

Fobia wiatru (ankraofobia) – jako szczególna postać fobii specyficznej. Opis przypadku*

Wind phobia (ancarophobia) – as an example of simple phobia. The case report.

Joanna Pawlak, Joanna Gazda, Janusz Rybakowski

Klinika Psychiatrii Dorosłych UM w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Rybakowski

Summary

The subject of the paper is the presentation of simple phobias, with particular attention to those connected with natural environment, their classification according to ICD-10 and DSM-IV systems, current views on aetiology and pathogenesis of phobic fear, as well as treatment methods. Among pathogenic factors of simple phobia, genetic predisposition, harmful environmental factors in early childhood and intrapsychic conflicts have been considered. In the paper, the results of neuroimaging studies in phobic patients were also presented as well as evolutionary aspects leading to persisting predisposition to phobic traits in the population. Epidemiologic studies point to a marked prevalence of simple phobias. Psychotherapy is regarded a basic treatment method for simple phobias: in-vivo exposure and cognitive-behavioral therapy have been proved effective. The case report of a hospitalized patient with wind phobia (ancarophobia) supplements the theoretical part. Clinical observation allowed for a detailed identification of symptoms of the disorder and selection of pharmacological treatment complementary to psychotherapy. A substantial improvement has been obtained in the patient described after combination treatment with psychoanalytic therapy and paroxetine, 20 mg per day.

Słowa kluczowe: fobia wiatru (ankraofobia), patogeneza, opis przypadku

Key words: wind phobia (ancarophobia), pathogenesis, case report

Pozycja nozologiczna fobii specyficznych

Potężne zjawiska przyrodnicze, takie jak silne wiatry czy burze, odgrywają istotną rolę w życiu codziennym, systemach wierzeń, a także w sferze przeżyć psychicznych człowieka, m.in. w zaburzeniach o charakterze fobii. Znajduje to odzwierciedlenie w medycynie ludowej i klinicznej [1, 2, 3]. Klasyfikacja amerykańska DSM-IV umieszcza zaburzenia o charakterze fobii wśród zaburzeń lękowych (anxiety disorders), do których zaliczane są także: ostra reakcja na stres, uogólnione zaburzenia lękowe, zespół

* Praca nie była sponsorowana

stresu pourazowego, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, lęk społeczny i lęk paniczny. Międzynarodowa klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10 grupuje zaburzenia lękowe w dziale zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną (F40-F48). Zaburzenia lękowe w postaci fobii obejmują agorafobię, fobie społeczne oraz specyficzne postacie fobii. Wśród fobii specyficznych wyróżnia się fobie zwierząt (najczęściej arachnofobia), fobie związane z elementami środowiska naturalnego (m.in. akrofobia – lęk przed przebywaniem na wysokości, brontofobia – przed burzą, antlofobia – przed powodzią), fobie typu krew-iniekcja-rana (hematofobia), fobie sytuacyjne i inne. Do grupy związanej z czynnikami środowiska naturalnego zaliczamy rozmaite postaci lęku przed powietrzem: aerofobię – lęk przed powietrzem, przeciągiem, ruchem w powietrzu; frigofobię – lęk przed zimnym powietrzem i przemarzeniem; ankraofobię – lęk przed silnymi wiatrami, oraz psychrofobię – lęk przed przeciągami lub w ogóle przed zimnem. Światowa Organizacja Zdrowia przyjęła definicję fobii specyficznej jako fobii dotyczącej takich wysoce specyficznych sytuacji, jak: bliskość zwierząt, przebywanie na wysokości, grzmoty, ciemność, latanie, przebywanie w zamkniętej przestrzeni (klaustrofobia), oddawanie moczu lub stolca w toaletach publicznych, jedzenie pewnych potraw, zabiegi dentystyczne, widok krwi lub innych skutków urazu. Ekspozycja na nie wywołuje panikę taką, jak w agorafobii czy fobii społecznej [4].

Epidemiologia i patogeneza fobii specyficznych

Fobie specyficzne zaliczane są do zaburzeń lękowych. W odniesieniu do fobii specyficznych ryzyko zachorowania w okresie rocznym i w ciągu całego życia (w populacji amerykańskiej) określa się na: odpowiednio 7,1 % i 9,4 %. Czynnikiem ryzyka zachorowania są płeć żeńska, młody wiek oraz niskie dochody finansowe. Początek schorzenia przypada przeciętnie na 9–10 rok życia, a jego czas trwania wynosi ponad 20 lat [5]. Wg danych europejskich ryzyko wystąpienia zaburzeń lękowych w ciągu życia wynosi 10,3%, wśród nich natomiast najczęściej występują fobie specyficzne [6]. Na podstawie badań osób dorosłych w Korei Południowej określono ryzyko wystąpienia specyficznych fobii w ciągu życia i w ciągu jednego roku na: odpowiednio 5,2% i 4,2% [7].

Lęk fobijny jest specyficznym rodzajem lęku. Konflikt w nim zawarty podlega rozszczepieniu na obszar treści i obszar emocji. W przypadku lęków fobijnych pierwotna treść, która jest połączona z emocją, treść konfliktowa, ulega kilkustopniowym zabiegom neurotycznym. Przede wszystkim nieświadomy konflikt wewnętrzny jest eksternalizowany, czyli wyrzucany z obszaru wewnętrznego w obszar zewnętrzny. Następnie jakaś sytuacja zewnętrzna staje się ilustracją tego konfliktu – dzieje się tak poprzez użycie symbolizacji. W tym momencie powstaje symptom, który polega na tym, że wytworzona symbolicznie nowa sytuacja będzie unikana. Tak jak człowiek wewnętrznie unika konfrontacji z zakazaną treścią, tendencją, tak samo będzie unikał sytuacji, która tę tendencję symbolizuje. Sytuacja sama w sobie neutralna będzie nabierać specyfiki symbolizacji.

Obecnie przyjmuje się pogląd, iż w powstaniu fobii istotną rolę odgrywają czynniki genetyczne i środowiskowe [8]. Czynniki genetyczne [9,10] warunkują powstanie predyspozycji biologicznej i osobowościowej. Nakładają się na nią oddziaływania środowiskowe we wczesnym okresie życia osobniczego.

Badania obrazowe dostarczają kolejnych danych o biologicznym podłożu fobii specyficznych. W badaniu dotyczącym arachnofobii, posługując się techniką fMRI, stwierdzono wzmożoną aktywację ciała migdałowatego, wyspy, przedniej części zakrętu obręczy i grzbietowo-przyśrodkowego obszaru kory przedczołowej po stronie lewej w odpowiedzi na bodziec wywołujący lęk fobiczny [11]. Wyniki innego badania wykazały zwiększoną aktywację asocjacyjnej kory wzrokowej, ciała migdałowatego oraz grzbietowo-bocznego obszaru kory przedczołowej i hipokampa po stronie prawej [12]. Autorzy kolejnych badań potwierdzają rolę ciała migdałowatego i wyspy w odpowiedzi na specyficzne bodźce związane z fobią i jej leczenie [13, 14, 15, 16].

Uzupełnieniem powyższej wiedzy są hipotezy o ewolucyjnym znaczeniu zaburzeń lękowych. Lęk jako mechanizm wzmagający czujność przed zagrożeniem mógł odgrywać rolę adaptacyjną w okresie, gdy człowiek był bardziej zależny od otoczenia przyrodniczego i miał znacznie mniejsze możliwości jego przekształcania. W odniesieniu do fobii związanej z krwią, iniekcją, raną wysunięto hipotezę, że wynikające z niej omdlenia mogły ułatwiać przeżycie jednostki w okresie krwawych konfliktów epoki paleolitu i neolitu [17]. Osoby, które rozwinęły taki sposób reagowania na widok krwi lub ostrych przedmiotów penetrujących skórę, były preferowane pod względem doboru naturalnego [18]. Postuluje się, by ewolucyjne spojrzenie na objawy z kręgu zaburzeń lękowych i konwersyjnych znalazło odzwierciedlenie w systemie klasyfikacyjnym DSM [19].

Opis przypadku

Pacjent, lat 36, był dzieckiem z ciąży drugiej. W okresie ciąży matka nie chorowała, nie przyjmowała leków. Poród odbył się o czasie, drogami natury, płód był nieprawidłowo ułożony. Pacjent nie ma rodzeństwa – pierwsza ciąża matki zakończyła się niepowodzeniem. W dzieciństwie uczęszczał do żłobka i przedszkola. Dwukrotnie w tym okresie był leczony klimatycznie z powodu infekcji dróg oddechowych. Z relacji matki wynika, że jego zachowanie w warunkach separacji od rodziców znacznie się zmieniło: przypominał „mumię”.

Pacjent wspomina, że w domu rodzinnym nie było zwyczaju przytulania. Jego wychowaniem zajmowała się głównie matka. Bardzo zwracała uwagę na to, by był samodzielny, by umiał sobie radzić w każdej sytuacji, nie poddawał się emocjom. Pamięta pewne sytuacje z dzieciństwa, w których przeżywał lęk, np. kiedy w wieku przedszkolnym zostawał na noc w domu, pamięta, że bał się psa, bał się wody. Wstydział się swojego lęku i go nie ujawniał, a kiedy go okazywał – rodzice mówili, że nie ma być „babą”, i że nie ma histeryzować. Mama była stanowcza, zawsze musiała mieć rację. Ojciec, kiedy podejmował zabawy z synem, zawsze rywalizował. Był zawsze lepszy, kiedy jeździli rowerami, rysowali czy siłowali się na ręce.

Pacjent wcześniej zaczął chodzić i mówić. Był dzieckiem bardzo żywym, zamiast chodzić – zwykle biegał, dużo się brudził. Bawił się zazwyczaj sam. Długo skupiał się na jednej zabawce, wyobrażał sobie bardzo bogatą scenierię w zabawach. Precyzyjnie budował z klocków. Posiadał liczne modele i budowle, nie niszczył ich. Do ok. 8 r.ż. moczył się w nocy. Somnambulizmu i drgawek nie było.

Do tradycji rodzinnych należy uprawianie rozmaitych dyscyplin sportowych, m.in. kulturystyki, pływania, żeglarstwa. Liczni członkowie rodziny wraz z dziećmi uczestniczyli często w imprezach sportowych. Ojciec starał się wciągnąć syna w uprawianie sportów. W rodzinie ze strony ojca panował kult silnego mężczyzny. Ojciec ojca tworzył ośrodek żeglarski, budował żaglówki, szkolił młodzież. Pacjent uprawiał zapasy, sporty walki. Czuł się przymuszony do uprawiania sportów wodnych, nawet w trudnych warunkach pogodowych. Wspomina okres, gdy usilnie uczono go pływać, między członkami rodziny panowała atmosfera rywalizacji. Pacjent bał się wody, nauczył się pływać, gdy ustała presja rodziców, w V klasie szkoły podstawowej.

Opisując siebie w tym okresie pacjent podaje, że był wybuchowy i zawzięty, konsekwentny, nie kaprysił, był przekorny. W wieku 10 lat postanowił się zmienić (był dzieckiem bardzo ruchliwym i psotnym) i stać się bardziej spokojnym. Zaczął interesować się sztuką walki – karate i filozofią Zen. Nie odpowiadało mu trenowanie w jakimś ośrodku, nie lubił się podporządkowywać. Ćwiczył sam w piwnicy, później zaczął trenować inne osoby. Bał się ciemności. Nie lubił nauki szkolnej, wołał sport i modelarstwo. Miał predyspozycje plastyczne. Nie poszedł do liceum, gdyż matka obawiała się, czy poradzi on sobie z nauką. Kontynuował edukację w zasadniczej szkole zawodowej, nie udało mu się dostać na kierunek związany z renowacją zabytków. Jako nastolatek postanowił, że będzie rozwijał swoje umiejętności społeczne. Poznawał wiele osób, twierdził, że miał zainteresowania inne niż jego rówieśnicy ze szkoły zawodowej. Mówił o sobie: „chłonałem wiedzę, ciągnęło mnie do akademików”. Chciał się wtedy zmienić, przestać być milczącym, nieśmiałym wobec ludzi. Opracowywał strategię zachowania jak być bardziej atrakcyjnym społecznie, obserwował innych i naśladował ich zachowanie – np. jak wygrać walkę na argumenty w dyskusji. Odnosił sukcesy, ludzie mówili mu, że jest tajemniczy i „starali się go rozgryźć”.

Zawarł związek małżeński w 21. roku życia. Czuje się w nim szczęśliwy. Ma dwóch synów. Podkreśla, że on, jego matka i młodszy syn stanowią w rodzinie jeden obóz, ponieważ są dobrze zorganizowani, ambitni, pewni siebie, natomiast żona, ojciec i starszy syn cechują się zapominalstwem, są często nieobecni, ulegli. Odbył zastępczą służbę wojskową. Nie nadużywa alkoholu. Początkowo pracował fizycznie w wyuczonym zawodzie, ale nie czuł się właściwie traktowany przez pracodawców. Założył własną działalność gospodarczą, kieruje kilkuosobową firmą. Ma dużo pomysłów i potrafi je przedstawić w taki sposób, by zachęcić klientów do ich realizacji.

Pacjent nie jest obciążony schorzeniami somatycznymi. Nie przyjmował dłużej żadnych leków. Nie przechodził operacji, nie miał urazów głowy z utratą przytomności ani napadów drgawkowych. Podaje, że wielokrotnie uderzono go w głowę, podczas treningów sztuki walki. Charakteryzując swoją osobowość, przyznaje, że na zewnątrz jest inny niż wewnątrz. Wielokrotnie robi to, czego oczekuje otoczenie, ale ma na to własny pogląd. Jest skryty, niechętnie daje się poznać. Jest wrażliwy na opinie innych.

Często „urabia” otaczających go ludzi, nie lubi być zależnym i podwładnym. Działa w uporządkowanej kolejności, nie pochopnie. Bywa jednak wybuchowy, agresywny słownie. Są nieliczne osoby, z którymi pozostaje w przewlekłym konflikcie, nie przebaczył nigdy dziadkowi i nie poszedł na jego pogrzeb.

Pacjent w wieku 36 lat zgłosił się do Izby Przyjęć Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu na przedwiośniu 2008 roku, w okresie pojawienia się gwałtownych wiatrów. Bezpośrednią przyczyną tej decyzji była zmiana charakteru i nasilenia lęku, który pojawiał się już od około 15 lat. Lęk wystąpił niespodziewanie za dnia, miał charakter lęku panicznego, był przyczyną pojawienia się myśli samobójczych. Pacjent otrzymał doraźnie leki uspokajające i został przyjęty na oddział psychiatryczny. Przy przyjęciu jego orientacja była prawidłowa, świadomość jasna, kontakt był rzeczowy, nastrój nieznacznie obniżony, napęd psychoruchowy prawidłowy, afekt dostosowany do wypowiedzanych treści. Nie występowały objawy psychotyczne. Negował myśli rezygnacyjne i suicydalne – podczas napadu lęku, będąc bezradnym, myślał o rozpedzeniu się i rozbiciu o ścianę, co miało raczej charakter potrzeby rozładowania wewnętrznego napięcia. Wcześniej nie był hospitalizowany psychiatrycznie, leczyl się okresowo u psychologów i nieregularnie korzystał z pomocy psychiatry, zażywał doraźnie leki z grupy benzodiazepin i pernazynę.

Pierwszy raz objawy lękowe przybrały istotne dla pacjenta nasilenie ok. 20–22 roku życia. Mieszkał wówczas w wieżowcu, obudziły go w nocy odgłosy wichury, zobaczył uszkodzone uliczne latarnie. Opuścił mieszkanie, szukał bezpiecznego schronienia u bliskich osób. Potem zawsze przy nasilonym lęku opuszczał dom, chodził po ulicach, parku, udawał się do tłumnie odwiedzanych miejsc lub do rodziny. Tam przebywał z innymi ludźmi, którzy się nie bali. Lękowi towarzyszyły rozmaite, zmieniające się w czasie objawy somatyczne: ból w klatce piersiowej, przyspieszenie oddechu, wzmożone napięcie mięśniowe. Pacjent podawał, że okresowo, nawet gdy zakrywa uszy, słyszy w głowie wycie wiatru. Przed hospitalizacją pod wpływem lęku panicznego przyjmował pozycję skuloną, przyciągał kończyny do tułowia, kołysał się w przód i tył. Lęk zmuszał go do zmian w organizowaniu życia rodzinnego. Pod wpływem swoich obaw o bezpieczeństwo własne i najbliższych zwoływał rodzinę lub odwiedzał mieszkających w pobliżu rodziców, spotkania rodzinne trwały długo w godzinach nocnych, często aż do ustania silnego wiatru lub do chwili, gdy lęk słabł wraz z nastaniem dnia. Matka pacjenta jest fizjoterapeutką i stosowała metodę masażu, by go rozluźnić. Ojciec nie reagował w tej sytuacji.

Lęk pojawiał się także, gdy pacjent tylko przewidywał wystąpienie silnych wiatrów. Nie mógł się wtedy powstrzymać od sprawdzania prognoz meteorologicznych w różnych źródłach, telefonował do dyżurnych synoptyków, czuł przymus sprawdzania informacji wielokrotnie, co miało obsesyjny charakter. Przerywał wykonywane zajęcia, by to robić, mimo świadomości, że uspokojenie będzie najwyżej chwilowe. Badania psychologiczne przeprowadzone ambulatoryjnie wskazywały na przeciętny poziom funkcjonowania intelektualnego pacjenta oraz możliwość istnienia zmian organicznych w ośrodkowym układzie nerwowym. Diagnostyka neurologiczna wykonana przed kilkoma laty nie wykazała istotnych odchyleń.

Podczas pobytu na oddziale badany dbał o swoje ciało, dużo czasu poświęcał na ćwiczenia w sali gimnastycznej. W początkowym okresie obsesyjnie śledził prognozy pogody. W zachowaniu (oprócz pierwszych dni) nie ujawniał objawów lękowych, szybko nawiązywał kontakty z innymi pacjentami. Skoncentrowany na tym, w jaki sposób odbierają go inni, pracował nad swoim wizerunkiem. Bardzo przeżywał negatywne uwagi pod swoim adresem. Funkcję starosty społeczności pacjentów przyjął z dużym zadowoleniem i chęcią wykazania się. Badanie przedmiotowe, wyniki badań laboratoryjnych, EKG oraz EEG nie wykazały istotnych odchyśleń od stanu prawidłowego, z wyjątkiem podwyższonego poziomu cholesterolu.

Badanie za pomocą skali WAIS wskazało znacznie lepsze funkcjonowanie poznawcze w porównaniu z przeszłością. Sprawność intelektualna pacjenta jest na poziomie inteligencji wysokiej. Rozkład poszczególnych funkcji pozostał niezmieniony, tzn. funkcje w zakresie inteligencji niewerbalnej są znacznie lepiej rozwinięte aniżeli w zakresie inteligencji werbalnej. Badany dobrze zna i rozumie normy obowiązujące w społeczeństwie. Proces myślenia był na poziomie abstrakcyjnym. Najslabiej rozwiniętymi funkcjami są: zakres wiadomości nabyty w procesie kształcenia, a także poprzez rozwijanie zainteresowań, pojemność pamięci świeżej oraz zdolność do dokonywania operacji matematycznych.

Analiza rysunku rodziny wskazuje, że pacjent odczuwa i zaspokaja swoją potrzebę bycia w centrum uwagi rodziny (obejmującej jego rodziców, małżonkę i dzieci). Odpowiada mu rola „Słońca” w prezentowanym układzie. Jego osoba dysponuje największą swobodą i przestrzenią do realizacji swoich planów. Pacjent znajduje się w bliskiej, symetrycznej relacji z matką i żoną, których uwagę chciałby bardziej jeszcze skupiać na sobie. Ich obowiązki wobec innych (wyrażone w pochylonej postawie tyłem do postaci pacjenta) są w tym utrudnieniem. Ojciec znajduje się na marginesie życia rodzinnego, nie staje, w ocenie pacjenta, na wysokości męskich zadań w systemie rodzinnym, odciąga uwagę matki. Starszy syn jest w bliższej relacji z żoną pacjenta niż z nim. Natomiast młodszy syn – jedyna na rysunku postać przedstawiona w ruchu – jest mu bliski, gdyż prezentuje podobne cechy temperamentu i charakteru.

Powyższe dane można interpretować następująco: objawy chorobowe wydają się mieć korzenie w relacjach rodzinnych pacjenta w okresie wczesnodziecięcym oraz mogą służyć zaspokajaniu jego wewnętrznych potrzeb. U pacjenta treść konfliktowa, która ulega opisanym mechanizmom psychologicznym (wyparciu, eksternalizacji i symbolizacji), wiąże się z matką. Pacjent opisuje ją jako osobę, która go ukształtowała, pozostawał z nią w bliskim, zależnościowym kontakcie. Pomimo pozornej niezależności, ciągle zwracał się do niej z pytaniami dotyczącymi nawet najbardziej intymnej sfery. Identyfikował się z nią, poprzez rozwijanie kontroli nad swoim zachowaniem chciał się stać taki, jak ona. Objawy fobijne pacjenta nasiliły się w okresie rozwijania się jego relacji z przyszłą żoną. Badany musiał dokonać wyboru pomiędzy zależnością a niezależnością, separacją. Wydaje się, że ten konflikt nasilił symptomy fobijne. W trakcie trwania objawów żona upodobniła się do matki – obie kobiety spełniały rolę macierzyńsko-opiekuńczą. Można powiedzieć, że dzięki fobii urzeczywistniły się najskrytsze marzenia badanego, by być w bliskiej, dziecięcej relacji z matką, która okazuje mu troskę i czułość poprzez kontakt fizyczny, którego zabrakło w dzieciństwie.

Ważna jest również w jego historii postać ojca, która wydaje się zdewaluowana przez matkę. Badany utożsamia się z nim, jeżeli chodzi o siłę, pokonywanie słabości, ideał męskości. Do pełnej identyfikacji z ojcem, która umożliwi chłopcu separację od matki, w jego przypadku – nie dochodzi.

Pacjentowi zaproponowano leczenie paroksetyną w dawce 20 mg/dobę oraz psychoterapię indywidualną w nurcie psychoanalitycznym. Podczas leczenia pacjent szybko nabywał umiejętności radzenia sobie z sytuacją lękotwórczą, chętnie wdrażał propozycje nowych zachowań. Analizował swoje odczucia i ich dynamikę w kontekście relacji rodzinnych. W krótkim czasie całkowicie zrezygnował z dodatkowego przyjmowania benzodiazepin. Malowało nasilenie objawów lęku panicznego, lęk przed lękiem nie zaburzał codziennego funkcjonowania. Wyraźnej redukcji uległy zwłaszcza objawy obsesyjne, pacjent potrafił powstrzymać się nawet od jednorazowego w ciągu dnia sprawdzenia prognoz pogody. W trakcie trzech miesięcy, od chwili przyjęcia na oddział, nastąpiła poprawa stanu psychicznego. Pacjent otrzymuje nadal 20 mg paroksetyny dziennie. Zgłosił objaw uboczny w postaci opóźnienia ejakulacji, co nie wymagało zmiany farmakoterapii. Doraźnie może skorzystać z alprazolamu w postaci o przedłużonym działaniu w dawce 0,5 mg. Regularnie odbywają się sesje psychoterapeutyczne 2 x w tygodniu.

Podsumowanie

W opisanym przypadku na pierwszy plan wysuwają się objawy lękowe związane z wysoce specyficzną sytuacją. Ich nasilenie miewa charakter napadów paniki, nie występują one jednak w żadnych innych okolicznościach niż silne wiatry. Chory usiłuje unikać ekspozycji na nie. Lękowi towarzyszą objawy autonomiczne. Dodatkowym, wtórnym elementem obrazu psychopatologicznego są usiłowania stałego aktualizowania swej wiedzy o nadchodzących zmianach pogody i wichurach, co przybrało rozmiary czynności natrętnych. Nie stwierdzono objawów depresyjnych.

Pull [20] dokonał przeglądu rozmaitych podejść terapeutycznych stosowanych w leczeniu fobii specyficznych. Za podstawową metodę leczenia uznaje się w tym przypadku psychoterapię. Najczęściej stosowanymi w praktyce klinicznej konwencjami psychoterapeutycznymi są psychoterapia behawioralno-poznawcza [21, 22] i psychodynamiczna [23]. W zaburzeniach lękowych koncepcja terapii behawioralno-poznawczej opiera się na czterech głównych elementach: ekspozycji, redukcji zachowań zabezpieczających, zmianie czynników, na których skupiona jest uwaga, oraz na zmianie schematów poznawczych [24]. Terapia koncentruje się na bieżącej sytuacji i problemie leczonej osoby. Uważa się, że istnieją skuteczne sposoby leczenia wszystkich zaburzeń lękowych, a terapia behawioralno-poznawcza odznacza się potwierdzoną skutecznością w zespole lęku napadowego, fobiach specyficznych, fobii społecznej, zaburzeniach stresowych pourazowych oraz zespole lęku uogólnionego [24, 25]. Istnieje kilka szczegółowych wariantów psychoterapeutycznych: ostre interwencje, terapie bazujące na ekspozycji w celu sprowokowania i redukcji objawów, jednodniowe programy behawioralne, krótkie programy behawioralno-poznawcze [26], dłuższe formy klasyczne oraz wspomagane komputerowo [27]. W większości

fobii specyficznych wysoką skutecznością odznacza się leczenie z zastosowaniem ekspozycji *in vivo*, jednak znaczny odsetek osób terapię taką przerywa [28]. Są także grupy pacjentów, które preferują inne formy psychoterapii [29]. Efekty leczenia bywają umiarkowane, a objawy nawracają po zakończeniu cyklu terapii [25]. Należy jednak stwierdzić, że terapia behawioralno-poznawcza ma najlepiej udokumentowaną skuteczność w odniesieniu do fobii specyficznych i jest często zalecana [24, 25, 30, 31, 32, 33].

Süssenbacher [34] opisuje zastosowanie bajkowej konwencji w leczeniu 6-letniej pacjentki z fobią wiatru. W przypadku opisanego powyżej pacjenta zastosowanie bajkowej konwencji, podobnie jak ekspozycji wirtualnej bądź ekspozycji *in vivo* o kontrolowanym nasileniu, nie było możliwe. Mimo istotnej roli relacji z rodzicami w powstaniu zaburzenia, terapia systemowa nie była terapią z wyboru z uwagi na wiek pacjenta i fazę cyklu życia rodziny. Metodą psychoterapeutyczną, która pozwala na pracę dotyczącą wczesnodziecięcych przeżyć i konfliktów wewnątrzpsychicznych powstałych na ich podłożu, jest terapia psychodynamiczna [35]. Długotrwała relacja terapeutyczna może również wpływać korzystnie na samoocenę pacjenta i przyczyniać się do skuteczności terapii [36, 37]. Nieliczne są prace porównujące efektywność terapii psychodynamicznej z innymi metodami psychoterapii [23] oraz randomizowane badania z grupą kontrolną [23, 36]. Dokumentują one jej skuteczność w odniesieniu do różnych zaburzeń psychicznych (depresje, zaburzenia lękowe, zaburzenia somatyzacyjne, zaburzenia jedzenia i zaburzenia osobowości), zwłaszcza dla jej form długoterminowych [36, 37]. Leichsenring i wsp. [38] uważają, że efekty nawet krótkoterminowej psychoterapii psychodynamicznej mogą być pozytywne. Choć skuteczność terapii behawioralno-poznawczej udowodniono w większej liczbie badań randomizowanych i kontrolowanych z zastosowaniem placebo, efektywność terapii psychodynamicznej również została udokumentowana [23]. Nie bez znaczenia jest także dostępność leczenia za pomocą poszczególnych metod.

Dane o skuteczności leczenia farmakologicznego w fobiach prostych są dość skromne. W leczeniu zaburzeń lękowych podkreślana jest rola stosowania inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny [30, 39, 40, 41] jako metoda wspomagania psychoterapii. Wśród innych opcji farmakoterapeutycznych wymienia się trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne, inhibitory monoaminooksydazy, selektywne inhibitory wychwyty serotoniny i noradrenaliny oraz leki anksjolityczne. Zwykle rekomenduje się łączne stosowanie terapii behawioralno-poznawczej i farmakoterapii [30]. Leki typu benzodiazepin znajdują zastosowanie w celu zmniejszenia niepokoju w początkowym etapie terapii [33]. Wagstaff i wsp. [39] określają paroksetynę jako lek pierwszej linii w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych, lęku napadowym, zespole lęku uogólnionego, fobii społecznej oraz w zaburzeniach stresowych pourazowych. Autorzy szwedzcy, po dokonaniu systematycznego przeglądu literatury, podają, że zgromadzone satysfakcjonujące naukowe dowody skuteczności paroksetyny oraz sertraliny we wszystkich typach zaburzeń lękowych z wyjątkiem fobii specyficznych [25]. W badaniach neuroobrazowych wykazano, że po skutecznym leczeniu fobii specyficznej następuje obniżenie aktywności mózgu w obszarze limbicznym i paralimbicznym.

Podobne efekty występują zarówno po zastosowaniu inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny, jak i psychoterapii behawioralno-poznawczej [41].

W opisanym w niniejszej pracy przypadku, kombinacja psychoterapii indywidualnej w konwencji psychodynamicznej oraz leczenia farmakologicznego paroksetyną przyniosła znaczną redukcję objawów lękowych o charakterze fobii specyficznej i ustąpienie obserwowania zmian pogody noszącego cechy natręctw.

Фобия ветра (анкраофобия) – как особенная форма специфической фобии.

Описание наблюдения.

Содержание

Заданием работы является представление специфических фобий, с особенным учетом фобии, связанной с элементами натуральной среды. Представлен аспект их нозологической принадлежности в системе Международной классификации болезней ICD-10 и DSM-IV а также современные взгляды на этиологию и патогенез фобии, а также доступных методов лечения. Среди факторов, соответственных за появление симптомов специфической фобии принимается во внимание наследственная обусловленность, негативные факторы внешней среды в раннем детстве и собственные психические конфликты пациента.

В работе представлены также результаты рентгеновских исследований мозга пациентов, страдающих специфическими фобиями и эволюционные аспекты, которые могли быть причиной фиксации в популяции черт, связанных с фобийными нарушениями. Эпидемиологические исследования указывают на значительное распространение специфических фобий. За основным методом лечения специфических фобий признается психотерапия; большая эффективность наблюдается при применении экспозиции *in vivo* и бэхавиорально-познавательные методы.

Обзорные данные дополнены описанием наблюдения фобии перед ветром (анкраофобия), леченной в больничных условиях. Клиническое наблюдение позволило определение особенной симпатологии нарушения и выбор фармакологического лечения, дополняющего психотерапию. У описываемого пациента наступило существенное улучшение состояния здоровья после применения сопряженного психотерапевтического воздействия в психоаналитической конвенции и пароксетина в дозе 20 мг/сутки.

Windphobie (Ankraophobie) – als besondere Gestalt der spezifischen Phobie.

Fallbeschreibung

Zusammenfassung

Das Ziel der Studie ist die Darstellung der spezifischen Phobien, mit besonderer Berücksichtigung der Phobie, die mit den Umweltfaktoren verbunden ist, unter Aspekt ihrer nosologischen Stellung im ICD-10 und DSM-IV System, nach jetzigen Ansichten zur Ätiologie und Pathogenese der Phobieangst und der zugänglichen Behandlungsmethoden. Unter den Faktoren, die für die Entstehung der Symptome der spezifischen Phobie verantwortlich sind, nimmt man die genetischen Faktoren, ungünstige Umweltfaktoren im frühen Kindesalter und die innenpsychischen Konflikte des Patienten in Betracht. In der Studie wurden auch die Ergebnisse der Hirnbilduntersuchung der Patienten gezeigt, die an spezifische Phobie leiden und auch die Entwicklungsaspekte, die zur Festhaltung der mit Angststörungen verbundenen Eigenschaften in der Population beitragen konnten. Die epidemiologischen Untersuchungen weisen auf eine große Verbreitung der spezifischen Phobien hin. Als Grundmethode der Behandlung der spezifischen Phobien gilt die Psychotherapie: eine große Wirksamkeit zeigen die Anwendung der Exposition *in vivo* und die behavioral – kognitiven Methoden. Der anschauliche Teil ergänzt die Beschreibung eines Falls der Angst vor Wind (Ankraophobie), die im Krankenhaus behandelt wurde. Die klinische Beobachtung erlaubte die ausführliche Symptomatologie

der Störung zu bezeichnen und die die Psychotherapie ergänzende pharmakologische Behandlung zu wählen. Bei dem beschriebenen Patient wurde eine signifikante Besserung nach der Anwendung des zusammengesetzten Verfahrens erreicht, das aus der Psychoanalyse und der Einnahme von Paroxetin in der Dosis 20 mg/Tag bestand.

L'ancraophobie – exemple de la phobie spécifique. La description d'un cas

Résumé

Ce travail vise à présenter les phobies spécifiques, y compris les phobies liées avec le milieu naturel, leur classification d'après ICD-10 et DSM-IV, conceptions contemporaines concernant leur étiologie et leur pathogénèse, leurs thérapies. On prend en considération comme facteurs pathogéniques : prédispositions génétiques, conditions défavorables du milieu pendant l'enfance précoce, conflits intérieurs du patient. Les auteurs analysent encore les résultats de l'imagerie cérébrale des patients souffrant des phobies spécifiques ainsi que certains aspects évolutifs contribuant à la persistance des prédispositions aux troubles anxieux dans la population. Les études épidémiologiques démontrent la prévalence des phobies spécifiques. La psychothérapie est considérée comme méthode thérapeutique fondamentale – l'exposition in vivo et la thérapie cognitivo-comportementale sont très efficaces. Les auteurs décrivent aussi le cas d'un patient hospitalisé à cause de l'ancraophobie. Après l'observation clinique du patient on a identifié en détail les symptômes de ce trouble et on a choisi la pharmacothérapie comme méthode supplémentaire à la psychothérapie – sa santé s'améliore après la psychothérapie psychanalytique combinée avec la thérapie de paroxétine (dose 20 mg par jour).

Piśmiennictwo

1. Larme AC. *Environment, vulnerability, and gender in Andean ethnomedicine*. Soc. Sc. Med. 1998; 47 (8): 1005–1015.
2. Eisenbruch M. „*Wind illness*” or somatic depression? A case study in psychiatric anthropology. Brit. J. Psychiatry 1983; 143: 323–326.
3. Ng BY. *Wei han zheng (frigophobia): a culture-related psychiatric syndrome*. Aust. NZJ Psychiatry 1998; 32 (4): 582–585.
4. *Leksykon terminów. Psychiatria i zdrowie psychiczne*. Światowa Organizacja Zdrowia. Warszawa: IPiN; 2001.
5. Stinson FS, Dawson DA, Chou SP i in. *The epidemiology of DSM-IV specific phobia in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. Psychol. Med. 2007, 37: 1047–1059.
6. de Girolamo G, Polidori G, Morosini P, Scarpino V, Reda V, Serra G, Mazzi F, Alonso J, Vilagut G, Visonà G, Falsirollo F, Rossi A, Warner R. *Prevalence of common mental disorders in Italy: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2006; 41 (11): 853–861.
7. Cho MJ, Kim JK, Jeon HJ, Suh T, Chung IW, Hong JP, Bae JN, Lee DW, Park JI, Cho SJ, Lee CK, Hahm BJ. *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Korean adults*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2006; 41 (11): 853–861.
8. Gregory AM, Lau JY, Eley TC. *Finding gene-environment interactions for phobias*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosc. 2008; 258 (2): 76–81.
9. Gelernter J, Page GP, Bonvicini K, Woods SW, Pauls DL, Kruger S. *A chromosome 14 risk locus for simple phobia: results from a genomewide linkage scan*. Mol. Psychiatry 2003; 8 (1): 71–82.
10. Kaabi B, Gelernter J, Woods SW, Goddard A, Page GP, Elston RC. *Genome scan for loci predisposing to anxiety disorders using a novel multivariate approach: strong evidence for a chromosome 4 risk locus*. Am. J. Hum. Genet. 2006; 78 (4): 543–553.

11. Straube T, Mentzel HJ, Miltner WH. *Neural mechanisms of automatic and direct processing of phobogenic stimuli in specific phobia*. Biol. Psychiatry 2006; 15, 59 (2): 162–170.
12. Schienle A, Schäfer A, Walter B, Stark R, Vaitl D. *Brain activation of spider phobics towards disorder-relevant, generally disgust- and fear-inducing pictures*. Neurosc. Lett. 2005; 4, 388 (1): 1–6.
13. Etkin A, Wager TD. *Functional neuroimaging of anxiety: a meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia*. Am. J. Psychiatry 2007; 164 (10): 1476–1488.
14. Goossens L, Sunaert S, Peeters R, Griez EJ, Schruers KR. *Amygdala hyperfunction in phobic fear normalizes after exposure*. Biol. Psychiatry 2007; 15, 62 (10): 1119–1125.
15. Goossens L, Schruers K, Peeters R, Griez E, Sunaert S. *Visual presentation of phobic stimuli: amygdala activation via an extrageniculostriate pathway?* Psychiatry Res. 2007; 15, 155 (2): 113–120.
16. Rauch SL, Savage CR, Alpert NM, Fischman AJ, Jenike MA. *The functional neuroanatomy of anxiety: a study of three disorders using positron emission tomography and symptom provocation*. Biol. Psychiatry 1997; 15, 42 (6): 446–452.
17. Bracha HS. *Freeze, flight, fight, fright, faint: adaptationist perspectives on the acute stress response spectrum*. CNS Spectr. 2004; 9 (9): 679–685.
18. Bracha HS, Yoshioka DT, Masukawa NK, Stockman DJ. *Evolution of the human fear-circuitry and acute sociogenic pseudoneurological symptoms: the neolithic balanced-polymorphism hypothesis*. J. Affect. Disord. 2005; 88 (2): 119–129.
19. Bracha HS. *Human brain evolution and the „neuroevolutionary time-depth principle”. Implications for the reclassification of fear-circuitry-related traits in DSM-V and for studying resilience to war zone-related posttraumatic stress disorder*. Progr. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry 2006; 30 (5): 827–853. E – pub 2006, Mar 23.
20. Pull CB. *Recent trends in the study of specific phobias*. Curr. Opin. Psychiatry 2008; 21 (1): 43–50.
21. Zitrin CM, Klein DF, Woerner MG, Ross DC. *Treatment of phobias. I. Comparison of imipramine hydrochloride and placebo*. Arch. Gen. Psychiatry 1983; 40 (2): 125–138.
22. Klein DF, Zitrin CM, Woerner MG, Ross DC. *Treatment of phobias. II. Behavior therapy and supportive psychotherapy: are there any specific ingredients?* Arch. Gen. Psychiatry 1983; 40 (2): 139–145.
23. Leichsenring F, Hiller W, Weissberg M, Leibing E. *Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: techniques, efficacy, and indications*. Am. J. Psychother. 2006; 60 (3): 233–259.
24. Marom S, Hermesh H. *Cognitive behavior therapy (CBT) in anxiety disorders*. Isr. J. Psychiatry Relat. Sc. 2003; 40 (2): 135–144.
25. von Knorring L, Thelander S, Pettersson A. *Treatment of anxiety syndrome. A systematic literature review. Summary and conclusions by the SBU*. Lakartid. 2005; 102 (47): 3561-2, 3565-6, 3569.
26. van Gerwen LJ, Spinhoven P, van Dyck R. *Behavioral and cognitive group treatment for fear of flying: a randomized, controlled trial*. J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry 2006; 37 (4): 358–371.
27. Titov N. *Status of computerized cognitive behavioural therapy for adults*. Aust. NZJ Psychiatry 2007; 41 (2): 95–114.
28. Choy Y, Foyer AJ, Lipsitz JD. *Treatment of specific phobia in adults*. Clin. Psychol. Rev. 2007; 27: 266–286.
29. Sobel HJ. *Preferences of behavioural, analytic and gestalt psychotherapy*. Brit. J. Med. Psychol. 1979; 52 (3): 263–269.

30. Black DW. *Efficacy of combined pharmacotherapy and psychotherapy versus monotherapy in the treatment of anxiety disorders*. CNS Spectr. 2006; 11, 10 (supl. 12): 29–33.
31. Pachana NA, Woodward RM, Byrne GJ. *Treatment of specific phobia in older adults*. Clin. Interv. Aging 2007; 2 (3): 469–476.
32. Hofmann SG, Smits JA. *Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials*. J. Clin. Psychiatry 2008; 69 (4): 621–632.
33. Garakani A, Mathew SJ, Charney DS. *Neurobiology of anxiety disorders and implications for treatment*. Mt Sinai J. Med. 2006; 73 (7): 941–949.
34. Süßenbacher G. [Use of story development for the resolution of a pathogenic double bind: case report and treatment of a wind phobia] Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr. 1982; 31 (5): 185–190.
35. Kirshner LA. *The absence of the father*. J. Am. Psychoanal. Assoc. 1992; 40 (4): 1117–1138.
36. Leichsenring F. *Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data*. Int. J. Psychoanal. 2005; 86 (Pt 3): 841–868.
37. Leichsenring F, Rabung S. *Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis*. JAMA 2008; 300 (13): 1551–1565.
38. Leichsenring F, Rabung S, Leibing E. *The efficacy of short-term psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis*. Arch. Gen. Psychiatry 2004; 61 (12): 1208–1216.
39. Wagstaff AJ, Cheer SM, Matheson AJ, Ormrod D, Goa KL. *Paroxetine: an update of its use in psychiatric disorders in adults*. Drugs 2002; 62 (4): 655–703. Review. Erratum in: Drugs 2002; 62 (10): 1461.
40. Bellenger JC. *Remission rates in patients with anxiety disorders treated with paroxetine*. J. Clin. Psychiatry 2004; 65 (12): 1696–707.
41. Linden DE. *How psychotherapy changes the brain – the contribution of functional neuroimaging*. Mol. Psychiatry 2006; 11 (6): 528–538.

Adres: Joanna Pawlak
Klinika Psychiatrii Dorosłych
Uniwersytetu Medycznego
60-572 Poznań, ul. Szpitalna 27/33

Otrzymano: 28.07.2008
Zrecenzowano: 23.11.2008
Otrzymano po poprawie: 26.06.2009
Przyjęto do druku: 30.06.2009