

Justyna Sulej, Artur Kołakowski

### **Zastosowanie psychoterapii poznawczo-behawioralnej zespołu obsesyjno-kompulsyjnego u dzieci i młodzieży. Prowadzenie psychoterapii poza gabinetem**

The use of the cognitive-behavioural therapy methods in the treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder.

Leading therapy in the real life circumstances

Centrum Terapii Poznawczo-Behawioralnej (CBT) w Warszawie

Correspondence to: Centrum Terapii Poznawczo-Behawioralnej (CBT) w Warszawie, ul. Piękna 68, 00-672 Warszawa, tel. kom.: 606 710 990, e-mail: j.sulejsowinska@gmail.com

Source of financing: Department own sources

#### **Streszczenie**

Badania epidemiologiczne wskazują, że najprawdopodobniej 0,5% dzieci i młodzieży cierpi z powodu zespołu obsesyjno-kompulsyjnego (OCD), z kolei wśród dorosłych około połowy pacjentów podaje, że objawy OCD towarzyszą im od dzieciństwa. W przypadku leczenia OCD terapia poznawczo-behawioralna jest uważana za leczenie z wyboru, którego skuteczność potwierdziło wiele badań. Jedną z podstawowych behawioralnych procedur leczenia OCD jest ekspozycja na bodziec wywołujący myśl natrętną wraz z powstrzymaniem reakcji (E/PR). W leczeniu OCD u dzieci i młodzieży stosowanie wyłącznie tej metody często okazuje się niewystarczające, aby praca terapeutyczna zakończyła się sukcesem. Doświadczenie kliniczne pokazuje, że z jednej strony przymus wykonywania kompulsji jest dla dzieci czy nastolatków niezwykle uciążliwy i stresujący, z drugiej zaś objawy OCD często wpisują się w ich społeczne, szkolne i rodzinne funkcjonowanie, stając się ważnym elementem funkcjonowania całej rodziny, a niektóre czynniki rodzinne mogą wiązać się z ujawnieniem lub podtrzymywaniem objawów OCD. W niniejszym artykule przedstawiamy, jak wpisywanie się objawów OCD w system rodzinny może w różny sposób wpływać na obraz kliniczny zaburzenia i zmuszać do modyfikacji standardowej terapii behawioralnej OCD. W opisywanych w artykule przypadkach taki sposób prowadzenia terapii okazywał się nieskuteczny i wymagał zaangażowania się psychoterapeutów w sesje w naturalnym środowisku pacjenta. W wyniku sesji w domu pacjentów mogliśmy zauważyć i zmodyfikować te działania (zarówno rodziców, jak i dzieci), które podtrzymywały objawy. Przykładowe działania to: wyręczanie pacjenta w wykonywaniu czynności, przy których mogą pojawić się objawy; pomoc w unikaniu sytuacji, w których mogą pojawiać się objawy; wspierający utrzymywanie się objawów stosunek rodziców do choroby. Często stosowane przez rodziców wyręczanie w wykonywaniu czynności, przy których mogą pojawić się natręctwa, przynosiło pacjentowi wtórne korzyści z choroby. Sesje *in vivo* pozwalały odpowiedzieć na pytanie, co jest powodem utrzymywania się objawów (np. trudna sytuacja rodzinna pacjenta, choroba jako ucieczka). W artykule opisujemy szczegółowo kilka przypadków zastosowania terapii behawioralnej poza gabinetem, w których dzięki zaobserwowanym wnioskowi i wprowadzonym modyfikacjom terapia mogła zakończyć się sukcesem.

**Słowa kluczowe:** terapia poznawczo-behawioralna, dzieci, młodzież, terapia *in vivo*, rodzice, ekspozycja/powstrzymanie reakcji

## Summary

Epidemiological research shows that most probably 0.5% of children and adolescents suffer from obsessive-compulsive disorder (OCD) and, among adults, about half of the patients claim that they have been experiencing the OCD symptoms since their childhood. In case of OCD treatment, the cognitive-behavioural therapy is considered a well-documented and effective method of choice. One of the basic behavioural interventions for OCD is exposure plus response prevention (E/PR). Applying solely this therapy method often turns out to be insufficient and unsuccessful in children's and adolescents' OCD treatment. Clinical data show that, on the one hand, engaging in compulsive behaviour is extremely difficult and stressful for children or adolescents, though, on the other hand, the OCD symptoms constitute a part of their social, school and family environment. They become an important element of family functioning and some of them may be associated with the exposure or supporting of the OCD symptoms. In the article we are presenting how the OCD symptoms, which are a part of the family environment, may influence the clinical picture of the disorder and force the modification of standard behavioural therapy methods used in the OCD treatment. In the cases described herein such a way of leading therapy turned out to be ineffective and made psychotherapists transfer the sessions into the patient's domestic environment. The sessions at the patients' home enabled us to notice and modify those actions (of both parents and children) which reinforced the symptoms. Such actions included e.g.: helping out with the tasks that could trigger the symptoms; helping the patient avoid situations which are likely to induce the symptoms; parents' attitude towards the disorder that supports the symptoms. Helping out with the activities that may trigger the symptoms – often practised by parents – actually provided the patient with additional benefit from suffering from the disorder. *In vivo* sessions often helped identify the causes of persisting symptoms (e.g. difficult family situation of the patient, disorder as an escape). In the article below we describe in detail a number of cases where the behavioural method has been applied in the real life circumstances and has turned out to be successful as a result of collected observations and implemented modifications.

**Key words:** cognitive-behavioural therapy, children, adolescents, *in vivo* therapy, parents, exposure plus response prevention

Objawy zespołu obsesyjno-kompulsyjnego (OCD) mogą pojawić się już w dzieciństwie<sup>(1)</sup>, a na samą chorobę, jak wskazują badania, może cierpieć około 0,5% dzieci i młodzieży<sup>(2)</sup>.

Myśli natrętne (obsesje) to nawracające, uporczywe idee, myśli, wyobrażenia lub impulsy, które wdzierają się do świadomości wbrew woli chorego, odczuwane są jako natrętne, przeszkadzające, budzące lęk.

Czynności natrętne (kompulsje) to powtarzające się, niecelowe formy zachowania lub czynności psychiczne, ujawniające się wbrew woli chorego, realizowane w sposób stereotypowy, często jako odpowiedź na myśl natrętą, podejmowane w celu zmniejszenia lęku wywołanego przez obsesję<sup>(3-4)</sup>. U większości dzieci i nastolatków występują zarówno myśli, jak i czynności natrętne, jednak możliwe jest też występowanie tylko jednej z tych grup objawów<sup>(5)</sup>.

W przypadku leczenia OCD terapię poznawczo-behawioralną uznaje się za metodę z wyboru, której skuteczność potwierdziło wiele badań<sup>(6-9)</sup>. Także oficjalne wytyczne AACAP rekomendują CBT OCD jako leczenie pierwszego rzutu w przypadku dzieci oraz połączenie CBT OCD i farmakoterapii w przypadku nastolatków (przy niewielkim nasileniu objawów OCD preferują stosowanie jedynie CBT)<sup>(10)</sup>.

Jedną z podstawowych behawioralnych procedur leczenia OCD jest ekspozycja na bodziec wywołujący myśl natrętą wraz z powstrzymaniem reakcji (E/PR)<sup>(4-5)</sup>. W leczeniu OCD dzieci i młodzieży stosowanie standardowych metod terapii poznawczo-behawioralnej, jaką jest ekspozycja i powstrzymanie reakcji (E/PR), często okazuje się niewystarczające, aby praca terapeutyczna zakończyła się sukcesem. Doświadczenie kliniczne pokazuje, że z jednej strony przymus wykonywania kompulsji jest dla

dzieci czy nastolatków niezwykle uciążliwy i stresujący, z drugiej zaś objawy OCD często wpisują się w ich społeczne, szkolne i rodzinne funkcjonowanie, stając się na przykład ważnym elementem funkcjonowania całej rodziny<sup>(5)</sup>. Warto też zauważyć, że niektóre czynniki rodzinne mogą wiązać się z ujawnieniem lub podtrzymywaniem objawów OCD. Wśród nich wymienia się między innymi wysoki poziom ujawnianych emocji (*expressed emotion*, EE), wrogość, krytycyzm, uwikłanie dziecka w problemy rodzinne<sup>(5,11-13)</sup>. Niektóre badania sugerują, że właśnie wysoki poziom ujawnianych przez rodziców emocji może wiązać się z gorszą odpowiedzią dzieci na leczenie<sup>(13)</sup>. W badaniach Valleni-Basile<sup>(14)</sup> nastolatki z OCD otrzymywały od swoich rodziców mniej emocjonalnego wsparcia oraz serdeczności niż ich rówieśnicy z grupy kontrolnej. Inne badania wskazywały, że rodzice osób z OCD są bardziej odrzucający, nadmiernie kontrolujący, a jednocześnie nadopiekuńczy<sup>(15)</sup>. W badaniach obserwacyjnych<sup>(16)</sup> zauważono, że rodzice dzieci z OCD (w porównaniu z rodzicami z grupy kontrolnej) mniej wierzyli w możliwości swoich dzieci, rzadziej nagradzali ich samodzielność, mieli mniejsze zaufanie do ich umiejętności rozwiązywania problemów. Podobnie dzieci z OCD w porównaniu z rówieśnikami gorzej radziły sobie z rozwiązywaniem problemów, mniej wierzyły w to, że poradzą sobie z rozwiązaniem trudności, oraz okazywały swoim rodzicom mniej ciepła<sup>(16)</sup>. Często też zdarza się, że rodzice są wciągnięci w objawy swoich dzieci – przykładowo w badaniach Allopsa i Verduyn wykazano, że 70% rodziców dzieci z OCD jest włączonych w objawy swoich pociech, a 3/4 z nich pozwala na to, by uniknąć ich agresywnych zachowań<sup>(5)</sup>. W niniejszym artykule przedstawiamy, jak wpisywanie się objawów OCD w system rodzinny może w różny sposób wpływać na obraz kliniczny OCD, a jednocześnie zmuszać do

modyfikacji standardowej terapii behawioralnej OCD opartej na ekspozycji i powstrzymaniu reakcji w gabinecie psychoterapeuty, połączonej z wykonywaniem przez pacjenta, przy wsparciu rodziców, E/PR pomiędzy sesjami. W opisywanych poniżej przypadkach taki sposób prowadzenia terapii okazywał się nieskuteczny i wymagał zaangażowania się psychoterapeutów w sesje w naturalnym środowisku pacjenta.

### STOSUNEK RODZICÓW DO CHOROBY – CZY DZIECKO JEST WINNE POJAWIANIA SIĘ OBJAWÓW?

Bardzo ważną rolę w skutecznej terapii poznawczo-behawioralnej odgrywa edukacja pacjenta i jego rodziny na temat objawów i specyfiki zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego<sup>(4)</sup>. Zdarza się, że rodzice traktują obsesje i kompulsje dziecka jako przyzwyczajenie, a nawet fanaberię. Nie potrafią lub nie chcą zrozumieć, dlaczego u podopiecznego pojawiają się objawy i jak trudno jest mu sobie z nimi poradzić. Bardzo często na pytanie: „Jak reagują rodzice na twoje natręctwa?”, można usłyszeć odpowiedź: „Krzyczą na mnie, mówią, żebym przestał”. Rodzice mogą przyjąć różną postawę wobec objawów dziecka:

- rozumieją, że dziecko jest chore, że objawy są poza jego kontrolą, i są gotowi pomóc mu poradzić sobie z chorobą;
- wykazują postawę ambiwalentną – z jednej strony akceptują problem dziecka, z drugiej uważają, że za mało się stara, by sobie z nim poradzić;
- odrzucają dziecko, uznając objawy za przejaw złego zachowania; dziecko jest potępiane i obwiniane.

Zarówno w edukacji, jak i w pracy z pacjentem (oraz jego bliskimi) może pomóc przedstawienie zaburzenia jako wspólnego „wroga”. Rodzina razem z dzieckiem „gra w jednej drużynie” przeciwko zaburzeniu. Bardzo ważne jest w tej sytuacji oddzielenie pacjenta od zaburzenia i uznanie, że nie jest ono jego integralną częścią, a jedynie „chwilową przypadłością”, która nie określa w żaden sposób jego osoby jako jednostki. Jeżeli dziecko czy nastolatek oddziela siebie od choroby, łatwiej mu podjąć walkę z jej objawami.

Stosując psychoedukację, możemy jednocześnie wpłynąć na motywację nastoletniego pacjenta. Przedstawiamy zaburzenie jako „wroga, który chce mną rządzić, mówi mi, co mam robić”. Sposoby walki i próby ich podejmowania stają się więc metodą na zatrzymanie tej władzy w swoich rękach: „Jeżeli wykonuję natręctwa, to się im poddaję, a jeżeli próbuję się im przeciwstawić (stosując PR), to zyskuję przewagę i władzę”. Rezultatem powyższej psychoedukacji przeprowadzonej z nastoletnim pacjentem było wprowadzenie przez niego myślenia: „Jestem panem swojego ciała; natręctwa – wynocha”.

### WPLYW DZIAŁAŃ RODZICÓW NA PRZEBIEG E/PR POMIĘDZY SESJAMI

Zdarza się, że pomimo, wydawałoby się, zrozumiałej dla pacjenta i jego bliskich edukacji, zrozumienia mechanizmów zaburzenia, wystarczającej motywacji pacjenta i czasami nawet początkowych sukcesów stosowana terapia nie przynosi

oczekiwanych rezultatów. Stajemy wtedy przed pytaniem o przyczynę braku efektów. Aby odpowiedzieć sobie na to pytanie, wielokrotnie decydowaliśmy się na wejście w środowisko pacjenta. Warto zwrócić tutaj uwagę na założenie, że w czasie terapii ważną rolę odgrywają zadania domowe, w czasie których klienci są zachęceni do ćwiczenia umiejętności poznanych na sesjach – podejmowania nowych działań, obserwowania własnych myśli i zachowań<sup>(17)</sup>. Zgodnie z opisem terapii behawioralnej OCD u pacjenta nie nastąpi znaczna redukcja objawów, jeśli nie będzie wykonywał ekspozycji pomiędzy sesjami<sup>(4)</sup>, dlatego naszym celem było sprawdzenie, w jaki sposób wykonywane są ekspozycje oraz jakie ewentualne przeszkody mogą powodować problemy w pracy pacjenta z zaburzeniem OCD. Zaobserwowaliśmy kilka istotnych czynników decydujących o skuteczności ćwiczeń ekspozycyjnych wpływających na powodzenie terapii. Zauważyliśmy również wiele zachowań bliskich pacjenta, które wręcz umacniały jego zaburzenie. Poniżej przedstawiamy ich opisy.

### WYRĘCZANIE DZIECKA (PRZEZ RODZICÓW I OPIEKUNÓW) W WYKONYWANIU CZYNNOŚCI, PRZY KTÓRYCH MOGĄ POJAWIĆ SIĘ OBJAWY

Obserwując dziecko, rodzice wiedzą, jakie bodźce zmuszają je do wykonania kompulsyjnych czynności, i wykonują szereg działań, aby wyręczyć w nich dziecko – zrobić coś w jego zastępstwie.

*Bartoszewi spakowanie tornistra zajmowało codziennie ponad godzinę, wtedy wykonywał szereg czynności natrętnych (odpowiednie książki nie mogły leżeć obok siebie, dotknięcie jednej z nich powodowało konieczność kucania, przysiadów, zgodną z rytuałem ilość razy), powtarzał te czynności kilkanaście razy, a gdy się pomylił, zaczynał od nowa. Kiedy kończył, widać było po nim ogromny wysiłek, jaki wykonał, był spocony, bardzo schudł od czasu, gdy zaburzenie się nasiliło. Szukając rozwiązań, matka Bartosza zdecydowała się wieczorem pakować mu plecak sama, dokładnie według jego instrukcji – odpowiednie książki po kolei, matematyka nie sąsiaduje z historią itp.*

Powyższe działania rodziców, poprzez nasilenie mechanizmu unikania, bardzo zniekształca obraz rzeczywistego pojawiania się kompulsji i utrudnia ocenę nasilenia choroby.

Uzasadniając swoje działania, rodzice tłumaczą się chęcią niesienia pomocy dziecku: „No przecież widzę, jak on się męczy, nic nie może zjeść; zanim usiądzie do stołu, to minie godzina. Muszę mu pomóc, nie mogę patrzeć, jak moje dziecko się męczy”. Zdarza się, że udaje się odkryć myśli i przekonania rodziców, które są przyczyną takiego właśnie postępowania – rodzice, a szczególnie matki, brak udzielenia pomocy traktują jako coś złego, czują się z tego powodu winne: „Jeżeli mu nie pomogę, to jestem złą matką – co ze mnie za matka, jeśli patrzę, jak moje dziecko cierpi, i mu nie pomagam?”.

Gdy odkrywamy, że działania rodziców nasilają chorobę dziecka poprzez nasilenie unikania, bardzo ważne jest przypomnienie psychoedukacji. Rodzice muszą usłyszeć wprost, jak ich działanie wpływa na dziecko – wyręczanie dziecka to nasilenie mechanizmu unikania. Takie działanie nie pomaga, nie zmniejsza cierpienia dziecka, a wręcz upośledza jego funkcjonowanie

i nie pozwala mu na poradzenie sobie z zaburzeniem. Jeśli rodzice zaakceptują te informacje, kolejnym krokiem może być praca nad ich myślami automatycznymi i przekonaniem – nie wyręczając dziecka, aktywnie biorąc udział w jego leczeniu, są więc dobrymi i odpowiedzialnymi rodzicami. Te rozważania możemy odnieść do kolejnych, opisanych poniżej problemów.

### **POMOC RODZICÓW W UNIKANIU SYTUACJI, W KTÓRYCH MOGĄ POJAWIĆ SIĘ OBJAWY**

Rodzice i bliscy pacjenta doskonale wiedzą, jaki bodziec (przedmiot, sytuacja, czynność) wywoła u ich dziecka myśl natrętną, spowoduje wzrost napięcia, a w ostateczności konieczność wykonania czynności natrętnej. Dlatego chcąc zmniejszyć częstotliwość pojawiania się natręctw u dziecka, unikają sytuacji, które mogą być bodźcem wyzwalającym.

*W domu Bartka buty domowników musiały stać równo na środku przedpokoj, co chłopiec regularnie sprawdzał i w razie potrzeby interweniował. Kiedy tylko pojawiała się ryzyko ich przesunięcia, na przykład ktoś przechodził przez przedpokój, Bartek odrywał się od wykonywanych czynności i biegł poprawić buty. Matka Bartka, chcąc mu pomóc, zaczęła chować obuwie do szafki: nie będzie bodźców wyzwalających objawy – nie będzie natręctw.*

*U 15-letniego Marcina pozbyto się kotów, które były w rodzinie kilkanaście lat, a których sierść była bodźcem wyzwalającym objawy.* Unikanie bodźca wyzwalającego natręctwa to często stosowana metoda w rodzinach pacjentów z OCD. Stosują ją najbliżsi pacjenta, nawet bez próśb z jego strony. Ich motywacją jest chęć pomocy dziecku w poradzeniu sobie z chorobą. Rodzice oraz sami pacjenci uważają zmniejszenie nasilenia objawów za postęp w terapii. Liczba natręctw faktycznie się zmniejsza – skoro nie ma bodźca wyzwalającego, nie będzie również myśli i czynności natrętnej.

Pacjenci i ich rodzice nie dostrzegają jednak negatywnych skutków takiego postępowania – w efekcie natręctwa się umacniają, a lęk zdecydowanie rośnie w sytuacji przypadkowego zetknięcia z bodźcem wyzwalającym natręctwa. Gdy gość odwiedzający Bartka zostawił w przedpokoj nierówno ustawione buty, natręctwa u chłopca „powróciły” z dużo większym nasileniem.

### **WYRĘCZANIE W WYKONYWANIU CZYNNOŚCI, PRZY KTÓRYCH MOGĄ POJAWIĆ SIĘ NATRĘCTWA, PRZYNOSI PACJENTOWI WTÓRNE KORZYŚCI Z CHOROBY**

*Jeden z pacjentów przyznał, że już tak się przyzwyczaił, że mama tyle za niego robi, że trudno mu oddzielić swoje lenistwo od faktycznych czynności natrętnych.*

Nastoletni pacjent często zauważa wiele wtórnych korzyści, jakie przynosi mu zaburzenie – dzięki obecności choroby jest zwalniany z niektórych obowiązków lub ma dodatkowe przywileje. Im większe wtórne korzyści z choroby ma pacjent (objawy OCD ułatwiają mu funkcjonowanie w wielu sferach życia) i im silniej są one podtrzymywane przez innych członków rodziny, tym mniejsza może być jego motywacja do pracy nad eliminowaniem objawów OCD.

*Mama Krzysztofa wymogła na większości nauczycieli pisanie przez nich w zeszytach chłopca, a sama odrabiała w domu jego prace domowe. Krzysztof nie korzystał z prawej ręki (dotknięcie czegośkolwiek mogło ją zakazić). Gdy Krzysztof umówił się z terapeutką na spisanie czynności natrętnych i tego nie zrobił, jako rozwiązanie zaproponował: „Ja pani podyktuję, a pani sobie napisze – tak będzie szybciej”. Uzyskał przy tym wsparcie ze strony rodziców, zgodnie z tym, jak działali oni w ciągu ostatniego roku szkolnego.*

W tym przypadku ani pacjent, ani jego rodzice nie rozumieli, że swoim działaniem jeszcze bardziej upośledzają zachowanie chłopca. Dodatkowo niechęć Krzysztofa do pracy nad objawami OCD wzmocniła jego przekonanie, że wyręczanie przez rodziców to wyraz ich troski o niego.

Natręctwa mogą też pełnić dla pacjenta funkcję ochronną, zabezpieczającą przed sytuacją, która go nie satysfakcjonuje, z którą sobie nie radzi.

*Zapytany, czy chciałby się pozbyć natręctw, Krzysztof stwierdził, że na pewno nie wszystkich. „Bez natręctw będzie straszna nuda, nic się nie będzie działo, wolę takie życie jak teraz niż jak poprzednio”.*

U pacjenta, który czerpie wtórne korzyści z objawów, warto wzmocnić motywację do walki z zaburzeniem, pokazać mu, co może zyskać – coś atrakcyjniejszego od tego, co dają mu objawy OCD.

*Strategią zastosowaną w pracy z Krzysztofem była próba wyjścia z nim poza środowisko domowe, pokazania mu, że jego skonfliktowani rodzice i niesatysfakcjonujące go życie rodzinne nie muszą być jego całym światem. Wspólnie szukaliśmy ciekawych zajęć, zainteresowań, sportów. Już sama praca poza domem – wyjście na ulicę, do autobusu, odwiedzanie klubów aikido – pokazała, że Krzysztof w innym środowisku potrafi poradzić sobie z objawami, zmniejszyć je. Widać było jednocześnie, jak ważne dla chłopca i potrzebne jest poszerzenie horyzontów – zawsze znajdował okrężną drogę do domu, chciał odwiedzić jeszcze jeden klub (choć teoretycznie każde takie miejsce obfitowało w bodźce wyzwalające objawy).*

### **RODZICE JAKO CZYNNI UCZESTNICY WYKONYWANYCH PRZEZ DZIECI CZYNNOŚCI NATRĘTNYCH LUB JAKO OSOBY ZACHĘCAJĄCE DZIECKO DO WYKONYWANIA KOMPULSJI**

Rodzice decydują się pomóc dzieciom w szybszym wykonaniu czynności natrętnych najczęściej w sytuacji, kiedy okoliczności zewnętrzne zmuszają do zmobilizowania się – gdy na przykład się spieszą. Taką sytuacją może być poranne wyjście z domu do szkoły i do pracy. Dziecko nie protestuje, co jest zrozumiałe, bo nikt go nie zmusza do stawiania do trudnej i nieprzyjemnej dla niego walki z lękiem, a rodzice pomagają wykonać czynności natrętne.

*U Sandry problemem było poranne ubieranie się, np. wybieranie ubrania: „Załóż je dopiero wtedy, kiedy tato weźmie z półki to, które sobie wymyśliłam”. Tata, by cała rodzina nie spóźniła się do szkoły czy pracy, brał aktywny udział w natręctwach córki, wykonując wszystkie jej polecenia.*

Czasami rodzice, wykazując się kreatywnością, potrafią wspierać dzieci w zaskakujący nas sposób:



*Matka Piotra, który musiał utrzymywać podłogę w czystości, kupiła mu na urodziny mopa, żeby nie musiał tego robić ścierką.*

*Rodzice Mikołaja, który miał potrzebę utrzymania zeszytów w stanie idealnym, w ramach pomocy wymyślali wspólnie z chłopcem metody, jak pozbyć się błędów, np. przepisywanie na komputerze i wklejanie kartek.*

*Rodzice Staszka zamówili do domu firmę dezynfekującą, by syn nie musiał wykonywać natręctw czystościowych – firma dezynfekowała mieszkanie pod dyktando chłopca.*

*Jacek tak wyuczył mamę, że ta przed snem sama (bez przypomnienia) mówiła rytualnie: „Kocham Cię, jestem wesola, dobranoc”, i wychodząc z pokoju, zamykała drzwi, naciskając klamkę trzy razy.*

Mama Jacka wiedziała, że jeśli tego nie zrobi, chłopiec nie będzie chciał zasnąć, zdenerwuje się, wywiąże się kłótnia, w rezultacie będzie musiała wrócić i tak czy inaczej wykonać tę czynność. Obojgu ucieknie cenna godzina snu, chłopiec będzie niewyspany, a kolejnego dnia znów trzeba iść do szkoły, pracy. Ponieważ w systemie wartości mamy wzmacnianie objawów OCD było mniejszym zagrożeniem niż źle przespana noc, w czasie pracy z nią musieliśmy wrócić do psychoedukacji i przypomnieć, że takie postępowanie jest błędne i poza chwilową korzyścią – obecność w pracy na czas lub lepiej przespana noc – przynosi straty w postaci umacniania natręctw, modelowania braku konsekwencji w pracy z zaburzeniem, a także komunikowania dziecku braku wiary w jego umiejętności i możliwość samodzielnego poradzenia sobie z problemem („Skoro rodzice od razu się poddają, może to oznaczać, że nie wierzą w mój sukces”). Warto zauważyć, że sytuacja, w której pojawia się dodatkowa presja, np. niedostatek czasu, paradoksalnie może stać się dodatkową motywacją dla dziecka, aby podjąć walkę i przeciwstawić się natręctwu, pod warunkiem, że rodzic nie odbierze dziecku takiej szansy.

### CZYNNIKI SPRZYJAJĄCE POJAWIENIU SIĘ PROBLEMÓW Z WYKONANIEM EKSPOZYCJI

Praca w środowisku pacjenta przynosi także dodatkowe informacje, które pozwalają w odpowiedni sposób zmodyfikować terapię. Terapeuta podczas sesji w domu pacjenta może sprawdzić, w jaki sposób wykonuje on zadanie. Często jest zjawiskiem jest **pomijanie powstrzymywania reakcji, a następnie twierdzenie, że terapia behawioralna OCD „nie działa”**.

Dzieci umiejętnie wykorzystują słabości rodziców. Zdarza się, że pacjenci nie są dostatecznie zmotywowani do pracy nad wyeliminowaniem zaburzenia i nie przypominają o wykonaniu ekspozycji, skwapliwie korzystają z możliwości przełożenia ćwiczeń na kolejne dni, niepełnego wykonania czy skrócenia. Poszukują sprzymierzeńców, którzy pomogą wytłumaczyć innym, że ich zachowanie jest całkiem normalne, nie jest zaburzeniem.

*Piotr, którego obsesją było utrzymanie podłogi w czystości, miał razem z mamą codziennie ją brudzić i powstrzymywać się od umycia. Mama pacjenta często zapomniała o ćwiczeniach, nie miała czasu, łatwo dawała się manipulować dziecku: „Bo dziś jest dziadek, mam dużo lekcji”, dodatkowo tata chłopca bagatelizował problem, mówiąc: „W dzieciństwie ja też myłem podłogi”.*

Nastoletni pacjenci bardzo szybko orientują się, jakie zachowania mogą spowodować przerwanie trudnej dla nich sytuacji ekwowej, do jakiej zmusza ich uczestnictwo w ekspozycji.

*Michał w sytuacji pojawiającego się podczas ekspozycji niepokoju uparcie i głośno krzyczał. Rodzice, bojąc się, „co ludzie pomyślą”, zamykali okna, prosili, aby przestał, po czym rezygnowali. Lęk, że sąsiedzi mogą wezwać policję, był silniejszy – poddawali się i pozwalali na wykonanie natręctw.*

Przesadna troska o to, „co sobie pomyślą inni ludzie”, była przyczyną niepowodzenia ekspozycji.

Problemów i zachowań uniemożliwiających wykonanie ekspozycji może być bardzo wiele, a ich rodzaj zależy od indywidualnych obaw, lęków pacjenta i jego rodziców. Obserwacja tych sytuacji bardzo pomaga nam w ich wykryciu i wyeliminowaniu, tak aby nie utrudniały pracy nad zaburzeniem. Pozwala to terapię na odpowiednie modelowanie terapii – gdy na przykład Michał krzyczał i do drzwi zapukała zaniepokojona sąsiadka, terapeuta poprosił chłopca, by wyjaśnił przybyłej osobie, dlaczego krzyczał, i przeprosił za swoje zachowanie.

### SESJE IN VIVO JAKO DOŚWIADCZENIE WSKAZUJĄCE NA UKRYTE CZYNNOSCI NATRĘTNE LUB ZAMIANĘ JEDNEJ CZYNNOSCI NATRĘTNEJ NA INNĄ

Nastoletni pacjenci często szukają możliwości zmniejszenia pojawiającego się lęku i zdenerwowania. Starają się znaleźć ukryte czynności natrętne (rytuały psychiczne), inne niż te odkryte i eliminowane w czasie E/PR, ale spełniające taką samą funkcję – eliminację napięcia przez wykonanie czynności natrętnej.

*Piotr, któremu zabraniamy myć podłogę, wychodzi po ekspozycji z pobrudzonej kuchni w taki sposób, że cały wniesiony brud wyciera skarpetkami.*

Niezauważenie takiego zachowania może powodować błędną interpretację oceny wykonanej ekspozycji i opadającego lęku jako faktycznie redukującej niepokój. W rzeczywistości jednak będzie to zamiana jednej czynności kompulsyjnej na inną.

### SESJE IN VIVO JAKO SPOSÓB UZYSKANIA INFORMACJI O BODŹCACH WYWOŁUJĄCYCH MYŚLI I CZYNNOSCI NATRĘTNE

Pracując z pacjentem w domu, widzimy wiele dodatkowych działań, z których być może sam pacjent nie zdaje sobie sprawy i których rodzice nie są w stanie zauważyć jako stałe pojawiającego się elementu jego zachowania. Obserwacja zachowań dodatkowych może pomóc w odkryciu podłoża zaburzenia i jego roli w życiu pacjenta.

*Piotrus, którego natręctwa dotyczyły przepisywania zeszytów, przez całe nasze spotkanie zerkał w stronę rozłożonych na biurku zeszytów (zawsze w taki sposób odrabiał lekcje). Pytany o tę ukradkową czynność przyznał: „Lubię sobie na nie patrzeć i myśleć, jaki jestem z nich zadowolony”. Robił tak zawsze, kiedy były w pobliżu, i zawsze odrabianie lekcji trwało godzinami.*

Na podstawie powyższej obserwacji rozpoczęliśmy z chłopcem pracę poznawczą nad jego potrzebą bycia idealnym.

## SESJE EKSPOZYCYJNE A SYTUACJA RODZINNA PACJENTA

Sesje *in vivo* w domu pacjenta pozwalają odkryć, że powodem utrzymywania się objawów jest trudna sytuacja rodzinna.

Pacjent cierpiący na OCD wzrasta w określonym środowisku rodzinnym, mieszka w konkretnym pokoju, z rodzeństwem lub samotnie, utrzymuje porządek lub jest bałaganiarzem, ma w domu własny azyl lub rodzice mają wszędzie dostęp. Obserwacja miejsca, w którym pacjent dorasta i żyje, pozwala spojrzeć na jego problem z innej strony. Mamy wtedy okazję sami poczuć, jak czuje się w domu, jakie środowisko otacza go na co dzień.

*W pokoju jednego z pacjentów, u którego natręctwa trwały już od dawna, świat jakby stanął w miejscu rok wcześniej. Zdjęcia klasowe z minionych lat szkolnych, zabawki typowe dla młodszych dzieci – nie było tam nic aktualnego, adekwatnego do wieku pacjenta. Każda tego typu zmiana – plan lekcji zawieszony na ścianie – była wprowadzana przez rodziców. Co więcej, wygląd mieszkania budził grozę – idealnie wysprzątany dom, wszystko pedantycznie poukładane.*

Często nieprawidłowa sytuacja rodzinna powoduje, że zaburzenie jest metodą, jaką dziecko stosuje, aby poradzić sobie z trudnymi relacjami z rodzicami lub też z zaburzonymi relacjami pomiędzy rodzicami. W takiej sytuacji często bez dołączenia terapii rodzinnej nie można oczekiwać skutecznego leczenia OCD.

*Po sesji w domu kilkunastoletniego pacjenta usłyszałam: „Niech pani nie idzie, jak pani pójdzie, znowu się zacznie i oni znowu będą się kłócić”.*

*Dziewiętnastoletni pacjent przychodził regularnie na sesje, wykonywał wszystkie ekspozycje i powstrzymania reakcji z terapeutą, jednak w ogóle nie pracował poza gabinetem. Po zaplanowaniu sesji w domu pacjenta okazało się, że ma on niepełnosprawną siostrę i w rodzinie można zaistnieć wyłącznie poprzez „bycie bardziej chorym”.*

*Marek, spytany, dlaczego nie chce pracować nad trwającymi do sześciu godzin rytuałami związanymi z kąpielą, odpowiada: „Od kiedy jestem chory, ojciec mnie nie bije – teraz tylko krzyczy i zakręca wodę”.*

## PRZYKŁADY PSYCHOTERAPII BEHAVIORALNEJ POZA GABINETEM

### PACJENT A

Piotr jest 15-letnim chłopcem, którego rodzice zgłosili na terapię z powodu kilkukrotnego mycia podłogi w kuchni w ciągu dnia (podłoga jest ułożona z białych kafelków, widać na niej każde zabrudzenie). Rytuał ten potrafił zajmować mu nawet kilka godzin. Na urodziny Piotr dostał własnego mopa. Jednocześnie zmusił rodzinę do utrzymywania podłogi w kuchni w sterylnej czystości – żąda od innych mycia podłogi, zabrania członkom rodziny wchodzenia do kuchni, gdy umyje podłogę, nie pozwala na zabrudzenie. Rodzina dostosowywała się do jego zasad. Nawet młodszy, trzyletni brat, gdy podczas naszej ekspozycji zobaczył brudną podłogę, przybiegł ze szczoteczką, aby tę podłogę wyczyścić.

Rodzice pojawili się w gabinecie z informacją, że wykonywane przez nich E/PR nie przynoszą rezultatu. Jak się okazało, popełniali szereg błędów (opisane powyżej). Z tego powodu zdecydowaliśmy się na terapię w domu pacjenta.

### Terapia motywacyjna, praca nad odróżnianiem objawów OCD od innych zachowań

Dla Piotra konieczność wykonywania czynności nie stanowiła początkowo żadnego problemu, nie uważał ich za natręctwa, za zaburzenie. Twierdził, że po prostu lubi, kiedy podłoga jest czysta, i że to chyba normalne, iż chce, żeby w domu było czysto. Z tego względu zanim rozpoczęliśmy wykonywanie ekspozycji, musieliśmy wspólnie dojść do wniosku, że wykazywana przez chłopca potrzeba mycia podłogi nie jest „zamiłowaniem do czystości”, ale objawem zaburzenia. Bardzo dużą rolę odegrała psychoedukacja, wyjaśnienie chłopcu mechanizmu działania zaburzenia. Jednocześnie prowadziliśmy z Piotrem pracę poznawczą, opartą na dialogu sokratejskim, pokazując, że jego opozycyjna postawa wobec pracy z objawami, przymus wykonania czynności natrętnej oraz zdenerwowanie w sytuacji, gdy nie może wykonać czynności (umycie podłogi), potwierdzają, że są to objawy OCD. Wielokrotnie pojawiał się nasz argument: „Gdyby mycie podłogi nie było problemem, to wykonanie ekspozycji i powstrzymanie reakcji nie stanowiłoby dla ciebie żadnej trudności, w każdej chwili mógłbyś bez zdenerwowania zrezygnować z czynności natrętnej”.

### Prowadzenie E/PR w oparciu o przygotowaną wspólnie z pacjentem gradację ekspozycji

Mama i terapeutka brudzą podłogę (początkowo same, następnie razem z Piotrem). Piotr ogląda podłogę tak długo, aż napięcie będzie trudne do wytrzymania. W czasie pierwszych ekspozycji napięcie u chłopca było tak duże, że pracowaliśmy nad odraczaniem czynności natrętnej. W odpowiedzi na pytanie: „Co by się stało, gdybyś po dzisiejszym eksperymencie nie umył w ogóle podłogi?”, Piotr stwierdził, że to niemożliwe, ponieważ wtedy musiałby wstać i umyć ją w nocy. Zastosowaliśmy więc odraczanie czynności natrętnej (umycia podłogi) o 30 minut. Następnie czas odraczania wydłużaliśmy w kolejnych ekspozycjach, dochodząc do punktu, w którym Piotr po zakończeniu PR nie miał już potrzeby mycia podłogi.

Wraz z Piotrem stworzyliśmy gradację ekspozycji:

- Piotr myje podłogę raz dziennie, nie dłużej niż 10 minut, nie poprawia ewentualnych zabrudzeń.
- Piotr myje podłogę co drugi dzień.
- Piotr myje podłogę tylko wtedy, gdy mama uzna, że podłoga jest brudna.
- Piotr ściera ściereczką tylko te miejsca, które są brudne.

**Powstrzymanie reakcji** – rozmowy o zainteresowaniach Piotra, granie w grę planszową – trwało zazwyczaj około godziny. Dodatkowo, aby wzmocnić motywację Piotra, wprowadziliśmy nagrody rzeczowe (motywacja zewnętrzna) – wybrane przez Piotra i uzgodnione z rodzicami:

- aktywny udział w PR – dodatkowe słodycze;
- za dotrzymanie umowy (powstrzymanie się od umycia podłogi zabrudzonej przez członków rodziny podczas zwykłych codziennych czynności) – 5 PLN/dzień;

- za każde dwie wykonane ekspozycje – przejażdżka z tatą samochodem.

Terapia w domu pacjenta pozwoliła na włączenie kilku dodatkowych oddziaływań, niezwykle ważnych dla przebiegu terapii:

- wchodzenie do domu w butach, wchodzenie do pokoju chłopca w butach;
- praca nad wyłączeniem rodziny z objawów OCD; pracowaliśmy nad tym, by bliscy chłopca używali kuchni w dowolny sposób, nie zachowywali jej sterylności, co wcześniej miało miejsce z obawy o reakcje Piotra.

### Rezultat terapii

Rezultatem przeprowadzonej terapii było powstrzymanie się od wykonania czynności natrętnej przy normalnym (nie sterylnym) funkcjonowaniu rodziny. Wyzeliminowaliśmy długie rytuały mycia podłogi – Piotr jedynie od czasu do czasu przeciera ściereczką płomy na podłodze. Chłopiec potrafił poradzić sobie z pojawiającym się zdenerwowaniem, dyskomfortem inaczej niż przez wykonywanie czynności natrętnej, a jeżeli już ją wykonywał, to nie upośledzała ona jego życia tak jak poprzednio.

Dodatkowo obowiązek mycia podłogi musiał zostać podzielony na pozostałych członków rodziny, bo jak powiedziała mama Piotra na początku naszych spotkań: „Szczerze mówiąc, to ja już nawet nie pamiętam, kiedy ostatnio myłam podłogę”.

### PACJENT B

U 12-letniego Mikołaja natręstwa wystąpiły w obrazie klinicznym zespołu Aspergera. Mikołaj ma przymus przepisywania zeszytów, kartek, ćwiczeń w sytuacji, kiedy okazuje się, że pojawił się jakiś błąd. Zeszyt musi być idealny. Mikołaj doskonale pamięta wszystkie błędy, które są w zeszycie – nawet jeżeli uda się tak poprawić, żeby nie było widać pomyłki (np. przerabia literki), dla niego wciąż jest to istotny błąd i jak mówi: „Jak będę miał więcej czasu, to poprawię”. Tragedią jest zrobienie błędu w zeszycie ćwiczeń – ponieważ nie ma w nim możliwości wyrwania kartki, Mikołaj pisze to, co jest mu potrzebne, na komputerze, drukuje i wycina kartkę, po czym kleja ją do zeszytu. Często używa korektora, czasem bierze zły wyraz w nawias. Zdarza się, że rodzice kupują nowy zeszyt ćwiczeń i Mikołaj cały przepisyuje. Jednocześnie podczas odrabiania lekcji pojawia się przymus upewniania się, czy na pewno dobrze pisze, chłopiec zadaje kilka razy te same pytania, nawet dotyczące kwestii zupełnie nieistotnych, np. czy zostawić jedną linijkę odstępu, czy dwie. Wszystkie powyższe czynności mają dla Mikołaja bardzo ważny cel – zeszyty mają być idealne. Jak twierdzi, jeżeli ma zeszyty, które jemu samemu się podobają, to wtedy jest idealny.

### Terapia motywacyjna – dlaczego warto pracować nad natręctwami?

Mikołaj zdecydował się skorzystać z pomocy, ponieważ chciał pisać szybciej, ale jednocześnie nadal chciał mieć idealne zeszyty. Z powodu poprawiania wszystkich błędów i dodatkowej pracy, jaką sobie stwarzał, chłopiec po prostu nie nadążał. Jego potrzeba: „Chcę pisać szybciej”, pomogła nam stworzyć motywację do terapii.

### Prowadzenie E/PR w oparciu o przygotowaną wspólnie z pacjentem gradację ekspozycji

Obrany przez nas wspólnie celem stało się szybkie pisanie, postanowiliśmy więc wyeliminować to, co w tym przeszkadza. W tym celu stworzyliśmy **gradację ekspozycji** (wszystkie pomysły były przedstawione jako sposób na szybsze pisanie):

- Błędy można usuwać za pomocą korektora.
- Pozwalamy na pozostawianie błędów i nie wrywamy kartek.
- Piszemy, nie pytając rodziców o blache sprawy.

Posiadanie idealnych zeszytów to jednocześnie u Mikołaja monotematyczne zainteresowanie – jeden z objawów w zespole Aspergera. Zgodnie z zasadami leczenia tego zaburzenia mogliśmy je wykorzystać, planując dalszą terapię<sup>(18)</sup>. Wykorzystaliśmy jego specyficzne zainteresowanie (idealny zeszyt) jako nagrodę. Proponowane wcześniej inne nagrody rzeczowe nie robiły na nim żadnego wrażenia. Mikołaj bardzo chciał przepisać cały zeszyt do matematyki – uważał, że jest nieporządny, brzydki. Wspólnie z chłopcem ustaliliśmy zasady pracy, w które włączyliśmy tak ważny dla niego zeszyt do matematyki.

- Po przyjściu ze szkoły Mikołaj najpierw się uczy, a dopiero później przepisyuje. Po odrobieniu lekcji można przepisać jedną stronę.
- Dodatkowe strony do przepisywania są nagrodą za oceny od czwórki w górę (oceny Mikołaja w ostatnim czasie bardzo się pogorszyły – nie wystarczało mu czasu na naukę).
- Podczas odrabiania lekcji przy jednej pracy domowej może zadać do 10 pytań (pytania służące upewnianiu się).
- Mikołaj ma pisać długopisem od razu na lekcji – w domu może tylko coś dokończyć i odrabiać prace domowe.
- Jeżeli chłopiec nie stosuje się do zasad, strony do przepisywania są analogicznie odbierane.
- Nie wrywa kartek, błędy koryguje korektorem.
- W domu może przepisywać zeszyt od matematyki tylko po odrobieniu lekcji – maksymalnie przez 1 godz. i 10 min i do godz. 22.00.

Wszystkie zasady zapisywaliśmy z Mikołajem w naszym specjalnym wspólnym zeszycie – można w nim kreślić, brzydko pisać. Przy okazji przyzwyczajaliśmy Mikołaja do błędów i skreśleń. W trakcie negocjacji zasad Mikołaj kilkakrotnie stwierdzał, że rezygnuje, bo dla niego zasady te są zbyt trudne do przestrzegania. Jednak potrzeba przepisywania zeszytu była silniejsza i ostatecznie zachęcała go do podjęcia pracy.

### Praca poznawcza

Mikołaj przywiązywał ogromną wagę do bycia idealnym, dlatego równocześnie trwała praca poznawcza: „Czy to możliwe, by być idealnym? Czy idealny człowiek to również taki, który umie popełniać błędy?”.

### Rezultat terapii

Cel naszej pracy został osiągnięty. W jej wyniku Mikołaj wyraźnie mniej przepisywał oraz pisał „na brudno”, dzięki czemu zyskał czas potrzebny na naukę i przyjemności. Jednocześnie stwierdził: „Nie wiedziałem, że tak ładnie mogę napisać, jak nie kaligrafuję”. Faktycznie pisał szybciej, a jednocześnie był zadowolony z wyniku swojej pracy. Kilka miesięcy później

u Mikołaja pojawiła się kolejna czynność, monotematyczne za interesowanie w obrazie zespołu Aspergera – przerysowywanie obrazu z zatrzymanej klatki filmu oglądanego na DVD. Znając już sposoby działania i pracy, rodzice zmodyfikowali powyższe metody i wprowadzili je w życie, próbując poradzić sobie z kolejnym problemem utrudniającym życie zarówno im, jak i chłopcu.

## PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Oddziaływania terapeutyczne w leczeniu zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych podejmowane w gabinecie nie zawsze przynoszą oczekiwane rezultaty. Liczne przykłady pokazują, że zastosowanie metod terapii poznawczo-behawioralnej w domu pacjenta bardzo często jest skuteczną metodą leczenia tego zaburzenia. Z powyższych opisów wynika, że już sama obserwacja warunków życia pacjenta, interakcji zachodzących w środowisku domowym oraz „przydatności” występujących objawów w systemie rodzinnym jest informacją, która pomaga dostosować rodzaj interwencji do konkretnego pacjenta. Zauważenie błędów popełnianych przez najbliższych oraz przez samych chorych podczas leczenia pozwala na ich szybkie wyeliminowanie. W opisanych przypadkach praca w domu pacjenta rozpoczęła się, gdy terapia prowadzona metodami standardowymi okazała się nieskuteczna. Dzięki temu, że mogliśmy wejść do domu pacjenta, dowiedzieliśmy się, dlaczego tak się dzieje, oraz zastosowaliśmy właściwe i skuteczne interwencje.

Powyższe obserwacje wskazują na konieczność indywidualnego podejścia do terapii każdego pacjenta i zwrócenia uwagi na wiele czynników dodatkowych, mogących wpływać na pojawienie się oraz utrzymywanie zaburzenia.

## PIŚMIENNICTWO:

### BIBLIOGRAPHY:

1. Flament M.F., Whitaker A., Rapoport J.L. i wsp.: Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1988; 27: 764-771.
2. DeVeugh-Geiss J., Moroz G., Biederman J. i wsp.: Clomipramine hydrochloride in childhood and adolescent obsessive-compulsive disorder – a multicenter trial. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1992; 31: 45-49.
3. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa 1997.
4. Bryńska A.: Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne. Rozpoznanie, etiologia, terapia poznawczo-behawioralna. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
5. Turner C.M.: Cognitive-behavioural theory and therapy for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: current status and future directions *Clin. Psychol. Rev.* 2006; 26: 912-938.
6. Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team: Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 292: 1969-1976.
7. Abramowitz J.S., Whiteside S.P., Deacon B.J.: The effectiveness of treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Behavior Therapy* 2005; 36: 55-63.
8. March J.S.: Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with OCD: a review and recommendations for treatment. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1995; 34: 7-18.
9. March J.S., Frances A., Carpenter D., Kahn D.: The expert consensus guidelines series: Treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 1997; 58 (supl. 4): 1-72.
10. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *AACAP. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1998; 37 (supl.): 27S-45S.
11. Hibbs E.D., Hamburger S.D., Lenane M. i wsp.: Determinants of expressed emotion in families of disturbed and normal children. *J. Child Psychol. Psychiatry* 1991; 32: 757-770.
12. Swedo S.E., Rapoport J.L., Leonard H.L. i wsp.: Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Arch. Gen. Psychiatry* 1989; 46: 335-341.
13. Leonard H.L., Swedo S.E., Lenane M.C. i wsp.: A 2- to 7-year follow-up of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Arch. Gen. Psychiatry* 1993; 50: 429-439.
14. Valleni-Basile L.A., Garrison C.Z., Jackson K.L. i wsp.: Family and psychosocial predictors of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *J. Child Fam. Stud.* 1995; 4: 193-206.
15. Alonso P., Menchón J.M., Mataix-Cols D. i wsp.: Perceived parental rearing style in obsessive-compulsive disorder: relation to symptom dimensions. *Psychiatry Res.* 2004; 127: 267-278.
16. Barrett P.M., Shortt A., Healy L.J.: Do parent and child behaviours differentiate families whose children have obsessive-compulsive disorder from other clinic and non-clinic families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2001; 43: 597-607.
17. Beck J.: Terapia poznawcza. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2005.
18. Attwood T.: Zespół Aspergera. Zysk i spółka, Poznań 2006.