

Paul W. Clement

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

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

Praktyka prywatna, South Pasadena, CA.

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

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, część druga w niniejszym numerze 3-4/2009 dostępnym na stronie www.psychiatriapsychoterapia.pl - przyp. red.)

Poprawa wydolności zawodowej

Ponieważ Hope nie posiadała zielonej karty, w okresie trwania jej terapii nie mogła być zatrudniona na normalnych zasadach. Jej sytuacja była tym bardziej frustrująca, gdyż nie wiedziała, kiedy będzie mogła ją uzyskać. Dyskutowaliśmy o kwestiach związanych z decydowaniem o tym co chciałaby zrobić z resztą swojego życia. Mimo że była bliska otrzymania stopnia doktorskiego, nie zdecydowała jeszcze czy chce budować dalszą karierę w oparciu o ten stopień. Część pracy terapeutycznej dotyczyła jej poczucia sensu życia, odpowiedzi na pytanie "Kto mnie potrzebuje?"

Jak wspomniano wyżej, na 20-tej sesji poprosiłem Hope, aby wypełniła kwestionariusz *VIA Signature Strengths Survey* [Peterson & Seligman, 2004]. Na sesjach nr 21, 22 i 32 omawialiśmy informacje uzyskane przy zastosowaniu tego kwestionariusza w celu ułatwienia Hope dotarcia do jej własnego poczucia celu życia, a tym samym stworzenia przedpola dla wyboru ścieżki kariery, na której byłaby produktywna i szczęśliwa.

Wzmocnienie sposobów na uspokajanie się w sytuacjach, które w przeszłości wywoływały napady paniki.

Podobnie jak część innych problemów w życiu Hope, również napady paniki nie były wyodrębnionym przedmiotem terapii. Treningi relaksacyjne, modlitwa o spokój ducha, ćwiczenie różnych zachowań poprawiających zdolności radzenia sobie, restrukturyzacja poznawcza - wydaje się, że wszystko to przyczyniło się w pewnym stopniu do tego, że w okresie naszej wspólnej pracy terapeutycznej Hope nie miała ataków paniki.

Rozwój umiejętności radzenia sobie z problemami medycznymi i dentystycznymi

Kiedy Hope po raz pierwszy zgłosiła się do leczenia, nie miała problemów medycznych ani dentystycznych, jednak w końcu wiele czasu w terapii poświęciliśmy tym właśnie problemom. Hope odczuwała znacznego stopnia dolegliwości bólowe jamy ustnej i brzucha. Przyczyny bólu brzucha pozostawały przez pewien czas nieznanne, co spowodowało raptowne nasilenie zamartwiania się oraz lęku. W tym okresie u Hope wystąpiły obsesje na temat bycia zarażoną wirusem HIV.

Większość czasu na sesjach 38, 40, 51, 64-72, 76-81, 86, 96, 97 oraz 100 spędziliśmy zajmując się niepokojem Hope o swoje zdrowie. Podobnie większość czasu na sesjach 45-50, 80, 90 oraz 92 poświęciliśmy problemowi obsesyjnych myśli o zarażeniu się wirusem HIV.

Większość mojego postępowania ograniczała się do słuchania jak Hope opisuje swoje przeżycia, wyniki testów diagnostycznych, możliwości diagnostyki różnicowej oraz opcji leczenia. Dodatkowo, od czasu do czasu dodawałem coś innego, np. na 40-tej sesji dałem Hope do przeczytania artykuł na temat różnic między bohaterami - mężczyznami a bohaterkami - kobietami. Historie kobiet bohaterek często dotyczyły różnych zabiegów medycznych, którym się dobrowolnie poddawały - np. jako dawczynie nerek lub szpiku kostnego. Historie te miały służyć jako symboliczne modelowanie.

Biorąc pod uwagę, że jej problemy zdrowotne nasiliły objawy nerwicy natręctw, zaproponowałem Hope, aby zastosowała poznane już wcześniej techniki dyskusowania obsesyjnych myśli, oraz aby stosowała odraczanie i "zmiany topografii" w odniesieniu do kompulsyjnego poszukiwania zaprzeczenia faktu bycia zarażoną. Ostatnie sesje poświęcone obsesyjnym myślom o HIV i kompulsywnemu poszukiwaniu przez Hope potwierdzenia, że nie jest zarażona, obejmowały "techniki wzmacniające" podkreślające testowanie rzeczywistości, ekspozycję, zapobieganie reakcji. Ponadto zaleciłem Hope, aby poprosiła męża o ignorowanie jej prób uzyskania od niego zapewnienia, że nie jest zarażona HIV.

Istotnym dowodem postępów w tym obszarze było wydarzenie, które miało miejsce w tygodniu naszej 92-jej sesji. Hope była na stażu w jednym z pobliskich uniwersytetów. Inny stażysta powiedział jej, że jest nosicielem wirusa HIV. Oczywiście jego wyznanie doprowadziło do zwiększenia natężenia myśli obsesyjnych Hope, jednak kilka dni przed naszą sesją terapeutyczną zjadła przygotowany przez niego lunch. Fakt ten był konkretnym przykładem ekspozycji oraz zapobiegania reakcji. W przeszłości unikałaby takiego lunchu.

Wzmocnienie Hope w celu radzenia sobie w relacjach z rodzicami

Od czasu do czasu Hope opowiadała o tym, jak bardzo stresuje się w trakcie i po rozmowach telefonicznych z rodzicami. Po raz pierwszy wspomniała o tym podczas dziesiątej sesji i powracała do tego obszaru trudności na wielu dodatkowych sesjach (13, 15, 16, 20, 23-25, 27, 28, 34, 79-82, 87 oraz 98). Podczas pierwszej z wymienionych sesji Hope przygotowywała się do sześciotygodniowego pobytu w domu w Europie. Przykładem treningu, który czasami stosuję w terapii jest propozycja by Hope zastosowała założenie: "Najlepszą obroną jest brak obrony", by w czasie przebywania z rodzicami i dziadkami po prostu wysłuchała ich krytycznych uwag nie starając się bronić. Na tej samej sesji Hope wiele mówiła ponadto na temat skłonności członków jej rodziny do znajdowania przyjemności w byciu chorym i uzyskiwania w związku z tym opieki.

Podczas pobytu w Europie Hope miała udane wystąpienie na uniwersytecie, w którym miała bronić pracy doktorskiej. Podczas pobytu w rodzinnym mieście spędziła pięć godzin z prababcią w dniu, w którym umarła. Hope powiedziała mi, że dzięki temu, że to zrobiła czuła się silniejsza. Oba te doświadczenia stanowiły dowód kompetencji Hope. W przeciwieństwie do tego, zarówno matka, jak i babcia ze strony matki często mówiły rzeczy, które podważały jej poczucie adekwatności. Poprosiłem Hope, aby wyobraziła sobie dwie grupy ludzi i rzeczy jakie o niej mówią: (1) jej męża, mnie oraz ludzi takich jak my oraz (2) jej matkę, babcię ze strony matki oraz ludzi podobnych do nich. Kto ma rację? Która z tych grup dawała jej najbardziej dokładne i adekwatne informacje zwrotne?

Poprosiłem ją również by w celu samoobserwacji stosowała strategie, które poznała na zajęciach z jogi. Zakładałem, że techniki te są z istoty związane z uważnością i spostrzeganiem [Hayes,

Follette, Linehan 2004]. Ponadto zachęcałem ją by odczuwała swój lęk czy strach i podążała mimo to w kierunku osiągnięcia własnych pozytywnych celów. Jednym z nich było stworzenie lepszej relacji z matką, która przyleciała do niej w odwiedziny w czasie naszych sesji nr 27 i 28. Zaproponowałem, aby Hope zasugerowała swojej matce przededefiniowanie ich relacji na "przyjacielską". Generalnie, przy różnych okazjach gdy dyskutowaliśmy jak zachowywała się wobec rodziców, zachęcałem ją do bycia asertywną, to znaczy do wypowiedzania tego, co czuje, myśli, dostrzega, chce albo nie chce, w sposób jasny, spokojny i wprost.

Operacja Hope związana z bólami brzucha miała miejsce między 80 a 81 sesją. Matka przyleciała z Europy aby jej pomóc. Po wyjeździe matki, na sesji nr 82 Hope powiedziała mi, że to była dobra wizyta i że nie kłóciły się ze sobą. Nie oznacza to, że później wszystko między nimi układało się dobrze. Na sesji nr 87 Hope opowiadała jak wiele frustracji wywołują w niej rozmowy z którymkolwiek z rodziców. Przez większość rozmów telefonicznych każde z nich narzekało z powodu nieszczęśliwego małżeństwa. Pod koniec terapii, na sesji nr 98 Hope wypowiedziała wiele trudnych uczuć na temat tego jak była traktowana przez ojca. Zaleciłem jej by opisała te krytyczne wydarzenia z udziałem ojca oraz aby powiedziała mu jak się wtedy czuła.

Radzenie sobie z niepewnością w związku z karierą męża

Uważam, że podstawowym źródłem lęku jest niepewność. Przez większość czasu terapii Hope nie miała jasności dokąd zaprowadzi ich kariera męża. W czasie kiedy pracowaliśmy nad zmniejszeniem jej lęków, niejasność, co do tego kiedy i gdzie ostatecznie się przeprowadzą, nasilała je. Kwestie te były głównym tematem wielu sesji (nr 12, 27-30, 33, 63, 77-79, 82, 85, 86, 94, 95, 97 i 100). Moja rola w tych dyskusjach polegała głównie na słuchaniu ze zrozumieniem jej przemyśleń, uczuć, obaw, pragnień oraz akceptacji jej taką, jaką była. Od czasu do czasu zachęcałem ją ponadto aby w rozmowach z mężem była asertywna. Po wyborach prezydenckich w roku 2004 jej mąż stwierdził, że nie chce pozostawać w tym kraju. Rozpoczął więc poszukiwania stanowisk akademickich w Europie i Kanadzie, jednak przed naszą 86 sesją przyjął propozycję pracy w jednym z głównych uniwersytetów w USA, jednak daleko od południowej Kalifornii.

Ukończenie przewodu doktorskiego, zdefiniowanie ścieżki kariery

Kończenie doktoratu w jednym z europejskich uniwersytetów, brak możliwości normalnej pracy w USA oraz brak jasności co do przyszłej ścieżki kariery - wszystko to składało się na realne problemy Hope. Problemom tym poświęciliśmy wiele czasu na sesjach nr 15, 16, 20, 26, 32-34, 37, 38, 54, 80, 84, 87-89, 96 oraz 102. Podobnie jak przy wspieraniu jej w radzeniu sobie z niejasnościami w związku z karierą męża, również w obszarze problemów związanych z własną karierą Hope, moja rola polegała głównie na słuchaniu i akceptowaniu miejsca, w którym znajdowała się w aktualnym momencie jej życia.

Promowanie dobrego małżeństwa

Mimo, że nie prowadziłem z Hope i jej mężem terapii małżeńskiej, temat ich małżeństwa i relacji był głównym wątkiem wielu sesji (nr 62, 65, 71, 73, 76, 83, 92 oraz 97). Moja aktywność przy dyskusjach dotyczących małżeństwa Hope była podobna do tej, jaką przyjąłem w pracy nad jej relacją z rodzicami - polegała głównie na słuchaniu i akceptowaniu, z okazjonalnym zachęcaniem do bycia asertywną. Jeśli chodzi o asertywność, zachęcałem ją do powiedzenia mężowi jakie wsparcie emocjonalne chce od niego otrzymać, zwłaszcza w okresie kiedy przechodziła złożone procedury diagnostyczne a w końcu zabieg chirurgiczny. Stres i ból związany z problemami medycznymi i dentystycznymi wydawały się obciążać relację małżeńską. Obsesyjne myśli Hope o tym, że może być zarażona wirusem HIV lub chora na nowotwór i kompulsyjne poszukiwanie

zapewnienia ze strony męża, że tak nie jest, doprowadzały do wzrostu jego stresu i oskarżania jej o to, że "zawsze przesadza".

W tygodniu poprzedzającym naszą 76 sesję z powodu raka okrężnicy zmarła w Europie ciotka Hope. Ich daty urodzin różniły się tylko jednym dniem. Rano w dniu sesji Hope spotkała się ze swoim chirurgiem. Dowiedziała się wcześniej, że jej bóle brzucha związane są z guzem znajdującym się w jamie brzusznej. Lekarz wyjaśnił, że wielkość guza nie uległa zmianie, jednak badanie ultrasonograficzne wskazało, iż ściana guza grubieje, co może wskazywać na nowotwór. Informacja ta wraz ze śmiercią ciotki znacznie nasiliła smutek i lęk Hope. Ponadto była zła na męża z powodu tego, co odbierała jako brak reakcji na jej cierpienie.

Na ostatniej sesji poświęconej relacji małżeńskiej rozpatrzyliśmy "grę w uwodzenie". Jest to zjawisko polegające na tym, że chłopiec uwodzi dziewczynę lub mężczyzna uwodzi kobietę, ku obopólnej przyjemności. Hope oskarżała się m. in. na to, że mąż nie zabiega o nią wystarczająco. Poinstruowałem, w jaki sposób może pokierować męża w duchu "pozwól, że pomogę ci mi pomóc!".

Utrwalenie korzyści uzyskanych w terapii oraz przygotowanie do jej zakończenia

Sądzę, że długi czas trwania terapii Hope przyczynił się do stabilizacji korzyści osiągniętych w początkowej fazie terapii. Podejrzewam, że zakończenie terapii w okolicach 20 sesji mogłoby wiązać się z utratą niektórych z jej zysków. Mam nadzieję, że z dotychczasowej lektury opisu terapii Hope jasno wynika, iż wiele spośród problemów pacjentki było podejmowanych wielokrotnie w przebiegu leczenia. Między jedną czy więcej sesjami poświęconymi określonemu problemowi miały miejsce przerwy. Wzorzec ten równał się "praktyce w przerwach", lub późniejsze powroty do tematu służyły jako "doładowanie" wcześniejszych efektów.

Podczas sesji nr 93 rozpoczęliśmy temat zakończenia terapii. Zakładaliśmy, że nastąpi ono w ciągu najbliższych czterech miesięcy. W trakcie tej sesji Hope powiedziała mi, że gdy zdaje sobie sprawę, że to, co wyzwała jej lęki to jej własne myśli, a nie realne, zewnętrzne wydarzenia, lęki ustępują. Był to przykład na to, jak Hope zaabsorbowała przekonanie, które było zasadniczą składową naszej wcześniejszej pracy - w podejściu poznawczo-behawioralnym. Kiedy mówiła o czekającej ją przeprowadzce zapytałem, co chciałyby dać swojemu nowemu miastu i co chciałyby od niego otrzymać.

Na ostatniej sesji zapytałem Hope o zgodę na napisanie przeze mnie artykułu opartego na przebiegu jej terapii. Powiedziałem, że chciałbym, aby przeczytała manuskrypt w celu sprawdzenia dokładności przekazu oraz upewnienia się o wystarczającej ochronie jej tożsamości. Ponadto ustaliliśmy, że pozostaniemy w kontakcie. W rzeczy samej, cztery miesiące po zakończeniu terapii otrzymałem od niej e-mail z nowinkami. Około osiem i pół miesiąca po naszej ostatniej sesji, mieliśmy okazję spotkać się na kawie w jej nowym mieście i Hope opowiedziała mi, co aktualnie działo się w jej życiu. Po nieco ponad 11 miesiącach od naszej ostatniej sesji wysłałem jej pierwszą wersję roboczą niniejszego artykułu prosząc ją także by ponownie wypełniła Ankietę Oceny Problemów Dorosłych (patrz tabela 2). Hope odpowiedziała szybko i dokonałem kilku poprawek w manuskrypcie uwzględniających jej uwagi. Po opublikowaniu tego artykułu planuję przesłać Hope kopię wraz ze wszystkimi opublikowanymi na jego temat komentarzami. Spodziewam się, że przesłane materiały oraz nasz sporadyczny kontakt, pomogą Hope utrzymać korzyści z terapii lub nawet osiągnąć dalszą poprawę.

Kiedy rozpoczynaliśmy wspólną pracę terapeutyczną żadne z nas nie przewidywało, że będzie ona trwać ponad dwa i pół roku, a jednak tak się stało. Stworzyliśmy silną więź i piątkowe spotkania o godzinie 14 nie były już stratą. Matka zapytała Hope co robi, kiedy wyprowadzi się z Kalifornii i

nie będzie dłużej mogła chodzić na wizyty do Paula. Wierzę, że liczne umiejętności i mocne strony Hope pozwolą jej sprostać wszelkim trudnościom, które napotka po wyjeździe z Kalifornii.

7. MONITOROWANIE PRZEBIEGU TERAPII ORAZ ZASTOSOWANIE INFORMACJI ZWROTNYCH

Jak wspomniałem wcześniej, podczas większości sesji zlecałem Hope zadania domowe. Ważną częścią monitorowania procesu terapii było dyskusowanie zgodności wykonywanych zadań z zaleceniami oraz omawianie wpływu jaki na Hope miało ich wykonywanie. Jak opisano powyżej, zajmowaliśmy się wieloma sprawami z życia Hope. Swoją wkład dostosowywałem do tego, co Hope wносиła do terapii na danej sesji lub w danym czasie.

Choć poznałem jej męża oraz matkę, kiedy przyjechała do USA, nigdy nie przeprowadziłem wspólnej sesji terapeutycznej i nie starałem się uzyskać informacji zwrotnych od męża Hope, jej matki lub kogokolwiek innego poza nią samą.

8. OCENA PRZEBIEGU I WYNIKÓW TERAPII

Proces terapii

Kiedy Hope po raz pierwszy pojawiła się w moim gabinecie, była gotowa do podjęcia działań mających na celu zmianę w zakresie jej OCD. Szybko stworzyliśmy silne przymierze terapeutyczne. Hope wiele wносиła do terapii. Była młoda, fizycznie i towarzysko atrakcyjna, sprawna językowo, zarówno odczytana, jak i inteligentna emocjonalnie, ponadto osiągnęła już sporo sukcesów jak na kobietę w jej wieku. Ja z kolei przyjąłem postawę akceptującą, autentyczną, empatyczną, ponadto często odsłaniałem siebie. To, o czym dotychczas napisałem w tym paragrafie można by zbiorczo określić mianem "czynników niespecyficznych" w psychoterapii.

Było również wiele czynników specyficznych: zaadaptowane oparte na badaniach naukowych strategie ekspozycji i reakcji, ćwiczenia Seligmana promujące stan zadowolenia oraz ćwiczenia Reivich'a Shatte'go wzmacniające odporność.

Zasadniczo to Hope wyznaczała tempo oraz plan przebiegu terapii. Częścią mojego podejścia terapeutycznego było skupienie się na tym, co w danym czasie było dla niej istotne. Drzemiący we mnie chłopak z farmy starał się odnajdywać proste, praktyczne rozwiązania problemów, które przedstawiała. Mam do dyspozycji wiele technik i metod terapeutycznych, z których mogę wybierać. Lata doświadczenia w pracy jako instruktor pływania nauczyły mnie zaczynać tam, skąd gotowy jest rozpocząć uczeń i z tego miejsca pomagać mu podążać do przodu. To samo podejście stosowałem w terapii. Kiedy uczyłem pływania modelowałem konkretne zachowanie, prosiłem ucznia, aby pod moim okiem wykonał to, co wcześniej zaprezentowałem, prosiłem ucznia, aby ćwiczył w czasie mojej nieobecności, następnie razem świętowaliśmy osiągnięcie sukcesu. Zasadniczo to samo robię w terapii. Modeluję. Potem mówię "po prostu to zrób!". Kiedy klienci informują mnie, że między sesjami osiągnęli sukces, wspólnie to świętujemy. Tak też często działo się w terapii Hope.

Pracując jako ratownik wodny uratowałem wiele osób. Każda taka sytuacja była niepowtarzalna. Jednak nauczyłem się zestawu technik ratujących życie, z którego mogłem wybierać te najbardziej użyteczne w konkretnej sytuacji, choć użytecznymi okazywała się zawsze ograniczona ich liczba. Zasadniczo taki sam rodzaj procesu realizowałem w pracy z Hope. W ratownictwie wodnym najlepszy sposób ratowania to taki, w którym ofiara ratuje sama siebie prowadzona przez ratownika. W opisywanym przypadku, postrzegałem siebie jako ratownika Hope. Przeprowadzałem

ją bezpiecznie przez wzburzone morze jej życia do brzegu, ale faktem jest, że to Hope uratowała sama siebie.

Ilościowa ocena wyników terapii

Ilościowa ocena efektów terapii przedstawiona jest w tabeli 2. Tabela ta zawiera osiem pozycji, które Hope wymieniła jako problemy (na podstawie Kwestionariusza problemów dorosłych APC, patrz załącznik 1), poddając je ocenie na skali funkcjonowania SOF (*Scale of functioning* - SOF; Clement 1999) tuż przed wstępnym wywiadem. Ponownej oceny dokonała trzykrotnie: podczas sesji nr 14, 69 i 103 oraz rok po zakończeniu terapii. Na skali SOF uzyskać można wartości od 10 - "doskonałe funkcjonowanie" do 1 - "stałe zagrożenie wyrządzeniem krzywdy sobie lub innym" (tabela 2 przedstawia kompletny zestaw możliwych odpowiedzi). Przedstawiono wartości średnie i odchylenia standardowe z kolejnych pomiarów za pomocą SOF oraz równanie do obliczania na ich podstawie wielkości efektu terapii (*effect size*).

Wielkości efektu przedstawione w dolnej części tabeli 2 są znaczne i wskazują na dużą poprawę. Na przykład, jak wspominałem wcześniej mediana wielkości efektów obliczonych dla 28 terapii chorych na OCD leczonych w mojej praktyce w czasie ostatnich 14 lat wynosi 1,30, średnia 1,65. Wielkość efektu obliczona na końcu terapii Hope wyniosła 3,95, co wskazuje na bardzo pozytywny efekt terapii. Ponadto osiągnięte przez nią rezultaty można również uznać za bardzo dobre na tle publikowanych danych z randomizowanych badań kontrolowanych OCD. Van Blakom, van Oppen, Vermeulen, van Dyck, Nauta i Vorst [1994] przeprowadzili metaanalizę 86 badań opublikowanych w latach od 1970 do 1993, obejmujących grupę 2569 pacjentów, którzy ukończyli psychoterapię. Uśredniając dane z czterech rodzajów terapii (behawioralnej, poznawczej, behawioralnej i placebo, behawioralnej i poznawczej) średnia wielkość efektu obliczona na podstawie danych z ankiet wypełnianych przez pacjentów na końcu terapii wynosiła 1,38, natomiast obliczona na podstawie oceny specjalnie do tego celu wyznaczonych osób wynosiła 1,56. Dziesięć lat później Eddy i wsp. [2004] przeprowadzili metaanalizę badań opublikowanych w latach 1980-2001. Obejmowała ona grupę 705 pacjentów, którzy uczestniczyli średnio w 16 sesjach i średnio w 22 godzinach leczenia. Średnia wielkość efektu wynosiła 1,12; mediana 1,04. Wynik Hope (3,95) znacznie przewyższył rezultaty terapii osób chorujących na OCD objętych randomizowanymi badaniami kontrolowanymi w okresie ostatnich 30 lat.

Eddy i wsp. [2004] wykonali dodatkową analizę obliczając wielkości efektów w ramach warunków eksperymentalnych. Średnia wielkość efektu dla pomiarów przed i po terapii w grupie poddanej leczeniu wynosiła 1,52 (SD=0,66, mediana=1,19). Odpowiednio w grupie kontrolnej wynosiła 0,12 (SD=0,21, mediana=0,12). Mimo iż Eddy i wsp. nie podali wartości wielkości efektów dla badań katamnesticznych, zrobili to van Blakom i wsp. [1994]. Niestety większość badań nie zawierała obserwacji katamnesticznych a te, które takie obserwacje zawierały najczęściej obejmowały katamnezy nie przekraczające sześciu miesięcy lub takie, których okres katamnezy mieścił się w przedziale od sześciu do dwunastu miesięcy. Na podstawie danych uzyskanych na drodze samooceny średnia wielkość efektu w katamnezach o krótszym czasie trwania wynosiła 1,34 (SD=0,36) i 1,66 (SD=0,56) gdy ocenę przeprowadzały inne osoby Tylko jedno badanie zawierało dane z katamnezy trwającej ponad rok i zawierało jedynie wyniki obliczone na podstawie danych uzyskanych na drodze samooceny pacjentów, gdzie wielkość efektu wyniosła 0,66. Wielkość efektu obliczona na podstawie danych uzyskanych z katamnezy przeprowadzonej rok po zakończeniu terapii Hope wyniosła 3,81 - to uderzająco wysoka wartość w kontekście przytoczonych powyżej wyników badań. Ponadto warto podkreślić, że Hope utrzymała korzyści z końca terapii w okresie roku po jej zakończeniu.

Jak widać w tabeli 2, od sesji nr 14 do sesji nr 69 Hope doznała obniżenia poziomu postępów leczenia, wyrażającego się spadkiem wielkości efektu z 2,59 do 1,91. Spadek ten koresponduje z

okresem w życiu Hope, kiedy była przytłoczona problemami zdrowotnymi i odzwierciedla nasilenie jej stresu i dysfunkcji, które zaobserwowałem klinicznie. Uważam, że gdyby nie konieczność sprostania poważnym problemom zdrowotnym i fizycznemu bólowi, wielkość efektu terapii mierzona na podstawie danych uzyskanych z pomiarów przeprowadzonych na sesji nr 69 znajdowałyby się gdzieś pomiędzy wartościami obliczonymi na podstawie danych z pomiarów przeprowadzonych na sesjach 14 i 103. Około rok po zakończeniu terapii Hope dokonała ponownej oceny swojego poziomu funkcjonowania. Wyniki tej oceny przedstawione są w ostatniej kolumnie tabeli 2. Hope utrzymała ogólną poprawę uzyskaną na końcu terapii, jednak jej samoocena w odniesieniu do "realizowania nietypowych nawyków lub rytuałów" sugeruje, iż utrzymanie tendencji do angażowania się w czynności rytualne będzie dla niej długofalowym wyzwaniem.

Kontakty po zakończeniu terapii

Cztery miesiące po zakończeniu terapii Hope przysłała mi e-mail, który zawierał następujące stwierdzenia:

[Mój mąż] i ja mamy się dobrze. Cieszy nas [nasze nowe miasto] i jesteśmy jak na razie całkiem szczęśliwi.

Dobrze przeszliśmy przez badania medyczne niezbędne przy ubieganiu się o zieloną kartę... co oznacza, że wszystkie wyniki testów przeprowadzonych zarówno u mnie [jak i u mojego męża], w kierunku różnych chorób, dały wynik negatywny... nawet te w kierunku HIV... kto by pomyślał? Na pewno nie ja. Jak się pewnie domyślasz, poddanie się po raz kolejny badaniu w kierunku HIV nie przyszło mi łatwo, ale starałam się myśleć o tym, co mi mówiłeś...

Ponadto już po przeprowadzce [mój mąż] odbył jedną ze swoich podróży służbowych, zostawiając mnie całkiem samą... myślę, że poradziłam sobie całkiem dobrze. Byłam z siebie bardzo dumna.

Tęsknię za Tobą Paul, ale myślę, że tęsknię w dobry sposób. Tak jak tęskni się za starym, dobrym przyjacielem, któremu głęboko się ufa i na którym można zawsze polegać, kiedy traci się wiarę w samą siebie.

Nigdy nie będę w stanie dostatecznie Ci podziękować za pokazanie mi mojego prawdziwego potencjału i za zaszczepienie tak wielu cennych rad w mojej małej głowce.

Cztery miesiące po otrzymaniu tego maila, moja żona i ja spotkaliśmy się z Hope na kawie (takie spotkanie po terapii odzwierciedla moje podejście do relacji terapeutycznej, w której staram się być "rzeczywistą" osobą). Byliśmy w drodze na coroczne spotkanie Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego. Hope opowiedziała o tym, co się ostatnio wydarzyło w jej życiu. Krótko po wysłaniu do mnie e-maila odbyła całkiem spokojnie samodzielny lot z USA do Kanady, a następnie z Kanady do Europy, gdzie czekała na obronę pracy doktorskiej. Obroniła ją z wyróżnieniem. Odbyła również samodzielną podróż do swojej ojczyzny aby odwiedzić rodziców, dalszych krewnych i znajomych oraz przedłużyć wizę. Następnie wróciła do USA będąc zadowolona ze sposobu, w jaki poradziła sobie z intensywnym podróżowaniem między kontynentami. Odbywała staż w lokalnej organizacji non profit i wydawała się szczęśliwa, odprężona i pewna siebie.

W końcu skontaktowałem się z Hope po 21 miesiącach od zakończenia leczenia i ponownie zastosowałem skalę oceny funkcjonowania (SOF) w odniesieniu do ośmiu problemów wymienionych w tabeli 2. W tym ostatnim pomiarze katamnetycznym Hope uzyskała wyniki wskazujące na pewne obniżenie poziomu funkcjonowania, choć wielkość efektu terapii wciąż pozostawała bardzo wysoka (2,57). Szczegółowe dane liczbowe oraz dyskusja wyników tej katamnezy umieszczona została w ostatniej, podsumowującej części mojej odpowiedzi na komentarze do opisu terapii Hope zamieszczone w tym numerze czasopisma PCSP

(również przygotowywanej do publikacji w następnych numerach Psychiatrii i Psychoterapii - przyp. red.)

Piśmiennictwo:

- APA Presidential Task Force. Evidence based practice in psychology. *Am. Psychologist*. 2006; 61: 271-285.
- Barlow DH. *Clinical Handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (2nd ed). New York; 1993: Guilford Press.
- Chambless DL, Hollon SD. Defining empirically supported therapies. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1998; 64, 497-504.
- Chambless DL, Sanderson WC, Shoham V, Bennet Johnson S, Pope KS, Crits-Christoph P. i wsp. An update on empirically validated therapies. *Clin. Psychologist*. 1996; 49, 2: 5-14.
- Checkmate Plus. *Adult Self-Report Inventory-4*. Stony Brook, NY; 1999: The author.
- Clement PW. Operant conditioning in group psychotherapy with children. *J. School Health*. 1968; 38: 271-278.
- Clement PW. *A system for describing therapeutic interventions*. Pasadena, CA: Graduate School of Psychology, Fuller Theological Seminary; 1980. (ERIC Document Reproduction Service No. ED 013 371).
- Clement PW. Functional organization of clinical materials in a client's case folder. *Western Psychological Association Annual Convention, Los Angeles*; 1990, April 26.
- Clement PW. Merging pre-treatment assessment, goals/objectives, and evaluation of post-treatment outcome. *Western Psychological Association Convention, Portland, OR*; 1992, May 2.
- Clement PW. Quantitative evaluation of 26 years of private practice. *Prof. Psychology: Res. Pract.* 1994; 25, 2: 173-176.
- Clement PW. Evaluation in private practice. *Clin. Psychology: Sc. Pract.* 1996; 3: 146-159.
- Clement PW. *Outcomes and incomes: How to evaluate, improve, and market your psychotherapy practice by measuring outcomes*. New York; 1999: Guilford Press.
- Clement PW, Anderson EE, Arnold JR, Butman RE, Fantuzzo JW, Low B. Self-observation and self-reinforcement by socially deviant children. *Beh. Couns. Q.* 1982; 2: 168-182.
- Clement PW, Fazzino RA, Goldstein B. Tangible reinforcers and child group therapy. *J. A. Ac. Child Psychiatry*. 1970; 9: 409-427.
- Clement PW, Milne DC. Group play therapy and tangible reinforcers used to modify the behavior of eight-year-old boys. *Beh. Res. Ther.* 1967; 5: 301-312.
- Clement PW, Roberts PW, Lantz CE. Social models and token reinforcement in the treatment of shy, withdrawn boys. *Proceedings of the 78th Annual Convention of the American Psychological Association*. 1970; 5: 515-516.
- Eddy, KT, Dutra L, Bradley R, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clin. Psychol. Rev.* 2004; 24: 1011-1030.
- Eysenck HJ. The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*. 1952; 16: 319-324.
- Eysenck JJ. *The effects of psychotherapy*. New York; 1966: The International Science Press.
- Foa EB, Wilson E. red. *Stop obsessing! How to overcome your obsessions and compulsions*. New York; 2001: Bantam Books.
- Goleman D. *Emotional intelligence*. New York; 1995: Bantam Books.
- Guthrie ER. *The psychology of human conflict: The clash of motives within the individual*. New York; 1938: Harper & Brothers.
- Hayes SC., Follette VM, Linehan MM. red. *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York; 2004: Guilford Press.
- Howard KL, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE. The dose-effect relationship in psychotherapy. *Am. Psychologist*. 1986; 41, 159-164.
- Jacobson E. *Progressive relaxation*. Chicago; 1938: University of Chicago Press.
- Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. *Interpersonal psychotherapy of depression*. Northvale, NJ; 1994: Jason Aronson.
- Kopta S, Howard K, Lowry J, Beutler L. Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *J. Cons. Clin. Psychology*. 1994; 62: 1009-1016.
- Levitt EE. The results of psychotherapy with children: An evaluation. *J. Cons. Psychology*. 1957; 21: 189-196.
- Levitt EE. *Psychotherapy with children: A further evaluation*. *Beh. Res. Ther.* 1963; 1: 45-51.

Linehan MM. Cognitive-behavioral therapy for borderline personality disorder. New York; 1993: Guilford Press.

Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York; 1993: Guilford Press.

Marra T. Dialectical behavioral therapy in private practice: A practical & comprehensive guide. Oakland, CA; 2005: New Harbinger Publications.

Mash EJ, Barkley RA. Treatment of childhood disorders. New York; 1989: Guilford Press.

Miller SD, Berg IK. The miracle method: A radically new approach to problem drinking. New York; 1995: WW. Norton & Co.

Norcross JC. Purposes, processes and products of the task force on empirically supported therapy relationships. *Psychother. Th. Res. Pract. Training.* 2001; 38: 345-356.

Peterson C, Seligman MEP. Character strengths and virtues: A handbook and classification. Washington, D.C.; 2004: Am. Psychological Assoc.

Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Am. Psychologist.* 1992; 47: 1102-1114.

Reivich K, Shatté A. The resilience factor: 7 essential skills for overcoming life's inevitable obstacles. New York; 2002: Random House.

Riggs DS, Foa E. Obsessive-compulsive disorder. In: D. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (2nd ed.). New York; 1993: Guilford. ss.189-239.

Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J. Cons. Psychology.* 1957; 21: 95-103.

Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Am. J. Orthopsychiatry.* 1936; 6: 412-415. reprint w *J. Psychother. Integration.* 2002; 12: 5-9.

Seligman MEP. What you can change ... and what you can't: The complete guide to successful self-improvement. New York; 1993: Fawcett Books.

Seligman MEP. The effectiveness of psychotherapy. *American Psychologist.* 1995; 50: 965-974.

Seligman MEP. Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment. New York; 2002: Free Press.

Smith ML, Glass GV. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *Am. Psychologist.* 1977; 32: 752-760.

Smith ML, Glass GV, Miller TI. The benefits of psychotherapy. Baltimore; 1980: The Johns Hopkins Univ. Press.

Truax CB. Reinforcement and nonreinforcement in Rogerian psychotherapy. *J. Abn. Psychol.* 1966; 71: 1-9.

van Blakom AJLM, van Oppen P, Vermeulen AWA, van Dyck R, Nauta MCE, Vorst HCM. A meta-analysis on the treatment of obsessive compulsive disorder: A comparison of antidepressants, behavior, and cognitive therapy. *Clin. Psychol. Rev.* 1994; 14: 359-381.

Westen D, Novotny CM, Thompson-Brenner H. The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychol. Bull.* 2004; 130: 631-663.

Wolpe J. The systematic desensitization treatment of neuroses. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1961; 132: 189-203

Tabela 1. Podsumowanie planu leczenia Hope

Cel	Metoda(y) osiągnięcia celu
Oslabienie wzorca OCD	Ekspozycja i zapobieganie reakcji, opóźnienie wykonywania rytuałów i zmiana sposobu wykonywania rytuałów, Akceptacja i uważność Eksperymenty w realnym świecie Restrukturyzacja poznawcza
Zwiększenie rozumienia, że nie ma związku między rytuałami a tym, co przytrafia się innym osobom	Przeprowadzenie eksperymentów w realnym świecie, mających na celu zweryfikowanie złowieszczych przewidywań Restrukturyzacja poznawcza
Zwiększenie spokoju	Trening relaksacyjny Trening autentycznego szczęścia
Zastąpienie zmartwień i niepokojących myśli treściami o działaniu wzmacniającym	Trening odporności
Redukcja lęku separacyjnego	Ćwiczenie zachowań dających pozytywny efekt Restrukturyzacja poznawcza Uważność oraz samoakceptacja
Zmniejszenie częstotliwości złych snów i koszmarów sennych	Relaksacja Ćwiczenie "wdzięczności"
Oslabienie lęku przed podróżowaniem samolotem (awiatofobii), wzmocnienie strategii radzenia sobie podczas przelotów	Relaksacja Modelowanie symboliczne Ćwiczenie zachowań dających pozytywny efekt
Wzmocnienie poczucia pozostawania w łączności z samą sobą oraz samoakceptacji	Akceptacja Aktywne słuchanie (empatia)
Poprawa wydolności zawodowej	Sprecyzowanie celów życiowych
Wzmocnienie zachowań ułatwiających uspokajanie się w sytuacjach, które wcześniej wywoływały napady paniki	Relaksacja Modlitwa o spokój ducha Ćwiczenie zachowań dających pozytywny efekt
Wzmocnienie umiejętności niezbędnych do stawienia czoła problemom zdrowotnym	Akceptacja Aktywne słuchanie (empatia) Symboliczne modelowanie
Wzmocnienie celu radzenia sobie w relacji z rodzicami i krewnymi w Europie	Akceptacja Aktywne słuchanie (empatia) Trening asertywności
Wzmocnienie radzenia sobie z niepewnością związaną z karierą męża oraz lokalizacją przyszłego miejsca pracy	Akceptacja Aktywne słuchanie (empatia)
Wzmocnienie przygotowań do obrony pracy doktorskiej oraz zdefiniowanie ścieżki rozwoju zawodowego	Akceptacja Aktywne słuchanie (empatia)
Wzmacnianie tego, co dobre w małżeństwie i relacji z mężem	Trening asertywności
Stabilizacja/utrzymanie korzyści uzyskanych w terapii, w tym przygotowanie do jej zakończenia.	Przegląd metod, które wcześniej przyniosły korzyści Utrzymanie kontaktu po zakończeniu leczenia Restrukturyzacja poznawcza

Tabela 2: Wyniki terapii Hope

Problem	SOF (a) przy przyjęciu	SOF - sesja nr 14	SOF - sesja nr 69	SOF - sesja nr 103 (zakończenie terapii)	SOF - katamneza - rok po zakończeniu
Lęk, napięcie, zamartwianie	5	6	7	8	8
Złe sny lub koszmary senne	6	9	6	8	9
Dokuczliwe, nawracające myśli	4	6.5	6	7	8
Obawy lub fobie (latanie)	5	6.5	5	8	8
Uczucie, że nie jest się sobą	5	8	6	9	9
Wydajność w pracy	4	8	7	9	8
Napady paniki	5	7	7	8	8
Niezwykłe nawyki lub rytuały	3	6	7	9	7
Średni wynik SOF	4.62	7.00	6.38	8.25	8.12
Odchylenie standardowe	0,92	0,89	0,74	0,71	0,64
Wielkość efektu terapii (b)		2,59	1.91	3,95	3,81

(a) Skala funkcjonowania (Scale of Functioning - SOF):

10=doskonałe funkcjonowanie

9= dobre funkcjonowanie

8= bardzo mały problem

7= mały problem

6= średni problem

5= poważny problem

4= główny problem

3= brak możliwości funkcjonowania

2= okresowe zagrożenie wyrządzeniem krzywdy sobie lub innym

1= stałe zagrożenie wyrządzeniem krzywdy sobie lub innym

(b) Wielkość efektu = $[(\text{średnia z pomiaru na sesji } x) - (\text{średnia z pomiaru przy przyjęciu})] / \text{odchylenie standardowe przy przyjęciu}$

Załącznik 1: Ankieta oceny problemów dorosłych (Adult Problems Checklist)*

Imię i nazwisko: _____ Data: _____

Osoba wypełniająca ankietę: _____

Proszę określić Twoje obawy dotyczące dorosłego, którego dotyczy ta ankieta przez wpisanie numeru w odpowiednie pole obok problemu stosując skalę przedstawioną poniżej. Pola przy problemach, które w odniesieniu do tej osoby nie wzbudzają twoich obaw pozostaw puste.

- 8- niewielkie obawy ale nie zastanawiałem/am się nad zasięgnięciem pomocy w tej sprawie
 7- niewielkie obawy lub myślałem/am o zasięgnięciu pomocy w tej sprawie
 6- średnio nasilone obawy lub ktoś zachęcał mnie do zasięgnięcia pomocy w tej sprawie
 5- poważne obawy lub kilka osób zachęcało mnie do zasięgnięcia pomocy w tej sprawie
 4- główne źródło obaw lub wiele osób zachęcało mnie do zasięgnięcia pomocy w tej sprawie
 3 - niezdolność do funkcjonowania lub jestem całkowicie niezdolny do zrobienia tego, co należałoby stosownie do wieku w tej sytuacji
 2 - okresowe zagrożenie wyrządzenia krzywdy sobie lub innym
 1 - stałe zagrożenie wyrządzenia krzywdy sobie lub innym

Podjęcie działania bez zastanowienia (nadaktywny/a lub impulsywny/a)	Problemy z prawem
Zachowanie agresywne	Samotność
Spożywanie alkoholu	Kłamlivość
Gniew	Zawijazywanie lub utrzymywanie przyjaźni
Lęk, Napięcie, Zamartwianie	Małżeństwo
Apetyt	Pamięć
Kłótność	Wahania nastroju
Złe sny lub koszmary senne	Ból
Bycie ignorowanym lub opuszczanym	Napady paniki
Dokuczliwe, nawracające myśli	Relacja rodzic-dziecko
Obciążające zdarzenie traumatyczne	Skupienie uwagi/koncentracja
Tyranizowanie lub zagrożenie innym	Perfekcjonizm
Kariera	Niezwykłe przyzwyczajenia lub rytuały
Zagubienie	Planowaniu lub organizacja pracy
Krytyczny w stosunku do siebie	Odkładanie na później
Niszczenie własności	Niepokój
Jedzenie	Smutek/depresja
Poziom energii	Satysfakcja z życia
Rodzina	Widzenie lub słyszenie dziwnych rzeczy
Strach lub fobie	Zachowania autoagresywne (samookaleczenia) lub samobójstwo
Uczucie, że nie jest się sobą	Zachowania seksualne (również odpowiadanie na zachowania seksualne)
Nerwowość, niepokój ruchowy, "wiercenie się"	Nieśmiałość
Bójki	Senność
Sytuacja finansowa	Umiejętności społeczne
Żal, smutek, żałoba	Wsparcie społeczne (rodzina i przyjaciele)
Wina lub wstyd	Kradzież
Problemy zdrowotne	Osobliwe, dziwaczne, tajemnicze zachowania
Nielegalne leki, narkotyki lub inne substancje	Podjrzliwość lub nieufność
Postępowanie wbrew prawu lub niezgodnie z prawem	Myślenie o samobójstwie
Wpływ problemów dorosłego na współmałżonka	Zaufanie do innych ludzi
Wpływ problemów dorosłego na dzieci	Stosowanie leków lub substancji dostępnych bez recepty
Drażliwość	Masa ciała
Obecność w pracy	Dobre samopoczucie
Wydajność w pracy	Inne
Satysfakcja z pracy	Inne
Brak zainteresowań/radości z życia	Inne

* Formularz 6.1 Ankieta oceny problemów dorosłych (Adult Problems Checklist). Źródło: Clement PW. Outcomes and Incomes. 1999 The Guilford Press. Zgodą na kopiowanie tego formularza objęte są wyłącznie osoby, które zakupiły książkę Outcomes and Incomes. Zgodą obejmuje wyłącznie użytek osobisty. Szczegóły na temat praw autorskich zamieszczone są w książce.