

ABORDĂRI PSIHOTERAPEUTICE ÎN TULBURAREA ANXIOASĂ – ATACUL DE PANICĂ

GEORGETA PEDA

Psychotherapeutic approaches in anxious disorder – panic attack. The author of this paper aims to summarize the conceptual frame of the analysed field and two complex case studies in the domain of clinic psychology and anxiety. The paper is structured in two sections: one theoretical, which supports the anxiety's understanding, and one practical with two relevant case studies. There are mentioned current theories of fear and anxiety which define the two concepts and clarify their origin and mechanisms of manifestation. In the practical section, the author describes the methodology and identifies the stimulating factors of the fear and anxiety. The case studies follow the psychotherapeutic route by a holistic, medical, and psychological approach. The psychotherapeutic demarche is designed in order to ameliorate the symptoms presented by the clients. Concerning the applicative this study allows shaping some psychological interventions in order to ameliorate the anxiety and to prevent the anxiety disorder.

Key words: anxiety, fear, psychotherapy, case studies

1. Cadru conceptual

Anxietatea este trăită frecvent ca sentiment al unui pericol neprecizat. Ea se manifestă prin hipervigilență, încordare, neliniște, tensiune de așteptare investigativă nedirecționată și nesiguranță. Anxietatea poate fi condiționată de informații insuficiente, de lipsa de repere, de faptul că individul este incapabil de a face față unor solicitări majore ale vieții, de neputința lui de a controla situațiile (Lăzărescu, 2012). Pe de altă parte, frica este definită ca o emoție negativă în relație cu un stimul sau cu o situație obiectivă.

În timp ce frica avertizează individul asupra unui pericol extern, anxietatea atenționează asupra unui pericol intern (Romilă, 2004). În termenii fenomenelor psihopatologice, anxietatea se referă la tulburările anxioase iar frica se referă în mod explicit la fobie. Frica este considerată dintotdeauna ca fiind o reacție normală a organismului față de pericole, motivându-se că, în lipsa ei, specia umană ar fi dispărut de mult timp. Frica îndeamnă la prudență în abordarea situațiilor neclare și protejează individul de condițiile vitrege ale mediului.

În plus, ca o măsură de precauție suplimentară față de vicisitudinile ambiantei, creierul nostru funcționează în așa fel încât tinde să considere o situație ambiguă mai degrabă ca fiind un pericol, până la proba contrarie (Clinical Research Unit for Anxiety and Depression, 2012).

Anxietatea, la rândul ei, s-ar explica, în opinia majorității psihanalizatorilor, prin frustrările libidinale și interdicțiile morale dictate de Supraeu, care obligă Eul

să lupte împotriva anumitor tendințe instinctuale, sub amenințarea apariției sentimentelor de culpabilitate (Rudică, 2012). Spre deosebire de frică, declanșată de un pericol real sau perceput, anxietatea este văzută ca un semnal al prezenței pericolului în inconștient. Drept răspuns la anxietate, Eul mobilizează diverse mecanisme de apărare, tocmai pentru a preveni pătrunderea în sfera conștiinței a unor gânduri și sentimente inacceptabile (Tănăsescu, 2009). Dacă anxietatea (numită și „de semnal”) nu reușește să activeze resursele defensive ale Eului, atunci apar simptome nevrotice intense, persistente, ca de exemplu reacțiile specific anxioase. Potrivit altor autori, principala sursă a anxietății adultului o constituie traversarea precară a stărilor de criză specifice fiecărui stadiu de dezvoltare. Spaimele nerealiste provoacă deseori sentimente copleșitoare de anxietate atunci când nu se manifestă un pericol în jur sau când pericolul este mult prea mic pentru a le justifica (Ellis, 2009).

Filosofii existențialiști leagă anxietatea de sentimentul existenței unui pericol iminent, pe care omul nu-l poate înlătura. Tocmai din acest pericol perceput ar deriva acea stare de neliniște accentuată, de așteptare, în care persoana are impresia că urmează să i se întâmple ceva rău. Senzația subiectivă de anxietate se poate întinde de la o așteptare nespecifică și difuză până la panică, manifestată prin atacuri de panică (Rudică, 2012). Echivalentă atacului de panică poate fi considerată spaima intensă cauzată de pericolele reale.

Atacul de panică, ca manifestare psihopatologică, este o tulburare care survine brusc. O „criză” de panică apare fără un motiv aparent, comprehensiv. Din punct de vedere subiectiv, persoana în cauză trăiește sentimentul morții iminente sau este încercată de alte fenomene biologice neplăcute (hiperventilație, hiperhidroză, apnee etc.). Cu alte cuvinte, persoana resimte sindromul de panică ca pe un mare pericol, cu manifestări vegetative puternice (Romilă, 2004). În plus, atacurile de panică nu sunt declanșate de situațiile în care persoana se află în centrul atenției altora, așa cum se întâmplă, de pildă, în fobia socială. Elementul esențial al tulburării este acest aspect neașteptat, deși atacurile de panică survin atunci când persoana se teme să nu aibă un atac de panică, dar are incertitudini în legătură cu momentul când poate surveni – sau dacă va surveni – atacul respectiv. Până și trăirea imaginată a atacului de panică poate induce o anxietate de așteptare în ceea ce privește apariția unui nou atac (Lăzărescu et al., 2012).

Atacurile de panică încep cu debutul brusc al unei frici sau terori intense, peste limita de suportabilitate a individului. Ele se asociază cu senzația de moarte iminentă. În timpul atacurilor de panică există mai mult de patru simptome mentale și fizice asociate, potrivit DSM IV, și anume senzația de sufocare/dificultăți de respirație, transpirație și greață, teama de a înnebuni sau de a-și pierde controlul, senzația de irealitate sau disociere vizavi de sine (depersonalizare, pierderea contactului cu realitatea). Potrivit unor statistici recente, aproximativ 5% din populație va avea atacuri de panică în timpul vieții (Dryden-Edwards, 2012).

În marea majoritate a cazurilor, persoana care a suferit un atac de panică a prezentat și unele simptome de agorafobie. De altfel, conform DSM IV, tulburările anxioase coexistă adeseori cu tulburarea de panică (acreditată recent cu statut

psihiatric propriu, constând din repetarea atacurilor de panică), precum și cu tulburarea depresivă. În studiile care au inclus pacienți psihiatrici, agorafobia a fost identificată la 30-40% din pacienții cu tulburare de panică. Prin agorafobie se înțelege frica unei persoane de a se afla în locuri sau situații din care scăparea poate fi dificilă sau jenantă ori în locuri din care nu se poate apela la un ajutor în momentul în care ar apărea un atac de panică. Ca urmare a acestei frici, persoana își reduce deplasările, evită situațiile care ar putea declanșa un atac de panică sau caută un însoțitor. În cadrul agorafobiei se manifestă adeseori fobii sociale, spațiale, precum și elemente ale fobiei de separare. Forma cea mai simplă a agorafobiei este teama puternică privind deplasarea în afara casei, chiar în spații nepopulate. Puternic anxiogene pentru individul care suferă de această tulburare sunt și: zonele suprapopulate, deplasarea cu mijloacele de transport în comun (mai ales dacă sunt aglomerate), deplasarea departe de locurile familiare. Totuși, deplasarea cu automobilul în prezența persoanelor familiare nu ridică probleme (Lăzărescu, 2012). Agorafobia este descrisă, totodată, ca „neplăcere de a străbate spații deschise” sau ca frică de aglomerația din metrou (Romilă, 2004). Numeroasele studii efectuate în acest domeniu au evidențiat, după cum am arătat anterior, asocierea frecventă a atacurilor de panică cu agorafobia.

În ceea ce privește tratamentul medicamentos administrat în cadrul tulburărilor anxioase, acesta poate reprezenta un adjuvant eficient al psihoterapiei. Drogurile care reduc anxietatea sunt denumite anxiolitice. Barbituricele, utilizate frecvent în secolul al XIX-lea și la începutul secolului XX, au fost înlocuite, în 1950, cu alte două clase de substanțe: propranololul și benzodiazepina. Există mai multe tipuri de substanțe farmacologice, ca de exemplu, antidepressivele triciclice, benzodiazepinele, beta-blocante, inhibitori ai monoaminooxidazei și inhibitori ai recaptării serotoninei, care se utilizează cu succes în reducerea tulburărilor anxioase.

Triciclicele și benzodiazepinele au rate mari de succes. Unele studii sugerează că antidepressivele (imipramina) sunt mult mai eficiente atunci când în tabloul clinic regăsim dispoziția depresivă (Opre, 2012).

2. Metodologia cercetării

Din punct de vedere teoretic, conceptual, prezenta cercetare și-a propus relevarea teoriilor asupra tulburărilor anxioase, prezentate în capitolul anterior și elaborarea unor protocoale terapeutice complexe, vizând abordarea de către psiholog a cazurilor de tulburare anxioasă, cu integrarea în aceste protocoale a investigațiilor medicale de profil, respectiv examenul somatic și cel psihiatric.

Din punct de vedere practic, obiectivele cercetării au vizat: găsirea unor modalități de reducere a anxietății pacienților investigați; exersarea unor strategii de dezvoltare a abilităților de rezolvare a problemelor; deprinderea unui stil de comunicare asertiv, capabil să determine la pacienți, în timp, dezvoltarea unor strategii de coping adecvate situațiilor anxiogene.

Ca ipoteză a cercetării, am anticipat că utilizarea unor tehnici de psihoterapie cognitiv-comportamentală poate fi benefică în terapia anxietății.

Am utilizat următoarele probe:

- A) Scala de anxietate Hamilton, un instrument care evaluează severitatea simptomelor de anxietate. Este o scală de evaluare a cărei completare se efectuează pe baza unui interviu semistructurat cu pacientul. Conține 15 itemi, dezvoltati de Hamilton în 1959. Autorul respectiv a selecționat o serie de simptome asociate cu anxietatea și le-a grupat în 15 clase. Analiza factorială a scalei a arătat că itemii cuprinși în aceasta descriu un factor general de anxietate și doi subfactori specifici, unul privind cogniția și altul referitor la simptomele somatice;
- B) Scala de melancolie Beck este un alt instrument specific, care cuprinde 11 itemi completați de evaluator, pe baza unui interviu cu pacientul. Se consideră că această scală reprezintă o extensie a scalei Hamilton, oferind alte informații relevante despre manifestarea și intensitatea tulburărilor anxioase.

3. Rezultate

Rezultatele cercetării sunt evidențiate prin două studii de caz relevante, care vor fi prezentate succint în continuare. Din cele două cazuri se observă că tratamentul psihologic, asociat cu cel medicamentos, oferă rezultate notabile în tratamentul tulburărilor anxioase și depresive. Importanța cooptării psihologului, alături de psihiatru, în echipa terapeutică este astfel demonstrată.

Cazul 1. Gen feminin. Vârsta: 35 de ani. Status marital: divorțată. Status ocupațional: profesoară de română.

Istoric. În luna mai 2011, pacienta a prezentat, în casă, o stare de anxietate, manifestată în principal prin palpitații, tahicardie, amețeli. Simptomele au avut o intensitate crescută, pacienta descriind senzația de disconfort fizic puternic și convingerea că ar putea muri din cauza a ceea ce i se întâmplă. Simptomele invocate de pacientă s-au repetat de două ori, la un interval de o săptămână. Ultima lor manifestare a avut loc în cursul nopții, ceea ce a speriat-o și mai tare pe pacientă, determinând-o să cheme salvarea. Drept urmare, în cadrul asistenței medicale de urgență i s-a recomandat o consultație de specialitate și i s-a administrat xanax de 0,25 mg. Ulterior, simptomele au reapărut de mai multe ori în decurs de două luni, în contexte variabile. Pacienta s-a adresat medicului psihiatru, care a pus diagnosticul de „atacuri de panică” și i-a recomandat tratament cu zolof/1 tb. pe zi și xanax 0,25 mg/2 tb. pe zi.

Investigații. S-a procedat la un *examen somatic* (pacienta era sănătoasă clinic, dar prezenta obezitate de gradul II), la un *examen psihiatric* (care a relevat o tendință spre izolare socială) și un *examen psihologic*.

Vom insista, în continuare, asupra *rezultatelor psihodiagnozei* și asupra tratamentului psihologic al tulburărilor. Astfel, la proba de melancolie Beck, pacienta a obținut un scor de 15, ceea ce a relevat o depresie medie iar la proba de

anxietate Hamilton a prezentat un scor de 28 la anxietate globală, ceea ce corespunde unei anxietăți de valoare medie (subscala psihică și somatică – mediu).

În *tratamentul psihoterapeutic* am utilizat următoarele tehnici: tehnica respirației controlate, utilizarea jurnalelor pentru notarea gândurilor negative și a convingerilor disfuncționale, desensibilizarea sistematică (în imaginație și în vivo), tehnica hiperventilației, tehnici verbale de modificare a gândurilor negative, tehnica relaxării și tehnici de antrenament asertiv.

După terapie, pacienta a obținut la proba de anxietate Hamilton un scor de 12 la anxietate globală, ceea ce corespunde unei valori scăzute (subscala psihică - 5 și somatică - 7) iar la proba de melancolie Beck a obținut, la reevaluare, scorul 8, ceea ce indică o depresie ușoară.

Cazul 2. Gen masculin. Vârsta: 20 de ani. Status marital: necăsătorit. Status ocupațional: student.

Istoric. Subiectul a raportat, în 2012, cu trei luni înaintea consultului psihiatric și psihologic, stări de greață, amorțeli ale membrelor, senzație de leșin, stare de agitație, dureri de cap. Toate aceste simptome au apărut brusc, în timp ce pacientul se pregătea să plece la cursuri. Ulterior, simptomele au reapărut la interval de câteva zile, cu dureri de cap, amețeli, paretezii și senzație de leșin. Subiectul s-a prezentat la medicul de familie, care a decis să-l îndrume către un consult psihiatric de specialitate. Medicul psihiatru a pus diagnosticul de atac de panică și a recomandat tratament cu xanax, 0,5 mg./2tb. pe zi și psihoterapie.

Investigații. S-a procedat la un *examen somatic* (care nu a evidențiat nicio patologie), unul *neurologic* (rezultatele investigațiilor specifice au fost în limite normale), unul *psihiatric* (au fost evidențiate interacțiunile sociale limitate ale tânărului) și un *examen psihologic*.

Rezultatele psihodiagnozei. La scala de melancolie Beck subiectul a obținut un scor de 14 puncte, ceea ce denotă o depresie medie iar la scala de anxietate Hamilton a obținut un indice global de anxietate de 22 de puncte, ceea ce corespunde unui nivel mediu de anxietate (subscala psihică și somatică – mediu).

În *tratament* am utilizat următoarele tehnici:

1. Proceduri de intervenție la nivel cognitiv;
2. Procedura rezolvării de probleme și a antrenamentului asertiv;
3. Proceduri de intervenție la nivel comportamental;
4. Proceduri de intervenție la nivel biologic;
5. Proceduri eclecticice – tehnica jocului de rol și metafora terapeutică.

După terapie, pacientul a obținut la proba de anxietate Hamilton un scor de 11 la anxietate globală, ceea ce corespunde unei valori scăzute (subscala psihică - 6 și somatică – 5) iar la proba de melancolie Beck a obținut la reevaluare scorul 6, ceea ce denotă o depresie ușoară.

4. Concluzii și implicații practice

Prezenta cercetare se încadrează în contextul teoretic și metodologic al domeniului tulburărilor anxioase, înfățișând două studii de caz relevante, la care se asociază rezultatele investigațiilor clinice la care au fost supuși pacienții, pentru o reflectare cât mai clară a simptomatologiei de sorginte psihiatrică aferente celor două cazuri.

Montajul psihoterapeutic realizat și multitudinea informațiilor medicale și psihologice recoltate despre pacienți au permis proiectarea protocoalelor terapeutice riguroase în cele două cazuri și adaptarea/structurarea convorbirii cu aceștia în vederea țintirii psihoterapeutice atât a simptomelor anxietății, cât mai ales a cauzelor acestei tulburări.

În urma demersului psihoterapeutic, pacienții și-au îmbunătățit stima de sine și au dobândit tehnici de comunicare asertivă. În schimb, în ciuda diminuării ritmului atacurilor de panică, în cazul ambilor pacienți se menține un anumit grad de intensitate a anxietății, ceea ce reclamă desfășurarea mai multor ședințe de psihoterapie, cu continuarea restructurării cognitive și a mecanismelor de coping adecvate diverselor situații percepute ca anxiogene.

Bibliografie

- APA, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, Fourth Edition Text Revision, 2000.
- Clinical Research Unit for Anxiety and Depression, *Understanding and managing anxiety*, http://www.psychology.org.au/publications/tip_sheets/anxiety/ consultat la data de 3 martie 2012
- Dryden-Edwards, R., *Anxiety*, http://www.emedicinehealth.com/anxiety/article_em.htmv, consultat la data de 5 martie 2012.
- Ellis, A., (2009). *Cum să vă controlați anxietatea*. București: Editura Meteor Press, p. 30.
- Lăzărescu, M., Bărnănescu, R., (2011). *Psihopatologie descriptivă: semne și sindroame în tulburările mentale*. Iași: Polirom, p. 108, 115.
- Opre, A. (2012). *Inconștientul cognitiv: modele teoretice, suport experimental și aplicații*. Iași: Polirom, p. 188-191.
- Romilă, A. (2004). *Psihiatrie* (ediția a 2-a revizuită). București: Asociația Psihiatrilor Liberi din România, p. 164, 219, 391-395.
- Rudică, T. (2012). *Maturizarea personalității*. Iași: Polirom, p. 177, 178.