

Ks. MICHAŁ GLAZA

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II w Lublinie

ZABURZENIA LĘKOWE W KONTEKŚCIE DUSZPASTERSKIM

Zarówno strach, jak i lęk stanowią naturalny element ludzkiego doświadczenia. Obie te emocje pełnią ważną funkcję sygnalizującą zbliżające się niebezpieczeństwo, umożliwiającą uaktywnienie odruchów obronnych, jak również bardziej złożonych strategii zaradczych. Jeśli reakcje emocjonalne w postaci strachu czy lęku pozostają proporcjonalne do wielkości realnego zagrożenia, uznaje się je za adaptacyjne i pożądane. Sytuacja zmienia się, gdy reakcje te stają się nieadekwatne, a towarzyszące im objawy somatyczne zaczynają utrudniać codzienne aktywności. Złożoność zaburzeń lękowych i wielorakość towarzyszących im objawów sprawiają, że osoby zmagające się z tymi zaburzeniami często przez długi czas pozostają bez właściwej diagnozy i nie podejmują skutecznej terapii. Zdarza się, że niekiedy swój stan tłumaczą problemami natury duchowej, m.in.: słabą wiarą, brakiem należytego zaufania do Boga lub wyolbrzymionym poczuciem własnej grzeszności. W tym kontekście roztropna postawa duszpasterzy, szczególnie spowiedników, pozostaje nieoceniona. Celem niniejszego opracowania jest przegląd i opis najczęściej występujących zaburzeń lękowych, charakterystyka stosowanej współcześnie terapii tych zaburzeń oraz wskazanie podstawowych strategii postępowania duszpasterskiego wobec osób z zaburzeniami lękowymi i obsesyjno-kompulsywnymi.

STRACH, LĘK A ZABURZENIA LĘKOWE

Ze względu na znaczne podobieństwo tych emocji, pojęcia strachu i lęku w języku potocznym są często utożsamiane¹. W ujęciu psychologicznym o strachu

¹ Zob. M. Szatan, *Strach a lęk w ujęciu nauk humanistycznych*, „Studia Gdańskie” (2012), nr 31, s. 325-326.

mówi się na ogół wtedy, gdy osoba staje przed prawdopodobnym, realnym niebezpieczeństwem; natomiast o lęku, gdy owo niebezpieczeństwo jest mało realne lub jego pojawienie się jest mało prawdopodobne². Analizując omawiane zjawiska w czterech aspektach: emocjonalnym, fizjologicznym, behawioralnym i poznawczym, stwierdzić można, że zauważalne różnice dotyczą jedynie aspektu poznawczego i behawioralnego. Choć przyjmuje się, że w aspekcie emocjonalnym strach łączy się raczej z poczuciem grozy i przerażenia, a lęk z poczuciem obawy, niepokoju i paniki, to jednak w praktyce pozostaje to trudne do zróżnicowania. Podobnie w aspekcie fizjologicznym, obie emocje w sposób analogiczny pobudzają autonomiczny układ nerwowy, wywołując m.in.: przyśpieszenie akcji serca i oddechu, drżenie rąk, suchość w ustach czy potliwość. Dopiero w aspekcie poznawczym występuje znacząca różnica, ponieważ poznawczym składnikiem strachu jest myśl (czasem wyolbrzymiona), że istnieje wyraźne i konkretne niebezpieczeństwo, natomiast składnikiem lęku pozostaje oczekiwanie bardziej rozproszonego i niejasnego zagrożenia. Przekłada się to w sposób naturalny na behawioralne konsekwencje, a więc odmienne style zachowania. O ile strach, związany z konkretną identyfikacją zagrożenia, częściej prowadzi do ukierunkowanego działania, czy wręcz konfrontacji, lęk – pozbawiony takiego przedmiotu – prowadzi do wycofania i ucieczki³.

Zaburzenia lękowe diagnozuje się, gdy natężenie lęku lub strachu, zamiast sygnalizować pojawienie się potencjalnego zagrożenia, mobilizują nieadekwatne do sytuacji, silne reakcje obronne, które stają się źródłem trwałego poczucia zagrożenia, cierpienia, bezradności i ograniczenia aktywności w różnych sferach życia⁴. Obraz kliniczny poszczególnych typów zaburzeń lękowych u konkretnych pacjentów często odbiega od zdefiniowanych kryteriów diagnostycznych, ponieważ współwystępują one nierzadko z zaburzeniami osobowości i zespołami depresyjnymi. Zdarza się również, że objawy podobne do zaburzeń lękowych wywołane zostają przez dolegliwości fizyczne, takie jak: nadczynność tarczycy, nowotwory nadnerczy, przyjmowanie środków stymulujących, w tym niektórych leków, np. przeciwastmatycznych⁵.

Według obowiązującej w Europie klasyfikacji chorób i zaburzeń, pojęcie zaburzeń lękowych pozostaje względnie szerokie i obejmuje m.in.: zaburzenia lękowe z napadami paniki, zaburzenia lękowe uogólnione, fobie, zaburzenia depresyjne

² Por. L. Cierpiałkowska, *Psychopatologia*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2012, s. 346.

³ Por. tamże, s. 346-348.

⁴ Por. M.E.P. Seligman, E.F. Walker, D.L. Rosenham, *Psychopatologia*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2003, s. 183-185.

⁵ Por. tamże.

i lękowe mieszane⁶. W ścisłym powiązaniu z zaburzeniami lękowymi pozostają także zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, nazywane niegdyś „nerwicą natręctw”⁷.

ZABURZENIA LĘKOWE Z NAPADAMI LĘKU

Ataki paniki należą do jednych z najczęściej występujących zaburzeń lękowych, choć w przewlekłej postaci dotyczą jedynie około 3 – 3,5 proc. populacji, epizodyczne występują u blisko 15 proc. ludzi⁸. Napad lęku to przeżycie intensywnej obawy i dyskomfortu, który zaczyna się nagle, narasta szybko i trwa co najmniej kilka minut, ale nie dłużej niż dwie godziny. Silnemu lękowi towarzyszą objawy znacznego pobudzenia wegetatywnego (autonomicznego układu nerwowego), takie jak: odczucie bicia lub ciężaru serca, albo przyspieszenie jego czynności, pocenie się, drżenie lub dygotanie, suchość w jamie ustnej. Mogą również pojawić się objawy somatyczne pochodzące z klatki piersiowej i brzucha, takie jak: utrudnienie oddychania, uczucie dławienia się, bóle lub dyskomfort w klatce piersiowej, nudności lub nieprzyjemne doznania brzuszne. Często występują również: zawroty głowy, brak równowagi i poczucie nierealności przedmiotów (derealizacja) lub dystansu czy „nierealności” samego siebie (depersonalizacja), uderzenia gorąca i uczucie drętwienia⁹. W efekcie tego, zwłaszcza gdy atak pojawia się po raz pierwszy, doświadczający go mają poczucie bezradności i poważnego zagrożenia własnego życia. Według obowiązującej w Europie klasyfikacji chorób i zaburzeń, w celu rozpoznania zaburzenia lękowego z napadami lęku należy, wykluczając najpierw choroby psychiczne i somatyczne, stwierdzić kilka ciężkich napadów paniki w okresie miesiąca w okolicznościach, w których brakuje obiektywnego zagrożenia. Napady pojawiają się bez związku ze znaną lub przewidywaną sytuacją, a między nimi następuje względne uwolnienie się od objawów lęku, z wyjątkiem tak zwanego lęku antycypacyjnego (lęku przed kolejnym atakiem paniki)¹⁰.

Podobnie jak w przypadku wielu innych dolegliwości psychicznych, także w zespole lęku napadowego przyczyny są wieloczynnikowe i pozostają wypadkową interakcji wpływów biologicznych, psychologicznych i społecznych. Te pierwsze to m.in. uwarunkowania dziedziczne, charakterystyczne elementy budowy i funkcjonowania określonych struktur mózgu i działania neuroprzekaź-

⁶ Por. Światowa Organizacja Zdrowia, *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych*, Wydawnictwo Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2009, t. 1, s. 225-227.

⁷ Por. tamże.

⁸ Por. J. Angst, *History and epidemiology of panic*, „European Psychiatry” (1995), nr 10/2, s. 57-59.

⁹ Por. A. Wojtas, K. Jakuszkowiak-Wojten, *Terapia lęku panicznego w ujęciu poznawczo-behawioralnym*, „Psychiatria” (2010), nr 7/6, s. 227.

¹⁰ Por. tamże, s. 228.

ników, a także związana z temperamentem siła reakcji systemu nerwowego na bodźce środowiskowe.

ZABURZENIA LĘKOWE UOGÓLNIONE

Zespół lęku uogólnionego to przewlekłe zaburzenie, w którym lęk nie osiąga takiego nasilenia jak w przypadku lęku napadowego, ale odczuwany jest długo-trwale, jako stałe uczucie niepokoju i zagrożenia oraz zamartwianie się bez obiektywnych powodów. Innymi słowy, lęk i poczucie zagrożenia nie odnosi się w tym przypadku do jakiegoś konkretnego miejsca, przedmiotu, czy sytuacji, ale przyjmuje postać bliżej nieokreślonego, nasilonego napięcia, martwienia się, tworzenia „czarnych scenariuszy” i utrzymujących się obaw. Warto podkreślić, że zmartwienia osób zaburzonych są bardzo podobne pod względem treści do zmartwień, które przeżywają wszyscy ludzie, jednak oceniane są jako znacznie trudniejsze do opanowania i mniej podatne na wszelkie działania korygujące¹¹. Zaburzeniu towarzyszą często objawy, takie jak: bezsenność, problemy z koncentracją, przewlekłe zaburzenia wegetatywne, na przykład stale utrzymująca się tachykardia. Mogą pojawiać się też napady podobne do paniki, ale nie tak nasilone i występujące raczej sporadycznie¹². Zespół lęku uogólnionego występuje u około 5 proc. ludzi, dwukrotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn¹³.

Zgodnie z kryteriami diagnostycznymi, zaburzenie to rozpoznaje się, gdy wymienione wyżej objawy utrzymują się przez okres co najmniej sześciu miesięcy i wykluczono zaburzenia osobowości, skutki działania środków psychoaktywnych lub tzw. zespołu odstawiennego, schizofrenię i zespół schizoafektywny¹⁴. Lęk uogólniony stosunkowo często towarzyszy depresji. Czasami obniżenie nastroju jest wtórne do przeżywanego lęku i niepokoju, a czasami odwrotnie, lęk stanowi część zespołu depresyjnego.

ZABURZENIA POD POSTACIĄ FOBII

Istotą zaburzenia o charakterze fobii jest nadmierny lęk o różnym natężeniu, aż do lęku panicznego włącznie, pojawiający się podczas bezpośredniego lub

¹¹ Por. A. Wells, *Terapia poznawcza zaburzeń lękowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010, s. 235-236.

¹² Por. A. Nitka-Siemińska, *Zaburzenia lękowe – charakterystyka i zasady leczenia*, „Forum Medycyny Rodzinnej” (2014), nr 8/1, s. 42.

¹³ Por. I. Koszewska, Ł. Świącicki, *Nie bój się lęku*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, s. 38.

¹⁴ Por. L. Cierpialkowska, dz. cyt., s. 354.

choćby tylko wyobrażonego kontaktu z określonymi obiektami lub sytuacjami. Zazwyczaj osoba, u której występuje fobia, zdaje sobie sprawę, że nadmierny lęk przed daną sytuacją jest irracjonalny i nieuzasadniony. Mimo to systematycznie unika danych sytuacji czy nawet myślenia o nich. Gdy nie może ich uniknąć, doświadcza dyskomfortu psychicznego o znacznym nasileniu, poczucia cierpienia i reakcji lękowej.

W tradycyjnym ujęciu nurtu psychoanalitycznego uznawano fobie za postać nerwic, w których – w wyniku działania mechanizmów obronnych, takich jak przemieszczenie oraz projekcja – dochodzi do powiązania lęku bądź to uogólnionego, bądź występującego w sposób napadowy ze specyficznymi przedmiotami lub sytuacjami. To z kolei prowadzić miało do aktywowania kolejnego mechanizmu obronnego, jakim jest unikanie kontaktu z owymi przedmiotami lub sytuacjami, z którymi skojarzony jest lęk¹⁵. Obecnie przyjmuje się raczej pogląd, że do powstania zaburzeń o charakterze fobii dochodzi w wyniku interakcji czynników genetycznych i środowiskowych. Czynniki genetyczne dotyczą predyspozycji biologicznej i osobowościowej do wystąpienia danego zaburzenia, takich jak: wysoka reaktywność, perseweratywność czy neurotyczność. Czynniki środowiskowe mogą być bardziej lub mniej specyficzne, ale na ogół są związane z warunkowaniem i uczeniem się z doświadczeń we wcześniejszych okresach życia¹⁶. Niemożliwe jest jednoznaczne podanie liczby poszczególnych fobii, choć szacunkowo przyjmuje się, że jest ich ponad pięćset. Do najczęstszych postaci fobii, które dotyczą po kilka procent populacji, a jednocześnie bezpośrednio przekładają się na praktyki religijne, należą: agorafobia i fobia społeczna¹⁷.

Agorafobia oznacza dosłownie lęk przed otwartą przestrzenią, jednak w obecnej obowiązującej klasyfikacji przyjmuje się, że zaburzenie to dotyczy wszystkich sytuacji, które łączą się z przekonaniem danej osoby, że wydostanie się z nich może być dla niej trudne lub kłopotliwe, a w przypadku złego samopoczucia może nie uzyskać pomocy medycznej. Do sytuacji takich należą m.in.: przebywanie w tłumie, przebywanie w zamkniętych obiektach, jak sklepy wielkopowierzchniowe, kina czy choćby kościoły. Poza tym podróżowanie w pojedynkę, zwłaszcza takimi środkami komunikacji jak tramwaj, autobus czy pociąg, a niekiedy już samo oddalanie się od domu¹⁸. Konieczne jest tu doprecyzowanie, że to nie same miejsca i sytuacje stanowią źródło lęku, ale przekonanie, że trudno w nich będzie uzyskać pomoc medyczną w razie wystąpienia poważniejszej choroby somatycznej czy psychicznej dysfunkcji. Osoby zmagające się z agorafobią, choć nie mają ku temu obiektywnych przesłanek, obawiają się wystąpienia zawału serca, udaru,

¹⁵ Por. J. Rybakowski, *Zaburzenia lękowe w postaci fobii*, w: *Psychiatria*, red. J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka, Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011, t. 2, s. 387-388.

¹⁶ Por. tamże.

¹⁷ Por. A. Nitka-Siemińska, dz. cyt., s. 37-40.

¹⁸ Por. J. Rybakowski, dz. cyt., s. 388-389.

utruty przytomności, utraty panowania nad sobą, a nawet nagłej śmierci. Zaburzenie o charakterze agorafobii stanowi najczęściej następstwo przebytego ataku lęku napadowego (paniki) i wynika z obawy, że atak taki może się powtórzyć w którejś z powyższych sytuacji¹⁹.

Kryteria diagnostyczne rozpoznawania agorafobii wymagają, aby w sytuacjach wymienionych powyżej występował co najmniej jeden objaw z czterech związanych z ogólnym wzbudzeniem autonomicznego układu nerwowego oraz co najmniej jeden objaw z somatycznych lub psychicznych przejawów lęku²⁰. Do pierwszej grupy należą: kołatania serca, pocenie, drżenie oraz suchość w ustach. Do grupy drugiej: duszność, ucisk w gardle, bóle w klatce piersiowej, nudności, zawroty głowy, poczucie derealizacji lub depersonalizacji, obawa przed utratą kontroli („zwariowaniem”), lęk przed śmiercią, uderzenia gorąca lub zimna oraz mrowienia kończyn²¹.

Drugą z najczęściej występujących fobii jest fobia społeczna, nazywana socjofobią lub zespołem lęku społecznego. Jej głównym objawem jest znaczna i utrwalona obawa przed sytuacjami związanymi z ekspozycją na nieznanymi ludzi i z obawą bycia przez nich obserwowanym i ocenianym²². Warto podkreślić, że paradoksalnie główną cechą fobii społecznej jest silne pragnienie zrobienia korzystnego wrażenia na innych, towarzyszy mu jednak na ogół niska samoocena, niepewność co do własnych zdolności w tym zakresie, co wywołuje lęk, poczucie niebezpieczeństwa i zaabsorbowanie myślami o własnych reakcjach somatycznych, niepowodzeniu i ocenie²³. To z kolei realnie przekłada się na wywołanie negatywnego wrażenia w otoczeniu i jeszcze bardziej zaniża samoocenę.

Rozróżnia się tzw. fobię społeczną specyficzną, polegającą na lęku przed wystąpieniami publicznymi oraz fobię społeczną uogólnioną, związaną z lękiem przed wszystkimi sytuacjami kontaktów społecznych, poza kontaktami z najbliższą rodziną. Choć fobia społeczna specyficzna dotyczy przede wszystkim lęku przed publicznym zabieraniem głosu (glossofobia), niekiedy obejmuje także takie czynności jak jedzenie w towarzystwie innych osób, a nawet pisanie w sytuacji, kiedy ktoś na piszącego patrzy (skriptofobia). Gdy osoby dotknięte fobią społeczną są z jakiegoś względu zmuszone do wystąpienia w sytuacji wywołującej u nich lęk, odczuwają objawy podobne do omówionego wcześniej napadu paniki. Większość skarży się na występujące w sytuacjach społecznych: czerwienienie się, drżenie kończyn, nadmierne pocenie, tachykardię, trudności w wysławianiu się, uczucie silnej suchości w ustach oraz obawę przed zwymiotowaniem. Zmagający się z fobią społeczną na ogół potrafią ocenić te objawy jako nadmierne i irracjo-

¹⁹ Por. L. Cierpiałkowska, dz. cyt., s. 351.

²⁰ Por. tamże.

²¹ Por. tamże.

²² Por. J. Rybakowski, dz. cyt., s. 391.

²³ Por. A. Wells, dz. cyt., s. 197-198.

nalne, niemniej jednak stopniowo zaczynają unikać przykrych dla nich sytuacji, co w konsekwencji skutkuje znacznym upośledzeniem funkcjonowania szkolnego, zawodowego, aktywności społecznej i stosunków międzyludzkich, pogłębiania złego samopoczucia oraz izolacji²⁴.

Choć badania epidemiologiczne wskazują, że objawy społecznej fobii uogólnionej dotyczą jedynie 3 proc. osób, ryzyko wystąpienia w ciągu życia którejs z form społecznej fobii specyficznej dotyczy już około 10 proc. populacji²⁵. Specyfika zaburzenia i częste interpretowanie objawów jako zwyczajnego przejawu nieśmiałości sprawiają, że doświadczający fobii społecznej często zgłaszają się do psychiatry lub psychologa dopiero wtedy, gdy do socjofobii dołączają kolejne zaburzenia, jak: depresja, dystymia, agorafobia czy też uzależnienie od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych.

Współwystępowanie fobii społecznej z innymi zaburzeniami dotyczy ponad 20 proc. przypadków²⁶. Objawy fobii społecznej zwykle bardzo zmniejszają się lub całkowicie ustępują pod wpływem alkoholu. Stąd też u zmagających się z zespołem lęku społecznego bardzo często obserwuje się tendencje do jego nadużywania, co na ogół prowadzi do rozwinięcia uzależnienia. Dotyczy to przede wszystkim osób, które ze względu na wykonywany zawód nie mogą skutecznie unikać publicznych aktywności.

Rozpoznanie fobii społecznej opiera się na stwierdzeniu występowania trzech kryteriów: przeżywany lęk ogranicza się do sytuacji społecznych, psychologiczne, behawioralne i wegetatywne objawy stanowią pierwotny przejaw lęku (oznacza to, że lęku nie wywołują tu urojenia ani myśli natrętne), a dominującą cechą zachowania jest unikanie sytuacji społecznych²⁷.

ZABURZENIA OBSESYJNO-KOMPULSYWNE

Charakterystyczną cechą zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, nazywanych niegdyś nerwicą natręctw, są uporczywe i stale nawracające: natrętne myśli (obsesje) oraz natrętne czynności (kompulsje). Ich występowanie odczuwane jest jako męczące i dezorganizujące normalne życie, m.in. ze względu na egodystoniczność, czyli postrzeganie ich jako obcych – niepasujących do osobowości i zwyczajnego stylu funkcjonowania osoby zaburzonej²⁸. Zdarza się np., że osoby religijne doświadczają uporczywych, niezwykle bluźnierczych myśli, a kochające matki nie mogą wyzbyć się myśli o skrzywdzeniu własnego dziecka. Najczęstsze obses-

²⁴ Por. J. Rybakowski, dz. cyt., s. 391.

²⁵ Por. tamże.

²⁶ Por. tamże.

²⁷ Por. J. Bomba, *Fobia społeczna*, „Farmakoterapia w psychiatrii i neurologii”, (2000), nr 4, s. 323.

²⁸ Por. L. Cierpiąłkowska, dz. cyt., s. 354-355.

sje, to m.in. myśli dotyczące skażenia przez dotknięcie jakiegoś przedmiotu, zakażenia innych, wątpliwości czy zamknęło się mieszkanie, czy nie potrąciło się kogoś bezwiednie podczas jazdy samochodem, a także wyobrażenia o treści erotycznej. Do obsesji zaliczają się również doświadczane impulsy, aby wykrzyknąć coś wulgarnego w miejscu publicznym, np. w kościele, wulgaryzować, obnażyć się publicznie lub kogoś skrzywdzić²⁹.

Treści obsesji mogą być różnorodne, ale zazwyczaj można je zakwalifikować do jednej z następujących kategorii: agresja, porządek, brud i zarazki, choroba, seks czy też religia³⁰. Kompulsje mogą mieć charakter jawny lub niejawny. Do jawnych zalicza się m.in.: mycie rąk, sprawdzanie zamknięcia drzwi czy wyłączenia sprzętów, układanie przedmiotów oraz różnego rodzaju działania stereotypowe. Niejawne, określane niekiedy mianem obsesyjnych rytuałów lub mentalnych kompulsji, to z kolei m.in.: liczenie w myślach, powtarzanie słów, a w niektórych przypadkach nawet modlitwa.

Specyficzną, niejako umotywowaną religijnie manifestację zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych stanowi skrupulatyzm (vel skrupulanctwo)³¹. Osoby z obsesjami i kompulsjami religijnymi charakteryzuje nadzwyczaj surowy i sztywny kodeks postępowania, któremu towarzyszy dwojaki lęk, zarówno przed popełnieniem niemoralnego lub bluźnierczego czynu, jak i lęk przed antycypowaną karą³². Niekiedy występuje także lęk, że nie zrobiło się wszystkiego, aby nie ulec pokusie, albo uniknąć sytuacji, która do pokusy doprowadziła. Podkreślić należy, że mowa tu o znacznej reakcji lękowej, nie zaś zdrowej „bojaźni Bożej”.

Zazwyczaj obsesje i kompulsje występują jednocześnie, np. przymus wielokrotnego mycia rąk łączy się z natrętnymi myślami o zakażeniu się i brudzie, a obsesyjna myśl o treści erotycznej prowadzi do wystąpienia kompulsji w postaci przymusu do wielogodzinnej modlitwy. Niekiedy jednak, zwłaszcza u dzieci, obsesje i kompulsje występują niezależnie od siebie.

Osoby z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi zwykle nie potrafią racjonalnie wytłumaczyć swoich kompulsywnych zachowań, ale wiadomo, że celem tych aktów jest zapobieżenie lub przynajmniej zredukowanie lęku i cierpienia³³. Na ogół dzieje się to zgodnie ze schematem: obsesja wywołuje lęk, a kompulsja prowadzi do jego zredukowania. Doświadczający obsesji i kompulsji często starają się bronić przed niechcianymi myślami i czynnościami, ale każdy taki akt tłumienia lub powstrzymywania się wyzwała w nich silny lęk i niepokój. Dzieje się tak

²⁹ Por. A. Wells, dz. cyt., s. 278-279.

³⁰ Por. J. Rabe-Jabłońska, *Diagnoza i leczenie zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego*, „Psychiatria”, (2007), nr 4/4, s. 162.

³¹ Por. B.M. Hyman, C. Pedrick, *Pokonać OCD, czyli zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2014, s. 223-224.

³² Por. tamże.

³³ Por. J. Rabe-Jabłońska, dz. cyt., s. 162.

mimo faktu, że zdecydowana większość osób obsesyjno-kompulsywnych odnosi się do swoich myśli krytycznie i na poziomie świadomym nie wierzy, aby mogły się spełnić³⁴.

Przyjmuje się, że zaburzenia obsesyjno-kompulsywne dotyczą ok. 2,5 proc. populacji, bez istotnych różnic w odniesieniu do płci, jednocześnie jednak liczba osób niezdiagnozowanych lub cierpiących z powodu subklinicznych postaci zaburzenia, wydaje się być znacznie większa³⁵. Gdy nasilenie objawów nie jest duże i nie zaburza istotnie codziennego funkcjonowania na wszystkich polach, mówi się nie tyle o zaburzeniu obsesyjno-kompulsywnym, co raczej obsesyjno-kompulsywnych zachowaniach lub subklinicznej postaci zaburzenia³⁶.

Zgodnie z kryteriami diagnostycznymi obowiązującymi w Europie, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne rozpoznaje się, gdy natrętne myśli, natrętne czynności lub oba objawy naraz utrzymują się przez większą część dnia, w okresie co najmniej dwóch tygodni i wykluczono występowanie urojeń oraz tzw. idei nadwartościowych³⁷.

CHARAKTERYSTYKA TERAPII ZABURZEŃ LĘKOWYCH

Zaburzenia lękowe, jak wskazywano wcześniej, są na ogół efektem oddziaływania czynników biologicznych i psychospołecznych. Dla lepszego zrozumienia mechanizmów kształtowania się tych zaburzeń, tworzone są teoretyczne modele wyjaśniające, w których uwzględnia się poszczególne czynniki oraz występujące pomiędzy nimi relacje, takie jak: powiązania, zależności, mediacje, czy też modercacje. Gdy poprawność modelu zostanie zweryfikowana w toku badań, taki model staje się na ogół punktem wyjścia do konstrukcji planu terapii. Wydaje się, że zjawisko zaburzeń lękowych najskuteczniej opisują interakcyjne modele biologiczno-psychologiczne, ale nie podważa to wartości modeli biologicznych i psychologicznych, które konstruuje się równolegle.

Modele biologiczne koncentrują się głównie na charakterystyce zmian neuroanatomicznych i biochemicznych mózgu, co umożliwi poszukiwanie odpowiednich rodzajów farmakoterapii³⁸. Modele psychologiczne próbują tymczasem wyjaśniać przyczyny występowania lęków, skupiając się m.in. na działaniu mecha-

³⁴ Por. L. Cierpiałkowska, dz. cyt., s. 355.

³⁵ Więcej zob. J. Landowski, W. Cubała, *Zaburzenia lękowe, obsesyjno-kompulsyjne i stresu pourazowego*, w: *Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych*, red. M. Jarema, Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2015, s. 212-223.

³⁶ Por. J. Rabe-Jabłońska, dz. cyt., s. 161.

³⁷ Por. L. Cierpiałkowska, dz. cyt., s. 355.

³⁸ Por. tamże, s. 357.

nizmów obronnych, procesach poznawczych oraz uczeniu się, modelowaniu i warunkowaniu, co umożliwi opracowanie różnych form psychoterapii³⁹.

W znacznym uproszczeniu stwierdzić można, że farmakoterapia zaburzeń lękowych opiera się na dwóch kategoriach leków: benzodiazepinach i lekach przeciwdepresyjnych (przede wszystkim z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny). Pierwsze z nich stosuje się na ogół w początkowych etapach leczenia, zwykle nie dłużej niż miesiąc, co podyktowane jest ryzykiem rozwoju tolerancji organizmu i uzależnienia⁴⁰. Benzodiazepiny charakteryzuje wysoka skuteczność, ale nie zwalczają one przyczyn zaburzeń lękowych, a jedynie ich objawy⁴¹. Główną rolę w farmakoterapii zaburzeń lękowych odgrywają zwykle leki przeciwdepresyjne, ponieważ lęk i depresja często współwystępują oraz posiadają zbliżone szlaki neuroreceptorowe. Ten rodzaj leków może być stosowany przewlekłe i choć w większości przypadków poprawę obserwuje się już po kilku tygodniach stosowania, minimalny czas prowadzenia farmakoterapii to 9-12 miesięcy⁴².

Zaburzenia lękowe nie zawsze wymagają podjęcia leczenia farmakologicznego, niekiedy do pełnej remisji zaburzenia wystarcza sama psychoterapia. Wydaje się jednak, że optymalnym sposobem leczenia tych zaburzeń, zwłaszcza o dużym nasileniu objawów, jest połączenie farmakoterapii z psychoterapią. Jedną z najskuteczniejszych form terapii psychologicznej w zaburzeniach lękowych jest psychoterapia poznawczo-behawioralna⁴³. Podczas takiej terapii pacjent uczy się dostrzegać wzorce swojego myślenia i zachowania, które predysponują go do odczuwania lęku. Jeżeli wzorce te zostaną rozpoznane, pacjent może świadomie i celowo dokonać ich zmiany na takie, które redukują lęk i wzmacniają umiejętności radzenia sobie z nim. Pojęcie psychoterapii poznawczo-behawioralnej jest bardzo szerokie, obejmuje zarówno techniki poznawcze, jak i behawioralne, umożliwiając zastosowanie wielu szczegółowych metod i form leczenia.

Podejście poznawczo-behawioralne opiera się na założeniu o wzajemnym wpływie myśli, emocji i zachowań. Człowiek, nadając znaczenie napotykanym sytuacjom i doświadczeniom, tworzy indywidualny obraz świata. Napływające informacje są automatycznie wzmacniane lub odrzucane w zależności od tego, czy pasują do posiadanego systemu przekonań lub aktualnego stanu. Wobec tego ta sama sytuacja może więc zostać zupełnie inaczej zinterpretowana przez dwie różne osoby. Celem terapii poznawczo-behawioralnej jest tym samym odkrycie, podważenie i zmodyfikowanie tych interpretacji rzeczywistości, które są nega-

³⁹ Por. tamże.

⁴⁰ Por. J. Landowski, W. Cudała, dz. cyt., s. 160-161.

⁴¹ Por. tamże.

⁴² Por. tamże, s. 166.

⁴³ Por. A. Popiel, E. Pragłowska, *Psychoterapia poznawczo-behawioralna – praktyka oparta na danych empirycznych*, „Psychiatria w praktyce klinicznej”, (2009), nr 2/3, s. 146.

tywne, niepełne, zniekształcone czy przesadzone⁴⁴. Interpretacje te, według podejścia poznawczo-behawioralnego, leżą u podłoża problemu zaburzeń lękowych. Dzięki zmianie nieadaptacyjnych myśli i interpretacji, możliwa staje się zmiana wpływających z nich nieadaptacyjnych zachowań. Terapię tę z powodzeniem stosuje się w leczeniu zaburzeń lękowych, ale także niektórych zaburzeń nastroju. W większości nieskomplikowanych przypadków zaburzeń, takich jak: napady paniki, fobii społecznej lub lęku uogólnionego, do skutecznego wyleczenia wystarcza często mniej niż dwanaście sesji, które odbywają się po jednej tygodniowo⁴⁵.

Organizacja przebiegu leczenia w nurcie poznawczo-behawioralnym rozpoczyna się od konceptualizacji przypadku i psychoedukacji, która ma na celu zapoznanie pacjenta z modelem poznawczym jego zaburzenia, dzięki czemu może zrozumieć mechanizmy wywołujące u niego lęk. Sedno terapii stanowi tzw. interwencja ukierunkowana na objawy i schematy poznawcze pacjenta, a ostatnie sesje ukierunkowane są na zapobieganie nawrotom zaburzenia⁴⁶.

WSKAZANIA DUSZPASTERSKIE

Pierwszorzędną zasadą w kontakcie duszpasterskim z osobami cierpiącymi na zaburzenia lękowe powinno być unikanie wszystkiego, co może te zaburzenia pogłębiać lub wpłynąć na obniżenie zaniżonej już samooceny osób zaburzonych. Niedopuszczalne jest obwinianie zmagających się z lękiem za brak lub słabe zaufanie wobec Pana Boga. Nie znaczy to jednak, że nie można za pomocą pozytywnego przekazu zachęcać ich do budowania i pogłębiania z Nim więzi. Należy zwracać szczególną uwagę, zwłaszcza podczas spowiedzi, aby nie wzmagać poczucia winy osób lękowych, ponieważ u wielu z nich to właśnie nadmierna wrażliwość na winę stanowi istotne źródło doświadczanego lęku. Bardzo korzystne jest za to podjęcie rozmowy na temat posiadanego obrazu Boga, ponieważ dla wielu osób z lękami pojęcie Boga bliskiego i kochającego jest obce i niełatwe do przyjęcia. Zaleca się także okazywanie zrozumienia tym wiernym, którzy z uwagi na zdiagnozowane zaburzenia lękowe, zwłaszcza agorafobię lub fobię społeczną, mają znaczną trudność w spełnianiu „obowiązku niedzielного”. Rozmowę duszpasterską na ten temat można jednak wykorzystać jako zachętę do podjęcia terapii lub większego w niej zaangażowania. Należy też podjąć staranie uświadamiania, że zaburzenia lękowe są w zdecydowanej większości możliwe do wyleczenia, choć wymaga to pewnego wysiłku.

⁴⁴ Por. tamże, s. 147-148.

⁴⁵ Por. A. Wells, dz. cyt., s. 52.

⁴⁶ Por. tamże, s. 52-54.

Część osób bardzo religijnych żywi przekonanie, że doświadczany przez nie lęk ma podłoże duchowe, stąd unikają konsultacji psychologicznej lub psychiatrycznej, widząc w nich przejaw braku zaufania wobec Boga, który przecież ma moc uwolnić od lęku. Choć nie sposób polemizować ze zdaniem, że część lęków, m.in. lęk egzystencjalny czy lęk przed śmiercią, ma takie podłoże, to w przypadku zaburzeń opisanych w niniejszym opracowaniu, wskazane jest poszukiwanie źródła lęku poza sferą duchową. W rozmowie z takimi osobami korzystne jest podkreślanie, że Pan Bóg dla dobra człowieka posługuje się również środkami przyrodzonymi. W przypadku sygnalizowanej niechęci do podjęcia psychoterapii, która może wynikać z uprzedzeń i kojarzenia jej z psychoanalizą, zaleca się wyjaśnienie założeń podejścia poznawczo-behawioralnego oraz wskazanie jego skuteczności w leczeniu zaburzeń lękowych.

Należy mieć na uwadze, że choć żadne duszpasterstwo nie jest wprost miejscem na prowadzenie terapii, to niewątpliwie różnego rodzaju grupy kościelne mogą stać się dla osób, przynajmniej z niektórymi zaburzeniami lękowymi, bezpiecznym środowiskiem pracy nad sobą. Wspólnota autentycznie kierująca się wartościami ewangelicznymi może dostarczyć licznych sygnałów świadczących o akceptacji, a przez to ośmielać np. osoby z fobią społeczną, do wchodzenia w relacje, stając się w ten sposób przestrzenią treningu kompetencji społecznych⁴⁷.

W przypadku osób niezdiagnozowanych, które jednak doświadczają objawów charakterystycznych dla zaburzeń lękowych, zawsze warto w sposób delikatny sugerować konieczność konsultacji z psychologiem, psychiatrą lub choćby lekarzem pierwszego kontaktu, który mógłby dokonać wstępnego rozpoznania. Dotyczy to przede wszystkim ujawnianych objawów: paniki, lęku uogólnionego, fobii społecznej, agorafobii oraz zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, szczególnie jeśli objawy te zakłócają normalne funkcjonowanie. Osoby zdiagnozowane, które podjęły się terapii, niekiedy w rozmowie z duszpasterzem sygnalizują pogorszenie swojego samopoczucia, zwłaszcza gdy przyjmują leki i dzielą się wątpliwościami co do kontynuowania leczenia. W takich sytuacjach wskazane jest przekonywanie i uświadomienie, że zarówno psychoterapia, jak i farmakoterapia w przypadku zaburzeń lękowych przynosi pożądany efekt dopiero z czasem, a przerwanie lub ograniczenie przyjmowania leków, bez konsultacji z lekarzem, może zaprzepaścić dotychczasowy wysiłek.

W kontakcie duszpasterskim z wiernymi, którzy zmagają się ze skrupulatyzmem, stanowiącym przejaw zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, poza wyrozumiałością i serdecznością, potrzeba ze strony duszpasterza również życzliwej stanowczości. Osoby takie, doświadczając na co dzień rozmaitych i niechcianych

⁴⁷ Por. S. Sullivan, J.M. Pyne, A.M. Cheney, J. Hunt, T. F. Haynes, G. Sullivan, *The pew versus the couch: relationship between mental health and faith communities and lessons learned from a VA/clergy partnership project*, „Journal of Religion and Health”, (2013), nr 53/4, s. 1268.

obsesyjnych myśli, wyobrażeń i impulsów, przeżywają lęk o znacznym natężeniu. Starają się więc zredukować ten lęk przez kompulsywne zachowania, m.in. bardzo częste przystępowanie do spowiedzi czy wielogodzinną modlitwę. Często jednak i tym zachowaniom towarzyszą obsesyjne myśli, że spowiedź nie była wystarczająco szczegółowa, a modlitwa odmówiona bez należytego skupienia, co ponownie wywołuje lęk, który będą starali się zredukować ulegając kompulsjom. Należy pomóc penitentom w przerwaniu owego „błędnego koła lęku”, podejmując jednocześnie pracę nad obrazem Boga, akcentując Jego dobroć i miłosierdzie. Warto podkreślać, że dobra i skuteczna spowiedź jak i modlitwa nie musi być „perfekcyjna”. Innymi słowy, uświadamiać penitentów lękowych, że Pan Bóg niejako uwzględnia ludzkie ograniczenia i niedoskonałości.

Penitentów przejawiających skrupulatyzm należy w miarę możliwości zachęcać do wyboru stałego spowiednika oraz ustalić z nimi (możliwie na drodze kompromisu) częstotliwość spowiedzi. W przypadku osób spowiadających się codziennie można zaproponować początkowo spowiedź co kilka dni i później ten okres odpowiednio wydłużać. Ważne też, aby stale zachęcać do podjęcia lub zaangażowania w terapii. Gdy penitenci skarżą się z powodu uciążliwości natrętnych myśli, które zakłócają im modlitwę lub udział we mszy św., należy zachęcać ich do uczenia się raczej ignorowania tych myśli niż próby zwalczania. Ewentualna walka z natrętnymi myślami zawsze skazana jest na porażkę, ponieważ przekłada się na jeszcze większe skupienie na nich uwagi. Niektórym z penitentów trzeba wielokrotnie przypominać, że niechciane myśli, wyobrażenia i impulsy, bez względu na swoją treść, nie są grzechem.

Bibliografia

Angst J., *History and epidemiology of panic*, „European Psychiatry” (1995), nr 10/2, s. 57-59.

Bomba J., *Fobia społeczna*, „Farmakoterapia w psychiatrii i neurologii”, (2000), nr 4, s. 321-331.

Cierpiałkowska L., *Psychopatologia*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2012.

Hyman B. M., Pedrick C., *Pokonać OCD, czyli zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2014.

Koszewska I., Święcicki Ł., *Nie bój się lęku*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.

Landowski J., Cubala W. J., *Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne*, w: *Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych*, red. M. Jarema, Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2015, s. 158-223.

Nitka-Siemińska A., *Zaburzenia lękowe – charakterystyka i zasady leczenia*, „Forum Medycyny Rodzinnej”, (2014), nr 8/1, s. 37-43.

Popiel A., Pragłowska E., *Psychoterapia poznawczo-behawioralna – praktyka oparta na danych empirycznych*, „Psychiatria w praktyce klinicznej”, (2009), nr 2/3, s. 146-155.

Rabe-Jabłońska J., *Diagnoza i leczenie zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego*, „Psychiatria”, (2007), nr 4/4, s. 160-174.

Rybakowski J., *Zaburzenia lękowe w postaci fobii*, w: *Psychiatria*, red. J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka, Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011, t. 2, s. 387-392.

Seligman M.E.P., Walker E.F., Rosenham D.L., *Psychopatologia*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2003.

Sullivan S., Pyne J.M., Cheney A.M., Hunt J., Haynes T.F., Sullivan G., *The pew versus the couch: relationship between mental health and faith communities and lessons learned from a VA/clergy partnership project*, „Journal of Religion and Health”, (2013), nr 53/4, s. 1267-1282.

Szafrańska A., Szafranski T., *ABC rozpoznawania i leczenia zaburzeń lękowych w praktyce lekarza rodzinnego*, „Psychiatra dla lekarza rodzinnego”, (2014), nr 1, s. 10-15.

Szatan M., *Strach a lęk w ujęciu nauk humanistycznych*. „Studia Gdańskie” (2012), nr 31, s. 325-342.

Światowa Organizacja Zdrowia, *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych*, Wydawnictwo Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2009, t. 1.

Wells A., *Terapia poznawcza zaburzeń lękowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010.

Wojtas A., Jakuszkowiak-Wojten K., *Terapia lęku panicznego w ujęciu poznawczo-behawioralnym*, „Psychiatria” (2010), nr 7/6, s. 227-233.

Streszczenie

Artykuł omawia charakterystykę występujących najczęściej zaburzeń lękowych, takich jak: zespół lęku napadowego, zespół lęku uogólnionego, fobie (szczególnie agorafobia i fobia społeczna) oraz ściśle związanych z lękiem zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych. Opisuje też specyfikę stosowanych współcześnie sposobów leczenia tych zaburzeń oraz wskazania duszpasterskie dotyczące pracy z osobami zmagającymi się z lękami i natręctwami.

Słowa kluczowe: *strach, lęk, zaburzenia, fobie, obsesyjno-kompulsywne, duszpasterskie*

Anxiety Disorders in the Pastoral Context

Summary

The article analyses the most common anxiety disorders such as: the panic disorder, the generalized anxiety disorder, phobias (especially agoraphobia and social phobia) and the obsessive-compulsive disorders which are closely related to anxiety. The paper also discusses the characteristics of the contemporary treatment methods for these disorders and the pastoral advices for helping the people who need to cope with anxiety and obsessive-compulsive disorders.

Keywords: *fear, anxiety, disorders, phobias obsessive-compulsive, pastoral ministry*