (Levy *et al.*, 2021). Do analizy zakwalifikowano 17 badań z udziałem łącznie 337 osób, a nawroty oceniano w okresie 9 miesięcy od zakończenia procesu terapeutycznego. W badaniach stosowano następujące definicje remisji:

1) pacjent przestał spełniać kryteria diagnostyczne dla rozpoznania pierwotnego; 2) w badaniu przy użyciu narzędzia specyficznego dla choroby pacjent uzyskał w skali mierzącej specyficzne objawy lękowe wynik prawidłowy lub niemieszczący się w zakresie nieprawidłowym (patologicznym); 3) nastąpiła zmiana istotna klinicznie – obejmująca znaczącą poprawę stanu klinicznego plus kryterium 2); 4) umiarkowana poprawa stanu klinicznego plus kryterium 2). Nawrót diagnozowano, gdy: 1) pacjent ponownie spełniał kryteria rozpoznania dla zaburzenia pierwotnego; 2) stwierdzono pogorszenie w punktacji objawów choroby; 3) stwierdzono pogorszenie w punktacji objawów choroby i dodatkowo wynik nie mieścił się w zakresie normy populacyjnej (był patologiczny). Częstość nawrotów dla wszystkich zaburzeń lękowych wynosiła 14,1% (95% CI: 10,3–19,0), a w poszczególnych zaburzeniach lękowych rozkładała się następująco: GAD – 18,3% (95% CI: 4,6–50,9; $k = 1$), OCD – 17,0% (95% CI: 12,1–23,5; $k = 11$), PTSD – 5,7% (95% CI: 1,9–15,8; $k = 4$), lęk paniczny i/lub agorafobia – 5,1% (95% CI: 1,3–18,2; $k = 3$), fobie specyficzne – 3,8% (95% CI: 2,0–4,0; $k = 1$). Autorzy metaanalizy stwierdzili, że wiek, płeć, czas trwania obserwacji oraz liczba sesji i rodzaj terapii (indywidualna lub grupowa; tylko poznawcza, tylko behawioralna lub CBT) nie wpływały znacząco na wystąpienie nawrotu, natomiast istotny wpływ miała definicja nawrotu. Gdy nawrót definiowano jako spełnienie przez pacjenta kryteriów rozpoznania pierwotnego zaburzenia lękowego, częstość nawrotów była istotnie mniejsza w porównaniu z innymi definicjami ($p = 0,03$).

Warto zauważyć, że między dwoma przytoczonymi wyżej badaniami (Levy *et al.*, 2021; Lorimer *et al.*, 2021) występują ważne różnice metodyczne, co utrudnia bezpośrednie porównanie wyników. Poza różnicami w liczebności grup, wieku uczestników, liczbie sesji terapeutycznych i długości obserwacji po leczeniu do analiz Lorimera i wsp. (2021) włączono pacjentów z zaburzeniami lękowymi opornymi na leczenie oraz pacjentów, którzy otrzymywali dodatkowe wsparcie ze strony zewnętrznych edukatorów lub należeli do grup samopomocowych, natomiast Levy i wsp. (2021) wyłączyli takich chorych z analiz. Nie uwzględnili również badań poświęconych SAD, podczas gdy Lorimer i wsp. stwierdzili wśród pacjentów z SAD 13-procentową częstość nawrotów.

Niezależnie od rozbieżności metodologicznych z cytowanych metaanaliz wynikają pewne wnioski praktyczne. Przede wszystkim celem terapii u chorych z zaburzeniami lękowymi powinno być osiągnięcie pełnej remisji, a następnie jej konsolidacji, co w świetle najnowszego piśmiennictwa jest istotnym elementem strategii profilaktyki nawrotów. Warto zauważyć, że dotychczas w rutynowo stosowanych protokołach CBT – w terapii akceptacji i zaangażowania (Legierski, 2018), transdiagnostycznej (Barlow *et al.*, 2020) czy ekspozycji i zapobiegania odpowiedzi w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych (Foa *et al.*, 2012) – problem potencjalnego nawrotu jest omawiany tylko na ostatnich 1–2 sesjach, co wielu autorów uważa za

niewystarczające. W celu poprawy wskaźników nawrotów w zaburzeniach lękowych sugeruje się, aby po zakończeniu CBT przeprowadzić kilka dodatkowych sesji podtrzymujących i przypominających, jak proponują Hansen i wsp. (2019). Taki sposób wspomaganie konwencjonalnej CBT może być pomocny w utrwalaniu wiedzy pacjenta o czynnikach, które zwiększają ryzyko nawrotu, oraz umiejętności radzenia sobie w razie ponownego nasilenia się objawów. Formą alternatywną może być wysyłanie pacjentom spersonalizowanych wiadomości tekstowych w celu udostępnienia im planu zapobiegania nawrotom. Malins i wsp. (2020) wykazali, że po 12 miesiącach od zakończenia CBT w grupie 15 pacjentów z zaburzeniami lękowymi, z którymi terapeuta prowadził wymianę informacji przez wiadomości tekstowe, o ponad 20% w stosunku do grupy kontrolnej ($n = 35$) poprawiły się wskaźniki lęku uogólnionego (oceniającego kwestionariuszem Generalised Anxiety Disorder-7, GAD-7), nasilenia bólu (w skali *visual analogue scale*, VAS), depresji (kwestionariusz Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) oraz jakości życia (kwestionariusz EuroQol – 5 Dimensions – 5 Levels, EQ-5D-5L). Praca ta wpisuje się w odrębny nurt telemedycznej CBT, mogący wpłynąć na poprawę wyników leczenia zaburzeń lękowych.

SKUTECZNOŚĆ CBT PROWADZONEJ ZA POMOCĄ URZĄDZEŃ TELEINFORMATYCZNYCH

Zainteresowanie terapią prowadzoną przy użyciu urządzeń teleinformatycznych rośnie systematycznie od dwóch dekad, a w ostatnich kilkunastu miesiącach proces ten szczególnie przyspieszył w związku z pandemią SARS-CoV-2. Badania wykazały, że CBT przez internet (iCBT) jest co najmniej tak samo skuteczna jak terapia tradycyjna, twarzą w twarz. Udokumentowano to już wcześniej w leczeniu zaburzeń depresyjnych (Krzystanek *et al.*, 2018; McCall *et al.*, 2021; Tokgöz *et al.*, 2021), a ostatnio również w leczeniu zaburzeń lękowych. Stech i wsp. (2020) dokonali przeglądu systematycznego z metaanalizą 27 RCT (2590 pacjentów w wieku 30–44 lat) mającego na celu ocenę skuteczności iCBT w redukcji objawów u osób z lękiem panicznym i agorafobią. Grupę kontrolną stanowili pacjenci z WL i pacjenci, z którymi prowadzono rozmowę, jednak bez elementów interwencji terapeutycznej i pomocy w radzeniu sobie. Sesje iCBT były zorientowane na rozpoznanie objawów, tworzenie alternatywnych przekonań, przeformułowanie poznawcze, aktywację behawioralną, rozwiązywanie problemu, kontrolę martwienia się, terapię ekspozycyjną i zapobieganie nawrotom choroby. W porównaniu z grupą kontrolną wykazano skuteczność iCBT w leczeniu lęku panicznego ($g = 1,215$, 95% CI: 0,72–1,71; $k = 9$) i agorafobii ($g = 0,91$, 95% CI: 0,36–1,45; $k = 6$). Dodatkowo autorzy porównali skuteczność iCBT z tradycyjną CBT. W lęku panicznym obie metody okazały się porównywalnie skuteczne ($g = 0,14$, 95% CI: –0,12–0,40), natomiast w agorafobii lepsze wyniki osiągnięto u pacjentów leczonych iCBT

($g = 0,38$, 95% CI: 0,03–0,73, $p = 0,03$). Jednak z uwagi na bardzo małą liczbę badań włączonych do analizy (tylko 3 RCT z lękiem panicznym i 2 z agorafobią) autorzy sugerują – mimo że badania cechowała duża jednorodność ($Q = 0,007$, $I^2 = 0$) – ostrożność w interpretacji wyników. W innej metaanalizie Efron i Wootton (2021) oceniali skuteczność zdalnej CBT w formie wideo- i telekonferencji w leczeniu lęku panicznego. Analizowaną grupę stanowiło 1286 pacjentów w wieku 32–43 lat z 21 randomizowanych i nierandomizowanych badań klinicznych, a grupę kontrolną – 318 pacjentów z WL lub prowadzonych bez interwencji terapeutycznej. W porównaniu z okresem sprzed leczenia zdalna CBT skutecznie redukowałą nasilenie objawów lękowych ($g = 1,18$, 95% CI: 0,99–1,36; $k = 25$), co było widoczne również w okresie 3–24 miesięcy po zakończeniu terapii ($g = 0,82$; 95% CI: 0,44–1,20; $k = 16$). Uzyskany efekt nie zależał od rodzaju zdalnego leczenia, częstości sesji i wprowadzania technik koherentnego oddechu. Zdalna CBT okazała się także skuteczna w porównaniu z grupą kontrolną ($g = 1,17$; 95% CI: 0,85–1,50; $k = 11$). Podkreśla się, że zdalna CBT umożliwia pacjentom dostęp do sesji terapeutycznych w dogodnym dla nich czasie i miejscu, z ominięciem barier związanych z terapią twarzą w twarz. Poza iCBT istnieją jeszcze inne formy zdalnej terapii, w których treści są dostarczane uczestnikowi w sposób niesynchronizowany – za pomocą internetu, biblioterapii czy aplikacji mobilnych. Wydaje się, że powyższe metody mogłyby być przydatne szczególnie w niektórych zaburzeniach lękowych po zakończeniu CBT w celu podtrzymania remisji i w profilaktyce nawrotów. Sugerują to zachęcające wyniki z przedstawionych metaanaliz dotyczące lęku panicznego (Stech *et al.*, 2020; Efron i Wootton, 2021).

WNIOSKI

1. Najnowsze przeglądy systematyczne potwierdzają krótkoterminową skuteczność CBT w redukcji nasilenia objawów w zaburzeniach lękowych, szczególnie PTSD i OCD.
2. Wyniki metaanaliz wskazują, że częstość remisji w zaburzeniach lękowych leczonych CBT wynosi 13–53% (najwyższa jest w PTSD, a najniższa – w OCD), a częstość nawrotów to 4–24% (najwyższa w OCD, najniższa w fobiach społecznych), w zależności od rodzaju zaburzenia lękowego, czasu od zakończenia terapii, objawów rezydualnych oraz kryteriów użytych do rozpoznania remisji i nawrotu.
3. Po zakończeniu CBT sugeruje się leczenie podtrzymujące w formie okresowych sesji tradycyjnych lub wideokonferencji. Znaczenie innych, niesynchronizowanych form terapii zdalnej (prowadzonej za pomocą internetu, biblioterapii czy aplikacji mobilnych) wymaga potwierdzenia w dalszych badaniach.

Konflikt interesów

Autorzy oświadczają, że nie mieli powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby wpłynąć na treść publikacji lub rościć sobie do niej prawa.

Piśmiennictwo

- Aazh H, Danesh AA: Internet-based cognitive behavioral therapy for tinnitus: insights from health care professionals. *Hear J* 2021; 74: 20–22.
- Barlow DH, Farchione TJ, Sauer-Zavala S et al.: Transdiagnostyczna terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń emocjonalnych. Podręcznik terapeutyczny. Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne/GWP, Gdańsk 2020.
- Bisson JI, Roberts NP, Andrew M et al.: Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 2013 (12): CD003388.
- Bockting CL, Hollon SD, Jarrett RB et al.: A lifetime approach to major depressive disorder: the contributions of psychological interventions in preventing relapse and recurrence. *Clin Psychol Rev* 2015; 41: 16–26.
- Carpenter JK, Andrews LA, Witcraft SM et al.: Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depress Anxiety* 2018; 35: 502–514.
- Cuijpers P, Gentili C, Banos RM et al.: Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: a meta-analysis. *J Anxiety Disord* 2016; 43: 79–89.
- Curry JF, Kaminer Y, Goldston DB et al.: Adaptive treatment for youth with substance use and depression: early depression response and short-term outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2021; S0890-8567(21)01280-6.
- van Dis EAM, van Veen SC, Hagenaars MA et al.: Long-term outcomes of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2020; 77: 265–273.
- Driessen E, Hollon SD: Cognitive behavioral therapy for mood disorders: efficacy, moderators and mediators. *Psychiatr Clin North Am* 2010; 33: 537–555.
- Efron G, Wootton BM: Remote cognitive behavioral therapy for panic disorder: a meta-analysis. *J Anxiety Disord* 2021; 79: 102385.
- Foa EB, Yadin E, Lichner TK: Exposure and Response (Ritual) Prevention for Obsessive-Compulsive Disorder: Therapist Guide. Oxford University Press, New York 2012.
- Gencarelli A, Sorrell A, Everhart CM et al.: Behavioral and exercise interventions for sleep dysfunction in the elderly: a brief review and future directions. *Sleep Breath* 2021; 25: 2111–2118.
- Hadley G, Novitch MB: CBT and CFT for chronic pain. *Curr Pain Headache Rep* 2021; 25: 35.
- Hansen B, Kvale G, Hagen K et al.: The Bergen 4-day treatment for OCD: four years follow-up of concentrated ERP in a clinical mental health setting. *Cogn Behav Ther* 2019; 48: 89–105.
- Henning M, Subic-Wrana C, Wiltink J et al.: Anxiety disorders in patients with somatic diseases. *Psychosom Med* 2020; 82: 287–295.
- Jacobson NS, Truax P: Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59: 12–19.
- de Jong M, Spinhoven P, Korrelboom K et al.: Effectiveness of enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders: a randomized controlled trial. *Int J Eat Disord* 2020; 53: 447–457.
- Krzystanek M, Stolarczyk A, Borkowski M et al.: Telemedyczna terapia poznawczo-behawioralna. *Psychiatria* 2018; 15: 110–116.
- Legierski J: Terapia akceptacji i zaangażowania w leczeniu zaburzeń lękowych w relacji do klasycznej terapii poznawczo-behawioralnej. *Psychiatr Psychol Klin* 2018; 18: 290–295.
- Levy HC, O'Bryan EM, Tolin DF: A meta-analysis of relapse rates in cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 2021; 81: 102407.
- Lorimer B, Kellett S, Nye A et al.: Predictors of relapse and recurrence following cognitive behavioural therapy for anxiety-related disorders: a systematic review. *Cogn Behav Ther* 2021; 50: 1–18.
- Malins S, Biswas S, Patel S et al.: Preventing relapse with personalized smart-messaging after cognitive behavioural therapy: a proof-of-concept evaluation. *Br J Clin Psychol* 2020; 59: 241–259.
- Mayo-Wilson E, Dias S, Mavranzouli I et al.: Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2014; 1: 368–376.
- McCall HC, Hadjistavropoulos HD, Sundström CRF: Exploring the role of persuasive design in unguided internet-delivered cognitive behavioral therapy for depression and anxiety among adults: systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *J Med Internet Res* 2021; 23: e26939.
- National Institute for Health and Care Excellence: Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment. 2005. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31>.
- Nelson B, Torregrossa L, Thompson A et al.: Improving treatments for psychotic disorders: beyond cognitive behaviour therapy for psychosis. *Psychosis* 2021; 13: 78–84.
- Öst LG, Havnen A, Hansen B et al.: Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014. *Clin Psychol Rev* 2015; 40: 156–169.
- Peeters N, Stappenbelt S, Burk WJ et al.: Schema therapy with exposure and response prevention for the treatment of chronic anxiety with comorbid personality disorder. *Br J Clin Psychol* 2021; 60: 68–76.
- Reed GM, First MB, Kogan CS et al.: Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry* 2019; 18: 3–19.
- Reid JE, Laws KR, Drummond L et al.: Cognitive behavioural therapy with exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Compr Psychiatry* 2021; 106: 152223.
- Reisch B, Das R, Gardner B et al.: Cognitive components of behavioral therapy for overactive bladder: a systematic review. *Int Urogynecol J* 2021; 32: 2619–2629.
- Springer KS, Levy HC, Tolin DF: Remission in CBT for adult anxiety disorders: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2018; 61: 1–8.
- Stech EP, Lim J, Upton EL et al.: Internet-delivered cognitive behavioral therapy for panic disorder with or without agoraphobia: a systematic review and meta-analysis. *Cogn Behav Ther* 2020; 49: 270–293.
- Sun Z, Yu C, Zhou Y et al.: Psychological interventions for healthcare providers with PTSD in life-threatening pandemic: systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry* 2021; 12: 697783.
- Tokgöz P, Hrynyschyn R, Hafner J et al.: Digital health interventions in prevention, relapse, and therapy of mild and moderate depression: scoping review. *JMIR Ment Health* 2021; 8: e26268.
- Wojnarowski C, Firth N, Finegan M et al.: Predictors of depression relapse and recurrence after cognitive behavioural therapy: a systematic review and meta-analysis. *Behav Cogn Psychother* 2019; 47: 514–529.