

Magdalena Gulcz¹, Małgorzata Polak²

ZASTOSOWANIE TERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ W LE- CZENIU WYBRANYCH ZABURZEŃ LĘKOWYCH: ZESPOŁU LĘKU NAPADOWEGO I PTSD

COGNITIVE-BEHAVIOURAL THERAPY IN TREATING SELECTED ANXIETY DISORDERS: PANIC DISORDER AND PTSD

¹Sekcja Terapii Poznawczo-Behawioralnej Polskiego Towarzystwa Psychologicznego

²Katedra Psychologii Klinicznej, Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego

Kierownik: prof. dr hab. Marina Zalewska

PTSD cognitive-behavioral therapy

Autorki prezentują przegląd teoretycznych koncepcji zaburzeń: zespołu lęku napadowego oraz zespołu stresu pourazowego. Przytaczają propozycje terapii tego rodzaju zaburzeń w podejściu poznawczo-behawioralnym. Omawiają również dostępne wyniki badań nad skutecznością leczenia pacjentów z powyższym rozpoznaniem.

Summary: In this article, we try to present the chosen literature about cognitive-behavioural therapy of anxiety disorders such as panic disorder and posttraumatic stress disorder (PTSD). We describe the main cognitive conceptualisations as well as treatment goals and methods of therapeutic work. We also review the research on the efficacy of the proposed kind of treatment.

Autorki przedstawiają pierwszy z planowanej serii artykułów dotyczących wybranych koncepcji teoretycznych stanowiących podstawy terapii poznawczo-behawioralnej (TPB) zaburzeń lękowych i depresyjnych, a także opis metod i ogólny przegląd danych dotyczących skuteczności leczenia.

Dynamiczny rozwój podejścia poznawczo-behawioralnego, określanego przez niektórych autorów nawet jako „poznawcza rewolucja” w psychoterapii [1], obserwowany jest od lat 80. ubiegłego wieku. Fundamentem poznawczo-behawioralnej terapii zaburzeń psychicznych jest dorobek naukowy wypracowany w ramach podejścia poznawczego i behawioralnego w psychologii. Wszystkie opracowane w tym nurcie terapeutycznym modele poszczególnych zaburzeń i ich leczenia, jak również ogólne zasady pracy terapeutycznej, opierają się na istniejących koncepcjach teoretycznych, obserwacjach klinicznych oraz ustaleniach uzyskanych dzięki prowadzonym badaniom. Niezwykle istotna jest w związku z tym empiryczna ocena skuteczności leczenia. Jest ona jedną z podstawowych zasad etycznych opracowanych w tym podejściu [2]. Pozostałe zasady dotyczą takich ważnych aspektów terapii, jak koncentracja na „tu i teraz”, współpraca terapeutyczna pomiędzy pacjentem a terapeutą, stosowanie jawnych, uzgodnionych i operacyjnie zdefiniowanych

strategii terapeutycznych oraz specyfikacja celów terapii wybranych przez pacjenta, konieczna do wprowadzania pożądaných zmian (bardziej szczegółowe omówienie zasad terapii poznawczo-behawioralnej — patrz np. 3).

Historia TPB oraz jej podstawowe koncepcje zostały przedstawione w wielu publikacjach w głównych polskich czasopismach psychiatrycznych i psychologicznych (przegląd: 4). W polskim piśmiennictwie omawiane były także m.in. poznawcze modele leczenia depresji [5] oraz lęku napadowego [6]. Dzięki Polskiemu Towarzystwu Terapii Poznawczo-Behawioralnej (PTTPB) oraz Sekcji Terapii Poznawczo-Behawioralnej (STPB) przy Polskim Towarzystwie Psychologicznym (PTP) organizowane są szkolenia w zakresie terapii poznawczej z udziałem kompetentnych grup profesjonalistów. Rozwój TPB na gruncie polskim zobowiązuje do poszerzenia istniejącego piśmiennictwa celem integracji środowiska osób zainteresowanych tym nurtem terapii, może się także przyczynić do wyjaśnienia istniejących mitów na jej temat, jak chociażby takich, że celem terapii jest nauczenie pacjenta pozytywnego, racjonalnego myślenia czy też, że TPB, niczym książka kucharska, jest zbiorem pożytecznych technik terapeutycznych.

Celem naszego artykułu jest przegląd w miarę aktualnego piśmiennictwa, omawiającego zastosowanie TPB w odniesieniu do takich wybranych zaburzeń lękowych, jak lęk napadowy oraz zespół stresu pourazowego (PTSD). W prezentowanej przez nas literaturze zostały opisane wybrane poznawcze koncepcje dotyczące etiologii obu zaburzeń, wynikające z tych koncepcji najczęściej stosowane metody terapii oraz niektóre badania nad ich skutecznością. Ze względu na ograniczenia związane z objętością tekstu zawężyliśmy pracę do najlepiej empirycznie zweryfikowanych informacji z zakresu tak obszernego tematu, jakim jest poznawczo-behawioralna terapia lęku napadowego i PTSD. Nie ulega jednak wątpliwości, że przedstawione piśmiennictwo w wyżej wymienionym zakresie nie jest wyczerpujące i będzie wymagało obszerniejszej pracy.

Terapia poznawczo-behawioralna w przypadku lęku napadowego

Lęk napadowy (inaczej zespół paniki, panic disorder) związany jest z występowaniem powracających napadów lęku, które nie ograniczają się do specyficznych sytuacji, ale też nie są kojarzone ze stałymi i rozległymi reakcjami unikania, jak to jest w przypadku fobii [7]¹. W literaturze, opisującej genezę tej jednostki nozologicznej, w związku z obserwacjami klinicystów, że wielu pacjentów doświadczało lęku bez oczywistego zagrożenia, zwraca się uwagę, że pojawiające się napady lęku oraz stany lękowe w tym zaburzeniu były często opisywane po prostu jako lęk nieokreślony (free floating anxiety) [8]. Ten punkt widzenia obserwatora, a nie pacjenta — został podważony przez teoretyków poznawczych, w wywiadach diagnostycznych bowiem pacjenci, opisując swoje myśli i obrazy, jednoznacznie postrzegali zagrażające im niebezpieczeństwo, a odczuwany przez nich lęk wydawał się zrozumiałą reakcją na błędne sposoby oceny sytuacji [9]. Obserwacja ta przyczyniła się do rozwoju terapii poznawczo-behawioralnej, która leczenie stanów lękowych zaczęła

¹ W artykule odwołujemy się do DSM (a nie ICD) z tego względu, że wszystkie prezentowane przez nas badania odnoszą się do tej właśnie klasyfikacji.

opierać na identyfikowaniu, weryfikowaniu i modyfikowaniu nierealistycznych znaczeń nadawanych lękowi oraz tych zachowań, które pełniły rolę czynników podtrzymujących (tzw. zachowań ratunkowych).

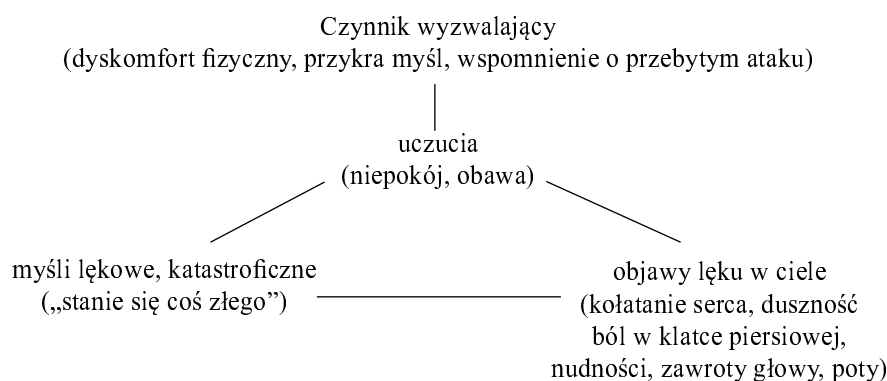
Zanim w 1980 roku została opublikowana kolejna edycja obowiązującej w Stanach Zjednoczonych klasyfikacji zaburzeń psychicznych [10], występowanie lęku napadowego było ignorowane bądź traktowane jako czynnik przeszkadzający w psychologicznym leczeniu agorafobii [11]. Nowa koncepcja rozumienia zaburzeń lękowych w DSM-III, w którym punkt widzenia pacjenta był podstawą definiowania lęku, spowodowała, że lęk napadowy został uznany za niezależne rozpoznanie, które może również występować wtórnie w innych zaburzeniach. Nadanie nowej rangi zespołowi paniki spowodowało, że stał się on jednym z centralnych obiektów zainteresowania teoretyków poznawczych [12].

Koncepcje teoretyczne dotyczące zespołu lęku napadowego

Podstawową cechą zespołu paniki jest występowanie głębokiego lęku (paniki). DSM-IV [7] definiuje panikę jako nagłe pojawienie się przynajmniej czterech ostrych i nieprzyjemnych objawów autonomicznych, na przykład palpacji, uczucia duszenia się, bólu w klatce piersiowej, nudności, zawrotów głowy, zaniku uczucia lub uczucia nierealności (derealizacja lub depersonalizacja). W ten sposób zdefiniowana panika występować może we wszystkich zaburzeniach lękowych, takich jak fobia społeczna, zaburzenia związane z doświadczeniem traumatycznego stresu, hipochondria, a nawet w zaburzeniach depresyjnych [13]. Jednak kryteria diagnostyczne, dotyczące napadowego lęku, w DSM-IV odnoszą się do nawracających napadów głębokiego lęku, z których część pojawia się niespodziewanie („out of the blue”). Oznacza to, że ataki paniki nie zawsze są związane z konkretną sytuacją wywołującą fobię czy też lękiem wynikającym z oczekiwania wystąpienia paniki (tak zwany lęk przed lękiem). Osoby z rozpoznaniem napadowego lęku z agorafobią są w stanie przewidzieć, w jakich sytuacjach może pojawić się lęk i konsekwentnie starają się unikać określonych miejsc lub sytuacji. Ale osoby z rozpoznaniem napadowego lęku bez agorafobii nie wiedzą, kiedy lęk wystąpi i w związku z tym nie za bardzo wiedzą, czego tak naprawdę mają unikać. Należy zaznaczyć przy tym, że pojawianie się objawów paniki nie można wytłumaczyć w tym zaburzeniu ani przyczynami medycznymi (np. istniejącą chorobą serca lub innymi problemami zdrowotnymi) ani skutkami spożycia substancji aktywnych, takich jak kofeina, ani też zatruciem takimi substancjami.

Wielu badaczy przyjmujących podejście biologiczne przypisuje niespodziewane pojawianie się paniki zaburzeniom neurochemicznym. Natomiast teoretycy poznawczy [12, 13, 14, 15] spierają się z tym poglądem, twierdząc, że panika pojawiająca się nieoczekiwanie jest najlepiej zrozumiała właśnie w podejściu poznawczym. Teoretyczny model lęku napadowego w tym podejściu [12, 13] wiąże zjawisko nawracających napadów głębokiego lęku z trwałą, wyuczoną tendencją do interpretowania pojawiających się objawów autonomicznych w katastroficzny sposób. Co więcej, katastroficzne myśli są spostrzegane jako wskaźniki lub nawet dowody natychmiastowej, bezpośrednio zagrażającej fizycznej lub też umysłowej katastrofy (na przykład postrzegana palpacja serca jest dla pacjenta dowodem ataku serca; przebiegające, dziwne myśli są z kolei dowodem utraty kontroli

lub choroby umysłowej). Tego rodzaju spostrzeżenia prowadzą do jeszcze większego nasilenia objawów i tym samym zamyka się błędne koło lęku [14]. Przedstawia to poniższy model [12].



Rys. 1 **Poznawczy model lęku napadowego**

Model poznawczy wyjaśnia występowanie zarówno ataków skojarzonych z sytuacją wywołującą fobię, jak i tych pojawiających się niespodziewanie [16]. Ataki paniki związane z fobią można zrozumieć w następujący sposób: pacjent przeżywa narastające uczucie strachu i objawów autonomicznych, co zazwyczaj w końcu powoduje pospieszną ucieczkę z sytuacji, w której się znajduje. Jeśli zdarza się to w takim specyficznym miejscu, jak autobus lub przebywanie w tłumie, pacjent może następnie zacząć unikać takich miejsc, ponieważ po napadzie paniki zwykle utrzymuje się obawa przed wystąpieniem kolejnego napadu. Natomiast w przypadku niespodziewanych ataków paniki, nie poprzedzonych występowaniem lęku przed lękiem, pacjenci często błędnie interpretują objawy, które początkowo mogły być wywołane przez inną reakcję emocjonalną (złość, podniecenie), zupełnie neutralne wydarzenie, takie jak wykonanie ćwiczeń fizycznych (brak tchu, palpacja) lub też wypicie zbyt dużej ilości kawy (palpitacja), albo szybkie podniesienie się po dłuższym okresie siedzenia (zawroty głowy). W tego rodzaju przypadkach pacjenci nie potrafią rozróżnić czynników spustowych wyzwalających objawy, które doprowadziły do ataku paniki.

Badania nad rozpowszechnieniem występowania lęku napadowego w krajach Europy Zachodniej i USA wykazują, że od 7% do 28% populacji osób zdrowych doświadcza paniki w ciągu swego życia [14]. Stresujące wydarzenia życiowe, zmiany hormonalne, choroby, kofeina czy też niektóre leki mogą prowadzić do wywołania obserwowalnych objawów autonomicznych paniki. Jednak jedynie u 3% do 5% osób z populacji osób zdrowych rozwija się zespół lęku napadowego, co, jak już wspomniano, model poznawczy wyjaśnia utrwaleniem się tendencji do interpretowania spostrzeganych autonomicznych objawów w sposób katastroficzny. Ukształtowanie się takiej tendencji może być konsekwencją doświadczeń zdobytych w procesie uczenia się (np. poprzez obserwację rodzica w stanie paniki, modelowanie zachowań związanych z chorobą) bądź też powstać na skutek reakcji lekarzy lub osób bliskich w konfrontacji z pierwszym atakiem paniki pacjenta [17].

Co podtrzymuje katastroficzny sposób myślenia?

Jak wytłumaczyć to, że pacjenci przejawiają tendencje do katastroficznego interpretowania objawów, mimo wielu dowodów obalających ich sposób myślenia? Jak to się dzieje, że pacjent obawia się utraty przytomności w czasie paniki, ciągle wierzy, że może to się stać, mimo że doświadczył już setek takich ataków, podczas których nie zemdleł, oraz wie, że u podstaw jego problemu nie leżą żadne przyczyny medyczne?

Według teoretyków poznawczych [12, 14, 18], gdy katastroficzny sposób myślenia zostanie raz ukonstytuowany, dwa inne czynniki wpływają na podtrzymywanie występowania paniki. Są to: wybiórcza uwaga oraz zachowania unikania. Kiedy pacjent boi się pewnych sytuacji, może stać się bardzo wyczulony na sygnały napływające z jego organizmu. Tym sposobem dostrzega te objawy, które dla innych są poza progiem uwagi. Zaobserwowane symptomy stają się wskaźnikiem nadchodzącego niebezpieczeństwa, co w konsekwencji prowadzi do paniki. Reakcje unikania, w które angażują się pacjenci z napadowym lękiem z agorafobią i bez niej, nie pozwalają z kolei skonfrontować się z realnymi bodźcami skojarzonymi z lękiem, a tym samym nie pozwalają zweryfikować negatywnych sposobów myślenia. Reakcje te mogą być związane z fizycznym unikaniem sytuacji wywołujących lęk lub też przejawiać się w sposób bardziej subtelny. Na przykład pacjenci, u których występują objawy nagłego przyspieszenia rytmu serca i bóle w klatce piersiowej kojarzone z atakiem serca, a nawet śmierci, mogą doprowadzać do unikania wszelkich ćwiczeń związanych z fizycznym wysiłkiem; u innych osób uczuciu „miękkich nóg” mogą towarzyszyć myśli o stracie równowagi i upadku, i w związku z tym będą one starały się chodzić wyłącznie wzdłuż ścian czy murów, napinać mięśnie nóg lub nosić tylko obuwie na płaskim obcasie.

Cele terapii i metody pracy terapeutycznej w przypadku lęku napadowego

Terapia lęku napadowego w podejściu poznawczo-behawioralnym opiera się na przedstawionym wcześniej teoretycznym modelu paniki. Model ten umożliwił opracowanie szczegółowych pakietów terapii przeznaczonych do leczenia tego zaburzenia. Najbardziej znane to oksfordzka terapia poznawcza lęku napadowego [6] oraz stworzony niezależnie przez Barlowa i Cerny'ego Albany-based Panic Control Treatment (PTC) [19]. Typowy czas trwania terapii wynosi 8 sesji. Jej celem jest przede wszystkim zidentyfikowanie katastroficznych interpretacji autonomicznych symptomów związanych z paniką, a następnie znalezienie innych, bardziej obiektywnych sposobów ich interpretowania. Dalszy ciąg terapii to poddanie zidentyfikowanych sposobów interpretacji objawów weryfikacji, a w końcu modyfikacji [12].

Weryfikacja katastroficznych sposobów myślenia odbywa się głównie za pomocą poznawczych technik werbalnych oraz eksperymentów behawioralnych. Zgodnie z podejściem poznawczo-behawioralnym, tendencyjna interpretacja autonomicznych objawów pojawia się często dlatego, że pacjent nie ma innych, alternatywnych sposobów wyjaśnienia symptomów pojawiających się w czasie paniki. Prowadząc terapię wprowadza się elementy edukacji pacjenta (polegające przede wszystkim na zapoznaniu go z poznawczym modelem lęku napadowego) oraz analizuje się jego dotychczasowe doświadczenia, które kształtowały obecny sposób interpretowania objawów. Różnorodne eksperymenty behawioralne umożliwiają natomiast w praktyczny sposób sprawdzenie wiarygodności dotychczasowych interpretacji. W terapii stosuje się również tzw. kalendarze samoobserwacji. Własna ob-

serwacja jest przedmiotem pracy domowej pacjenta i stanowi dodatkowe źródło dowodów w celu wypracowania bardziej korzystnych interpretacji pojawiających się objawów.

Stosowane techniki werbalne mają na celu zweryfikowanie znaczenia nadanego pojawiającym się objawom. Wydobycie dowodów, wspierających i obalających obecne sposoby myślenia pacjenta, dostarcza nowych informacji, które mogą podważać katastroficzne myśli, pozwala zrozumieć znaczenie dotychczasowych doświadczeń oraz wypukła sekwencje pojawiania się objawów i myśli w atakach paniki — a tym samym pomaga zrozumieć pacjentowi, co dzieje się z nim w czasie napadu lęku. Z kolei celem eksperymentów behawioralnych jest przede wszystkim zademonstrowanie pacjentowi prawdziwych przyczyn jego objawów. Odbywa się to poprzez wywołanie symptomów lęku w czasie spotkania terapeutycznego. Na przykład w badaniu Clarka i współautorów [20] wykorzystano manipulację poznawczą polegającą na tym, że pacjenci proszeni byli o wielokrotne przeczytanie na głos par wyrotów, które opisywały objawy autonomiczne i katastroficzne interpretacje: „palpitacja” – „umieram”, „nie mogę swobodnie oddychać” – „duszę się”, „zawroty głowy” – „tracę przytomność” itd. Koncentrowanie się na tych słowach prowokowało autonomiczne symptomy i w przekonywający sposób demonstrowało pacjentowi, jak negatywne treści poznawcze mogą prowadzić do paniki. Powyższa prawidłowość nie pojawiła się w grupie kontrolnej, a więc u osób nie cierpiących na zespół lęku napadowego.

Doświadczenia zdobyte drogą eksperymentu behawioralnego umożliwiają także weryfikację katastroficznych interpretacji pojawiających się objawów w czasie paniki. Jednym z czynników odpowiedzialnych za pojawianie się objawów paniki (dotyczy to około 60% populacji osób cierpiących na napadowy lęk) jest występowanie związanej ze stresem hiperwentylacji. Indukowane tą drogą zaburzenie równowagi pomiędzy dwutlenkiem węgla a tlenem we krwi wywołuje podobne lub niekiedy te same objawy, co występujące w czasie napadu lęku. Sprowokowanie symptomów paniki poprzez hiperwentylację w gabinecie terapeuty jest kolejnym sposobem na zweryfikowanie błędnych, katastroficznych interpretacji pacjenta oraz spowodowanie habituacji lęku. Zmiana katastroficznych interpretacji objawów pacjenta może dokonywać się także poprzez przekazanie wiedzy. Informacja o ilości tlenu może okazać się wystarczająca do podważenia wiarygodności myśli o śmierci poprzez uduszenie się na skutek braku tlenu w pokoju. Innym celem eksperymentów behawioralnych jest również „manipulacja” subtelными zachowaniami unikania (zachowaniami ratunkowymi) po to, aby zademonstrować pacjentowi ich negatywną rolę w procesie weryfikowania katastroficznych przekonań. Przykładem może być pacjent, który obawiał się, że zemdleje z powodu odczuwanych zawrotów głowy w czasie paniki, i w związku z tym kurczowo trzymał się różnych przedmiotów, a także napinał mięśnie nóg głęboko wierząc, że to właśnie tego typu zachowanie nie dopuściło do katastrofy, czyli omdlenia.

Wykorzystanie teoretycznego modelu poznawczego w leczeniu napadowego lęku wymaga dokładnego zrozumienia podłoża katastroficznych interpretacji każdego pacjenta. Niekiedy mogą wpływać one z pozornie zdroworozsądkowego sposobu myślenia — na przykład trudności w nabieraniu oddechu mogą być odbierane jako dowód umierania poprzez duszenie się. W innych przypadkach zrozumienie przyczyn interpretacji objawów nie jest proste do odkrycia, nawet dla samego pacjenta. Za przykład może posłużyć 51-letnia pacjentka, która wierzyła, że zawroty głowy są oznaką następującego wylewu krwi do mózgu. Jedynym dowodem, który przytoczyła na poparcie swojego sposobu my-

ślenia, było wspomnienie zmarłej mamy, która tuż przed wylewem narzekała na zawroty głowy.

Warto również wspomnieć o ogólnej koncepcji zaburzeń lękowych [13], która sprowadza się do równania, w którym lęk jest sumą spostrzeganego prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia i spostrzeganego straty spowodowanej wystąpieniem zagrożenia, podzieloną następnie przez spostrzeganą umiejętność poradzenia sobie w tej sytuacji. Osoby z zaburzeniami lękowymi, w tym również z lękiem napadowym i PTSD, będą przeceniały własną podatność na zagrożenie oraz prawdopodobieństwo jego wystąpienia. Co więcej, zagrożenie to będzie spostrzegane od razu jako katastrofa. Osoby te będą także nie doceniać własnych umiejętności poradzenia sobie w tej sytuacji. Biorąc pod uwagę powyższą koncepcję, terapia zaburzenia lęku napadowego będzie koncentrować się na trzech poziomach. Po pierwsze — na pokazaniu, że występujący niepokojący objaw niekoniecznie jest dowodem zagrożenia, po drugie — że nawet jeśli zagrożenie wystąpi, niekoniecznie będzie ono katastrofą, i po trzecie — że istnieją sposoby poradzenia sobie nawet z najgorszym scenariuszem.

Na zakończenie omawiania metod terapeutycznych stosowanych w leczeniu lęku napadowego w podejściu poznawczo-behawioralnym warto także wspomnieć o technikach behawioralnych. Są to przede wszystkim techniki relaksacji (m.in. tak zwana relaksacja stosowana, podczas której pacjent uczy się rozpoznawać pierwsze objawy lęku, a dalej stosuje inne, uprzednio poznane, techniki relaksacji) oraz techniki oparte na metodzie przewarunkowania [21]. Celem tych ostatnich jest wytworzenie akceptowanych i przystosowawczych reakcji na bodźce na podstawie wiedzy o tym, że wytworzenie i wzmocnienie nowej reakcji przeciwstawnej w stosunku do już istniejącej prowadzi do eliminacji reakcji dotychczasowej. Podczas stosowania tych technik zachodzi więc stopniowa konfrontacja z bodźcami skojarzonymi z lękiem, co w efekcie prowadzi do jego habituacji. Do konfrontacji z bodźcami wywołującymi lęk można wykorzystać wyobraźnię (m.in. systematyczna desensytyzacja, SD, inaczej odczulanie) lub bezpośrednio przewarunkowanie w realnej sytuacji życiowej (ekspozycja *in vivo*) [22]. Z innych technik terapii behawioralnej często stosowana jest również technika zatapiania (inaczej zanurzania, *flooding*), będąca formą ekspozycji². Warto jednak w tym miejscu wspomnieć, że terapia poznawcza zakłada, że jeśli uda się zmodyfikować treści poznawcze pacjenta, to dojdzie wówczas do znacznej redukcji lęku lub wręcz jego ustąpienia. Czasami do takiej zmiany dochodzi już po przeprowadzeniu jednego eksperymentu behawioralnego. Efekt redukcji lęku w przypadku technik wyłącznie behawioralnych osiągany jest w znacznie dłuższym czasie i wiąże się zazwyczaj z wieloma stopniowymi konfrontacjami z sytuacjami skojarzonymi z lękiem. W związku z tym, jak się wydaje, terapia poznawcza może w wielu przypadkach trwać krócej niż terapia behawioralna (przy założeniu, że zespołowi paniki nie towarzyszą inne zaburzenia — np. zaburzenia osobowości, depresja czy uzależnienie).

Badania nad skutecznością terapii w przypadku lęku napadowego

Foa i Meadows [23] zwracają uwagę, że w nurcie poznawczo-behawioralnym ogólnie powstało najwięcej metodologicznie poprawnych badań nad skutecznością psychoterapii

² Technika ta polega na dostarczeniu w krótkim czasie maksymalnej ilości bodźców skojarzonych z lękiem.

w porównaniu z innymi nurtami terapeutycznymi. Prowadzeniu takich badań sprzyja zapewne bezpośrednie odniesienie terapii w tym podejściu do naukowego dorobku psychiatrii i psychologii, jak również takie charakterystyczne cechy organizacji przebiegu procesu terapeutycznego, jak m.in. strukturalizacja cyklu terapeutycznego i poszczególnych sesji, oraz dosyć częste stosowanie standaryzowanych metod pomiaru psychologicznego.

W badaniach dotyczących zespołu lęku napadowego porównywano na przykład efekty leczenia pacjentów za pomocą technik terapii poznawczej, terapii podtrzymującej (counselling therapy), technik relaksacyjnych oraz leczenia farmakologicznego zarówno lekami przeciwdepresyjnymi (imipramina, klomipramina), jak i lekami uspokajającymi, głównie z grupy benzodiazepin [np. 16, 19, 24, 18]. Wyniki dostępnych badań są spójne i wskazują na najwyższy procent wyleczeń oraz remisji objawów lęku napadowego (średnio przez jeden rok od skończenia leczenia) wśród osób poddanych terapii poznawczej. Badania wykazują również, że więcej pacjentów rezygnowało lub wręcz odmawiało poddania się leczeniu farmakologicznemu, a skuteczność terapii farmakologicznej kończyła się wraz z odstawieniem leków, czego nie zanotowano w przypadku osób uczestniczących w terapii poznawczej. Co więcej, pacjenci, którzy doświadczali objawów związanych z odstawieniem leków przeciwlękowych z grupy benzodiazepin, w najgorszym przypadku przypisywali nasilenie się objawów terapii, a w najlepszym uznawali, że terapia nie była skuteczna. Odnotowano natomiast, że stosowanie leków przeciwdepresyjnych nie kolidowało z prowadzeniem terapii poznawczej, a wręcz wzmacniało skuteczność leczenia.

Inne dostępne badania wykazują skuteczność technik opartych wyłącznie na założeniach terapii behawioralnej, ale tylko w przypadku pacjentów cierpiących na agorafobię z napadowym lękiem [19]. Ustalono, że jeśli napad lęku ma charakter fobii, stosowanie technik behawioralnych jest zalecane, jeśli zaś napad jest niespodziewany, techniki te są nieefektywne. Natomiast poznawczy model napadowego lęku i stosowane w jego ramach techniki, będące kombinacją technik poznawczych i behawioralnych (eksperymenty behawioralne), są skuteczne zarówno w przypadku lęku napadowego powiązanego z fobią, jak i pojawiającego się niespodziewanie. Jednakże nie wszystkie z tych technik mogą być stosowane wobec wszystkich pacjentów. I tak na przykład zabronione jest stosowanie hiperwentylacji u pacjentek w ciąży, a także w przypadku równoczesnej diagnozy astmy, epilepsji oraz zaburzeń psychicznych.

Warto nadmienić, że brak dostatecznych dowodów na skuteczność leczenia lęku napadowego za pomocą terapii w innych podejściach (np. w nurcie dynamicznym czy humanistycznym) sprawia, że terapia poznawczo-behawioralna oraz terapia wyłącznie poznawcza są głównymi zalecanymi metodami w leczeniu lęku napadowego. Jednak Roth i Fongay [25], którzy dokonali podsumowania badań nad skutecznością leczenia zespołu paniki z 20 lat, zwracają uwagę na częste współwystępowanie z nim innych zaburzeń psychicznych, na przykład zaburzeń osobowości, które mogą zakłócić stosowanie wypracowanych procedur. Jeżeli terapeuta spotka się w swej praktyce z takim problemem, będzie musiał rozszerzyć stosowaną interwencję terapeutyczną, tak, by objęła ona również leczenie drugiego zaburzenia. Rozpoznanie tego problemu jest bardzo ważne, w przeciwnym wypadku bowiem współwystępujące zaburzenie może mieć znaczny negatywny wpływ na skuteczność prowadzonej terapii lęku napadowego.

Terapia poznawczo-behawioralna w przypadku zespołu stresu pourazowego

Zespół stresu pourazowego (posttraumatic stress disorder, PTSD) jest możliwą konse-

kwencją ekspozycji na zdarzenie traumatyczne, a więc takie, które wiąże się ze śmiercią, zagrożeniem dla życia lub fizycznej integralności ludzi oraz wywołuje reakcję intensywnego strachu, poczucia bezradności bądź makabry [7]. Przykłady traumatycznych zdarzeń (urazów) to przemoc fizyczna i seksualna, klęski żywiołowe, katastrofy techniczne, groźne dla życia wypadki, terroryzm, działania wojenne, uwięzienie w obozie koncentracyjnym, ale także np. diagnoza choroby zagrażającej życiu. Wskaźniki rozpowszechnienia traumatycznych zdarzeń w populacjach ogólnych uzyskiwane w najnowszych badaniach na terenie Stanów Zjednoczonych wynoszą od 40% do nawet 90% [26]. Oznacza to, że co najmniej jedno doświadczenie o urazowym charakterze w ciągu życia może mieć za sobą znaczną część ludzi.

Kryteria diagnostyczne PTSD, poza wystąpieniem urazu, obejmują trzy główne kategorie symptomów: 1) utrzymujące się odtwarzanie traumy, 2) uporczywe unikanie bodźców skojarzonych z traumą wraz ze zmniejszeniem się ogólnej reaktywności oraz 3) utrzymujące się objawy psychofizjologicznego pobudzenia [2]. Rozróżnia się stan ostry i chroniczny PTSD. W pierwszym wypadku objawy trwają krócej niż 3 miesiące, ale pojawiają się co najmniej miesiąc po przeżyciu urazu, natomiast w drugim — objawy trwają 3 miesiące lub dłużej. Od 1994 roku w DSM diagnozuje się także zespół ostrego stresu (acute stress disorder, ASD), którego objawy pojawiają się co najmniej dwa dni po przeżyciu urazu i trwają krócej niż miesiąc. W przypadku tego zaburzenia opracowano specjalne procedury terapeutyczne. Wstępne badania wykazały użyteczność terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu ASD i jednoczesnym zapobieganiu PTSD [9].

Badania dotyczące rozpowszechnienia PTSD wykazują, że jest to jedno z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych. Wskaźniki rozpowszechnienia PTSD, uzyskiwane obecnie w różnych badaniach dotyczących populacji ogólnych, są podobne i wynoszą około 10% [26, 28]. Zestawienie tych danych z cytowanymi wcześniej danymi dotyczącymi rozpowszechnienia traumatycznych zdarzeń uświadamia, że u większości osób, które przeżyły uraz, PTSD nie rozwija się. W najnowszych badaniach opisywane są liczne czynniki ryzyka dla tego zaburzenia. Na przykład szczególnie zagrożone grupy to osoby z zaburzeniami psychicznymi, osoby z historią chorób psychicznych w rodzinie, osoby, które przeżyły uraz we wczesnym dzieciństwie oraz kobiety [26]. Podkreśla się także wpływ różnic indywidualnych, specyfiki emocjonalnego przetwarzania oraz tzw. czynników ochronnych (m.in. wsparcie społeczne, odporność psychiczna). Yule, Williams i Joseph [28] zauważają, że część ludzi może być również bardziej narażona na rozwój PTSD z powodu genetycznej czy biologicznej predyspozycji lub też z powodu specyficznej historii doświadczeń ze stresem. Oprócz tego ryzyko wystąpienia PTSD zależy od typu urazu, którego doświadczyła jednostka. Wyniki badań pokazują, że niektóre typy przemocy fizycznej i seksualnej, zwłaszcza zaś gwałt, wykorzystywanie seksualne i dotkliwe pobicie, są związane ze szczególnie wysokim ryzykiem wystąpienia PTSD [26].

Najnowsze badania nad traumatycznym stresem wskazują także na znaczące współwystępowanie PTSD z innymi zaburzeniami, na przykład z lękowymi, depresją i uzależnieniami od substancji psychoaktywnych [28]. Jak już wspomniano przy omawianiu terapii lęku napadowego, wiedza na temat współwystępowania zaburzeń jest dosyć istotna, ponieważ niezbędne mogą okazać się dodatkowe interwencje. W przypadku głębokiej depresji potrzebne może się okazać np. równoległe leczenie farmakologiczne, natomiast w przypadku uzależnienia od alkoholu — jednoczesna terapia uzależnienia. Modyfikacja planu terapii

i dodatkowe interwencje mogą być konieczne również w przypadku współwystępowania takich problemów, jak przeżyty wcześniej inny uraz, nadmierne unikanie, reakcje dysocjacji, traumatyczna żałoba, silny gniew, ataki paniki czy próby samobójcze [27].

Koncepcje teoretyczne dotyczące PTSD

Pierwsze techniki terapeutyczne, stosowane w ramach podejścia poznawczo-behawioralnego w przypadku PTSD, takie jak systematyczna desensytyzacja, trening relaksacji i biofeedback, zostały wypracowane na gruncie teorii uczenia się [29]. Powtarzające się odtwarzanie traumy oraz symptomy pobudzenia, w świetle teorii uczenia się, są postrzegane jako reakcje utrwalone na skutek warunkowania klasycznego. Pojawienie się problemów klinicznych traktowane jest jako zależne od występowania określonych wzmocnień w otoczeniu pacjenta, od ich rodzaju (nieefektywne, awersyjne), a także od niewłaściwej kontroli bodźców. Na dalszy rozwój poznawczo-behawioralnej terapii PTSD miały natomiast znaczny wpływ poznawcze teorie przetwarzania emocji i informacji [30]. Prawie większość autorów głównych teoretycznych koncepcji poznawczych dotyczących PTSD podkreśla w swych pracach rolę przetwarzania informacji, funkcji pamięci i podtrzymywania lęku w procesie powstawania psychopatologii po przeżytym urazie [szczegółowy przegląd głównych teorii — patrz: 31].

W ciągle rozwijanym modelu poznawczym PTSD [32, 33] ogólnie podkreśla się fakt, że po przeżyciu traumy u większości osób pojawiają się naturalne symptomy pourazowe, które z biegiem czasu ustępują. W trakcie tego procesu niezwykle intensywne i nie przystające do istniejących wcześniej w umyśle schematów poznawczych informacje związane z urazem zostają przez umysł przetworzone i zintegrowane. Jednak u części ludzi ten naturalny proces zostaje zakłócony. Osoby te nie są w stanie skutecznie zintegrować informacji związanych z traumą z posiadanymi już wcześniej konceptualizacjami na temat samych siebie, innych ludzi i świata. Ich pamięć o urazie charakteryzuje się znaczną fragmentaryzacją, nie jest w sposób spójny włączana w historię życia. Dzieje się tak z powodu aktywnego unikania poznawczego i emocjonalnego przetwarzania traumy. Brak przetwarzania urazowych wspomnień prowadzi z kolei do podtrzymywania objawów, co przyczynia się do rozwoju zaburzenia.

Sama trauma jest reprezentowana w umyśle pacjenta z PTSD jako ciągle zagrożenie: jej mentalne reprezentacje są przechowywane w pamięci w sieciach skojarzonych z wysokim poziomem lęku. W oksfordzkim poznawczym modelu PTSD [32], opartym na teorii dwoistej reprezentacji Brewina [patrz: 31], zwraca się szczególną uwagę na zapis traumy w pamięci dostępnej sytuacyjnie (situationally accessible memory, SAM), która jest pamięcią niejawną, w przeciwieństwie do pamięci dostępnej werbalnie (verbally accessible memory, VAM). Według tego modelu intruzywne wspomnienia i emocje oraz ich świadome przywoływanie związane są z VAM, natomiast epizody typu flashback, stany dysocjacyjne, koszmary senne oraz sytuacyjne pobudzenie — z SAM. Jednym z głównych celów terapii według modelu oksfordzkiego jest integracja tych dwóch typów pamięci dotyczącej traumy.

Kolejnym czynnikiem ważnym dla rozwoju pourazowej psychopatologii, będącym konsekwencją braku poznawczego i emocjonalnego przetwarzania urazu, jest nadmierne negatywna ocena traumatycznego zdarzenia (i/lub jego przebiegu). Ehlers i Clark [32]

przypuszczają, że osoby cierpiące z powodu PTSD nie są w stanie postrzegać urazu w kategoriach zdarzenia o ograniczonym czasie trwania, bez globalnych, negatywnych implikacji dla ich przyszłości. Uraz może zniszczyć pozytywne i potwierdzić negatywne wcześniejsze przekonania jednostki na temat samej siebie, innych ludzi i świata.

Objawy PTSD są związane z pojawieniem się poczucia, jak gdyby uraz w sposób realny miał miejsce na nowo. Takie ponowne doświadczanie traumy obejmuje raczej wrażenia niż myśli, które są odczuwane bardziej jako mające miejsce tutaj i teraz niż związane z przeszłością. Poczucie zagrożenia może być aktywowane w danym momencie życia pacjenta z PTSD przez często liczne, skojarzone z urazem czynniki wyzwalające (rzeczy, czynności, stany emocjonalne, które zostały powiązane z poczuciem zagrożenia, jak np. jadące po ulicy samochody u pacjenta, który przeżył poważny wypadek drogowy). Aktywacji tej towarzyszą intruzje oraz inne objawy ponownego przeżywania, a także symptomy pobudzenia, lęk i inne reakcje emocjonalne, takie jak gniew, wstyd czy poczucie upokorzenia. Ponadto pacjenci z PTSD mogą doświadczać stanów fizjologicznych i emocji bez świadomości ich związku z przeżytym urazem. Na przykład ofiara napadu rabunkowego może reagować nadmiernie silnym pobudzeniem w sytuacji, kiedy ktoś klepie ją w ramię od tyłu.

Postrzegane zagrożenie wyzwała serię behawioralnych i poznawczych reakcji, które mają przyczynić się do szybkiej redukcji przeżywanego dystresu. Takie reakcje to m.in. „odcinanie się” od emocji, kontrola emocji, tłumienie myśli o urazie, unikanie miejsca, w którym uraz się wydarzył, „przeżuwanie” wspomnień, picie alkoholu itd. Mechanizm związany z potrzebą redukcji dystresu uniemożliwia jednak zmianę dysfunkcyjnych treści poznawczych związanych z urazem, a tym samym podtrzymuje rozwój zaburzenia [32]. Kolejnym czynnikiem podtrzymującym zaburzenie są nieadaptacyjne reakcje na zmienione po urazie warunki życia.

Cele terapii i metody pracy terapeutycznej w przypadku PTSD

Głównymi celami terapeutycznymi w przypadku PTSD według oksfordzkiego modelu poznawczego są: rozpoznanie dominujących treści poznawczych związanych z przeżytym urazem, eksploracja najbardziej trudnych momentów w pamięci o traumie, określenie natury i struktury pamięci o traumie, intruzji, flashbacków i koszmarów sennych oraz rozpoznanie czynników podtrzymujących zaburzenie (to, w jaki sposób pacjent radzi sobie z intruzjami, zachowania unikające, zachowania typu „koła ratunkowe” itd.). Standardowy pakiet terapii w tym modelu składa się z następujących elementów: części edukacyjnej, ponownego przeżywania traumatycznego zdarzenia (ekspozycja wyobrażeniowa), terapii poznawczej stosowanej wobec negatywnych ocen urazu, działań zmierzających do odzyskania przez pacjenta kontroli nad życiem oraz powrotu do miejsca zdarzenia się urazu wraz z terapeutą (ekspozycja in vivo).

Typowa długość terapii poznawczo-behawioralnej pacjenta, cierpiącego na PTSD, wynosi od 8 do 12 sesji terapeutycznych. Należy jednak podkreślić, że czas trwania i przebieg terapii w znacznym stopniu zależą od tego, jakiego typu urazu doświadczył pacjent i czy PTSD ma charakter ostry czy też chroniczny. Można wyróżnić urazy stopnia pierwszego (jednorazowe, krótkotrwałe, jak przeżycie wypadku samochodowego), drugiego (wielokrotne, długotrwałe, jak doświadczenie wieloletniej przemocy w dzieciństwie) oraz trzeciego (nabyte np. poprzez obserwację lub zasłyszanie). Ten ostatni typ urazu może

zaistnieć w sytuacji, kiedy ktoś np. był świadkiem napadu na ulicy, ale warto być świadomym, że dotyczy on także bezpośrednio terapeutów pracujących z pacjentami, którzy doświadczyli traumy. Dlatego też w tego typu pracy terapeutycznej niezwykle ważną rolę odgrywa superwizja, podczas której terapeuta będzie mógł przepracować znaczenie traumy pacjenta dla samego siebie.

W dalszym ciągu zostanie opisana bardziej szczegółowo część edukacyjna w terapii poznawczo-behawioralnej PTSD oraz najczęściej omawiane w literaturze techniki terapeutyczne stosowane w leczeniu tego zaburzenia.

Część edukacyjna terapii

Podczas sesji wstępnej terapeuta przekazuje pacjentowi szczegółowe informacje na temat specyfiki reakcji potraumatycznych (nie tylko na temat intruzji wspomnień i ich unikania, ale także na temat zwiększonego pobudzenia, nadmiernej czujności, trudności w koncentracji uwagi, trudności ze snem, blokowania uczuć itd.) oraz strategii radzenia sobie z tymi reakcjami, które powodują podtrzymywanie symptomów. Warto podkreślić, że ta część cyklu terapeutycznego ma podstawowe znaczenie dla całości terapii.

Pierwszy krok w terapii polega na pomocy pacjentowi w zrozumieniu, że chociaż unikanie myśli i reakcji emocjonalnych w związku z urazem może wydawać się początkowo zbawienne, to w dłuższej perspektywie jest ono tak naprawdę niekorzystne. Richards i Lovell [15] proponują, by posługiwać się w tym celu analogią fabryki. Według tej metafory umysł jest niczym fabryka, w której surowy materiał (doświadczenie zmysłowe) poddaje się maszynowej obróbce po to, aby otrzymać funkcjonalny produkt końcowy. Traumatyczna informacja może być jednak tak trudna do zniesienia, że pacjent unika myślenia na temat urazu, który przeżył, w wyniku czego proces przetwarzania materiału zostaje wstrzymany. Powstaje błędne koło unikania oraz intruzji wspomnień o traumie, a informacja na jej temat jest ciągle zatrzymywana w punkcie wyjścia procesu przetwarzania materiału. Według autorów metafora fabryki może również służyć przedstawianiu różnych form terapii pacjentom. Taka technika behawioralna jak ekspozycja, związana z wywołaniem krótkotrwałego dystresu, byłaby niczym nagle skumulowane ujście zanieczyszczeń z fabryki, prowadzące w efekcie do udoskonalenia produkcji. Techniki poznawcze reprezentują w tej przerośni naprawę urządzeń, natomiast status quo to kontynuacja błędnego koła intruzji i unikania.

Innym przykładem, stosowanym w terapii według modelu oksfordzkiego podczas objaśniania pacjentom koncepcji funkcjonowania różnych rodzajów pamięci, jest metafora szafy. Według tej analogii PTSD jest niczym zamknięta szafa, w której panuje ogromny bałagan. Celem terapii jest otworenie szafy i zrobienie w niej porządku, czyli zintegrowanie różnych informacji o traumie, zapisanych zarówno w pamięci VAM, jak i SAM [14].

Należy zaznaczyć, że bardzo ważne jest, aby podczas wyjaśniania wyjściowych procesów, które przyczyniły się do rozwoju PTSD, podkreślana była ich normalność. W relacji terapeutycznej w przypadku pracy z traumą pierwszorzędne znaczenie ma zaufanie i poczucie bezpieczeństwa pacjenta. Terapeuta powinien więc zwracać szczególną uwagę na jasność swoich wypowiedzi oraz przewidywalność działań.

Pod koniec części edukacyjnej prosi się pacjenta o informacje zwrotne na temat tego, jak zrozumiał wyjaśnienia przebiegu reakcji pourazowej w odniesieniu do samego siebie.

Dzięki takiej praktyce terapeuta ma możliwość uzupełnienia informacji przed przystąpieniem do dalszej części terapii.

Dalsza część terapii

W literaturze dotyczącej terapii poznawczo-behawioralnej [np. 15, 29] podkreśla się rolę trzech głównych technik terapeutycznych stosowanych w przypadku PTSD. Są to kolejno: techniki ekspozycji przedłużonej, techniki restrukturyzacji poznawczej (terapii poznawczej) oraz techniki opanowywania lęku (anxiety management techniques). Te ostatnie, znane również pod nazwą treningu uodporniania na stres (stress inoculation training, SIT), są zestawem metod pomocnych w kontrolowaniu przeżywanego lęku i innych objawów. Pacjenci uczą się takich technik, jak kontrola oddechu, zatrzymywanie myśli, ukierunkowany dialog wewnętrzny czy relaksacja mięśni, na zasadzie edukacji, modelowania lub odgrywania ról, a następnie ćwiczą je samodzielnie w domu. Metody te są często stosowane w początkowej fazie terapii w celu umożliwienia uzyskania przez pacjentów wstępnej kontroli nad odczuwanym dystresem [15]. Obecnie jednak najczęściej stosowaną techniką behawioralną w terapii PTSD jest ekspozycja, polegająca na konfrontacji z bodźcami związanymi z urazem. Autorzy zajmujący się tą problematyką przypuszczają, że technika ta ma wpływ na redukcję objawów na cztery różne sposoby. Mianowicie, pacjent uczy się, że: 1) bodźce przypominające uraz w rzeczywistości nie czynią mu krzywdy, 2) przypominanie sobie urazu nie powoduje przeżywania zagrożenia na nowo, 3) pozostawanie w kontakcie z zagrażającymi wspomnieniami powoduje habituację lęku, 4) doświadczanie lęku związanego z urazem nie prowadzi do utraty kontroli [34].

W terapii PTSD zazwyczaj stosuje się ekspozycję wyobraźniową (imaginal), ze względu na potrzebę uzyskania dostępu do urazowych wspomnień [33]. Na przykład w oksfordzkim poznawczym modelu PTSD stosowany jest rodzaj takiej ekspozycji, zwany ponownym przeżywaniem (reliving). Praca z wyobraźnią ogólnie polega na tym, że pacjent kilkakrotnie przywołuje podczas terapii wspomnienia dotyczące urazu, którego doświadczył. Niezwykle ważne jest, by ćwiczenie to odbywało się w ściśle określony sposób. Zgodnie z regułami ekspozycji pacjent m.in. powinien opowiadać o swym doświadczeniu w pierwszej osobie i w czasie terażniejszym, tak jakby przeżywał traumę ponownie. Typowa sesja terapeutyczna z zastosowaniem ekspozycji wyobraźniowej trwa 1,5 godziny, z czego sama ekspozycja zajmuje przynajmniej 45 minut — zgodnie z założeniem opartym na danych empirycznych, że po tym czasie nastąpi habituacja lęku. Pozostały czas zagospodarowany jest na przygotowanie planu sesji, informacje zwrotne, ustalanie pracy domowej itd. Zaleca się, w ramach pracy domowej, codzienne samodzielne powtarzanie przez pacjenta tego, co działo się podczas sesji. Po upływie 1—3 sesji, podczas których stosowana jest ekspozycja wyobraźniowa, pacjenci są zazwyczaj w stanie zidentyfikować tzw. gorące punkty w pamięci dotyczącej traumy, które wywołują największy dystres. W celu monitorowania poziomu nasilania się emocjonalnego pobudzenia oraz następującej habituacji, po każdej części ekspozycji, dotyczącej konkretnego wyobrażenia, stosowane są proste skale mierzące poziom lęku (np. ośmiostopniowe, w których 0 — to brak lęku, a 8 — to lęk bardzo silny). Należy jednak wspomnieć, że wśród pacjentów cierpiących na PTSD występuje powszechnie tendencja do pomijania tych aspektów traumy, które wiążą się ze szczególnym dystresem. Może więc zdarzyć się tak, że pacjenci będą opowiadać o tych

najbardziej stresujących aspektach swojego doświadczenia dopiero podczas dalszych sesji. W przypadku, kiedy pacjent nie wykazuje habituacji lęku podczas sesji wstępnej, zaleca się ustalenie dodatkowych sesji ekspozycji w odstępie kilku dni [27, 15].

Istotną cechą ekspozycji wyobraźniowej jest nie tylko celowe wywoływanie lęku w kontrolowanych warunkach podczas terapii, ale także wpływ na formowanie się w umyśle pacjenta nowego rodzaju pamięci dotyczącej traumy, w trakcie głośnego opowiadania o doświadczeniu dokonuje się bowiem przetwarzanie informacji. Wraz z opowiadaniem o traumie (lub podczas jej ekspresji np. poprzez rysowanie) nie tylko zmniejsza się lęk, poczucie winy i wstydu pacjenta, ale także zwiększa się jego poczucie kontroli. Po kilku próbach opowiadania pojawia się większy dystans emocjonalny, pojawiają się też zmiany na poziomie języka — pacjent postrzega siebie już nie jako ofiarę, ale raczej jako osobę, która przeżyła uraz. Ponadto technika ekspozycji pomaga w identyfikacji dysfunkcyjnych treści poznawczych, którymi można się zająć poprzez zastosowanie technik poznawczych po każdej sesji ekspozycji. W trakcie analizy treści poznawczych dotyczących doświadczenia pacjenta niezwykle istotne jest dotarcie do znaczenia, jakie przypisuje on traumie i jej następstwom. Zdaniem wielu autorów transformacja sensu urazu ma podstawowe znaczenie dla procesu zdrowienia [32, 35].

Przeżycie urazu wpływa przede wszystkim na przekonania dotyczące takich zagadnień, jak własna wartość, bezpieczeństwo, zaufanie, władza, szacunek i intymność, w związku z czym częste wśród pacjentów przekonania związane z negatywną oceną przeżytej traumy, to na przykład: „nigdzie nie jest bezpiecznie”, „sam prowokuję katastrofy”, „nikomu nie można ufać”, „nie poradzę sobie z tym”, „oni na pewno chcą mnie skrzywdzić”, „stracę nad sobą kontrolę i oszaleję”. Wpływ treści poznawczych na emocje można zobrazować przykładem pacjenta, który przeżył napad rabunkowy i którego przekonanie o braku bezpieczeństwa doprowadziło do automatycznych myśli na temat złowrogich intencji przypadkowo spotkanej w sklepie osoby [27].

Po identyfikacji błędów poznawczych (np. uogólnianie niebezpieczeństwa, myślenie w kategoriach „białe — czarne” itd.) oraz dysfunkcyjnych myśli i przekonań związanych z oceną urazu (zwłaszcza tych „gorących”, a więc powodujących szczególnie dystres), następuje przejście do poszukiwania bardziej realistycznych i pomocnych alternatyw dla schematów poznawczych pacjenta. W celu pomocy pacjentowi w tym procesie można wykorzystywać standardowe techniki poznawcze. Zalecane jest zwłaszcza przeprowadzanie eksperymentów behawioralnych. Na przykład w przypadku zgwałconej pacjentki, która unika kontaktów społecznych, ponieważ obawia się przebywać sama z mężczyznami, można zaplanować eksperyment, w którym będzie ona kontaktować się z mężczyznami w sposób stopniowy. Pierwszym takim kontaktem może być np. przebywanie w jednym pomieszczeniu z terapeutą płci męskiej.

Warto nadmienić, że w terapii PTSD ważne jest także uczenie pacjenta radzenia sobie z tymi sytuacjami, które pozornie mogą wydawać się nie związane z faktem przeżycia traumy. Identyfikacja sytuacji, w których przejawia się wpływ traumy, może umożliwić rozpoczęcie procesu radzenia sobie z nimi — po to, aby zmniejszyć tendencję pacjenta do wchodzenia w rolę ofiary. Na przykład dla osoby molestowanej seksualnie w dzieciństwie, wykorzystywanej w pracy, potrzebne może okazać się ćwiczenie asertywności, a następnie praktyczne próbowanie jej w różnych sytuacjach życiowych. Natomiast według oksfordz-

kiego modelu terapii PTSD niezwykle istotnym problemem, którym należy się zająć w pierwszej kolejności, jest uczenie pacjentów radzenia sobie z intruzjami oraz nagłymi nawrotami urazu (epizodami typu flashback), które wzbudzają silny niepokój. W tym celu wykorzystuje się różne techniki, na przykład pokazujące skutki tłumienia myśli, dotyczące odróżniania przeszłości od rzeczywistości, oraz służące do monitorowania rodzaju i częstotliwości myśli intruzywnych.

Techniki terapii poznawczej zaleca się wprowadzać jeszcze przed zastosowaniem ekspozycji wyobraźniowej, po to, aby w trakcie konfrontacji z traumą pacjenci mogli zastosować poznaną już wiedzę i umiejętności. Jest to użyteczne również dlatego, że może ułatwić przekonanie pacjenta co do celowości przywoływania urazowych wspomnień w trakcie ekspozycji [33, 15, 29].

Ponadto w terapii pacjentów z PTSD, w modelu poznawczo-behawioralnym, często stosowane są także inne techniki terapeutyczne, takie jak wspomniana wcześniej ekspozycja *in vivo* (w tym przypadku jest to konfrontacja z realnymi sytuacjami związanymi z traumą), zatapianie, systematyczna desensytyzacja, biofeedback, techniki terapii przetwarzania poznawczego (cognitive processing therapy, CPT)³ oraz desensytyzacja i przetwarzanie za pomocą ruchów oczu (eye movement desensitization and reprocessing, EMDR) [szczegółowy opis wymienionych technik — patrz: 29].

Badania nad skutecznością terapii w przypadku PTSD

Jak już wspomniano, w nurcie poznawczo-behawioralnym przeprowadzono najwięcej poprawnych metodologicznie badań nad skutecznością psychoterapii. Foa i Meadows [23] potwierdziły to spostrzeżenie dokonując krytycznego przeglądu badań dotyczących leczenia PTSD w odniesieniu do najważniejszych standardów (tzw. gold standards) opracowanych dla badań klinicznych. Techniki poznawcze i behawioralne są jednak stosowane w terapii tego zaburzenia dopiero od niedawna. Fakt ten nie dziwi, gdyż PTSD zostało wprowadzone przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne do DSM dopiero w 1980 roku. Mimo to od tego czasu pojawiło się wiele publikacji z zakresu psychiatrii i psychologii, demonstrujących znaczną skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu PTSD [15].

Cohen, Berliner i March [36], dokonując zestawienia wyników badań nad skutecznością różnych form terapii w przypadku dzieci i młodzieży cierpiących na PTSD, rekomendują terapię poznawczo-behawioralną na pierwszym miejscu — przed EMDR, terapią farmakologiczną, psychoterapią dynamiczną, debriefingiem, terapią rodzinną oraz grupową. W przypadku leczenia osób dorosłych zostały przeprowadzone badania dokumentujące skuteczność poszczególnych technik terapeutycznych. Pozytywne wskaźniki skuteczności przedłużonej ekspozycji uzyskano w 12 kontrolowanych metodologicznie badaniach [29]. Obecnie można powiedzieć, że jest to rekomendowana technika w leczeniu PTSD, przy czym ekspozycja na realne bodźce (*in vivo*) okazuje się bardziej skuteczna niż ekspozycja na bodźce wyobrażone [23]. W przypadku technik ekspozycji wykazano również bardziej długotrwały efekt redukcji symptomów w porównaniu z SIT.

Z przeglądu badań dokonanego przez Resick [33] wynika, że skuteczność wyłącznie

³ CPT została opracowana z myślą o ofiarach zgwałcenia i zawiera elementy terapii poznawczej oraz ekspozycji.

terapii poznawczej w leczeniu PTSD jest porównywalna do skuteczności techniki przedłużonej ekspozycji [por. 15]. Jeżeli chodzi o skuteczność pozostałych technik, to istnieje znacznie mniej dobrze kontrolowanych badań na ten temat. Wykazano pewną skuteczność SIT oraz CPT. Natomiast w przypadku EMDR brakuje jak na razie danych świadczących o tym, by technika ta niosła jakieś dodatkowe korzyści terapeutyczne w porównaniu ze standardowymi terapiami ekspozycji [27]. Rothbaum i współautorzy [29], z powodu niedostatecznej liczby badań, nie rekomendują z kolei SD, biofeedbacku i treningu relaksacji. Wskazują także na ograniczenia każdej z technik stosowanych w terapii poznawczo-behawioralnej w związku z różnicami indywidualnymi. Na przykład nie dla wszystkich pacjentów, którzy przeżyli traumę, odpowiednia jest technika przedłużonej ekspozycji, ponieważ część z nich może być niechętna konfrontacji z traumą oraz może bardzo słabo tolerować towarzyszący tej technice wzrost lęku i innych symptomów. Technika ta nie jest rekomendowana również wtedy, gdy pacjent na przeżyty uraz reaguje gniewem, poczuciem winy lub wstydu. W takich przypadkach zalecane jest stosowanie wyłącznie technik terapii poznawczej i technik opanowywania lęku. Ponadto, jak wykazują wstępne badania przeprowadzone przez Bryanta i Harvey [27], ekspozycja może być także niewskazana w przypadku osób głębiej zaburzonych.

Podsumowanie

Celem naszego artykułu było zaprezentowanie w miarę aktualnej wiedzy wypracowanej w ramach podejścia poznawczo-behawioralnego, po to, by unaocznić jego niezwykle dynamiczny rozwój, jaki dokonał się zwłaszcza w ciągu ostatnich 20 lat. W artykule zostały zasygnalizowane możliwości stosowania terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu takich zaburzeń lękowych, jak zespół lęku napadowego i PTSD. Jak wykazują przedstawione badania, terapia prowadzona w tym nurcie charakteryzuje się dosyć wysoką efektywnością [por. 15]. Według naszego przekonania proponuje ona ogólnie wiele odkrywczych metod leczenia w przypadku obu zaburzeń. Jak się wydaje, metody te są nowe, zwłaszcza dla polskiego rynku usług terapeutycznych, na którym podejście poznawczo-behawioralne wciąż nie jest w wystarczającym stopniu reprezentowane.

Piśmiennictwo

1. Seligman MEP, Walker EF, Rosenhan DL, red. *Abnormal psychology*. 4th edition. New York: Norton&Co.; 2001.
2. Hackmann A. Behavioural and cognitive psychotherapies: past history, current applications and future registration issues. *Beh. Cogn. Psychother.* 1993; 21; supl. 1.
3. Hawton K, Salkovskis P, Kirk J, Clark D. *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide*. Oxford: Oxford University Press; 1989.
4. Kokoszka A, Popiel A, Sitarz M. Terapia poznawczo-behawioralna w polskiej psychoterapii: analiza piśmiennictwa. *Psychoter.* 2000; 2: 53-61.
5. Potoczek A. Kognitywna terapia depresji. *Psychoter.* 1994; 2: 39-44.
6. Potoczek A. Oksfordzka poznawcza terapia lęku napadowego. *Psychoter.* 1997; 1: 65-77.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. 4th edition. Washington: APA; 1994.
8. Lader M, Marks IM. *Clinical anxiety*. London: Heineman; 1971.
9. Beck AT, Laude R, Bohnert M. Ideational components of anxiety neurosis. *Arch. Gen. Psychiatry* 1974; 31: 319-325.

10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3th edition. Washington: APA; 1980.
11. Mathews AM, Gelder MG, Johnson DW. Agoraphobia nature and treatment. New York: Guilford Press; 1981.
12. Clark DM. A cognitive approach to panic. *Beh. Res. Ther.* 1986; 24: 461-470.
13. Beck AT, Emery G, Greenberg RL. Anxiety disorders and phobias. New York: Basic Books; 1985.
14. Ehlers A, Margraf J. The psychophysiological model of panic attacks. W: Emmelkamp PMG, Everaerd WT, Kraaiaat F, van Son MJM, red. Fresh perspectives on anxiety disorders. Amsterdam: Swets i Zeitlinger; 1989.
15. Richards D, Lovell K. Behavioural and cognitive behavioural interventions in the treatment of PTSD. W: Yule W, red. Post-traumatic stress disorders. Concepts and therapy. Chichester: Wiley & Sons; 2000.
16. Arntz A, van den Hout M. Psychological treatment of panic disorder without agoraphobia: cognitive therapy versus applied relaxation. *Beh. Res. Ther.* 1996; 34: 113-121.
17. Ehlers A. Somatic symptoms and panic attacks: clinical course and factors associated with maintenance. *J. Abn. Psychol.* 1993; 104: 164-172.
18. Salkovskis PM. The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: a cognitive account. *Beh. Psychother.* 1991; 19: 6-19.
19. Barlow DH, Cerny JA. Psychological treatment of panic. New York: Guilford; 1988.
20. Clark DM, Salkovskis PM, Gelder M, Hackmann A, Middleton H, Jeavons A. Tests of cognitive theory of panic. W: Hand I, Wittchen WU, red. Panic and phobias II. Berlin: Springer-Verlag; 1988.
21. Margraf J, Ehlers A. Panic attack in non-clinical subjects. W: Hand I, Wittchen HU, red. Panic and phobias II. Berlin: Springer-Verlag; 1988.
22. Barlow DH, Craske MG, Cerny JA, Klosko JS. Behavioural treatment of panic disorder. *Beh. Ther.* 1989; 20: 261-282.
23. Foa EB, Meadows EA. Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder. W: Yehuda R, red. Psychological trauma. Washington: American Psychiatric Press; 1998.
24. Ost LG, Westling B. Applied relaxation vs. cognitive therapy in treatment of panic disorder. *Beh. Res. Ther.* 1995; 33: 145-158.
25. Roth A, Fongay P. What works for whom? New York: Guilford Press; 1996.
26. Breslau N. Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder. W: Yehuda R, red. Psychological trauma. Washington: American Psychiatric Press; 1998.
27. Bryant RA, Harvey AG. Zespół ostrego stresu [wstępnie proponowany tytuł polskiego wydania]. Warszawa: PWN [w druku].
28. Yule W, Williams R, Joseph S. Post-traumatic stress disorders in adults. W: Yule W, red. Post-traumatic stress disorders. Concepts and therapy. Chichester: Wiley & Sons; 2000.
29. Rothbaum BO, Meadows EA, Resick P, Foy DW. Treatment approaches for PTSD and treatment guidelines: cognitive-behavioral therapy. W: Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, red. Effective treatments for PTSD. New York: Guilford Press; 2000.
30. Rothbaum BO, Foa EB. Cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. W: van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L. red. Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body and society. New York: Guilford Press; 1996.
31. Dalgleish T. Cognitive theories of post-traumatic stress disorder. W: Yule W, red. Post-traumatic stress disorders. Concepts and therapy. Chichester: Wiley & Sons; 2000.
32. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Beh. Res. Ther.* 2000; 38: 319-345.
33. Resick P. Cognitive therapy for posttraumatic stress disorder. *J. Cogn. Psychother. Int. Quart.* 2001; 15(4): 321-329.
34. Jaycox LH, Foa EB. Obstacles in implementing therapy for PTSD: case discussions and practical solutions. *Clin. Psychol. Psychother.* 1996; 3: 176-184.
35. Hembree EA, Foa EB. Posttraumatic stress disorder: psychological factors and psychosocial interventions. *J. Clin. Psychiatry* 2000; 61(supl. 7): 33-39.

36. Cohen JA, Berliner L, March JS. Treatment approaches for PTSD and treatment guidelines: treatment of children and adolescents. W: Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, red. Effective treatments for PTSD. New York: Guilford Press; 2000.

Adres: Wydział Psychologii UW
ul. Stawki 3/5
00-183 Warszawa