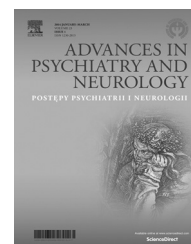


Dostępne online [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

ScienceDirect

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/pin](http://www.elsevier.com/locate/pin)

## Praca poglądowa/Review

## Problemy terapii behawioralnej, część I/Problems of behavioral therapy, part I

## Terapia behawioralna zaburzeń lękowych



## Behavioral therapy for anxiety disorders

Przemysław Bąbel<sup>1,\*</sup>, Anna M. Ziółkowska<sup>2</sup><sup>1</sup>Uniwersytet Jagielloński, Instytut Psychologii, Kraków, Polska<sup>2</sup>Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wydział Zamiejscowy w Poznaniu, Instytut Psychologii, Poznań, Polska

## INFORMACJE O ARTYKULE

Historia artykułu:

Otrzymano: 11.02.2014

Zaakceptowano: 04.04.2014

Dostępne online: 13.04.2014

Słowa kluczowe:

- modelowanie uczestniczące
- systematyczne odwrócenie
- terapia implozywna
- zaburzenia lękowe
- zatapianie

Keywords:

- Anxiety disorders
- Flooding
- Implosive therapy
- Participant modeling
- Systematic desensitization

## A B S T R A C T

**Objectives:** The aim of this paper is to discuss empirically supported techniques of behavioral therapy for anxiety disorders, to identify the mechanisms underlying the therapeutic effects of them, and to propose a classification of these techniques. **Review:** The article presents the characteristics of the behavior therapy and behavioral perspective of the causes of behavior that underlies the behavior therapy. It was shown that many behaviors, including anxiety reactions, are the effects of one of the basic learning processes: operant conditioning, classical conditioning and observational learning. Presented were the techniques of the behavioral therapy for anxiety disorders that are derived from these learning processes: implosive therapy, flooding, systematic desensitization, participant modeling, reinforcement and extinction. The laws of learning that constitute the mechanism of the effects of these techniques were pointed out. The classification of the techniques of the behavioral therapy for anxiety disorders was proposed. It was based on various kinds of learning from which they are derived and the laws of learning that constitute the mechanism of their effects. Reviewed were the results of the experimental studies comparing the effectiveness of the techniques of the behavioral therapy for anxiety disorders. **Conclusions:** The techniques of the behavioral therapy are among the most effective methods of treatment for anxiety disorders, and negative beliefs about them among therapists pose a barrier to their use in clinical practice.

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

Terapia behawioralna jest jedną z najskuteczniejszych form psychoterapii. Świadczy o tym choćby fakt, że na liście 18 skutecznych i 7 prawdopodobnie skutecznych terapii, opublikowanej przez Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne [1], aż 13 to terapie behawioralne! Poczesne miejsce wśród

nich zajmują techniki terapii zaburzeń lękowych. Celem artykułu jest prezentacja i propozycja klasyfikacji technik terapii behawioralnej zaburzeń lękowych o empirycznie potwierdzonej skuteczności oraz wskazanie mechanizmów ich działania. Znajomość tych mechanizmów, wywodzących

\* Adres do korespondencji: Uniwersytet Jagielloński, Instytut Psychologii, al. Mickiewicza 3, 31-921 Kraków, Polska.

Adres email: [przemyslaw.babel@uj.edu.pl](mailto:przemyslaw.babel@uj.edu.pl) (P. Bąbel).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pin.2014.04.001>

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

się z podstawowych procesów uczenia się, jest kluczem do zrozumienia źródeł skuteczności opartych na nich technik, a przede wszystkim do ich prawidłowego stosowania.

## Terapia behawioralna

W terapii behawioralnej zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania traktowane są jako zbiór określonych zachowań, czyli wzorce zachowań. Innymi słowy, z perspektywy terapii behawioralnej poszczególne objawy zaburzenia to zachowania, które układają się w pewien wzorec. Celem terapii behawioralnej jest 1) redukcja zachowań niepożądanych, nieadaptacyjnych, czyli wspomnianych objawów zaburzeń, 2) rozwijanie zachowań pożądaných, adaptacyjnych oraz – co niezwykle istotne – 3) generalizacja i utrzymanie efektów terapii po jej zakończeniu [2].

Terapia behawioralna wywodzi się z behawiorystycznego nurtu w psychologii, który współcześnie określan jest mianem analizy zachowania. Analiza zachowania jest nauką o zachowaniu oraz o zmiennych środowiskowych, które na nie wpływają. Z kolei stosowana analiza zachowania, która jest działem analizy zachowania, zajmuje się tworzeniem procedur służących kształtowaniu i modyfikowaniu istotnych społecznie zachowań oraz eksperymentalnym weryfikowaniem ich skuteczności [3, 4]. Choć znajduje ona zastosowanie w wielu obszarach, to najczęściej wykorzystywana jest w terapii różnego rodzaju zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, w szczególności całościowych zaburzeń rozwojowych oraz zaburzeń lękowych [5, 6]. Dlatego często stosowana analiza zachowania traktowana jest jako synonim terapii behawioralnej. W literaturze anglojęzycznej przeważa jednak traktowanie terapii behawioralnej i stosowanej analizy zachowania jako dwóch komponentów szerszego pojęcia „modyfikacja zachowania” [4]. W takim ujęciu terapia behawioralna to podejście terapeutyczne oparte na warunkowaniu klasycznym, a stosowana analiza zachowania ma za podstawę warunkowanie sprawcze. W polskiej literaturze najczęściej wykorzystuje się jednak pojęcie „terapia behawioralna” na określenie ogółu technik terapeutycznych wykorzystujących podstawowe procesy uczenia się, czyli warunkowanie klasyczne, warunkowanie sprawcze i uczenie się przez obserwację. W takim też rozumieniu pojęcie „terapia behawioralna” jest używane w niniejszym artykule.

## Przyczyny zachowania

Z perspektywy analizy zachowania przyczyny większości zachowań (za wyjątkiem tych zdeterminowanych genetycznie) tkwią w środowisku. Zarówno zachowania pożądanę, jak i niepożądane (w tym składające się na określone zaburzenie) są więc wyczone; powstają w wyniku jednego z trzech podstawowych procesów uczenia się: warunkowania klasycznego, warunkowania sprawczego oraz uczenia się przez obserwację.

W warunkowaniu sprawczym przyczyną zachowań są ich konsekwencje środowiskowe, które dzieli się na wzmocnienia i kary [4, 5]. Wzmocnienia to takie konsekwencje zachowania, które prowadzą do wzrostu prawdopodobieństwa

jego wystąpienia w przyszłości, podczas gdy kary prowadzą do spadku częstotliwości zachowania w przyszłości. Wzmocnienia mogą być pozytywne, gdy zachowanie skutkuje pojawieniem się w środowisku bodźca pożądanego (np. osoba przejawiająca reakcje lękowe uzyskuje wzmoczone zainteresowanie ze strony bliskich osób), lub negatywne, gdy zachowanie powoduje ustanie działania bodźca awersyjnego, czyli kary, lub zapobiega jego pojawieniu się (np. osoba cierpiąca na lęk społeczny zostaje zwolniona z obowiązku wystąpienia publicznego). Podobnie kary dzielimy na pozytywne, jeśli zachowanie skutkuje pojawieniem się bodźca awersyjnego (np. osoba, która przeżyła napad paniki, spotyka się z negatywnymi komentarzami ze strony otoczenia), oraz negatywne, jeśli w rezultacie zachowania ustaje działanie bodźca pożądanego, czyli wzmocnienia, lub bodziec pożądaný nie pojawia się wcale (np. przejawianie zachowań lękowych skutkuje zwolnieniem z pracy lub nieuzyskaniem awansu).

Zachowanie i jego konsekwencje występują zawsze w określonych warunkach środowiskowych, które określa się mianem bodźców kontrolujących lub poprzedzających [4, 5]. Bodźce te nie są wprawdzie przyczyną zachowań, jak błędnie się niekiedy twierdzi, ale zmieniają prawdopodobieństwo pojawienia się zachowania. Bodźce kontrolujące dzielą się na różnicujące, w których obecności zachowanie jest wzmacniane (np. obecność bliskich osób jest bodźcem różnicującym dla zachowania lękowego wzmacnianego przez zainteresowanie z ich strony), oraz wygaszeniowe, które zapowiadają, że wzmocnienie nie wystąpi (np. puste pomieszczenie jest bodźcem wygaszeniowym dla zachowań lękowych wzmacnianych przez zainteresowanie ze strony innych osób). Bodźce kontrolujące, zachowanie oraz jego konsekwencje stanowią trójelementową zależność, jaka powstaje w toku warunkowania sprawczego [4, 5].

Z perspektywy warunkowania klasycznego i uczenia się przez obserwację przyczyny zachowania mają wprawdzie także charakter środowiskowy, ale są gdzie indziej umiejscowione. W warunkowaniu klasycznym początkowo obojętny bodziec (np. winda), w wyniku ustanowienia zależności z bodźcem bezwarunkowym (np. zepsuciem się windy w trakcie jazdy), wywołującym określoną reakcję bezwarunkową (np. lęk), także nabiera zdolności do wywoływania reakcji (np. lęku). Staje się wtedy bodźcem warunkowym, a wywoływana przez niego reakcja zwana jest reakcją warunkową [4, 5]. O ile w przypadku warunkowania sprawczego zachowanie jest utrzymywane przez konsekwencje środowiskowe, które po nim następowały w przeszłości w określonych warunkach, o tyle w warunkowaniu klasycznym reakcja jest wywoływana przez bodziec, który ją poprzedza. Należy jednak podkreślić, że w wielu sytuacjach warunkowanie sprawcze może przyczynić się do utrwalenia zachowań lękowych powstałych w drodze warunkowania klasycznego. Zachowania lękowe prowadzą bowiem do unikania lub ucieczki od bodźca wywołującego lęk, a zatem są wzmacniane negatywnie [7-9]. Na przykład, chociaż lęk przez podróżowaniem windą mógł zostać wytworzony w wyniku zacięcia się windy i wielogodzinnego uwięzienia w niej (bodziec bezwarunkowy) podczas uprzedniej jazdy windą (bodziec obojętny, który stał się warunkowym), to rezygnowanie z jazdy windą (zachowanie lękowe) prowadzi do zmniejszenia lub uniknięcia lęku, a więc jest wzmacniane negatywnie.

Z kolei z perspektywy uczenia się przez obserwację przyczyną zachowania jest obserwowanie zachowań innych osób [4, 5]. Osoba obserwująca zachowanie modelu (np. osoby przejawiającej reakcje lękowe na widok pająka), naśladuje je, niekoniecznie bezpośrednio po obserwacji i nie zawsze w dokładnie tej samej formie.

Reasumując, z perspektywy analizy zachowania przyczyną zachowania tkwią w środowisku: w konsekwencjach zachowania (warunkowanie sprawcze), w bodźcach poprzedzających zachowanie (warunkowanie klasyczne) czy wreszcie w zachowaniu innych osób (uczenie się przez obserwację). Efektem takiego ujmowania przyczyn zachowania stało się nie tylko wyjaśnienie przyczyn zachowań, składających się na określone zaburzenie, ale przede wszystkim opracowanie technik kształtowania i modyfikacji zachowania, które opierają się na manipulacji tymi przyczynami.

### Techniki terapii behawioralnej zaburzeń lękowych

Zaburzenia lękowe powstają najczęściej w efekcie warunkowania klasycznego [7-9]. Już w 1920 roku twórca behawioryzmu John B. Watson i Rosalie Rayner opublikowali rezultaty eksperymentu, w którym dowiedli, że w wyniku warunkowania klasycznego można wytworzyć reakcje lękowe. Badacze nauczyli 11-miesięcznego Alberta B. lękać się białego szczura, królika, psa, futrzanego płaszczka, waty, siwych włosów Watsona, a nawet maski Świętego Mikołaja. Choć początkowo dziecko nie bało się żadnego z tych obiektów, to w wyniku kojarzenia widoku białego szczura z hałasem, wywołującym lęk, badacze doprowadzili do tego, że dziecko zaczęło reagować panicznym lękiem zarówno w stosunku do zwierzęcia, jak i przypominających je obiektów [10]. Wprawdzie wspólnie kwestionuje się niektóre przedstawione przez autorów informacje na temat przebiegu tego eksperymentu, ale jego wyniki zostały potwierdzone w kolejnych badaniach [11].

Warunkowanie klasyczne jest też podstawą technik terapii behawioralnej lęków. W 1924 roku Mary Cover Jones opublikowała wyniki eksperymentu, przeprowadzonego pod kierunkiem Watsona, w którym wyeliminowała reakcję lęku u niespełna trzyletniego chłopca o imieniu Piotruś [12]. Chłopiec, podobnie jak mały Albert, bał się białego szczura, królika, futrzanego płaszczka i dywanika, kapelusza z piórami, waty itp., lecz jego lęki powstały w sposób naturalny. Cover Jones wyeliminowała lęk u dziecka, wykorzystując przede wszystkim warunkowanie klasyczne, ale i uczenie się przez obserwację. Było to pierwsze w historii zastosowanie terapii behawioralnej.

Współcześnie większość technik terapii behawioralnej zaburzeń lękowych opiera się na warunkowaniu klasycznym. Wykorzystują one jeden z dwóch mechanizmów: wygaszanie oraz przeciwwarunkowanie. W warunkowaniu klasycznym wygaszanie polega na zaprzestaniu pojawiania się bodźca bezwarunkowego po bodźcu warunkowym [4, 5]. Ponieważ lęk stanowi reakcję warunkową na bodziec warunkowy, to wygaszanie polega na wystawieniu klienta na działanie bodźca lękotwórczego (warunkowego) do momentu, w którym siła reakcji lękowej, wobec niepojawienia się bodźca bezwarunkowego, zostanie zredukowana. Na przykład, lęk przed jazdą windą może zostać wygaszony poprzez

konieczność wielokrotnego lub długotrwałego z niej korzystania, o ile w tym czasie nie wystąpi bodziec bezwarunkowy, np. zacięcie się windy. Do technik wykorzystujących wygaszanie należą terapia implozywna i zatapianie.

W terapii implozywnej klient wielokrotnie wyobraża sobie bodziec lub sytuację wywołującą lęk, zaczynając od bodźców najmniej lękotwórczych, stopniowo przechodząc do tych o największej sile. Technika ta została opracowana w latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku przez amerykańskiego psychologa Thomasa Stampfla, który z założenia traktował ją jako metodę leczenia zaburzeń lękowych oraz innych negatywnych reakcji emocjonalnych [13]. Według autora, objawy nerwicowe powstają na drodze warunkowania lęku oraz reakcji unikania. Początkowo lęk wywołany jest przez jakies awersyjne bodźce, a następnie przez różne bodźce warunkowe, w tym te o charakterze wewnętrznym, jak myśli i wyobrażenia, które stają się równie silnymi sygnałami wywołującymi lęk, jak bodźce i zdarzenia występujące w środowisku [14]. Terapia implozywna polega na zachęcaniu pacjenta do wyobrażania sobie z możliwie maksymalną wyrazistością sytuacji lękowych i przeżywania wszystkich związanych z nimi uczuć. Przywołanie myśli i obrazów, których klient dotąd unikał, ma doprowadzić zarówno do przekonania się o ich irracjonalnej naturze, jak i wygaśnięcia warunkowego bodźca lękowego [15]. Efekt terapeutyczny uzyskiwany jest przez utrzymywanie lęku klienta na jak najwyższym poziomie, co jest osiągnięte przez podsuwanie klientowi na myśl coraz bardziej niepokojących scen zgodnie z ustaloną wcześniej sekwencją. Terapeuta rozpoczyna proces od najniższych pozycji w hierarchii bodźców lękotwórczych, pracując nad nimi do momentu osłabienia lęku, a następnie przechodzi do kolejnych. Sesje terapeutyczne trwają od trzydziestu do sześćdziesięciu minut i prowadzone są w taki sposób, aby zakończenie wypadło w momencie osłabienia lęku. Po kilku sesjach zachęca się klienta, aby wyobrażał sobie sytuacje lękotwórcze samodzielnie aż do momentu całkowitej redukcji lęku. Skuteczność terapii implozywnej została potwierdzona w badaniach eksperymentalnych [16-18].

Zatapianie polega z kolei na wielokrotnym wystawieniu klienta na działanie rzeczywistego bodźca lub sytuacji lękotwórczej. Termin „zatapianie” w kontekście terapeutycznym pojawił się w 1959 roku [19], jednak pomysły wygaszania reakcji lękowych za pomocą konfrontacji z sytuacją lękotwórczą były zgłaszane już wcześniej [20]. Typowa procedura zatapiania polega na szybkiej ekspozycji bodźca o największej sile lękotwórczej, przy całkowitym uniemożliwieniu klientowi ucieczki lub uniknięcia działania tego bodźca [21-23]. Zatapianie powoduje zmianę stosunku klienta do warunkowego bodźca wywołującego lęk na skutek przekonania się, że bezpośredni kontakt z tym bodźcem nie stwarza niebezpieczeństwa. Następuje wówczas korzystna dla klienta konfrontacja z rzeczywistością, która okazuje się znacznie mniej zagrażająca [14]. Technika zatapiania bywa wykorzystywana na co najmniej dwa sposoby: 1) poprzez wystawienie klienta na działanie najsilniejszego bodźca lękotwórczego lub 2) poprzez stopniowe konfrontowanie klienta z bodźcami, począwszy od tych wywołujących najsłabszy lęk aż do najbardziej przerażających. Pierwszy wariant terapii jest określany mianem zatapiania, drugi stopniowego zatapiania [23]. Tak rozumiane stopniowe zatapianie jest więc techniką

analogiczną do terapii implozywnej, ale – w odróżnieniu od tej ostatniej – konfrontacja z lękiem nie odbywa się w wyobraźni klienta, lecz w realnej sytuacji lękotwórczej.

Drugim mechanizmem warunkowania klasycznego, wykorzystywanym w terapii behawioralnej lęków jest przeciwwarunkowanie. Polega ono na kojarzeniu bodźca warunkowego z bodźcem wywołującym reakcję niezgodną z reakcją warunkową, w rezultacie czego bodziec warunkowy zaczyna wywoływać nową, niezgodną z pierwotną, reakcję warunkową [4, 5]. Na przykład, w eksperymencie Cover Jones [12] widok królika (bodziec warunkowy) wywołującego lęk (reakcja warunkowa) kojarzony był z lubianym przez Piotrusia jedzeniem (bodziec bezwarunkowy). Kiedy Piotrus dostawał jedzenie, które lubił, np. cukierki, eksperymentatorka przynosiła królika w drucianej klatce i zbliżała go do dziecka tak blisko, jak tylko mogła bez wywołania reakcji, które mogłyby przeszkodzić w jedzeniu. W ten sposób sprawiła, że chłopiec przestał się bać gryzonia, ponieważ jego widok zaczął kojarzyć mu się z czymś przyjemnym.

Mechanizm przeciwwarunkowania wykorzystywany jest w technice terapii lęków i fobii, zwanej systematycznym odwracaniem. Pomysłodawcą tej techniki terapeutycznej był Joseph Wolpe [9], który przedstawił szereg reakcji przeciwstawnych w stosunku do lęku oraz wyjaśnił mechanizm przeciwwarunkowania, wprowadzając pojęcie „wzajemnego hamowania”. Autor zwrócił uwagę, że w przypadku działania dwóch antagonistycznych popędów, na przykład strachu i głodu, ten, który okaże się silniejszy, hamuje działanie słabszego. Oznacza to, że wprowadzenie do sytuacji poddawania klienta działaniu bodźca lękotwórczego drugiego bodźca, wywołującego pozytywne emocje, wyhamuje lęk, pod warunkiem, że siła bodźca pozytywnego będzie większa od siły lęku. Spośród wielu różnych bodźców i reakcji uważanych za przeciwstawne względem lęku najczęściej stosuje się relaksację mięśniową, która skutecznie współzawodniczy z odczuwaniem lęku [24]. W technice systematycznego odwracania ustala się hierarchiczną listę bodźców lub sytuacji wywołujących lęk (bodziec warunkowy), a następnie klient, znajdując się w stanie głębokiej relaksacji (nowa, niezgodna z lękiem reakcja), wyobraża sobie bodźce lub sytuacje z listy, poczynając od najmniej lękotwórczych, stopniowo przechodząc do tych, które wywołują coraz większy lęk. „Odwracanie” dotyczy tego, co się dzieje z klientem – staje się on coraz mniej wrażliwy na bodźce wywołujące u niego strach. „Systematyczne” odnosi się do sposobu postępowania terapeuty, który rozpoczyna pracę od najmniej lękotwórczych bodźców i, dopiero kiedy przestaną one wywoływać strach, przechodzi do kolejnych, przy czym bodźce te są obecne jedynie w wyobraźni klienta. Ważnym elementem techniki jest to, że wyobrażenia lękotwórcze są wywoływane w stanie wyciszenia emocjonalnego, osiąganego dzięki głębokiemu rozluźnieniu mięśni. Istota systematycznego odwracania polega na tym, że zrelaksowany klient kilkakrotnie wyobraża sobie coś, co wzbudza w nim lekki niepokój. Każde kolejne wyobrażenie powoduje, że poziom odczuwanego strachu maleje. Po osiągnięciu całkowitej redukcji lęku przechodzi się do kolejnego wyobrażenia dotyczącego czegoś, co wywołuje silniejszy strach. Procedura jest kontynuowana do momentu, kiedy wyobrażenia wywołujące najsilniejszy strach staną się dla klienta neutralne emocjonalnie [24]. Technika ta okazuje

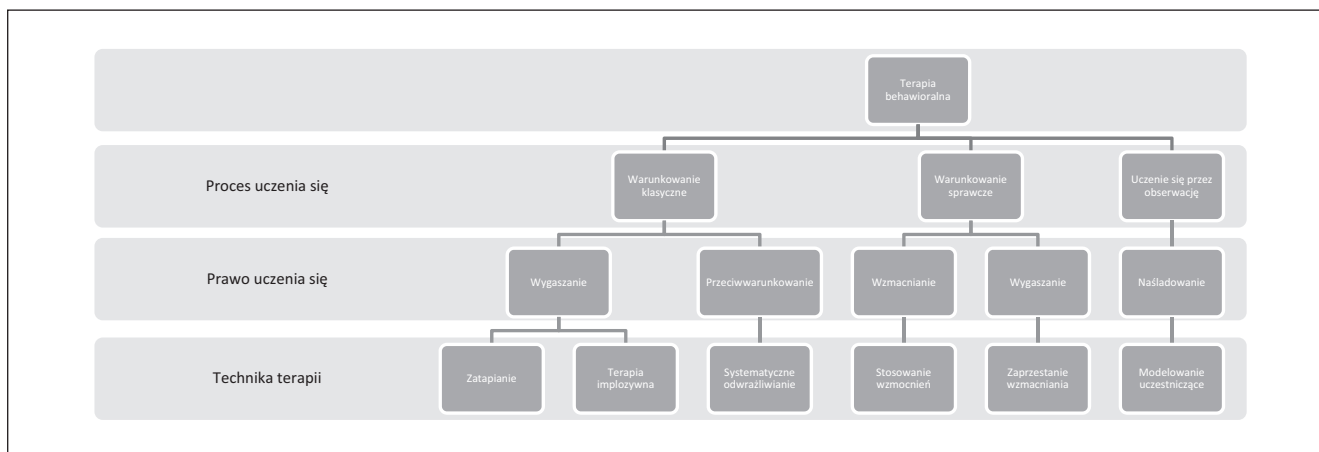
się szczególnie skuteczna w leczeniu fobii [25] oraz innych zaburzeń o charakterze lękowym [26].

Systematyczne odwracanie przypomina terapię implozywną, ponieważ w jednym i drugim przypadku zachęca się klienta do wyobrażania sobie sytuacji wywołujących lęk. Jednak podstawowa różnica między tymi dwoma technikami terapeutycznymi polega na tym, że w systematycznym odwracaniu dąży się do zahamowania lęku, na skutek działania reakcji antagonistycznej związanej z relaksacją, z kolei w terapii implozywnej wymaga się maksymalnego przeżywania strachu, aby umożliwić jego wygaśnięcie [14].

Techniki terapii behawioralnej wykorzystujące warunkowanie klasyczne należą do grupy terapii określanych mianem terapii ekspozycyjnych, gdyż w ich trakcie klient wystawiany jest na kontakt z bodźcem lub sytuacją lękotwórczą [4]. Na przykład, klient odczuwający lęk przed pająkami wyobraża sobie, że znajduje się w pobliżu terrarium z pająkami lub rzeczywiście wybiera się obejrzeć terrarium z pająkami. Terapie ekspozycyjnie dzieli się na ekspozycje wyobrazeniowe, w których kontakt z bodźcem lub sytuacją lękotwórczą ma miejsce w wyobraźni klienta (np. systematyczne odwracanie, terapia implozywna) i terapie *in vivo* (np. zatapiać, w których praca nad problemem klienta odbywa się w miejscu, gdzie problem ten rzeczywiście występuje (np. terapia klienta cierpiącego na lęk przed lataniem odbywa się na pokładzie samolotu) [4]. Ekspozycje wyobrazeniowe mogą odbywać się także w rzeczywistości wirtualnej [27, 28].

W terapii zaburzeń lękowych stosuje się także specyficzną formę modelowania, wykorzystującą mechanizm naśladowania zachodzący w procesie uczenia się przez obserwację, tj. modelowanie uczestniczące. W technice tej terapeuta prezentuje pożądane zachowanie (np. zbliżanie się do obiektu fobii), a w kolejnym etapie pomaga klientowi wykonać modelowane zachowanie [29]. Podobnie jak w przypadku systematycznego odwracania i terapii implozywnej ważne jest, aby klient obserwował modela, który stopniowo podejmuje coraz dłuższe i bardziej złożone interakcje z obiektem lęku. Wzbudzenie zbyt wysokiego poziomu lęku u obserwatora, widzącego modela w najbardziej lękotwórczych sytuacjach na początku terapii, uniemożliwia wygaszenie reakcji lękowej u klienta [30]. Na podstawie badań eksperymentalnych ustalono, że obserwacja modela w naturalnych warunkach jest bardziej skuteczna niż oglądanie filmu [30]. Ponadto, jeśli klient nie jest w stanie opanować lęku przez samą obserwację, to zachęca się go do naśladowania zachowań modela, począwszy od tych, które wywołują najmniejszy strach i stopniowo przechodząc do coraz bardziej zagrażających. Ilustracją dla takiej sytuacji jest opis terapii chłopca, który bał się psów. Początkowo tylko obserwował zachowanie modela bawiącego się z psem, a następnie był zachęcany do zbliżania się do zwierzęcia i włączenia do zabawy kierowanej przez modela [14]. W takich przypadkach łączy się terapię wykorzystującą modelowanie z technikami ekspozycyjnymi.

Wymienione techniki terapeutyczne należą do najczęściej wykorzystywanych technik terapii behawioralnej zaburzeń lękowych. Jednak coraz częściej stosuje się je w połączeniu z technikami opartymi na warunkowaniu sprawczym. Zauważono bowiem, że zaburzenia lękowe mogą być utrzymywane przez dwa rodzaje czynników: 1) reakcje unikania,



**Ryc. 1 – Klasyfikacja technik terapii behawioralnej zaburzeń lękowych według procesów uczenia się, z których się wywodzą (poziom pierwszy) oraz według praw uczenia się, które stanowią mechanizm ich działania (poziom drugi)**

**Fig. 1 – The classification of the techniques of the behavioral therapy for anxiety disorders based on the kinds of learning from which they are derived (first level) and the laws of learning that constitute the mechanism of their effects (second level)**

motywowane silnym strachem przed obiektem lęku oraz 2) reakcje unikania podtrzymywane przez różne dodatkowe wzmocnienia, takie jak uwaga i troska otoczenia, zwalnianie z obowiązków itp. [31]. W takiej sytuacji ograniczenie się do zmniejszenia poziomu lęku przed daną sytuacją nie przyniesie oczekiwanych rezultatów, ponieważ klient może nadal jej unikać w celu uzyskania określonej korzyści (wzmocnienia). Program interwencji terapeutycznej jest w takim przypadku rozszerzany o procedury wzmocnienia pożądanym zachowań i wygaszania, czyli zaprzestania wzmocnienia niepożądanych zachowań związanych z sytuacją wywołującą strach [32, 33]. W przypadku fobii szkolnej łączy się wzmocnianie kolejnych zachowań, które mogą doprowadzić do obecności ucznia w szkole z systematycznym odwracaniem, mającym na celu osłabienie lęku wywołwanego przez sytuację szkolną [31].

Omówione powyżej techniki terapii behawioralnej zaburzeń lękowych można uporządkować ogólnie według procesów uczenia się, z których się wywodzą (warunkowanie klasyczne, warunkowanie sprawcze i uczenie się przez obserwację), a bardziej szczegółowo – według praw uczenia się, które stanowią mechanizm ich działania. Na rycinie 1 przedstawiono propozycję klasyfikacji technik terapii behawioralnej zaburzeń lękowych na podstawie powyższych kryteriów, opartą na klasyfikacji technik terapii behawioralnej zaburzeń rozwoju [2].

### Skuteczność technik terapii behawioralnej zaburzeń lękowych

Badania eksperymentalne dotyczące skuteczności omówionych technik terapii behawioralnej zaburzeń lękowych nastawione są najczęściej na ich porównania z innymi rodzajami terapii [34]. Znacznie mniej uwagi poświęcono analizom porównawczym skuteczności poszczególnych technik behawioralnych. W jednym z takich badań porównywano skuteczność

technik wykorzystujących wygaszanie z technikami opartymi na przeciwwarunkowaniu [35]. W badaniu tym wzięło udział 70 osób. W pierwszej fazie eksperymentu osoby badane zostały poddane procedurze warunkowania negatywnej reakcji emocjonalnej. Bódcami warunkowymi były fotografie twarzy. Funkcję bodźca bezwarunkowego pełnił nieprzyjemny biały szum. Następnie część badanych została poddana procesowi wygaszania wyuczonej negatywnej reakcji emocjonalnej. Wobec pozostałych uczestników eksperymentu zastosowano procedurę przeciwwarunkowania, wykorzystując nagranie śmiechu dziecka jako pozytywnego bodźca bezwarunkowego. Na podstawie wyników stwierdzono, że proces wygaszania skutecznie redukuje lęk wywołwany przez bodziec warunkowy, jednak niekoniecznie wpływa na zmianę stosunku emocjonalnego do tego bodźca. Oznacza to, że bodziec ten przestaje wywoływać lęk, ale wciąż jest odbierany negatywnie. Procedura przeciwwarunkowania okazała się natomiast skuteczna również w zmianie stosunku do bodźca warunkowego, który nie tylko przestał wywoływać lęk, ale stał się bodźcem pozytywnym [35].

W badaniach eksperymentalnych dotyczących technik terapeutycznych opartych na wygaszaniu reakcji lękowych koncentrowano się przede wszystkim na porównaniu skuteczności technik ekspozycyjnych wyobrazeniowych (terapia implozywna) z technikami ekspozycyjnymi *in vivo* (zatapia- nie), wskazując na przewagę tych ostatnich [36]. Jednak, jak zauważa Moulds i Nixon [23], niewiele uwagi poświęcono analizie samych technik ekspozycyjnych *in vivo*. Na przykład, w badaniach dotyczących skuteczności techniki stopniowego zatapia- nia manipulowano stopniem interwencji na poszczególnych poziomach bodźców lękotwórczych w grupie 28 osób cierpiących na agorafobię. Przejście na kolejny poziom w hierarchii bodźców wywołujących lęk następowało po subiektywnej ocenie obniżenia poziomu lęku na skali 8-punktowej albo o 2 punkty (wariant szybki), albo o 4 punkty (wariant powolny). Pacjenci poddawani szybkiemu wariantowi terapii uzyskali takie same efekty terapeutyczne w krótszym czasie

oraz biorąc udział w mniejszej liczbie sesji terapeutycznych niż pacjenci z grupy wariantu powolnego, a efekty terapii po 6 miesiącach od jej zakończenia były również porównywalne w obydwu grupach [37]. Wyniki te dostarczają podstaw do podkreślenia wartości szybkich interwencji ekspozycyjnych. Można by oczekiwać, że w kolejnych badaniach koncentrowano się na analizie skuteczności innych krótkoterminowych technik terapeutycznych, jak na przykład zatapiania. Jednak takich badań jest niewiele. Brakuje również badań, w których porównywanoby skuteczność dwóch wymienionych odmian zatapiania [23].

Niewielkie zainteresowanie badaczy technikami ekspozycyjnymi jest prawdopodobnie konsekwencją ograniczonego wykorzystywania tych technik w praktyce terapeutycznej. Zdaniem Deacona i wsp. [38], barierą przed rozpowszechnieniem technik ekspozycyjnych w terapii zaburzeń lękowych stanowią uprzedzenia terapeutów względem tego rodzaju interwencji. Badacze ci skonstruowali skalę do badania przekonań terapeutów na temat ekspozycji w terapii. Ustaliли, że obserwowana w środowisku terapeutycznym niechęć do stosowania technik ekspozycyjnych jest związana z cechami demograficznymi terapeuty, negatywnymi doświadczeniami związanymi z oglądaniem sesji terapii ekspozycyjnych oraz ostrożnością przed wykorzystywaniem techniki względem klienta cierpiącego na zaburzenia obsesyjno-kompulsywne. Warto zwrócić uwagę, że skuteczność technik ekspozycyjnych względem osób cierpiących na tego typu zaburzenia została potwierdzona empirycznie i okazała się wyższa w porównaniu z terapią farmakologiczną [39]. Do najważniejszych cech demograficznych terapeuty związanych z negatywnym stosunkiem do technik ekspozycyjnych zaliczono: starszy wiek, płeć żeńską i wykształcenie poniżej stopnia doktora. Z kolei negatywne doświadczenia terapeutów związane z oglądaniem sesji terapii ekspozycyjnych obejmowały: dyskomfort związany z koniecznością obserwowania klienta w stresujących warunkach, obawa przed skrzywdzeniem klienta i pogorszeniem relacji terapeutycznej. Autorzy skali stwierdzili jednak również, że udział terapeutów w szkoleniach dotyczących stosowania technik ekspozycyjnych znacząco zmienia ich przekonania, zwiększając częstotliwość wykorzystywania tych technik w praktyce terapeutycznej. Oznacza to, że niechęć, a tym samym stosunkowo niewielka skala wykorzystywania technik ekspozycyjnych przez terapeutów jest wynikiem braku wystarczającej wiedzy i umiejętności ich stosowania. Włączenie warsztatów poświęconych technikom terapii behawioralnej zaburzeń lękowych do programów szkoleń psychoterapeutycznych mogłoby znacząco zwiększyć popularność ich stosowania w praktyce.

---

### Wkład autorów/Authors' contributions

Według kolejności.

---

### Konflikt interesu/Conflict of interest

Nie występuje.

---

### Finansowanie/Financial support

Nie występuje.

---

### Etyka/Ethics

Treści przedstawione w artykule są zgodne z zasadami Deklaracji Helsińskiej, dyrektywami EU oraz ujednoliconymi wymaganiami dla czasopism biomedycznych.

---

### P I Ś M I E N N I C T W O / R E F E R E N C E S

- [1] Chambless DL. Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures: a report adopted by the Division 12 Board-October 1993. Źródło: <http://www.apa.org/divisions/div12/est/chamble2.pdf>.
- [2] Bąbel P. Terapia behawioralna zaburzeń rozwoju z perspektywy analizy zachowania. *Psychol Rozw* 2011;16: 27-38.
- [3] Bąbel P, Ostaszewski P. Wprowadzenie do psychologii behawioralnej. W: Bąbel P, Ostaszewski P, reds. *Współczesna psychologia behawioralna. Wybrane zagadnienia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008. p. 7-21.
- [4] Bąbel P, Suchowierska M, Ostaszewski P. *Analiza zachowania od A do Z*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2010.
- [5] Suchowierska M, Ostaszewski P, Bąbel P. *Terapia behawioralna dzieci z autyzmem. Teoria, badania i praktyka stosowanej analizy zachowania*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2012.
- [6] Suchowierska M. *Stosowana analiza zachowania - wykorzystanie technik behawioralnych do rozwiązywania problemów społecznych*. W: Bąbel P, Ostaszewski P, reds. *Współczesna psychologia behawioralnej. Wybrane zagadnienia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008. p. 239-260.
- [7] Eysenck HJ. *The dynamics of anxiety and hysteria. An experimental application of modern learning theory to psychiatry*. Oxford: Praeger; 1957.
- [8] Mowrer OH. A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychol Rev* 1939;46:553-565.
- [9] Wolpe J. *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Palo Alto: Stanford University Press; 1958.
- [10] Watson JB, Rayner R. Conditioned emotional reactions. *J Exp Psychol* 1920;3:1-14.
- [11] Bąbel P, Bajcar A, Ziółkowska AM. Nabywanie reakcji emocjonalnych: rekonstrukcja i rewizja eksperymentu z udziałem Małego Alberta. *Psychol Rozw* 2013;18:9-19.
- [12] Jones MC. A laboratory study of fear: the case of Peter. *Pedagog Semin* 1924;31:308-315.
- [13] Stampfl TG, Levis DJ. *Essentials of implosive therapy: a learning-theory-based psychodynamic behavioral therapy*. *J. Abnorm Psychol* 1967;72:496-503.
- [14] Meyer V, Chesser ES. *Terapia behawioralna w psychiatrii klinicznej*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1973.
- [15] Troester JD. Experiences with implosive therapy. *Clin Soc Work J* 2006;34:349-360.
- [16] Levis DJ, Carrera R. Effects of ten hours of implosive therapy in the treatment of outpatients: a preliminary report. *J Abnorm Psychol* 1967;72:504-508.

- [17] Levis DJ. Decoding traumatic memory: implusive theory of psychopathology. W: O'Donohue WT, Krasner L, eds. *Theories in behavior therapy: exploring behavior change*. Washington: American Psychological Association; 1995. p. 173-207.
- [18] Pantalon MV, Motta RW. Effectiveness of anxiety management training in the treatment of posttraumatic stress disorder: a preliminary report. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1998;29:21-29.
- [19] Polin AT. The effects of flooding and physical suppression as extinction techniques on an anxiety motivated avoidance locomotor response. *J Psychol* 1959;47:235-245.
- [20] Morganstern KP. Implusive therapy and flooding procedures: a critical review. *Psychol Bull* 1973;79:318-334.
- [21] Houlihan D, Schwartz C, Miltenberger R, Heuton D. The rapid treatment of a young man's balloon (noise) phobia using in vivo flooding. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1993;24:233-240.
- [22] Marshall WL. The effects of variable exposure in flooding therapy. *Behav Ther* 1985;16:117-135.
- [23] Moulds ML, Nixon RDV. In vivo flooding for anxiety disorders: proposing its utility in the treatment posttraumatic stress disorder. *J Anxiety Disord* 2006;20:498-509.
- [24] Wolpe J, Wolpe D. *Wolni od lęku. Lęki i ich terapia*. Kraków: WiR Partner; 1999.
- [25] Fischer J. Systematic desensitization: an effective technique for clinical practice. *Child Welfare* 1973;52:493-502.
- [26] Tabor MA. The effectiveness of systematic desensitization, in vivo desensitization, and modeling in reducing dental anxiety in patients with mental retardation. *ProQuest Information & Learning* 2003.
- [27] Oprış D, Pintea S, García-Palacios A, Botella C, Szamosközi Ş, David D. Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: a quantitative meta-analysis. *Depress Anxiety* 2012;29:85-93.
- [28] Meyerbröker K, Emmelkamp PMG. Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: a systematic review of process-and-outcome studies. *Depress Anxiety* 2010;27:933-944.
- [29] Rachman S. Clinical applications of observational learning, imitation and modeling. *Behav Ther* 1972;3:379-397.
- [30] Bandura A. Modelling approaches to the modification of phobic disorders. *Int Psychiatry Clin* 1969;6:201-223.
- [31] Lazarus AA, Davison GC, Polefka DA. Classical and operant factors in the treatment of a school phobia. *J Abnorm Psychol* 1965;70:225-229.
- [32] Rapp JT, Vollmer TR, Hovanetz AN. Evaluation and treatment of swimming pool avoidance exhibited by an adolescent girl with autism. *Behav Ther* 2005;36:101-105.
- [33] Hagopian LP, Crockett JL, Keeney KM. Multicomponent treatment for blood-injury-injection phobia in a young man with mental retardation. *Res Dev Disabil* 2001;22:141-149.
- [34] Ollendick TH, King NJ. Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders: current status. *J Clin Child Psychol* 1998;27:156-167.
- [35] Raes AK, De Raedt R. The effect of counterconditioning on evaluative responses and harm expectancy in a fear conditioning paradigm. *Behav Ther* 2012;43:757-767.
- [36] Mathews AM, Johnston DW, Lancashire M, Munby M, Shaw PM, Gelder MG. Imaginal flooding and exposure to real phobic situations: treatment outcome with agoraphobic patients. *Br J Psychiatry* 1976;129:361-371.
- [37] Yuksel S, Marks I, Ramm E, Ghosh A. Slow versus rapid exposure in vivo of phobics. *Behav Cogn Psychother* 1984;12:249-256.
- [38] Deacon BJ, Farrell NR, Kemp JJ, Dixon LJ, Sy JT, Zhang AR, et al. Assessing therapist reservations about exposure therapy for anxiety disorders: the Therapist Beliefs about Exposure Scale. *J Anxiety Disord* 2013;27:772-780.
- [39] Foa EB, Liebowitz MR, Kozak MJ, Davies S, Campeas R, Franklin ME, et al. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2005;162:151-161.