

Paul W. Clement

OPOWIEŚĆ O HOPE. SKUTECZNA TERAPIA ZABURZENIA OBSESYJNO-KOMPULSYJNEGO. CZĘŚĆ DRUGA.

STORY OF "HOPE": SUCCESSFUL TREATMENT OF OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER. PART TWO.

Praktyka prywatna, South Pasadena, CA.

Streszczenie

Klientka Hope stanowi dobry przykład bardzo korzystnego wyniku uporczywej wielokierunkowej psychoterapii prowadzonej wobec 30-letniej kobiety cierpiącej na zaburzenie obsesyjno-kompulsywne (OCD), lęk przed lataniem, lęk napadowy bez agorafobii, koszmary senne, oraz w wywiadzie z dzieciństwa zaburzenie o typie lęku separacyjnego. W oparciu o oceny z początku leczenia i dokonane po jego zakończeniu za pomocą ustrukturuwanego narzędzia samoopisu, oraz w odniesieniu do innych podobnych klientów z mojej praktyki oraz doniesień badawczych, uważam, że Hope osiągnęła bardzo dobre wyniki po 103 sesjach psychoterapii w czasie 2,5 roku, oraz utrzymała te korzystne efekty przez roczny okres obserwacji po leczeniu (follow-up). W szczególności, Hope uzyskała w wyniku leczenia effect size (ES) 3,95 przy jego zakończeniu i 3,81 po rocznym okresie obserwacji (follow-up), w porównaniu ze średnim ES wynoszącym 1,65 przy zakończeniu leczenia klientów z OCD w mojej praktyce, oraz ze średnimi wartościami ES sięgającymi do 1,12 do 1,56 podawanymi w doniesieniach z meta-analiz dla klientów z OCD w randomizowanych badaniach klinicznych (RCT). Ten opis przypadku przedstawia zarówno systematyczne jakościowe opisy przypadku wraz z ilustracją tego jak za pomocą metod ilościowych można porównywać indywidualny przypadek z praktyki prywatnej z innymi podobnymi przypadkami leczonymi przez tego samego terapeutę oraz z podobnymi przypadkami z badań przedstawionymi w piśmiennictwie. Ten opis przypadku ma na celu zilustrowanie integracji dwóch zbiorów rekomendacji dotyczących praktykowania psychoterapii jakie ogłosiło American Psychological Association's Clinical Psychology and Psychotherapy Divisions, mianowicie rekomendacji użycia metod leczenia oraz relacji o empirycznie udowodnionej skuteczności.

Słowa kluczowe

pragmatyczna psychoterapia, zaburzenie obsesyjno-kompulsywne, fobia latania, lęk separacyjny; ocena skuteczności leczenia metodą wielkości efektu, terapia poznawczo-behawioralna, terapia skoncentrowana na kliencie, niespecyficzne czynniki terapeutyczne

Abstract

The client Hope provides a good example of a very positive outcome from sustained, multifaceted psychotherapy with a 30-year-old woman presenting with obsessive compulsive disorder (OCD), fear of flying, panic disorder without agoraphobia, nightmare disorder, and a childhood history of separation anxiety disorder. Based on ratings at the beginning of therapy and end of therapy on a structured, self-report instrument, and relative to other, similar clients in my practice and as reported in research studies, Hope achieved a very successful result after 103 sessions of psychotherapy during a period of about two and a half years, and she maintained her gains during one-year follow-up. Specifically, Hope achieved a treatment effect size (ES) of 3,95 at termination and of 3,81 at one-year follow-up, compared with a mean ES of 1,65 at termination for OCD clients in my practice, and compared with mean ESs ranging from 1,12 to 1,56 as reported in meta-analyses of OCD clients in randomized clinical trials. This case study report presents both a systematic, qualitative description of the case together with an illustration of how an individual case in a private practice can be quantitatively compared with other, similar cases seen by the same therapist and with similar, research cases reported in the literature. The case study is intended to illustrate an integration of two sets of recommendations about therapy practice that I endorse from

the American Psychological Association's Clinical Psychology and Psychotherapy Divisions, namely, recommendations for the use of empirically supported treatments and for the use of empirically supported therapy relationships, respectively.

Key words: pragmatic psychotherapy; obsessive compulsive disorder; flying phobia; separation anxiety disorder; treatment effect size; cognitive behavioral therapy; client-centered therapy; common factors in therapy

(część pierwsza niniejszego tekstu ukazała się w naszym czasopiśmie *Psychiatria i Psychoterapia* w numerze 1-2/2009, dostępnym na stronie www.psychiatriapsychoterapia.pl - przyp. red.)

4. Ocena problemów zgłaszanych przez klientkę, wywiadu życiorysowego, celów i mocnych stron Zgłaszane problemy

Jak wspomniano wcześniej, w chwili przyjęcia Hope miała 30 lat i poszukiwała terapii ponieważ "Zawsze byłam perfekcjonistką. Porządkuję. Jeżeli tego nie zrobię, ludzie zginą. Jeżeli opieram się potrzebie sprzątnięcia, staję się tak niespokojna, że nie potrafię się skupić." Jej zasadniczą motywacją do podjęcia terapii była, jak się wydawało, nieobecność męża, który przebywał w podróży służbowej, co pobudzało nawracające myśli obsesyjne, iż utrzymywanie porządku ochroni go przed nieszczęściami w czasie podróży. Z drugiej strony uważała, że jeżeli zaprzestanie sprzątać, spotka go coś złego: umrze lub ulegnie wypadkowi.

Wywiad życiorysowy

Hope wychowywała się w jednym z państw Europy zachodniej. Była jedynaczką. Kiedy miała cztery i pół roku jej ojciec opuścił dom, rodzice rozwiedli się, gdy miała pięć lat. Od tego czasu prześladowały ją lęki separacyjne. Kiedy miała 7 lat jej matka związała się z innym mężczyzną. Mimo, iż nigdy ponownie nie wyszła za mąż, mężczyzna ten zamieszkał z nimi kiedy Hope miała 9 lat. Od tego momentu traktowała go jak ojczyma.

Ojciec opuścił matkę, aby związać się z inną kobietą. Mieszkali razem przez dziesięć lat jednak nigdy nie zawarli związku małżeńskiego. Hope miała sześć lat, gdy po raz pierwszy zobaczyła tę kobietę. Pamięta, że zawsze była ona dla niej miła, ale nie była miła dla jej ojca. Często nim pomiałała, ostatecznie zostawiła go. Około trzy lata później ożenił się z inną kobietą, a Hope była na ich ślubie.

Hope stwierdziła, że partnerzy rodziców nigdy nie odgrywali w jej życiu ważnej roli. Jej myślą przewodnią było, iż wszystkie związki jej rodziców były dysfunkcjonalne oraz że jej biologiczni rodzice wybierali dla siebie źle dobranych partnerów. Powiedziała: "Pragnę jedynie, aby moi rodzice byli szczęśliwsi z ludźmi, z którymi zdecydowali się spędzić życie po tym jak się rozwiedli" (w poniższym opisie, gdy Hope mówi o "rodzicach" odnosi się do biologicznej matki, biologicznego ojca lub do nich obojga).

Hope stwierdziła, że osobowość jej oraz jej matki znacznie się różniły. Hope była marzycielką, jej matka pragmatyczką. Hope była jedyną wnuczką. Zarówno jej matka, jak i dziadkowie ze strony matki byli w stosunku do niej bardzo opiekuńczy. W dzieciństwie była wątłego zdrowia. Jej babcia nakładała na nią wiele zasad i ograniczeń, np. nie poć się, bo się przeziębisz.

Stwierdziła, że kochała ojca, jednak zawsze była dla niego bardziej matką niż córką. Matka oraz krewni z jej strony postrzegali ją natomiast jako biedne, pozbawione ojca dziecko, mimo, że mieszkał w tym samym mieście. Kiedy Hope była już dorosłą, rodzice często skarżyli się jej na swoich partnerów.

Hope była dzieckiem na zewnątrz bardzo radosnym, wewnątrz jednak pełnym niepokoju. Miała straszliwe lęki - przykładowo, była przekonana, że zostanie uprowadzona przez obcych.

Do przedszkola poszła w wieku czterech lat. Jej babcia ze strony matki odprowadzała ją do i z przedszkola. Hope zawsze obawiała się, że babcia po nią nie przyjdzie. Lęki te nasiliły się po wyprowadzce ojca. Chodziła do publicznych placówek kształcenia, począwszy od przedszkola, skończywszy na szkole średniej. W szkole podstawowej niecierpliwie oczekiwała na możliwość nauczania się czytać i została najszybciej czytającym dzieckiem w swojej klasie, ale nigdy nie była

dobra z matematyki. W szkole średniej uczyła się języków obcych. Po ukończeniu szkoły podjęła studia w jednym z głównych uniwersytetów w jej mieście. Początkowo chciała studiować medycynę, jednak jej matka odradziła jej to. Zamiast studiów przedmedycznych specjalizowała się w dziedzinie nauk politycznych, prawa międzynarodowego oraz historii. Ponadto kontynuowała studiowanie języka angielskiego oraz jednego innego języka obcego. Płynnie posługiwała się pięcioma językami.

Podczas czwartego roku nauki w college'u wyjechała na studia do Anglii. To tam poznała mężczyznę, który w końcu został jej mężem. Pochodził on z innego kraju europejskiego, więc ich języki ojczyste były różne. Hope posługiwała się jednak tak płynnie jego językiem ojczystym, że rodowici mieszkańcy jego kraju słysząc jak mówi, sądzili, że jest jedną z nich. W czasie kiedy była w terapii Hope była doktorantką w jednym ze znanych na świecie uniwersytetów w ojczystym kraju męża.

Za mąż wyszła wiosną 2000r. Podczas wywiadu wstępnego stwierdziła, że nie wierzyła w małżeństwo, że nie chciała wychodzić za mąż. Przed ślubem mieszkali razem przez dwa i pół roku, oświadczył się w okresie dwóch ostatnich. Mąż Hope uzyskał tytuł doktorski w jednym z europejskich uniwersytetów. Następnie zamieszkali w USA aby mógł rozwijać swoją karierę akademicką. W domu, gdy byli sami, rozmawiali w jego ojczystym języku.

Mimo mieszkania w obcym kraju Hope miała krąg znajomych, liczący co najmniej 11 osób, z którymi podejmowała liczne aktywności - ćwiczenia fizyczne, jedzenie w restauracjach, wspólne gotowanie, przesiadywanie w kawiarniach, chodzenie do kina, spędzanie czasu na plaży. Mimo bogatego życia towarzyskiego stwierdziła, że wciąż odczuwała, że potrzebuje więcej przyjaciół. Przewlekłe odczuwała lęki, że inni nie będą jej lubić, jednak jedyną skargą ze strony innych osób, jaką potrafiła sobie przypomnieć było, że nie dość często do nich dzwoniła. Ponadto, kiedy zaczęła spotykać się ze swoim mężem, przyjaciele z jej ojczystego kraju odrzucili ją ze względu na jego narodowość. Ponadto on raczej nie zawierał przyjaźni, więc wszyscy ich wspólni przyjaciele byli jej przyjaciółmi.

Wychowywana była w tradycji rzymskokatolickiej, jej mąż w protestanckiej. Przestała uczęszczać do kościoła w wieku 12, 13 lat jednak emocjonalnie pozostawała z nim związana do wieku 22 lat kiedy przeprowadziła się do Anglii. W okresie dzieciństwa i wczesnej adolescencji aktywnie uczęszczała do szkoły kościelnej dwa razy w tygodniu oraz uczestniczyła w cotygodniowej mszy. Powiedziała, że Kościół Rzymskokatolicki dał jej wąskie spojrzenie na życie. Wypracowała własną, bardzo indywidualną formę duchowości. Mówiła o sobie, że jest "poszukującą". W czasie jej terapii ani ona, ani jej mąż nie byli zaangażowani we wspólnoty kościelne lub religijne

O seksie usłyszała po raz pierwszy w wieku pięciu lat, kiedy jacyś robotnicy odpowiedzieli na zadane przez nią pytanie. Mając 11 lat dowiedziała się od koleżanki jak zachodzi się w ciążę. Jej rodzice w otwarty sposób podchodzili do seksualności, jasno mówili jej, że to obszar, z którego czerpią wiele radości. Pierwszy stosunek seksualny odbyła w wieku 17 lat z jej chłopakiem, z którym była od roku. Rozmawiali o seksie zanim podjęli współżycie. Jedyne poczucie winy jakie odczuwała w obszarze seksualności związane było z faktem, iż utrzymywała relację seksualną z młodym mężczyzną z jej rodzinnej miejscowości w czasie gdy spotykała się już z mężem, ale jeszcze przed zawarciem związku małżeńskiego. Podkreślenia wymaga, iż odczuwała owe poczucie winy od momentu wystąpienia myśli obsesyjnych o zarażeniu się wirusem HIV.

Okres dzieciństwa i adolescencji klientki wolny był od nadużycia psychicznego, seksualnego, nie doświadczyła ponadto deprivacji emocjonalnej.

Z wywiadu rodzinnego wiadomo, iż babcia Hope ze strony ojca w wieku 48 lat zachorowała na raka piersi. Babcia ze strony matki w tym samym wieku zaczęła uskarżać się na dolegliwości kardiologiczne. Wujek ze strony matki zmarł z powodu raka trzustki i wątroby. Jedyną spokrewnioną z Hope osobą, która była leczona psychiatrycznie była babcia ze strony ojca, która przeżyła "załamanie nerwowe" w wieku 38 lat. Przeszła ona tygodniową "terapię snem". Hope podała ponadto, iż jej rodzice również mieli okresy "porządkowania", nigdy jednak nie byli diagnozowani lub poddani terapii przez osobę zawodowo zajmującą się ochroną zdrowia

psychicznego. Wspomniała wyłącznie o jednym krewnym, który miał problemy z alkoholem lub narkotykami - kuzyn matki był uzależniony od narkotyków i zmarł na AIDS.

Przy przyjęciu Hope sprawiała wrażenie osoby w dobrym stanie zdrowia. Dziesięć dni przed naszym pierwszym spotkaniem przeszła badanie lekarskie. Była średniego wzrostu i masy ciała, która pozostawała relatywnie stała, choć latem była nieco mniejsza. Mimo, że piła piwo gdy była młodsza, od momentu rozpoczęcia terapii ze mną nie piła. Zazwyczaj wypijała kubek bezkofeinowej kawy dziennie. Papierosy paliła w wieku od lat 19 do 22 - potem zaprzestała. Uprawiała jogę cztery do pięciu razy w tygodniu po dwie i pół godzinny. Ponadto, w czasie weekendów, uprawiała piesze wycieczki.

Wcześniej lekarz pierwszego kontaktu przepisał jej lek przeciwlękowy, który zażywała przez okres półtora roku. Gdy przestała, czuła, że jest od niego uzależniona. W czasie stosowania farmakoterapii całymi dniami pozostawała senna. Przez miesiąc przed wyjazdem do Stanów Zjednoczonych odbywała codzienne wizyty u psychiatry stosującego psychoterapię. Po przybyciu do Kalifornii przez około półtora roku korzystała z pomocy psychologa klinicznego. Krótko przed wizytą u mnie odbyła konsultację z psychiatrą i otrzymała receptę na Xanax, którego nie zażyła.

Cele terapii

Hope określiła następujące cele terapii: przerwanie błędnego koła obsesyjno-kompulsyjnego oraz zrozumienie, że nie ma związku między jej kompulsywnymi zachowaniami a tym co przydarza się innym ludziom. Nie była pewna jak długo będzie trwać terapia - sądziła, że być może trzy, cztery miesiące.

Przy przyjęciu Hope wypełniła ankietę oceny problemów dorosłych [Clement, 1999]. Jak można zobaczyć w dodatku nr 1, jest to lista itemów, które osoba wypełniająca ocenia pod kątem intensywności obaw jakie są z nimi związane (od 1 - stałe zagrożenie własne lub w odniesieniu do innych, do 8 - niewielkie obawy). Poniżej przedstawione są te pozycje, które Hope oceniła od na od 1 do 6.

Lęk, napięcie, zamartwianie	"5 - poważny problem"
Złe sny lub koszmary senne	"6 - umiarkowany problem"
Dokuczliwe nawracające myśli	"4 - znaczący problem"
Strach lub fobie (latanie)	"5 - poważny problem"
Uczucie, że nie jest się sobą	"5 - poważny problem"
Wydajność w pracy	"4 - znaczący problem"
Napady paniki	"5 - poważny problem"
Niezwykłe przyzwyczajenia lub rytuały	"1 - problem uniemożliwiający funkcjonowanie"

Diagnoza

Na podstawie wymienionych wyżej pozycji, wywiadu przy przyjęciu oraz odpowiedzi w kwestionariuszu Adult Self-Report Inventory - 4 [Checkmate, 1999] moje hipotezy diagnostyczne obejmowały:

Oś I: 300.30 Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne

Oś I: 300.29 Fobia specyficzna (latanie samolotem)

Oś I: 300.01 Zaburzenie paniczne bez agorafobii

Oś I: 307.47 Koszmary senne

Oś II: V71.09 (bez diagnozy na osi II)

Oś III: brak

Oś IV: sytuacja stresogenna w obszarze ekonomicznym związana z brakiem zielonej karty.

Oś Va: GAF przy przyjęciu = 40

Oś Vb: Najwyższa wartość GAF w roku poprzedzającym przyjęcie = 40

Hope przeszła badanie lekarskie 10 dni przed naszą pierwszą sesją. Lekarz nie stwierdził żadnych odchyśleń w stanie somatycznym. Ostatnie badanie krwi było wykonane siedem miesięcy wcześniej, ponadto około pięć miesięcy przed naszym pierwszym spotkaniem miała wykonane badanie EKG. Mimo iż przy przyjęciu sprawiała wrażenie zdrowej w przeszłości trzykrotnie przechodziła zapalenie nerek oraz wiele razy zakażenie pęcherza moczowego od wieku 19 lat.

Silne strony Hope

W przeciwieństwie do obrazu licznych problemów, Hope była doskonałym przykładem syndromu "YAVIS" [*young, attractive, verbal, intelligent, skilled* - przyp. tłum.], była młoda, atrakcyjna, sprawna językowo (posługiwała się pięcioma językami), inteligentna oraz odnosząca wiele sukcesów. Jej inteligencja nie ograniczała się do bycia "oczytaną". Mimo że nie zastosowałem żadnych formalnych narzędzi pomiarowych, było jasne, że cechowała się wysokim poziomem inteligencji emocjonalnej [Goleman, 1995]. Miała poczucie humoru, szybko docierała do znaczenia dowcipów w języku angielskim, mimo iż nie był to jej język ojczysty. Miała wiele mocnych stron, które mogliśmy wykorzystać w przebiegu terapii.

5. Sformułowanie koncepcji oraz plan terapii

Koncepcja przypadku Hope

Wiele wydarzeń z dzieciństwa Hope przyczyniło się, jak się wydaje, do rozwinięcia się jej utrzymujących się problemów lękowych. Opuszczenie domu rodzinnego przez ojca, a po pół roku rozwód rodziców gdy miała 5 lat (w okresie, który przez wielu psychologów rozwojowych uważany jest za krytyczny w rozwoju człowieka) mogły być pierwszymi uwrażliwiającymi doświadczeniami. Jak się wydaje, wydarzenia te doprowadziły do rozwoju separacyjnego zaburzenia lękowego. Słabe zdrowie w okresie dzieciństwa również przyczyniło się do zwiększenia

jej poczucia wrażliwości, delikatności. Budzące lęk komunikaty ze strony rodziców i dziadków bez wątpienia dołożyły się do jej podatności na lęk. Ponadto wydaje się, w czasie dorastania zachowanie Hope podlegało modelowaniu przez obsesyjno-kompulsyjne zachowania obojga rodziców. Mogła również odziedziczyć szczególną łatwość generowania wewnętrznego napięcia. Z jej własnej relacji wynikało, że lęki i zmartwienia utrzymywała w tajemnicy, co również mogło przyczynić się do rozwoju wzorców obsesyjno-kompulsyjnych.

Gdy mając 30 lat Hope zgłosiła się do mnie, w jej życiu było wiele czynników podtrzymujących wysoki poziom lęku. Mieszkała w obcym kraju wiele tysięcy mil od rodziny, krewnych i przyjaciół. Mimo, że posługiwała się biegle językiem angielskim, jego długotrwałe używanie zmęczyło ją. Pomimo posiadania wielu pożądaných na rynku pracy cech, nie mogła dostać normalnej pracy; nie miała bowiem zielonej karty i nie wiedziała kiedy ją otrzyma. Wiele decyzji i działań rządu Stanów Zjednoczonych po wydarzeniach z 11 września 2001 przyczyniło się do zwiększenia jej poczucia podatności na zranienia. Rozmowy telefoniczne z rodzicami przynosiły jej więcej napięcia niż ulgi ponieważ rodzice bardziej opierali się emocjonalnie na niej niż dawali jej wsparcia. Na początku terapii jej mąż był zatrudniony na czas określony i szukał stałej pracy na jednym z ważniejszych uniwersytetów. Rozpatrywał propozycje ze Stanów Zjednoczonych, Kanady oraz kilku krajów europejskich. Hope nie wiedziała gdzie ostatecznie zamieszkają. Ta niepewność co do przyszłości również stanowiła źródło lęku. Jego częste podróże wiązały się albo z nasileniem jej lęków separacyjnych, kiedy mu nie towarzyszyła lub z nasileniem lęku przed lataniem samolotem gdy mu towarzyszyła. Jak wspomniano wcześniej, Hope często pograżała się w myśleniu magicznym, które stanowiło podstawę jej rytualnych zachowań. Czuła także presję związaną z pisaniem pracy doktorskiej oraz przygotowaniem się do jej obrony.

Choć uważała, że skorzystała z poprzedniej psychoterapii, w momencie zgłoszenia się do mnie odczuwała dużo cierpienia. Chciała wprowadzić jakieś znaczące i długotrwałe zmiany w sposobie w jaki radziła sobie w życiu.

6. Plan terapii

W tabeli 1 przedstawiono przegląd głównych założeń mojego planu terapeutycznego. Stworzenie tego planu było procesem trwającym znacznie dłużej niż tylko kilka pierwszych sesji, część ewoluowała w czasie trwania terapii. Niektóre cele w nim zawarte zostały sformułowane *explicite* - np. zmniejszyć nasilenie OCD, inne *implicit* - np. wzmocnić samoakceptację. Wiele spośród zastosowanych metod terapeutycznych było opartych na starych, prostych założeniach: wiele lat temu Guthrie [1938] sformułował podstawową zasadę do osiągnięcia zmian behawioralnych:

"Aby przełamać przyzwyczajenie należy najpierw zidentyfikować bodziec wywołujący owo zachowanie. Następnie potrzebne jest zastosowanie wszystkich dostępnych sposobów, by sprawić żeby dana osoba zachowała się w danej sytuacji inaczej. To w zasadzie kompletna recepta. Sytuacja sama doprowadzi następnie do wywołania nowego zachowania" (str. 386-387).

Podstawową strategią terapeutyczną było więc zidentyfikowanie okoliczności, które wyzwały myśli i zachowania niepożądane oraz zastąpienie ich myślami i zachowaniami, bardziej adaptacyjnymi, elastycznymi, prowadzącymi do korzystnych efektów.

Przebieg terapii

Ze względu na długość terapii (103 sesje terapeutyczne) oraz jej przebieg, na który składało się wzajemne krzyżowanie i nawracanie różnych wątków przedstawione poniżej podsumowanie terapii zaprezentowane jest w odniesieniu do tematów, nie w sposób ściśle chronologiczny.

Ocena wstępna

W pierwszej fazie terapii zebrano wywiad życiorysowy, inne informacje niezbędne w procesie diagnostycznym, określono stopień funkcjonowania Hope przy przyjęciu, ustalono cele terapii oraz sformułowano przymierze terapeutyczne. Często wyjaśniam swoim przyszłym oraz nowym pacjentom, że jest kilka podobieństw między terapią a regularnym spotykaniem się na randki. Odgrywa tu rolę czynnik "chemii". Fakt, iż bliski przyjaciel lub członek rodziny dobrze "zgrał się" z danym terapeutą nie oznacza, że inna osoba "zgra" się z nim równie dobrze. Szczęśliwie, przypadku Hope bardzo szybko stwierdziłem, że "zgraliśmy się" dobrze.

Oslabienie wzorców OCD

Oczywistością jest, iż pacjenci chorujący na zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne czują, że *muszą* wykonywać swoje rytuały. Hope była przekonana, że jeżeli zaprzestą ciągłego porządkowania coś złego przydarzy się jej mężowi lub krewnym w Europie. Zamiast nakazać jej walczyć z obsesyjnymi myślami i kompulsyjnymi zachowaniami poprosiłem, aby uważnie przyglądała się swoim obsesjom a w szczególności tym aspektom przeżywania, które wiążą się z poczuciem konieczności kompulsyjnego działania. Aby pomóc nam obojgu lepiej ją zrozumieć, na czwartej sesji poprosiłem, aby prowadziła dziennik obserwacji swoich obsesji i kompulsji. Na tej samej sesji wyjaśniłem znaczenie ekspozycji i zapobiegania reakcji w leczeniu OCD [Riggs & Foa, 1993]. Częste podróże męża dawały wiele okazji do ekspozycji. Zaproponowałem, aby zamiast wprost zapobiegać reakcjom (zachowaniom kompulsywnym) Hope: (1) celowo opóźniała rozpoczęcie sprzątanania (2) zmieniała jakiś aspekt sposobu, w jaki sprząta (topografię behawioralną). Przykładowo: najpierw nastaw minutnik na 15 minut i zacznij sprzątać dopiero, gdy alarm zadzwoni. Po drugie, sprzątaj przy pomocy ręki niedominującej. Pracowaliśmy wykorzystując te strategie podczas wielu sesji na początku terapii oraz powracaliśmy do nich w kilku sesjach w różnych momentach terapii, w tym w sesji 43, 50, 51, 75, 90 oraz 102.

Podczas pierwszej fazy terapii wprowadziłem ponadto strategię przyjęcia do jej leczenia podejścia eksperymentalnego i naukowego. Powiedziałem, że zamiast zadawać pytanie, dlaczego zaczyna odczuwać napięcie i wpada się w błędne koło OCD, powinna raczej zbadać jak, kiedy i gdzie pojawiają się myśli obsesyjne i porządkowanie oraz, że powinna spojrzeć na te niepokojące myśli i przyjąć je, jako interesujący lecz przemijający stan umysłu. Następnie powinna rozpocząć zabawę i eksperymentowanie z nimi stosując metody "odraczania" oraz "zmiany topografii".

Hope była bardzo współpracująca i dostosowywała się do moich zaleceń, co przyczyniło się do uzyskania szybkiej zmiany.

Poszerzenie rozumienia

Drugim celem terapii Hope było zrozumienie, że nie ma związku pomiędzy jej zachowaniami kompulsywnymi a tym, co przydarza się innym osobom. Wyjaśniłem jej, że najlepszą strategią osiągnięcia tego celu są eksperymenty w realnym świecie, podobnie jak zostało to opisane powyżej. Często opowiadam moim pacjentom historyjki, stosując je w moim podejściu do terapii jako formę modelowania społecznego więc opowiedziałem Hope następującą opowieść:

Był sobie kiedyś 14 letni chłopiec, syn farmera. Pochodził z dużej rodziny. Pewnego wieczora jego ukochany wujek wygłosił mu i kilkorgu jego braci wykład na temat zła masturbacji. Wytłumaczył, że jeżeli będą się masturbować utracą swoje siły podobnie jak utracił je Samson je kiedy obcięto mu włosy. Tej nocy ów chłopiec rozmyślał nad tym, co usłyszał. Następnego ranka ubrał się i poszedł za stodołę gdzie leżał wielki głaz. W rodzinie chłopca oznaką męskości była zdolność do uniesienia tego wielkiego głazu tak, aby w ogóle nie dotykał ziemi. Chłopiec pochylił się, objął głaz i uniósł go. Po odstawieniu głazu rozpiął rozporek, przystąpił do masturbacji a po jej zakończeniu zapiął rozporek i

przystąpił do ponownego testu - kolejnej próby uniesienia kamienia. Pochylił się raz jeszcze, objął głaz i uniósł tak, że nie dotykał ziemi. Wujek się mylił!

W duchu tej historyjki zachęcałem Hope, aby poddała swoje straszne przekonania próbie. Po wykonaniu takich eksperymentów zachęcałem ją także by zastąpiła swoje budzące lęk przekonania, przekonaniem realistycznym, opartym na efektach jej eksperymentów. Esencją tych eksperymentów było zrobienie czegoś innego w miejsce rytualnego sprzątnięcia i zaobserwowanie czy doprowadzi to do choroby, wypadku albo śmierci kogoś o kogo się martwiła.

Zwiększenie spokoju

Mimo iż Hope nie prosiła mnie bezpośrednio o podwyższanie poziomu jej spokoju, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne jest zaburzeniem lękowym. Lęk zwiększa napięcie i pobudzenie. Treningi relaksacyjne są sprawdzoną formą oddziaływania terapeutycznego mającego na celu zmniejszenie pobudzenia i napięcia oraz stymulowanie wewnętrznego spokoju. Podejrzewałem, że wzrost nasilenia lęku może wywoływać myśli obsesyjne. Stąd wszystko, co mogło zmniejszyć nasilenie jej lęku, mogło również zmniejszyć prawdopodobieństwo pojawienia się myśli obsesyjnych. W świetle tych założeń na trzeciej sesji przeprowadziłem z Hope trening relaksacyjny, nagrałem tę 25 minutową sesję i dałem jej do domu jako instruktaż do dalszych, samodzielnych ćwiczeń relaksacyjnych.

Na jednej z pierwszych sesji zastosowałem trening relaksacyjny Jacobsona [Jacobson, 1938]. Ćwiczenie obejmowało większość głównych grup mięśniowych, poczynając od mięśni dłoni i przedramion, przez ramiona, czoło, powieki, szczękę, policzki, język, gardło, wargi, szyję, ramiona, plecy, klatkę piersiową, brzuch, pośladki, uda, podudzia, stopy. Przy każdej grupie mięśni, prosiłem by je napięła a następnie rozluźniła gdy wypowiem słowo "rozluźnij". Ponadto poprosiłem aby zwracała uwagę na różne odczucia występujące w czasie napinania i rozluźniania. Później poprosiłem, aby skupiła się na tym, co się dzieje, gdy powoli wdycha i wydech powietrze. Następnie poprosiłem, aby wstrzymała oddech na wdechu i wyobraziła sobie, że wszystkie pozostające w niej jeszcze resztki napięcia przemieszczają się do jej płuc i zostają usunięte kiedy usłyszy słowo "rozluźnij". W końcu zastosowałem techniki sterowanych wyobrażeń koncentrując się na scenach uspokajających, np. leżenia na plecach na górskiej polanie, siedzenia na pniu nad strumieniem wśród drzew, wylegiwania się na ręczniku lub kocu na plaży nad oceanem, wsłuchiwanie się w odgłosy przetaczających się fal i odczuwania przyjemnego ciepła wzbudzanego przez padające na jej skórę promienie słońca.

Poza wzmacnianiem jej fizjologicznego spokoju, starałem się uczynić Hope bardziej świadomą swoich silnych stron jako źródła spokoju i zadowolenia. Po naszej 20 sesji wręczyłem jej pisemną instrukcję, aby zapoznała się z internetową stroną www.authentic happiness.org. Jest to zorientowana na konsumenta strona poświęcona "psychologii pozytywnej", oparta o dorobek Martina Seligmana. W następujący sposób przedstawia ona psychologię pozytywną:

Psychologia pozytywna ... [jest] nową gałęzią psychologii skupioną na empirycznym badaniu takich zjawisk jak pozytywne emocje, charakter oparty na silnych stronach, zdrowe instytucje. Jego [Martina Seligmana] badania wskazały, iż możliwe jest być szczęśliwszym - odczuwać więcej satysfakcji, żyć pełniej, znajdować więcej sensu, mieć więcej nadziei, prawdopodobnie nawet częściej się cieszyć i uśmiechać, bez względu na okoliczności. Interwencje wywodzące się z psychologii pozytywnej mogą trwale zmniejszać objawy depresyjne.

Na 20-tej sesji poprosiłem Hope, aby wypełniła kilka kwestionariuszy dostępnych bezpłatnie na wskazanej stronie internetowej. Wyniki przedstawione w formie percentyli przedstawiały się następująco: kwestionariusz oceny poczucia sensu, celu w życiu ("*Purpose in Life Questionnaire*" - przyp. tłum.) 10-ty percentyl, kwestionariusz "ogólnego zadowolenia" ("*General Happiness*" - przyp. tłum.) 41-wszy percentyl, kwestionariusz oceny satysfakcji z życia ("*Satisfaction with life*" -

przyp. tłum) 43-ci percentyl. W kwestionariuszu "*Signature Strengths Survey*" [Pearson i Seligman 2004], określającym 24 "silne strony charakteru" wyniki przedstawiały się następująco (wymieniając pięć cech w kolejności od najbardziej do najmniej dominującej): "zdolność do kochania i bycia kochanym" (94 percentyl), "docenianie piękna i doskonałości" (89 percentyl), "wdzięczność" (85 percentyl), "bezstronność, sprawiedliwość" (78 percentyl), "życzliwość i wielkoduszność" (70 percentyl).

Jedną ze strategii życiowych rekomendowanych przez Seligmana (2002) jest poszukiwanie sposobów zastosowania właśnie tych silnych cech charakteru w sytuacji konieczności sprostania różnym problemom. Zachęcałem Hope, aby wykorzystywała silne cechy swojego charakteru do stawiania czoła aktualnym i przyszłym trudnościom. Ponadto wskazałem jej wiele innych strategii, które poznałem w okresie od jesieni 2003 do wiosny 2004 na szkoleniu Martina Seligmana "Trening autentycznego szczęścia". Jedną z nich było "debatowanie". Podczas 30-tej sesji przekazałem Hope następującą pisemną instrukcję:

chcę, żebyś przez następny tydzień przed położeniem się spać przyjrzała się uważnie jednemu wydarzeniu, w którym uczestniczyłaś w ciągu dnia. Może być dobre lub złe, ważne lub niewiele znaczące: spóźnia się poczta, ktoś nie odpowiada na Twój telefon, ktoś komplementuje sposób, w jaki jesteś ubrana, dzieciak, który nalewa Ci paliwo na stacji nie myje szyby. Zapamiętaj wszelkie pesymistyczne myśli, jakie miałaś na temat tego wydarzenia a następnie pisemnie przeprowadź żywą debatę będąc w opozycji do tych myśli. Jeżeli nie będziesz potrafiła przypomnieć sobie pesymistycznej myśli na temat danego zdarzenia, wymyśl jakąś a następnie żywo debatuj przeciw niej.

Ta pisemna instrukcja zawierała ponadto przykłady jednego dobrego wydarzenia oraz jednego złego, przedstawione zgodnie z modelem ABCDE (*activating event, beliefs, consequences, disputing/disputation, effective new philosophy* - przyp. tłum.): zdarzenia aktywujące, przekonania, konsekwencje (uczucia wyzwolone przez przekonania), kwestionowanie (argumentacja przeciwko niepokojącym myślom), efektywna nowa filozofia (nowe emocje, które zostają wzbudzone po argumentacji przeciwko niepokojącym myślom). Na kolejną sesję Hope przyniosła wiele stron własnych notatek, które zrobiła realizując to zadanie domowe. Spędziliśmy całą sesję na ich przeglądaniu i omawianiu. Na zakończenie tej sesji zleciłem Hope wykonanie kolejnego zadania ze wspomnianego już kursu Seligmana:

Zastanów się nad następującym stwierdzeniem Winstona Churchilla: "pesymista widzi trudność w każdej szansie; optymista widzi szansę w każdej trudności". Co te słowa znaczą dla Ciebie? Czy działasz raczej jak pesymista czy optymista?

Optymizm wzbudza pozytywne emocje zarówno na temat przyszłości jak i teraźniejszości. Optymista widzi dobre w złym, jasną stronę, potencjalnie dobre konsekwencje. Wejście tych poglądów do "powszechnej mądrości" nie zmniejsza wartości perspektywy optymisty. Optymizm nie czyni człowieka głupim czy naiwnym. Optymizm może natomiast być ciężką pracą, jak obrazuje to ćwiczenie "otwierania drzwi". Pomyśl o czasie, kiedy straciłaś coś bardzo dla Ciebie ważnego: kiedy zawalił się jakiś wielki plan, kiedy nie udało Ci się otrzymać pracy, którą bardzo chciałaś, kiedy zostałaś odrzucona przez kogoś, kogo kochałaś. Gdy zamykają się jedne drzwi inne prawie zawsze się otwierają. Weź pod uwagę troje drzwi, które się dla Ciebie zamknęły. Jakie się otworzyły?

Napisz o twoich doświadczeniach z otwierającymi i zamykającymi się drzwiami. Czy otwierające się drzwi widziałaś od początku czy trzeba było trochę czasu, aby je zobaczyć? Czy Twoje rozczarowanie, smutek oraz gorycz (lub inne negatywne uczucia) związane z zamykaniem się niektórych drzwi utrudniały dotarcie do tych, które się otwierały? Czy jest coś, co możesz zrobić w przyszłości, aby szybciej, łatwiej odnajdywać otwierające się drzwi?

Podczas kolejnej sesji analizowaliśmy odpowiedzi Hope na te pytania. W trakcie terapii stosowałem wiele pisemnych zadań, podobnych do tych dwóch przedstawionych powyżej. Ten rodzaj zadań domowych jest przeze mnie często stosowany w ramach psychoterapii.

Wzmocnienie odporności

Mimo wielu zalet przez większość życia Hope spędziła myśląc o sobie "nikt mnie nie lubi". Badaliśmy wspólnie źródło tych przekonań i stawialiśmy je w opozycji do informacji zwrotnych, jakie otrzymywała od innych ludzi. Uogólniając, prosiłem ją o pracę nad zmniejszeniem przepaści pomiędzy jej samooceną a ocenami ze strony innych. Na przykład, mimo iż często przeżywała siebie jako małą wystraszoną dziewczynkę, ja widziałem w niej "światową kobietę", która wychowywała się w jednym europejskim państwie, studiowała w drugim, obecnie mieszkała w trzecim (w Stanach Zjednoczonych) i wkrótce miała uzyskać tytuł doktora nauk w czwartym. Z mojego punktu widzenia wszystko czego Hope dokonała w swoim życiu, świadczyło o jej dużej wewnętrznej sile. Berg i Kim [1995] zaproponowali bardzo użyteczną strategię terapeutyczną: zamiast próbować rozwinąć nowe sposoby radzenia sobie z sytuacjami problematycznymi, należy pomóc klientowi zidentyfikować te, które skutecznie stosował w przeszłości i zachęcać do stosowania tych umiejętności w teraźniejszości.

Podczas wielu sesji zachęcałem Hope do głośnego myślenia ze mną o swoich zdolnościach i dotychczasowych sukcesach. Samodzielnie podjęła decyzję o wyjeździe do Anglii na ostatni rok studiów. Miała siłę wewnętrzną by wybrać swojego męża wbrew swoim rodzicom i przyjaciołom, którzy byli przeciwni małżeństwu ze względu na jego narodowość. Biegłe posługiwała się pięcioma językami. Przeprowadziła się z mężem za ocean i drugi koniec kontynentu do południowej Kalifornii. Poważnie rozważała samodzielną podróż przez Pacyfik do jednego z krajów azjatyckich w celu pracy naukowej z ekspertem w jej dziedzinie zainteresowań. Łatwo nawiązywała przyjaźnie gdziekolwiek się znajdowała. Była mądra. Była atrakcyjna. Była zarówno czytana, jak i wykazywała się nieprzeciętną inteligencją emocjonalną. Lubiła pomagać innym ludziom. O stopień doktora ubiegała się w jednym ze sławnych europejskich uniwersytetów, rozprawę pisała w języku angielskim, natomiast ustna obrona pracy miała przebiegać w języku innym niż angielski oraz innym niż jej język ojczysty. Miała wiele zasobów, z których mogła korzystać napotykając w przyszłości nowe wyzwania życiowe.

Poza zachęcaniem Hope do korzystania z osobistych zasobów, takich jak te wymienione powyżej, w połowie naszej pracy terapeutycznej (sesje 53-59, 61, 71 i 72) zastosowaliśmy wiele ćwiczeń zaadaptowanych z publikacji z *The Resilience Factor* [Reivich & Shatte, 2002].

Pierwsze ćwiczenie: "Naucz się Twojego ABC", było bardzo zbliżone do zadania ABCDE opisanego powyżej. Sednem tego ćwiczenia była identyfikacja tych negatywnych i samokrytycznych myśli, które zmniejszają morale. Głównym celem było zwiększenie rozumienia sposobu w jaki myślenie wpływa na emocje i zachowania.

Drugie ćwiczenie: "Unikanie pułapek w myśleniu" miało na celu zidentyfikowanie stopnia, w jaki Hope wpadała w każdą z ośmiu powszechnych pułapek w myśleniu (przeskakiwanie do wniosków, myślenie tunelowe, wyolbrzymianie i minimalizowanie, odnoszenie do siebie, eksternalizacja, nadmierne uogólnianie, czytanie myśli, wnioskowanie emocjonalne) a następnie sprawdzanie bardziej wzmacniających alternatyw (myślenia, przyp. red).

Trzecie ćwiczenie: "Wykrywanie gór lodowych", miało na celu sprecyzowanie podstawowych przekonań Hope dotyczących tego, co powinno a co nie powinno być, oraz określenie jak przekonania te mogą wpływać na jej tendencję do nadmiernego reagowania w niektórych sytuacjach.

Czwarte ćwiczenie: "Podważanie przekonań", opisywało na trzech stronach sposób oceny zachowań zastosowanych przez Hope w sytuacjach trudnych, tak by mogła poszukiwać nowych podejść lub rozwiązań tych problemów.

Piąte ćwiczenie: "Umieszczanie w perspektywie" opisywało, również w formie trzypięciowej instrukcji, sposób, w jaki mogła zastąpić zamartwianie się koncentracją na poszukiwaniu rozwiązań realnych bieżących problemów. Podczas naszej sześćdziesiątej sesji Hope stwierdziła, iż wiele myśli przepracowywanych w terapii połączyło się w niej i czuła jakby ponownie odkryła swoje "dawne ja".

Na kolejnej sesji zajęliśmy się szóstym ćwiczeniem zdolności zdrowienia: "Uspokojenie i skupienie uwagi", zgodnie z którym Hope miała stosować trening relaksacyjny w sytuacjach, w których czuła się przeciążona intensywnością odczuwanych emocji lub stresu, tak by mogła skoncentrować się na rzeczywistym problemie, przed którym stała.

W końcu na sesji 72 zaleciłem ostatnie ćwiczenie: "Odporność w czasie rzeczywistym", dając jej pisemne instrukcje zastępowania nieproduktywnych myśli myślami wzmacniającymi, z natychmiastowym rezultatem.

Zmniejszenie lęku separacyjnego

Mimo iż Hope nie spełniała już kryteriów rozpoznania separacyjnego zaburzenia lękowego było dla niej jasne, że rozłąki z mężem, kiedy przebywał w podróżach służbowych, wyzwały u niej myśli obsesyjne, lęk oraz kompulsyjne sprzątanie. Pracy nad lękiem separacyjnym poświęciliśmy szczególnie sesje: 2, 5, 7, 8, 23, 24, 49, 58, 60, 67, 75, 89, 96, 101 i 102. W pracy nad lękiem separacyjnym zastosowaliśmy wiele metod opisanych powyżej, ale stosowaliśmy również inne. Przykładowo zaleciłem, aby Hope stosowała swoje ulubione ćwiczenie wyciszające, które poznała na zajęciach jogi, kiedy zaczynała doświadczać lęku separacyjnego. Powiedziała, że stanie na głowie okazało się skuteczne!

Poznawcza restrukturyzacja

Przeanalizowaliśmy najczęstsze rodzaje obaw, które wyzwały u Hope lęk separacyjny:

1. Co, jeśli?
2. Przewidywanie, że mało prawdopodobne nieszczęścia są prawdopodobne lub pewne
3. Myślenie katastroficzne

Następnie poleciłem, aby ćwiczyła stosowanie reguły "jeśli, to": jeśli [zdarzy się nieszczęście], to [wykonam sensowne działanie]. Podobnie zachęcałem Hope by określała realne prawdopodobieństwo danego nieszczęścia, gdy uświadamiała sobie pojawienie się przesądnych myśli lub obaw typu (2) lub (3).

Zmniejszenie częstości złych snów lub koszmarów sennych

Nie zajmowaliśmy się osobno problemem złych snów, jednak na sesji 26 zaleciłem Hope zadanie domowe, które może indukować przyjemne sny. To ćwiczenie wdzięczności zaadoptowałem od Seligmana [2002]. Każdego dnia Hope miała zidentyfikować trzy zdarzenia, za które była wdzięczna. Przed zaśnięciem miała wybrać jedno z nich i pomyśleć o wszystkim co zrobiła, aby przyczynić się do jego zaistnienia a następnie w czasie zasypiania wyobrazić sobie to dobre

zdarzenie. Ponadto zaleciłem, aby przed zaśnięciem stosowała nagranie relaksacyjne, szczególnie w okresach nieobecności męża.

Zmniejszenie nasilenia strachu przez lataniem

Mimo iż wielokrotnie stosowałem systematyczną desensytyzację oraz desensytyzację in vivo w leczeniu awiatofobii (lęku przed lataniem - przyp. red.), w terapii Hope nie korzystałem z tych technik. W czasie trwania jej leczenia wraz z żoną budowałem w garażu samolot. Od czasu do czasu mówiłem Hope o tym co robiliśmy i opowiadałem jej liczne anegdoty z 35 lat moich doświadczeń jako pilota. Celem tych opowieści było symboliczne modelowanie.

Jedynie cztery sesje (11, 15, 77 oraz 78) poświęciliśmy w przeważającej mierze lękowi przed lataniem samolotem. Zachęcałem Hope do stosowania technik relaksacyjnych jako narzędzi umożliwiających radzenie sobie ze stresem. Ponadto pobudzałem ją do stosowania innych zachowań, które w przeszłości wpływały na zmniejszenie jej lęku, jak rozmawianie z innymi pasażerami, skupienie uwagi na tym, co będzie robiła po przylocie, wspomnianie jak poradziła sobie z lękiem przy poprzednich podróżach samolotem.

Zwiększenie poczucia łączności z samą sobą

Nie podejmowaliśmy żadnych konkretnych kroków w celu zwiększenia u Hope poczucia bycia w łączności z samą sobą, ale akceptacja i empatyczne słuchanie to dwa "czynniki niespecyficzne" w psychoterapii, które bez wątpienia są również obecne w terapiach, które prowadzę. Moja postawa akceptacji Hope takiej, jaka jest, miała w założeniu posłużyć jej jako modelowanie większej samoakceptacji. Po drugie, jak wspominałem wcześniej w części dotyczącej koncepcji przewodniej, uważam, że aktywne słuchanie i otrzymywanie sprzężenia zwrotnego od terapeuty może służyć jako lustro pomagające klientowi zobaczyć swoje właściwe self w dokładniejszy i bardziej pełny sposób. Hope była wywierającą wrażenie młodą kobietą, jednak gdy zaczynaliśmy leczenie wydawała się nie mieć dokładnego i całościowego obrazu siebie. Z czasem była stawiała się bliższa osiągnięcia tego celu.

Akceptacja

Inną pomocną strategią jest badanie możliwości zastosowania "modlitwy o pogodę ducha": *Boże, daj mi pogodę ducha, abym pogodził się z tym, czego zmienić nie mogę; odwagę, abym zmieniał to, co zmienić mogę i mądrość, abym potrafił odróżnić jedno od drugiego*. Seligman [1993] obszernie opisywał co można a czego nie można zmienić. Podtytuł jego książki brzmi: "uczenie się akceptacji siebie". Taka samoakceptacja jest centralnym punktem terapii dialektyczno-behawioralnej [np. Hayes, Follette, Linehan, 2004; Linehan, 1993a,b; Marra, 2005]. Tak jak akceptacja ze strony terapeuty jest ważnym prekursorem zmiany lub rozwoju pacjenta, samoakceptacja jest ważnym czynnikiem poprzedzającym poprawę.

(piśmiennictwo zostanie zamieszczone pod trzecią częścią publikacji - przyp. red.).

719 Fremont Avenue, South Pasadena, CA 91030.

Email: PaulWClement@aol.com

Tłumaczenie Michał Mielimąka i Katarzyna Klasa, za zgodą Autora i Wydawcy wersji anglojęzycznej (<http://pcsp.libraries.rutgers.edu/index.php/pcsp/article/view/910/2305>), redakcja tekstu Jerzy A. Sobański