

Klaudia Sójta

ROLA METAPRZEKONAŃ W PODTRZYMYWANIU OBJAWÓW LĘKOWYCH NA PRZYKŁADZIE PACJENTA Z DIAGNOZĄ UOGÓLNIONEGO ZABURZENIA LĘKOWEGO

META-COGNITION AND GENERALIZED ANXIETY DISORDER — A CASE STUDY

Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

worry
Generalized Anxiety Disorder
meta-cognition

Na podstawie analizy historii życia i przebiegu przewlekłej choroby u 37-letniego mężczyzny z rozpoznaniem uogólnionego zaburzenia lękowego, autorka przedstawia konceptualizację poznawczą przypadku pacjenta. Zaprezentowane także interwencje psychoterapeutyczne stanowią podstawę do rekomendowania przez autorkę treningu metapoznawczego jako użytecznej metody pracy z pacjentami z rozpoznaniem uogólnionego zaburzenia lękowego.

Summary

Objectives: Cognitive-behavioural model of worries indicates the existence of meta-beliefs that play an intermediary role in sustaining the symptoms of anxiety. Patients attribute worrying twofold features. Firstly, worries are considered to be a protective factor, that prepare to deal with future problems. On the other, worry is perceived as a threat to the integrity of somatic and mental health. The importance that patients attach to their anxious thoughts determines not only the realm of undertaken emotional or behavioural strategies, but also affect the further cognitive activity. The aim of this article is to describe a useful therapeutic approach in a patient with global anxiety disorder, which provides a rapid improvement in reported symptoms.

Methods: 37-year-old patient, resident of a big city, diagnosed with global anxiety disorder, being treated psychiatrically with an SSRI with no significant effect. The chronic course of the disorder, somatic comorbidities, a small amount of psychosocial resources led to a significant degradation of patient function in many areas of life activity. Based on an interview there was developed cognitive case conceptualization of the patient. Used psychotherapeutic interventions of the protocol to work on meta-worrying.

Results: After the therapeutic intervention with using of meta-cognitive training methods a significant improvement of reported anxiety symptoms was obtained. The functioning of the patient's professional field has been significantly improved.

Conclusions: Meta-cognitive training may be a useful method in the treatment of patients with GAD.

Wstęp

Uogólnione zaburzenie lękowe jest często diagnozowanym schorzeniem psychicznym charakteryzującym się początkiem na ogół w okresie adolescencji, przewlekłym przebiegiem oraz wysokim stopniem współchorobowości z innymi zaburzeniami nerwicowymi [1]. Jego roczne rozpowszechnienie waha się w przedziale od 2% do 3%, natomiast rozpowszechnienie życiowe wynosi ok. 5% w populacji ogólnej [2]. Jest ono jednostką nozologiczną o stosunkowo niedługiej historii. Opisane zostało w 1980 r. w DSM–III, natomiast dopiero publikacja DSM III–R w 1987 r. zносиła jego status jako zaburzenia rezydualnego [3]. Z uwagi na prace trwające nad doprecyzowaniem kryteriów diagnostycznych, propozycje specyficznych modeli poznawczych zespołu lęku uogólnionego powstają od ostatnich trzech dekad [4].

Cechą charakterystyczną uogólnionego zaburzenia lękowego jest uporczywy, „wolno płynący” lęk, dotyczący różnych płaszczyzn aktywności życiowej jednostki, a utrzymujący się niezależnie od jakichkolwiek uwarunkowań zewnętrznych przez co najmniej 6 miesięcy. Objawia się on najczęściej poprzez nasilonie martwienie się, napięcie ruchowe oraz wzmożoną aktywność układu autonomicznego [5]. Zamartwianie się może być rozpatrywane zarówno jako prawidłowa aktywność poznawcza podmiotu [6], jak i element dysfunkcji myślenia występujący w powiązaniu z wieloma zaburzeniami psychicznymi [7]. Według Borkoveca, Pruzinskiego i DePree jest to „łańcuch myśli i wyobrażeń obciążony negatywnym afektem i względnie niepoddający się kontroli”, pełni on funkcję zabezpieczającą i przygotowującą do radzenia sobie z przyszłymi zagrożeniami [8].

Uwzględniając postulaty poznawczego rozumienia źródeł lęku uogólnionego Adrian Wells proponuje podział zamartwiania na dwa typy:

Typ 1. to zamartwianie się codziennymi zdarzeniami zewnętrznymi (np. możliwością utrzymania pracy i dobrobytu, relacją z partnerem) oraz nieprzystosowawczymi zdarzeniami wewnętrznymi, takimi jak doznania somatyczne (ból głowy — „Czy to nie rak mózgu”).

Typ 2. to metazamartwianie się — ukierunkowane na występowanie samych myśli i ich charakter, czyli innymi słowy przekonania, jakie żywi pacjent wobec procesu zamartwiania (np. „Od tego martwienia się oszaleję”, „Moje myśli przejmą nade mną kontrolę”, „Mogę zacząć się martwić i nigdy nie przestać”) [9].

Metapoznawczy model zamartwień wskazuje na istnienie przekonań, które pełnią pośredniczącą rolę w podtrzymywaniu objawów lękowych. Pacjenci przypisują zamartwianiu się dwojakie właściwości. Z jednej strony obawy uznawane są za czynnik chroniący przed konsekwencjami przyszłych problemów, wspomagający ich przewidywanie oraz przygotowujący do radzenia sobie z nimi. Z drugiej, zamartwianie się postrzegane jest jako zagrożenie dla integralności zdrowia somatycznego i psychicznego. Szczególnie istotne są przekonania dotyczące niekontrolowalności oraz szkodliwości obaw. Kiedy się aktywizują, następuje „zamartwianie się zamartwianiem”, co prowadzi do wzrostu napięcia oraz poczucia bezradności wobec objawów. Znaczenie, jakie pacjenci przypisują swoim myślom o lękowym charakterze, determinuje sferę emocjonalną, podejmowane strategie behawioralne (poszukiwanie otuchy, unikanie) oraz wpływa na dalszą aktywność poznawczą podmiotu poprzez wtórne wzmacnianie metaprzekonań oraz schematów leżących u podstaw struktury osobowości [10, 11].

Zasadniczymi celami terapii poznawczo-behawioralnej uogólnionego zaburzenia lękowego są: z jednej strony usprawnianie regulacji emocjonalnej, tak by pacjent wzmocnił swoją zdolność rozpoznawania, akceptacji, rozumienia, a także konstruktywnego wykorzystywania własnych emocji, z drugiej zaś poznawcza konceptualizacja i zmiana metaprzekonań pełniących pośredniczącą rolę w podtrzymywaniu objawów.

Informacje wstępne

39-letni pacjent dobrowolnie zgłosił się na terapię dwa tygodnie po uzyskaniu zatrudnienia na stanowisku dostawcy towaru w firmie zaopatrzeniowej. Jako motywację do poszukiwania pomocy psychologicznej podawał utrzymujący się niepokój i związane z nim problemy somatyczne (bezsenna, trudności z koncentracją uwagi, zapamiętywaniem) oraz uporczywe zamartwianie się przyszłymi zdarzeniami. Pacjent od lat leczy się psychiatrycznie z rozpoznaniem uogólnionych zaburzeń lękowych (F 41.1), przyjmując leki z grupy SSRI. Pozostaje również pod stałą opieką neurologiczną ze względu na epizody padaczkowe występujące w okresie dziecięcym oraz adolescencji. Wielokrotnie zalecano mu skorzystanie ze wsparcia psychologicznego; jak dotąd skorzystał z jednorazowej konsultacji z psychologiem, ale nie zdecydował się na rozpoczęcie psychoterapii.

Konceptualizacja poznawcza

Mężczyzna mieszka wraz z sześćdziesięciokilkuletnią matką, nie pozostaje w żadnym związku. Nie ma dzieci. Z jego relacji wynika, że ma niewielką sieć wsparcia społecznego. Zdobyl wykształcenie średnie. Utrzymuje się z renty z tytułu umiarkowanego stopnia niepełnosprawności. Po kilkuletniej przerwie w aktywności zawodowej podjął zatrudnienie w firmie zaopatrzeniowej, co przyczyniło się do znacznego nasilenia objawów lękowych, które zrodziły istotne trudności w funkcjonowaniu na polu zawodowym oraz spowodowały znaczne pogorszenie subiektywnie relacjonowanej jakości życia.

Mężczyzna pochodzi z pełnej rodziny, jest jedynakiem. Relacje z rodzicami postrzega jako wyjątkowo bliskie. Jak twierdzi, z ich strony otrzymywał troskliwą opiekę i zaangażowanie. Po pojawieniu się napadów padaczkowych był regularnie odwożony ze szkoły do domu przez ojca. Matka natomiast dużą wagę przywiązywała do stanu zdrowia syna. Rodzice byli zgodni w sprawach dotyczących wychowania. W obawie przed nawrotem napadów nie stawiali mu wysokich wymagań edukacyjnych. Przejmowali za syna większość obowiązków domowych, uważali, że powinien się oszczędzać. Wśród zasad rodzinnych na pierwsze miejsce wysuwają się schematy dotyczące zagrożenia: „Nigdy nie wiadomo, co może się zdarzyć”, „Trzeba na siebie uważać”. Matka tworzyła negatywne scenariusze, katastroficzne interpretacje, podkreślała rolę uważności oraz konieczność dokładnego sprawdzania i ubezpieczania się na wypadek nieszczęść.

Mężczyzna określa siebie z przeszłości jako nieśmiałe dziecko. Był silnie związany z matką i reagował lękiem na rozłąkę z nią. Twierdzi, że nigdy nie udało mu się stworzyć rozbudowanej sieci kontaktów społecznych. Do okresu adolescencji identyfikował się z grupą rówieśniczą. W wieku 15 lat pacjent na szkolnym korytarzu doświadczył napadu padaczkowego. Wspomina duży wstyd, który odczuwał przed rówieśnikami w związku z tym zdarzeniem. Pojawiła się silna obawa przed nawrotem. U pacjenta zaczęły się poja-

wiać napady lęku panicznego, najczęściej w szkole lub na ulicy. Przebywanie bez nadzoru rodziców wiązało się z silnymi obawami. Mężczyzna w momencie napadów lęku wracał do domu, na co miał przyzwolenie ze strony rodziców. Na skutek częstych nieobecności, nie zaliczył w szkole jednego półroczna nauki. Znalazł się wtedy pod opieką psychiatry i przez rok przyjmował alprazolam, po odstawieniu leku napady paniki nie powróciły. W okresie dojrzewania bał się oceny rówieśników, czuł się inny, gorszy. Ze względu na problemy zdrowotne nie podejmował aktywności sportowych, koledzy postrzegali go jako „słabeusza”. Nie czuł się także atrakcyjny dla koleżanek, porównywał się do zdrowych rówieśników. Miał trudności z inicjowaniem kontaktów społecznych, był wycofany, wybierał samotne spędzanie czasu w domu. Uzyskał wykształcenie średnie, nie zdał matury z matematyki, nie podjął dalszej nauki.

W okresie wczesnej dorosłości nadal mieszkał z rodzicami, nie pozostawał w żadnym trwałym związku. Miał kilka krótkotrwałych i, jak twierdzi, nieznaczących relacji z kobietami. Po kilku latach pracy miał wypadek, w wyniku którego doszło do uszkodzenia nerwu strzałkowego oraz zakażenia prowadzącego do ogólnoustrojowej reakcji zapalnej. Mężczyzna w stanie zagrożenia życia trafił do szpitala. Po długotrwałej rehabilitacji zaczął powracać do zdrowia, jednak nie odzyskał pełnej sprawności. Pacjent umocnił się w przekonaniu o własnej słabości i podatności na zachorowanie. Jak twierdzi, zrezygnował z poszukiwania partnerki, bo „kto będzie chciał kogoś takiego”. Znacznie ograniczył kontakty społeczne. Nadal zamieszkiwał u rodziców. Podjął pracę jako portier, do jego obowiązków należało pełnienie samodzielnie 12-godzinnych dyżurów. Pacjent twierdzi, że w tym czasie zaczął zamartwiać się, co może się z nim przydarzyć, co się stanie, jeśli podczas dyżuru pojawi się napad padaczkowy. Po kilku miesiącach zrezygnował z posady i przez kilka lat pozostawał na bezrobociu. W tym okresie objawy lęku uogólnionego utrzymywały się na stałym, podwyższonym poziomie.

Reasumując, mężczyzna w dzieciństwie i wczesnej młodości wykształcił w sobie schematy dotyczące własnej wadliwości, podatności na zranienie i zachorowanie. W obliczu przekonania kluczowych wybierał zazwyczaj strategię unikania oraz potwierdzania schematów: z ostrożnością podchodził do nowych, nieznanymi sytuacji, zaczął ich unikać, wycofywać się z kontaktów społecznych, pozostawał w zależnościowej relacji z rodzicami, zdawał się na ich opiekę. Problemy zdrowotne na przestrzeni życia, liczne konsultacje lekarskie utwierdziły go w przekonaniu o własnej słabości. Matka wzmacniała go w przekonaniu dotyczącym nieprzewidywalności i zagrożeń płynących ze świata. Obecność zniekształceń poznawczych, tj. katastrofizacja, filtr poznawczy, myślenie dychotomiczne, nasilała tendencje unikowe i wycofanie się z różnych pól aktywności życiowej.

Model metapoznawczy

Kluczowe przekonania pacjenta („Jestem słaby”, „Świat jest zagrażający”), kształtujące się na wczesnym etapie życia oraz wzmacniane na skutek interakcji z wydarzeniami krytycznymi (tj. problemami zdrowotnymi, edukacyjnymi), wpływały na rozwój zaburzeń lękowych. Wczesny początek i chroniczny przebieg schorzenia powodowały istotny dystres, upośledzały funkcjonowanie mężczyzny na wielu płaszczyznach życia. Sytuacja pacjenta (zależnościowa relacja z matką, niewielka sieć wsparcia społecznego, niski sta-

tus socjoekonomiczny) oraz podejmowane przez niego dezadaptacyjne strategie radzenia sobie z problemami skłoniły terapeutę do refleksji nad doбором odpowiednich technik terapeutycznych mających zapobiec jego wycofaniu się z psychoterapii oraz zapewniających redukcję objawów lękowych na początkowym etapie współpracy. Podawanie leków z grupy SSRI, oddziałujących na tzw. mechanizm unikania szkody, miało ograniczyć u pacjenta obecność objawów zamartwiania się, lęku, niepewności i nieśmiałości w kontaktach społecznych.

Dwie początkowe sesje poświęcone były na zebranie wywiadu, który dostarczył szczegółowych informacji o pacjencie. Następnie stworzono profil rozwojowy i poznawczy, który uwzględniał interakcje wydarzeń życiowych i przekonań kluczowych mężczyzny, stosowane przez niego strategie radzenia sobie i kompensacje, mechanizmy podtrzymujące objawy zaburzenia oraz zasoby wspomagające pracę psychoterapeutyczną.

W pracy z pacjentem zastosowano poznawczo-behawioralny model zmartwień A. Wellsa, wskazujący na istnienie metaprzekonań, które pełnią pośredniczącą rolę w podtrzymywaniu objawów lęku uogólnionego. Pacjent dokonał samooceny swojego stanu psychicznego za pomocą Inwentarza Myśli Lękowych A. Wellsa. Przeprowadzono także rozmowę, w której za pomocą techniki dialogu sokratejskiego poszukiwano przekonań pacjenta na temat roli zamartwiania się w jego sytuacji życiowej.

Z zebranych informacji wynika, że zamartwianie się pełni w życiu pacjenta funkcję regulatora poziomu poczucia bezpieczeństwa. Wynikać to może z obecności utajonych, pozytywnych przekonań dotyczących zamartwiania się. Mężczyzna w sposób zarówno bezpośredni, jak i za pomocą twierdzeń z Inwentarza Myśli Lękowych przejawia przekonania, iż „zamartwianie się przygotowuje do radzenia sobie”, „zamartwianie się zabezpiecza przed najgorszym”. Gdy uruchomione rutynowe zamartwianie się przeciąga się w czasie, aktywowane zostają negatywne przekonania na temat zamartwiania się. Pacjent twierdzi, że „martwienie nigdy się nie skończy”, „że od zamartwiania wreszcie zwariuje”. Przekonania te wpływają na wzrost poziomu lęku, napięcia oraz nasilenie objawów somatycznych, w obliczu których mężczyzna podejmuje różne działania mające chronić go przed wyobrażonymi, katastrofalnymi skutkami zamartwiania się. Najczęściej są to próby kontrolowania myśli lub odwracania uwagi, które zazwyczaj kończą się subiektywnym poczuciem porażki oraz niekontrolowalności własnych stanów psychicznych. Pacjent wtórnie wzmacnia swoje przekonania dotyczące własnej słabości, wadliwości oraz podatności na zachorowanie. Towarzyszy temu poczucie bezradności oraz niemożności wprowadzenia zmiany.

Implikacje psychoterapeutyczne

Przy założeniu, że zmiana treści dotyczących zamartwiania się stanowić może element pośredniczący w redukcji objawów lęku uogólnionego, w porozumieniu z pacjentem trzy kolejne sesje psychoterapeutyczne poświęcone zostały na pracę z metaprzekonaniami.

Korzystając z protokołu opracowanego przez A. Wellsa podjęto następujące interwencje psychoterapeutyczne:

Eksperyment psychoedukacyjny z tłumieniem myśli

Cel: Wskazanie negatywnych skutków kontrolowania aktywności poznawczej w odniesieniu do strategii podejmowanych przez pacjenta.

Przebieg:

T.: *Mówił Pan, że kiedy zaczął się Pan zamartwiać, że to nigdy się nie skończy, że zawsze będzie Pan się tak obawiał o przyszłość, to starał się Pan tłumić swoje myśli, odwracać od nich uwagę.*

P.: *Tak było, tylko się nie udało. Znowm myślałem o tym, że szefowa jest ze mnie niezadowolona, że wolno liczyć ten towar, jakieś pomyłki mi wchodzą. Tak w koło. Potem myślałem, że chyba wreszcie zwariuję.*

T.: *Czyli pomyślał Pan, że zamartwianie się doprowadzi Pana do obłądu?*

P.: [kiwa głową]

T.: *Chciałabym teraz zachęcić Pana do sprawdzenia, co się dzieje, kiedy bardzo staramy się o coś nie myśleć. Kiedy cały wysiłek wkładamy w stłumienie naszych myśli. Co Pan na to?*

P.: *No spróbujmy.*

T.: *Dam Panu kartkę papieru. Może Pan narysować na niej, co zechce. Będzie Pan miał na to 3 minuty. Proszę tylko, by zrobił Pan wszystko, by przez ten czas nie myśleć o białym niedźwiedziu.*

(pacjent otrzymuje kartkę i ołówek)

P.: [śmieje się] *No nie, nie da się nie myśleć. Trzy razy już go widziałem!*

T.: *Aha, skoro, kiedy próbuje Pan powstrzymać się od myślenia o czymś, to efekt jest odwrotny i myśli Pan o tym więcej, to jak Pan sądzi, co się może stać, jeśli próbuje Pan nie zamartwiać się?*

P.: *No to jest dokładnie to samo, zawsze wtedy mam pełno złych myśli w głowie.*

W efekcie powyższego eksperymentu pacjent zorientował się w skutkach podejmowanych przez niego prób hamowania aktywności poznawczej. Wnioski, jakie wysnuł były warunkiem wstępnym do zrozumienia błędnego koła podtrzymywania zamartwiania oraz w dalszej kolejności podjęcia interwencji behawioralnych w zakresie obecnych strategii zaradczych.

Następnym krokiem w pracy z metaprzekonaniami była reatrybucja werbalna, mająca na celu podważanie słuszności przekonań typu 2 oraz wskazywanie na ich dezadaptacyjny charakter. W pierwszej kolejności starano się znormalizować zamartwianie się, postrzegane przez pacjenta jako aktywność skrajnie patologiczna i właściwa tylko nielicznym osobom. Przytoczono pacjentowi wyniki eksperymentu Wellsa i Morrisona wskazujących, że w okresie dwóch tygodni 79% osób biorących udział w badaniu zamartwiała się przynajmniej raz. Pacjent, co prawda zaskoczony przedstawionymi informacjami, twierdził jednak, że w jego wypadku ta aktywność poznawcza trwa bezustannie. Poszukując dowodów podważających słuszność myśli „Martwię się cały czas”, pacjent przekierował swoją uwagę na okresy, kiedy zamartwiał się mniej lub nie zamartwiał się wcale, co pozwoliło na identyfikację zasobów mężczyzny w radzeniu sobie z lękiem uogólnionym. Kolejnym etapem zmiany

metaprzekonań była interwencja ukierunkowana na poszukiwanie dowodów słuszności pozytywnych myśli dotyczących zamartwiania się:

T.: *Mówił Pan, że kiedy szef wyznaczył Panu pierwsze samodzielne zadanie, czyli odbiór auta firmowego z salonu, to objawy lęku były na bardzo wysokim poziomie.*

P.: *No, nie spałem pół nocy przed, myślałem, co to złego może mi się przydarzyć.*

T.: *Może moje pytanie wyda się Panu trochę dziwne, ale zastanawiam się, czy te myśli były Panu wtedy w jakiś sposób potrzebne?*

P.: *Nie wiem. Po prostu chciałem być przygotowany na najgorsze.*

T.: *I to zamartwianie się pomogło Panu przygotować się na najgorsze?*

P.: *Chyba trochę tak. Jak myślę pesymistycznie, to potem się miło zaskakuję.*

T.: *Czy inaczej mogę powiedzieć to w ten sposób: kiedy się martwię, nie stanie się nic złego?*

P.: *No, coś w tym jest!*

T.: *Jak bardzo wierzy Pan w te słowa? Od zera do stu procent.*

P.: *No, trochę wierzę, tak z 70%. A może nawet 80%.*

T.: *To silne przekonanie. Czemu Pana zdaniem jest coś słusznego w tym, że kiedy się Pan martwi, nie stanie się nic złego.*

P.: *No, np. wtedy się martwiłem i nic się z autem nie stało, nie było wypadku. Często tak mam, że mi się zamartwianie nie sprawdza. Zresztą lepiej się mile rozczarować.*

T.: *Aha. Chce Pan powiedzieć, że to mniej bolesne niż niemile zaskoczyć? A czy moglibyśmy rozumieć jeszcze inaczej to, że nie miał Pan wtedy wypadku?*

P.: *No, uważałem na drodze. Pogoda była dobra. Auto nowka sztuka, sprawne.*

T.: *Czyli różne czynniki, m.in. Pana umiejętności, mogły wpływać na to, że droga minęła bezproblemowo? Nie tylko wcześniejsze zamartwianie się?*

P.: *Tak, wychodzi, że tak. Nie myślałem tak, że ja miałem na to wpływ.*

Podczas opisów kolejnych sytuacji pacjent zaczął zauważać, że zamartwianie się nie jest determinantą powodzenia przyszłych wyzwań. Dopuszczenie do świadomości alternatywnych wytłumaczeń obniżyło subiektywnie relacjonowany poziom lęku, ale też zmniejszyło wiarę w pozytywne metaprzekonania, które pełniły pośredniczącą rolę w wyborze zamartwiania się jako strategii radzenia sobie w sytuacjach problematycznych.

Ostatnim etapem pracy z metaprzekonaniami był eksperyment behawioralny mający na celu podważanie negatywnych myśli o niekontrolowalności i obłądnie („Zwariuję od tego zamartwiania się”). Zaproponowany eksperyment polegał na próbie „utruty kontroli” nad zamartwianiem się. Mężczyzna proszony był o celowe maksymalizowanie czarnych scenariuszy, pozwolenie, by zamartwianie się przejęło kontrolę nad umysłem. Pacjent zapisał swoje przekonanie oraz siłę wiary w nie. Określił także oczekiwania co do rezultatu

eksperymentu: „Mogę stracić rozum”. Wraz z pacjentem ustalono, że eksperyment odbędzie się w trakcie następnego spotkania, tak by mógł czuć się bezpiecznie. Eksperyment trwał 15 min, a pacjent miał zamartwiać się swoim życiem zawodowym. Mężczyzna podsumował próbę utraty kontroli słowami: „Jak próbuje oszaleć, to mi się nie udaje”. Zgłaszał jednak niepokój, że teraz on ma kontrolę nad myślami, ale co stanie się, kiedy myśli będą miały kontrolę nad nim. Zalecono kilkukrotne powtórzenie eksperymentu w warunkach domowych, by zwiększyć poczucie kontroli nad negatywnymi myślami.

Podsumowanie

Opisywany fragment interwencji psychoterapeutycznej okazał się kluczowy dla dalszej współpracy z pacjentem. Z uwagi na cechy osobowości bierno-zależnej oraz niską wiarę mężczyzny w możliwość uzyskania poprawy, na pierwszym etapie terapii skoncentrowano się na redukcji zamartwiania się oraz obniżaniu niepokoju i napięcia. Znajomość skuteczności treningu metapoznawczego w pracy z objawami uogólnionego zaburzenia lękowego [12] skłoniła do wyboru właściwych dla niego interwencji terapeutycznych.

Do czynników mogących mieć istotny wpływ na zmianę zaliczyć należy zapoznanie pacjenta z konceptualizacją poznawczą zgłaszanych problemów [13]. Poprzez dostrzeżenie oraz zrozumienie działania mechanizmów leżących u podstaw zamartwiania się, pacjentowi udało się uzyskać poprawę w zakresie „lęku przed lękiem”. Eksperymenty psychoedukacyjne oraz normalizacja zamartwiania się pozwoliły mężczyźnie stworzyć alternatywny obraz choroby i pozbawiony elementów patologicznych obraz stanu zdrowia psychicznego. Wynikiem tego był wzrost wiary w możliwość uzyskania poprawy oraz wzrost motywacji do kontynuacji psychoterapii.

Poprzez podważanie słuszności zarówno pozytywnych, jak i negatywnych przekonań oraz testowanie ich słuszności w oparciu o eksperymenty behawioralne pacjent miał szansę doświadczyć kontroli nad zamartwianiem się. Mężczyzna stopniowo zyskiwał przeświadczenie, iż nie jest bezradny wobec objawów, co stanowiło doświadczenie sprzeczne z jego podstawowymi schematami.

Warto jednak zwrócić uwagę na ograniczenia powyższych interwencji. Redukcja symptomów zespołu lęku uogólnionego, bez należytego poznania ich przyczyn, może okazać się jedynie krótkoterminowym rozwiązaniem. Zgodnie z założeniami diagnozy wieloosiowej objawy kliniczne należy zawsze rozpatrywać w odniesieniu do charakterystyki osobowości pacjenta i jej ewentualnych zaburzeń, występujących schorzeń somatycznych i dysfunkcji c.u.n. (u pacjenta rozpoznano napady padaczkowe), a także nasilenia stresu życiowego (w tym wypadku w okresie szkolnym i wczesnodorosłym). Chronicznie utrzymujące się objawy nerwicowe skłaniają do refleksji nad ich funkcją w życiu pacjenta. Można przypuszczać, że zespół lęku uogólnionego w tym przypadku jest manifestacją osobowości bierno-zależnej. Przyjmując taką hipotezę, dla uzyskania trwałej poprawy w zakresie funkcjonowania należałoby w dalszej pracy psychoterapeutycznej bazować na pogłębionym rozumieniu przyczyn problemów psychologicznych pacjenta wywodzących się z wczesnodziecięcych doświadczeń, zastosowaniu technik regulacji emocji [14], wzmacnianiu relacji terapeuta–pacjent oraz rozpoznawaniu i zmianie nieadaptacyjnych stylów radzenia sobie [15]. Na podstawie danych z wywiadu i konceptualizacji poznawczej problemów pacjenta

przypuszczać można, że nad wyraz silne więzy emocjonalne łączące pacjenta z matką oraz przekazywane schematy dotyczące zagrożeń płynących ze świata zewnętrznego wpłynęły na ukształtowanie się u mężczyzny dezadaptacyjnych schematów osobowościowych z obszaru osłabionej autonomii oraz braku dokonań. Pacjent nieustannie przeżywa siebie jako osobę niekompetentną oraz niezdolną do pełnowartościowej egzystencji. Ma poczucie, że jedynie pozostając pod opieką matki może prawidłowo funkcjonować. Ponadto postrzega siebie jako osobę słabą, podatną na zranienie i zachorowanie. Nieustannie oczekuje nadchodzących katastrof, wobec których, jak przewiduje, pozostanie bezradny. W oparciu o paradygmat terapii schematów Younga, celem dalszej pracy terapeutycznej jest zwiększanie poczucia kompetencji i wiary pacjenta we własne możliwości zaradcze oraz rozwijanie niezależności. W osiągnięciu powyższych założeń pomocne mogą okazać się strategie doświadczeniowe (przełamywanie wzorców funkcjonowania w pracy wyobraźniowej, dialog z unikającą stroną pacjenta), strategie behawioralne oraz mniej dyrektywna relacja terapeutyczna aktywnie angażująca pacjenta w proces operacjonalizacji i realizacji celów [15]. Z uwagi na obecność deficytów neuropsychologicznych mniejszą rolę na tym etapie psychoterapii będą pełniły strategie poznawcze [16].

Piśmiennictwo

1. Kessler RC, Keller MB, Wittchen HU. The epidemiology of generalized anxiety disorder. *Psychiat. Clin. N. Am.* 2001; 24(1): 19–39.
2. Weisberg RB. Overview of generalized anxiety disorder: epidemiology, presentation, and course. *J. Clin. Psychiat.* 2009; 70 Suppl 2: 4–9.
3. Norton PJ. Toward a clinically-oriented model of anxiety disorders. *Cogn. Behav. Ther.* 2006; 35(2): 89–91.
4. Wells A. *Terapia poznawcza zaburzeń lękowych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2010, s. 234–235.
5. World Health Organization. ICD-10, the ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization, 1993.
6. Trapnell PD, Campbell JD. Private self-consciousness and the five-factor model of personality: Distinguishing rumination from reflection. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1999; 76(2): 297–300.
7. Chelminski I, Zimmerman M. Pathological worry in depressed and anxious patients. *J. Anxiety Disord.* 2003; 17(5): 533–546.
8. Borkovec T, Robinson E, Pruzinsky T, DePree J. Preliminary exploration of worry: some characteristics and processes. *Behav. Res. Ther.* 1983; 21(1): 9–16.
9. Wells A. A multidimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the Anxious Thoughts Inventory. *Anxiety Stress Copin.* 1994; 6: 289–299.
10. Wells A. Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behav. Cogn. Psychoth.* 1995; 23: 301–320.
11. Wells A. *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley; 1997.
12. Van der Heiden C, Muris P, van der Molenb HT. Randomized controlled trial on the effectiveness of meta-cognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behav. Res. Ther.* 2012; 50(2): 100–109.

13. Wells A. Meta-cognitive therapy for anxiety and depression. London: The Guilford Press; 2009, s. 102–104.
14. Mennin DS, Fresco DM, Ritter M, Heimberg RG. An open trial of emotion regulation for generalized anxiety disorder and co-occurring depression. *Depress. Anxiety* 2015; 32: 620–621.
15. Young JE, Klosko JS, Weishaar M. *Terapia schematów. Przewodnik praktyka*. GWP; 2014.
16. Gugała-Iwaniuk M, Bochyńska A. Funkcjonowanie poznawczo-behawioralne osób z padaczką. *Przegląd literatury. Post. Psychiatr. Neurol.* 2014; 23(3): 142–144.

Adres: klaudiakrakus@vp.pl