Różne oblicza zaburzeń lękowych -podstawy psychoterapii

Dr Benjamin ZELLER

Dyplomowany psycholog i psychoterapeuta. Mieszka wraz ze swoją rodziną w pobliżu Stuttgartu. Jego specjalizacją są lęki, depresje, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne oraz zaburzenia po stresie urazowym (http://www.praxis-zeller.de).

Strach pełni pożyteczną funkcję ostrzegawczą przed zagrożeniami. Jeśli jednak ogranicza aktywność człowieka, a z pozoru niebezpieczne sytuacje wywołują intensywne napięcie i są unikane za wszelką cenę, wtedy strach traci swoją funkcję i wymaga terapii. Pies stróżujący dostał ataku paniki!

Już Goethe wiedział, że pokonanie sytuacji lękowej jest konieczne by rozprawić się ze strachem.

Kołatanie serca, nadmierne pocenie, zawroty głowy, ucisk w klatce piersiowej oraz strach przed nagłą utratą kontroli, szaleństwem, bądź nawet śmiercią – to typowe objawy lęku panicznego, zaburzenia, które jeszcze przed kilkudziesięciu laty nie było nikomu bliżej znane. Z kolei - obawa przed kompromitacją, lęk wysokości, strach przed ciężkimi chorobami, lataniem samolotem, czy pajęcza fobia - są szeroko rozpowszechnione i nie zawsze wymagają terapii.

Do najczęściej spotykanych zaburzeń lękowych należą: agorafobia, fobia społeczna i fobie specyficzne oraz uogólnione zaburzenia lękowe. W szerszym znaczeniu zaliczają się do nich także: zaburzenia obsesyjno- kompulsyjne (nerwica natręctw), hipochondria, zespół stresu pourazowego oraz niektóre dziecięce zaburzenia lękowe.

Najczęściej występujące lęki są dziedziczne, ponieważ doświadczają ich już niemowlęta. Istnieją też historie dziedziczenia lęków w rodzinie, takich jak np. lęk wysokości, czy fobia społeczna, zwana potocznie nieśmiałością. Poprzez nagromadzone w ciągu życia przykre doświadczenia, jak np. ugryzienie przez psa, wyśmianie przez kolegów z klasy, czy wypadek samochodowy, lęki te są potwierdzane oraz potęgowane procesami uczenia się (tzw. warunkowania klasycznego i warunkowania sprawczego). Nawet zwyczajne obserwowanie negatywnych doświadczeń innych ludzi może je wywoływać (tzw. modelowanie).

W ten sposób powstają różnorodne przeświadczenia o zagrożeniach jakie niosą za sobą różne okoliczności życiowe oraz o własnej wobec nich bezsilności. Część z nich to przekonania i przyzwyczajenia przydatne, jak np. zapinanie pasów bezpieczeństwa. Często jednak dochodzi do rozwijania strategii obronnych pozwalających uniknąć budzących strach sytuacji. Skutkuje to wprawdzie krótkotrwałym uspokojeniem, lecz w dłuższym okresie czasu grozi pogorszeniem i skumulowaniem stanów lękowych, ponieważ taktyka unikania uniemożliwia zbieranie jakichkolwiek pozytywnych doświadczeń umożliwiających skuteczną obronę oraz nasila jeszcze bardziej wrażenie własnej bezsilności. Tymczasem poprzez takie właśnie pozytywne doświadczenia dojrzewamy i przezwyciężamy lęki, jak to się dzieje w przypadku dziecięcego lęku przed ciemnością lub lęku przed oddzieleniem od matki.

Źródłem wszelkiego strachu jest obawa przed utratą kontroli. Nasz pierwotny lęk dotyczy całkowiej utraty kontroli. To w rzeczywistości strach przed śmiercią, od którego może nas uwolnić poprzez swoją śmierć i zmartwychwstanie, Jezus Chrystus. Obok biologicznych i psychologicznych przyczyn, strach posiada także wymiar duchowy.

„Serce waliło mi tak mocno, jakby miało wyskoczyć i uderzyć mnie w rękę. Czułem, że dłużej nie ustoję, że nogi mnie nie utrzymają. Byłem zadyszany i zasapany , dosłownie jakbym biegł po schodach w górę i w dół. Nie mogłem nic zrobić. Czułem się wyczerpany, słaby, bezsilny."

Agorafobia

Agorafobia obejmuje wyraźnie zarysowaną grupę lęków, takich jak lęprzed samotnym opuszczeniem domu, wejściem do sklepu, znalezieniem się w tłumie lub w miejscu publicznym, samotnym podróżowaniem pociągiem, autobusem, czy samolotem. Często towarzyszy im atak paniki. Ich wspólną cechą jest obawa przed odczuciem intensywnej bezsilności bądź też przed doświadczeniem ataku paniki w sytuacji uniemożliwiającej otrzymanie pomocy (poza domem, bez telefonu, w samotnej podróży, przy braku w pobliżu lekarza), bądź też przed zamieszaniem wśród ludzi wywołanym nagłą paniką i niemożnością przerwania kłopotliwej sytuacji i szybkiej ucieczki w bezpieczne miejsce (w tłumie, podczas stania w kolejce, w przepełnionym centrum handlowym, w kinie, teatrze, kościele, w korku ulicznym lub tunelu). Zwykle cierpiący na to zaburzenie doświadczają niewielu lęków, ponieważ za wszelką cenę unikają kryzysowych sytuacji, np. nie wychodząc z domu.

Zaburzenia lęku panicznego

Istotnym znakiem rozpoznawczym zaburzeń panicznych są powracające ciężkie napady przerażenia. Osoba nimi dotknięta nie potrafi ich przewidzieć ani nad nimi zapanować. Ataki paniki mogą towarzyszyć agorafobii, fobiom specyficznym i fobiom społecznym lub pojawiać się niezależnie od nich, tzn. zupełnie nieoczekiwanie i bez związku z jakąkolwiek przyczyną zewnętrzną. Zdarza się nawet, że wyrywają śpiącego ze snu. Podstawowe objawy to: pojawiające się nagle kołatanie serca, ból w klatce piersiowej, duszności, zawroty głowy oraz urojenia. Poza tym występują również: naprzemienne fale zimna i gorąca, chwiejne kolana, drżenie i dreszcze, strach przed śmiercią, nudności, hiperwentylacja (szybki, płytki oddech), głuchota oraz mrowienie w dłoniach lub stopach. Napad paniki zwykle ustępuje po krótkim czasie, może jednak pozostawić po sobie lęk przed kolejnymi napadami w postaci stale utrzymującej się nerwowości (tzw. lęk przed lękiem). Bywa on mylony z atakiem serca – rozróżnienie pomiędzy jednym a drugim jest możliwe tylko dzięki badaniu lekarskiemu. Przy czym warto wiedzieć, że atakowi serca zwykle towarzyszy uczucie ściskania i bólu natężające się podczas fizycznego wysiłku.

Społeczna fobia

Każdy kto kiedykolwiek był zdenerwowany przed wykładem, czy też obawiał się źle przed kimś wypaść, wie co to jest łagodna postać społecznej fobii. Obawa przed oceniającym spojrzeniem i negatywną oceną innych, może prowadzić do unikania społecznych sytuacji. Jeśli nie można im zapobiec, pojawia się nerwowość, wstyd i zaczerwienienie, nadmierne pocenie, drgawki, huśtawka nastrojów, wewnętrzna blokada i niezdolność mówienia, a nawet mdłości lub bezwolne oddawanie moczu. Rozbudowane społeczne fobie z reguły są związane z zaniżonym poczuciem własnej wartości oraz silnym strachem przed krytyką i poniżeniem. Cierpiący na tę dolegliwość uważają często, że ich głównym problemem jest jeden z objawów, jak np. rumieniec. („Gdybym się nie czerwienił, to bym się nie wstydził"). Związek przyczynowo-skutkowy jest jednak w tym przypadku odwrotny.

Fobie specyficzne

Obawy dotyczące jednej klasy przedmiotów nazywamy fobiami specyficznymi. Bodźcem wywołującym może być zbliżanie się do zwierząt, np. owadów, węży, szczurów, myszy, psów, ptaków. Do tego typu zaburzeń należą też m.in.: fobia przed dentystą, przed lataniem, ciemnością, błyskawicami, zamkniętymi lub wąskimi pomieszczeniami, windami, korzystaniem z publicznych toalet, spożywaniem określonych potraw, widokiem krwi, strzykawek lub okaleczeń. Wiele z tych obaw na pierwszy rzut oka pełni funkcję ostrzegawczą, są jednak zwykle mocno przerysowane i w znaczny sposób utrudniają życie. I chociaż sytuacje je wywołujące są sporadyczne, to tak jak przy agorafobii i społecznej fobii, mogą i tu wystąpić stany paniki.

Uogólnione zaburzenia lękowe

Jak sama nazwa wskazuje, chodzi tu o lęki, wywołane wieloma przyczynami. Nie ograniczają się one do określonych okoliczności otoczenia. Osoba nimi dotknięta odczuwa ciągły niepokój, rozdrażnienie i napięcie. Może też przejawiać silną skłonność do zamartwiania się, połączoną z niemożnością odwrócenia uwagi od trosk. Wyraża się ona obawami przed zachorowaniem, czy wypadkiem, jakiemu może ulec ona lub któryś z członków jej rodziny, a także próbami, by zapobiec nieszczęściu poprzez wytworzenie maksymalnej ochrony, np. wydzwanianie do bliskich z zapytaniem, jak się mają. Towarzyszą jej psychosomatyczne dolegliwości, takie jak stałe napięcie mięśni, drżenie, pocenie, oszołomienie, kołatanie serca, zawroty głowy, czy bóle brzucha. Nie zawsze w sposób jednoznaczny można odróżnić to zaburzenie od nerwicy natręctw z przewagą natrętnych myśli.

Terapia lękowa

Istnieje wiele sposobów na przezwyciężenie strachu. W walce z lękiem jest pomocne doświadczenie bezpieczeństwa dzięki poznaniu właściwego obrazu Boga i nawiązaniu pełnych zaufania relacji w duszpasterstwie, połączone z głębokim wejrzeniem w zakryte do tej pory wewnętrzne konflikty, analizą systemową i rozwiązywaniem konfliktów społecznych. Terapia kognitywna podkreśla wagę zredukowania stresu życia codziennego, przyswojenia technik rozluźniających oraz rolę odpoczynku (niespecyficzne pobudzenie i napięcie wzmacnia lęki), zalecając analizę okłamywania samego siebie i stereotypów, jakimi posługujemy sie w myśleniu. Godny polecenia jest trening interpersonalnych umiejętności i uprawianie sportów wytrzymałościowych (wydzielanie endorfin łagodzi lęk).

Leki z grupy tzw. benzodiazepin (np. diazepam/valium lub lorazepam/tavor) powodują uśmierzenie lęku w ciągu zaledwie kilku minut, jednak mogą one być stosowane jedynie przejściowo z powodu zagrożenia ciężkim uzależnieniem przy dłuższym używaniu. Lekkomyślnie przepisywane przez lekarzy rodzinnych prowadzą do nasilenia lęków przy próbach ich odstawienia. Nowoczesne antydepresanty, przede wszystkim z grupy SSRI oraz SNRI (np. escitalopram/cipralex, sertralin/zoloft lub venlafaxin/trevilor) i niektóre trójcykliczne antydepresanty

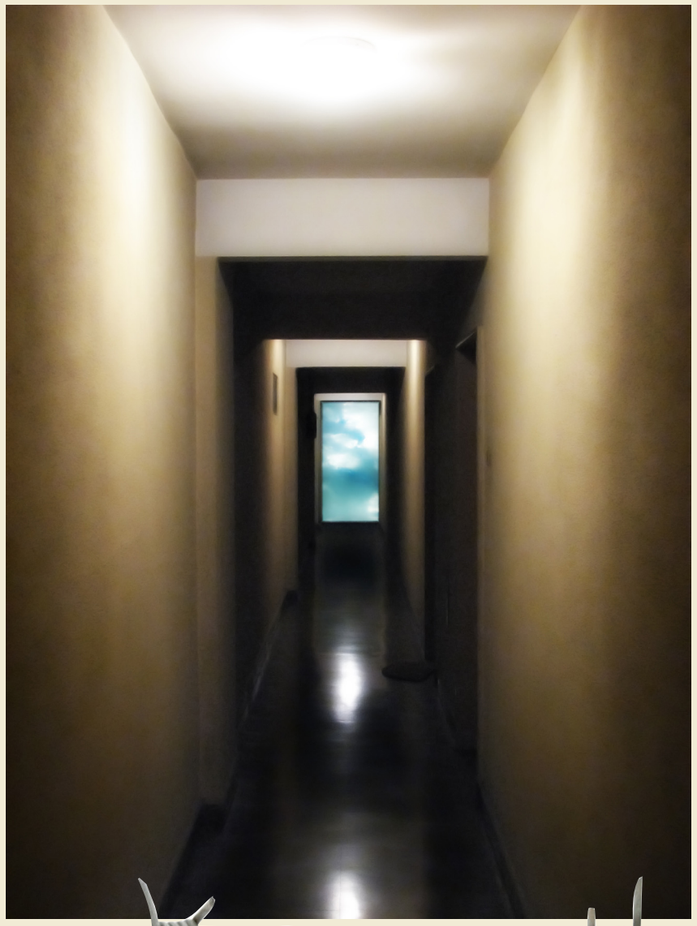
(np. opipramol/insidon) działają przeciwlękowo i częściowo przeciwdziałają natręctwom. Można stosować je przez długi czas, szczególnie przy lękach uogólnionych jako dodatkowy element psychoterapii.

Już Goethe wiedział, że stawienie czoła budzącej lęk sytuacji jest konieczne, by przezwyciężyć strach. Pisarz ten cierpiał na lęk wysokości i miał fobię na punkcie głośnych dźwięków. W ramach swojej własnej terapii wspinał się na wieże i rusztowania w miejscach największego hałasu. Metoda ta stała się głównym punktem terapii kognitywnej. Opracowanie indywidualnego modelu terapii oraz poddanie się leczeniu z własnej woli jest warunkiem powodzenia. Zażywanie leków może jednak zagrażać jej pomyślności, szczególnie gdy stosowane są benzodiazepiny, ponieważ skutecznie przezwyciężyć strach można tylko wtedy, gdy odczuwa się go podczas konfrontacji. Jeśli pacjent pokonuje sytuacje lękowe za pomocą tabletki, pozbawiony leków może nie być w stanie stawić im czoła.

Systematyczne odczulanie polega na powolnym zbliżaniu się do bodźca lękowego. Przeważnie jest ono połączone ze stosowaniem technik rozluźniających. Rozpoczyna się na najniższym poziomie lęku, np. terapeuta pokazuje pacjentowi zdjęcie pająka z odległości dwóch metrów. Bodziec ten powinien być tak długo prezentowany, na przemian ze stosowaniem głębokiej relaksacji mięśniowej (20 sekund bodziec, potem 30 sekund rozluźnienia), aż pacjent prawie nie odczuwa strachu. Następnie przechodzi się do kolejnego poziomu (np. duży obrazek z pająkiem). Po wielu ćwiczeniach pacjent powinien bez problemu dotknąć żywego pająka. Jeśli na każdym z poszczególnych etapów uzyska się pozytywny efekt –prawdopodobnie terapia zakończy się powodzeniem. Można to porównać do wchodzenia krok po kroku po schodkach na podest. Ponieważ wszystkie schodki są równej wysokości, pokonanie ostatniego stopnia nie powinno sprawić większych trudności niż pierwszego. Niektóre lęki są konfrontowane tylko w wyobraźni z powodu braku technicznych możliwości (np. strach przed wizytą u dentysty, czy przed katastrofą).

Stosowana jest również metoda ekspozycji, która polega na bezpośrednim zetknięciu się z bodźcem lękowym. Osoba cierpiąca na fobię wskakuje tu od razu na najwyższy poziom – czyli np. wkłada rękę do pojemnika z pająkami i trzyma ją tam tak długo, aż strach ewidentnie odejdzie (w niewielu przypadkach może to trwać dłużej). Zaletą tej metody jest jej szybkość i efektywność w pokonywaniu strachu. Osoba ma to po prostu szybko za sobą. Także badania statystyczne nawrotów lęku po zastosowaniu ekspozycji wypadają korzystniej niż przy systematycznym odczulaniu. Duma z powodu odniesionego sukcesu jest często ogromna, wzmacniając tym samym poczucie wartości. Wadą jest duży stres oraz wzdraganie się wielu pacjentów na samą myśl o przeprowadzeniu zabiegu, pomimo właściwego zrozumienia jego celu. Metody tej nie należy stosować u dzieci, osób po przejściach, chorych na serce, epileptyków oraz kobiet w ciąży, ponieważ niewłaściwie zastosowana może przyczynić się do pogłębienia stanów lękowych. Dlatego powinni z niej korzystać tylko profesjonalni, doświadczeni psychoterapeuci i lekarze.

Stopniowa ekspozycja jest skutecznym kompromisem pomiędzy dwoma poprzednimi metodami. Tu z kolei pacjent może pokonać wiele stopni na raz. Zaczyna od poziomu, od którego sam się odważy. Czasem już na pierwszym etapie pokonuje połowę stopni. Lęk nie musi ustać, aby mógł podjąć kolejne wyzwanie. Wystarczy zredukować go o połowę. Nie stosuje się też technik rozluźniających.



Sprawozdanie z terapii

Agorafobia z zaburzeniami panicznymi

Pacjentka skarżyła się na ataki paniki podczas jazdy samochodem - szczególnie przy dużej prędkości, w tunelu i w korku, a także w kinie, w kościele, w większych skupiskach ludzi - na targu, w centrum handlowym, jak również w windzie. W międzyczasie lęki tak się nasiliły, że ataki przytrafiały się nawet kilka razy w tygodniu, pomimo że usilnie starała się unikać „zagrożeń". Jej rodzina była bardzo zaangażowana w ochronę jej przed sytuacjami zagrażającymi do tego stopnia, że sama reagowała na nie bardzo nerwowo, co dodatkowo nasilało frustrację pacjentki. Wskutek życia pod stałą presją lęku nadszarpnięte zostały relacje w jej małżeństwie. Jak się okazało, kobieta unikała „zagrożeń" od 30 lat.

Podczas terapii zrekonstruowano biografię pacjentki. Sytuacje wywołujące lęki i stosowane techniki ich unikania zostały dokładnie zbadane i omówione. Uszeregowano je według stopnia ich intensywności. Dzięki zaufaniu do terapeuty oraz opracowaniu wspólnie z nim modelu leczenia, pacjentka zaczęła stopniowo poddawać się próbom konfrontacji z sytuacją lękową.

Przez około 9 miesięcy trwania psychoterapii prowadzone były ćwiczenia, w których w towarzystwie terapeuty konfrontowano ją z sytuacjami lękowymi. Oznaczało to w praktyce wspólne podróżowanie autostradą, wielokrotne pokonywanie tunelów, przebywanie w tłumie ludzi, jeżdżenie coraz to węższymi, starymi windami itp. Przed każdym ćwiczeniem zaplanowana czynność była przejrzyście opisywana, a terapeuta wyczekiwał momentu, kiedy pacjentka sama zgodzi się na to, by stawić czoła sytuacji lękowej. Po pomyślnie wykonanym ćwiczeniu, terapeuta zadawał pacjentce pracę domową, by tym razem sama zmierzyła się z lękiem. Początkowo robiła to, kontaktując się z nim telefonicznie. Skonfrontowano również wewnętrzne czynniki wywołujące strach, takie jak kołatanie serca, zadyszka, czy zawroty głowy, postrzegane jako objawy poprzedzające atak paniki. W tym celu uprawiała sport i obracała się na krześle obrotowym.

Pod koniec terapii wszystkie wyzwania mogły zostać pokonane, większość z nich bez jakiegokolwiek lęku, a tylko niektóre z pewnym niedomaganiem. Pół roku później pacjentka zauważyła, że w wielu sytuacjach -uważanych wcześniej za niebezpieczne - nie myśli o żadnym zagrożeniu, lecz automatycznie integruje je jako część swojej codzienności.

Społeczna fobia

Pacjent był doradcą biznesowym i przeprowadzał szkolenia dla przedsiębiorców. Pomimo że prowadził przez cały tydzień wykłady i odbierany był przez słuchaczy jako pewny siebie i kompetentny mówca, cierpiał na niewypowiedziane lęki przed prezentacjami. Nie mógł spać nawet przez dwie- trzy noce poprzedzające kolejne szkolenie i wykazywał różne psychosomatyczne objawy napięcia nerwowego. Zaczął wątpić, czy w ogóle nadaje się do tego zawodu.

Także i w tym przypadku został opracowany model powstawania lęków oraz ich przezwyciężania. Pojawiło się pytanie, dlaczego te lęki nie przeszły, pomimo że co tydzień przeprowadzał swoją własną terapię, mierząc się z wyzwaniem i za każdym uzyskiwał pozytywne opinie słuchaczy.

Doszliśmy do wniosku, że pacjent wykreował niepozorne techniki unikania zagrożeń – przygotowywał się pieczołowicie i w przesadny sposób, wkładając wszystkie swoje siły w to, by jego szkolenia wypadły bez zarzutu. Na wypadek gdyby stracił wątek, w kieszeni marynarki miał zawsze wetkniętą małą zabawkę, która miała mu pomóc uzyskać rozluźnienie. Podczas szkoleń zawsze doszukiwał się zagrażających bodźców takich jak np. krytyczne spojrzenie lub komentarz, by odpowiednio na nie zareagować. Dążąc do perfekcji i osiągając sukcesy, stale unikał konfrontacji z „przykrą sytuacją" i dlatego nie potrafił pokonać strachu przed porażką. W istocie cały czas uciekał przed kompromitacją.

Pacjentowi zalecono zaniechanie tego typu zachowań. Miał pozwolić sobie na pewną niedbałość w przygotowaniach do szkoleń, w trakcie prezentacji specjalnie tracić wątek i nie nosić w marynarce żadnych zabawek „na czarną godzinę". Następnie przeprowadzono „trening burzenia wstydu i lęku". Polegał on na tym, że pacjent i terapeuta wystawili się razem na ulicy na kompromitację.

Pytaliśmy przechodniów jak dojść do Stuttgartu będąc w jego centrum, wygłaszaliśmy przed przechodniami spontaniczne trzydziestosekundowe wykłady, kazaliśmy obcym fotografować nas z tabliczką „Uwaga! Jestem szurnięty", proponowaliśmy ludziom masaże i jeździliśmy razem metrem, witając każdego wsiadającego przybiciem piątki i przyjaznym słowem. Podczas tych ćwiczeń pacjent mógł się przekonać, że przechodnie wcale nie reagują tak negatywnie, jak się tego spodziewał – przeciwnie, większość z nich odbierała nasze zachowanie jako zabawne i obracała je w żart. Inni podchodzili do naszych propozycji z całkowitym spokojem i aprobatą, traktując je całkiem poważnie. Niektórzy byli bardziej zmieszani niż my. Pacjent zaczął zauważać u siebie zanikanie lęku przed kompromitacją („Bo przecież nie jest niczym strasznym dać się skompromitować, da się wytrzymać, a złe wrażenie odchodzi wraz z kolejnymi powtórkami"). Wskutek tego społeczne lęki zostały stosunkowo szybko wygaszone, a wraz z nimi ustąpiły psychosomatyczne dolegliwości. Po kilku miesiącach terapia została uwieńczona sukcesem – pacjent nie odczuwał już żadnych objawów lęku. Wizyta kontrolna potwierdziła dobry wynik.

Lepsza jakość życia konsekwencją przezwyciężenia strachu

Osoby cierpiące na zaburzenia lękowe może pocieszyć fakt, że strach przed pozornie niebezpiecznymi sytuacjami odchodzi, jeśli ofensywnie mu się przeciwstawiamy. Może nie zniknie natychmiast i nie obejdzie się bez pomocy doświadczonego psychoterapeuty, jednak na końcu to właśnie my będziemy zwycięzcami, a nie strach. A czymś wspaniałym jest iść przez życie bez lęku.