

Zastosowanie eksperymentów behawioralnych w terapii lęku społecznego

Behavioural experiments in social phobia treatment

¹ Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Kierownik: prof. dr hab. n. med. Jolanta Rabe-Jabłońska

² NZOZ Centrum CBT – Centrum Terapii Behawioralno-Poznawczej w Warszawie

Correspondence to: Agnieszka Pawełczyk, Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi,

ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź, e-mail: agnieszka.pawelczyk@wp.pl

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Fobia społeczna wiąże się ze stale utrzymującym się lękiem przed jedną lub kilkoma sytuacjami, w których osoba narażona jest na kontakt z nieznanymi sobie ludźmi lub na możliwość oceny ze strony innych osób. W zaburzeniu tym lęk oceniany jest jako nadmierny i nieracjonalny, a konieczność zaangażowania się w sytuacje społeczne wiąże się z silnym cierpieniem i lękiem pacjentów, dlatego też często stosują oni strategię unikania zachowań społecznych. Występuje u około 12% populacji. W leczeniu zaburzenia lęku społecznego głównym celem jest zmniejszenie lęku i fobicznego unikania do poziomu, na którym nie powoduje już istotnego stresu i zakłóceń funkcjonowania. Skuteczne leczenie tego zaburzenia obejmuje dwie kategorie: leczenie farmakologiczne lub/i terapię behawioralno-poznawczą (TBP). Najbardziej skuteczne interwencje TBP należą do czterech form oddziaływania i zawierają: ekspozycję, restrukturyzację poznawczą, trening umiejętności społecznych oraz relaksację. Celem niniejszego artykułu jest zaprezentowanie zmian w myśleniu i zachowaniu uzyskanych po zastosowaniu eksperymentów behawioralnych (EB) u nastoletnich i dorosłych pacjentów z rozpoznaniem fobii społecznej. Przedstawione zostały różne rodzaje eksperymentów wprowadzonych w czasie leczenia. Zaprezentowano eksperymenty przeprowadzone z udziałem osób obawiających się: oddania moczu w miejscu publicznym, rozmawiania z nieznanymi, rozmawiania z dorosłymi oraz spotkania się z nowymi nastoletnimi kolegami. Przeprowadzone EB okazały się skuteczną metodą leczenia zgłaszanych objawów. Doprowadziły do poznawczej zmiany poprzez stworzenie nowych i bardziej przystosowawczych przekonań i zasad.

Słowa kluczowe: fobia społeczna, lęk społeczny, eksperyment behawioralny, terapia poznawczo-behawioralna, leczenie psychologiczne

Summary

Social phobia is a marked and persistent fear of one or more social situations in which the person is exposed to unfamiliar people or to possible scrutiny by others. The person recognizes that the fear is excessive or unreasonable and the feared social or performance situations are avoided or else are endured with intense anxiety or distress. The recent NCS-Replication study found lifetime prevalence rates of 12.1% for social phobia. The main goal of treatment is to decrease fear and phobic avoidance to a level that no longer causes significant distress or functional impairment. Effective treatments fall into one of two main categories: pharmacological treatment and CBT. Most effective CBT interventions include four main types of treatment: exposure-based strategies, cognitive therapy, social skills training and applied relaxation. The aim of the present case studies is to show how the behavioural experiments can be used as a powerful tool to change thinking and behaviour of adolescent and adult patients with social phobia symptoms. Various behavioural experiments adapted in the course of our four patients treatment are presented. Behavioural experiments conducted to treat persons with the fear of urinating in public, talking with strangers, talking with adults and developing ability to meet a new adolescent peer are exemplified. The conducted experiments occurred to be an effective treatment for the reported symptoms. They produced a cognitive change by construction of new and more adaptive beliefs and principles.

Key words: social phobia, social anxiety, behavioural experiments, cognitive-behavioural therapy, psychological treatment

WSTĘP

Fobia społeczna wiąże się ze stale utrzymującym się lękiem przed jedną lub kilkoma sytuacjami, w których osoba narażona jest na kontakt z nieznanymi sobie ludźmi lub na możliwość oceny ze strony innych osób. Osoba boi się, że postąpi w sposób, który będzie dla niej kłopotliwy bądź upokarzający, przewiduje, że ocena innych będzie dla niej niekorzystna („czuję zdenerwowanie, ponieważ myślę, że oceni mnie gorzej niż zazwyczaj”), a następstwo negatywnej oceny będzie dla niej katastrofą („może skreśli mnie z listy osób biorących udział w konkursie”). W fobii społecznej lęk oceniany jest jako nadmierny i nieracjonalny. Konieczność zaangażowania się w sytuacje społeczne wiąże się z silnym cierpieniem i lękiem pacjentów, dlatego też często stosują oni strategię unikania zachowań społecznych^(1,2). Co istotne, osoba z lękiem społecznym może wcale nie zachowywać się w niewłaściwy i poniżający dla siebie sposób, a jedynie mieć obawę, że tak się zachowa. Również objawy jej lęku nie muszą być widoczne dla otoczenia (choćby pocenie się, zaczerwienienie, drżenie czasami są widoczne), wystarczy, że ona sama myśli, że symptomy te mogą zostać dostrzeżone i negatywnie ocenione przez innych. Z tego względu lęk społeczny wiąże się głównie z tym, co dzieje się w umyśle danej osoby^(3,4).

Znajdując się w sytuacji społecznej, osoby z fobią społeczną starają się wyrzucić silne wrażenie na innych, z drugiej strony ich przekonania powodują, że mają poczucie, że nie są w stanie tego dokonać. Wierzą, że ich niestosowne zachowanie w sytuacji społecznej narazi ich na odrzucenie i utratę pozycji społecznej. Co więcej, są one pochłonięte na tyle objawami fizjologicznymi oraz negatywnymi myślami na temat tego, jak mogą być oceniani przez innych oraz jak siebie oceniają, że uniemożliwia im to zweryfikowanie swoich przekonań na podstawie informacji płynących z zewnątrz.

Według danych z 2005 roku na zaburzenie lęku społecznego cierpi około 12,1% populacji amerykańskiej⁽¹⁾. Dane przytaczane w DSM-IV wskazują, że dotyka ono od 3 do 13%⁽⁵⁾ populacji, z kolei Rybakowski podaje, iż występuje ono u 2-3% osób⁽⁶⁾. Najczęściej zaburzenie lęku społecznego zaczyna się w okresie środkowej lub późnej adolescencji. Dotyczy zarówno mężczyzn, jak i kobiet, a różnice w jego występowaniu pomiędzy płciami są relatywnie małe (chorobowość mężczyzn i kobiet odpowiednio 11,5 i 15,5%)⁽⁷⁾. Fobia społeczna (FS) czę-

sto współwystępuje z napadami lęku panicznego z agorafobią, zespołem lęku uogólnionego, zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi, dużą depresją, zaburzeniami odżywiania i nadużywaniem alkoholu^(1,3). Kiedy współwystępuje z zaburzeniami nastroju, uzależnieniem lub innym zaburzeniem lękowym, najczęściej poprzedza wystąpienie tego drugiego zaburzenia⁽¹⁾. W leczeniu zaburzenia lęku społecznego głównym celem jest zmniejszenie lęku i fobicznego unikania do poziomu, na którym nie powoduje on już istotnego stresu i zakłóceń funkcjonowania. Skuteczne leczenie tego zaburzenia obejmuje leczenie farmakologiczne lub/i terapię behawioralno-poznawczą (TBP). W farmakoterapii stosuje się głównie leki z grupy SSRI, można także zaordynować moklobemid, benzodiazepiny, leki z grupy inhibitorów MAO i gabapentynę, choć ocena skuteczności ich stosowania wymaga dalszych randomizowanych kontrolowanych badań (RCT)⁽¹⁾. W ramach TBP stosuje się najczęściej następujące strategie: restrukturyzację poznawczą, ekspozycję, psychoedukację i trening umiejętności społecznych (tabela 1).

Istnieje wiele badań potwierdzających skuteczność TBP w leczeniu fobii społecznej, w których wykazano jej wyższą efektywność w porównaniu z grupą kontrolną (pacjenci oczekujący na terapię, placebo – rozmowa polegająca na dawaniu uwagi). Przegląd badań przedstawia tabela 2.

Ostatnio przeprowadzono analizy badań RCT porównujących trening umiejętności społecznych, terapię ekspozycyjną i/lub terapię poznawczą, które wykazały, że TBP (zawierająca restrukturyzację poznawczą, ekspozycję na społeczne sytuacje lękowe i zarazem unikanie lub eksperymenty behawioralne) jest skuteczną i specyficzną metodą leczenia FS. Terapia ekspozycyjna okazała się skuteczna, ale w porównaniu z brakiem leczenia. Z kolei niejednoznaczne rezultaty uzyskano z porównań TBP i ekspozycji *in vivo*. Nie znaleziono dowodów skuteczności działania treningu umiejętności społecznych^(8,9).

MODELE POZNAWCZE FOBII SPOŁECZNEJ

Aby wyjaśnić zaburzenie lęku społecznego, Schlenker i Leary⁽¹⁰⁾, Clark i Wells⁽¹¹⁾ oraz Rapee i Heimberg⁽¹²⁾ opracowali modele poznawcze skoncentrowane na mechanizmach podtrzymywania objawów tego zaburzenia. W pierwszym z nich podkreślano element „autoprezentacji”, zwracając uwagę na motywację do wywarcia wrażenia na innych oraz wątpliwości, czy uda się

Nazwa strategii	Definicja	Przykład
Restrukturyzacja poznawcza	Techniki służące rozpoznawaniu własnego systemu poznawczego, sposobów przetwarzania informacji oraz zmieniające sposób interpretacji relacji pomiędzy pacjentem a jego otoczeniem	Dyskusja myśli automatycznych, dialog sokratejski
Ekspozycja	Technika służąca zmniejszeniu intensywności lęku i ograniczeniu unikania	Ekspozycja <i>in vivo</i> , ekspozycja w wyobraźni
Psychoedukacja	Dostarczenie pacjentowi informacji o diagnozie, naturze zaburzenia, czynnikach biologicznych, objawach oraz o modelu terapii behawioralno-poznawczej	Wyjaśnienie zaburzeń pacjenta w modelu TBP fobii społecznej
Trening umiejętności społecznych	Uczenie lub rozwinięcie umiejętności społecznych pacjenta	Uczenie pacjenta prowadzenia rozmowy z urzędnikiem

Tabela 1. Opis najczęściej stosowanych strategii TBP

Autor	Tytuł	Czasopismo	Wyniki
Wlazlo Z., Schroeder-Hartwig K., Hand I. i wsp. ⁽¹⁹⁾	Exposure <i>in vivo</i> vs social skills training for social phobia: long-term outcome and differential effects	Behaviour Research and Therapy 1990; 28: 181-93	Trening umiejętności społecznych i terapia ekspozycyjna przeprowadzane indywidualnie lub grupowo równie skuteczne, grupowa terapia ekspozycyjna bardziej skuteczna dla pacjentów z deficytami umiejętności społecznych
Heimberg R.G. ⁽²⁰⁾	Cognitive assessment strategies and the measurement of outcome of treatment for social phobia	Behaviour Research and Therapy 1994; 32: 269-280	Restrukturyzacja poznawcza, stopniowa ekspozycja są skutecznymi technikami terapeutycznymi
Mersch P.P.A. ⁽²¹⁾	The treatment of social phobia: the differential effectiveness of exposure <i>in vivo</i> and an integration of exposure <i>in vivo</i> , rational emotive therapy and social skills training	Behaviour Research and Therapy 1995; 33: 259-269	Ekspozycja <i>in vivo</i> i leczenie zintegrowane (racjonalno-emotywna terapia, trening umiejętności społecznych i ekspozycja <i>in vivo</i>) bardziej skuteczne niż brak oddziaływań (lista oczekujących); leczenie zintegrowane tak samo skuteczne jak ekspozycja <i>in vivo</i>
Scholing A., Emmelkamp P.M. ⁽²²⁾	Treatment of generalized social phobia: results at long-term follow-up	Behaviour Research and Therapy 1996; 34: 447-452	Grupowa terapia z ekspozycją <i>in vivo</i> najskuteczniejsza, zintegrowana terapia grupowa najmniej skuteczna
Oosterbaan D.B., van Balkom A.J., Spinhoven P., van Dyck R. ⁽²³⁾	The placebo response in social phobia	Journal of Psychopharmacology 2001; 15: 199-203	TBP skuteczniejsza niż moklobemid, ale nie placebo po 15 tygodniach leczenia; po 2 miesiącach TBP skuteczniejsza niż placebo i moklobemid
Camart N., André C., Trybou V., Bourdel M.C. ⁽²⁴⁾	Short-term effects of a cognitive-behavioural group therapy in social phobia: evaluation of sixty patients	L'Encéphale 2006; 32: 1011-1018	Ekspozycja, restrukturyzacja poznawcza, trening umiejętności społecznych są skuteczne w oddziaływaniu krótkoterminowym
James A., Soler A., Weatherall R.	Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents	Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1, 2009	TBP jest bardziej skuteczna niż oczekiwanie na terapię lub placebo (dawanie uwagi). Nie ma różnic pomiędzy TBP indywidualną, grupową, rodzinną

Tabela 2. Przegląd wybranych badań nad skutecznością TBP w leczeniu fobii społecznej

to osiągnąć. Drugi z modeli, Clarka i Wellsa, zwracał uwagę na nieprzystosowawcze założenia na temat siebie i świata aktualizowane w sytuacjach społecznych. Aktywizacja tych dysfunkcyjnych przekonań prowadzi do postrzegania w sytuacjach społecznych zagrożenia dotyczącego własnego niekompetentnego zachowania i związanych z nim interpersonalnych konsekwencji. Z kolei trzeci model, Rapeego i Heimberga, akcentuje świadomość obecności świadków kontaktów interpersonalnych, co uaktywnia dwa procesy: tworzenie mentalnej reprezentacji obrazu siebie w oczach obecnych osób oraz alokacji zasobów uwagi do tej reprezentacji i postrzeganych sygnałów negatywnej oceny własnej osoby. Najistotniejszym elementem tego modelu jest dokonywanie przez jednostkę porównania umysłowej reprezentacji zewnętrznego obrazu i zachowania z poznawczą oceną standardów zachowania wymaganych przez innych ludzi.

Do najważniejszych cech ujętych w tych modelach należą: 1) negatywnie zniekształcone wyobrażenia, które w przekonaniu osoby z FS mają na jej temat inni ludzie, 2) kierowanie uwagi na pojęcia niebezpieczeństwa w sytuacji społecznej i nadmierna koncentracja na sobie, 3) rozbieżność pomiędzy standardami, które należy spełniać, a własną spostrzeganą umiejętnością ich spełniania oraz 4) przypisywanie nadmiernej wagi negatywnej ocenie ze strony innych osób⁽¹³⁾.

W niniejszej pracy zostanie zaprezentowane zastosowanie jednej z technik TBP – eksperymentu behawioralnego (EB) w leczeniu pacjentów z objawami FS. Kolejno zostanie omówiona sama technika, następnie zostaną zaprezentowane przykładowe eksperymenty behawioralne zastosowane w terapii pacjentów z fobią społeczną oraz analiza wniosków płynących z zastosowania EB.

EKSPERYMENTY BEHAVIORALNE – OPIS TECHNIK

Ekspertyment behawioralny jest jedną z najbardziej skutecznych metod wprowadzania zmian w funkcjonowaniu pacjenta w terapii poznawczo-behawioralnej. Wielu autorów (Beck, Bennett-Levy, Ellis, Padesky) uważa go za kluczowy element terapii, dzięki któremu zmiany zainicjowane na poziomie poznawczym można zacząć przenosić do codziennego funkcjonowania pacjenta. Już Beck w latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku zalecał, by wiedzę na temat schematu poznawczego badanego formułować jedynie w postaci hipotezy i testować ją właśnie w czasie EB. Dla wielu autorów zajmujących się rozwojem terapii poznawczej (np. Taylor: *Understanding and Treating Panic Disorder: Cognitive-Behavioural Approaches*)⁽¹⁴⁾ eksperyment behawioralny jest techniką, która łączy ze sobą stosowanie ekspozycji z terapią poznawczą i jest on naturalnym następcą klasycznej ekspozycji.

Współczesna definicja eksperymentu behawioralnego⁽¹⁵⁾ podaje, że jest to starannie zaplanowane działanie, w czasie którego pacjent z jednej strony podejmuje nową aktywność, a z drugiej obserwuje, jakie skutki dla niego owa aktywność przynosi. EB jest podejmowany w trakcie lub pomiędzy kolejnymi sesjami terapii poznawczej. Sposób zaplanowania EB wpływa bezpośrednio z poznawczej konceptualizacji problemu pacjenta i jego podstawowym celem jest uzyskanie wiedzy potrzebnej do:

- testowania prawdziwości przekonań (myśli automatycznych, przekonań pośredniczących, przekonań rdzennych) pacjenta dotyczących siebie, innych lub świata;

Technika	Wprowadzana zmienna	II faza	Interpretacja poznawcza
Klasykzna ekspozycja na sytuację lękową	Narażenie na sytuację, w której pojawia się lęk	Pozostawanie w trudnej sytuacji tak długo, aż lęk opadnie, pomimo obecności wyzwalającego go bodźca	Klasykznie nieobecna, zakłada się, że zmiany na poziomie behawioralnym przynoszą zmiany na poziomie poznawczym
Klasykzny eksperyment behawioralny	Stworzenie sytuacji, w której ma pojawić się nowe zachowanie	Emocje, reakcje fizjologiczne organizmu, zachowania są monitorowane. Skupiamy się na zmiennej, która jest badana w eksperymencie	Jest podstawowym elementem EB, ponieważ jego celem jest wprowadzenie lub utrwalenie bardziej adaptacyjnej zmiany w funkcjonowaniu poznawczym klienta. Zazwyczaj ma miejsce na sesji poznawczej

Tabela 3. Porównanie ekspozycji i eksperymentu behawioralnego

- stworzenia i/lub testowania nowych, bardziej adaptacyjnych przekonań;
- przyczynienia się do stworzenia i zweryfikowania nowego schematu poznawczego (*cognitive formulation*).

Eksperymenty behawioralne stanowią zaplanowaną aktywność pacjenta opartą na eksperymentowaniu (próbowaniu, sprawdzaniu, szukaniu dowodów) lub obserwacji. Ich plan pochodzi bezpośrednio z poznawczej konceptualizacji problemu, a głównym celem jest pozyskanie nowych informacji. Mogą one posłużyć do weryfikacji posiadanych przez pacjenta przekonań na temat siebie, świata i ludzi, konstrukcji i/lub sprawdzenia nowych przekonań, a także mogą przyczynić się do rozwinięcia i weryfikacji konceptualizacji poznawczej pacjenta⁽¹⁵⁾. Tak jak eksperymenty stosowane w sprawdzaniu teorii naukowych, EB w terapii behawioralno-poznawczej są planowane, aby pomóc w tworzeniu i sprawdzaniu „teorii” (tzn. przekonań pacjenta) poprzez porównywanie danych z doświadczenia.

Eksperymenty behawioralne mogą dotyczyć testowania formalnych hipotez („czy to prawda, że...?”) i zbierania nowych informacji („co by się stało, gdyby...?”). Pierwsze z nich mogą testować nieprzydatne treści poznawcze („Zaraz zemdleję.”), porównywać te treści z alternatywnym wyjaśnieniem („To może być lęk.”) oraz testować dowody wzmacniające nowe treści („Moje doznania fizyczne są zwyczajne i nie ma się czego bać.”). Drugie służą zbieraniu dodatkowych informacji, zwłaszcza gdy dla pacjentów niejasne są procesy podtrzymujące ich objawy⁽¹⁶⁾. W tabeli 4 zostały opisane główne typy eksperymentów behawioralnych.

Eksperymenty behawioralne mogą wymagać osobistego zaangażowania pacjenta w działanie bądź obserwacji i gromadzenia danych. Mogą służyć testowaniu zarówno myśli automatycznych, jak i przekonań pośredniczących i kluczowych. Każdy eksperyment składa się z kilku faz – z planowania związanego z analizą przewidywanych reakcji, potencjalnych problemów i strategii ich rozwiązania, następnie z samego eks-

perymentu oraz analizy jego wyników w kontekście struktur poznawczych pacjenta⁽¹⁷⁾. Schemat EB prezentuje rys. 1.

OPIS PRZYPADKÓW I PRZYKŁADY PRZEPROWADZONYCH EKSPERYMENTÓW BEHAVIORALNYCH

Pacjent A.A., mężczyzna, lat 34, w trakcie terapii fobii społecznej zgłosił silny lęk związany z przekonaniem, że po wyjściu z domu, po wejściu do autobusu, samochodu służbowego, na zebranie bądź egzamin „nie zdąży do toalety i odda moc”. W sytuacjach tych odczuwał silne parcie na mocz, napięcie mięśni, uczucie gorąca, zwiększoną potliwość oraz lęk. W konsekwencji unikał tych sytuacji bądź nadmiernie często chodził do toalety, jeśli nie mógł uniknąć sytuacji wyzwalającej u niego objawy lękowe. Swoje objawy oceniał jako nadmierne i nieracjonalne. W trakcie terapii razem z pacjentem zaplanowano eksperymenty behawioralne mające na celu zmianę sposobu myślenia o sobie. EB opracowywano w oparciu o podręcznik Bennetta-Levy’ego⁽¹⁵⁾.

Cel poznawczy i przewidywania pacjenta: „Jeżeli wyjdę do toalety z kolejki do kasy, to ludzie mnie wyśmieją, będą się dziwili, będą wyrażali ironiczne i kąśliwe uwagi na mój temat”.

Sytuacja: „Stoję w kolejce w supermarkecie i tuż przed kasą mówię do pani za mną, że muszę na chwilę do toalety”.

Objawy lęku: Uczucie parcia na mocz, skurczów brzucha, pocenie się, odczucie drżenia mięśni.

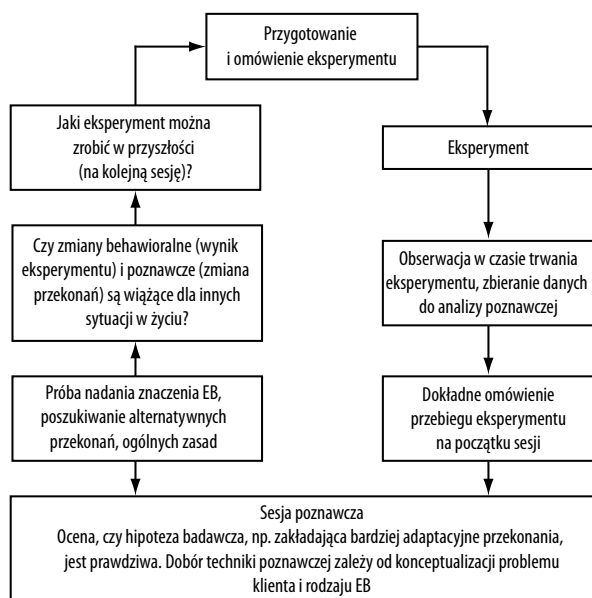
Myśli automatyczne: „Zaraz się zsikam. Pomyśli, że jestem dziwny, gorszy, znerwicowany. Powie mi, że chyba coś ze mną źle” (swoją wiarę w MA oceniał na 80%).

Obserwacja: „Pani powiedziała, że dobrze. Zmartwiła się, że nie zdążę wrócić i przejdzie mi kolejka. Gdy wróciłem, pani wyraziła żal, że muszę jeszcze raz stać w kolejce”.

Wnioski: „Powiedzenie o potrzebie wyjścia do toalety nie było niczym złym. Nikt się specjalnie nie dziwił. Wychodzenie z ko-

Rodzaj EB	Definicja
Klasykzny EB	Poprzez manipulację jedną lub kilkoma zmiennymi testujemy prawdziwość wcześniej założonej hipotezy
Obserwacyjny EB	Obserwując zachowanie innych osób, pacjent w trudnej dla niego sytuacji testuje prawdziwość swojego przekonania
EB – zbieranie danych	Pacjent zbiera dane, czy rzeczywiście inni ludzie funkcjonują tak, jak on to sobie założył
EB – „budowanie teorii”	Pacjent nie jest w stanie sformułować bardziej adaptacyjnej hipotezy poznawczej. Dane z eksperymentu potrzebne są, by nowa hipoteza poznawcza mogła być stworzona

Tabela 4. Typy eksperymentów behawioralnych – podejście teoretyczne



Rys. 1. Model eksperymentu behawioralnego według Kotakowskiego, Bryńskiej 2004⁽²⁵⁾

lejki nie powoduje takich zachowań, jak się spodziewałem. Jeżeli powiem, że muszę wyjść do toalety, to większość ludzi to zaakceptuje, niektórzy nawet będą chcieli mi pomóc” (swoją wiarę w MA oceniał na 20-30%).

Pacjent A.A. przeprowadził także eksperyment polegający na zapytaniu innych ludzi, co myślą o osobach, które przerywają rozmowę z powodu potrzeby wyjścia do toalety.

Myśli automatyczne: Przed przeprowadzeniem eksperymentu pacjent był na 90% przekonany, że osoby wychodzące do toalety w trakcie rozmowy są postrzegane jako dziwne, śmieszne, stwarzające problemy, gorsze, znerwicowane.

Rezultaty: Pytani znajomi twierdzili, że wyjście do toalety jest normalne, nie komentowaliby tego – ludzie czasami są chorzy i częściej muszą chodzić do toalety, nie widzieli w tym nic dziwnego i niestosownego.

Wnioski: Myślenie pacjenta A.A. uległo pewnej zmianie, chociaż nadal przypisywał nadmierną wagę negatywnej ocenie własnej osoby. „Ludzie nie myślą tak, jak mi się wydawało, a nawet jeśli tak się zdarzy, to nie ma to dla mnie tak wielkiego znaczenia. Mogę sobie z tym poradzić”.

Pacjentka E.E., lat 22, w trakcie terapii fobii społecznej zgłosiła problem związany z chodzeniem do urzędów. Jej zdaniem pójście do banku spowoduje, że się ośmieszy, nic nie załatwi, na pewno coś popłacze, a obsługujący ją pracownik nie będzie

chciał z nią rozmawiać. W sytuacjach tych przeżywała silny lęk, podenerwowanie. W trakcie terapii zaproponowano jej przeprowadzenie eksperymentu behawioralnego, w którym miała pójść do banku założyć sobie konto.

Sytuacja: „Idę do banku, aby założyć konto”.

Myśli automatyczne: „Pewnie coś źle powiem, nie sformułuję dobrych pytań, ośmieszę się, zatnę się, okaże się, że jestem mało inteligentna” (swoją wiarę w MA oceniała na 90%).

Myśli zrównoważone: „Mam prawo do błędów i mogę z nich jakoś wybrnąć bądź spokojnie zapytać o to, czego nie rozumiem. Pracownicy banku powinni być przyzwyczajeni i przygotowani, że klienci mogą czegoś nie rozumieć”.

Obserwacja: „Poszłam założyć konto. Pani cierpliwie odpowiadała na moje pytania. W trakcie rozmowy byłam stopniowo coraz spokojniejsza i bardziej pewna siebie”.

Wnioski: „Rozmowa z pracownikiem banku nie jest tak trudna, jak mi się wydawało, choć jeszcze trochę się boję. Nie muszę wypaść najlepiej, ważne, że umiem załatwić sprawę. Pani w banku nie zachowywała się tak, jak ja myślałam” (swoją wiarę w MA oceniała na 40%).

Do problemów pacjentki E.E. należała także krótka wymiana zdań z nieznanymi osobami. Odczuwała wtedy silny lęk i podenerwowanie. Wraz z terapeutą zaplanowała eksperyment związany z pytaniem ludzi o drogę.

Sytuacja: „Pytam przechodniów, jak dojść na ulicę Piotrkowską”.

Emocje: Lęk, silne podenerwowanie, wstyd.

Myśli automatyczne: „Wyśmieją mnie. Wyjdę na taką, co się nie zna. Nie będę umiała wytłumaczyć, o co mi chodzi, nie zrozumie, co będą do mnie mówić, i wyjdę na mało inteligentną” (swoją wiarę w MA oceniała na 95%).

Myśli zrównoważone: „Mam prawo nie wiedzieć, gdzie jest jakaś ulica, i pytać o drogę. Nawet jeśli ktoś będzie się ze mnie śmiał, to nie ma w tym nic złego, jeśli jest się trochę śmiesznym. Jeśli nie zrozumie, zawsze mogę zapytać jeszcze raz lub poprosić inną osobę o wyjaśnienie”.

Obserwacja: „Pytani ludzie chętnie odpowiadali na moje pytania o ulicę. Nikt mnie nie wyśmiał. Rozumiałam, jak tłumaczyli mi, jak dość na Piotrkowską”.

Wnioski: „Mogę sobie poradzić, nawet jeśli się denerwuję. Ludzie byli sympatyczni i chętnie mi pomagali. Im więcej osób pytałam o drogę, tym mniej się bałam” (swoją wiarę w MA oceniała na 50%).

Pacjentka B.B., lat 16, w trakcie terapii fobii społecznej zgłosiła problem zapoznawania się z nowymi osobami – uważała, że jest ono niemożliwe, bo na pewno jej nie polubią. Istnieje też duże ryzyko, że zostanie odrzucona. W trakcie terapii zaproponowano jej przeprowadzenie eksperymentu behawioralnego w oparciu

F	<i>Feeling frightened</i>	Świadomość fizjologicznych objawów lęku
E	<i>Expecting bad things to happen</i>	Rozpoznawanie katastroficznych myśli
A	<i>Attitudes and actions that will help</i>	Myśli zrównoważone i działania mogą pomóc
R	<i>Results and rewards</i>	Nagrody za sukces i wysiłek

o „Take Home Project” z *The Coping Cat Workbook* Kendalla⁽¹⁸⁾.

Sytuacja: „Zapoznanie się z nową koleżanką Asią”.

Moje objawy lęku: „Strach, przerażenie, obawy przed odrzuceniem” (nasilenie emocji na 90%).

Rozpoznawanie katastroficznych myśli: „Zrobię z siebie idiotkę. Ona mnie nie polubi, a jeśli mnie odrzuci, uzna za dziwoląga. Wierzę w to na 80%”.

Myśli zrównoważone: W czasie sesji przeprowadzono dyskusję z myślą automatyczną „Ona mnie nie polubi”. Pacjentka stworzyła myśl zrównoważoną: „Dużo osób mnie lubi, to mało prawdopodobne, że Asia mnie nie polubi. A nawet jeśli, to wcale nie oznacza, że jestem gorsza”.

Działania, które mogą pomóc: „Podejdę do Asi po angielskim we wtorek. Mamy wtedy zajęcia w mniejszej grupie i będzie mi łatwiej. Powiem jej, że cieszę się, że jest w naszej klasie”.

Rezultat i nagroda: „Byłam przerażona, serce mi waliło, ale podeszłam. Asia nie widziała mojego zdenerwowania i ucieszyła się. Umówiliśmy się do centrum handlowego. Kupiłam sobie książkę w nagrodę”.

Jak sugeruje Bennett-Levy⁽¹⁵⁾, w przypadku udanego eksperymentu behawioralnego najważniejsza jest praca poznawcza i odwołanie się do irracjonalnych lub zmodyfikowanych myśli automatycznych lub przekonań pacjenta. Proponuje on uwzględnienie trzech zagadnień w pracy poznawczej po eksperymencie behawioralnym: ocena poznawczych skutków eksperymentu, próba wyciągnięcia ogólnych wniosków, czy doświadczenia mogą być przeniesione na konkretne doświadczenia w życiu. W trakcie sesji po wykonaniu EB przeprowadzono taką pracę poznawczą z B.B. Pacjentka sformułowała hipotezę: „Jestem ogólnie lubiana, więc nie będę unikać poznawania nowych osób, nawet jeśli jest to dla mnie jeszcze trudne” i zdecydowała się na próbę przeniesienia doświadczeń z przeprowadzonego EB na zbliżający się obóz narciarski: „Spróbuję poznać kilka nowych osób”. Cel ten zrealizowała: „Poznanie nowych osób jest łatwiejsze, jeśli nie jesteśmy tacy formalni i nadęci”. Pacjentka C.C., lat 15, w czasie terapii fobii społecznej zgłosiła problem występowania największej liczby objawów w przypadku kontaktów z dorosłymi. Zazwyczaj stara się unikać sytuacji kontaktu z osobami dorosłymi, jednak teraz nie może tego zrobić, bo mama poprosiła ją o zawieszenie zwolnienia do pracy. Podobnie jak w przypadku poprzedniej pacjentki, zaproponowano jej przeprowadzenie eksperymentu behawioralnego w oparciu o „Take Home Project” z *The Coping Cat Workbook* Kendalla⁽¹⁸⁾.

Sytuacja: „Trzeba zawieźć zwolnienie do pracy mamy”.

Moje objawy lęku: „Przerażenie, robi mi się gorąco i zaraz robi mi się zimno”.

Rozpoznawanie katastroficznych myśli: „Kierownik mamy pogoni mnie z krzykiem. Nie poradzę sobie, zobaczy moje przerażenie, popłacze się. Wszyscy będą się ze mnie śmieli”.

Myśli zrównoważone: W czasie sesji przeprowadzono dyskusję z myślą automatyczną: „To moja wina, że kierownik się wścieknął”. Pacjentka stworzyła myśl zrównoważoną: „Jestem tylko posłańcem, nie mogę brać na siebie odpowiedzialności za dorosłych (metafora dziecka z szafą na plecach)”.

Działania, które mogą pomóc: (zastosowano tutaj dodatkowo technikę *problem solving*) „Zostawię zwolnienie w sekretariacie. Jeśli kierownik mamy zacznie mieć do mnie pretensje, powiem: »jestem tylko dzieckiem, jak chce pan coś przekazać mamie, to proszę do niej zadzwonić«. Gdy zacznie na mnie krzyczyć, mogę powiedzieć: »Proszę na mnie nie krzyczyć, bo czuję się maltretowana«”.

Rezultat i nagroda: „Poszłam do pracy mamy zaraz po sesji. Mało się bałam i zostawiłam zwolnienie w sekretariacie. Kierownik mnie widział, ale w ogóle nie zwrócił na mnie uwagi. Jako nagrodę wybrałam wolny od lekcji wieczór w tygodniu”.

Wnioski poznawcze: „Nie mogę brać na siebie odpowiedzialności za dorosłych”.

Także Padesky i Greenberg⁽¹⁷⁾ w podręczniku dla pacjenta proponują stosowanie eksperymentu behawioralnego w przypadku konieczności weryfikowania myśli i przekonań. Technika tę zastosowano w przypadku pacjentki D.D., lat 16, która z powodu objawów fobii społecznej starała się bardzo mocno kontrolować swoje zachowanie, między innymi poprzez próby niepopelnienia żadnego błędu. Jest to zgodne z modelem fobii społecznej – aby zapobiec „katastrofie społecznej”, pacjenci uruchamiają zachowania zabezpieczające, które wtórnie nasilają objawy lęku lub przeszkadzają w funkcjonowaniu (powtarzanie w głowie każdej kwestii przed jej wypowiedzeniem). Czego nauczyły mnie te eksperymenty: „Błędy mogą się zdarzać, ale nic się nie dzieje. Teraz mniej się kontroluję”.

WNIOSKI

Przeprowadzenie EB wiązało się dla pacjentów początkowo z dużym nasileniem lęku. Jednakże w miarę upływu czasu i związanych z tym powtarzających się eksperymentów nasi-

Eksperyment	Przewidywana reakcja	Potencjalne problemy	Strategie rozwiązywania problemów	Wynik eksperymentu	W jakim stopniu wynik eksperymentu potwierdza weryfikowaną myśl – 0-100%
Zapytać dwa razy o to samo	Może pojawić się MA: „On źle o mnie pomyśli” i lęk	–	–	Kolega najprawdopodobniej nawet nie zauważył	100%
Upuścić notatki na koleżę	Rumieniec, serce wali	1. Nie zrobię tego 2. Ta osoba się wkurzy	1. To zadanie, mam przełamać lęk 2. Najlepiej obrócić w żart („Nawet moje notatki lecą na ciebie”)	1. Pokonałam duży lęk – mogę to zrobić 2. Nic się nie stało – kolega pozbierał moje notatki	100%

Tabela 6. Weryfikowana myśl: „Jeśli popelnię błąd, to nic się nie stanie”

lenie tej emocji malało. Zmianie ulegały także ich myśli autometryczne dotyczące zagrożenia płynącego z określonej sytuacji. Pojawiały się myśli bardziej realistyczne i adekwatne do sytuacji. Przeprowadzenie EB spowodowało zmianę poznawczą, pojawiły się alternatywne i bardziej zrównoważone myśli, osobiste doświadczenie dostarczyło pacjentom dowodów na ich potwierdzenie.

Zgodnie z teoretycznymi założeniami EB pacjenci sprawdzali prawdziwość własnych przekonań i stopniowo tworzyli nowe, bardziej adaptacyjne schematy poznawcze.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Kay J., Tasman A.: Anxiety disorders: social and specific phobias. W: Kay J., Tasman A.: *Essentials of Psychiatry*. John Wiley & Sons Ltd., Chichester 2006: 592-606.
2. Wciórka J. (red.): *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008.
3. Butler G., Hackmann A.: Social anxiety. W: Bennett-Levy J., Butler G., Fennell M. i wsp. (red.): *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy*. Oxford University Press, Oxford 2004: 141-158.
4. Beck A.T., Emery G., Greenberg R.L.: *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. Basic Books, Inc., New York 1985.
5. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Wyd. 4, American Psychiatric Association, Washington, DC 1994.
6. Rybakowski J.: Współczesne poglądy na patogenezę i leczenie zaburzeń lękowych. *Przewodnik Lekarza* 2002; 4: 22-32.
7. Kessler R.C., Berglund P., Demler O. i wsp.: Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry* 2005; 62: 593-602.
8. Ponniah K., Hollon S.D.: Empirically supported psychological interventions for social phobia in adults: a qualitative review of randomized controlled trials. *Psychol. Med.* 2008; 38: 3-14.
9. Hofmann S.G., Smits J.A.: Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J. Clin. Psychiatry* 2008; 69: 621-632.
10. Schlenker B.R., Leary M.R.: Social anxiety and self-presentation: a conceptualization and model. *Psychol. Bull.* 1982; 92: 641-669.
11. Clark D.M., Wells A.: A cognitive model of social phobia. W: Heimberg R.G., Liebowitz M.R., Hope D.A., Schneier F.R. (red.): *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment*. Guilford Press, New York 1995: 69-93.
12. Rapee R.M., Heimberg R.G.: A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behav. Res. Ther.* 1997; 35: 741-756.
13. Wilson J.K., Rapee R.M.: Teoria poznawcza i terapia fobii społecznej. W: Reinecke M.A., Clark D.A. (red.): *Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005: 288-322.
14. Taylor S.: *Understanding and Treating Panic Disorder: Cognitive-Behavioural Approaches*. John Wiley & Sons Ltd., Chichester 2000.
15. Bennett-Levy J., Westbrook D., Fennell M. i wsp.: Behavioural experiments: historical and conceptual underpinnings. W: Bennett-Levy J., Butler G., Fennell M. i wsp. (red.): *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy*. Oxford University Press, Oxford 2004: 1-20.
16. Rouf K., Fennell M., Westbrook D. i wsp.: Devising effective behavioural experiments. W: Bennett-Levy J., Butler G., Fennell M. i wsp. (red.): *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy*. Oxford University Press, Oxford 2004: 21-55.
17. Padesky C.A., Greenberger D.: *Umysł ponad nastrojem*. Podręcznik pacjenta. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2004.
18. Kendall P.C.: *The Coping Cat Workbook*. Workbook Publishing, Ardmore, PA 1992.
19. Wlazło Z., Schroeder-Hartwig K., Hand I. i wsp.: Exposure in vivo vs social skills training for social phobia: long-term outcome and differential effects. *Behav. Res. Ther.* 1990; 28: 181-193.
20. Heimberg R.G.: Cognitive assessment strategies and the measurement of outcome of treatment for social phobia. *Behav. Res. Ther.* 1994; 32: 269-280.
21. Mersch P.P.A.: The treatment of social phobia: the differential effectiveness of exposure in vivo and an integration of exposure *in vivo*, rational emotive therapy and social skills training. *Behav. Res. Ther.* 1995; 33: 259-269.
22. Scholing A., Emmelkamp P.M.: Treatment of generalized social phobia: results at long-term follow-up. *Behav. Res. Ther.* 1996; 34: 447-452.
23. Oosterbaan D.B., van Balkom A.J., Spinhoven P., van Dyck R.: The placebo response in social phobia. *J. Psychopharmacol.* 2001; 15: 199-203.
24. Camart N., André C., Trybou V., Bourdel M.C.: Short-term effects of a cognitive-behavioural group therapy in social phobia: evaluation of sixty patients. *Encephale* 2006; 32: 1011-1018.
25. Bryńska A., Kolakowski A., Srebnicki T.: *Terapia poznawcza*. W: Bryńska A. (red.): *Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne*. Rozpoznanie, etiologia, terapia poznawczo-behawioralna. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.