

Paula Całun-Nadulska¹, Justyna Magdalena Sikora²

Terapia zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego w podejściu poznawczo-behawioralnym

Therapy of an obsessive-compulsive disorder in a cognitive-behavioural approach

¹ Ośrodek Rehabilitacji CEMICUS, Warszawa, Polska

² Poradnia Zdrowia Psychicznego, Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży, Łomża, Polska

Adres do korespondencji: Paula Całun-Nadulska, ul. Oborska 29, 05-510 Konstancin-Jeziorna, tel.: +48 696 302 202, e-mail: paula.nadulska@gmail.com

Streszczenie

W artykule opisano charakterystykę zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, jego modele behawioralne i poznawcze oraz wynikające z nich metody terapii. Modele behawioralne oparte na dwuetapowej teorii Mowrera – zgodnie z którą lęk przed określonym bodźcem jest nabywany w drodze warunkowania klasycznego i podtrzymywany w mechanizmie warunkowania sprawczego – uitorowały drogę terapii ekspozycyjnej. Z kolei praca poznawcza z pacjentami opiera się na modelach poznawczych, które zakładają, że podłożem zaburzenia są dysfunkcyjne przekonania związane z wyolbrzymioną odpowiedzialnością (Salkovskis, 1985, 1989), fuzją myśli i działania (Rachman, 1993), przecenianiem zagrożenia (McFall i Wollersheim, 1979) czy też metapoznawcze przekonania dotyczące np. kontrolowania myśli (Clark i Purdon, 1993, 1999; Wells i Matthews, 1994). Wprowadzone interwencje poznawcze mają pomóc pacjentom radzić sobie ze zniekształceniami poznawczymi oraz dysfunkcyjnymi przekonaniami i ocenami, charakterystycznymi dla tego zaburzenia. Badania potwierdzają wysoką skuteczność terapii behawioralnej w leczeniu zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych. Terapia ekspozycji z powstrzymaniem reakcji jest uznawana za konieczny element skutecznego leczenia zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych. Jednakże ponieważ 20–30% pacjentów z tymi zaburzeniami nie wyraża zgody na terapię ekspozycji z powstrzymaniem reakcji bądź z niej rezygnuje, zaproponowano poszerzenie terapii behawioralnej o elementy poznawcze. Wiele opisów przypadków oraz badań potwierdziło zmniejszenie nasilenia objawów zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, po tym jak terapię ekspozycji z powstrzymaniem reakcji połączono z restrukturyzacją poznawczą. W artykule omówiono skuteczność takiego leczenia oraz jego poszczególnych technik w terapii zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych.

Słowa kluczowe: zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, terapia poznawcza, terapia behawioralna, skuteczność leczenia

Abstract

This article presents characteristics of an obsessive-compulsive disorder, its behavioural and cognitive models and therapeutic methods developed on the basis of these models. Behavioural models based on Mowrer's two-stage theory, according to which the fear of a certain stimulus is acquired through classical conditioning and maintained in the mechanism of instrumental conditioning, have paved the way to an exposure therapy. On the other hand, cognitive therapy with patients is based on such cognitive models which assume that the underlying causes of the disorder are dysfunctional beliefs connected with exaggerated responsibility (Salkovskis, 1985, 1989), the thought-action fusion (Rachman, 1993), unrealistic cognitive appraisals of a threat (McFall and Wollersheim, 1979) or metacognitive beliefs of thought control (Clark and Purdon, 1993, 1999; Wells and Matthews, 1994). The cognitive interventions are introduced in order to help patients cope with cognitive distortions and dysfunctional beliefs which are characteristic to this disorder. Research confirm high effectiveness of behavioural therapy in the treatment of the obsessive-compulsive disorder. Exposure and ritual or response prevention treatment is thought to be a necessary element to achieve effective treatment of the obsessive-compulsive disorder. Unfortunately, research shows that 20–30% of obsessive-compulsive disorder patients do not agree to exposure and ritual or response prevention, or resign from it. In such cases, patients are proposed to enrich behavioural therapies with cognitive elements. Numerous case descriptions and research analyses confirmed the decrease of obsessive-compulsive disorder symptoms upon the introduction of cognitive restructuring into the exposure and ritual or response prevention. The article sets to present the effectiveness of the cognitive-behavioural therapy and its individual techniques in the obsessive-compulsive disorder treatment.

Keywords: obsessive-compulsive disorder, cognitive therapy, behavioural therapy, treatment outcome

WSTĘP

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (*obsessive-compulsive disorder*, OCD) dotyka około 0,35–4% populacji ogólnej (Bryńska i Srebnicki, 2017; Horwath i Weissman, 2000). Cechuje się nawracającymi natrętnymi myślami (obsesjami) bądź czynnościami przymusowymi (kompulsjami) albo jednymi i drugimi. Obsesje mogą mieć postać myśli, impulsów, idei czy wyobrażeń. Najczęściej dotyczą brudu, zanieczyszczeń, agresji, seksu, religii, skrupulatności, porządkowania i symetrii, gromadzenia czy też patologicznych wątpliwości (Allen *et al.*, 2003). Zawsze wiążą się one z cierpieniem i lękiem, a osoba cierpiąca na obsesje próbuje się ich pozbyć poprzez ich neutralizację innymi myślami lub działaniami (Foa *et al.*, 2016). Kompulsje natomiast to nawracające zachowania lub czynności umysłowe służące uniknięciu bądź też ograniczeniu cierpienia powodowanego obsesjami. Cechują się powtarzalnością i stereotypowym charakterem, a osoba nimi dotknięta doświadcza przymusu ich wykonania oraz ma poczucie ograniczonej kontroli nad nimi. Kompulsje służą redukcji odczuwanego lęku i zazwyczaj mają sztywny schemat przebiegu. Najczęściej związane są z rytuałami czystościowymi (np. myciem rąk), powtarzaniem (np. wykonywaniem czynności), natrętnym sprawdzaniem (np. wyłączonego gazu), dotykiem przedmiotów, przymusowym liczeniem w myślach, układaniem i porządkowaniem rzeczy (Bryńska, 2007). Nie muszą występować jako aktywność ruchowa, ale mogą mieć formę ukrytych zachowań, np. modlenia się, powtarzania określonych słów (Hyman i Pedrick, 2014). Charakter objawów i ich nasilenie u większości pacjentów zmieniają się w czasie; mogą też występować okresy remisji (Bryńska, 2007). OCD charakteryzuje się długotrwałym przebiegiem. Pacjenci często chorują latami, zanim zdecydują się na leczenie.

Zaburzenie to bardzo często współwystępuje z depresją, napadami paniki, fobią społeczną i zaburzeniem lękowym uogólnionym (Antony *et al.*, 1998; Crino i Andrews, 1996; za: Clark i Purdon, 2005).

BEHAVIORALNE I POZNAWCZE MODELE OCD

Model behawioralny OCD opiera się na dwuetapowej teorii lęku Mowrera (1960), uwzględniającej występowanie obaw i zachowań unikających w zaburzeniach lękowych. Obawy dotyczące specyficznego bodźca, które towarzyszą pacjentowi, są nabywane w mechanizmie warunkowania klasycznego i podtrzymywane w mechanizmie warunkowania sprawczego. Warunkowa reakcja lęku tworzy się poprzez skojarzenie neutralnych bodźców z przykrymi wydarzeniami. Na drodze warunkowania instrumentalnego dana osoba uczy się tego, że pewne zachowania tłumią lęk. Utrwalają się one dzięki wzmocnieniu, jakim jest redukcja lęku, przybierając charakter nawykowy, stereotypowy. W przypadku osób z OCD zmniejszenie poziomu niepokoju

wywołanego myślami obsesyjnymi wynika z zastosowania działań unikających bądź neutralizujących (kompulsji). Czynności natrętne służą zatem redukcji lęku, który pojawia się w odpowiedzi na bodziec lękotwórczy, jakim są obsesje. Unikając konfrontacji z lękiem, osoba dotknięta OCD uniemożliwia jego naturalną habituację i przetworzenie informacji związanej z bodźcem. Nie ma więc możliwości, aby się przekonać, że lęk nie rośnie w nieskończoność, lecz z upływem czasu maleje, a zagrożenie – nawet jeśli zaistniało – nie było ostatecznie duże (Bryńska, 2007).

Zintegrowany model poznawczo-behavioralny opisali Foa i Kozak (1985). Zgodnie z nim OCD wynika z kilku błędnych przekonań. Osoby dotknięte tym zaburzeniem przypisują duże zagrożenie sytuacjom stosunkowo bezpiecznym oraz przewidują wyolbrzymione negatywne konsekwencje zdarzeń. Dana jednostka może np. wierzyć, że jeśli dotknie podłogi i nie umyje po tym dokładnie rąk, zarazi się śmiertelną chorobą, a dotykając potem innych, również spowoduje ich śmierć. Foa i Kozak podkreślają, że osoby z OCD przewidują rzekome zagrożenia, opierając się na braku dowodów, iż sytuacja jest bezpieczna, i potrzebują gwarancji, że tak jest. Rytuały, które podejmują w celu redukcji wystąpienia przewidywanego nieszczęścia, nigdy nie dają im całkowitej pewności co do ich skuteczności – i dlatego są przez nich powtarzane, co ma zwiększyć ich pewność (Foa *et al.*, 2016).

Model poznawczy OCD McFall i Wollersheim (1979) opiera się na pracach Lazarusa oraz Carra. Zakłada on, że w procesie pierwotnej oceny poznawczej – dokonywanej na podstawie subiektywnie postrzeganych własnych zasobów radzenia sobie z danymi sytuacjami – osoby z OCD przeceniają ryzyko negatywnego rozwiązania, co powoduje wzrost lęku. Dokonując oceny wtórnej, dotyczącej konsekwencji wynikających z braku możliwości poradzenia sobie w tej sytuacji, podejmują zachowania neutralizujące (kompulsyjne). Ocenie pierwotnej i wtórnej towarzyszą dysfunkcyjne przekonania o nadmiernej własnej odpowiedzialności oraz o możliwości wystąpienia katastrofy. Powoduje to, że osoba z OCD czuje się bezradna wobec zagrożenia. Wykonując rytuały, chce zapobiec czy też przeciwdziałać przewidywanemu nieszczęściu (McFall i Wollersheim, 1979; za: Bryńska, 2007).

Model Salkovskisa (1985, 1989) oparty na teorii poznawczej Becka podkreśla rolę poczucia nadmiernej odpowiedzialności wobec intruzji pojawiających się u chorego. Niepożądane i nieakceptowane myśli, które się powtarzają i stają się obsesjami, autor odróżnia od typowych myśli automatycznych. Osoba z OCD, czując się odpowiedzialna za nieszczęścia swoje czy innych, podejmuje działania mające zapobiec zagrożeniu – w formie rytuałów jawnych lub ukrytych. Konsekwencjami tego są nasilenie się intruzji i wzrost związanego z nimi dyskomfortu. To zaś prowadzi do powtarzania działań neutralizujących, takich jak zachowania kompulsyjne, unikanie sytuacji związanych z odpowiedzialnością, szukanie wsparcia (dzielenie odpowiedzialności) czy próby blokowania natrętnych myśli.

Z kolei działania neutralizujące skutkują krótkotrwałym spadkiem niepokoju, ale wzmacniają przymus wykonania rytuału w odpowiedzi na intruzję. Zgodnie z modelem to nie sama intruzja, ale jej interpretacja powoduje przymus neutralizacji. Osoby z OCD mogą zakładać, że pojawianie się pewnych myśli jest przejawem własnych pragnień („Jeśli myślę, że mogę skrzywdzić dziecko, to znaczy, że chcę to zrobić, muszę się więc kontrolować”). Z kolei założenie, że powinno się kontrolować swoje myśli, może prowadzić do podejmowania prób ich kontrolowania, co nie jest możliwe i może przynieść odwrotny skutek oraz nasilać niepokój. Stosowana przez pacjenta neutralizacja nie pozwala mu zweryfikować myśli na temat zagrożenia i przekonać się, że jego obawy są bezpodstawne. Osoby z OCD utożsamiają też jakikolwiek wpływ na wydarzenia z własną odpowiedzialnością za nie (Salkovskis, 1999).

Rachman wprowadził pojęcie fuzji myśli i działania (*thought-action fusion*, TAF), które to zjawisko jest charakterystyczne dla chorych z OCD. Osoby cierpiące na to zaburzenie stawiają bowiem znak równości między myślami a działaniem – np. jeśli myślę o skrzywdzeniu kogoś, to znaczy, że mam ochotę to zrobić. Metapoznawcze przekonania dotyczą też konsekwencji myśli, np. myślenie o skrzywdzeniu kogoś zwiększa prawdopodobieństwo takiego zdarzenia. Powoduje to wzrost lęku i poczucia zagrożenia u chorego, a w konsekwencji prowadzi do podejmowania przez niego prób kontrolowania swojego myślenia i zachowania, a także przymusu sprawdzania (Rachman, 1993). Zdaniem autora podatność na rozwój zaburzenia wiąże się z takimi czynnikami, jak: wygórowane standardy moralne, zaburzenia treści poznawczych (w tym TAF), depresja i lęk (Clark i Purdon, 2005).

Clark i Purdon (1993, 1999) podkreślają wagę przekonań metapoznawczych dotyczących możliwości kontrolowania myśli i ich konsekwencji oraz sprzeczność z własnym „ja” i egodystoniczność myśli w rozwoju OCD. Według autorów osoby dotknięte tym zaburzeniem zakładają, że możliwe i konieczne jest kontrolowanie myśli, a jego brak świadczy o słabości umysłowej i może prowadzić do utraty kontroli także nad pozostałymi dziedzinami funkcjonowania. Clark i Purdon zwracają też uwagę na sprzeczność czy niezgodność treści obsesji z własnym „ja”, z wyznawanymi wartościami i poczuciem moralności. Utwierdza to dodatkowo chorą osobę w przekonaniu, jak ważne jest kontrolowanie swoich myśli, i w konsekwencji nasila obsesję. Osią problemu są więc nieudane próby kontroli myśli, a nie ich treść (Clark i Purdon, 2005).

Koncepcja Wellsa i Matthews (1994) podkreśla znaczenie przekonań metapoznawczych. Negatywne metaprzekonania wynikają z oceny natrętnych myśli. Niedające się kontrolować kompulsje wynikają z przekonań metapoznawczych osoby, które zakładają, że pewne myśli mogą wywołać niebezpieczne zdarzenia czy doprowadzić do negatywnych działań. Aby temu zapobiec, należy unikać tych myśli lub powtarzać rytuały zabezpieczające. Brak neutralizacji grozi pojawieniem się negatywnych konsekwencji oraz

niepokojem i martwieniem się. Z drugiej jednak strony rytuały mogą być źródłem cierpienia, kiedy będą zabierać coraz więcej czasu, a osoba je wykonująca zacznie je postrzegać jako niekontrolowane i niebezpieczne (Wells, 2010). Wells i Matthews podkreślają, że osoby z OCD skupiają się na własnych procesach myślowych, co zwiększa wykrywalność niechcianych myśli i może wyzwać natręctwa. Koncentrując się na wewnętrznych wątpliwościach, mają coraz mniejszą pewność co do pamięci działań czy zdarzeń, to zaś prowadzi do nasilenia czynności sprawdzających (Wells, 2010).

Prowadzono również badania w kierunku deficytów poznawczych u osób z OCD, ale ich dotychczasowe wyniki nie są na tyle jednoznaczne, aby można było potwierdzić tezę o istnieniu tych deficytów na poziomie niespecyficznym lub ogólnym (Clark i Purdon, 2005).

TERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA OCD

Do połowy lat 60. XX wieku żaden rodzaj terapii farmakologicznej ani psychologicznej nie dawał skutecznych efektów w leczeniu OCD. Obecnie badania wykazują wiele dowodów potwierdzających skuteczność przyjmowania leków, m.in. takich jak kломipramina, fluoksetyna, fluoksetamina, sertralina i paroksetyna, które zmniejszają nasilenie objawów OCD. Farmakoterapia jest metodą pomocną w leczeniu przede wszystkim ostrej fazy tego zaburzenia. Czasami – w szczególnie uporczywych przypadkach, opornych na leczenie – stosuje się psychochirurgię. Jest to jednak leczenie obciążone ryzykiem nieodwracalnych następstw w przypadku niepowodzenia zabiegu (Bryńska, 2007).

Satysfakcjonujące wydają się natomiast wyniki analiz potwierdzających skuteczność psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Należą do nich m.in. badania, w których wykorzystano terapię behawioralną polegającą na ekspozycji z powstrzymaniem reakcji. Wykazały one większą redukcję objawów OCD oraz trwalsze efekty terapii niż po odbyciu leczenia tylko farmakologicznego (Clark i Purdon, 2005).

W 1966 roku Meyer jako pierwszy zastosował leczenie pacjentów z OCD programem terapii behawioralnej, który obejmował przedłużoną ekspozycję na niepokojące bodźce i sytuacje, w połączeniu z powstrzymaniem reakcji, czyli wyhamowaniem czynności bądź rytuałów wykonywanych w celu obniżenia dyskomfortu (ekspozycja z powstrzymaniem reakcji, E/PR). Badacz wraz ze współpracownikami stosowali ekspozycję *in vivo* z powstrzymaniem reakcji, co pozwalało zwalczać jawne rytuały. Wyniki badań wykazały wysoką skuteczność terapii u 10 pacjentów na 15 oraz częściową poprawę u reszty osób badanych (Meyer, 1966). W kolejnych latach Foa i Goldstein (1978) włączyli ekspozycje wyobrażeniowe do programu terapii OCD. Badania wykazały, iż osoby cierpiące na to zaburzenie, które zostały poddane ekspozycji wyobrażeniowej i ekspozycji *in vivo*, wykazywały mniej nawrotów choroby.

Można zatem stwierdzić, że ekspozycja wyobrażeniowa przyczyniała się do utrzymania efektów terapii (Foa *et al.*, 1980). Zauważono, iż umożliwia ona też rozróżnienie pomiędzy myślami na temat krzywdy a rzeczywistą krzywdą, co wpływa na zmianę skojarzenia między zagrażającym znaczeniem bodźca a elementami reakcji w strukturze strachu (Williams *et al.*, 2014).

Terapia behawioralna opierająca się na E/PR ma na celu modyfikację zachowania, która dokonuje się dzięki habituacji oraz wygaszaniu wzmocnień. Terapia ta trwa około kilkunastu sesji – najczęściej dwa razy w tygodniu mniej więcej po dwie godziny (Foa *et al.*, 2016). Wymaga regularności oraz systematyczności. Pierwszym etapem terapii ekspozycyjnej jest psychoedukacja na temat zaburzenia oraz proponowanego leczenia. Ważny element stanowi omówienie modelu behawioralnego OCD w celu wyjaśnienia słuszności zastosowania technik ekspozycyjnych oraz zmian zachodzących w procesie terapii (Bryńska, 2007). Dobre zrozumienie przez pacjenta zasad prowadzenia terapii ekspozycyjnej wpływa na podniesienie motywacji oraz sukcesy osiągnięte podczas leczenia (Bryńska, 2007). Kolejnym etapem jest sporządzenie zhierarchizowanej listy objawów obsesyjno-kompulsyjnych – z uwzględnieniem bodźców, które wyzwalają niepokój, oraz czynności neutralizujących. Sporządzona lista, określająca cele terapii ekspozycyjnej, pozwala na zaplanowanie kolejnych sesji oraz zawarcie kontraktu terapeutycznego. Ekspozycje planowane są w formie wyobrażeniowej oraz *in vivo*, a ich liczba zależy od rodzaju obsesji czy kompulsji. W badaniu przeprowadzonym w 2014 roku zaobserwowano, iż pacjenci cierpiący na OCD z jawnymi kompulsjami, związanymi m.in. z czystością, symetrią oraz porządkiem, wykazali mniejsze nasilenie objawów OCD po terapii E/PR niż osoby wykazujące myśli natrętne o tematyce dla nich niedopuszczalnej (tabu), z rytuałami ukrytymi, mentalnymi. Badacze wnioskują, iż w przypadku takiej grupy pacjentów wskazana jest większa liczba ekspozycji wyobrażeniowych z uwzględnieniem powstrzymywania reakcji, wraz z eliminacją kompulsji psychicznych (Williams *et al.*, 2014). Terapia ekspozycyjna powinna być kontynuowana między sesjami terapeutycznymi, w związku z czym – jeśli zachodzi taka potrzeba – ustala się z pacjentem osoby (przyjaciół, członków rodziny), które będą pełniły funkcję terapeutów pomocniczych (Bryńska, 2007). Podejście oparte na E/PR uwzględnia także odbywanie przez terapeutę wizyt domowych w celu przeprowadzenia ekspozycji oraz zweryfikowania, czy zyski pacjenta z terapii uogólniają się na otoczenie domowe. Metoda ta nie obejmuje natomiast formalnych technik restrukturyzacji poznawczej. Zgodnie z tą koncepcją E/PR wpływa na zmianę dysfunkcyjnych przekonań pacjenta związanych z OCD (Foa *et al.*, 2016).

Rozwój terapii poznawczej w leczeniu OCD był istotny ze względu na pacjentów, którzy nie zdołali rozpocząć lub zakończyć terapii E/PR. Zauważono, iż u osób, u których nie występuje rytualizacja w postaci natręctw bądź występują czynności natrętne ukryte, trudniej jest

przeprowadzić skuteczną terapię ekspozycyjną (Salkovskis i Warwick, 1985). Model poznawczy zakłada, iż dyskomfort wywołany objawami OCD jest odpowiedzią na interpretację doświadczanych myśli natrętnych, a kompulsje są reakcją na ten proces. Celem takiej terapii jest więc zmiana dokonywanej przez pacjenta dysfunkcyjnej interpretacji w odpowiedzi na myśli natrętne, co wpływa na redukcję stresu oraz zmniejszenie przymusu podejmowania psychicznych i jawnych prób kontrolowania bądź neutralizowania myśli natrętnych.

Koncepcja poznawcza OCD Salkovskisa integruje w podejściu terapeutycznym wcześniejsze modele nadmiernej odpowiedzialności (Rachman, 1976), przekonania na temat myśli i działania dotyczące perfekcjonizmu (McFall i Wollersheim, 1979) z elementami terapii behawioralnej. Praca poznawcza według tej koncepcji wymaga zbadania oraz przeformułowania dysfunkcyjnych przeświadczeń pacjenta z OCD na temat tego, że myślenie o danym działaniu jest jak podjęcie tego działania. Praca terapeutyczna koncentruje się na zaniechaniu prób kontrolowania myśli oraz na zmianie przekonań rdzennych i pośredniczących dotyczących odpowiedzialności za wyrządzenie krzywdy (Salkovskis, 1999). Ważnym elementem leczenia jest również to, by nauczyć pacjenta odróżniania myśli automatycznych od intruzji. Egodystoniczne myśli natrętne prowokują powstawanie myśli automatycznych i podejmowanie przez chorego czynności neutralizujących (Bryńska, 2007).

Inne podejścia poznawcze zakładają, iż w procesie terapeutycznym powinno się stawiać większy nacisk na pracę nad przekonaniem metapoznawczymi, dotyczącymi potrzeby kontrolowania myśli (Clark i Purdon, 2005). Wells i Matthews (1994) przyjęli założenie, iż interpretacje pacjenta dotyczące jego odpowiedzialności są elementem przetwarzania metapoznawczego oraz dysfunkcyjnych przekonań na temat wpływu myśli i związanego z nimi zagrożenia (Wells, 2010). Praca według koncepcji metapoznawczej koncentruje się na przeformułowaniu przekonania stawiającego znak równości między myślami a działaniami. Zwraca się tu także uwagę na metapoznawcze przeświadczenie dotyczące konsekwencji myśli (np. myśli powodują działanie) oraz ich wpływu na przeszłe działania (np. „jeśli myślałam, że to zrobiłam, to prawdopodobnie to się wydarzyło”). Wells zwraca uwagę na wpływ zastanawiania się pacjenta nad natrętnymi myślami na zintensyfikowanie ruminacji i zamartwiania się. Może to prowadzić do wtórnego problemu – w postaci lęku przed samym zamartwianiem się. Celem terapii jest zmiana dysfunkcyjnych przekonań poprzez manipulowanie behawioralnymi i ruminacyjnymi strategiami pacjenta (Wells, 2010). Pierwszy etap leczenia polega na psychoedukacji, podczas której zaleca się wykorzystywanie m.in. eksperymentów behawioralnych – takich jak tłumienie myśli – oraz omówienie z pacjentem idei, iż problemem są nie natręctwa, ale zamartwianie się nimi. Wykorzystuje się także strategię zawieszania ruminacji i zamartwiania się, w ramach czego powinno się stosować „zdystansowaną uważność”, polegającą na pozostawieniu

myśli własnemu biegowi, bez prób podejmowania z nimi walki (Wells i Matthews, 1994, 1997; za: Wells, 2010). Wydobyć przekonania na temat rytuałów pozwala je wykorzystać do zaplanowania i wdrożenia eksperymentów behawioralnych, których celem jest podważenie negatywnych ocen dotyczących natrętnych myśli oraz przekonań na temat zaniechania rytuałów (np. eksperymenty behawioralne podważające wiarę w utożsamianie myśli z działaniem – próby wywołania negatywnych zdarzeń za pomocą negatywnych myśli). W ramach restrykcji behawioralnej wykorzystuje się eksperymenty oparte na E/PR w celu podważania i przeformułowania dysfunkcyjnych przekonań. Do takich doświadczeń należy np. odsłuchiwanie nagrań audio. Badania wskazują bowiem na to, że technika polegająca na wielokrotnym odsłuchiwaniu nagrań własnych obsesji przez pacjenta jest skuteczna przy wykorzystaniu ekspozycji na myśli wzbudzające lęk oraz przy powstrzymaniu rytuałów umysłowych (Salkovskis i Westbrook, 1989).

SKUTECZNOŚĆ PSYCHOTERAPII W LECZENIU OCD

Wiele badań dowodzi tego, iż metoda leczenia E/PR prowadzi do istotnej i trwałej redukcji objawów obsesyjnych oraz kompulsyjnych. Projekty badawcze poświęcone analizie wpływu E/PR na zaburzenia OCD opisują, że u 83% pacjentów nastąpiła poprawa bezpośrednio po zakończeniu terapii, a u 76% efekty utrzymały się także po kolejnych 29 miesiącach (Foa i Kozak, 1996; Kozak *et al.*, 2000; za: Clark i Purdon, 2005). Ponadto okazuje się, że po dłuższym okresie od ustania leczenia pacjenci po terapii behawioralnej zachowują lepszy stan zdrowia niż osoby po zakończonej farmakoterapii (van Balkom *et al.*, 1994; Foa i Kozak, 1996; Rachman i Hodgson, 1980; Stanley i Turner, 1995; za: Clark i Purdon, 2005). Badanie, w którym porównano skuteczność terapii samą kłomipraminą, intensywnego E/PR, ich kombinacji oraz placebo, wykazało, iż po zakończeniu leczenia wszystkie trzy terapie były lepsze od placebo, a E/PR okazało się lepsze od farmakoterapii. E/PR połączone z farmakoterapią ujawniło lepsze efekty niż sama kłomipramina, aczkolwiek taka terapia łączona nie okazała się efektywniejsza niż sama terapia behawioralna. Co więcej, tempo nawrotu było wyższe po odstawieniu leków w porównaniu z samą terapią behawioralną lub leczeniem łączonym (Foa *et al.*, 2005). Takie wyniki badań oraz szereg innych analiz stanowią dowód na wysoką skuteczność leczenia OCD metodą E/PR. Przyglądając się konkretnym działaniom wykonywanym podczas tej terapii w metaanalizie przeprowadzonej przez Abramowitza w 1996 roku, zauważono, że połączenie ekspozycji *in vivo* z wyobrażeniową było lepsze niż sama ekspozycja *in vivo* w kontekście zmniejszania nasilenia lęku (Foa, 2010).

Terapia E/PR uznawana jest za konieczny element skutecznego leczenia OCD. Jednakże z powodu braku zgody na terapię behawioralną bądź rezygnacji z niej przez około 20–30% pacjentów z OCD oraz braku widocznych

efektów leczenia z wykorzystaniem E/PR i farmakoterapii zaproponowano szersze spojrzenie na obszar terapii poznawczej w połączeniu z terapią behawioralną (Stanley i Turner, 1995). Salkovskis i Warwick (1985) zauważyli, iż terapia poznawcza okazała się skuteczna w pracy podejmowanej z pacjentami nad takimi czynnikami, jak: negatywne przewidywania związane z efektami leczenia, niska motywacja oraz niewykonywanie prac osobistych i zaleceń. Dodatkowo Freeston i wsp. wykazali, że terapia łącząca poznawczą restrukturyzację z ekspozycją i powstrzymywaniem ukrytych rytuałów mentalnych wpływa na zmniejszenie nasilenia obsesji ruminacyjnych (Freeston *et al.*, 1997). Co więcej, terapia poznawczo-behawioralna okazała się ważna przy konkretnych podtypach OCD, takich jak kompulsyjne gromadzenie przedmiotów (Frost i Steketee, 1999) oraz kompulsje odnoszące się do utrzymania symetrii i porządku. Wprowadzenie pracy poznawczej w połączeniu z terapią behawioralną może być pomocne również przy współzachorowalności na depresję (Clark i Purdon, 2005). Terapia poznawcza wywarła duży wpływ na obecne leczenie behawioralne zaburzeń OCD. Klasyczna metoda oparta na E/PR została przededefiniowana na terapię poznawczo-behawioralną (Kozak *et al.*, 2000; za: Clark i Purdon, 2005). W 2008 roku przeprowadzono metaanalizę 19 kontrolowanych badań psychoterapeutycznych. Stwierdzono, że E/PR i terapia poznawcza oraz ich połączenie są wysoce skuteczne w leczeniu OCD, bez znaczących różnic między terapiami. Autorzy zauważyli, że podobieństwo wyników dla E/PR i terapii poznawczej może być spowodowane faktem, iż obie metody wykorzystywały te same techniki. Terapia poznawcza najczęściej uwzględnia eksperymenty behawioralne, które obejmują ekspozycję *in vivo* na sytuacje wywołujące obsesję w celu wywoływania irracjonalnych myśli, włączając w to E/PR. Z drugiej strony terapia E/PR obejmuje przetwarzanie, które pomaga pacjentom kwestionować ich nie realistyczne przekonania i myśli (Rosa-Alcázar *et al.*, 2008).

PODSUMOWANIE I WNIOSKI KOŃCOWE

Ponad 40 lat opublikowanych badań weryfikujących skuteczność leczenia OCD dowodzi tego, iż terapia poznawczo-behawioralna jest w tym przypadku efektywną metodą. Terapia E/PR ma największą bazę dowodową na poparcie jej stosowania w leczeniu OCD. Badania wykazują, że gdy obejmuje ona przetwarzanie, wówczas okazuje się najskuteczniejsza, podczas gdy ekspozycja bez przetwarzania i terapia poznawcza dają równoważną poprawę.

Na podstawie dowodów empirycznych terapię E/PR zaleca się jako leczenie pierwszego rzutu w przypadku OCD, z uwzględnieniem terapii poznawczo-behawioralnej jako alternatywnej bądź uzupełniającej (Foa, 2010).

Konflikt interesów

Autorki nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpływać na treść publikacji.

Piśmiennictwo

- Allen A, King A, Hollander E: Obsessive-compulsive spectrum disorders. *Dialogues Clin Neurosci* 2003; 3: 259–271.
- Bryńska A: Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne. Rozpoznawanie, etiologia, terapia poznawczo-behawioralna. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
- Bryńska A, Srebnicki T: W spektrum zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. *Terapia Poznawczo-Behawioralna* 2017; (8): 65–87.
- Clark DA, Purdon C: Teoria i terapia poznawcza obsesji i kompulsji. W: Reinecke MA, Clark DA (eds.): *Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005: 109–139.
- Foa EB: Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues Clin Neurosci* 2010; 12: 199–207.
- Foa EB, Goldstein A: Continuous exposure and complete response prevention in the treatment of obsessive-compulsive neurosis. *Behav Ther* 1978; 9: 821–829.
- Foa EB, Liebowitz MR, Kozak MJ et al.: Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 151–161.
- Foa EB, Steketee G, Turner RM et al.: Effects of imaginal exposure to feared disasters in obsessive-compulsive checkers. *Behav Res Ther* 1980; 18: 449–455.
- Foa EB, Yadin E, Lichner TK: Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne. Terapia ekspozycji i powstrzymania reakcji. Podręcznik terapeutyczny. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2016.
- Freeston MH, Ladouceur R, Gagnon F et al.: Cognitive-behavioral treatment of obsessive thoughts: a controlled study. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65: 405–413.
- Frost RO, Steketee G: Issues in the treatment of compulsive hoarding. *Cogn Behav Pract* 1999; 6: 397–407.
- Horwath E, Weissman MM: The epidemiology and cross-national presentation of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2000; 23: 493–507.
- Hyman BM, Pedrick C: Pokonać, OCD czyli zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne. *Praktyczny przewodnik*. Harmonia, Gdańsk 2014.
- McFall ME, Wollersheim JP: Obsessive-compulsive neurosis: a cognitive-behavioral formulation and approach to treatment. *Cognit Ther Res* 1979; 3: 333–348.
- Meyer V: Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behav Res Ther* 1966; 4: 273–280.
- Rachman S: Obsessional-compulsive checking. *Behav Res Ther* 1976; 14: 269–277.
- Rachman S: Obsessions, responsibility and guilt. *Behav Res Ther* 1993; 31: 149–154.
- Rosa-Alcázar AI, Sánchez-Meca J, Gómez-Conesa A et al.: Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2008; 28: 1310–1325.
- Salkovskis PM: Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1999; 37 Suppl 1: S29–S52.
- Salkovskis PM, Warwick HMC: Cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder: treating treatment failures. *Behav Cogn Psychother* 1985; 13: 243–255.
- Salkovskis PM, Westbrook D: Behaviour therapy and obsessional ruminations: can failure be turned into success? *Behav Res Ther* 1989; 27: 149–160.
- Stanley MA, Turner SM: Current status of pharmacological and behavioral Treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Ther* 1995; 26: 163–186.
- Wells A: *Terapia poznawcza zaburzeń lękowych*. Praktyczny podręcznik i przewodnik po teorii. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010.
- Williams MT, Farris SG, Turkheimer EN et al.: The impact of symptom dimensions on outcome for exposure and ritual prevention therapy in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2014; 28: 553–558.