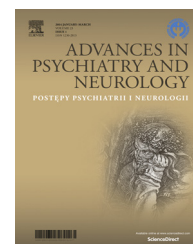


Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: www.elsevier.com/locate/pin

Review/Praca pogładowa

Problems of behavioral therapy, part II/Problemy terapii behawioralnej, część II

Treatment of Fear of Bodily Sensations with Exposure Therapy



Zastosowanie procedury ekspozycyjnej w terapii lęku związanego z doznaniem somatycznymi

Elżbieta A. Bajcar*

Pedagogical University of Cracow, Faculty of Pedagogy, Cracow, Poland

ARTICLE INFO

Article history:

Received: 07.02.2014

Accepted: 11.04.2014

Available online: 18.04.2014

Keywords:

- Bodily symptoms
- Health anxiety
- Extinction
- Exposure therapy

Słowa kluczowe:

- lęk
- wygaszanie
- doznania somatyczne
- terapia ekspozycyjna

ABSTRACT

Objectives: A certain group of patients receiving assistance from primary medical care excessively focus on their own body and health, and react with fear of the bodily sensations. The purpose of this paper is to discuss the mechanism that supports this type of fear as well as to present the exposure therapy, which can be effective in eliminating the fear that is present with somatic symptoms. **Reviews:** Studies prove high efficiency of the exposure therapy in the treatment of anxiety disorders. It seems that this kind of therapy could also be efficient in reducing the fear that is associated with somatic symptoms. Interoceptive therapy may have a particular impact on hypochondriac fear and it being reduced. The aim of this method is to confront patients with bodily sensations that cause their anxiety. **Conclusions:** Psychology has developed effective methods that help patients who experience health anxiety. As these patients mostly seek medical attention, it is recommended that both doctors and psychologists cooperate in solving their problems.

© 2014 Institute of Psychiatry and Neurology. Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o. All rights reserved.

Introduction

Certain groups of patients using the general practitioners' help or the help of specialist doctors are the somatising patients, i.e. those who complain about the occurrence of persistent and/or recurring bodily sensations, the presence or intensification of which cannot be definitely explained by a somatic illness or interaction of chemical substances, such

as medicines or drugs. The characteristic feature of such patients is that they are excessively interested in their health and body; they are intensely concentrated on bodily sensations and they have inclinations to exaggerate when interpreting their occurrence. The number of ailments they complain about may vary and they may refer to different organs and systems. The important thing is that bodily symptoms are not generated or simulated by the patients in order to gain some practical benefits; on the contrary, they

* Correspondence to: Katedra Psychologii, Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie, ul. Podchorążych 2, 30-084 Kraków, Polska.

E-mail address: anita.bajcar@wp.pl.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pin.2014.04.004>

1230-2813/© 2014 Institute of Psychiatry and Neurology. Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o. All rights reserved.

bring about the feeling of helplessness, and they significantly limit every day activities of such patients. As bodily sensations are considered by patients to be the symptoms of unexplainable pathological changes taking place in their bodies, they cause intensive fear; some of the somatising patients may believe the sensations are the symptoms of some serious and progressing disease [1]. The anxieties the patients experience with regard to such symptoms make them behave in a specific way, the description of which will be briefly presented further in this paper. Although such kinds of behaviour give the patients some immediate relief, reducing temporarily the anxiety, in fact they cause a number of long-lasting negative effects.

The aim of this paper is to analyse the possibilities of using controlled exposure in therapy with somatising patients. Research confirmed high efficiency of exposure therapy in the therapy of abnormal fears [2]. There are also references affirming efficiency of this therapy in limiting the fears accompanying bodily sensations and eliminating unwelcome behaviours related with them [3-5]. Especially one of the exposure therapy options may be useful in the therapy of fears accompanying bodily sensations, i.e. interoceptive exposure. It is worth emphasising here that independently from the efficiency of different therapeutic effects in the process of solving problems of the patients with bodily sensations, the effects themselves bring insignificant incentives to use psychotherapy as the patients are convinced that their troubles are based on organic grounds, and they expect first of all a therapy directed against the symptoms.

Types of behaviour related with health, provoked by fear

Bodily sensations and the symptoms related with them are the reason for atypical and non-adaptive behaviour regarding health [3, 6]. First of all, they make the patients seek medical help excessively often; from the doctors, the patients demand diagnoses, which should explain the symptoms that are to be further eliminated or alleviated. Also, they expect some acknowledgement that their health or life is not in danger. However, independently from being assured that their health is in good condition, they want to consult a doctor again, expecting the implementation of additional medical procedures, including hospitalisation or surgical operations [7-10]. Thus, they expose themselves to iatrogenic effects and physical discomfort connected with the following tests. A part of the patients takes a decision to make use of the alternative, unconventional treatments to overcome the symptoms.

Other characteristic types of behaviour consist of self-testing of one's own body. Very often patients carry out different forms of self-examination in order to make sure that their body works normally. They also overuse domestic tests, the results of which very often are erroneously interpreted as falsely positive, which makes them seek medical help again. Very often it happens that they discuss their symptoms with other persons, compare their condition with their own and then search in the media for reassuring information about their symptoms. The Internet plays

a very specific role in this regard; patients not only find information there but also contact other persons who enhance the unwelcome types of behaviour mentioned above [11, 12].

Somatising patients show an inclination to avoid certain stimuli or situations associated with health and illnesses. Since they perceive themselves as less immune, they try to avoid large crowds of people or contact with the sick, etc. They also avoid such activities, which demand physical effort, because when practicing, the bodily sensations intensify. For the same reason the patients give up physical training or sex life; still, very often they quit work and other daily duties. In some cases, such avoidance may be of an extreme character. It happens when patients decide to undergo invasive operations (e.g. amputations, resections) as preventive treatment, although they do not belong to the increased risk group. It is interesting that patients revealing health anxieties are not engaged in health conscious activities or attitudes more than others. For them, the main incentive is the anxiety related with the symptoms [6].

Constant monitoring of one's health and avoidance of certain situations (e.g. physical effort) are of a permanent character because they are being negatively reinforced. Negative reinforcement occurs when in result of fulfilment of a certain reaction, the effect of a negative stimulus stops; it also occurs in the event when fulfilment of the reaction does not allow such a stimulus to activate. The consequence of reinforcement is the increase in the occurrence frequency of such reactions [13]. In the case of patients suffering from health anxieties, the consecutive doctor's visits, tests, diagnoses and talks with other people, during which the patients get assured about their good health condition, cause short-term but essential decrease in anxiety and fear. Advantageous consequences of such behaviour are the reason for their being enhanced and strengthened, and then repeated with greater intensity. Similarly, staying aside of certain situations minimises the probability of experiencing fear, thus gaining an important position in the repertoire of types of behaviour and it is repeated in similar situations.

Non-adaptive types of behaviour are also reinforced positively. The source of positive reinforcement can be other people, who devote good attention to the patients and show interest in their complaints. First of all, doctors are the persons with whom the patient consults over their symptoms. Within this association the patient has certain advance expectations concerning the therapy conduct; therefore, doctors are under certain pressure. Some research indicates that some doctors, at least to some degree, adjust their conduct, ordering additional tests and consultations, although the patient's health condition does not require any further tests [14, 15]. It seems that in this way, unintentionally the doctors contribute to the reinforcement of unwelcome behaviour.

The types of behaviour described above play a key role in sustaining such anxieties and fears. So long as the patients are engaged in this type of behaviour, they do not face the necessity to be confronted with the stimuli causing fears and do not have any opportunity to learn that the stimuli are in fact natural and do not bear any realistic danger.

Extinction of fears connected with bodily sensations

Fear reactions occurring in response to bodily sensations may be the effect of learning. Research on persons showing tendencies to suffer from health anxieties indicate that the majority of them experienced some significant trauma in their childhood: they suffered from some serious disease or had been brought up in the environment, in which people suffering from bodily sensations or people who showed inclinations to anxieties resulting from bodily sensations lived [16, 17]. In case of such persons, through conditioning, an inclination has been shaped to react with fear of bodily stimuli. Classical conditioning means an elementary learning process, in which the primarily neutral stimulus, having been associated with unconditioned stimulus causing certain reaction, acquired also the ability to cause the reaction [13]. If any random internal or external stimulus (e.g. bodily sensation) has been associated with the stimulus causing fear (e.g. pain concurrent with an illness or injury) it is able to cause a fear reaction as well. The exposure method forms an efficient manner to eliminate fear reactions acquired in such a way. Extinction is the basis of the exposure therapy, which consists in multiple presentations of the unconditioned stimulus (in the discussed case, the stimulus is the bodily sensation) without the following unconditioned stimulus, i.e. the primary source of fear [13]. During the exposure therapy, the patient remains in safe circumstances, in which confrontation with a non-dangerous stimulus causing a fear reaction is possible (bodily sensation, object, situation, image). It should be emphasised that during exposure to the aversive/repugnant stimulus, the patient cannot complete any of the actions that so far have been taken to avoid the anxiety related with it. Initially, the contact with the stimulus causes an intense fear reaction, which slowly weakens due to lack of expected negative consequences.

Different options of the exposure technique may be applied [18]. The most "classical" option assumes that the patient is confronted with actual and real objects or situations, which cause fear. This procedure, however, cannot always be applied. First of all, it cannot be applied when the fear is related with situations impossible to recreate *in vivo*, as it is in case the fear of being hurt or of death. It can also happen that the patient refuses to be confronted with certain stimuli, which causes a large amount of intense fear. In such a situation, the second option the exposure therapy may be applied, i.e. when the confrontation with stimuli and situations causing fear takes place in the patient's imagination.

Exposure therapies are usually applied gradually. The therapist and the patient prepare a list of situations causing fear, ordering them according to their effect size. Next, the patient is confronted with the following stimuli, starting from the ones of the least effect size, and finishing with the ones, which have been placed on top of the hierarchy. Still, one other option can be used in the therapy; it consists of multiple and long-lasting exposure to the stimulus that causes very intense fear. This method is called flooding.

Selection of the exposure procedure depends on the disorders' psychological characteristics. In the case of patients who experience fear with regard to bodily sensations, a specific exposure method is applied, i.e. interoceptive exposure [4-6, 19]. This method consists of gradually confronting the patient with the bodily sensations causing fear (e.g. choking, dizziness, throbbing of the heart). In order to cause such sensations relevant exercises may be used (e.g. high knees jog, intensive breathing or slow swallowing). In the case of the majority of patients with health anxieties, this method is effective; however, in some cases, when the source of anxiety is a symptom unable to be caused in the therapeutic conditions (e.g. lesions on skin), it is justified to apply the imagination technique.

Introduction of exposure procedure should be anticipated by some actions. First of all it is necessary to get assured whether the patient that is to be subjected to the effects understands their aim and course. In the case of interoceptive exposure, it should also be verified whether there are any medical contraindications for particular exercises to be applied (e.g. asthma is a contraindication for hyperventilation). The following step is to identify internal stimuli (somatic) and external stimuli (situations), which in this individual case cause fear reaction and characteristic types of behaviour, which help to avoid physiological anxiety. Information acquired in this phase enables the preparation of a schedule to the exposure procedure as well as a hierarchical list of events causing fear of a larger and larger intensity. The information may be acquired in different ways. First of all the patient is the party who provides them. Also, they may be the outcome of observation and/or may be given by friends or relatives, who have the opportunity to observe the patient's behaviour in different situations. While planning interoceptive exposure, the therapist may ask the patient to do a few short exercises to identify those behaviours which reveal the symptoms causing fear. The tests carried out in groups of patients with panic disorder indicated that the most intense sensations are not released during such exercises as rotation, hyperventilation or breathing through a straw. Continuing the exercises for some time causes suffocation and dizziness, which results from intense fear and anxiety [20]. As the majority of exercises cause more than one symptom, the list of exercises proposed to the patient during therapy may be limited to a few.

Having determined the list of symptoms causing fear and having planned relevant exercises, which may provoke the symptoms, the patient may be accessed to the principal part of the exposure procedure. In the event the patient resists engaging in the exercise, the therapist may present the right way of it being fulfilled. The therapist may also, after showing the expected behaviour, help the patient to copy that behaviour. In this case the exposure procedure shall be enriched with what is called participant modelling.

Abramowitz, Deacon and Whiteside analyse two manners of conduct of the exposure procedure. One of them consists in multiple repeating of the same exercise in short samples. During breaks between the samples, the patient is encouraged to relax, so that the anxiety decreases to the basic level. The other manner assumes that the exercise is performed continually, with short breaks planned in equal

intervals in order to measure the level of the experienced fear. The authors postulate using the latter technique, in which the exposure to the stimulus is prolonged, because it creates better conditions to learn that a stimulus – even if a long-lasting one – does not cause any negative effects. It is assumed that the exposure should be applied consequently until the fear reaction against the stimulus has been eliminated or radically limited. Therefore, constant monitoring and measurement of the changes occurring during exposure is an important element of the procedure [3].

Interoceptive exposure is usually applied before the exposure to external stimuli and imagination exposure. Efficient extinguishing of fear of bodily sensations increases the patient's motivation to engage in other forms of the therapy and facilitates the achievement of positive effects.

It should be remembered that the exposure procedure effectively weakens the conditioned fear reaction but it does not eliminate it. During exposure, the patient learns new manners of reactions to stimuli; however, the primarily learned reaction is still available and may be released in the conditions similar to those, in which it had been acquired. There are certain indications, the use of which allows to limit that effect when working with the patient, examples are: (1) continuation of exposure even if the fear reaction stops to occur; (2) application of a series of exposure sessions divided by short breaks; (3) using during exposure different stimuli sets causing fears; (4) carrying out exposure in different environments and contexts [21, 22].

Conclusion

Persons who needlessly complain about health problems and their suffering from health anxieties are often met in surgeries and, definitely rarely, at psychotherapists' counseling services. In spite of the fact that the problem has been widely analysed, discussed and described, the professionals suffer from some shortage of literature and research, which would provide information on therapeutic effects. It seems that interventions using behavioural methods of interoceptive therapy may occur to be an efficient manner to cope with the problem of fear being released by bodily sensations. However, before the patient suffering from health anxieties gets to the specialist dealing with psychic health problems, they listen to the counsel of doctors of primary health care or other physicians and specialists. Therefore, it is crucial that the persons participating in the diagnosis and therapy processes of the patient suffering from health anxieties connected with bodily sensations understands the reasons for the types of behaviour characteristic for them and the mechanisms that sustain such behaviours. This knowledge may facilitate planning work with the patient so to hinder intensification of the abovementioned behaviours caused by fear. On the basis of the knowledge collected so far several recommendations can be formulated, which can be useful when working with the patient. First of all, it is suggested that (1) the meetings with the patients were regular, however, always on predetermined dates; (2) brief physical tests were always carried out, excluding, however, ordering additional tests and analyses; (3) the patient's

disrespectful comments regarding the patient's concerns were avoided; (4) each and every form of the patient's activity was sustained [23]. Due to the specificity of the discussed problem, cooperation of doctors and therapists seems to be an essential condition of the efficient therapy.

Wstęp

Pewną grupę pacjentów korzystających z pomocy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarzy specjalistów stanowią osoby somatyzujące, tj. uskarżające się na występowanie uporczywych i/lub nawracających dolegliwości somatycznych, których obecności lub nasilenia nie da się definitywnie wytłumaczyć somatyczną chorobą lub oddziaływaniem substancji chemicznych, takich jak leki czy narkotyki. Pacjentów tych charakteryzuje nadmierne zaangażowanie zdrowiem i własnym ciałem, intensywna koncentracja na somatycznych doznaniach i skłonność do ich wyolbrzymiania. Liczba zgłaszanych przez nich dolegliwości może być zmienna i mogą one dotyczyć różnych narządów i układów. Co istotne, somatyczne objawy nie są przez pacjentów wytwarzane ani symulowane w celu uzyskania praktycznych korzyści, natomiast wywołują poczucie bezradności i znacząco ograniczają ich aktywność. Ponieważ doznania somatyczne są przez pacjentów uznawane za oznaki niewyjaśnionych, patologicznych zmian zachodzących w organizmie, wywołują lęk o znacznym nasileniu. Część somatyzujących pacjentów może uważać je za przejaw konkretnej, poważnej i postępującej choroby [1]. Niepokój, którego doświadczają pacjenci w związku z objawami, skłania ich do podejmowania specyficznych zachowań, które zostaną krótko przedstawione w dalszej części artykułu. Chociaż zachowania te przynoszą pacjentom doraźne korzyści w postaci krótkotrwałej redukcji niepokoju, w istocie wywołują szereg długotrwałych, negatywnych skutków.

Celem artykułu jest przeanalizowanie możliwości wykorzystania sterowanej ekspozycji w terapii pacjentów somatyzujących. Badania potwierdziły wysoką efektywność terapii ekspozycyjnej w leczeniu zaburzeń lękowych [2]. Istnieją również doniesienia potwierdzające skuteczność tej terapii w ograniczaniu lęku towarzyszącego somatycznym objawom i eliminowaniu związanych z nimi niepożądanych zachowań [3-5].

W leczeniu lęku towarzyszącego somatycznym objawom szczególnie przydatny może być jeden z wariantów tej terapii ekspozycyjnej – ekspozycja interoceptywna. W tym miejscu warto podkreślić, że niezależnie od skuteczności różnych oddziaływań terapeutycznych w rozwiązywaniu problemów osób somatyzujących, one same wykazują niewielką motywację do korzystania z psychoterapii. Przekonane, że ich problemy mają podłoże organiczne, oczekują przede wszystkim leczenia skierowanego na objawy.

Motywowane lękiem zachowania związane ze zdrowiem

Somatyczne doznania i związane z nimi obawy są powodem nietypowych i nieadaptacyjnych zachowań związanych ze

zdrowiem [3, 6]. Przede wszystkim skłaniają pacjentów do nadmiernie częstego korzystania z pomocy medycznej. Pacjenci domagają się od lekarzy diagnoz, które wyjaśnią ich objawy, i terapii, które je wyeliminują lub złagodzą. Oczekują również potwierdzenia, że ich zdrowiu i życiu nic nie zagraża. Jednak niezależnie od zapewnień o dobrym stanie zdrowia dążą do kolejnych konsultacji, oczekując wdrożenia dodatkowych medycznych procedur, w tym również hospitalizacji i zabiegów chirurgicznych [7-10]. W ten sposób narażają się na oddziaływania jatrogenne i dyskomfort fizyczny związany z badaniami. Część z nich decyduje się na korzystanie z alternatywnych, niekonwencjonalnych metod, by z ich pomocą radzić sobie z objawami.

Inne charakterystyczne zachowania polegają na nadmiernym samodzielnym kontrolowaniu własnego ciała. Pacjenci często przeprowadzają różne formy samobadania, by upewnić się, że organizm funkcjonuje prawidłowo. Nadużywają również domowych testów diagnostycznych, których wyniki bardzo często odczytują błędnie jako fałszywie-dodatnie, co skłania ich do kolejnych wizyt u lekarzy. Do częstych zachowań należy także omawianie objawów z innymi osobami i porównywanie ich stanu zdrowia z własnym oraz poszukiwanie w mediach uspokajających informacji na temat objawów. Szczególną rolę w tym względzie odgrywa Internet, w którym pacjenci nie tylko znajdują takie informacje, lecz również nawiązują kontakty z osobami, które dostarczają wzmocnień dla przedstawionych wyżej niepożądanych zachowań [11, 12].

Osoby somatyzujące wykazują również skłonność do unikania pewnych bodźców lub sytuacji skojarzonych ze zdrowiem i chorobą. Ponieważ spostrzegają siebie jako mniej odpornych, w związku z tym starają się unikać dużych skupisk ludzkich, kontaktów z osobami chorymi itp. Unikają również wszystkich tych aktywności, które wymagają wysiłku fizycznego, ponieważ w ich trakcie dochodzi do zintensyfikowania somatycznych doznań. Z tego powodu pacjenci rezygnują z ćwiczeń fizycznych, aktywności seksualnej, ale również często wycofują się z pracy i innych codziennych obowiązków. W niektórych przypadkach unikanie może przyjmować skrajną postać. Ma to miejsce wówczas, gdy pacjenci decydują się na inwazyjne zabiegi (np. amputacje, usunięcia narządów) w celach profilaktycznych, chociaż nie znajdują się w grupie wysokiego ryzyka. Co ciekawe, osoby o skłonnościach somatyzacyjnych nie angażują się w większym stopniu niż inni w zachowania prozdrowotne. Głównym czynnikiem motywującym ich zachowania związane ze zdrowiem jest niepokój związany z objawami [6].

Zachowania polegające na stałym monitorowaniu stanu własnego zdrowia i unikaniu pewnych sytuacji (np. wysiłku fizycznego) mają charakter permanentny, bowiem są systematycznie wzmocniane negatywnie. Ze wzmocnieniem negatywnym mamy do czynienia wówczas, gdy w wyniku wykonania określonej reakcji ustaje działanie negatywnego bodźca, a także wówczas, gdy wykonanie tej reakcji nie dopuszcza do zadziałania takiego bodźca. Konsekwencją wzmocnienia jest wzrost częstości występowania reakcji [13]. W przypadku pacjentów somatyzujących kolejne wizyty u lekarzy, testy, badania diagnostyczne i rozmowy z innymi ludźmi, podczas których zyskują zapewnienia o dobrym

stanie zdrowia, wywołują skutki w postaci krótkotrwałego, ale znaczącego spadku pobudzenia i zmniejszenia lęku. Pozytywne konsekwencje tych zachowań sprawiają, że zostają one utrwalone, a następnie są powtarzane z większą intensywnością. Podobnie nieangażowanie się w pewne sytuacje minimalizuje prawdopodobieństwo doświadczenia lęku, tym samym zyskuje ważne miejsce w repertuarze zachowań jednostki i jest powtarzane w podobnych sytuacjach.

Nieadaptacyjne zachowania są również wzmocniane pozytywnie. Źródłem pozytywnych wzmocnień mogą być inni ludzie, którzy poświęcają pacjentom uwagę i wykazują zainteresowanie zgłaszanymi przez nich skargami. Osobami, z którymi pacjent przede wszystkim konsultuje swoje obawy, są lekarze. W relacji z pacjentem, który ma z góry określone oczekiwania dotyczące postępowania terapeutycznego lekarze poddawani są pewnej presji. Niektóre badania wskazują na to, że część lekarzy przynajmniej w pewnym stopniu dostosowuje swoje działania do oczekiwań pacjenta, zlecając dodatkowe badania i konsultacje, chociaż stan zdrowia pacjenta tego nie wymaga [14, 15]. Wydaje się, że w ten sposób mogą nieintencjonalnie przyczyniać się do nasilenia niepożądanych zachowań.

Opisane powyżej zachowania odgrywają kluczową rolę w podtrzymywaniu patologicznego lęku. Tak długo, jak jednostka jest zaangażowana w tego typu zachowania, nie staje wobec konieczności skonfrontowania się z bodźcami wywołującymi lęk i nie ma możliwości nauczenia się, że bodźce te są w istocie naturalne i nie niosą żadnego realnego zagrożenia.

Wygaszanie lęku związanego z somatycznymi doznaniem

Reakcje lękowe pojawiające się w odpowiedzi na somatyczne doznania są efektem uczenia się. Badania osób wykazujących tendencje somatyzacyjne wskazują, że większość z nich doświadczyła w dzieciństwie poważnego urazu, przeżyła ciężką chorobę, wychowywała się w środowisku, w którym wykazywały osoby chore somatycznie lub osoby, które wykazywały skłonności somatyzacyjne [16, 17]. U osób tych ukształtowała się w drodze warunkowania skłonność do reagowania lękiem na bodźce cielesne. Warunkowanie klasyczne to elementarny proces uczenia się, w którym bodziec pierwotnie neutralny, po skojarzeniu z bodźcem bezwarunkowym wywołującym określoną reakcję, nabiera zdolności do wywoływania tej reakcji [13]. Jeżeli dowolny bodziec zewnętrzny lub wewnętrzny (np. doznanie somatyczne) zostanie skojarzony z bodźcem wywołującym lęk (np. z bólem towarzyszącym chorobie lub urazowi) będzie również w stanie wywoływać reakcję lękową. Skutecznym sposobem eliminowania nabytych w ten sposób patologicznych reakcji lękowych jest metoda ekspozycji. Podstawą terapii ekspozycyjnej jest wygaszanie, które polega na wielokrotnym prezentowaniu bodźca warunkowego (w omawianym przypadku bodźcem tym jest somatyczny objaw) bez następującego po nim bodźca bezwarunkowego, czyli pierwotnego źródła lęku [13]. Podczas terapii ekspozycyjnej jednostka znajduje się w bezpiecznej sytuacji, w której

możliwa jest konfrontacja z niezagrażającym bodźcem (somaticznym doznaniem, obiektem, sytuacją, wyobrażeniem), który wywołuje reakcję lękową. Co istotne, podczas ekspozycji na działanie awersyjnego bodźca jednostka nie ma możliwości wykonania żadnego z tych działań, które do tej pory podejmowała, by uniknąć związanego z nim pobudzenia. Kontakt z bodźcem początkowo wywołuje intensywną reakcję lękową, która następnie stopniowo słabnie wobec braku oczekiwanych negatywnych konsekwencji.

Technika ekspozycji może być stosowana w różnych wariantach [18]. W wariacie najbardziej „klasycznym” jednostka jest konfrontowana z rzeczywistymi, realnymi obiektami lub sytuacjami, które wywołują lęk. Jednak taka procedura nie zawsze może być zastosowana. Przede wszystkim nie może być stosowana wówczas, gdy lęk dotyczy sytuacji niemożliwych do odtworzenia *in vivo*, jak to ma miejsce w przypadku lęku przed zranieniem czy przed śmiercią. Może się również zdarzyć, że klient odmawia konfrontacji z pewnymi bodźcami, które wzbudzają lęk o znacznym natężeniu. W takiej sytuacji można zastosować drugi wariant ekspozycji, w którym konfrontacja z bodźcami i sytuacjami wywołującymi lęk odbywa się w wyobraźni.

Terapie ekspozycyjne są przeważnie stosowane w sposób stopniowany. Terapeuta wraz z klientem sporządzają listę sytuacji budzących lęk, szeregując je pod względem siły oddziaływania. Następnie klient konfrontowany jest z bodźcami kolejno, zaczynając od tych o mniejszej sile oddziaływania, a kończąc na tych, które znajdują się na szczycie hierarchii. W terapii może być również wykorzystywany inny wariant, który polega na wielokrotnej i długotrwałej ekspozycji na działanie bodźca wywołującego bardzo intensywny lęk. Ta metoda nazywana jest zatapieniem.

Wybór typu procedury ekspozycyjnej jest podyktowany psychologicznymi charakterystykami zaburzenia, w którego terapii ma być zastosowana. W przypadku pacjentów somatyzujących, którzy doświadczają lęku w związku z doznaniem somatycznymi, stosowana jest specyficzna metoda ekspozycji, tzw. ekspozycja interoceptywna [4-6, 19]. Metoda ta polega na stopniowanym konfrontowaniu jednostki z budzącymi lęk doznaniem cielesnymi (np. dławieniem, zawrotami głowy, palpatacjami serca). W celu wywołania takich doznań stosuje się odpowiednio dobrane ćwiczenia (np. bieg w miejscu, intensywne oddechy, powolne przełykanie). W przypadku większości osób somatyzujących taka metoda jest skuteczna, jednak w niektórych przypadkach, gdy źródłem niepokoju są symptomy niemożliwe do wywołania w warunkach terapii (np. zmiany w obrębie skóry), zasadne jest zastosowanie techniki wyobraźniowej.

Wprowadzenie procedury ekspozycji powinno być poprzedzone pewnymi działaniami. Przede wszystkim konieczne jest upewnienie się, czy osoba, która ma być poddana tym oddziaływaniom, rozumie ich cel i przebieg. W przypadku ekspozycji interoceptywnej należy również sprawdzić, czy nie ma medycznych przeciwwskazań do stosowania konkretnych ćwiczeń (np. astma jest przeciwwskazaniem dla hiperwentylacji). Kolejny krok polega na identyfikacji bodźców wewnętrznych (somaticznych) i zewnętrznych (sytuacyjnych), które w danym jednostkowym przypadku wywołują reakcję lękową, oraz charakterystycznych zachowań, które pozwalają uniknąć pobudzenia fizjologicznego. Zdobyte

w tej fazie informacje umożliwiają przygotowanie szczegółowego planu procedury ekspozycyjnej i opracowanie hierarchicznej listy zdarzeń wywołujących lęk o coraz większym nasileniu. Informacje te mogą być uzyskiwane w różny sposób. Przede wszystkim dostarcza ich sama osoba zainteresowana udziałem w terapii. Mogą pochodzić również z obserwacji i/lub być uzyskiwane od osób bliskich, które mają możliwość obserwowania zachowania klienta w różnych sytuacjach. Przy planowaniu ekspozycji interoceptywnej można poprosić klienta o wykonanie kilku krótkich ćwiczeń, by zidentyfikować te, które najlepiej odtwarzają objawy wywołujące lęk. Wyniki badań prowadzonych w grupach pacjentów z zespołem paniki wykazały, że najintensywniejsze doznania są wyzwalane podczas takich ćwiczeń, jak obracanie się wokół własnej osi, hiperwentylacja, oddychanie przez słomkę. Wykonywanie ich przez pewien czas wywołuje poczucie duszenia się i zawroty głowy, co wiąże się z doświadczeniem intensywnego lęku [20]. Ponieważ większość ćwiczeń wywołuje więcej niż jeden objaw, listę ćwiczeń proponowanych klientowi w trakcie terapii wystarczy ograniczyć do kilku.

Po ustaleniu listy objawów wywołujących lęk i zaplanowaniu odpowiednich ćwiczeń, które mogą je prowokować, można przystąpić do zasadniczej części procedury ekspozycyjnej. W przypadku, gdy klient ma opory z zaangażowaniem się w ćwiczenie, terapeuta może zaprezentować właściwy sposób jego wykonania. Może również, po zademonstrowaniu pożądanego zachowania, pomagać klientowi w naśladowaniu tego zachowania. W takim wypadku procedura ekspozycyjna zostaje wzbogacona o tzw. modelowanie uczestniczące.

Abramowitz, Deacon i Whiteside analizują dwa sposoby prowadzenia procedury ekspozycyjnej. Pierwszy z nich polega na kilkukrotnym powtarzaniu tego samego ćwiczenia w krótkich próbach. W przerwach między próbami klient jest zachęcany do zrelaksowania się, tak aby pobudzenie spadło do poziomu podstawowego. Drugi sposób zakłada, że ćwiczenie jest wykonywane w sposób ciągły, z krótkimi przerwami zaplanowanymi w stałych odstępach czasowych po to, by zmierzyć poziom doświadczanego lęku. Autorzy postulują stosowanie techniki drugiej, w której ekspozycja na bodziec jest przedłużona, ponieważ stwarza ona lepsze warunki do uczenia się, że bodziec, nawet gdy jest długotrwały, nie powoduje negatywnych skutków. Przyjmuje się, że ekspozycja powinna być stosowana konsekwentnie do momentu, w którym reakcja lękowa na bodziec zostanie wyeliminowana lub radykalnie ograniczona. Dlatego ważnym elementem procedury jest stałe monitorowanie i pomiar zmian zachodzących podczas ekspozycji [3].

Ekspozycja interoceptywna jest zwykle stosowana przed ekspozycją na zewnętrzne bodźce sytuacyjne i ekspozycją wyobraźniową. Skuteczne wygaszenie lęku przed somatycznymi doznaniem zwiększa motywację pacjenta do zaangażowania się w inne formy tej terapii i ułatwia osiągnięcie pozytywnych efektów.

Należy pamiętać, że procedura ekspozycyjna skutecznie osłabia uwarunkowaną reakcję lękową, jednak jej nie eliminuje. Podczas ekspozycji jednostka uczy się nowego sposobu reagowania na bodźce, ale wyuczona pierwotnie reakcja nadal jest dostępną i może odnowić się w warunkach

podobnych do tych, w których była nabywana. Istnieją pewne wskazówki, których wykorzystanie w pracy z klientem pozwala ograniczyć ten efekt, np.:

- 1) kontynuowanie ekspozycji również wtedy, gdy reakcja lękowa przestaje się pojawiać,
- 2) stosowanie serii sesji ekspozycyjnych rozdzielonych krótkimi przerwami,
- 3) stosowanie podczas ekspozycji zestawu różnych bodźców wywołujących lęk,
- 4) przeprowadzanie ekspozycji w różnych środowiskach i kontekstach [21, 22].

Podsumowanie

Osoby zgłaszające nieuzasadnione skargi zdrowotne i przeżyające niepokój w związku z własnym zdrowiem są często spotykane w gabinetach lekarskich i, zdecydowanie rzadziej, w gabinetach psychoterapeutów. Pomimo pewnego rozpowszechnienia opisywanego problemu odczuwa się wyraźny niedostatek literatury i badań, które dostarczałyby informacji na temat oddziaływań terapeutycznych skutecznych w pracy z takimi osobami. Wydaje się, że interwencje wykorzystujące behawioralną metodę ekspozycji interoceptywnej mogą okazać się skutecznym sposobem radzenia sobie z problemem lęku wyzwalanego przez somatyczne doznania. Zanim jednak pacjent somatyzujący trafi do specjalisty zajmującego się problemami zdrowia psychicznego, korzysta z porad lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzy innych specjalności. Dlatego istotne jest, by szerokie grono osób uczestniczących w procesie diagnozowania i leczenia pacjenta somatyzującego rozumiało przyczyny charakterystycznych dla niego zachowań i mechanizmy, które te zachowania podtrzymują. Wiedza ta może ułatwić planowanie postępowania z pacjentem w taki sposób, który nie będzie potęgował przedstawionych powyżej, motywowanych lękiem zachowań. Na podstawie zgromadzonej dotychczas wiedzy można sformułować kilka podstawowych zaleceń, które mogą być przydatne w pracy z pacjentem. Przede wszystkim sugeruje się, by: 1) spotykać się z pacjentem regularnie, 2) zawsze przeprowadzać krótkie badanie fizykalne, lecz wystrzegać się zlecenia dodatkowych zbędnych testów i analiz, 3) unikać lekceważących komentarzy dotyczących zgłaszanych przez pacjenta obaw, 4) dążyć do podtrzymywania każdej formy aktywności pacjenta [23]. Ze względu na specyfikę omawianego problemu, współpraca lekarzy i psychoterapeutów wydaje się być koniecznym warunkiem skutecznej terapii.

Konflikt interesu/Conflict of interest

Nie występuje/None declared.

Finansowanie/Financial support

Nie występuje/None declared.

Etyka/Ethics

Treści przedstawione w artykule są zgodne z zasadami Deklaracji Helsińskiej, dyrektywami EU oraz ujednoliconymi wymaganiami dla czasopism biomedycznych/The work described in this article has been carried out in accordance with The Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki) for experiments involving humans; EU Directive 2010/63/EU for animal experiments; Uniform Requirements for manuscripts submitted to Biomedical journals.

REFERENCES / PIŚMIENNICTWO

- [1] Lautenbacher S, Rollman GB. Somatization, hypochondriasis, and related conditions. In: Block AR, Kremer EF, Fernandez E, editors. *Handbook of pain syndromes: biopsychosocial perspectives*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1999. p. 613–632.
- [2] Chambless DL, Ollendick TH. Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual review of Psychology* 2001;52:685–716.
- [3] Abramowitz JS, Deacon BJ, Whiteside SP. *Exposure therapy for anxiety: principles and practice*. Guilford Press; 2012.
- [4] Walker JR, Furer P. Interoceptive exposure in the treatment of health anxiety and hypochondriasis. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2008;22:366–378.
- [5] Weck F, Ritter V, Stangier U. Variants of exposure in body dysmorphic disorder and hypochondriasis. In: Neudeck P, Wittchen HU, editors. *Exposure Therapy*. New York: Springer; 2012. p. 217–244.
- [6] Taylor S, Asmundson GJ. *Treating health anxiety: a cognitive-behavioral approach*. Guilford Press; 2004.
- [7] Lin EH, Katon W, Von Korff M, Bush T, Lipscomb P, Russo J, et al. Frustrating patients: physician and patient perspectives among distressed high users of medical services. *Journal of General Internal Medicine* 1991; 6:241–246.
- [8] Fink P. Surgery and medical treatment in persistent somatizing patients. *Journal of Psychosomatic Research* 1992;36:439–447.
- [9] Fink P. The use of hospitalizations by persistent somatizing patients. *Psychological Medicine* 1992;22:173–180.
- [10] Tomenson B, McBeth J, Chew-Graham CA, MacFarlane G, Davies I, Jackson J, et al. Somatization and health anxiety as predictors of health care use. *Psychosomatic Medicine* 2012;74:656–664.
- [11] Eastin MS, Guinsler NM. Worried and wired: effects of health anxiety on information-seeking and health care utilization behaviors. *Cyberpsychology & Behavior* 2006;9:494–498.
- [12] Muse K, McManus F, Leung C, Meghreblian B, Williams JMG. Cyberchondriasis: fact or fiction? A preliminary examination of the relationship between health anxiety and searching for health information on the Internet. *Journal of Anxiety Disorders* 2012; 26:189–196.
- [13] Bąbel P, Suchowierska M, Ostaszewski P. *Analiza zachowania od A do Z*. GWP: Gdańsk; 2010.
- [14] Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K, Senior J, Moore M. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and

- prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ* 2004;328(7437):444.
- [15] Ring A, Dowrick C, Humphris G, Salmon P. Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative study. *BMJ* 2004;328:1057.
- [16] Craig TKJ, Cox AD, Klein K. Intergenerational transmission of somatization behaviour: a study of chronic somatizers and their children. *Psychological Medicine* 2002;32:805-816.
- [17] Livingston R, Witt A, Smith GR. Families who somatize. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 1995;16:42-46.
- [18] Rosqvist J. *Exposure treatments for anxiety disorders: a practitioner's guide to concepts, methods, and evidence-based practice*. Routledge; 2012.
- [19] Gerlach AL, Neudeck P. Interoceptive Exposure. In: Neudeck P, Wittchen HU, editors. *Exposure Therapy*. New York: Springer; 2012. p. 183-196.
- [20] Antony MM, Ledley DR, Liss A, Winson RP. Responses to symptom induction exercises in panic disorder. *Behavior Research and Therapy* 2006;44:85-98.
- [21] Bounton ME. Context, ambiguity, and unlearning: sources of relapse after behavioural extinction. *Biological Psychiatry* 2002;52:967-986.
- [22] Boschen MJ, Neumann DL, Waters AM. Relapse of successfully treated anxiety and fear: theoretical issues and recommendations for clinical practice. *Australasian Psychiatry* 2009;43:89-100.
- [23] Woolfolk R, Allen L. *Treating somatization: a cognitive-behavioural approach*. New York: Guilford Press; 2007.