

*Magdalena Gulcz**

Centrum Terapii Poznawczo-Behawioralnej
Warszawa

*Małgorzata Polak***

Uniwersytet Warszawski

Zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu wybranych zaburzeń lękowych: zespołu lęku napadowego i PTSD¹

W artykule przedstawiono przegląd literatury dotyczącej terapii poznawczo-behawioralnej wybranych zaburzeń lękowych: zespołu lęku napadowego i zespołu stresu pourazowego (PTSD). Autorki omawiają główne koncepcje teoretyczne w tym podejściu, jak również ogólne cele terapii i stosowane metody pracy terapeutycznej. Prezentują także przegląd badań nad skutecznością proponowanej formy leczenia.

Dynamiczny rozwój podejścia poznawczo-behawioralnego, określane przez niektórych autorów nawet jako „poznawcza rewolucja” w psychoterapii (Seligman, Walker i Rosenhan, 2001), obserwujemy od lat 80. ubiegłego wieku. Fundamentem poznawczo-behawioralnej terapii zaburzeń psychicznych jest odniesienie do dorobku naukowego wypracowanego 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 koncepcjach teoretycznych, obserwacjach klinicznych oraz ustaleniach uzyskanych dzięki prowadzonym badaniom. Niezwykle istotna jest w związku z tym empiryczna ocena skuteczności leczenia. Jej znaczenie podkreśla jedna z podstawowych zasad etycznych opracowanych w tym podejściu (Hackmann, 1993). Pozostałe zasady dotyczą takich ważnych aspektów terapii, jak koncentracja na „tu i teraz”, współpraca terapeutyczna pomiędzy pacjentem i terapeutą, stosowa-

* Adres do korespondencji: Centrum Terapii Poznawczo-Behawioralnej, ul. Wiejska 14/27, 00-490 Warszawa, e-mail: ctpb@wp.pl

** Adres do korespondencji: Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, ul. Stawki 5/7, 00-183 Warszawa.

¹ Artykuł drukowany również w kwartalniku *Psychoterapia*, 2(121), Lato 2002.

nie jawnych, uzgodnionych i operacyjnie zdefiniowanych strategii terapeutycznych oraz specyfikacja celów terapii wybranych przez pacjenta, konieczna do wprowadzania pożądanых zmian (bardziej szczegółowe omówienie zasad terapii poznawczo-behawioralnej — zob. np. Hawton, Salkovskis, Kirk i Clark, 1989).

Historię terapii poznawczo-behawioralnej (TPB) oraz jej podstawowe koncepcje przedstawiono w wielu publikacjach w głównych polskich czasopismach psychiatrycznych i psychologicznych (zob. przegląd w: Kokoszka, Popiel i Sitarz, 2000). W polskim piśmiennictwie omawiane były także m.in. poznawcze modele leczenia depresji (Potoczek, 1994) oraz lęku napadowego (Potoczek, 1997). Dzięki Polskiemu Towarzystwu Terapii Poznawczo-Behawioralnej oraz Sekcji Terapii Poznawczo-Behawioralnej przy Polskim Towarzystwie Psychologicznym 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 niektórych mitów na jej temat. Jednym z nich jest przekonanie, że celem terapii jest nauczenie pacjenta pozytywnego, racjonalnego myślenia, a jej koncepcja — niczym książka kucharska — jest zbiorem pożytecznych technik terapeutycznych.

Celem naszego artykułu jest przegląd aktualnego piśmiennictwa, w którym omówiono zastosowanie TPB w odniesieniu do takich wybranych zaburzeń lękowych, jak lęk napadowy oraz zespół stresu pourazowego (PTSD). W prezentowanych przez nas pozycjach literatury opisano 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 przegląd piśmiennictwa w wymienionym zakresie nie jest wyczerpujący i będzie wymagał obszerniejszego opracowania.

Terapia poznawczo-behawioralna w przypadku lęku napadowego

Lęk napadowy (inaczej zespół paniki, *panic disorder*) charakteryzuje występowanie 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 (American Psychiatric Association, 1994)². W literaturze opisującej genezę tego zaburzenia — w związku z obser-

² W artykule odwołujemy się do *DSM* (a nie *ICD*) z tego względu, że wszystkie prezentowane przez nas badania odnoszą się do tej właśnie klasyfikacji.

wacjami klinicystów, że wielu pacjentów doświadcza lęku przy braku oczywistego zagrożenia — zwraca się uwagę, że pojawiające się napady lęku oraz stany lękowe często opisywano po prostu jako lęk nieokreślony (*free floating anxiety*) (Lader i Marks, 1971). Ten punkt widzenia z pozycji obserwatora, a nie pacjenta, został podważony przez przedstawicieli teorii poznawczych. Pacjenci opisujący podczas wywiadów diagnostycznych swoje myśli i wyobrażenia jednoznacznie postrzegali zagrażające im niebezpieczeństwo, a odczuwany lęk wydawał się zrozumiałą reakcją na dokonaną przez nich (błędna) ocenę sytuacji (Beck, Laude i Bohnert, 1974). Obserwacja ta przyczyniła się do rozwoju terapii w podejściu poznawczo-behawioralnym, w której leczenie stanów lękowych zaczęto opierać na identyfikowaniu, weryfikowaniu i modyfikowaniu nierealistycznych znaczeń nadawanych lękowi oraz tych zachowań, które pełniły rolę czynników podtrzymujących (tzw. zachowań ratunkowych).

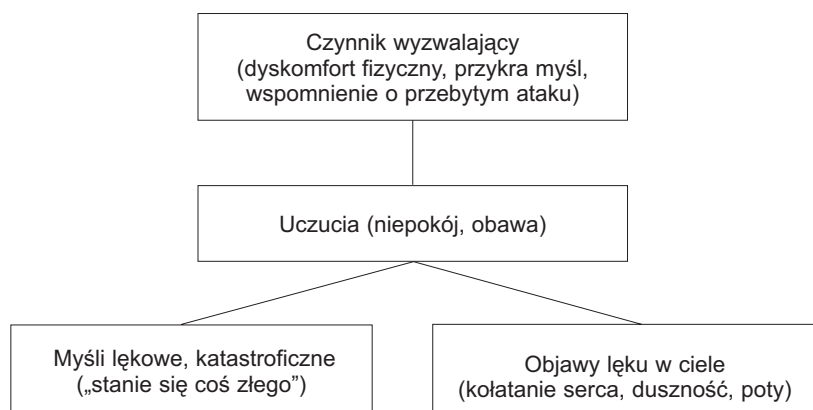
Zanim w 1980 roku opublikowano kolejną edycję obowiązującej w Stanach Zjednoczonych klasyfikacji zaburzeń psychicznych (American Psychiatric Association, 1980), występowanie zaburzenia lęku napadowego było ignorowane bądź traktowano je jako czynnik przeszkadzający w psychologicznym leczeniu agorafobii (Mathews, Gelder i Johnson, 1981). Przyjęcie nowej koncepcji rozumienia zaburzeń lękowych w *DSM-III*, w której podstawą definiowania lęku był punkt widzenia pacjenta, spowodowało, że lęk napadowy uznano za niezależną jednostkę, która może występować wtórnie również w innych zaburzeniach. Nadanie nowej rangi zespołowi paniki sprawiło, że stał się on jednym z głównych obiektów zainteresowania teoretyków podejścia poznawczego (Clark, 1986).

Koncepcje teoretyczne dotyczące zespołu lęku napadowego

Podstawową cechą zaburzenia lęku napadowego jest występowanie głębokiego lęku (paniki). W *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994) definiuje się 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 czucia lub poczucia nierealności (derealizacja lub depersonalizacja). W ten sposób zdefiniowana panika może występować we wszystkich zaburzeniach lękowych, takich jak fobia społeczna, zaburzenia związane z doświadczeniem traumatycznego stresu, hipochondria, a nawet w zaburzeniach depresyjnych (Beck, Emery i Greenberg, 1985). Jednak kryteria diagnostyczne w *DSM-IV* dotyczące zaburzenia lęku napadowego 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 wywoływane przez konfrontację z konkretną sytuacją mającą związek z fobią czy też przez lęk związany z oczekiwaniem wystąpienia paniki, tzw. „lęk przed lękiem”. Osoby z rozpoznaniem napadowego lęku z agorafobią są w stanie przewidzieć, w ja-

kich okolicznościach może pojawić się lęk i konsekwentnie starają się unikać takich miejsc lub sytuacji. Nie jest to możliwe w przypadku napadowego lęku bez agorafobii, ponieważ osoby z takim rozpoznaniem nie wiedzą, kiedy lęk wystąpi. Należy zaznaczyć, że pojawianie się objawów paniki w tym zaburzeniu nie można wyjaśnić ani przyczynami medycznymi (np. chorobą serca lub innymi problemami zdrowotnymi), ani skutkami spożycia substancji aktywnych, takich jak kofeina bądź też zatrucia nimi.

Wielu badaczy przyjmujących podejście biologiczne przypisuje niespodziewane pojawianie się paniki zaburzeniom neurochemicznym. Zwolennicy podejścia poznawczego (Beck i in., 1985; Clark, 1986; Ehlers i Margraf, 1989; Richards i Lovell, 2000) spierają się z takim ujęciem. Teoretyczny model lęku napadowego w tym podejściu (Beck i in., 1985; Clark, 1986) wiąże zjawisko nawracających napadów głębokiego lęku z trwałą, wyuczoną tendencją do interpretowania doświadczanych objawów autonomicznych w katastroficzny sposób. Co więcej, katastroficzne myśli są postrzegane przez jednostkę jako wskaźniki lub wręcz dowody natychmiastowej, bezpośrednio zagrażającej fizycznej bądź umysłowej „katastrofy” (np. palpacja jest dla pacjenta dowodem ataku serca, zaś pojawiające się dziwne myśli są z kolei dowodem utraty kontroli lub choroby umysłowej). Tego rodzaju percepcja prowadzi do jeszcze większego nasilenia objawów i tym samym zamyka się błędne koło lęku (Ehlers i Margraf, 1989). Ilustruje to przedstawiony poniżej poznawczy model lęku napadowego (Clark, 1986):



Model poznawczy wyjaśnia występowanie zarówno ataków skojarzonych z sytuacją wywołującą fobię, jak i tych pojawiających się niespodziewanie (Arntz i van den Hout, 1996). Ataki paniki związane z fobią można zrozumieć w następujący sposób: dana osoba 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 specyficznym miejs-

cu, jak autobus, lub sytuacji — jak przebywanie w tłumie — może następnie unikać takich okoliczności, ponieważ po napadzie paniki zwykle utrzymuje się obawa przed wystąpieniem kolejnego ataku. Natomiast w przypadku niespodziewanych ataków paniki, niepoprzedzonych występowaniem lęku przed lękiem, pacjenci często błędnie interpretują objawy, które początkowo mogły być wywołane przez inną reakcję emocjonalną (złość, podniecenie) albo zupełnie neutralne zdarzenie, takie jak wykonanie ćwiczeń fizycznych (brak tchu, palpacja), wypicie zbyt dużej ilości kawy (palpacja) czy szybkie podniesienie się po dłuższym okresie siedzenia (zawroty głowy). W tego rodzaju sytuacjach nie dostrzegają czynników spustowych wyzwalających objawy, które następnie doprowadziły do ataku paniki.

Badania nad rozpowszechnieniem lęku napadowego w krajach Europy Zachodniej i Stanach Zjednoczonych wykazują, że od 7 do 28% populacji osób zdrowych doświadcza paniki w ciągu swego życia (Ehlers i Margraf, 1989). 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 zdrowych rozwija się zaburzenie lęku napadowego, co, jak już wspomniano, model poznawczy wyjaśnia poprzez utrwalenie 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 związanych z reakcją lekarzy lub osób bliskich w konfrontacji z pierwszym atakiem paniki pacjenta (Ehlers, 1993).

Co podtrzymuje katastroficzny sposób myślenia?

Jak wytłumaczyć to, że pacjenci utrzymują tendencje do katastroficznego interpretowania objawów mimo wielu dowodów podważających ich sposób myślenia? Jak to się dzieje, że osoba, która obawia się utraty przytomności podczas napadu paniki, ciągle wierzy, iż może jej się to przytrafić, mimo że doświadczyła już wielu takich ataków i nie zemdląła oraz wie, że u podstaw jej problemu nie leżą żadne przyczyny medyczne?

Według przedstawicieli podejścia poznawczego (Clark, 1986; Ehlers i Margraf, 1989; Salkovskis, 1991) gdy katastroficzny sposób myślenia zostanie utrwalony, dwa inne czynniki wpływają na podtrzymywanie występowania paniki. Są to: wybiórcza uwaga oraz zachowania związane z unikaniem. Kiedy pacjent boi się pewnych sytuacji, może stać się bardzo wyczulony na sygnały napływające z własnego ciała. Wskutek tego dostrzega objawy, na które inni nie zwracają uwagi. Zaobserwowane symptomy traktuje jako wskaźniki nadchodzącego niebezpieczeństwa, co w konsekwencji prowadzi do paniki. Reakcje unikania, które wykazują osoby z napadowym lękiem z agorafobią i bez agorafobii, nie pozwalają z kolei skonfrontować się z realnymi bodźcami

skojarzonymi z lękiem, a tym samym — zweryfikować negatywnych sposobów myślenia. Reakcje te mogą polegać na fizycznym unikaniu 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 rychłą śmiercią, mogą unikać wszelkich aktywności związanych z wysiłkiem fizycznym. U innych osób uczucie „miękkich nóg” mogą towarzyszyć obawy przed utratą równowagi i upadkiem, w związku z tym będą starały się chodzić wyłącznie wzdłuż ścian czy murów, napinać mięśnie nóg lub nosić obuwie wyłącznie na płaskim obcasie.

Cele terapii i metody pracy terapeutycznej w przypadku lęku napadowego

Terapia zaburzenia lęku napadowego w podejściu poznawczo-behawioralnym opiera się na przedstawionym wcześniej teoretycznym modelu paniki. Model ten umożliwił opracowanie szczegółowych koncepcji terapii leczenia tego zaburzenia. Najbardziej znane to oksfordzka terapia poznawcza lęku napadowego (Potoczek, 1997) oraz stworzona przez Barlowa (Barlow i Cerny, 1988) Albany-based Panic Control Treatment (PTC). Na terapię typowo składa się osiem sesji. Jej celem jest przede wszystkim zidentyfikowanie katastroficznych interpretacji autonomicznych symptomów związanych z paniką, a następnie poddanie ich weryfikacji, zmodyfikowanie i znalezienie innych, bardziej obiektywnych sposobów interpretowania (Clark, 1986).

Weryfikacja katastroficznych sposobów myślenia odbywa się głównie za pomocą poznawczych technik werbalnych oraz eksperymentów behawioralnych. Zgodnie z podejściem poznawczo-behawioralnym pacjent często tendencyjnie interpretuje objawy autonomiczne, ponieważ nie dysponuje innymi, alternatywnymi sposobami wyjaśnienia symptomów pojawiających się w czasie paniki. W toku terapii wprowadza się elementy edukacji pacjenta (polegające przede wszystkim na zapoznaniu go z poznawczym modelem lęku napadowego) oraz analizuje dotychczasowe doświadczenia, które kształtowały jego obecny sposób interpretowania objawów. Różnorodne eksperymenty behawioralne umożliwiają natomiast sprawdzenie w praktyczny sposób wiarygodności dotychczas stosowanych interpretacji. W terapii stosuje się również tzw. kalendarze samoobserwacji. Obserwowanie siebie jest przedmiotem pracy domowej pacjenta i stanowi dodatkowe źródło dowodów, które można wykorzystać w celu wypracowania bardziej korzystnych interpretacji pojawiających się objawów.

Stosowane techniki werbalne mają na celu zweryfikowanie znaczenia nadanego przez pacjenta doświadczanym objawom. Dowody wspierające i podważające aktualne sposoby myślenia dostarczają nowych informacji, które mogą pomóc zakwestionować katastroficzne myśli, wyjaśnić znaczenie dotych-

czasowych doświadczeń oraz uwypuklić sekwencje pojawiania się objawów i myśli w atakach paniki — a tym samym ułatwić pacjentowi zrozumienie, 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 (Clark, Salkovskis, Gelder, Hackmann, Middleton i Jeavons, 1988) wykorzystano manipulację poznawczą, która polegała na tym, że proszono pacjentów o wielokrotne przeczytanie na głos par zwrotów opisujących objawy autonomiczne i katastroficzne interpretacje, na przykład: „palpitacja — umieram”, „nie mogę swobodnie oddychać — duszę się”, „zawroty głowy — tracę przytomność”. Koncentrowanie uwagi na tych słowach prowokowało autonomiczne symptomy i w przekonujący sposób demonstrowało pacjentowi, jak negatywne treści poznawcze mogą prowadzić do paniki. Powyższa prawidłowość nie wystąpiła w grupie kontrolnej, a więc u osób niecierpiących na zaburzenie lęku napadowego.

Doświadczenia zdobyte drogą eksperymentu behawioralnego umożliwiają także weryfikację katastroficznych interpretacji doznań pojawiających się w czasie napadu paniki. Jednym z czynników odpowiedzialnych za wystąpienie objawów paniki (dotyczy to około 60% populacji osób cierpiących na napadowy lęk) jest związane ze stresem zjawisko hiperwentylacji. Indukowane tą drogą zaburzenie równowagi pomiędzy zawartością dwutlenku węgla i tlenu we krwi wywołuje podobne lub niekiedy te same symptomy, co występujące w czasie napadu lęku. Sprowokowanie symptomów paniki poprzez hiperwentylację w gabinecie terapeuty jest kolejnym sposobem weryfikacji błędnych interpretacji pacjenta oraz powodowania habituacji lęku. Do zmiany katastroficznych interpretacji objawów może prowadzić także przekazanie pacjentowi pewnej wiedzy. Informacja o ilości tlenu może okazać się wystarczająca do podważenia wiarygodności myśli o śmierci przez uduszenie się na skutek braku tlenu w pomieszczeniu. Innym celem eksperymentów behawioralnych jest „manipulacja” subtelnymi reakcjami unikania (zachowaniami ratunkowymi) po to, aby zademonstrować 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 przez duszenie się. W innych przypadkach zrozumienie przyczyn błędnych interpretacji objawów nie jest

proste, nawet dla samego pacjenta. Posłużmy się przykładem 51-letniej pacjentki, która wierzyła, że zawroty głowy są oznaką następującego wylewu krwi do mózgu. Jedyńm dowodem, jaki przytoczyła na poparcie swojego sposobu myślenia, było wspomnienie zmarłej matki, która tuż przed wylewem narzekała na zawroty głowy.

Warto również wspomnieć o ogólnej koncepcji zaburzeń lękowych (Beck i in., 1985), którą można sprowadzić do równania:

$$\text{Lęk} = \frac{\text{spostregane prawdopodobieństwo wystąpienia zagrożenia} \times \text{spostregana strata spowodowana wystąpieniem zagrożenia}}{\text{spostregana umiejętność poradzenia sobie w danej sytuacji}}$$

Osoby z zaburzeniami lękowymi, w tym również z lękiem napadowym i PTSD, przeceniają własną podatność na zagrożenie oraz prawdopodobieństwo jego wystąpienia. Co więcej, zagrożenie to postrzegają od razu jako katastrofę. Nie doceniają natomiast własnych umiejętności poradzenia sobie w tej sytuacji. Przy uwzględnieniu powyższej koncepcji terapia zaburzenia lęku napadowego będzie koncentrować się na trzech poziomach. Po pierwsze — na ukazaniu pacjentowi, że niepokojący objaw niekoniecznie jest dowodem zagrożenia, po drugie — że nawet jeśli zagrożenie wystąpi, niekoniecznie będzie 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 następnie stosuje inne uprzednio poznane techniki relaksacji) oraz techniki oparte na metodzie przewarunkowania (Margraf i Ehlers, 1988). Celem tych ostatnich jest wytworzenie akceptowanych i przystosowawczych reakcji na bodźce. Procedura przewarunkowania polega na wzmacnianiu nowej reakcji przeciwstawnej do wcześniej uwarunkowanej, co prowadzi do eliminacji reakcji dotychczasowej. Podczas stosowania tych technik zachodzi więc stopniowa konfrontacja z bodźcami skojarzonymi z lękiem, w efekcie — jego habituacja. Konfrontacja z bodźcami wywołującymi lęk może odbywać się w wyobraźni (tzw. systematyczna desensytyzacja) lub w realnej sytuacji życiowej (ekspozycja *in vivo*) (Barlow, Craske, Cerny i Klosko, 1989). Z innych technik behawioralnych często stosowana jest również technika zatapiania (zanurzania, *flooding*), będąca formą ekspozycji³. Warto jednak wspomnieć, że w terapii poznawczej zakłada się, iż pomyślna modyfikacja treści poznawczych pacjenta prowadzi do znacznej redukcji lęku lub wręcz jego ustąpienia. Czasami do takiej zmiany dochodzi już

³ Technika ta polega na dostarczeniu w krótkim czasie maksymalnej liczby bodźców skojarzonych z lękiem.

po przeprowadzeniu jednego eksperymentu behawioralnego. Redukcja lęku przez stosowanie technik wyłącznie behawioralnych osiągnięta jest w znacznie dłuższym czasie i zazwyczaj wiąże się 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 (1998) zwracają uwagę, że w nurcie poznawczo-behawioralnym — w porównaniu do innych podejść terapeutycznych — przeprowadzono najwięcej metodologicznie poprawnych badań nad skutecznością psychoterapii. Prowadzeniu takich badań sprzyja zapewne bezpośrednie odniesienie terapii poznawczo-behawioralnej do dorobku naukowego psychiatrii i psychologii, jak również takie charakterystyczne cechy organizacji przebiegu procesu terapeutycznego, jak m.in. strukturalizacja cyklu terapeutycznego i poszczególnych sesji oraz dość częste stosowanie przez terapeutów 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 uspokajającymi, głównie z grupy benzodiazepin (np. Arntz i van den Hout, 1996; Barlow i Cerny, 1988, Ost i Westling, 1995; Salkovskis, 1991). Wyniki dostępnych badań są spójne i wskazują na najwyższy procent wyleczeń oraz remisji objawów lęku napadowego (średnio przez okres roku od zakończenia leczenia) wśród osób poddanych terapii poznawczej. Badania wykazują również, że więcej pacjentów rezygnowało z leczenia farmakologicznego lub wręcz odmawiało poddania mu się, a skuteczność terapii farmakologicznej kończyła się wraz z odstawieniem leków, czego nie odnotowano w przypadku osób uczestniczących w terapii poznawczej. Co więcej, pacjenci, którzy doświadczali objawów związanych z odstawieniem leków przeciwłękowych z grupy benzodiazepin, w najgorszym przypadku nasilenie się objawów przypisywali terapii, w najlepszym zaś uznawali, że terapia nie była skuteczna. Stwierdzono natomiast, że stosowanie leków przeciwdepresyjnych nie kolidowało z prowadzeniem terapii poznawczej, a wręcz wzmacniało skuteczność leczenia.

Inne badania wykazują skuteczność technik opartych wyłącznie na założeniach terapii behawioralnej, ale tylko w przypadku pacjentów cierpiących na agorafobię z napadowym lękiem (Barlow i Cerny, 1988). Ustalono, że jeśli napad lęku ma charakter fobii, stosowanie technik behawioralnych jest zalecane, jeśli zaś napad jest niespodziewany, techniki te są nieefektywne. Nato-

miał 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 następującego niespodziewanie. Jednakże nie wszystkie z tych technik mogą być stosowane wobec wszystkich pacjentów. I tak na przykład nie wolno stosować hiperwentylacji wobec pacjentek w ciąży, a także w przypadku równoczesnej diagnozy astmy, epilepsji oraz zaburzeń psychotycznych.

Warto nadmienić, że brak dostatecznych dowodów skuteczności leczenia lęku napadowego za pomocą innych rodzajów terapii (np. w podejściu dynamicznym czy humanistycznym) sprawia, iż terapia poznawczo-behawioralna są głównymi zalecanymi metodami w leczeniu omawianego zaburzenia. Jednak Roth i Fongay (1996), którzy dokonali podsumowania badań nad skutecznością leczenia zespołu paniki z okresu 20 lat, zwracają uwagę na częste współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych, na przykład zaburzeń osobowości, które mogą zakłócić stosowanie wypracowanych procedur. Jeżeli terapeuta napotyka w swej praktyce taki problem, powinien rozszerzyć stosowaną interwencję terapeutyczną tak, by objęła również leczenie drugiego zaburzenia. Rozpoznanie tego problemu jest bardzo ważne, w przeciwnym wypadku bowiem współwystępujące zaburzenie może mieć znaczny negatywny wpływ na skuteczność terapii lęku napadowego.

Terapia poznawczo-behawioralna w przypadku zespołu stresu pourazowego

Zespół stresu pourazowego (*posttraumatic stress disorder* — PTSD) jest możliwą konsekwencją ekspozycji na zdarzenie traumatyczne, a więc takie, które wiąże się ze śmiercią, zagrożeniem życia lub fizycznej integralności ludzi oraz wywołuje reakcję intensywnego strachu, poczucia bezradności czy koszmaru (American Psychiatric Association, 1994). Przykłady traumatycznych zdarzeń (urazów) to przemoc fizyczna i seksualna, klęski żywiołowe, katastrofy techniczne, groźne dla życia wypadki, terroryzm, działania wojenne, pobyt w obozie koncentracyjnym, ale także diagnoza choroby zagrażającej życiu. Wskaźniki rozpowszechnienia traumatycznych zdarzeń w populacji ogólnej uzyskiwane w najnowszych badaniach na terenie Stanów Zjednoczonych wynoszą od 40% do nawet 90% (Breslau, 1998). Oznacza to, że w ciągu życia co najmniej jedno doświadczenie o charakterze urazowym może mieć za sobą znaczna 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 ogólnej reaktywności oraz 3) utrzymujące się objawy psychofizjologicznego po-

budzenia (American Psychiatric Association, 1994). Rozróżnia się stan ostry i chroniczny PTSD. W pierwszym przypadku objawy trwają krócej niż trzy miesiące, ale pojawiają się co najmniej miesiąc po przeżyciu urazu, natomiast w drugim — trwają trzy miesiące lub dłużej. Od 1994 roku w *DSM* uwzględnia się także ostre zaburzenie potraumatyczne (*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 (Bryant i Harvey, w druku).

Badania dotyczące rozpowszechnienia PTSD wykazują, że jest to jedno z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych. Wskaźniki rozpowszechnienia PTSD w ciągu życia, uzyskiwane obecnie w różnych badaniach dotyczących populacji ogólnych, są podobne i wynoszą od 10,2 do 18,3% (Breslau, 1998; Yule, Williams i Joseph, 2000). Zestawienie tych danych z przytaczanymi wcześniej dotyczącymi rozpowszechnienia traumatycznych zdarzeń dowodzi, że u większości ludzi, którzy przeżyli uraz, PTSD nie rozwija się. W najnowszych pracach poświęconych badaniom opisano liczne czynniki ryzyka dla tego zaburzenia. Na przykład szczególnie zagrożone są osoby z zaburzeniami psychicznymi, z historią chorób psychicznych w rodzinie, osoby, które przeżyły uraz we wczesnym dzieciństwie oraz kobiety (Breslau, 1998). Podkreśla się także wpływ różnic indywidualnych, specyfiki emocjonalnego przetwarzania oraz tzw. czynników chroniących (m.in. wsparcia społecznego, odporności psychicznej). Yule, Williams i Joseph (2000) zauważają, że część ludzi może być również bardziej narażona na rozwój PTSD z powodu genetycznej czy biologicznej predyspozycji lub specyficznych doświadczeń ze stresem. Oprócz tego ryzyko wystąpienia PTSD zależy od typu urazu, którego doświadczyła jednostka. Wyniki badań ukazują, że niektóre typy przemocy fizycznej i seksualnej, zwłaszcza zaś gwałt, wykorzystywanie seksualne i dotkliwe pobicie, są związane ze szczególnie wysokim ryzykiem wystąpienia PTSD (Breslau, 1998).

Najnowsze badania nad traumatycznym stresem wskazują także na znaczące współwystępowanie PTSD z innymi zaburzeniami lękowymi, depresją i uzależnieniem od substancji psychoaktywnych (Yule i in., 2000). Jak już wspomniano przy omówieniu terapii lęku napadowego, wiedza na temat współwystępowania zaburzeń jest dosyć istotna, ponieważ niezbędne mogą okazać się dodatkowe interwencje. W przypadku głębokiej depresji konieczne może być, na przykład, równoległe leczenie farmakologiczne, natomiast przy uzależnieniu od alkoholu — jednoczesna terapia uzależnienia. Modyfikacji planu terapii i dodatkowych interwencji może wymagać współwystępowanie takich problemów, jak przeżyty wcześniej inny uraz, nadmierne unikanie, reakcje dysocjacyjne, traumatyczna żaloba, silny gniew, ataki paniki czy próby samobójcze (Bryant i Harvey, w druku).

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 (Rothbaum, Meadows, Resick i Foy, 2000). Powtarzające się odtwierzanie traumy oraz symptomy pobudzenia są w świetle tej teorii postrzegane jako reakcje utrwalone na skutek warunkowania klasycznego. Pojawienie się problemów klinicznych uważa się za 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 (Rothbaum i Foa, 1996). Wielu autorów głównych teoretycznych koncepcji poznawczych dotyczących PTSD podkreśla w swych pracach rolę przetwarzania informacji, funkcji pamięci i podtrzymywania lęku w procesie rozwoju psychopatologii po przeżytym urazie (zob. szczegółowy przegląd głównych teorii w: Dalgleish, 2000).

W ciągle rozwijanym modelu poznawczym PTSD (Ehlers i Clark, 2000; Resick, 2001) podkreśla się, że po przeżyciu traumy u większości ludzi pojawiają się naturalne symptomy pourazowe, które z biegiem czasu ustępują. Pierwotnie niezwykle intensywne i nieprzystające do istniejących w umyśle jednostki schematów poznawczych informacje związane z urazem zostają przetworzone i zintegrowane. Jednak u części osób ten naturalny proces zostaje zakłócony. Nie są w stanie skutecznie zintegrować informacji związanych z traumą z posiadanym obrazem samego siebie, innych ludzi i świata. Ich pamięć o urazie charakteryzuje się znaczną fragmentaryzacją, nie jest w sposób spójny włączana w historię życia jednostki. Dzieje się tak z powodu aktywnego unikania poznawczego i emocjonalnego przetwarzania traumy, co z kolei prowadzi do podtrzymywania objawów i 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 (Ehlers i Clark, 2000), opartym na teorii dwoistej reprezentacji Brewina (Dalgleish, 2000), 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 nadmiernie negatywna ocena traumatycznego zdarzenia (i/lub jego przebiegu). Ehlers i Clark (2000) przypuszczają, że osoby cierpiące na 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 „tu i teraz” niż związane z przeszłością. Poczucie zagrożenia może być aktywowane w danym momencie życia pacjenta przez często liczne, skojarzone z urazem czynniki wyzwalające (rzeczy, czynności, stany emocjonalne, które zostały powiązane z poczuciem zagrożenia, np. jadące ulicą samochody w przypadku pacjenta, który przeżył poważny wypadek drogowy). Aktywacji tej towarzyszą intruzje oraz inne objawy ponownego przeżywania, a także symptomy pobudzenia, lęk i takie reakcje emocjonalne, 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 wyzwala serię poznawczych i behawioralnych reakcji, które mają przyczynić się do szybkiej redukcji przeżywanego dystresu. Takie reakcje to m.in. „odcinanie się” od emocji, kontrola emocji, „przeżywanie” wspomnień, tłumienie myśli o urazie, unikanie miejsca, w którym uraz nastąpił, picie alkoholu itp. Mechanizm związany z potrzebą redukcji dystresu uniemożliwia jednak zmianę dysfunkcyjnych treści poznawczych związanych z urazem, a tym samym podtrzymuje rozwój zaburzenia (Ehlers i Clark, 2000). Kolejnym czynnikiem podtrzymującym zaburzenie są nieprzystosowane 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 najtrudniejszych momentów w pamięci o traumie, określenie natury i struktury pamięci o traumie, intruzji, flashbacków i koszmarów sennych oraz czynników podtrzymujących zaburzenie (sposobu, w jaki pacjent radzi sobie z intruzjami, zachowań związanych z unikaniem, zachowań typu „koła ratunkowe” itp.). 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 doznania urazu wraz z terapeutą (ekspozycja *in vivo*).

Typowa terapia poznawczo-behawioralna pacjenta cierpiącego na PTSD składa się z 8 do 12 sesji. 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 chroniczny. Można wyróżnić urazy stopnia pierwszego (jednorazowe, krótkotrwałe, jak przeżycie wypadku samochodowego), drugiego (wielokrotne, długotrwałe, jak doświadczanie wieloletniej przemocy w dzieciństwie) oraz trzeciego (jednostka jedynie obserwuje traumatyczne zdarzenie bądź słyszy o nim). Ten ostatni rodzaj urazu może zaistnieć w sytuacji, kiedy ktoś, na przykład, był świadkiem napadu na ulicy, ale warto mieć świadomość tego, 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 może przepracować znaczenie traumy pacjenta dla samego siebie.

Poniżej bardziej szczegółowo opisano część edukacyjną 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 pourazowych (nie tylko intruzji wspomnień i ich unikania, ale także zwiększonego pobudzenia, nadmiernej czujności, trudności w koncentracji uwagi, problemów ze snem, blokowania uczuć itp.) 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 związanych z urazem może wydawać się początkowo zbawienne, w dłuższej perspektywie jest tak naprawdę niekorzystne. Richards i Lovell (2000) proponują, by posługiwać się w tym celu metaforą fabryki. Umysł jest niczym fabryka, w której surowy materiał (doświadczenie zmysłowe) poddajemy maszynowej obróbce po to, aby otrzymać funkcjonalny produkt końcowy. Traumatyczna informacja może być jednak tak trudna do zniesienia, że pacjent unika myślenia o urazie, 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 nagłe skumulowane ujście zanieczyszczeń z fabryki, prowadzące do udoskonalenia produkcji. Techniki poznawcze reprezentują w tej metaforze naprawę urządzeń, natomiast *status quo* to kontynuacja błędnego koła intruzji i unikania.

Inną przenośnią w terapii według modelu oksfordzkiego stosowaną do wyjaśniania pacjentom koncepcji funkcjonowania różnych rodzajów pamięci jest metafora szafy. 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 (Ehlers i Clark, 2000).

Bardzo ważne jest, aby podczas wyjaśniania wyjściowych procesów, które przyczyniły się do rozwoju PTSD, podkreślić ich normalność. W relacji terapeutycznej w przypadku pracy z traumą pierwszorzędną 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 dotyczące 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. Richards i Lovell, 2000; Rothbaum i in., 2000) podkreśla się rolę trzech głównych technik terapeutycznych stosowanych w leczeniu 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 kontrolowania oddechu, zatrzymywania myśli, prowadzenia ukierunkowanego dialogu wewnętrznego i relaksacji mięśni — na bazie instrukcji, modelowania lub odgrywania ról, a następnie ćwiczą samodzielnie w domu. Metody te są często stosowane w początkowej fazie terapii w celu umożliwienia uzyskania przez pacjentów wstępnej kontroli nad odczuwanym dystresem (Richards i Lovell, 2000).

Obecnie najczęściej stosowaną techniką behawioralną w terapii PTSD jest ekspozycja, polegająca na konfrontacji z bodźcami związanymi z urazem. Autorzy zajmujący się omawianą 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 po-

woduje habituację lęku, 4) doświadczanie lęku związanego z urazem nie prowadzi do utraty kontroli (Jaycox i Foa, 1996).

W terapii PTSD zazwyczaj stosuje się ekspozycję wyobrażeniową, ze względu na potrzebę uzyskania dostępu do urazowych wspomnień (Resick, 2001). 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 wyobrażeniowej 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 poświęcony jest na przygotowanie planu sesji, informacje zwrotne, ustalanie pracy domowej itp. Zaleca się, w ramach pracy domowej, codzienne samodzielne powtarzanie przez pacjenta tego, co działo się podczas sesji. Po jednej do trzech sesji, podczas których stosowana jest ekspozycja wyobrażeniowa, pacjenci są zazwyczaj w stanie zidentyfikować tzw. „gorące punkty” w pamięci dotyczącej traumy, które wywołują największy dystres. W celu monitorowania poziomu nasilania się pobudzenia emocjonalnego oraz habituacji następującej po każdej części ekspozycji, dotyczącej konkretnego wyobrażenia, stosowane są proste skale mierzące poziom lęku (np. 8-stopniowe, gdzie 0 oznacza brak lęku, a 8 — bardzo silny lęk). Należy jednak wspomnieć, że wśród pacjentów cierpiących na PTSD powszechnie występuje tendencja do pomijania tych aspektów traumy, które wiążą się ze szczególnym dystresem. Może więc się zdarzyć, że będą opowiadać o tych najbardziej stresujących aspektach swojego doświadczenia dopiero podczas dalszych sesji. W przypadku gdy pacjent nie wykazuje obniżenia poziomu lęku podczas sesji wstępnej, zaleca się ustalenie dodatkowych sesji ekspozycji w odstępie kilku dni (Bryant i Harvey, w druku; Richards i Lovell, 2000).

Istotną cechą ekspozycji wyobrażeniowej jest nie tylko celowe wywoływanie lęku w kontrolowanych warunkach podczas terapii, ale także wpływanie 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 rośnie jego poczucie kontroli. Po kilku próbach opowiadania wzrasta dystans emocjonalny, pojawiają się też zmiany w stylu wypowiedzi — pacjent postrzega siebie już nie jako ofiarę, ale raczej jako osobę, która przeżyła uraz. Ponadto technika ekspozycji pomaga w rozpoznaniu dysfunkcyjnych treści poznawczych, którymi można się zająć poprzez

zastosowanie technik poznawczych po każdej sesji ekspozycji. W trakcie analizy owych treści dotyczących doświadczenia pacjenta niezwykle istotne jest dotarcie do znaczenia, jakie pacjent przypisuje traumie i jej następstwom. Zdaniem wielu autorów transformacja sensu urazu ma ogromną wagę w procesie zdrowienia (Ehlers i Clark, 2000; Hembree i Foa, 2000).

Przeżycie urazu wpływa przede wszystkim na przekonania dotyczące własnej wartości, bezpieczeństwa, zaufania, kontroli, szacunku i intymności. Często wśród pacjentów przekonania związane z negatywną oceną przeżytej traumy to na przykład: „Nigdzie nie jest bezpiecznie”, „Sam prowokuję katastrofy”, „Nikommu 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. Przekonanie o braku bezpieczeństwa doprowadziło go do automatycznych myśli na temat złowrogich intencji przypadkowo spotkanej w sklepie osoby (Bryant i Harvey, w druku).

Po identyfikacji błędów poznawczych (np. uogólnianie niebezpieczeństwa, myślenie w kategoriach „czarno-białych”) oraz dysfunkcyjnych myśli i przekonań związanych z oceną urazu (zwłaszcza tych „gorących”, a więc powodujących szczególny dystres) następuje przejście do poszukiwania bardziej realistycznych i pomocnych alternatyw do 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 kobiety, która unika kontaktów społecznych, ponieważ obawia się przebywać sama z mężczyznami, można zaplanować eksperyment, w którym pacjentka będzie stopniowo wchodzić w kontakt z nimi. Pierwszym etapem może być, na przykład, 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 niezwiązane z przeżytą traumą. Rozpoznanie 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 osobie wykorzystywanej w pracy, która była molestowana seksualnie w dzieciństwie, potrzebne może okazać się ćwiczenie asertywności, a następnie praktyczne wypróbowanie jej w różnych sytuacjach życiowych. Według oksfordzkiego modelu terapii PTSD niezwykle istotną kwestią, którą należy się zająć w pierwszej kolejności, jest uczenie pacjentów radzenia sobie z intruzjami oraz nagłymi nawrotami urazu (epizodami typu flashback), wzbudzającymi silny niepokój. W tym celu wykorzystuje się różne techniki, na przykład ukazujące skutki tłumienia myśli, dotyczące odróżniania przeszłości od rzeczywistości oraz służące do monitorowania rodzaju i częstości myśli intruzywnych.

Techniki terapii poznawczej zaleca się wprowadzać jeszcze przed zastosowaniem ekspozycji wyobrazeniowej, po to, aby w trakcie konfrontacji z trau-

mą pacjenci mogli zastosować zdobytą już wiedzę i umiejętności. Jest to użyteczne również dlatego, że może ułatwić przekonanie pacjenta o celowości przywoływania urazowych wspomnień w trakcie ekspozycji (Resick, 2001; Richards i Lovell, 2000; Rothbaum i in., 2000).

Ponadto w terapii pacjentów z PTSD 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), terapia implozywna, systematyczna desensytyzacja, biofeedback, terapia przetwarzania poznawczego (*cognitive processing therapy* — *CPT*)⁴ oraz desensytyzacja i przetwarzanie za pomocą wodzenia wzrokiem (*eye movement desensitization and reprocessing* — *EMDR*) (zob. szczegółowy opis wymienionych technik w: Rothbaum i in., 2000).

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 (1998) 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, demonstrowujących znaczną skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu PTSD (Richards i Lovell, 2000).

Cohen, Berliner i March (2000), zestawiając wyniki badań nad skutecznością różnych form terapii 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 (Rothbaum i in., 2000). Obecnie można powiedzieć, że jest to zalecana technika w leczeniu PTSD, przy czym ekspozycja na realne bodźce (*in vivo*) okazuje się być bardziej skuteczna niż ekspozycja na bodźce wyobrażone (Foa i Meadows, 1998). W przypadku technik ekspozycji wykazano również bardziej długotrwały efekt redukcji symptomów w porównaniu z SIT.

⁴ CPT została opracowana z myślą o ofiarach zgwałcenia i zawiera elementy terapii poznawczej oraz ekspozycji.

Z przeglądu badań, którego autorem jest Resick (2001), wynika, że skuteczność samej terapii poznawczej w leczeniu PTSD jest porównywalna do skuteczności techniki przedłużonej ekspozycji (por. Richards i Lovell, 2000). Przeprowadzono niewiele dobrze kontrolowanych badań na temat efektywności pozostałych technik. Wykazano pewną skuteczność SIT oraz CPT. Natomiast w przypadku EMDR brakuje jak na razie danych świadczących o tym, że technika ta niesie jakieś dodatkowe korzyści terapeutyczne w porównaniu do standardowych terapii ekspozycji (Bryant i Harvey, w druku). Rothbaum i współautorzy (2000), z powodu niedostatecznej liczby badań, nie rekomendują z kolei SD, biofeedbacku i treningu relaksacji. Autorzy 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 zalecana również wtedy, gdy pacjent na przeżyty uraz reaguje gniewem, poczuciem winy lub wstydem. W takich przypadkach zalecane jest stosowanie wyłącznie technik terapii poznawczej i technik opanowywania lęku. Ponadto, jak wykazują wstępne badania przeprowadzone przez Bryanta i Harvey (w druku), ekspozycja może być także niewskazana w przypadku osób głębiej zaburzonych.

Podsumowanie

Celem artykułu było zaprezentowanie w miarę aktualnej wiedzy wypracowanej w ramach podejścia poznawczo-behawioralnego, po to, by unaocznić jego niezwykle dynamiczny rozwój, jaki nastąpił zwłaszcza w ciągu ostatnich 20 lat. W artykule zasygnalizowano 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. Jej metody są nowe zwłaszcza na polskim rynku usług terapeutycznych, gdzie podejście poznawczo-behawioralne wciąż nie jest powszechnie stosowane.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (3th ed.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. (4th ed.). Washington, DC: Autor.

- Arntz, A., van den Hout, M. (1996). Psychological treatment of panic disorder without agoraphobia: Cognitive therapy versus applied relaxation. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 113–121.
- Barlow, D. H., Cerny, J. A. (1988). *Psychological treatment of panic*. New York: Guilford.
- Barlow, D. H., Craske, M. G., Cerny, J. A., Klosko, J. S. (1989). Behavioural treatment of panic disorder. *Behaviour Therapy*, 20, 261–282.
- Beck, A. T., Emery, G., Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Laude, R., Bohnert, M. (1974). Ideational components of anxiety neurosis. *Archives of General Psychiatry*, 31, 319–325.
- Breslau, N. (1998). Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder. W: R. Yehuda (red.), *Psychological trauma*. Washington: American Psychiatric Press.
- Bryant, R. A., Harvey, A. G. (w druku). Ostre zaburzenie potraumatyczne [wstępnie proponowany tytuł polskiego wydania]. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461–470.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Gelder, M., Hackmann, A., Middleton, H., Jeavons, A. (1988). Tests of cognitive theory of panic. W: I. Hand, W. U. Wittchen (red.), *Panic and phobias II*. Berlin: Springer-Verlag.
- Cohen, J. A., Berliner, L., March, J. S. (2000). Treatment approaches for PTSD and treatment guidelines: treatment of children and adolescents. W: E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman (red.), *Effective treatments for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Dalgleish, T. (2000). Cognitive theories of post-traumatic stress disorder. W: W. Yule (red.), *Post-traumatic stress disorders. Concepts and therapy*. Chichester: Wiley & Sons.
- Ehlers, A. (1993). Somatic symptoms and panic attacks: clinical course and factors associated with maintenance. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 164–172.
- Ehlers, A., Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345.
- Ehlers, A., Margraf, J. (1989). The psychophysiological model of panic attacks. W: P. M. G. Emmelkamp, W. T. Everaerd, F. Kraaimaat, M. J. M van Son (red.), *Fresh perspectives on anxiety disorders*. Amsterdam: Swets i Zeitlinger.
- Foa, E. B., Meadows, E. A. (1998). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder. W: R. Yehuda (red.), *Psychological trauma*. Washington: American Psychiatric Press.
- Hackmann, A. (1993). Behavioural and cognitive psychotherapies: past history, current applications and future registration issues. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21, Suppl. 1.
- Hawton, K., Salkovskis, P., Kirk, J., Clark, D. (1989). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Hembree, E. A., Foa, E. B. (2000). Posttraumatic stress disorder: psychological factors and psychosocial interventions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (suppl. 7), 33–39.
- Jaycox, L. H., Foa, E. B. (1996). Obstacles in implementing therapy for PTSD: Case discussions and practical solutions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 176–184.
- Kokoszka, A., Popiel, A., Sitarz, M. (2000). Terapia poznawczo-behawioralna w polskiej psychoterapii: analiza piśmiennictwa. *Psychoterapia*, 2, 53–61.
- Lader, M., Marks, I. M. (1971). *Clinical anxiety*. London: Heineman.
- Lee, D. A., Scragg, P., Turner, S. (2001). The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 451–466.
- Margraf, J., Ehlers, A. (1988). Panic attack in non-clinical subjects. W: I. Hand, H. U. Wittchen (red.), *Panic and phobias II*. Berlin: Springer-Verlag.

- Mathews, A. M., Gelder, M. G., Johnson, D. W. (1981). *Agoraphobia nature and treatment*. New York: Guilford Press.
- Ost, L. G., Westling, B. (1995). Applied relaxation vs. cognitive therapy in treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 145–158.
- Potoczek, A. (1994). Kognitywna terapia depresji. *Psychoterapia*, 2, 39–44.
- Potoczek, A. (1997). Oksfordzka poznawcza terapia lęku napadowego. *Psychoterapia*, 1, 65–77.
- Resick, P. (2001). Cognitive therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 15(4), 321–329.
- Richards, D., Lovell, K. (2000). Behavioural and cognitive behavioural interventions in the treatment of PTSD. W: W. Yule (red.), *Post-traumatic stress disorders. Concepts and therapy*. Chichester: Wiley & Sons.
- Roth, A., Fongay, P. (1996). *What works for whom?* New York: Guilford Press.
- Rothbaum, B. O., Foa, E. B. (1996). Cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. W: B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, L. Weisaeth (red.), *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York: Guilford Press.
- Rothbaum, B. O., Meadows, E. A., Resick, P., Foy, D. W. (2000). Treatment approaches for PTSD and treatment guidelines: Cognitive-behavioral therapy. W: E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman (red.), *Effective treatments for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Salkovskis, P.M. (1988). Phenomenology, assessment and the cognitive model of panic. W: S. Rachman, J. Maser (red.), *Panic: psychological perspectives*. Hillsdale: Erlbaum.
- Salkovskis, P. M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: a cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 19, 6–19.
- Salkovskis, P. M. (red.) (1996). *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Seligman, M. E. P., Walker, E. F., Rosenhan, D. L. (red.) (2001). *Abnormal psychology* (4th ed.). New York: Norton & Co.
- Shear, M. K., Pilkonis, P. A., Cloitre, M., Loeon, A. C. (1994). Cognitive behavioural treatment compared with non-prescriptive treatment of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 51, 395–401.
- Yule, W., Williams, R., Joseph, S. (2000). Post-traumatic stress disorders in adults. W: W. Yule (red.), *Post-traumatic stress disorders. Concepts and therapy*. Chichester: Wiley & Sons.