

Dominika Łada\*, Magdalena Gulcz\*\*

## PODEJŚCIE POZNAWCZO-BEHAWIORALNE W LECZENIU KOSZMARÓW

### THE COGNITIVE-BEHAVIOURAL APPROACH IN THE TREATMENT OF NIGHTMARES

\*Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, Katedra Psychologii Biologicznej

Kierownik: prof. dr hab. Jan Matysiak

\*\*Centrum Terapii Poznawczo-Behawioralnej

Kierownik: mgr Magdalena Gulcz

Autorki prezentują propozycje terapeutyczne w leczeniu koszmarów sennych, będących zarówno objawem izolowanym, jak i częścią obrazu bardziej złożonych zaburzeń. Duże sukcesy na tym polu odnotowali badacze i praktycy stosujący metody terapii poznawczo-behawioralnej. Terapia koszmarów, oprócz oczywistych korzyści, jakie niesie z sobą dla pacjenta, może być również bardzo pomocna osobie prowadzącej terapię w przypadku, gdy jest to tylko jeden z symptomów innego zaburzenia. O wiele łatwiej jest prowadzić terapię, gdy poziom lęku pacjenta związany z koszmarami obniży się, a wzrośnie poziom koncentracji dzięki wyższej jakości snu.

**psychotherapeutic situation  
relationship  
truth; disclosure**

**Summary:** Nightmares are the cause of great suffering for the patients either as an isolated symptom or as a part of an anxiety or other mental disorder. As it has been shown recently in a number of studies cognitive-behavioural therapy has proved to be successful in treating patients suffering from nightmares. The article describes cognitive-behavioural protocols used to treat the patients and the studies that confirmed their efficacy.

Koszmary senne, czyli przerażające sny, zwykle o treści związanej z zagrożeniem dla życia, bezpieczeństwa lub samooceny, mogą się pojawiać w PTSD [1, 2], zespole odstawicznym [3] oraz w innych zaburzeniach psychicznych [4]. Mogą również stanowić objaw izolowany, ale związany z jakimś konkretnym wydarzeniem [5], nasilając się w przypadku silnego lub chronicznego stresu [3]. Krakow i wsp. [6] odnotowali, że wśród badanych przez nich osób 68% doświadczyło traumy, a 80% wcześniej leczyło się psychiatrycznie lub u psychologa. 40% badanych przeżyło w dzieciństwie jakiś rodzaj molestowania. W literaturze częstsze występowanie koszmarów wiąże się między innymi z nieprawidłowościami w przebiegu fazy REM snu, zaburzeniami oddychania podczas snu (które są związane z fragmentacją snu), astmą oraz innymi chorobami dróg oddechowych [7, 4].

Skutki występowania koszmarów dotyczą funkcjonowania emocjonalnego, poznawczego i społecznego jednostki. Są między innymi powodem złego samopoczucia, lęku,

zmęczenia, zaburzeń koncentracji u osób dotkniętych ich obecnością oraz wstydu, ponieważ pacjenci boją się, że ich problem zostanie uznany za śmieszny [3, 5]. Koszmary są czynnikiem bardzo pogarszającym jakość życia.

Koszmary senne diagnozuje się jako oddzielną jednostkę chorobową (*nightmare disorder*), gdy nie są one związane z występowaniem innych zaburzeń psychicznych (np. PTSD), ale pojawiają się niezależnie [8], powtarzają się i powodują obudzenie się ze snu. Po przebudzeniu dana osoba ma zachowaną prawidłową orientację i pamięta treść przeżającego snu, co jest typowe dla tego zaburzenia. Podobne kryteria rozpoznania tego zaburzenia pod nazwą „koszmary senne” (F51.5) podaje ICD-10 [4]. Koszmary mogą pojawiać się z różną częstotliwością i utrzymywać się miesiące, a nawet lata. Ich treść zwykle pozostaje taka sama lub podobna.

Podstawowym problemem w terapii osób doświadczających koszmarów jest niewiedza na temat możliwości leczenia. Pacjenci uważają zwykle swój problem za trywialny i nie zgłaszają się na profesjonalne leczenie, bojąc się wyśmiania lub konieczności zażywania leków nasennych. Nierzadko również psychologowie czy lekarze pierwszego kontaktu nie wiedzą, jak poradzić sobie z tym zaburzeniem.

Podejście psychoanalityczne wiąże pojawianie się koszmarów z problemami w rozwiązywaniu konfliktów [6]. Zgodnie z modelem poznawczo-behawioralnym, koszmary mogą być skutkiem unikania świadomego myślenia o nieprzyjemnych doświadczeniach czy traumie, braku integracji takich myśli, wspomnień czy ocen z treściami poznawczymi danej osoby. Stąd ważnym elementem terapii jest konfrontacja z tym, czego pacjent się obawia. Inną przyczyną może być poczucie winy lub problemy z przeżywaniem żałoby [5].

W psychoterapii tego zaburzenia stosuje się najczęściej podejście poznawczo-behawioralne i psychodynamiczne. W ramach terapii poznawczo-behawioralnej skuteczna okazuje się desensytyzacja stosowana razem z technikami relaksacyjnymi jako metoda zmniejszająca częstotliwość pojawiania się koszmarów [6]. Innym poznawczo-behawioralnym sposobem o udowodnionej skuteczności okazał się program opracowany przez M. Burgess i jej współpracowników [9]. Jego podstawowym elementem jest terapia samoekspozycyjna (*self-exposure therapy*), najczęściej stosowana w leczeniu fobii. Nieco inną procedurę stanowi technika próby wyobrażeniowej (*imagery rehearsal technique*), której początki w leczeniu koszmarów sięgają 1934 roku [6]. Technika ta polega na zmianie oryginalnej treści snu na mniej awersyjną i wizualizowaniu wytworzonych w ten sposób obrazów. W programie Burgess i jej współpracowników [9] próbę wyobrażeniową stosuje się nie jako główną technikę, ale jako pomoc w szybszym osiągnięciu pożądanych rezultatów otrzymywanych dzięki samoekspozycji.

Program stworzony przez Burgess i jej współpracowników [9] powinien być przeprowadzany pod kierunkiem terapeuty, ale istnieje również możliwość jego realizacji w formie autoterapii, pod warunkiem, że pacjent ma zapewnione wsparcie ze strony osób bliskich, co – zdaniem autorów – ułatwia stosowanie programu. Ta druga opcja jest jednakże możliwa tylko wtedy, kiedy koszmary są objawem izolowanym. Jeśli są jednym z symptomów wymienionych wyżej zaburzeń psychicznych, konieczna jest fachowa pomoc psychoterapeutyczna. Dla osób, które cierpią wyłącznie z powodu koszmarów, dostępna jest obszerna broszura w języku angielskim z dokładnymi instrukcjami dotyczącymi każdego etapu postępowania w przypadku problemów.

Cały program autoterapii składa się z czterech etapów, z których każdy trwa zwykle około czterech tygodni, schemat ten może jednak ulegać modyfikacjom. Przez pierwsze cztery tygodnie pacjent zapisuje w odpowiednim formularzu datę pojawiania się koszmarów, natężenie towarzyszącego im lęku oraz ich liczbę. Pozwala to określić rzeczywistą skalę problemu i ułatwia śledzenie postępów terapii. Prowadzenie, w podobnych formularzach, zapisu przypadków pojawiania się koszmarów trwa do końca terapii.

Drugi etap to praca metodą samoekspozycji. Samoekspozycja polega na ponownym przeżywaniu (*reliving*) treści koszmaru w wyobraźni. Może to powodować silne pogorszenie się samopoczucia pacjenta, co jest reakcją o tyle pozytywną, że świadczy o prawidłowym wykonywaniu tego elementu terapii. Szczególne nasilenie negatywnych emocji w tym przypadku można zaobserwować u pacjentów z PTSD. Mimo lęku, pacjent ma świadomość, że może w każdej chwili przerwać ćwiczenie, co daje mu poczucie kontroli [5].

Pierwszym zadaniem pacjenta jest jak najbardziej szczegółowe opisanie treści koszmaru w czasie terażniejszym i pierwszej osobie. Nie można pomijać najbardziej przerażających szczegółów, ponieważ może to przynieść skutek odwrotny od zamierzonego, czyli wzrost natężenia lęku.

Podczas sesji samoekspozycji opis ten jest odczytywany lub odsłuchiwany kilka razy w celu zbudowania odpowiednio wyrazistego wyobrażenia treści koszmaru. W przypadku większej liczby koszmarów należy zacząć od tego, który wiąże się z najmniejszym natężeniem lęku i — kiedy poziom lęku wyraźnie się obniży — przechodzić do pracy nad następnym.

Pomocne na tym etapie jest nagrywanie sesji samoekspozycji na taśmę oraz prowadzenie notatek. Powinny one zawierać datę każdej sesji, czas jej rozpoczęcia i zakończenia, krótki opis koszmaru, nad którym pacjent pracował podczas sesji (w przypadku większej liczby koszmarów) oraz poziom lęku przeżywanego przed sesją, podczas i po sesji. Każda sesja powinna trwać około godziny.

Jeżeli nastąpiła poprawa, trzeci i czwarty etap polegają wyłącznie na śledzeniu pojawiania się koszmarów, natomiast jeśli częstotliwość pojawiania się koszmarów i związany z nimi poziom lęku nie zmniejszyły się, zaleca się dalsze przeprowadzanie samoekspozycji (aż do skutku) przy upewnieniu się, że jest to robione prawidłowo. Zazwyczaj główną przyczyną braku poprawy jest skłonność do unikania pracy nad najbardziej nieprzyjemnymi elementami koszmaru.

Innym sposobem poradzenia sobie z brakiem poprawy, mimo rzetelnej pracy w czasie sesji, jest zmienianie zakończenia lub innych części koszmaru, szczególnie w przypadku nawracających koszmarów związanych z jakimś traumatycznym wydarzeniem. Z badań wynika, że zarówno zmiana zakończenia, jak i wszelkich innych części koszmaru wiąże się z poprawą stanu pacjenta [6].

Ze względu na to, że koszmary zwykle uniemożliwiają normalny sen, pacjenci powinni otrzymać dodatkowe informacje pozwalające im lepiej zadbać o higienę snu.

W badaniu, w którym wykorzystano opisaną wyżej procedurę, przeprowadzoną korelacyjnie [9], wykazano wyższą, w porównaniu z grupą kontrolną i grupą stosującą wyłącznie relaksację neuro mięśniową, skuteczność w zakresie obniżania częstotliwości i intensywności koszmarów oraz poprawy jakości snu.

Podobną procedurę leczenia koszmarów zastosował w swoich badaniach Krakow wraz ze swoimi współpracownikami [6]. Grupa eksperymentalna, złożona z osób cierpiących na koszmary senne, została poinstruowana podczas jednej, dwuipółgodzinnej sesji, w jaki sposób pracować nad zmianą treści nieprzyjemnego snu. Nowy sen powstał dzięki intencjonalnej zmianie części koszmaru (zależnie od instrukcji: zakończenia bądź jakiegokolwiek innego fragmentu). Najpierw uczestnicy spisywali treść swojego koszmaru, a potem decydowali, w jaki sposób zmienią ją. Odbyła się również dyskusja grupowa na ten temat polegająca na dzieleniu się sugestiami dotyczącymi efektywnego zmieniania sennego koszmaru. Wynikiem dyskusji było stwierdzenie, że nie istnieje jedyny dobry sposób przeprowadzenia zmian. Uczestnicy otrzymali jednak instrukcję, że w przypadku braku poprawy konieczne może się okazać ponowne przeprowadzenie tej procedury. Następnie nowy „sen” miał być odgrywany przez uczestników w wyobraźni przynajmniej raz dziennie przez kilka minut. Nie zalecano przywoływania pierwotnej treści snu, jak miałoby to miejsce w przypadku samoekspozycji czy desensytyzacji. Uczestników zachęcono również do wyobrażania sobie przyjemnych obrazów, niezależnie od pracy nad nowymi snami, szczególnie jeśli nie mieli zaufania do swoich zdolności wizualizacji. Pod koniec sesji wszyscy otrzymali ulotkę podsumowującą zasady pracy nad koszmarami.

Po trzech miesiącach ćwiczeń, w grupach eksperymentalnych odnotowano znaczny spadek częstotliwości występowania koszmarów, polepszenie się jakości snu oraz obniżenie się złego samopoczucia. Uczestnicy przypisywali te rezultaty stosowaniu zalecanej procedury. Nie odnotowano różnic związanych z płcią, a poprawa następowała nawet wówczas, gdy uczestnicy zmieniali nieco procedurę autoterapii dostosowując ją do swoich potrzeb. Połowa osób, u których stwierdzono poprawę, przestała spełniać kryteria zaburzenia.

Niestety, u pacjentów leczonych metodą samoekspozycji czy próby wyobraźniowej występuje dość znaczna tendencja do rezygnowania z terapii [9, 10]. Wydaje się, że w przypadku cytowanych badań zbyt mało uwagi poświęcono zagadnieniu motywacji pacjentów do realizowania programu terapii. Warto byłoby sprawdzić, czy dodatkowa procedura, mająca zwiększać motywację uczestników, wpłynęłaby pozytywnie na wyniki terapii.

### Podsumowanie

Koszmary senne, zarówno jako objaw izolowany, jak i część obrazu bardziej złożonych zaburzeń, są źródłem problemów dla cierpiących na nie osób w wielu obszarach funkcjonowania, dlatego konieczne jest poważne podejście do ich leczenia. Duże sukcesy na tym polu odnotowali badacze i praktycy stosujący metody terapii poznawczo-behawioralnej [3, 5]. Program zaproponowany przez Burgess i jej współpracowników [3] może być stosowany zarówno w terapii, jak i samodzielnie przez pacjenta. To samo dotyczy metody stosowanej w badaniach Krakowa i wsp. (próba wyobraźniowa), która, jak sam podkreśla, jest prosta, niezbyt kosztowna (wystarczy jedna sesja, by pacjent mógł ją sobie przyswoić) i może być używana w każdym momencie od pojawienia się koszmaru [6]. Terapia koszmarów, oprócz oczywistych korzyści, jakie niesie z sobą dla pacjenta, może być również bardzo pomocna osobie prowadzącej terapię w przypadku, gdy jest to tylko jeden z symptomów innego zaburzenia. O wiele łatwiej jest prowadzić terapię, gdy poziom lęku pacjenta związany z koszmarami obniży się, a wzrośnie poziom koncentracji dzięki wyższej jakości snu [5].

**Piśmiennictwo**

1. Rachman S. Emotional processing, with special reference to post-traumatic stress disorder. *Int. Rev. Psychiatr.* 2001; 13: 164-171.
2. Emilien G, Penasse C, Charles G, Martin D, Lasseaux L, Waltregny P. Post-traumatic stress disorder: hypotheses from clinical neuropsychology and psychopharmacology research. *Int. J. Psychiatr. Clin. Practice* 2000; 4: 3-18.
3. Burgess M, Marks I, Gill M. *Self help for nightmares*. Oxford: The Oxford Stress & Trauma Centre; 2001.
4. (ICD-10) Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 1997.
5. Reynolds F. Laying mother to rest: working with grief-related nightmares through exposure therapy and imagery. *Couns. Psychol. Quart.* 1996; 9(3): 229-233.
6. Krakow B, Kellner R, Pathak D, Lambert L. Imagery rehearsal treatment for chronic nightmares. *Beh. Res. Ther.* 1995; 33: 837-843.
7. Krakow B, Lowry C, Germain A, Gaddy L, Hollifield M, Koss M, Tandberg D, Johnston L, Melendrez D. A retrospective study on improvements in nightmares and post-traumatic stress disorder following treatment for co-morbid sleep-disordered breathing. *J. Psychosom. Res.* 2000; 49: 291-298.
8. (DSM-IV) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
9. Burgess M, Gill M, Marks I. Postal self-exposure treatment of recurrent nightmares. Randomised controlled trial. *Brit. J. Psychiatry* 1998; 172: 257-262.
10. Krakow B, Hollifield M, Schrader R, Koss M, Tandberg D, Lauriello J, McBride L, Warner TD, Cheng D, Edmond T, Kellner R. A controlled study of imagery rehearsal for chronic nightmares in sexual assault survivors with PTSD: a preliminary report. *J. Traum. Stress.* 2000; 13: 589-609.

Adres: Dominika Łada  
Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego  
ul. Stawki 5/7  
00-183 Warszawa

