

Magdalena Musiał- Ogrodnik- psycholog, psychoterapeuta poznawczo- behawioralny
Ewa Wilk- psycholog, psychoterapeuta poznawczo- behawioralny

**TEMAT: SPECYFIKA ZABURZEŃ LĘKOWYCH I WYBRANYCH TECHNIK
W UJĘCIU POZNAWCZO-BEHAWIORALNYM**

Streszczenie: Teoretyczny materiał pracy opracowano na podstawie dostępnej literatury naukowej, skupiając się na technikach pracy poznawczo- behawioralnej zaburzeń lękowych, przy jednoczesnym przybliżeniu czytelnikowi ogólnych informacji dotyczących lęku, specyfiki poszczególnych zaburzeń lękowych, oraz ogólnych koncepcji teoretycznych, stanowiących niezbędny element do stosowania interwencji wykorzystywanych w pracy terapeutycznej.

WSTĘP

Temat niniejszej pracy dotyczy zaburzeń lękowych i został zainicjowany naszym doświadczeniem terapeutycznym, które pozwala zauważyć, że zaburzenia lękowe są najczęstszą przyczyną zgłaszania się na psychoterapię. Są również najczęściej występującym emocjonalnym zaburzeniem okresu dzieciństwa i powodem zgłoszeń do leczenia psychiatrycznego (Kendall, 2004; Rabe-Jabłońska, 2001), a ich chroniczny przebieg często prowadzi do występowania złożonych zaburzeń w życiu dorosłym.

Terapia poznawczo-behawioralna jest obecnie jedną z najskuteczniejszych metod pracy z lękiem. Jest ona metodą, która cały czas się rozwija i obecnie stała się wiodącą terapią na świecie (Popiel, Pragłowska, 2008). Wynika to najprawdopodobniej z licznych badań, które udowadniają jej skuteczność w leczeniu różnych zaburzeń w tym opisanych w pracy- zaburzeń lękowych (Reinecke, Clark, 2005). Większość protokołów terapii poznawczo- behawioralnej jest oparta na dokładnych modelach poznawczych oraz na behawioralnych czynnikach, które podtrzymują zaburzenia. Liczne badania oraz zdobywane w ich trakcie doświadczenia służą ciągłemu doskonaleniu procedur terapeutycznych stosowanych w terapii poznawczo-behawioralnej (Clark, Fairburn, 2006).

WYSTĘPOWANIE ZABURZEŃ LĘKOWYCH

Przez ostatnich 60 lat przeprowadzono na temat zaburzeń lękowych wiele badań, które wskazują na ich szeroką powszechność występowania określaną w literaturze od 5–20% wśród populacji dzieci i młodzieży (Ollendick, King ,1991; Barmish, Kendall, 2005 za: Ćwiklińska- Zaborowicz, 2013). Zwykle wskaźnik rozpowszechnienia zaburzeń lękowych mieści się w przedziale od 8%–12% (Costello, Angold,1995 za: Ćwiklińska- Zaborowicz , 2013). M. Reinecke (Reinecke, Clark, 2005) podaje, że 80% dorosłych pacjentów z zaburzeniami lękowymi twierdzi, iż pierwsze objawy wystąpiły u nich przed 18 rokiem życia, co potwierdza doniesienia Rachmana (Rachman, 2005) o tym, że chroniczne zaburzenia lękowe okresu dzieciństwa i adolescencji mogą prowadzić do poważnych zakłóceń funkcjonowania w wieku dorosłym. Ważna jest zatem praca z nimi na wczesnym etapie rozwoju, również jej skuteczność w tym okresie jest większa, gdyż czas trwania zaburzenia jest krótszy a schematy postępowania nie są tak bardzo utrwalone (Kendall,2004).

SPECYFIKA LĘKU ORAZ NAJCZĘŚCIEJ WYSTĘPUJĄCE ZABURZENIA LĘKOWE

Samo pojęcie lęku nie jest jednoznacznie zdefiniowane w literaturze psychologicznej. Istnieje stosunkowo znaczne zróżnicowanie stanowisk dotyczących genezy lęku i jego specyficznych symptomów. Większość badaczy (Fairburn, Clark, Reinecke) przyjmuje, że lęk jest grupą reakcji emocjonalnych na bodźce działające częściowo z zewnątrz, a głównie z wewnątrz organizmu.

Reakcja lęku może przybierać różne formy i może stanowić różną kompozycję składników. Reakcja lęku składa się z czterech rodzajów elementów. Są nimi:

- składniki poznawcze
- składniki somatyczne
- składniki emocjonalne
- składniki behawioralne.

Reakcja fizjologiczna (somatyczna), która pojawia się wskutek dostrzeżenia zagrożenia i jego oceny to pierwotna ocena poznawcza (Lazarus, 1998), która polega na wzbudzeniu

układu autonomicznego i co a tym idzie doświadczenia lęku. Pojawiająca się później wtórna ocena poznawcza dotyczy percepcji jednostki co do poradzenia sobie z tą sytuacją i jej zachowanie. Dysproporcja pomiędzy spostrzeganym niebezpieczeństwem a możliwościami do poradzenia sobie z nim jest miarą nasilenia lęku (Popiel , Pragłowska,2008).

$$\text{Lęk} = \frac{\text{Postrzegane prawdopodobieństwo zagrożenia} * \text{Postrzegane koszty/straty}}{\text{Postrzegana możliwość poradzenia sobie} + \text{Postrzegana możliwość uzyskania pomocy}}$$

O zaburzeniach lękowych mówimy więc wówczas, gdy obserwowany lęk jest bardziej intensywny od codziennego, naturalnego, utrzymuje się długo (np. zamiast ustąpić po stresującej, trudnej sytuacji, trwa miesiącami) i przeszkadza w codziennym funkcjonowaniu. Objawy lęku przejawiają się nie tylko w zachowaniu, ale również w jego myślach i ciele. Pacjent może zgłaszać liczne dolegliwości somatyczne - bóle brzucha, głowy, często występujące biegunki, wymioty, nudności, zawroty głowy, a nawet omdlenia. Dominuje wówczas negatywne myślenie o sobie („Jestem do niczego”, „Jestem niekochany”), zaniżona samoocena i wiara w siebie, rozmyślanie nad sytuacjami dnia codziennego, np. nadmierne zmartwianie się o zdrowie swoje i bliskich, niepokój, że coś złego się wydarzy.

Do najczęściej spotykanych zaburzeń lękowych zalicza się (Seligman, Walker, Rosenhan 2003; ICD,2000):

❖ **Lęk separacyjny (SAD)**

Lęk ten występuje przeważnie u dzieci i polega na nieadekwatnym do wieku, nadmiernym zamartwianiem się lub strachem przed przebywaniem z dala od osób, do których dziecko jest silnie przywiązane. Dzieci z SAD boją się, że się zgubią lub że komuś z rodziny stanie się coś złego w czasie ich nieobecności. Nie chcą pozostawać same w domu lub nawet w pokoju, sprawdzają czy mama jest w zasięgu wzroku, nie chcą zasypiać same, dokuczają im powtarzające się koszmary senne, w których dominującym tematem jest

oddzielenie od bliskich. Do tego dołączają się objawy fizjologiczne (częste bóle brzucha, głowy, mięśni, uskarżanie się na stan zdrowia) w sytuacji, gdy dziecko musi zostać samo lub na samą myśl o rozstaniu. (Seligman, Walker, Rosenhan 2003; ICD,2000).

❖ Zaburzenie obsesyjno – kompulsywne (OCD)

Głównym objawem tego zaburzenia jest nadmiernie zamartwianie się, strach lub przejmowanie nierealnym zagrożeniem, oraz próba poradzenia sobie poprzez wykonywanie wyspecjalizowanych czynności. Natrętne myśli lub wyobrażenia, których trudno się pozbyć i nimi kierować to obsesje. Pojawiające się obsesje powodują wzrost napięcia emocjonalnego, które osoba próbuje zredukować poprzez realizację kompulsji czyli sztywnych rytuałów, które czuje się zmuszone wykonywać (mycie rąk, sprawdzanie, wymazywanie, liczenie, modlitwa lub powtarzanie słów w myślach). (Seligman, Walker, Rosenhan 2003; ICD, 2000).

❖ Zespół stresu pourazowego (PTSD)

Jest on następstwem przerażającego doświadczenia zagrożenia życia, któremu towarzyszy poczucie bezsilności (poważny wypadek, powódź, trzęsienie ziemi, ataki terrorystyczne, bycie ofiarą lub obserwatorem napadu, przemocy w rodzinie, wykorzystania seksualnego). Osoba, która przeżyła takie zdarzenie często miewa uporczywe, przerażające myśli i wspomnienia z nim związane. Pojawiają się objawy zmniejszonej aktywności i wycofania. Następuje unikanie sytuacji, które choćby w najmniejszym stopniu mogą przypominać lub kojarzyć się z przeżytą traumą. Częste symptomy PTSD to zakłócenia snu, utrata zainteresowania tym, co wcześniej sprawiało radość, natrętne powracające obrazy, zapachy, dźwięki. (Seligman, Walker, Rosenhan, 2003; ICD,2000). Około 60 procent osób, które poddały się terapii poznawczej doznało poprawy, przy czym nawroty były bardzo rzadkie (Seligman, 2003). Nie ma skuteczniejszej metody terapii w przypadku tego typu zaburzenia. To co jest najważniejsze, to fakt, że skuteczność została potwierdzona w przypadku różnych doświadczeń traumatycznych (Reinecke, Clark, 2005).

❖ **Ataki paniki**

Głównym objawem w tego rodzaju zaburzeniach są powracające ataki paniki czyli bardzo silne, nieoczekiwane epizody lęku. Długość ich trwania jest różna – niektóre trwają jedynie kilka minut, inne mogą przeciągać się nawet do godziny. Występują one w różnych okolicznościach, nie ma reguły, która by umożliwiała przewidzenie ataku paniki, co jest ich szczególną cechą. W czasie ich występowania osoby doświadczają utraty poczucia kontroli nad sobą, derealizacji, depersonalizacji (osoby doświadczające depersonalizacji i derealizacji czują się obserwatorami samego siebie), poczucia strachu przed śmiercią czy chorobą psychiczną. Lęk paniczny może występować w pojedynkę w różnych sytuacjach lub współwystępować z innymi zaburzeniami. Zaburzeniem, któremu towarzyszą napady paniki jest fobia i agorafobia. Co więcej agorafobia zwykle rozpoczyna się od ataku paniki, a dalsze objawy – strach przed wychodzeniem z domu, znalezieniem się w sytuacji, w której nikt nie udzieli pomocy – są wynikiem obaw przed wystąpieniem kolejnych ataków paniki. Objawy napadów paniki występują na poziomie emocjonalnym, fizycznym i poznawczym. W sferze emocjonalnej- odczuwany jest paraliżujący lęk, tak silny, że osobie przeżywającej atak paniki może się wydawać, że za moment zemdleje. Objawy somatyczne to przede wszystkim dużo szybsze bicie serca, a także duszności, ból w klatce piersiowej zawroty głowy, drżenie.. Komponenta poznawcza dotyczy natomiast sposobu wyjaśnienia sobie co się dzieje- najczęściej sądzą że mają zawał, tracą panowanie nad sobą, zapadają na chorobę psychiczną albo zaraz umrą. (Seligman, Walker., Rosenhan, 2003; ICD,2000). Według wielu badań dotyczących skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej, od 80 do 87 procent osób leczonych tym stylem terapeutycznym uwolniło się od paniki po zakończeniu leczenia (Reinecke, Clark, 2005).

❖ **Fobia**

Zaburzenia lękowe w postaci fobii charakteryzuje lęk przed sytuacjami lub przedmiotami ocenianymi przez daną osobę jako niebezpieczne. Zaburzenie to znacznie utrudnia funkcjonowanie z powodu zachowań unikających, które stosuje chory. Choć nie

istnieje realne zagrożenie to lęk tutaj ma konkretną przyczynę. Już sama myśl o kontakcie z danym przedmiotem lub o znalezieniu się w sytuacji fobicznej wywołuje lęk, jest to tzw. lęk antycypacyjny. Pomimo świadomości chorego, że obawy są nieuzasadnione i zagrożenie nie występuje, uczucie lęku wciąż mu towarzyszy w określonej sytuacji lub w obecności danego bodźca.

Wyróżnia się fobie specyficzne, agorafobię oraz fobię społeczną.

Fobie specyficzne

Strach w izolowanych postaciach fobii można uporządkować w pięciu kategoriach i dotyczy:

1. zwierząt (np. węże, pająki, koty, szczury);
2. środowiska (np. burza, ciemność, wysokość);
3. sytuacji (np. windy, zamknięte pomieszczenia, samoloty);
4. strachu przed krwią i zastrzykami;
5. innego rodzaju (np. fobia przed śmiercią, udławieniem się)

Kryteria diagnostyczne podają, że strach w fobii jest widoczny i wyolbrzymiony i może występować również pod nieobecność przedmiotu fobii. Chorzy mają świadomość irracjonalności strachu, ale jego siła powoduje, że starają się unikać takich sytuacji. Jeśli jednak dochodzi do kontaktu, to ponoszą szereg kosztów własnych z ograniczeniami w życiu zawodowym, społecznym i codziennym łącznie. Zarówno w przypadku fobii społecznej jak i fobii w ogóle, stosuje się więcej technik behawioralnych niż poznawczych. Techniki te są najbardziej skutecznymi metodami radzenia sobie z tym typem zaburzeń. Według badań od 60 - 80 procent osób badanych odczuwa wyraźną poprawę, a maksymalnie 10 procent osób ma nawroty choroby. Warto podkreślić, że ten typ terapii jest również najlepszy dla dzieci (por. Seligman, i in., 2003).

Agorafobia

Lęk w agorafobii związany jest z lękiem przed dużymi przestrzeniami i występuje z powodu konkretnych cech przestrzeni - ich zatłoczenia i niemożliwości ucieczki. Według kryteriów diagnostycznych przedmiotem lęku w agorafobii są miejsca, w których będzie trudno uzyskać pomoc lub uciec, gdy pojawi się atak paniki. Może to być np. kolejka w sklepie, tramwaj,

zatłoczone pomieszczenie. W skrajnych przypadkach chorzy obawiają się wyjść z domu, bo nigdzie indziej nie czują się bezpiecznie. W większości przypadków zachorowanie na agorafobię poprzedzają ataki paniki. Później dopiero pojawia się lęk przed doznaniem ataku w miejscu, gdzie nie będzie można uzyskać pomocy. Z tego względu wedle niektórych klasyfikacji (DSM IV) agorafobię traktowało się nie jako podtyp fobii, a jako podtyp zaburzeń lęku panicznego. Agorafobia nie ogranicza się do jednej konkretnej sytuacji i nie jest związana z oczekiwaną w kontaktach społecznych krytyką- co jest bardzo ważnym kryterium diagnostycznym. Pacjenci unikają takich sytuacji lub ponoszą podczas nich wiele kosztów własnych, często też nie decydują się stawiać im czoła w pojedynkę i korzystają ze wsparcia i obecności innej osoby.

Fobia społeczna

W fobii społecznej strach dotyczy kontaktów międzyludzkich. Obawa chorych dotyczy krytycznej oceny ze strony innych lub obawy przez popełnieniem jakiejś gafy, która ich upokorzy i będą się później musieli wstydić. Strach może być związanym z wybranymi pojedynczymi sytuacjami społecznymi (fobia specyficzna) lub występować w postaci rozległej i dotyczyć większości kontaktów (fobia uogólniona). Osoby cierpiące na tej rodzaj fobii unikają sytuacji społecznych – wybranych lub większości z nich. Fobia społeczna dotyczy małych grup nie występuje w kontakcie z tłumem. Według kryteriów diagnostycznych strach może dotyczyć jednej lub wielu sytuacji społecznych albo wystąpień publicznych, podczas których występuje szczególne zainteresowanie własną osobą.. Zdarza się, że ten lęk doprowadza do napadów paniki. (Seligman, Walker, Rosenhan, 2003; ICD,2000).

❖ Lęk uogólniony

Osoba cierpiąca na uogólnione zaburzenia lękowe jest stale obarczona uczuciem lęku. Uczucie to wypełnia większość czasu w ciągu dnia i większość dni w ciągu miesiąca. Kiedy stan taki trwa od minimum sześciu miesięcy, to już diagnozuje się uogólnione zaburzenia lękowe. W sferze emocji, osoby cierpiące na to zaburzenie są lękliwe, odczuwają niepokój, którego nie są w stanie opanować, a ponadto czują napięcie i rozdrażnienie. Charakterystyczny jest dla nich sposób myślenia o tym, co się przydarza – ciągłe poczucie, że wydarzy się coś złego. Spodziewają się najgorszego, jednak nie są w stanie określić czego dokładnie, bo nie znają przedmiotu własnego lęku. W obszarze zachowania osoby te mają kłopot ze znalezieniem sobie miejsca w związku ze stale towarzyszącym niepokojem, dlatego

zajmują się czymkolwiek, co odwróci uwagę. Trudno jest odróżnić ten lęk od innych zaburzeń. Znajduje się on pomiędzy lękiem panicznym a obawami pojawiającymi się w życiu codziennym, które nie są czymś odbiegającym od normy. (Seligman, Walker, Rosenhan, 2003; ICD,2000).

TEORIE POZNAWCZE I BEHAWIORALNE ZABURZEŃ LĘKOWYCH

Aby przejść do opisu technik terapii poznawczo- behawioralnej w leczeniu zaburzeń lękowych należy zacząć od psychoedukacji, gdyż zrozumienie mechanizmów powstawania zaburzenia i mechanizmów podtrzymywania jest niezbędne w rozumieniu pracy terapeutycznej. Analiza opisu poszczególnych zaburzeń lękowych ukazuje ich wpływ na zmiany funkcjonowania w sferze emocji, zachowań i odczuć somatycznych, które wy wpływają, jak wielokrotnie podkreślano z interpretacji rzeczywistości przez chorego. W związku z tym warto podkreślić i wyjaśnić zależność pomiędzy tymi sferami.

Podstawowe zależności między myślami a zachowaniem i emocjami opisuje klasyczna teoria stworzona w latach 50. XX wieku przez psychologa amerykańskiego Alberta Ellisa, określana jako model „ABC”, gdzie A to wydarzenie aktywujące (*activating event*), B przekonania (*beliefs*), natomiast C konsekwencje (*consequences*) (Ellis, 1998).

Beck w 1976 roku rozwinął poznawcze podejście w psychoterapii, tworząc psychoterapię poznawczą (*Cognitive Therapy*) (Dowd , 2000), która następnie ulegała wielu zmianom i została wykorzystywana do terapii lęku i fobii (Beck,2005). Teorie poznawcze mówią, że u podstawy lęku leżą zniekształcenia poznawcze wpływające na niewłaściwe postrzeganie siebie, innych oraz otaczającego świata (triada poznawcza Becka). Uczucia zależą nie od sytuacji, ale od sposobu, w jaki ta sytuacja jest postrzegana (Ellis, 1998). W sferze świadomej pojawia się tu automatyczna myśl. U podstaw myśli automatycznych, do jakich mamy bezpośredni dostęp, leżą przekonania pośredniczące i kluczowe.

Natomiast według teorii behawioralnych zaburzenia lękowe powstają w wyniku warunkowania klasycznego, warunkowania instrumentalnego lub poprzez modelowanie (obserwacja reakcji i wzorów zachowań rodziców i innych osób znaczących) oraz wyjaśnianie powodów różnych zdarzeń i ich znaczenia (Beck, 2005)

Jednostka nabywa swe zachowania, w tym także nawyki dezadaptacyjne, w toku uczenia się poprzez warunkowanie (klasyczne i instrumentalne). „Mechanizm odruchów

warunkowych powoduje wyuczenie się zachowań dezadaptacyjnych przez skojarzenie bodźca bezwarunkowego szkodliwego (np. przykrych objawów wegetatywnych, będących wyrazem pobudzenia emocjonalnego – duszności, potliwość, kołatanie serca oraz emocji negatywnych – złość, lęk) z bodźcem obojętnym (np. samochodem, windą, samolotem, obecnością innych ludzi) (...) Uczenie się oparte na mechanizmie warunkowania sprawczego powstaje w efekcie przypadkowego lub celowego wzmacniania określonego zachowania” (Dąbrowski, 1989).

Charakterystyczne dla lęku i zaburzeń lękowych strategie behawioralne są logicznym rezultatem oceny zagrożenia i wiążą się z aspektem fizjologicznym leku- wzmożeniem aktywności układu współczulnego, a co za tym idzie prowadzą do walki, ucieczki bądź bezruchu. Reakcje jednostki, które są rezultatem tego pobudzenia to zachowania zabezpieczające (Popiel, Pragłowska, 2008)

Według Mowrera (Mowrer, 1960 za: Popiel, Pragłowska, 2008) "strach jest decydującą przyczyną zachowań unikania". Od czasu jej przedstawienia dwuetapowa teoria lęku Mowrera miała znaczący wpływ na sposób ujmowania strachu i lęku przez psychologów (Mowrer terminów "strach" i "lęk" używał zamiennie). W pierwotnej wersji teorii Mowrer utrzymywał, że lęk nie jest jedynie reakcją na bodźce lub skojarzenia bólowe, ale może również pobudzać do działania. Ta motywująca właściwość lęku ma zasadnicze znaczenie. Mowrer dodawał, że zachowanie, które prowadzi do redukcji lęku, utrwała się - redukcja lęku działa jako wzmocnienie. W ostatniej części teorii przedstawił twierdzenie, że zachowanie motywowane przez lęk ma charakter unikania, a - jeśli jest skuteczne - powoduje redukcję lęku i tym samym dochodzi do wzmocnienia samego zachowania unikania. "Strach [...] motywuje i wzmacnia zachowanie, które zmierza do uniknięcia lub niedopuszczenia do ponownego wystąpienia (bezwarunkowych) bodźców wywołujących ból" (Mowrer, 1960 za: Ćwiklińska-Zaborowicz, 2013). W rozwinięciu swej teorii Mowrer przeniósł akcenty z przyczyn strachu na jego motywujące właściwości. Twierdził, że "konieczne są dwa kroki przyczynowe [...] zarówno w wypadku aktywnych, jak i biernych zachowań unikania strach jest zasadniczą pośredniczącą «przyczyną», lub «zmienną» (Mowrer, 1960).

Pogląd ten stał się ważnym elementem racjonalnych podstaw psychoterapii- terapii behawioralnej. Przyjęło się, aby ostrzegać pacjentów, że ucieczka od sytuacji wzbudzającej strach grozi zarówno podwyższeniem strachu, jak i nasileniem zachowań unikających. Mówiono im, że chociaż w ten sposób mogą uzyskać chwilową ulgę, będzie ona osiągnięta za cenę przyszłych trudności. Redukowanie strachu za pomocą ucieczki służy zwiększeniu

zachowań unikających. Przez długi czas wielu terapeutów zalecało pacjentom pozostawanie w sytuacji wywołującej strach do chwili, gdy strach zacznie ustępować. Rada ta przybrała postać tak zwanej złotej reguły – aby starać się nigdy nie opuszczać sytuacji, dopóki strach nie zacznie opadać.

Zachowania zabezpieczające mają jednak również związek z rodzajem postrzeganego niebezpieczeństwa i są konsekwencją przekonań dotyczących siebie i otaczającej rzeczywistości. Ludzie z zaburzeniami lękowymi mają obraz siebie, jako osób kruchych, słabych, nie radzących sobie w sytuacji zagrożenia (Beck, 2005). A nieprzystosowawcze zachowania polegające na unikaniu sytuacji, które mogą wywoływać strach, pojawiają się wtedy, gdy ludzie zawyżają przewidywania co do siły strachu, jaki odczują w danej sytuacji. Dlatego, wykorzystując techniki poznawcze -możemy oczekiwać, że w następstwie stopniowego korygowania tych błędnych przewidywań zmniejszy się liczba zachowań unikających.

Podsumowując - zachowania zabezpieczające najczęściej polegają na ucieczce-unikaniu zagrożenia. Mogą one także polegać na unikaniu poznawczym (omijaniu myślenia na dany temat, odwracaniu uwagi) i emocjonalnym (zabezpieczenie się przed doświadczeniem przykrych emocji) (Popiel, Pragłowska, 2008). Dlatego właśnie praca terapeutyczna z lękami łączy techniki poznawcze i behawioralne, które opisane są poniżej.

WYBRANE TECHNIKI TERAPEUTYCZNE- POZNAWCZE I BEHAWIORALNE NAJCZĘŚCIEJ STOSOWANE W ZABURZENIACH LĘKOWYCH

Powstało wiele opracowań dotyczących technik terapii poznawczo- behawioralnej (Beck, 2005; Leahy, 2008; Padesky i Greenberger, 2004a, 2004b). Decyzja o tym ile i jakie techniki wykorzysta terapeuta zależy od jego wyobraźni, zaangażowania i kreatywności. Ważny jest cel i umiejętność ich stosowania. Terapia poznawczo behawioralna jest osadzona w badaniach empirycznych. Techniki behawioralne są dobrym przykładem odniesienia konkretnych oddziaływań terapeutycznych do zakładanego mechanizmu zaburzenia (Popiel,Pragłowska, 2008)

Można wyodrębnić techniki oparte głównie na mechanizmach warunkowania klasycznego (metody ekspozycji, systematyczna desyntyzacja), warunkowania sprawczego (np. ekspozycja z powstrzymaniem reakcji) oraz społecznego uczenia się (modelowanie). Mocne osadzenie w empirii ma zwłaszcza behawiorystyczna koncepcja zaburzeń lękowych, zgodnie z którą lęk powstaje w wyniku różnych sposobów uczenia się (Mowrer, 1960 za: Popiel, Pragłowska; 2008; Rachman, 2005). W fobiach biorą udział zarówno mechanizmy warunkowania klasycznego (skojarzenie bodźca z zagrożeniem powoduje lęk), jak i instrumentalnego (ucieczka/uniknięcie przynosi ulgę, uczucie ulgi wzmacnia strategie unikające). Każdy z tych mechanizmów prowadzi do formułowania przekonań dotyczących zagrożenia i tworzenia obrazu siebie, jako osoby nieradzącej sobie.

Połączenie różnych technik poznawczych i behawioralnych pozwala na odniesienie się do każdego z elementów mechanizmu powstawania zaburzenia lękowego (Popiel, Pragłowska, 2008). Ważne, aby przed ich zastosowaniem zastosować solidną psychoedukację, która oparta jest na założeniu, że podstawą zmiany jest informacja o obecnym stanie (Popiel, Pragłowska, 2008). Należy pacjentowi dokładnie wyjaśnić naturę zaburzenia, typowe objawy. Psychoedukacja odbywa się nie tylko na początku terapii, ale też w trakcie jej trwania .

Poniżej opisano szczegółowo kilka wybranych technik z podziałem na behawioralne i poznawcze.

Do typowo behawioralnych technik terapeutycznych stosowanymi w terapii lęku są m.in:

Techniki ekspozycyjne, których celem jest zredukowanie poziomu odczuwania lęku, ograniczenie unikania lęku oraz przeformułowanie dysfunkcyjnych przekonań dotyczących tej emocji, trwania lęku (pacjenci często werbalizują obawy-„ lęk nigdy się nie skończy") i szkodliwości(Popiel, Pragłowska 2008; Levy, Butler i in., 2005). Podczas ekspozycji pacjent w bezpiecznych warunkach jest wystawiony na działanie bodźca wywołującego lęk. Odwołują się do procesu habituacji. W zaburzeniach lękowych pacjent nie dopuszcza do wygaszania lęku- w związku z postrzeganiem sytuacji jako zagrażającej, unika jej, ponieważ jest przekonany że w ten sposób nie dopuszcza do niebezpieczeństwa.

Najczęściej stosowaną techniką są ekspozycje stopniowe. Do takich technik należą:

- **Systematyczna desensytyzacja** (opracowana przez Josepha Wolhego) (Carson, Butcher i in., 2003), która wykorzystuje antagonizm relaksacji i wzbudzenia fizjologicznego. Stany te są regulowane przez dwa układy fizjologiczne, które składają się na autonomiczny układ nerwowy. I tak: układ współczulny charakteryzuje stała mobilizacja, wzbudzenie lęk, natomiast układ przywspółczulny odpowiedzialny jest za stan odprężenia. Poprzez stosowanie poniższej techniki dąży się do umiejętności osiągania przez pacjenta stanu spokoju, relaksu (Popiel, Pragłowska, 2008; Bourne, 2011). Pierwszym krokiem jest wyjaśnienie pacjentowi założeń metody, następnie ustalenie hierarchii sytuacji lękorodnych (ważne, aby pacjent ocenił natężenie lęku w danej sytuacji, stąd pomocne i zasadne jest wprowadzenie skalowania-np. SUDS- Skala Subiektywnych Jednostek Dyskomfortu), nauczania pacjenta technik relaksacji, oraz monitorowanie nasilenia lęku podczas ekspozycji. Ekspozycja zaczyna się od wyboru bodźca, budzącego lęk o umiarkowanym nasileniu (np.20-30 na skali 0-100) . Pacjent zostaje poproszony o podanie poziomu nasilenia przed skonfrontowaniem się z daną sytuacją/zdarzeniem, zbliża się do bodźca, ponownie ocenia poziom SUDS, stosuje przy tym w razie potrzeby technikę relaksacyjną- pozostając w danej sytuacji do momentu zmniejszenia się lęku, przynajmniej o połowę. Ważne są wielokrotne i systematyczne ćwiczenia. Terapeuta jest obecny przy pacjencie, normalizuje jego stan, sprawdza poprawność wykonania ćwiczeń relaksacyjnych i co ważne- pokazuje, że znalezienie się w sytuacji wzbudzającej lęk nie jest niebezpieczne (element modelowania) (Beck, 2012; Hope i in., 2007; Kratochvil, 1984 s. 274; Grzesiuk, 2002 s.200) .
- **Ekspozycja z powstrzymaniem reakcji(E/PR)** często stosowana w terapii OCD, celem ograniczenia lub wyeliminowania rytuałów lub innych czynności natrętnych (Bryńska,2007)– polega na tym, że łączy się ekspozycję z powstrzymaniem reakcji- pacjentowi prezentowana jest sytuacja wyzwalająca lęk lub bodziec, która uruchamia czynność natrętną. Następnie udaremnia się wykonanie tej czynności/rytuału, która ma na celu redukcję niepokoju. Procedura ta wpływa na wygaszanie wcześniej utrwalonych zachowań. Pierwszy etap- ekspozycja, może mieć formę stopniowaną bądź przebiegać w postaci intensywnego konfrontowania się z bodźcami wywołującymi lęk. Stosuje się

ekspozycję realną (*in-vivo*) lub wyimaginowaną. Niezwykle ważna w stosowaniu metody jest systematyczność- ważna jest konieczność powtarzania zalecanych ćwiczeń między sesjami, jest to istotne m.in również z tego względu, że występowanie niepożądanych objawów nasila się w warunkach domowych. W etapie związanym z powstrzymaniem reakcji, często stosuje się gradację, czyli tzw. Hierarchię stopniowaną, polegającą na tym, że czas od ekspozycji do wykonania czynności natrętnej zostaje wydłużany lub skracany zostaje czas poświęcany na dany rytuał (Bryńska, 2007).

➤ **Przedłużona ekspozycja (PE)**- metoda ta jest głównie stosowana w leczeniu zespołu stresu pourazowego (PTSD). Program składa się głównie z ekspozycji, które stanowią najistotniejszy punkt terapii oraz z przetwarzania poznawczego. Celem jest modyfikowanie patologicznej struktury strachu i przetworzenie traumy, które jest możliwe poprzez wyeliminowanie dwóch form unikania typowych dla obrazu PTSD (Chrestman, Gilboa-Schechtman, Foa, 2013). Stąd wyróżnione i stosowane są:

- ✓ ekspozycje wyobrazeniowe (czyli inaczej, odtwarzanie wspomnienia)- wielokrotne powracanie do traumatycznego wydarzenia w wyobraźni. Pacjentowi dokładnie tłumaczy się zasadność metody, prosi o szczegółowe odtworzenie traumatycznego wydarzenia, ocenia się przy tym kilkakrotnie poziom nasilenia dyskomfortu, a następnie prosi się o wnioski (przeformułowanie dotychczasowych przekonań o traumie i jej wpływie na ocenę siebie, innych i przyszłości)
- ✓ ekspozycje in vivo (czyli inaczej, eksperymenty w realnym życiu)- wielokrotne stawianie czoła sytuacjom lub czynnościom, których unikanie wynika z przypominaniu o traumatycznym wydarzeniu, co wywołuje dyskomfort lub lęk.

Poprzez „stawianie czoła” wspomnieniom i sytuacjom związanym z traumą, pacjent ma szansę na „przetrawienie” tego co, go spotkało. Dzięki stosowaniu wyżej wymienionej metody uczy się podważać swój lęk, dzięki czemu możliwa jest zmiana struktury strachu (Chrestman, Gilboa-Schechtman, Foa, 2013)

➤ **Modelowanie**- w zaburzeniach lękowych często stanowi wstęp do ekspozycji. Jeśli przyjmujemy modelowanie za technikę terapeutyczną, to należy przyjąć założenie, że zachodzi ona celowo i polega na tym, że terapeuta pokazuje pacjentowi oczekiwany sposób zachowania (Popiel, Pragłowska, 2008; Reinecke, Clark, 2005)- czyli np. jako pierwszy konfrontuje się z sytuacją/zdarzeniem, które wywołuje lęk u pacjenta i/lub towarzyszy w realizowaniu ekspozycji

W związku z tym, że pacjenci cierpiący na zaburzenia lękowe mają trudności z osiągnięciem stanu odprężenia, często proponuje się ćwiczenia oddechowe i treningi relaksacji. Warto zaznaczyć, że zdolność do relaksacji leży u podstaw każdego programu mającego na celu przezwycięzenie lęku, fobii lub napadów paniki. Głęboka relaksacja oznacza stan fizjologiczny, który jest dokładnym przeciwieństwem reakcji, jakie przejawia ciało pod wpływem stresu (Bourne, 2011; Kennerley, 2006). Poprzez różnego rodzaju treningi relaksacyjne pacjent uczy się rozpoznawania wczesnych oznak lęku, nabywa umiejętności regulacji aktywności układu вегетatywnego, oraz zaczyna panować nad lękiem w różnych sytuacjach życiowych. Stan głębokiej relaksacji opisał po raz pierwszy Herbert Benson w 1975r. (Bourne, 2011), opisując go jako reakcję relaksacyjną. Obejmuje ona wiele zmian fizjologicznych, m.in: spowolnienie pracy serca, spadek ciśnienia krwi, czy spowolnienie oddechu. Głęboka relaksacja sprzyja m.in redukcji lęku uogólnionego(GAD), gdyż pacjenci z tym typem zaburzenia lękowego odczuwają wzmożone napięcie (Popiel, Pragłowska, 2008).

Poniżej przedstawiono najczęściej stosowane metody relaksacji: (Bourne,2011; Kennerley, 2006; Weller, 2012)

- ✓ Oddychanie przeponą (dążenie do pełniejszego oddechu przy udziale przepony- w stanie napięcia oddech jest płytki, szybki i angażuje klatkę piersiową)
- ✓ Progresywna relaksacja mięśni (polega na naprzemiennym, stopniowym napinaniu i rozluźnianiu kolejnych grup mięśni- pacjentów z GAD , którzy są przewlekłe napięci warto nauczyć różnicowania napięcia i rozluźnienia, ponieważ łatwiej będzie im wtedy dążyć do stanu odprężenia. W pracy z pacjentami lękowymi często

wykorzystany jest program progresywnej relaksacji mięśni według Jacobsona, składający się z 39 ćwiczeń- każdy element trwa ok.10 sekund, przerwa między ćwiczeniami wynosi do 15 sekund, natomiast całość ćwiczenia wynosi mniej więcej 15 min. Terapeuta przygląda się wykonywanym przez pacjenta elementom techniki, weryfikuje je, zachęca i mobilizuje.

- ✓ Wizualizacje (warto je zaproponować pacjentowi po zastosowaniu progresywnej relaksacji, która angażuje mięśnie- zachęca się do wyobrażania sobie siebie w spokojnej scenerii (np. plaża, miejsce nad strumieniem, góry), z uwzględnieniem szczegółów- takich jak zapach, kolory, tak aby całkowicie zaabsorbować uwagę, co wpływa znacząco na stan relaksu, prowadząc do zmian fizjologicznych- zmniejszenia napięcia mięśni, spowolnienia tempa pracy serca, pogłębienia oddechu.

➤ **Eksperyment behawioralny** jest jedną z najbardziej skutecznych metod wprowadzania zmian w funkcjonowaniu pacjenta w terapii poznawczo-behawioralnej. Wielu autorów (Beck, Bennett-Levy, Ellis, Padesky za: Beck, 2005) uważa go za kluczowy element terapii. Eksperyment behawioralny jest techniką, która łączy ze sobą stosowanie ekspozycji z terapią poznawczą (Pawełczyk, Kołakowski, Jabłońska, 2010). Znajduje m.in zastosowanie u pacjentów z fobią społeczną, którzy boją się, że postąpią w niewłaściwy sposób i przewidują, że ocena innych będzie dla nich niekorzystna. Konieczność zaangażowania się w sytuacje społeczne wiąże się z silnym cierpieniem i lękiem pacjentów, dlatego też często stosują oni strategię unikania zachowań społecznych (ICD-10, 2000).

Eksperymenty behawioralne stanowią zaplanowaną aktywność pacjenta opartą na próbowaniu, sprawdzaniu, szukaniu dowodów lub obserwacji (Levy, Butler i in., 2005). 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 (Levy, Butler i in., 2005). Tak jak eksperymenty stosowane w sprawdzaniu teorii naukowych, eksperymenty behawioralne w terapii behawioralno-poznawczej są planowane, aby pomóc w tworzeniu i sprawdzaniu „teorii” (tzn. przekonań pacjenta) poprzez pozyskiwanie danych z doświadczenia. Mogą dotyczyć testowania formalnych hipotez („czy to prawda, że...?”) i zbierania nowych informacji („co by się stało, gdyby...?”) (Popiel, Pragłowska,2008;

Beck,2012). Pierwsze z nich mogą testować nieprzydatne treści poznawcze (np. „Czy to prawda, że wszyscy na mnie patrzyli”), porównywać te treści z alternatywnym wyjaśnieniem („Patrzyli na mnie, bo byli zainteresowani tematem wypowiedzi”) oraz testować dowody wzmacniające nowe treści („ Kilka osób przyznało, że moja wypowiedź była interesująca”). Drugie służą zbieraniu dodatkowych informacji, zwłaszcza gdy dla pacjentów niejasne są procesy podtrzymujące ich objawy (Rouf, Fennell i in. ,2004, za: Levy, Butler i in., 2005). Przykładem do zbierania nowych informacji („ co by było gdyby..?) mogą być eksperymenty, których celem jest manipulowanie zachowaniami zabezpieczającymi (np. szybkie i głębokie oddychanie u pacjentów z napadami paniki) i obserwowanie wpływu tych manipulacji na objawy fizjologiczne. Zachowania zabezpieczające można wzmacniać i porównywać ze sobą wpływ tych zmian na lęk i wykonanie (Wells, Clark, 1995, za: Wells, 2010). Eksperymenty behawioralne mogą wymagać osobistego zaangażowania pacjenta w działanie bądź obserwację i gromadzenia danych, mogą służyć testowaniu zarówno myśli automatycznych, jak i przekonań pośredniczących i kluczowych (Popiel, Pragłowska, 2008; Levy, Butler i in., 2005). Każdy eksperyment składa się z kilku faz – z planowania związanego z analizą przewidywanych reakcji, potencjalnych problemów i strategii ich rozwiązania, następnie z samego eksperymentu oraz analizy jego wyników w kontekście struktur poznawczych pacjenta (Padesky, Greenberger, 2004).

Podsumowując- podstawowym celem jest uzyskanie nowych informacji, które mogą pomóc w:

- sprawdzeniu prawdziwości istniejących przekonań pacjentów o nich samych, innych i świecie ,
- budowaniu i/lub sprawdzaniu nowych, bardziej dostosowanych przekonań,
- rozwoju i weryfikacji poznawczego sformułowania (Levy,Butler i in.,2005; Padesky, Greenberger, 2004)

Model poznawczy etiologii lęku zakłada, że jest on wynikiem dysfunkcyjnych sposobów nadawania znaczeniu światu (Kendal, 2004; Wells, 2010). Osoby cierpiące na zaburzenia lękowe, błędnie interpretują zdarzenia, mają też często irracjonalne oczekiwania wobec siebie samych (Wells, 2010), dlatego tak niezbędne jest wykorzystywanie technik nastawionych na restrukturyzację poznawczą.

Do metod poznawczych stosowanych w zaburzeniach lękowych należą:

➤ **Dialog sokratejski**, polega na wykorzystaniu pytań i podsumowujących stwierdzeń (Wells, 2010; Popiel, Pragłowska, 2008; Reinecke, Clark, 2005). Odwołuje się do metody Sokratesa, który poprzez umiejętne zadawanie pytań, poddawał w wątpliwość pierwotne założenie swojego rozmówcy, co skłaniało go do odkrywania nowych idei. Dialog sokratejski jest techniką, w której poprzez sekwencję pewnych pytań terapeuty, pacjent odkrywa istotne dla niego przekonania, odzwierciedlone w myślach automatycznych dotyczących konkretnych zdarzeń i sytuacji. Technika służy do zapoznania pacjenta z zależnościami między myślami, emocjami i zachowaniami oraz tworzenia alternatywnych myśli i przekonań. Według Padesky i Greenberger (2004) dialog sokratejski zawiera:

- Pytania, które prowadzą do uzyskania informacji
- Empatyczne słuchanie
- Liczne podsumowania
- Pytania o syntezę i odniesienie wniosków do sytuacji pacjenta

Dialog prowadzony jest w taki sposób, aby pacjent samodzielnie wyciągnął wnioski. Terapeuta nie wyraża swoich opinii, nie daje pacjentowi sugestii i nie udziela rad. Celem zastosowania tej techniki jest zarówno zbadanie treści poznawczej, jak i modyfikacja zachowania i poznania (Wells, 2010). Przykładem zastosowania techniki mogą być np. pacjenci z diagnozą zaburzenia lękowego z napadami paniki, którzy obawiają się tego, że

mogą zemdleć, często mają mylne pojęcie, bądź w ogóle nie biorą pod uwagę czynników, które muszą „być spełnione” aby zemdleć. Metoda dialogu sokratejskiego podważa pewne (często błędne) interpretacje i daje pacjentowi inne spojrzenie.

➤ **Dekatastrofizacja**- jest metodą stosowaną celem modyfikowania zniekształceń (Popiel, Pragłowska, 2008; Reinecke, Clark, 2005). Treścią poznawczą pacjentów lękowych są często katastrofizacje („ umrę”, „to przerażające”). Obserwuje się, że pacjenci reagują i postępują tak, jakby pewne zdarzenia, których się obawiają, wiązały się z katastrofą, dlatego terapeuta próbuje podważyć tą ocenę. W tym celu często stosuje pytania typu „ co najgorszego może się wydarzyć?”, lub „ Jeśli faktycznie obawy okażą się prawdziwe i ta rzecz/sytuacja będzie miała miejsce to jaki to będzie miało wpływ dla pana/pani za 5 miesięcy?”. Dzięki tej technice, pacjentowi łatwiej będzie nabrać dystansu wobec budzących obaw wyobrażeń i spojrzeć realniej na możliwe konsekwencje wydarzeń . Do pracy nad dekatastrofizacją można wykorzystać poniższą technikę:

➤ Strach przed przerażającą wizją (Leahy, 2008)- technika ta polega na zachęcaniu pacjenta do wyobrażania sobie różnych rzeczy/sytuacji których się obawia i często unika, następnie myślenia o tym, co najgorszego może się wydarzyć - w myśl teorii dotyczącej, tego że ludzie unikają niektórych wyobrażeń lub myśli, które budzą nieprzyjemne uczucia (Borkovec, Inz, 1990 za: Leahy, 2008). Technika ma na celu zachęcenie pacjenta do podtrzymywania budzących obawy wizji. Wyobrażenie powinno doprowadzić do habituacji największego lęku i wyeliminowania poprzedzających obaw. Zatem pacjent może np. zostać poproszony o to, żeby rozpoznał „najgorszy lęk”- czyli ma przytoczyć sytuację/zdarzenie której obawia się najbardziej, następnie „ćwiczy obawę do znudzenia”

➤ **Identyfikowanie/nazywanie zniekształceń poznawczych**(inaczej błędy myślenia lub skrzywione myślenie, (Burns,1980 za: Curwen, Palmer i in.2006). Zauważanie myśli automatycznych i rozpoznawanie w nich błędów myślowych odgrywa bardzo ważną rolę w terapii poznawczo-behawioralnej (krotkoterminowa terapia). Terapeuta pomaga dostrzec pacjentowi zniekształcenia poznawcze, jest to o tyle ważne, ponieważ dysfunkcjonalne schematy i myśli automatyczne powstają pod wpływem tych błędów. (Popiel, Pragłowska, 2008; Padesky, Greenberger, 2004). Poszczególni pacjenci popełniają zazwyczaj powtarzające się błędy w swoim myśleniu. Najczęściej występujące zniekształcenia u osób lękowych to: Myślenie katastroficzne („ umrę”, „zemdleję”), Selektywna uwaga („ patrzy się bo

powiedziałam coś nie tak"), etykietowanie („jestem tchórzem"), czytanie w myślach („pomyślała, że nic ze mnie nie będzie"), nadmierne uogólnianie („nikt mi nie pomoże"), wyolbrzymianie („to koniec")

➤ **Metoda sondowania**- często zwana metodą „strzałki w dół". Jej celem jest odkrywanie znaczenia, jakie pacjent nadaje rzeczywistości/różnym wydarzeniom. Służy do odkrywania schematów poznawczych, stosuje się ją także do identyfikowania myśli automatycznych, oraz przekonań pośredniczących i kluczowych. W ramach techniki, terapeuta często zadaje pytania typu „Co to dla Pana/Pani oznacza", „Jakie to ma dla Pana/Pani znaczenie?" (Popiel, Pragłowska, 2008; Reinecke, Clark, 2005; Padesky, Greenberger, 2004).

➤ **Skalowanie**- to technika stosowana w różnych formach (opisowych, liczbowych, w formie wykresów) na każdym etapie terapii. (Popiel, Pragłowska, 2008; Padesky, Greenberger, 2004). Pacjent może ocenić np. nasilenie problemów, poziom wiary w myśli i przekonania. Jej celem jest określenie miary intensywności emocji, przekonań, określenie i modyfikacja typowych dla siebie zniekształceń poznawczych. Technika skalowania wykorzystywana jest także w celu monitorowania zmian zachodzących podczas terapii i pomiaru jej rezultatów. Formą skalowania często stosowaną w zaburzeniach lękowych (fobie, PTSD, OCD) jest Skala Subiektywnych Jednostek Dyskomfortu (wprowadzona przez Jamesa B. Watsona i zmodyfikowana przez Ednę Foa i współpracowników (2007)) stosowana podczas ekspozycji wyobrażeniowej i in vivo. Pacjent określa poziom nasilenia dyskomfortu (od 0 do 100) w różnych momentach sesji.

➤ **Zapis myśli** - znany również jako zapis nieprzystosowanych (dysfunkcyjnych) myśli. Ma on postać tabeli, która służy do identyfikowania i rejestracji sytuacji, myśli, emocji pacjenta i pomaga w przeformułowywaniu negatywnych myśli oraz w obserwacji zmian nastroju (Beck, 2005; Padesky, Greenberger, 2004). Pacjent w trudnych sytuacjach dokonuje zapisu okoliczności, identyfikuje negatywne automatyczne myśli, zapisuje poziom emocji, która pojawia się w tej sytuacji. W kolejnym etapie wyszukując dowody za i przeciw negatywnym myślom weryfikuje je i tworzy dla nich myśli alternatywne. W przypadku

zaburzeń lękowych jako alternatywę tej metody można stosować tzn. *Dzienniki* (np. dziennik paniki) (Wells, 2010)/

➤ **Technika tworzenia „karteczek-przypominajek”** (Padesky, Greenberger, 2004; Leahy, 2008). Technika jest efektem współdziałania pacjenta i terapeuty. Po nabraniu przez pacjenta umiejętności identyfikowania myśli, przychodzi moment na ich podważanie- np. poprzez szukanie dowodów „za” i „przeciw” słuszności danej myśli. Karteczki mogą zawierać np. zapis alternatywnych myśli - nowych, bardziej wyważonych, przystosowawczych- pacjent nosi je przy sobie i zagląda w momentach/sytuacjach postrzeganych jako trudne.

➤ **Bibliografia-** jest techniką, często zalecaną, w której wykorzystuje się podręczniki mające wspomagać zmiany na różnych etapach terapii (Beck, 2005; Padesky, Greenberger, 2004). Przykładami mogą być następujące pozycje: *Lęk i Fobia. Praktyczny podręcznik dla osób z zaburzeniami lękowymi*, E.J.Bourna, czy *Umysł ponad nastrojem. Zmień nastrój poprzez zmianę sposobu myślenia*, Ch.A. Padesky, D.Greenberger

Warto podkreślić, jak ważna w psychoterapii poznawczo-behawioralnej jest praca osobista (Beck i in.,1979, za Beck, 2012). Wielu badaczy stwierdziło, że u pacjentów wykonujących zadania następuje większa poprawa, niż u tych pacjentów, którzy tego nie robią (Kazantzis, Whittington i Datillio, 2010, za: Beck, 2012). W ramach zadania domowego pacjenci mogą zostać poproszeni np. o wypełnianie zapisu myśli i/lub odsłuchania nagrania z sesji, co pomoże przypomnieć zapomniane treści, zwróci uwagę na informacje, które nie zostały „wyłapane” w trakcie spotkania z terapeutą.

PODSUMOWANIE

Problematyka lęku zajmuje wyjątkowo ważne miejsce zarówno w teorii, jak i praktyce psychologicznej. Jest przedmiotem badań i analiz podejmowanych z punktu widzenia różnych, teoretyczno-metodologicznych orientacji psychologicznych oraz kierunków, szkół i technik psychoterapeutycznych.

W terapii poznawczo-behawioralnej stosuje się bardzo wiele technik poznawczych i behawioralnych, których celem jest zmiana wzorców myślenia, emocji oraz zachowania.

Opisywany nurt jest wynikiem komplementarności podejścia poznawczego i behawiorystycznego. Stosowane techniki należą do arsenału narzędzi zarówno behawioralnych, jak i poznawczych. W zależności od konceptualizacji terapeuta podejmuje decyzje dotyczącą wykorzystania wybranej techniki. Zasada wynikająca z uogólnienia doświadczeń związanych z wieloma konceptualizacjami problemów mówi, że im większa dysfunkcja tym więcej technik behawioralnych. W miarę poprawy stanu pacjenta częściej stosowane są techniki poznawcze. (Popiel, Pragłowska, 2008)

Bibliografia

1. Beck AT (2005) Terapia poznawcza. Kraków: WUJ
2. Beck, J. S., (2012).Terapia poznawczo-behawioralna. Kraków: WUJ
3. Beck,J.S.(2012)Terapia poznawczo-behawioralna.Kraków: WUJ
4. Bennet-Levy,J.,Butler,G.,Fennell,M.,Hackmann, A.,Mueller, M., Westbrook, D.(2005), Oksfordzki Podręcznik Eksperymentów Behawioralnych w Terapii Poznawczej, Gdynia: Alliance Press
5. Bourne, E.J.(2011). Lęk i fobie. Praktyczny podręcznik dla osób z zaburzeniami lękowymi. Kraków: WUJ
6. Bryńska,A.(2007). Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne. Kraków: WUJ
7. Carson,R.C., Butcher, J.N., Mineka, S.(2003). Psychologia zaburzeń. Gdańsk:GWP
8. Clark, D M, Fairburn C. G (2006). Terapia poznawczo- behawioralna. Badania naukowe i praktyka kliniczna. Gdynia: Alliance Press,
9. Curwen,B.,Pakmer,S.,Ruddel,P.(2005). Poznawczo-behawioralna terapia krótkoterminowa. Gdańsk: GWP
10. Ćwiklińska- Zaborowicz, A. Charakterystyka oraz terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń lękowych u dzieci i młodzieży. Wiadomości Psychiatryczne, 2013, 13(4)
11. Dąbrowski, K., (1989). W poszukiwaniu zdrowia psychicznego. Warszawa: PWN
12. Dowd ET. Terapia poznawcza – stan obecny i kierunki rozwoju. Psychoterapia, 2000; 2(113); 23–37.
13. Ellis, A. (1998). Terapia krótkoterminowa. Gdańsk: GWP
14. Grzesiuk, L. (2002). Psychoterapia. Warszawa:, PWN,
15. Kennerley, H., (2006). Terapia lęku. Podręcznik treningu opanowywania lęku. Gdańsk: Alliance
16. Hope, D. A., Heimerg, R.G., Juster, H.E., Turk, C.L. (2007). Terapia lęku społecznego, podejście poznawczo- behawioralne, podręcznik dla pacjenta. Gdańsk: Wydawnictwo Alliance
17. ICD, International Classification of Diseases (2000). Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD - 10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, rewizja

10. Kraków – Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” Instytut Psychiatrii i Neurologii.
18. Ilg F. L., Ames, L. B., Baker, S. M., (2006). *Rozwój psychiczny dziecka od 0 do 10 lat*. Gdańsk: GWP
19. Kendall, P.C. (2004). *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*. Gdańsk: GWP
20. Kratochvil, S., (1984). *Psychoterapia*. Warszawa, PWN
21. Lazarus, R.S, Ekman, P., Dawidson R., (1998). *Natura emocji*. Gdańsk: GWP
22. Leahy, R.L. (2008), *Techniki terapii poznawczej*. Kraków: WUJ
23. Namysłowska, I., (2004). *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: PZWL
24. Padesky, Ch., Greenberger, D., (2004). *Umysł ponad nastrojem. Podręcznik terapeuty*. Kraków: WUJ
25. Pawełczyk, A., Kołakowski, A., Rabe-Jabłońska J. (2010). *Zastosowanie eksperymentów behawioralnych w terapii lęku społecznego*. *Psychiatria. Psychologia kliniczna* 2010, 10 (1), p. 52-58
26. Popiel, A., Pragłowska, E., (2008). *Psychoterapia poznawczo- behawioralna. Teoria i praktyka*. Warszawa: Paradygmat
27. Rabe-Jabłońska, J. (2001). *Dziecięce zaburzenia lękowe. Epidemiologia, czynniki ryzyka, zasady rozpoznawania, przebieg, współchorobowość, leczenie, zapobieganie*. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna Dzieci i Młodzieży*
28. Rachman, S. (2005). *Zaburzenia lękowe*. Gdańsk: GWP
29. Reinecke, M.A., Clark, D.A. (2005). *Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce*. Gdańsk: GWP
30. Reinecke, M.A., Clark, D.A. (2005). *Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce*. Gdańsk: GWP.
31. Seligman, M. E. P., Walker, E. F., Rosenhan, D. L., (2003). *Psychopatologia*. Poznań: Zys i S-ka.
32. Weller, S. (2012). *Oddech w psychoterapii*. Gdańsk: GWP
33. Wells. A.(2010), *Terapia poznawcza zaburzeń lękowych*. Kraków: WUJ