

MARCIN MŁYNARCZYK

Pracownia Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej
20-830 Lublin, ul. Wygon 12
e-mail: pracowniappb@gmail.com

TECHNIKI PRACY Z ZABURZENIEM OBSESYJNO- -KOMPULSYJNYM W TERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ

Abstrakt. Artykuł przedstawia problem zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego (OCD) w kontekście terapii poznawczo-behawioralnej (TPB). Zaburzenie to polega na występowaniu nawracających, uporczywych myśli i wykonywanych w reakcji na nie czynnościach (fizycznych lub mentalnych) minimalizujących niepokój związany z tymi myślami. W pierwszej części artykułu zaprezentowane są kryteria diagnostyczne zaburzenia według klasyfikacji DSM 5. Druga część wprowadza w model terapii poznawczo-behawioralnej. Kolejna zaś ujmuje zaburzenie i jego rozwój w modelach poznawczo-behawioralnych. Po odniesieniu się do skuteczności leczenia zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego w opisywanym nurcie, przedstawione są specyficzne techniki terapeutyczne i model postępowania klinicznego. Artykuł sygnalizacyjnie ujmuje zagadnienie farmakoterapii, nie rozwijając go jednak. Skupia się na technikach TPB opartych na ekspozycji na bodźce awersyjne i powstrzymaniu reakcji (E/PR), stopniowej desensytyzacji, eksperymentach behawioralnych oraz technikach poznawczych skupionych na zmianie dysfunkcyjnych interpretacji.

Słowa kluczowe: zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (OCD), terapia OCD, technika TBP, techniki kognitywne, techniki behawioralne, ekspozycja, desensytyzacja.

1. ZABURZENIE OBSESYJNO-KOMPULSYJNE W TERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (OCD, ang. *obsessive-compulsive disorder*) było opisywane przez klasyków psychiatrii i psychologii długo przed powstaniem pierwszej klasyfikacji diagnostycznej. Do określenia zachowań polegających na obecności natrętnych myśli i skrupulatnym wykonywaniu określonych czynności używano różnych terminów, jak na przykład: stan psychasteniczny (Pierre Janet), nerwica natręctw (Zygmunt Freud). W połowie XX wieku zaczęto używać określenia zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, jednocześnie klasyfikując kryteria diagnostyczne i etiologię problemu (Bryńska, 2007).

Istotnym elementem zaburzenia jest lęk odczuwany w konsekwencji obsesyjnych myśli, które mogą prowokować kompulsyjne zachowania.

1.1. Obraz kliniczny zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych

Według klasyfikacji DSM-5 (Gałęcki i in., 2013; Morrison, 2014) OCD można diagnozować, gdy:

1. Występują obsesje lub/i kompulsje¹;
2. Wyżej wymienione objawy są powodem zmartwień i cierpienia klienta, zajmują mu wiele czasu (co najmniej 1 godzinę dziennie), istotnie zaburzą codzienną aktywność zawodową, szkolną, funkcjonowanie w społeczeństwie oraz relacje z innymi ludźmi;
3. Objawy nie są wynikiem używania substancji, leków lub istnienia innych chorób somatycznych;
4. Pacjent postrzega swoje objawy jako przesadne lub nawet pozbawione sensu.

W tym miejscu autorzy systemu klasyfikacji zaznaczają, że pacjenci różnią się poziomem wglądu, stopniując to zaburzenie na: „OCD z dobrym wglądem”, kiedy to pacjent zdaje sobie sprawę z nieracjonalności myśli i czynności natrętnych; „OCD ze słabym wglądem”, które oznacza, że pacjent przez większość czasu nie ocenia obsesji ani kompulsji jako przesadnych i nieracjonalnych oraz „OCD z brakiem wglądu/przekonaniami urojeniowymi”, gdy pacjent jest głęboko przekonany, że natrętne objawy są prawdziwe (Gałęcki i in., 2013; Morrison, 2014; De Silva, 2007a; Bryńska, 2007).

Najczęstszymi tematami obsesji są: brud i choroba, krzywda własna lub innych, popełnienie społecznych lub niemoralnych czynów, pedantyczność w sposobie wykonywania różnych czynności. Obsesje mogą obejmować również pozbawione znaczenia myśli, dźwięki, sformułowania, które w uciążliwy sposób pozostają w świadomości pacjenta. Najczęstsze kompulsje prowokowane przez obsesyjne myśli to odpowiednio: czynności mycia i czyszczenia ciała oraz otoczenia, w którym osoba przebywa, sprawdzanie potencjalnych „źródeł niebezpieczeństw” (np. wyłączniki urządzeń, zamki w drzwiach, okna), powtarzanie zachowania lub myśli, ruminacje (Bryńska, 2007; Morrison, 2014; Padesky i in., 2004; Salkovskis, 1991).

¹ Klasyfikacja DSM umiejscawia zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne na pierwszej osi w kategorii zaburzeń lękowych. Obsesje definiowane są jako nawracające uporczywe myśli, impulsy lub wyobrażenia wdzierające się do świadomości chorego wbrew jego woli. Odczuwane są jako natrętne, niewłaściwe i przeszkadzające.

Kompulsje opisywane są jako czynności (fizyczne lub psychiczne) wykonywane stosownie do określonych reguł (lub w reakcji na obsesje) w celu złagodzenia cierpienia i zneutralizowania obsesji. Kompulsje mają na celu zmniejszenie poziomu lęku lub zapobieganie zdarzeniom i sytuacjom, których pacjent się obawia. Jednocześnie ich wykonywanie w żaden realny sposób nie wpływa na uniknięcie tych zdarzeń.

1.2. Ogólny model terapii poznawczo-behawioralnej

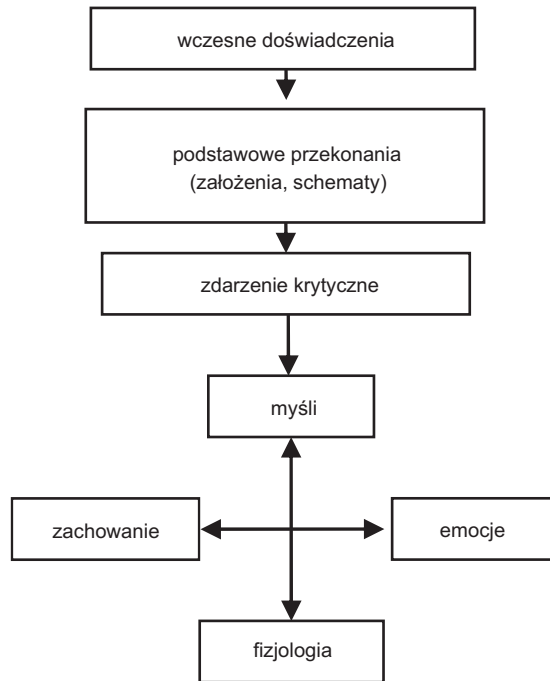
Opisywane w literaturze i stosowane w praktyce sposoby leczenia zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego wskazują na terapię poznawczo-behawioralną (TPB) jako jeden z najskuteczniejszych sposobów (Hofman i in., 2012; Popiel, Pragłowska, 2009; Butler i in., 2006; Wilhelm i in., 2004). Nie oznacza to, że TPB jest jedyną skuteczną metodą leczenia tego zaburzenia. Istnieją doniesienia naukowe, które opisują skuteczność terapii prowadzonej w podejściu psychodynamicznym (Chlebowski, Gregory, 2009). Techniki terapii poznawczo-behawioralnej pozostają jednak sposobem leczenia pierwszego wyboru, sugerowanym przez takie organizacje jak brytyjski National Institute for Health and Care Excellence czy American Psychiatric Association (NICE, 2018; Freston i in., 2006; Koran i in., 2007).

W poniższym rozdziale zostanie przedstawiony ogólny model terapii poznawczo-behawioralnej po to, by wprowadzić kontekst dla stosowanych w tym podejściu metod.

Model behawioralny opiera się na prawach uczenia się i klasycznym systemie wzmocnienia i wygaszania, który może modyfikować zachowania. Podstawy tego modelu powstały na bazie osiągnięć klasyków eksperymentalnego podejścia do badania osobowości, takich jak Iwan Pawłow, Burrhus Skinner czy John Watson (Spielger, Guevremont, 1998; Pervin, 2006). Rozwijane były w praktyce klinicznej jako behawioralne modele terapeutyczne (np. Mowrer, 1960; Meyer, 1966).

Model poznawczy skupia się na tym, co dzieje się na drodze pomiędzy bodźcem a reakcją. Wskazuje na sekwencję „zdarzenie – interpretacja – emocja”. Zdarzenie jest faktem obiektywnym, jednak nie ono samo w sobie ma znaczenie, a jego interpretacja, która powoduje określoną reakcję emocjonalną. Emocje powodują konkretne zachowania. Zachowania te są niejednokrotnie bodźcem dla kolejnych interpretacji podtrzymujących następujące po nich emocje i reakcje behawioralne. W praktyce klinicznej postrzeganie problemów pacjenta w taki sposób umożliwiły prace Alberta Ellisa i Aarona Becka (Popiel, Pragłowska, 2008). Beck określił terapię poznawczą jako aktywne, dyrektywne, czasowo ograniczone i ustrukturuwane podejście, oparte na założeniu, że afekt i zachowanie jednostki są w dużym stopniu zdeterminowane przez sposób, w jaki organizuje ona swój świat (Alford, Beck, 2005).

Tworzone na bazie doświadczeń schematy poznawcze, czyli „sposób, w jaki osoba organizuje swój świat”, są odpowiedzialne za interpretację bieżących, przeszłych i antycypowanych wydarzeń. Terapia poznawczo-behawioralna akcentuje związek procesów interpretacyjnych z zachowaniem. Poniżej przedstawiony jest ogólny model rozwoju problemu w ujęciu poznawczo-behawioralnym:



Rysunek 1. Ogólny model TPB rozwoju problemu

Źródło: oprac. własne na podst. Beck, 2012

Na bazie wczesnych doświadczeń, które najczęściej były nacechowane emocjonalnie, tworzą się podstawowe przekonania na temat siebie lub świata, np. „jestem nieodpowiedzialny”, „świat jest zagrażający”. W oparciu o te przekonania tworzone są dysfunkcjonalne założenia pozwalające „chronić się” przed negatywnym przekonaniem, np. „jeśli nie będę kontrolował własnego zachowania, mogę zrobić komuś krzywdę”. Dysfunkcjonalne założenia odpowiadają za pojawianie się tzw. myśli automatycznych. Automatyczny strumień myśli (ocen, interpretacji, przewidywań) o negatywnym zabarwieniu nazywany jest negatywnymi automatycznymi myślami. Negatywne myśli automatyczne są obecne w strumieniu świadomości, chociaż często mijają niezauważone przez osobę. Myśli te powodują negatywne emocje, a te wpływają na fizjologię i zachowanie. Stan fizyczny i odczucia płynące z ciała, a także konsekwencje zachowań wtórnie wpływają na kolejne negatywne interpretacje (automatyczne myśli), tworząc błędne koło problemu (Popiel, Pragłowska, 2008; Padesky, 2004). Problem powstaje zatem w wyniku interakcji pomiędzy myślami, emocjami, fizjologią i szeroko rozumianym środowiskiem jednostki. Terapia poznawczo-behawioralna zakłada, że do pracy z zaburzeniem konieczne jest stworzenie indywidualnego modelu (konceptualizacji) opisującego poszczególne elementy podtrzymujące. Konceptualizacja jest prezentowana pacjentowi i uzgadniana wspólnie z nim. Pacjent ma możliwość

nauczyć się identyfikowania myśli automatycznych. Skuteczna w pracy terapeutycznej jest zmiana całego systemu lub jednego z ich elementów – interpretacji zdarzeń (myśli) lub zachowania (Westbrook, Kirk, 2005).

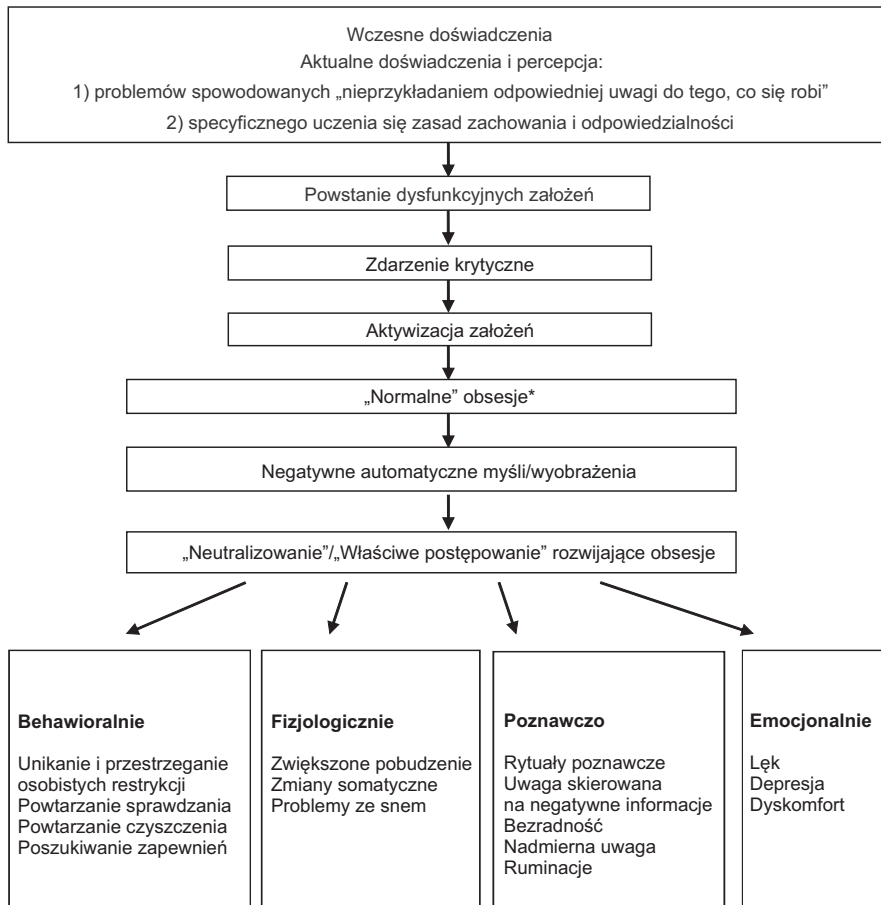
Terapia poznawczo-behawioralna ma na celu spowodować radzenie sobie z aktualnymi problemami przez pacjenta. Przeszłość ma znaczenie dla określania podstawowych przekonań, większość pracy skupia się jednak na „tu i teraz”. Pacjent w procesie terapeutycznym opartym na współpracy z terapeutą uczy się nowych zachowań i odkrywa nowe interpretacje. Terapia jest ustrukturowana i aktywna. Stosowane techniki oparte są na weryfikowaniu dotychczasowych hipotez (interpretacji) pacjenta poprzez przyswajanie nowych informacji.

1.3. Poznawczo-behawioralny model zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych

Na rozwój zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego może mieć wpływ wiele różnych czynników psychospołecznych i biologicznych. Wymienia się tu m.in. schematy poznawcze rozwijane na skutek kontaktu z kontrolującym członkiem rodziny lub inną osobą znaczącą, skłonność do odczuwania winy i nadmiernego poczucia odpowiedzialności, jak również nadaktywność płatów czołowych czy nieprawidłowe funkcjonowanie układu noradrenergicznego (Baxter, 1992). Dorobek koncepcji poznawczych i teorii uczenia się zaczął być wykorzystywany w tworzeniu technik leczenia czynności natrętnych w latach 60. XX wieku (Meyer, 1966). W kolejnych dziesięcioleciach modyfikowano techniki, rozwijano też konceptualizacje zaburzenia, co pozwoliło na stworzenie poznawczo-behawioralnych modeli OCD.

Implikacjami tworzonych modeli było spostrzeżenie, że dyskomfort (niepokój) zwiększa się na skutek interpretacji myśli, a nie ich samych, oraz że próby pozbycia się intruzji są nieosiągalnym celem terapii. Ustalono, że próby zapobiegania intruzjom, czyli to, co pacjent zazwyczaj robi, podtrzymują i rozwijają objawy. Ujmuje to przedstawiony poniżej model rozwoju OCD w ujęciu poznawczo-behawioralnym (Salkovskis, Warwick, 1988).

Model Paula Salkovskisa i Hilary Warwick opiera się na założeniach terapii poznawczo-behawioralnej, które mówią, że za powstanie zaburzenia odpowiadają schematy poznawcze wpływające na określoną interpretację faktów. Schematy poznawcze odpowiadają za automatyczne myśli, które odpowiadają za emocje, fizjologię i zachowanie w reakcji na bodźce. Schematy te dotyczą najczęściej poczucia obowiązku/winy. Salkovskis (1991) podaje, że podstawowe przekonania pacjentów z OCD obrazują przypisywanie sobie nadmiernej odpowiedzialności. Niektórzy autorzy twierdzą nawet, że jeśli pacjent nie ma w systemie poznawczym takiego przekonania, to trafniejszą diagnozą jest depresja lub inne zaburzenie lękowe, a nie ściśle obsesyjno-kompulsyjne (Teasdale, 1983, za: Bryńska, 2007).



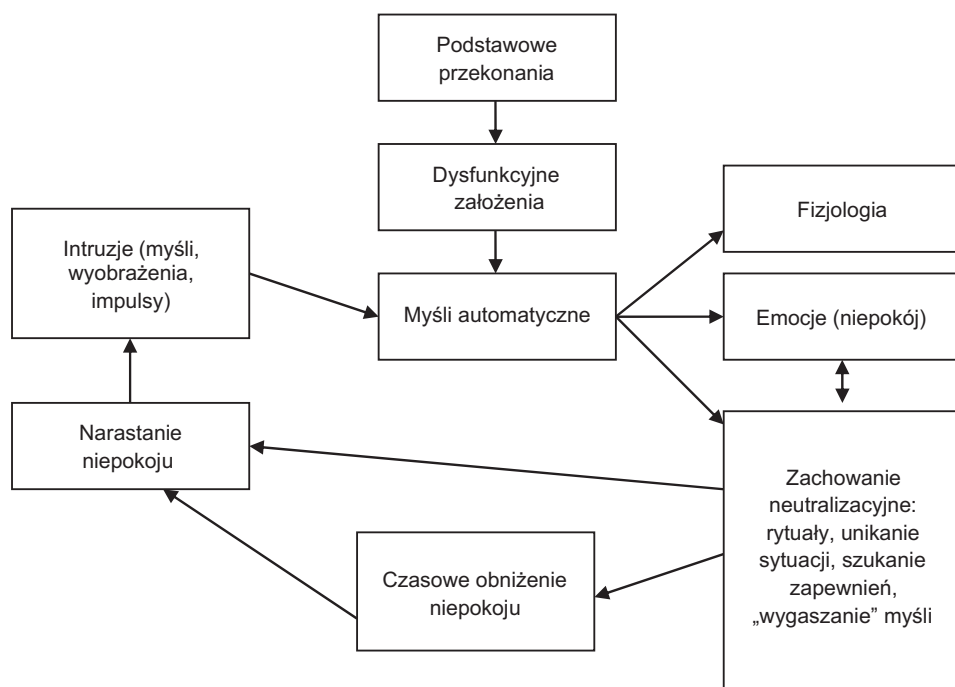
* Jak definiują Salkovskis i Warwick (1988), „normalne” obsesje to powtarzające się myśli, które wiążą się z poczuciem odpowiedzialności, ale same w sobie nie są oceniane przez podmiot jako niebezpieczne, grzeszne czy wywołujące negatywne skutki w rzeczywistości. Nie wywołują też patologicznego nasilenia lęku.

Rysunek 2. Model rozwoju OCD

Źródło: Salkovskis, Warwick, 1988, 379

Pacjenci z OCD doświadczają niepożądanych i nieakceptowanych myśli, które należy odróżnić od negatywnych automatycznych myśli. W odróżnieniu od myśli automatycznych przyjmują one natrętny, powtarzalny charakter i są łatwiej zauważane przez pacjenta. Osoba przypisująca sobie nadmierną odpowiedzialność na skutek myśli natrętnych uruchamia negatywne automatyczne myśli i podejmuje działania mające na celu wygaszenie intruzywnych myśli (impulsów, wyobrażeń). Proces neutralizowania myśli rozwija rytuały, czyli czynności redukujące poczucie odpowiedzialności i obniżające niepokój. Konsekwencją

stosowania rytuałów jest jednak większa częstotliwość myśli natrętnych. Te powodują większy niepokój, który zwiększa częstość zachowań neutralizujących. W ten sposób objawy są podtrzymywane. Osoba, oprócz neutralizacji, zaczyna unikać sytuacji związanych z odpowiedzialnością, szuka zapewnień u innych osób lub próbuje „nie myśleć o tym” i wygaszać myśl intruzyjną. Wszystkie te zabiegi prowadzą do podtrzymywania objawów poprzez rozwijanie nowych rytuałów i wzrost poziomu niepokoju w specyficznych sytuacjach wywołujących myśli natrętne (Bryńska, 2007; Salkovskis, 1991). Opisany powyżej model utrzymywania się zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych można przedstawić graficznie, tak jak pokazano na poniższym schemacie (rys. 3).



Rysunek 3. Poznawczy model utrzymywania się zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych

Źródło: oprac. własne na podst. Salkovskis, 1991

Poznawczo-behawioralna terapia zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych nie stawia sobie za cel pozbycia się intruzji. Ważna jest natomiast zmiana znaczenia, jakie pacjent nadaje intruzjom, tak by budziły mniejszy niepokój i nie prowokowały czynności neutralizujących.

1.4. Skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych

Opisywane w literaturze i stosowane w praktyce sposoby leczenia zaburzenia wskazują na terapię poznawczo-behawioralną jako jedną z najskuteczniejszych metod (Abramowitz, 2018; Freston i in., 2006; Koran i in., 2007). Potwierdzają to między innymi badania Johna Marcha i współpracowników (1997, za: Rabe-Jabłońska, 2007), oparte na opiniach 69 klinicystów pracujących z klientami z OCD. Wnioski wskazują na największą skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej połączonej z lekami z grupy SSRI lub (w przypadku dzieci i łagodnych postaci zaburzeń u dorosłych) wyłącznie kompleksowej terapii poznawczo-behawioralnej bez włączania leków. W przypadku oporności na leczenie technikami terapii poznawczo-behawioralnej sugeruje się włączenie leków SSRI. W razie braku odpowiedzi na dany lek wskazana jest zmiana na inny z tej samej grupy. Po drugiej lub trzeciej zmianie leku SSRI i braku efektu z prowadzoną równoległe terapią poznawczo-behawioralną, klinicyści próbują stosować klomipraminę (Rabe-Jabłońska, 2007).

Antonio Tundo i Roberta Necci (2016) prześledzili empiryczne artykuły, jakie ukazały się na temat leczenia OCD za pomocą TPB w przeciągu ostatnich kilkunastu lat. Zebrane przez nich dowody wskazują na wysoką efektywność tej metody terapeutycznej zarówno w przypadku czystego zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, jak też objawów OCD w przebiegu schizofrenii. Jednym z ważnych argumentów było „bezpieczeństwo”, oznaczające, że stosowane metody nie pogłębiały ewentualnych objawów psychotycznych. Według przytaczanych przez autorów badań liczba pacjentów, którzy przeszli w stan remisji, wahała się od 20% do 50%.

Terapia poznawczo-behawioralna z zastosowaniem opisanej w następnym rozdziale techniki ekspozycji z powstrzymaniem reakcji oceniana jest jako najskuteczniejsza w leczeniu OCD (McKay i in., 2015; De Silva, 2007b; Czała, 2003; Rosenham, Seligman, 1994). Dobre efekty daje również łączenie tej terapii z podejściem systemowym i włączanie do pracy rodziny pacjenta (Storach i in., 2008). Praca z rodziną jest szczególnie ważna w przypadku osób, które uczestniczą w natręctwach pacjenta, tolerują je lub podporządkowują się regułom rytuałów i obsesyjnego postępowania członka rodziny (Alatiq, Alrshoud, 2018; Abramowitz i in., 2018).

Trudno określić skuteczność terapii OCD w sensie liczby pacjentów, u których na skutek terapii objawy ustąpiły. De Silva (2007b) podaje, że, po przełamaniu kryzysu motywacyjnego pacjenta, dobrze przeprowadzona terapia kończy się sukcesem, jeżeli nie ma dodatkowych komplikacji (np. towarzyszącej depresji). Lars-Göran Öst (2008), powołując się na prześledzone przez niego badania nad efektywnością psychoterapii, oblicza skuteczność poznawczo-behawioralnej terapii OCD na 48% i jest to najniższa wartość spośród podawanych przez autora

dla innych zaburzeń leczonych TPB. Jednocześnie, jak podają Morris i Nightingale (2014), 25% brytyjskich pacjentów odmawia terapii opartej na ekspozycji, uznając ją za zbyt trudną. Dla tych pacjentów pomocna może okazać się praca nad zmianą poznawczą w oparciu o eksperymenty behawioralne. Przed ryzykiem wypadnięcia z terapii pacjenta, który obawia się wystawiania na awersyjne bodźce, uchronić może wspierająca i empatyczna postawa terapeuty, gotowego podjąć pracę innymi technikami, na które pacjent będzie skłonny się zgodzić.

Przy kwestii efektywności warto wspomnieć o tym, że zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne może mieć charakter nawracający. Bryńska (2007) zwraca uwagę na subkliniczne postaci OCD i nawroty objawów, których procent, opisywany w badaniach podłużnych, w zależności od źródła znacznie się waha. Edna Foa (2003) pisze, że nierealistyczne jest prowadzenie terapii OCD do momentu całkowitego ustąpienia objawów. Ważne jednak, by klient zdał sobie sprawę z tego, że może mieć intruzywne myśli i pragnienie ich zneutralizowania oraz że może stawić temu czoła, jeśli dowie się, jak ma postępować.

Rozwinięte na przestrzeni kilkudziesięciu lat techniki poznawczo-behawioralne są dość jednoznacznie pozytywnie oceniane i uznawane za skuteczniejsze niż inne nefarmakologiczne metody. Postępowanie terapeutyczne wraz z wybranymi technikami zostanie opisane w kolejnej części niniejszej pracy.

1.5. Model leczenia zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego w terapii poznawczo-behawioralnej z przedstawieniem konkretnych technik

Jedną z pierwszych technik stosowanych w poznawczo-behawioralnej terapii OCD była ekspozycja na bodźce powodujące lęk, która później została rozwinięta o powstrzymanie reakcji (w skrócie E/PR), czyli zapobieganie zachowaniom redukującym lęk (Franklin i in., 2008; Foa, 1996). Podstawą jest tu próba powstrzymania starych, wyuczonych zachowań w sytuacji ekspozycji na bodźce oceniane przez pacjenta jako zagrażające.

Pomocne w klinicznym oddziaływaniu poznawczo-behawioralnym są tzw. protokoły terapeutyczne, które określają kolejność podejmowanych działań w rozłożeniu na sesje. Przykładowy klasyczny protokół postępowania z OCD w skrócony sposób przedstawia się następująco (Wells, 1997):

Sesja 1. Tworzenie konceptualizacji z uwzględnieniem historii życia pacjenta i doświadczeń wywołujących napięcie. Nazwanie problemu w kategoriach myśli i obaw, np. problemem jest lęk przed bakteriami, a nie bakterie.

Sesja 2. Dalsze wprowadzanie pacjenta w konceptualizację poznawczo-behawioralną OCD. Przeniesienie akcentu problemu z samych myśli na kompulsje będące reakcją na myśli. Ćwiczenie uważnego przekierowania uwagi. Początek pracy poznawczej nad podważaniem przekonań będących u źródeł obsesyjnych myśli.

Sesje 3–6. Podejmowanie eksperymentów w trakcie sesji, których celem jest podważanie konkretnych przekonań pacjenta, np. tego, że określona myśl spowoduje jakieś niepożądane wydarzenie. Praca nad powstrzymaniem się przed podejmowaniem rytuałów w wywołanej „sytuacji zagrożenia”. Zachęcanie pacjenta do postępowania wbrew kompulsjom. Internalizacja wewnętrznej odpowiedzi na intruzje: „To tylko myśli, a nie fakty”.

Sesje 7–10. Ocena postępów redukcji zachowań kompulsyjnych. Analiza zysków i strat z pozostałych rytuałów, które pacjent wykonuje. Kontynuacja ekspozycji na sytuacje prowokujące kompulsje i powstrzymanie tych reakcji (zarówno na sesji, jak i w planowany sposób pomiędzy sesjami).

Sesje 10–14. Praca nad pozostałymi przekonaniami i zachowaniami. Konsolidowanie nowych strategii radzenia sobie z intruzjami: unikanie ruminacji poprzez przenoszenie uwagi. Dalsza ekspozycja na bodźce wywołujące obsesje z powstrzymaniem reakcji kompulsyjnej. Opracowanie strategii zapobiegania nawrotom.

Ilość czasu przeznaczanego na terapię OCD może się znacznie różnić. Jak podaje National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2018; Freeston i in., 2006), liczba sesji może wahać się od 10 do 20, ale biorąc pod uwagę, że sesje mogą trwać dwie godziny, daje to w sumie do 50 godzin efektywnej terapii (por. Abramowitz i in., 2018). Po powrocie do zdrowia wskazane są jeszcze spotkania kontrolne, odbywane z częstotliwością raz w miesiącu przez kolejne 3–6 miesięcy (March i in., 1997, za: Rabe-Jabłońska, 2007).

Poniżej zostaną szczegółowo opisane techniki i strategie stosowane w kolejnych etapach terapii. Najpierw opisany zostanie proces tworzenia konceptualizacji i pracy z uwagą pacjenta na intruzjach. Następnie przedstawione będą techniki stosowane w pracy nad powstrzymaniem się pacjenta przed reakcją kompulsyjną.

2. TWORZENIE KONCEPTUALIZACJI I ĆWICZENIE PRZEKIEROWYWANIA UWAGI

Pierwsza faza terapii wymaga zebrania informacji od pacjenta i podzielenia się z nim wiedzą na temat zaburzenia. Wiedza ta jest również niezbędna do stosowania technik pracy z pacjentem w kolejnej fazie procesu terapii. Jak w przypadku każdego problemu, z którym pacjent zdecydował się zgłosić po pomoc, podstawą jest empatyczna, bezpieczna i wspierająca relacja terapeutyczna. Przed zastosowaniem jakichkolwiek technik praca z pacjentem powinna być poprzedzona edukacją jego i jego rodziny na temat choroby, jej objawów i przebiegu. Pacjentowi należy przedstawić model terapii poznawczo-behawioralnej oraz poznawczy model OCD. Istotne jest jasne rozróżnienie i oddzielenie obsesji od kompulsji. Dla większości klientów na początku terapii to rozróżnienie nie jest

proste. Warto więc wytłumaczyć klientowi definicję obsesji (intruzywne myśli, obrazy lub impulsy, które powracają i nie mają sensu, powodują jednak stres) oraz kompulsji (zachowania lub mentalne czynności mające na celu zapobiec niepożądanym wydarzeniom, a w rezultacie obniżyć napięcie spowodowane przez obsesje). Celem terapii jest odejście od rytuałów (kompulsji), ale nie powstrzymywanie obsesji. Próba „wypchnięcia” obsesji z umysłu klienta może mieć paradoksalnie odwrotny efekt i wywołać ich nasilenie (Abramowitz, Tolin, Street, 2001; Abramowitz i in., 2018). W początkowej fazie terapii bardzo ważna jest identyfikacja zachowań zabezpieczających. Rytuały redukujące lęk bardzo często są czasochłonne, a czasami wstydlive. Pacjenci z OCD potrafią unikać wydarzeń, które prowokują obsesyjno-kompulsyjny cykl. Jasny obraz stosowanych przez klienta strategii unikania daje dobrą podstawę do zaplanowania terapii opartej na powstrzymywaniu się od wykonywania czynności natrętnych. Dla wielu klientów identyfikacja sytuacji występowania obsesji i kompulsji jest trudna. Pomocne jest wtedy stosowanie samoobserwacji. Zwiększona uwaga, rejestrowanie zachowań, emocji i myśli pozwalają klientowi wyłonić sytuacje spustowe dla powstawania obsesji, a niejednokrotnie również określić czas, jaki poświęca na kompulsyjne rytuały. Terapeuta powinien dokonać poznawczej konceptualizacji problemu, czyli postawić hipotezy na temat sposobu myślenia i mechanizmów zachowań pacjenta. Aby posłużyć się modelem poznawczym, istotne jest określenie kolejno: negatywnych automatycznych myśli i przekonań (podstawowych i pośredniczących), jak też samych reakcji fizjologicznych. Początki pracy terapeutycznej, oprócz psychoedukacji na temat modelu poznawczego, mogą też wymagać nauki identyfikacji myśli automatycznych u pacjenta (Bryńska, Kołakowski, Srebnicki, 2007). Refleksja nad automatycznymi negatywnymi myślami pozwala terapeutcie na określenie wraz z pacjentem jego podstawowych przekonań, pomaga wskazać potencjalne zniekształcenia poznawcze oraz zachowania redukujące lęk, które podtrzymują problem.

3. ZACHĘCANIE PACJENTA DO DZIAŁANIA WBREW KOMPULSIJOM

W ramach opisu zasadniczej fazy terapii, skupionej na powstrzymywaniu się przed kompulsjami, opisane zostaną kolejno techniki: ekspozycji z powstrzymywaniem reakcji, desensytyzacja, zanurzanie, techniki poznawcze oraz eksperyment behawioralny.

Po zarysowaniu schematu problemu klient może rozpocząć pracę nad powstrzymywaniem rytuałów. Niemożliwe jest jednak, by na skutek polecenia terapeuty po prostu przestał je wykonywać. Konieczne jest w pierwszej fazie wprowadzenie klienta w model poznawczy OCD i przekonanie go do tego, że skuteczniejszym sposobem radzenia sobie z lękiem będzie opieranie się rytuałom, które wymaga dużej odwagi i wsparcia. Ważne jest, by również przekonać klienta,

że tak długo, jak będzie utrzymywał rytuały, tak długo będą mu dokuczały objawy obsesyjne. Perspektywa mniejszej częstotliwości pojawiania się obsesji może być silnie motywująca. Dodatkowym bodźcem może być praca nad wyobrażeniem siebie bez kompulsji i omówienie zysków z tego płynących (np. więcej wolnego czasu) (Roth i in., 2003). Rezygnacja z rytuałów zazwyczaj odbywa się stopniowo, np. jeżeli klient ma wiele różnych, może wybierać te, z których kolejno będzie rezygnował. W czasie terapii bardzo ważne jest, by klient nabrał przekonania i zdolności generalizowania wyuczonych sposobów powstrzymywania reakcji na inne sytuacje, w których mogą wystąpić kompulsje. Jest to szczególnie istotne dla utrzymywania się efektów terapii w perspektywie długoterminowej. W miarę postępów terapii nakłanianie do powstrzymywania reakcji powinno być rzadsze. Kiedy klient będzie się angażował w nowe rytuały, powinien od razu zastosować omawianą technikę.

Fundamenty potrzebne do wdrożenia powstrzymywania reakcji można sprowadzić do kilku punktów, a mianowicie są to (Laws, 1995; Foa, 2010):

- identyfikacja nieadaptacyjnego zachowania;
- motywacja do zmiany i ustalenie zasad;
- zmiana zachowania i doskonalenie zmiany zachowania;
- identyfikacja przykładów nieadaptacyjnego zachowania i powrotów do starych zachowań;
- równowaga życiowa pomiędzy obowiązkowymi i swobodnie wybieranymi zachowaniami;
- rozpoznanie idei kryjącej się za nieadaptacyjnym zachowaniem;
- rozpoznawanie i planowanie odpowiedzi na sytuacje „wysokiego ryzyka” (wystąpienia starych zachowań).

W praktyce zapobieganie zachowaniom redukującym lęk polega na identyfikowaniu ścieżek prowadzących do sytuacji wysokiego ryzyka i sposobów radzenia sobie z elementami wyzwalającymi niepożądane zachowania. Powstrzymywanie reakcji może przybierać bardziej lub mniej nasilone formy. Może to być instrukcja terapeuty, jak również restrykcyjny zakaz wykonywania czynności. W literaturze wskazuje się również na istotną rolę rodziny w powstrzymywaniu reakcji (Storach, 2008; Bryńska, Kołakowski, 2007). Angażowanie najbliższego otoczenia w kontrolę zapobiegania rytuałom daje prawdopodobieństwo większej częstotliwości powstrzymywania reakcji. Ważne jednak, by opierało się na wewnętrznej motywacji. Działanie pacjenta z własnej woli, bez uwzględniania osób trzecich, daje lepsze efekty niż podjęcie trudu terapii ze względu na uciążliwość objawów dla rodziny.

Skuteczność ekspozycji na bodźce z zapobieganiem reakcji badali Edna Foa i Michael Kozak (1996). Spośród omówionych przez autorów badań 12 studiów przypadków w 80% z nich możliwe było wprowadzenie nowych nawyków i stosowanie wyuczonych w terapii reakcji zaraz po zakończeniu leczenia. W innych badaniach porównywane było stosowanie ekspozycji i powstrzymywania reakcji

z przyjmowaniem leków (Foa i in., 2000). Okazuje się, że technika ta stosowana sama lub w połączeniu z lekami jest istotnie skuteczniejsza niż stosowanie samego leczenia farmakologicznego.

Zalecana częstotliwość i długość sesji w publikowanych przez Foa i współpracowników protokołach terapii to 17 dwugodzinnych sesji odbywanych dwa razy w tygodniu, z czego 2 sesje poświęcone są na zdobywanie informacji i planowanie leczenia, a 15 pozostałych na ekspozycje i zapobieganie zachowaniom redukującym lęk. Bardziej intensywna wersja programu obejmuje codzienne dwugodzinne sesje przez 17 dni (Roth, Franklin, Foa, 2003). Nowsze badania Foa (2010) wskazują na lepsze efekty łączenia terapii ekspozycji wyobrażeniowej z ekspozycją *in vivo*. Zaproponowany przez autorkę plan terapeutyczny był krótkoterminowy, ale intensywny. Obejmował 15 120-minutowych sesji prowadzonych w ciągu trzech tygodni i dwie wizyty domowe w czwartym tygodniu leczenia.

W pracy z pacjentem nad powstrzymywaniem się przed kompulsjami pomocne jest również stosowanie desensytyzacji. Jest to technika użyteczna w redukowaniu lęku. Polega na wprowadzeniu klienta w stan głębokiej relaksacji, a następnie ekspozycji na sytuacje powodujące stopniowy wzrost poziomu lęku. Stopniowe zwiększanie siły bodźca awersyjnego na przemian z relaksacją powoduje podniesienie progu reakcji lękowej. Stwierdzono to już pod koniec lat 50. XX wieku (Wolpe, 1990).

Obecnie stosowane sposoby desensytyzacji przebiegają według trzech podstawowych etapów (Head, Gross, 2008; 2009):

1. Trening relaksacyjny.
2. Ustalanie hierarchii (gradientu) bodźców lękowych.
3. Prezentacja bodźców awersyjnych według rosnącej siły awersyjnej w stanie relaksacji klienta.

Trening relaksacyjny polega głównie na uczeniu klienta redukowaniu napięcia w ciele. Relaksacja ma służyć przygotowaniu klienta do obniżenia lęku. Jak podają Levin i Gross (1985), nauka relaksacji może wymagać średnio 5–7 sesji. Podstawowym celem jest uzyskanie maksymalnej relaksacji mięśniowej. Można uczyć klienta rozluźniania różnych partii mięśni na oddzielnych sesjach, np. sesja 1: ramiona; sesja 2: głowa i szyja; sesja 3: plecy i klatka piersiowa itp. Dobrze jeśli terapeuta poprzedzi tę pracę wywiadem mającym wskazać, co relaksuje klienta; jakie bodźce wywołują przyjemne skojarzenia, jakie zmysły są najbardziej wrażliwe, jeśli będzie posługiwał się wyobrażeniami w relaksacji. Na tym etapie może być stosowana zarówno głęboka relaksacja, jak np. trening autogenny Schultza (Triscari i in., 2015), jak też proste metody obniżania napięcia, np. ćwiczenia oddechowe.

Drugim krokiem w desensytyzacji jest ustalenie hierarchii sytuacji wywołujących lęk. Korzystając z informacji posiadanych przez klienta, uzyskanych przez terapeutę w wywiadzie klinicznym i w wyniku pomiaru poziomu lęku metodami

testowymi, możliwe jest zidentyfikowanie sytuacji powodujących nieadaptacyjny poziom lęku. Pomocne jest też prowadzenie przez klienta dzienniczka z zapisami bieżących zachowań i aktywności. Terapeuta może również przedstawiać klientowi scenariusze sytuacji, które klient umiejscawia na kontinuum poziomu zagrożenia. Ostateczna lista sytuacji powinna zawierać 10–20 pozycji, które następnie klient ranguje, wyobrażając sobie scenariusze zaistnienia każdej z nich. Część klientów ustawia sytuacje na jednym kontinuum, część dzieli na podgrupy w zależności od rodzaju bodźca awersyjnego (St. Onge, 1995, za: Head, Gross, 2008).

Finałowym krokiem systematycznej desensytyzacji jest ekspozycja awersyjnych wyobrażeń. Każda sesja ekspozycji wyobrażeń zaczyna się i kończy w stanie relaksu klienta. Na każdym z etapów, w tym najbardziej po prezentacji bodźców awersyjnych, istotne jest powstrzymanie reakcji kompulsyjnej.

Terapeuta przedstawia werbalnie kolejne wyobrażenia. Pierwsze z nich powinno odnosić się do sytuacji neutralnej i pełni funkcję kontrolną. Pozwala terapeutę ocenić zdolność klienta do wizualizacji sytuacji i wychwycenia przeszkód w tworzeniu przez klienta płynnego wyobrażenia. Kolejne wyobrażenia dotyczą już sytuacji budzących lęk. Pierwsze są sytuacje, którym klient przypisał najmniejszy poziom zagrożenia. Klient po wprowadzeniu przez terapeutę w sytuację pozostaje jeszcze przez ok. 10 sekund wizualizując, a następnie ocenia poziom subiektywnego zaniepokojenia na skali 0–10. Terapeuta przedstawia kolejno inne sytuacje dotyczące bodźców najmniej awersyjnych aż do momentu, kiedy klient oceni subiektywny poziom niepokoju na 0. Wtedy przedmiotem wizualizacji stają się bodźce ocenione przez klienta jako bardziej zagrażające. W trakcie typowej 30-minutowej sesji ekspozycji klientowi można zaprezentować 3–4 sytuacje. Każda nowa sesja powinna zaczynać się od wizualizacji ostatniego bodźca, którego wizualizację w skali zaniepokojenia klient ocenił na 0. Przy każdej sesji wskazane jest zadawanie prac domowych: ćwiczenia relaksacji na początku stosowania techniki i ekspozycja na bodźce awersyjne z powstrzymaniem reakcji w realnym świecie.

Ekspozycja na awersyjne bodźce jest bardzo skuteczną techniką terapeutyczną. Zastosowany w systematycznej desensytyzacji element relaksacji jest wskazany w sytuacjach, kiedy terapeuta ma kontrolę nad ekspozycją i kiedy celem jest szersza generalizacja efektów, jak w przypadku fobii (Hazlett-Stevens, Craske, 2008). Sama ekspozycja jednak, bez elementu relaksacji, jest stosowana z dobrymi efektami w leczeniu szerokiego spektrum zaburzeń lękowych. Warto w tym miejscu opisać jedną z podstawowych w terapii behawioralnej technikę ekspozycji *in vivo*, w której powtarzalna prezentacja awersyjnego bodźca daje efekt obniżenia poziomu lęku w kontakcie z tym bodźcem. Kolejne kroki, jakie pacjent z terapeutą pokonują w tego rodzaju ekspozycji, to (Stevens, Craske, 2008):

1. Analiza funkcjonalna zachowania unikowego;
2. Opis celu i korzyści ekspozycji na obiekt lub sytuację, której obawia się pacjent;
3. Tworzenie hierarchii bodźców (sytuacji) wywołujących lęk;

4. Rozpoczęcie systematycznej ekspozycji na bodźce (sytuacje) lękowe, zaczynając od tych, które zostały ocenione jako najmniej straszne;

5. Kontynuowanie powtarzalnej ekspozycji danego bodźca z pytaniem o poziom lęku po ekspozycji, aż do momentu, kiedy poziom lęku spadnie do niewielkiego stopnia (np. 2 w 8-stopniowej skali). Wtedy ekspozycja kontynuowana jest z następną sytuacją w hierarchii utworzonej na początku;

6. Włączanie zaprojektowanych ćwiczeń samodzielnej ekspozycji, którą pacjent przeprowadza sam pomiędzy sesjami;

7. Ocena postępów klienta w zadaniach domowych, informacje zwrotne i wsparcie w pokonywaniu trudności.

W przypadku stosowania tej techniki w leczeniu OCD bardzo istotne jest powstrzymanie się pacjenta przed reakcją kompulsyjną. Dla części pacjentów ekspozycja *in vivo* może być na początku zbyt trudna. Są też rodzaje natręctw ujawniające się tylko w specyficznych warunkach, które trudno uzyskać podczas sesji terapeutycznej. Warto w takiej sytuacji stosować ekspozycję wyobrażeniową według tych samych wytycznych obejmujących tworzenie hierarchii sytuacji lękowych i przesuwanie się w ekspozycji coraz wyżej na „lękowej drabince”. Ekspozycja wyobrażeniowa może również poprzedzać *in vivo* (Hazlett-Stevens, Craske, 2008)

Skuteczną, lecz dość trudną dla pacjenta techniką jest oparte na ekspozycji zanurzanie (*flooding*). Istotą jest tu wydłużona ekspozycja na bodźce, które powodują stosunkowo wysoki poziom lęku. Technika zanurzania jest efektywnie wykorzystywana w redukcji lęku. Stosuje się ją w leczeniu specyficznych fobii, atakach paniki, PTSD. W kontekście OCD zanurzanie ma znaczenie w redukcji zachowań kompulsyjnych. Skuteczność zanurzania została potwierdzona przez wiele teorii i badań empirycznych. Jednymi z nich są prace Stanleya Rachmana (1980), skupione na teorii przetwarzania emocjonalnego (*emotional processing theory*). Teoria ta zakłada, że ekspozycja na awersyjne bodźce powoduje modyfikację patologicznej struktury lęku. Mechanizm polega na wzbudzeniu lęku, a następnie dostarczeniu informacji korygujących ocenę zagrożenia. Zanurzanie *in vivo* jest dość podobne do ekspozycji na bodźce awersyjne. Etapy, które można wyróżnić w zanurzaniu, to (Zoellner i in., 2008):

1. Uformowanie silnej współpracy terapeutycznej i dobrego kontaktu z klientem.
2. Rzetelna ocena lęków klienta i związanych z nimi zachowań unikowych.
3. Zapewnienie efektywnej racjonalizacji.
4. Modelowanie przez terapeutę ekspozycji na sytuacje lękowe:
 - a) terapeuta opisuje sytuację;
 - b) terapeuta demonstruje, jak wykonać zadanie;
 - c) terapeuta instruuje klienta, by zrobił to samo.
5. W trakcie wyobrażonego zanurzania terapeuta dokonuje pomiaru poziomu zaangażowania i stresu klienta.

6. Pozostawanie w sytuacji powodującej lęk dopóki nie zostanie on zredukowany co najmniej o 50% (bez wykonywania czynności kompulsyjnych).

7. Szczegółowe zapisywanie i omawianie reakcji klienta na ekspozycje w trakcie terapii.

8. Powtarzanie zanurzania, dopóki lęk nie zostanie znacząco obniżony, a wszystkie obszary funkcjonowania związane z unikaniem nie zostaną objęte działaniem.

W OCD najczęściej stosuje się wyobrażone zanurzanie, które skupia się głównie na obawach klienta o konsekwencje niepodjęcia działania. Dla efektywnego stosowania tej techniki konieczne jest więc dobre rozpoznanie w zakresie obsesyjnych myśli, idei i wyobrażeń klienta. Mając te informacje, terapeuta może ustalić, jakich konsekwencji obawia się klient, a następnie ocenić poziom stresu, jaki powodują obsesyjne myśli. Następnym krokiem jest wytłumaczenie klientowi istoty stosowania ekspozycji jako narzędzia terapeutycznego. Może to również pomóc w przekonaniu klienta, że większość ludzi doświadcza irytujących myśli i że te myśli są całkiem normalne. Problemem nie są natrętne myśli same w sobie, lecz błędna interpretacja tych myśli jako bardzo znaczących. Uzyskane w wywiadzie informacje mogą posłużyć do wytłumaczenia klientowi, jak bardzo odpowiedzialna za lęk jest błędna interpretacja. W leczeniu OCD istotna jest koncentracja na zrozumieniu mechanizmu wiązania lęku z niegroźnymi myślami. Powtarzane konfrontowanie się z tymi myślami pozwala pacjentowi zdać sobie sprawę, że myśli same w sobie nie powodują zagrożenia. Ekspozycja wyobrażeniowa jest często używana jako uzupełnienie ekspozycji *in vivo*, np. dla pacjenta z obsesją zabrudzenia zadaniem faktycznym byłoby dotknięcie klamki drzwi łazienki, a później zjedzenie kanapki bez mycia rąk. Ekspozycja wyobrażeniowa obejmowałaby natomiast wyobrażenia zagrażających konsekwencji tego ćwiczenia. Pacjent i terapeuta ustalają skrypt zawierający wszystkie elementy powodujące lęk; dobrze, jeśli jest w tym skrypcie dużo niepewności. Następnie pacjent lub terapeuta czytają na głos skrypt zagrażającego wyobrażenia, który jest nagrywany. Pacjent ma za zadanie słuchać tego nagrania (najlepiej zapętlającego się) i angażować uwagę w tworzenie irytujących obrazów, a jednocześnie opierać się chęci podjęcia kompulsyjnych rytuałów czy uzyskania zapewnienia. W trakcie opierania się kompulsjom ma przypominać sobie również, że obsesyjne myśli są normalne, nieszkodliwe i możliwe do zaakceptowania.

Oprócz technik redukujących lęk opartych głównie na ekspozycji i powstrzymaniu reakcji, w terapii OCD ważne miejsce zajmują techniki rozmowy, stosowane naprzemiennie z eksperymentami behawioralnymi. Ich celem jest modyfikacja interpretacji faktu pojawiania się treści intruzyjnych myśli (Westbrook, 2007; Padesky, Greenberger, 2004). Rozmowy mają na celu modyfikację interpretacji na poziomie negatywnych automatycznych myśli, podstawowych przekonań i dysfunkcjonalnych założeń.

Praca na każdym z poziomów opiera się na ukierunkowaniu odkrywania i testowaniu alternatywnej do zastanej interpretacji faktów. Na poziomie negatywnych

automatycznych myśli pacjent powinien je najpierw zidentyfikować. Następnie w dyskusji z terapeutą szuka argumentów potwierdzających i obalających je. Formułuje alternatywne myśli jako odpowiedź. W trakcie dochodzenia do alternatywnej myśli pacjent określa na skali nasilenie emocji. Zmniejszenie się poziomu niepokoju po sformułowaniu myśli alternatywnej oznacza zdolność włączenia jej w system przekonań oraz jej akceptację na poziomie emocjonalnym (Bryńska, Kołakowski, Srebnicki, 2007). Na poziomie podstawowych przekonań i dysfunkcjonalnych założeń praca skupia się na wskazaniu popełnianych przez pacjenta błędów poznawczych oraz zmianie założeń w oparciu o modyfikację negatywnych znaczeń i eksperymenty behawioralne. Bardzo ważne jest zrewidowanie przekonań związanych z nadmiernym poczuciem odpowiedzialności. Zastosowanie ma tu technika tzw. tortu odpowiedzialności. Polega ona na określaniu przez pacjenta stopnia odpowiedzialności za konkretne nieszczęśliwe zdarzenia będące przedmiotem myśli kompulsyjnych. Początkowo klient przypisuje sobie stuprocentową odpowiedzialność, np. w myśli: „mogę rozproszyć moją żonę w czasie, kiedy prowadzi samochód, i spowodować wypadek”. Następnie proszony jest przez terapeutę o generowanie innych możliwych czynników przyczyniających się do „nieszczęścia” wraz z określeniem ich procentowego wpływu na stan rzeczy. Na podstawie wygenerowanych czynników i oceny ich odpowiedzialności pacjent rysuje z terapeutą diagram kołowy, w którym nieokreślona przez inne czynniki część odpowiedzialności określana jest jako wpływ własny pacjenta. Efektem jest najczęściej dostrzeżenie przez pacjenta roli innych czynników jako bardziej istotnych (Bryńska, Kołakowski, Srebnicki, 2007; Westbrook, 2007).

W modyfikacji przekonań i założeń dotyczących oceny ryzyka pomocna jest technika określania łącznego prawdopodobieństwa. Polega ona na wnikliwym określaniu kolejnych warunków, które muszą być spełnione, by treść natrętej myśli stała się prawdą. Jeżeli np. pacjent obawia się, że nie sprawdzając, czy zgaślił papierosa przed snem, może spłonąć we własnym mieszkaniu, terapeuta pyta o kolejne kroki, które muszą po sobie nastąpić, np. „iskra spadnie na podłogę” – „podłoga zapali się” – „ja nie zauważam ognia” itd. Pacjent określa prawdopodobieństwo każdego z kolejnych elementów łańcucha warunków układających się w wydarzenie, którego się obawia. Następnie poinstruowany o regułach obliczania łącznego prawdopodobieństwa mnoży określone prawdopodobieństwa przez siebie, uzyskując w efekcie bardzo niski ułamek (np. $0,1 \times 0,01 \times 0,01 = 0,00001$), który oznacza racjonalnie obliczone ryzyko (Westbrook, 2007). Technika ta, podobnie jak technika tortu odpowiedzialności, nie likwiduje problemu niepokoju, ale może go istotnie obniżyć.

Dla potwierdzenia zmiany dokonywanej interpretacji w realnych sytuacjach wskazane jest stosowanie eksperymentów behawioralnych. Jest to technika polegająca na podejmowaniu przez pacjenta nowej aktywności i obserwacji jej skutków w sposób ściśle zaplanowany (Morris, Nightingale, 2014; Bryńska, Kołakowski, Srebnicki, 2007; Westbrook, 2007). Eksperyment behawioralny prowadzony

jest podobnie jak eksperyment naukowy. Pacjent stawia więc hipotezę, podejmuje aktywność weryfikującą i określa, na ile przewidywania się sprawdziły. Eksperymenty behawioralne prowadzone są w trakcie sesji lub pomiędzy nimi. Bardzo ważne jest dokładne zaplanowanie kolejnych kroków eksperymentu, okoliczności i przewidywanych trudności. Eksperyment może mieć formę klasyczną, kiedy pacjent wykonuje (lub nie wykonuje) jakąś czynność w określony sposób i sprawdza przewidywania co do konsekwencji takiego postępowania. Może też polegać na samej obserwacji i rejestrowaniu zachowania innych osób w specyficznej sytuacji, co ma na celu testowanie własnych przekonań dotyczących zachowań innych. Cel ten może zostać osiągnięty na drodze eksperymentów polegających na zbieraniu danych (np. przeprowadzeniu minisondażu na określony temat). Należy dodać, że eksperymenty behawioralne stosuje się w leczeniu OCD w połączeniu z technikami ekspozycyjnymi. Celem eksperymentu jest wtedy weryfikacja hipotez dotyczących skutków powstrzymywania się od zachowań zabezpieczających (Abramowitz i in., 2018; Westbrook, 2007; Bryńska, 2007; Salkovskis, 1991).

Powyżej przedstawione zostały wybrane techniki stosowane w leczeniu OCD. Jako że zaburzenie może mieć charakter nawracający, bardzo ważne w terapii jest zapobieganie nawrotom. Konieczne jest więc podsumowanie terapii pod kątem tego, co było dla pacjenta pomocne i przypomnienie o niepowszymywaniu pojawiających się myśli, a zamiast tego traktowanie ich jak nieistotnego elementu świadomości. Pacjent ma również pamiętać o powstrzymywaniu się przed poszukiwaniem zapewnień i neutralizowaniem. Należy w tym celu omówić potencjalne zagrożenia i trudności w realizacji tych postanowień. Ważne też, by pacjent, znając schemat obsesji, był wyczulony również na pojawiające się nowe rytuały i próbował im się opierać, zamiast je rozwijać. Korzystając z bogatego doświadczenia pacjenta, należy wraz z nim ustalić ewentualne okoliczności, w których może nastąpić nawrót, oraz sporządzić plan radzenia sobie z nawrotem, obejmujący powstrzymywanie się przed kompulsjami, samodzielne stosowanie ekspozycji, korzystanie z poznanych podczas terapii technik poznawczych czy stosowanie treningu relaksacyjnego.

4. PODSUMOWANIE

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne jest diagnozowane w klasyfikacji DSM jako zaburzenie lękowe. Niepokój wywołują u pacjenta natrętne myśli, a wykonywane obsesyjne czynności mają służyć redukcji lęku. Przedstawiony w powyższym artykule model terapii poznawczo-behawioralnej pozwala bardziej precyzyjnie ująć patomechanizmy OCD, bazując na stwierdzeniu, że źródłem problemu są zniekształcenia poznawcze powstałe w wyniku interpretacji opartej na dysfunkcjonalnych założeniach i podstawowych przekonaniach. Niewątpliwie rozwój modeli poznawczych i badania w nurcie behawioralnym przyczyniły się do

rozwoju efektywnych technik pracy z zaburzeniem. Zaprezentowane w ostatniej części opracowania metody opierają się w głównej mierze na ekspozycji i powstrzymaniu reakcji oraz stosowanej również w innych zaburzeniach lękowych desensytyzacji. Pomocne są też techniki rozmowy pozwalające wprowadzać nowe interpretacje. Całościowy model pracy w nurcie poznawczo-behawioralnym zakłada naprzemienne stosowanie technik poznawczych z eksperymentami behawioralnymi.

Skuteczność leczenia technikami TPB w połączeniu z lekami SSRI jest dość wysoka. Nadal jednak opisywane są postacie lekooporne i niedające znaczących efektów w psychoterapii (McKay i in., 2014; Rabe-Jabłońska, 2007; Freeston i in., 2006). Podkreślane jest też wysokie ryzyko nawrotu objawów oraz problemy chorób współwystępujących.

Nowe badania na temat leczenia OCD oraz rozwój farmakoterapii dają nadzieję na modyfikację lub tworzenie nowych technik i korzystanie z szerszych możliwości łączenia TPB z farmakoterapią. Na bazie klasycznych technik rozwijane są kolejne, na przykład uzupełniane o nowe nurty TPB, jak ACT (*Acceptance Commitment Therapy*) (Twohig i in., 2015). W klinicznych badaniach nad leczeniem pojawiają się też nowe technologie, jak ekspozycja z zastosowaniem wirtualnej rzeczywistości (Foa, 2010) czy prowadzenie terapii za pośrednictwem przenośnych urządzeń elektronicznych (Pozza i in., 2015).

BIBLIOGRAFIA

- Abramowitz J. S., Blakey M. S., Reuman L., Buchholz J. L. (2018). New directions in the cognitive-behavioral treatment of OCD: Theory, research and practice. *Behavior Therapy*, 49, 311–322.
- Abramowitz J. S., Tolin D. F., Street G. P. (2001). Paradoxical effect of thought suppression: A meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 683–703.
- Alatiq Y., Alrshoud H. (2018). Family-based cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder with family accommodation: Case report from Saudi Arabia. *The Cognitive Behavior Therapist*, 11(14), 1–13.
- Alford B. A., Beck A. T. (2005). *Terapia poznawcza jako teoria integrująca psychoterapię*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Baxter L. R. (1992). Neuroimaging studies of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 871–884.
- Beck J. (2012). *Terapia poznawcza. Podstawy i zagadnienia szczegółowe*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bryńska A. (red.) (2007). *Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. Rozpoznawanie, etiologia, terapia poznawczo-behawioralna*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bryńska A., Kołakowski A., Srebnicki T. (2007). Planowanie, wdrażanie i prowadzenie terapii ekspozycyjnej. W: A. Bryńska (red.), *Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. Rozpoznawanie, etiologia, terapia poznawczo-behawioralna* (60–123). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Bryńska A., Kołakowski A., Srebnicki T. (2007). Terapia poznawcza. W: A. Bryńska (red.), *Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. Rozpoznawanie, etiologia, terapia poznawczo-behawioralna* (141–189). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Butler A., Chapman J., Forman E., Beck A. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17–31.
- Czabała C. (2003). Podstawowe zaburzenia psychiczne. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, 3 (582–603). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Foa E. B. (2010). Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(2), 199–207.
- Foa E. B., Kozak M. J. (1996). Psychological treatment for obsessive-compulsive disorder. W: M. R. Mavissakalian, R. F. Prien (eds.), *Long-term treatments of anxiety disorders* (285–309). Washington: American Psychiatric Association.
- Franklin M. E., Ledley D. A., Foa E. B. (2008). Response prevention. W: W. O'Donohue, J. E. Fisher (eds.), *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice*. Second edition (445–451). New Jersey: Wiley & Sons.
- Freeston M., Kendall T., Derisley J., Fineberg N., Flannaghan T., Heyman I., Jenkins R., Jones Ch., Knight G., Lowell K., Pettinari C., Premkumar P., Snelling C., Urey R., Veale D., Wilder H., Whittington C., Williams S. (2006). *Obsessive-compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder*. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- Gałecki P., Pilecki M., Rymaszewska J., Szulc A., Sidorowicz S., Wciórka J. (2018). *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM 5*. Wrocław: Edra.
- Hazlett-Stevens H., Craske M. G. (2008). Live (In Vivo) Exposure. W: W. O'Donohue, J. T. Fisher (eds.), *Cognitive behavior therapy: applying empirically supported techniques in your practice* (309–316). New Jersey: Wiley & Sons.
- Head L. S., Gross A. M. (2008). Systematic desensitization. W: W. O'Donohue, J. T. Fisher (eds.), *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice*. Second edition (542–549). New Jersey: Wiley & Sons.
- Head L. S., Gross A. M. (2009). Systematic desensitization. W: W. O'Donohue, J. T. Fisher (eds.), *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. Second edition (640–647). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Hofmann S., Asnaani A., Vonk I., Sawyer A., Fang A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440.
- Koran L. M., Hanna G. L., Hollander E., Blair Simpson H. (2007). Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 164(7), 5–53.
- Laws D. R. (1995). A theory of relapse prevention. W: L. O'Donohue, L. Krasner (eds.), *Theories of behavior therapy: Exploring behavior change* (445–474). Washington: American Psychiatric Association.
- Levin R. B., Gross A. M. (1985). The role of relaxation in systematic desensitization. *Behavior Research and Therapy*, 23, 187–196.
- March J., Frances A., Carpenter D., Kahn D. (1997). The expert consensus guideline series: Treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 37–44.
- McKay D., Sookman D., Neziroglu F., Wilhelm S., Stein D., Kyrios M., Matthews K., Veale D. (2015). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 225, 236–246.
- Meyer V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessive rituals. *Behavior Research and Therapy*, 4, 270–281.
- Morrison J. (2014). *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Morris L., Nightingale J. (2014). CBT for OCD: Habituation or cognitive shift? *The Cognitive Behavior Therapist*, 7, 6.
- Mowrer O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: John Wiley and Sons.
- Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. Everything NICE has said on treating obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder in an interactive flowchart.* (2018). National Institute for Care and Health Excellence. <https://pathways.nice.org.uk/pathways/obsessive-compulsive-disorder-and-body-dysmorphic-disorder> [dostęp 3.02.2018].
- Öst L. G. (2008). Cognitive behaviour therapy for anxiety disorders: 40 years of progress. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62, 5–10.
- Padesky Ch. A., Greenberger D. (2004). *Umysł ponad nastrojem. Podręcznik terapeuty*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Perwin L. A. (2006). *Psychologia osobowości*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Popiel A., Pragłowska E. (2009). Psychoterapia poznawczo-behavioralna – praktyka oparta na badaniach empirycznych. *Via-Medica: Psychiatria w Praktyce Klinicznej*, 2(3), 146–155.
- Pozza A., Anderson G., Antonelli P., Dettore D. (2014). Computer-delivered cognitive-behavioural treatments for obsessive compulsive disorder: Preliminary meta-analysis of randomized and non-randomized effectiveness trials. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 7(16), 1–27.
- Rabe-Jabłońska J. (2007). Diagnostyka i leczenie zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. *Via-Medica: Psychiatria*, 4(4), 160–174.
- Rachman S. (1980). Emotional processing. *Behavior Research and Therapy*, 18, 51–60.
- Rosenham D. L., Seligman M. E. P. (1994) *Psychopatologia I*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne.
- Roth D. A., Franklin E. M., Foa E. B. (2003). Response prevention. W: W. O'Donohue, J. E. Fisher, S. C. Hayes (eds.), *Cognitive behaviour therapy: Applying empirically supported techniques in your practice* (341–348). New Jersey: Wiley & Sons.
- Salkovskis P. M. (1991). Obsessions and compulsions. W: J. Scott, M. G. Williams, A. T. Beck (eds.), *Cognitive therapy in clinical practice. An illustrative casebook* (50–77). London: Routledge.
- Salkovskis P. M., Warwick H. M. C. (1988). Cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder. W: C. Perris, I. M. Blackburn (eds.), *The theory and practice of cognitive therapy* (376–395). Heidelberg: Springer.
- Silva P. De (2007a). Obsessions and compulsions: Investigation. W: S. Lindsay (ed.), *The Handbook of Clinical Adult Psychology* (59–79). London: Routledge.
- Silva P. De (2007b). Obsessions and compulsions: Treatment. W: S. Lindsay (ed.), *The Handbook of Clinical Adult Psychology* (79–91). London: Routledge.
- Spielger M. D., Guevremont D. C. (1998). *Contemporary behavior therapy*. London: Brooks/Cole Publishing Company.
- Storach E. A., Merlo L. I., Keeley M. L., Grabill K., Milsom V. A., Geffken G. R., Ricketts E., Murphy T. K., Goodman W. K. (2008). Somatic symptoms in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: Associations with clinical characteristics and cognitive-behavioral response. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 283–297.
- Triscari M. T., Faraci P., Catalisano D., D'Angelo V., Urso V. (2015). Effectiveness of cognitive behavioral therapy integrated with systematic desensitization, cognitive behavioral therapy combined with eye movement desensitization and reprocessing therapy, and cognitive behavioral therapy combined with virtual reality exposure therapy methods in the treatment of flight anxiety: A randomized trial. *Neuropsychiatry Disease and Treatment*, 11, 2591–2598.
- Tundo A., Necci R. (2016). Cognitive-behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder co-occurring with psychosis: Systematic review of evidence. *World J. Psychiatry*, 6(4), 449–455.

- Twohig M. P., Abramowitz J. S., Bluett E. J., Fabricant L. E., Jacoby R. J., Morrison K. L., Smith B. M. (2015). Exposure therapy for OCD from an acceptance and commitment therapy (ACT) framework. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 167–173.
- Wells A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide Chichester*. New York–Weinheim–Brisbane–Singapore–Toronto: Wiley & Sons.
- Westbrook D. (2007). Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne. Warsztaty w ramach VI edycji szkolenia w psychoterapii poznawczo-behawioralnej (wykład, skrypt). Warszawa: Centrum Terapii Poznawczo-Behawioralnej.
- Westbrook D., Kirk J. (2005). Podstawy TPB: Teoria, diagnozowanie i formułowanie. Warsztaty w ramach VI edycji szkolenia w psychoterapii poznawczo-behawioralnej (wykład, skrypt). Warszawa: Centrum Terapii Poznawczo-Behawioralnej.
- Wilhelm S., Tolin D. F., Steketee G. (2004). Challenges in treating obsessive – compulsive disorder: Introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 1127–1132.
- Wolpe J. (1990). *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press.
- Zoellner L. A., Abramowitz S. A., Moore S. A., Slagle D. A. (2008). Flooding. W: W. O’Donohue, J. E Fisher (eds.), *Cognitive behaviour therapy: Applying empirically supported techniques in your practice. Second edition* (204–210). New Jersey: Wiley & Sons.

MARCIN MŁYNARCZYK

COGNITIVE-BEHAVIOURAL THERAPY TECHNIQUES FOR OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

Abstract. The article presents the obsessive-compulsive disorder (OCD) as it is understood by the particular therapeutic approach – the cognitive-behavioural therapy (CBT). The disorder involves the appearance of recurring, persistent thoughts and acts (physical and mental ones) performed in response, with an aim of minimizing the anxiety triggered by these thoughts. The first part of the article presents the DSM-5 diagnostic criteria for the OCD. The second part introduces the general model of cognitive-behavioural therapy. The third part explains the disorder and its development using the CBT models. After the commentary on the effectiveness of the OCD treatment using the CBT, some specific techniques and the model of clinical practice are introduced. The article briefly deals with the topic of pharmacotherapy. It focuses on the CBT techniques based on the exposure to aversive triggers and holding back of reactions (E/RP), the gradual desensitization, behavioural experiments as well as the cognitive techniques focused on changing the dysfunctional interpretation.

Key words: obsessive-compulsive disorder (OCD), OCD treatment, CBT techniques, cognitive techniques, behavioural techniques, exposure and response prevention, desensitization.