

Uważność a lęk. Terapie oparte na uważności w leczeniu zaburzeń lękowych



Dr n. med. Paweł Holas
Wydział Psychologii,
Uniwersytet Warszawski,
Centrum Psychoterapii,
Warszawa

Rozpoczynamy nowy cykl opisujący terapie bez użycia farmakologii. W kolejnych numerach będziemy prezentować metody, narzędzia i oddziaływania kliniczne w psychiatrii, które pozwalają na nowe podejście do leczenia niektórych zaburzeń.

NATURA LĘKU

Lęk i strach to normalne uczucia i reakcje, których większość z nas doświadcza prawie codziennie w sytuacjach zagrożenia lub niebezpieczeństwa. W teorii ewolucyjnej i neurobiologii podkreśla się fundamentalne adaptacyjne funkcje strachu i lęku w przygotowaniu reakcji organizmu na zagrożenie integralności cielesnej lub psychicznej.[1] Percepcja sygnałów zagrożenia dokonuje się już na wczesnych etapach przetwarzania informacji, powodując poprzez działanie mechanizmów mózgowych związanych głównie z amygdalą i układem limbicznym pobudzenie układu współczulnego i inne reakcje neurofizjologiczne przygotowujące organizm do walki, ucieczki bądź zamrożenia – starych filogenetycznie strategii behawioralnych służących przetrwaniu. Jeżeli poczucie zagrożenia jest uogólnione, dominuje poczucie niepewności, a przedmiot lęku jest słabo określony bądź oddalony w czasie, osoba ma tendencję do przeżywania lęku – emocji, która motywuje do unikania sygnałów zagrożenia.[2]

MODEL LĘKU I ZABURZEŃ LĘKOWYCH

Jeżeli osoba jest zdrowa, wykazująca elastyczny repertuar regulacji emocjonalnej, to pobudzenie zostaje zmniejszone i organizm wraca do równowagi m.in. dzięki działaniu układu przywspółczulnego.[3] Jednakże niektóre osoby mają predyspozycje do przeżywania nadmiernego lęku i zaburzeń lękowych zarówno genetyczne, jak i poznawcze wynikające z wczesnych stresogennych doświadczeń i niestabilnej więzi z rodzicem (opiekunem). Takie osoby mają trudności z powracaniem do niskiego pobudzenia, przeciwnie – mają tendencję do nadmiernego zamartwiania się, nadczujności i katastrofizowania, co ma swój najpełniejszy wyraz w zaburzeniu lękowym uogólnionym. U takich osób zjawiska wewnętrzne związane z przeżywaniem lęku, takie jak doznania fizyczne, uczucia, myśli bądź wyobrażenia, mogą łatwo stać się wyzwalaczem dalszego katastrofizowania i nasilania objawów lękowych.[4]

Ta wzmożona wrażliwość na lęk, stanowiąca poznawczą podatność na zaburzenia lękowe[5] wskazuje na centralną cechę psychopatologii związanej z lękiem, stanowiącej podstawową przesłankę dla terapii opartych na uważności w zaburzeniach lękowych. Jest nią tendencja osób lękowych do unikania wewnętrznego doświadczenia lęku.[6] Doświadczenie lęku samo w sobie nie jest bowiem przyczyną zaburzenia lękowego, przyczyną jest raczej nasza reakcja na te doświadczenia (obawy, doznania z ciała itd.) – nawykowa reakcja na reakcje, która powoduje nasilenie objawów, czasu ich trwania oraz wtórne zjawiska psychopatologiczne.[7] Wśród tych reakcji

na reakcję można by podać m.in. tendencję do zamartwiania się zamartwianiem w lęku uogólnionym, wspomnianą już wrażliwość na lęk np. w zaburzeniu panicznym czy też nadmiernie negatywną ocenę i samokrytycyzm związany z przeżywaniem lęku, którego objawy osoby z lękiem społecznym postrzegają jako wyraz ich „nieakceptowanej słabości psychicznej”. Przeżywanie lęku powoduje również inne zmiany psychobiologiczne, np. nasila tendencyjności poznawcze – selektywność i zawężenie pola uwagi, tendencyjności pamięciowe i interpretacyjne.[8]

UNIKANIE DOŚWIADCZENIA – UNIWERSALNY MECHANIZM NASILAJĄCY LĘK

Nie tylko osoby z podatnością na zaburzenia lękowe mogą mieć tendencję do lęku. To naturalne ludzkie doświadczenie często wiedzie nas do zniekształconego obrazu sytuacji i nawykowych działań, które podtrzymują codziennie trudności w funkcjonowaniu, takie jak prokrastynacja, unikanie emocji i sytuacji stresowych. Często bowiem chcemy uciekać przed niesprecyzowanym niebezpieczeństwem, nadmiernie kontrolować niekontrolowaną przyszłość i podejmować działania, ale tylko wtedy kiedy jesteśmy pewni ich pozytywnych skutków. To normalne – można by rzec, że staramy się nie myśleć o rzeczach, które nam sprawiają przykrość, nie odczuwać niepokojących objawów i nie pamiętać bolesnych doświadczeń. Jednakże badania pokazują, że usztywnione i chroniczne staranie się, aby wyrzucić bądź nie dopuszczać do świadomości pewnych myśli, doznań, wyobrażeń czy emocji, czyli tzw. unikanie doświadczenia (*experiential avoidance*),[9] nie tylko nie przynosi efektów pozytywnych, ale jeszcze nasila te przeżycia i inne objawy psychopatologiczne oraz ogólnie pogarsza samoregulację i jakość życia.[10,11]

UWAŻNOŚĆ I TERAPIE NA NIEJ OPARTE (MBT)

Lęk i zaburzenia lękowe mimo istotnego komponentu genetycznego są przede wszystkim efektem procesów uczenia się – wyuczonych reakcji lękowych. Skoro można się wyuczyć reagowania na neutralne sytuacje nadmiernym zamartwianiem się, wzmożonymi reakcjami fizjologicznymi, lękiem i unikaniem, to można też nauczyć się innego bardziej adaptacyjnego reagowania – zamiast awersji i unikania rozwijać akceptację i zaciekawienie. Uważność i terapie oparte na uważności (*mindfulness-based therapies* – MBT) sprzyjają rozwinięciu takiej zdrowszej relacji do własnego doświadczenia lęku (doznań, myśli, emocji i wyobrażeń) opartej na akceptacji, współczuciu i życzliwości.[12] Relacji, w której rozwijana jest poprzez trening uważności otwarta, życzliwa i współczująca postawa w stosunku do tego, co się doświadcza moment po momencie, np. objawów fizycznych lęku i obaw. Dzięki tej akceptującej postawie, zwiększonej umiejętności regulowania uwagi oraz nabywaniu zdolności postrzegania myśli jako myśli, a nie faktów (tzw. decenteracja), możliwa staje się większa wolność

psychiczna od chronicznego lęku oraz większa elastyczność poznawcza i behawioralna, sprzyjająca odwracaniu unikania i podejmowaniu działań poprawiających dobrostan psychiczny. Badania pokazują bowiem, iż zdolność do akceptacji i przyjmowania swoich wewnętrznych przeżyć takimi, jakie są, w przeciwieństwie do prób ich usuwania przynosi korzystne efekty w funkcjonowaniu, poprawiając samoregulację emocjonalną, np. jest predyktorem zdolności do rzucenia palenia przez palaczy.[13]

UWAŻNOŚĆ I JEJ ZAŁOŻENIA

Uważność (*mindfulness*) ma swoje korzenie w różnych tradycjach kontemplacyjnych, szczególnie rozwiniętych w psychologii buddyjskiej mającej 2500 lat. Opisuje się w niej medytację uważności jako dostępną dla każdego metodę zmniejszania cierpienia i rozwoju pozytywnych jakości, takich jak samoświadomość, mądrość, współczucie i równowaga emocjonalna.[14] Uważność w literaturze zachodniej definiowana jest jako stan nieoceniającej świadomości tego, czego się doświadcza w bieżącym momencie, włączając w to własne myśli, doznania, uczucia oraz otoczenie, z postawą otwarcia, akceptacji i zaciekawienia.[15,16]

Przez ostatnie 25 lat można zaobserwować narastające zainteresowanie społeczności międzynarodowej naukowców i klinicystów uważnością oraz jej zastosowaniami w leczeniu zaburzeń psychicznych i psychosomatycznych, a także w innych obszarach życia (np. edukacji).

Istnieją różne definicje i robocze ujęcia uważności,[38] akcentują one zwykle trzy elementy:

- intencjonalność, czyli celowość kierowania uwagi,
- teraźniejszy moment, czyli co jest doświadczone tu i teraz,
- jakość tej postawy, w tym przede wszystkim akceptację, otwarcie i zaciekawienie.

W stanie uważności, niezależnie od emocjonalnych czy poznawczych znaczeń, bieżące doświadczenie jest przyjmowane i badane z postawą otwartości i zainteresowania, jak również współczucia w stosunku do trudnych i bolesnych przeżyć. Najnowsze modele uważności konceptualizują ją również jako umiejętność metapoznawczą.[17] Uważność nie jest wszakże tylko techniką ani metodą terapeutyczną – chociaż istnieje wiele różnych sposobów jej rozwijania i metod terapeutycznych opartych na jej praktykowaniu – lecz jak twierdzą niektórzy, pewnym sposobem bycia w świecie.

Wzrost zainteresowania klinicznego uważnością rozpoczął się już w latach 80. XX wieku, kiedy opublikowano pierwsze artykuły pokazujące korzystne efekty terapeutyczne opracowanego przez pioniera uważności Jona Kabata-Zinna programu redukcji stresu opartego na uważności (*mindfulness-based stress reduction* – MBSR) u chorych

cierpiących na przewlekłe zespoły bólowe i inne zaburzenia związane ze stresem.[18]

MBSR była pierwszą uznaną metodą, w której praktyka uważności stanowiła podstawowy element interwencji leczniczej. Na jej podstawie, w latach 90. XX wieku z myślą o redukcji nawrotów depresji opracowano terapię poznawczą opartą na uważności (MBCT),[19] będącą połączeniem MBSR i elementów terapii poznawczo-behawioralnej depresji. W kolejnych latach pojawił się szereg zbliżonych metod terapeutycznych opracowanych z myślą o konkretnych zaburzeniach, np. zapobieganie nawrotom oparte na uważności w uzależnieniach.

Wspólną ich cechą jest nacisk na rozwijanie uważności poprzez trening uważności, który stanowi jeden z głównych mechanizmów terapeutycznych. W metodach tych ma zastosowanie szereg zarówno formalnych (uważność oddechu, skanowanie ciała, uważna praca z ciałem), jak i nieformalnych (zachęcanie do uważnego wykonywania czynności domowych) ćwiczeń medytacyjnych rozwijających uważność, poza tym znajdują się tu elementy psychoedukacji dotyczące danej problematyki. Te terapie (interwencje) oparte na uważności (MBT lub MBI), z których najbardziej popularne i najlepiej zweryfikowane empirycznie to MBSR i MBCT, mają zwykle format grupowy i są krótkoterminowe, typowo jest to osiem cotygodniowych sesji po dwie i pół godziny.

BADANIA I DOWODY SKUTECZNOŚCI

Szereg badań opublikowanych w ostatniej dekadzie wskazuje, że MBT istotnie zmniejszają objawy lękowe w różnych zaburzeniach lękowych, w tym w:

- fobii społecznej,[20,37]
- zaburzeniu lękowym uogólnionym,[21]
- zaburzeniu lęku o zdrowie,[22]
- zaburzeniu obsesyjno-kompulsywnym,[23]
- zaburzeniu panicznym, jako czynnik terapeutyczny istotnie poprawiający wyniki farmakoterapii.[24]

Wykazano również redukcję stresu, poprawę jakości życia i dobrostanu w populacjach nieklinicznych.[25,26]

Ostatnio opublikowane metaanalizy[27,28] wskazują, że MBT istotnie zmniejszają objawy lękowe i depresyjne zarówno w pierwotnych zaburzeniach psychicznych, jak i wtórne do zaburzeń somatycznych. Skuteczność MBT okazała się lepsza od innych aktywnych interwencji, takich jak terapia podtrzymująca, psychoedukacja czy relaksacja, oraz podobnie skuteczna jak terapia poznawczo-behawioralna i farmakoterapia.[28]

Wyniki ostatnio opublikowanej dość rygorystycznej metaanalizy badań randomizowanych nad MBT w aktualnych epizodach zaburzeń lękowych i depresyjnych wskazują jednoznacznie na jego pozytywne efekty w ostrym zaburzeniu depresyjnym, jednakże mniej przekonujące dowody zebrano na jego skuteczność w ostrych zaburzeniach lękowych.[36]

TRZECIA FALA

Uważność jest również podstawowym elementem nowych podejść terapeutycznych, określanych jako trzecia fala terapii poznawczo-behawioralnej.[29] W trzeciej fali, w przeciwieństwie do klasycznej CBT, nacisk kładziony jest nie tyle na modyfikację i restrukturyzację poznawczą, ile na zmianę postawy osoby w stosunku do jej przeżyć (w stronę bardziej akceptującej i otwartej), a także na zmianę samego procesu myślenia.[30] Wśród terapii trzeciej fali najbardziej udokumentowane i popularne to:

- dialektyczno-behawioralna terapia (DBT)[31] mająca zastosowanie przede wszystkim w leczeniu osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza,
- terapia akceptacji i zaangażowania (ACT)[32] mająca zastosowania w różnych problemach psychicznych, w tym lękowych.

Wyniki niedawno opublikowanej metaanalizy niewielkiej, ale rosnącej liczby badań tej metody, opierającej się głównie na uważności, rozwijaniu akceptacji oraz realizacji wartości, wykazały, że jest ona równie skuteczna co CBT w zaburzeniach lękowych oraz zaburzeniach ze spektrum obsesyjno-kompulsywnego (OCD).[33]

Istnieje coraz więcej dowodów wskazujących na efekty mózgowie treningu uważności mogące tłumaczyć jego korzystny efekt w regulacji emocjonalnej, w tym zaburzeniach lękowych. Przykładowo, w jednym z badań przeprowadzonym przez Hölzel i wsp. (2010), badającym redukujący stres efekt treningu uważności (MBSR) na amygdale okazało się, że wraz z subiektywną oceną obniżenia stresu uczestników po ośmiu tygodniach treningu zmniejszała się objętość istoty szarej w prawej amygdali. Wydaje się, że ta zmiana morfometryczna, a także doniesienia o zwiększonej aktywacji kory hipokampa i przyśrodkowej kory przedczołowej[34] mogą mieć związek z poprawą regulacji emocjonalnej u osób po treningu uważności.

Goldin i Gross (2010) wykazali ponadto redukcję aktywacji amygdali po MBSR u pacjentów z fobią społeczną. Powyższe zmiany aktywności neuronalnej są zbliżone do zmian obserwowanych w procesach ekstynkcji w lęku, co sugeruje, że trening uważności zwiększa zdolność do wygaszania strachu. Rosnące dowody neuronaukowe wskazują, że praktyka uważności powoduje zmiany w neuroplastyczności w takich strukturach, jak przedni zakręt obręczy (ACC), kora wyspy (Insula), skrzyżowanie skroniowo-potyliczne, sieć czołowo-limbiczna oraz sieć stanu dowolnego (*default mode network*).[35] Powyższe zmiany w tych strukturach wydają się mechanizmem mózgowym związanym z poprawą samoregulacji w następstwie treningu

uwaga. Uważa się, że wywiera on swoje korzystne efekty w wyniku następujących synergistycznych procesów: poprawy regulacji uwagi, zwiększonej świadomości ciała, lepszej regulacji emocjonalnej (włączając w to zdolność do modyfikacji myślenia i ekstynkcji) oraz zmiany w perspektywie na ja.[35]

Uważność i terapie na niej oparte to stosunkowo nowe zjawiska na mapie oddziaływań klinicznych w psychiatrii. Pomimo że dotychczasowe wyniki wydają się dość obiecujące, to potrzeba dalszych badań nad określeniem ich skuteczności i użyteczności klinicznej.

Zdjęcie: Włodzimierz Wasyluk

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Paweł Holas

Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego

ul. Stawki 5/7

00-183 Warszawa

Piśmiennictwo

1. LeDoux JE. *The Emotional Brain*. New York: Simon and Schuster 1996
2. Mowrer OH. *Learning theory and behaviour*. New York: Wiley 1960
3. Schore A. *Affect Dysregulation*, New York, London: W.W. Norton and Co. 2003
4. Clark DM. A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther* 1986; 24:461-70
5. Reiss S, Peterson R, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy* 1986; 24:1-8
6. Greeson J, Brantley J. Mindfulness and anxiety disorders: Developing a wise relationship with the inner experience of fear. In F. Didonna (Ed.), *Clinical Handbook of Mindfulness* New York, NY: Springer Science 2009; 171-88
7. Borkovec TD, Sharpless B. Generalized anxiety disorder: Bringing cognitive-behavioral therapy into the valued present. W: Hayes SC, Follette VM, Linehan MM (red.). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press 2004; 209-42
8. Holas P, Brzezicka A. Pamięć i uwaga w lęku: zniekształcenia we wczesnych i późnych etapach przetwarzania informacji. [w:] Fajkowska M, Szymura B. (red.) *Lęk. Geneza – Mechanizmy – Funkcje*. Warszawa, Wydawnictwo Scholar 2009; 158-89
9. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV. Distress tolerance treatment for early lapse smokers: Rationale, program description and preliminary findings. *Behavior Modification* 2008; 32(3):302-32
10. Gross JJ. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology* 2002; 39:281-91
11. Levitt JT, Brown TA, Orsillo SM, Barlow DH. The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy* 2004; 35:747-66
12. Jankowski T, Holas P. Poznawcze mechanizmy uważności i jej zastosowanie w psychoterapii. *Studia Psychologiczne* 2009; 47:4,59-79
13. Brown RA, Palm KM, Strong DR, Lejuez CW, Kahler CW, Zvolensky MJ 2008
14. Goldstein J. *One Dharma: The Emerging Western Buddhism*. New York: HarperCollins Publishers 2002
15. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10,144-56
16. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice* 11,230-41
17. Jankowski T, Holas P. Metacognitive model of mindfulness. *Consciousness and Cognition* 2014; 48,64-80
18. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4,33-47
19. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York, NY, US: Guilford Press
20. Goldin P, Gross J. Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *„Emotion”* 2010; 10(1),83-91
21. Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2008; 76(6),1083-9
22. McManus F, Surawy C, Muse K, Vazquez-Montes M, Williams JMG. A randomized clinical trial of mindfulness-based cognitive therapy versus unrestricted services for health anxiety (hypochondriasis). *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2012; 80:817-28
23. Hale L, Strauss C, Lever-Taylor B. The effectiveness and acceptability of mindfulness-based therapy for obsessive compulsive disorder: A review of the literature. *Mindfulness* 2013; 4:375-82
24. Kim B, Lee SH, Kim YW, Choi TK, Yook K, Suh SY et al. Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders* 2010; 24,590-5
25. Astin JA. Stress reduction through mindfulness meditation. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1997; 66,97-106
26. Shapiro SL, Schwartz GE, Bonner G. Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine* 1998; 21,581-99
27. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2),169-83
28. Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, Hofmann SG (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33,763-71
29. Jankowski T, Holas P, Krawczyk K. Trzecia fala terapii poznawczo-behawioralnej. [w:] Grzesiuk L. (Ed.) *Psychoterapia. Pogranicza. Podręcznik Akademicki*. Warszawa, Wydawnictwo Eneteia 2010; 130-55
30. Hayes SC, Follette VM, Linehan MM. (Eds.). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*. New York: Guilford Press 2004
31. Linehan MM. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford
32. Hayes, Strosahl i Wilson 1999
33. Bluett EJ, Homan KJ, Morrison KL, Levin ME, Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: an empirical review. *J Anxiety Disord* 2014; 28:6
34. Lazar SW, Bush G, Gollub RL, Fricchione GL, Khalsa G, Benson H. Functional brain mapping of the relaxation response and meditation. *NeuroReport* 2000; 11,1581-5
35. Hölzel BK et al. How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspect Psychol Sci* 2011; 6,537-59
36. Strauss C, Cavanagh K, Oliver A, Pettman D. Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: A meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS ONE* 2014; 9(4)
37. Holas P. Mindfulness and compassion based cognitive therapy for social phobia. Preliminary Report. The World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies (WCBCT), Lima, Peru, July 22-25, 2013
38. Holas P, Jankowski T. A cognitive perspective on mindfulness. *International Journal of Psychology* 2013; 48,3,232-44