

Psychiatria i Psychoterapia 2009; Tom 5, Nr 1-2: artykuł 3; s. 29-41

Paul W. Clement

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

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

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

(dwie kolejne części niniejszego tekstu ukazały się w naszym czasopiśmie *Psychiatria i Psychoterapia* w numerze 3/2009, dostępnym na stronie www.psychiatriapsychoterapia.pl - przyp. red.)

1. Kontekst przypadku i metodologia

A. Przesłanki, które przemawiały za wyborem konkretnie tego klienta* (**w polskiej tradycji psychoterapii medycznej preferowany jest termin pacjent, jednak z uwagi na konsekwentny wybór pojęcia klient przez Autora i Tłumaczy, redakcja zdecydowała się jedynie opatrzyć tę kwestię niniejszym komentarzem*)

Hope po raz pierwszy odwiedziła mój gabinet, kiedy miała 30 lat. Mimo, że jej głównym rozpoznaniem było zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (OCD), spełniała kryteria kilku innych zaburzeń. Przez większość czasu w jej dotychczasowym życiu odczuwała lęk i prawdopodobnie w dzieciństwie spełniała kryteria rozpoznania lęku separacyjnego. Przed przyjściem do mnie leczyło ją dwóch psychiatrów i jeden psycholog. Mimo, że zgłaszała uzyskanie korzyści z tamtych terapii, OCD pozostawało zmorą jej życia.

Podczas ostatnich 40 lat w mojej praktyce prywatnej stworzyłem i utrzymywałem bazę danych ilościowych i jakościowych zawierającą informacje o 1291 klientach, których leczenie prowadziłem i którzy ukończyli terapię, co stwarzało punkt odniesienia do ilościowego zestawienia i rozumienia wyników terapii dowolnego klienta. Dane zawarte w tej bazie wskazują, iż podczas 40 lat praktyki leczyłem 64 pacjentów z rozpoznaniem OCD:

2 osoby w wieku młodszym niż 6 lat

5 osób w wieku od 6 do 12 lat

9 osób w wieku od 13 do 18 lat

12 osób w wieku od 19 do 29

20 osób w wieku od 30 do 39

12 osób w wieku od 40 do 49

2 osoby w wieku od 50 do 59

1 osobę w wieku od 60 do 69 lat

Wiek Hope był zatem modalną wieku wszystkich moich pacjentów leczonych z powodu OCD.

Wśród tych 64 osób, 15 pacjentów przerwało leczenie podczas pierwszych trzech sesji, co stanowiło 23,4%. Pacjenci tacy nie zostali włączeni do analizy wyników terapii. Jeden pacjent wciąż pozostawał w leczeniu i również nie został włączony do analizy. Wśród pozostałych 48 osób: jedna (2%) doznała "znacznego pogorszenia" (porównano stan na końcu terapii i przy przyjęciu) nie było osób, które uzyskały "pogorszenie"

17 (35%) pozostało "bez zmian"

18 (38%) uzyskało "poprawę"

12 (12%) osiągnęło "znaczną poprawę."

Podsumowując, odsetek pacjentów, którzy odnieśli poprawę wyniósł 63%. Stosując do oceny wyniku terapii skalę: znaczne pogorszenie - 1, pogorszenie - 2, brak zmiany - 3, poprawa - 4,

znaczna poprawa - 5, średnia wartość obliczona dla tych 48 przypadków wynosiła 3.83 (proszę zważyć, iż jest to wartość zbliżona do tej, jaką uzyskałem analizując 16 przypadków po 26 latach pracy w gabinecie prywatnym - 3.81 [Clement, 1994]). Na końcu terapii Hope uzyskała wynik = 5 (znaczna poprawa).

Po publikacji artykułu w 1994 roku stworzyłem statystyczną metodę obliczania "wielkości efektu leczenia" [Smith i Glass 1977 oraz Smith i wsp. 1980] dla indywidualnych przypadków oraz dla grup przypadków ([Clement, 1996, 1999]; procedura ta opisana jest w tekście poniżej oraz pod tabelą 2). Mediana wielkości efektu z 28 przypadków OCD leczonych w okresie ostatnich 14 lat wynosi 1.30, a średnia wynosi 1.65. Wartości te są bardzo podobne do tych zgłaszanych przez zespół: Eddy, Dutra, Bardley oraz Western [2004]. Przeprowadzili oni metaanalizę randomizowanych badań kontrolowanych (RCT), do której włączono wyniki psychoterapii OCD opublikowane w latach 1980 do 2001. W jednej z tych analiz obliczono wielkość efektu przez porównanie pomiarów z początku i końca terapii. Średnia wartość wielkości efektu wynosiła 1.52 (SD = 0.66), a mediana wynosiła 1.19. Wielkość efektu leczenia Hope wynosiła 3.95, co wskazuje na osiągnięcie bardzo pozytywnego rezultatu.

Średnia ilość sesji dla tych 48 przypadków diskutowanych powyżej wynosiła 31 (od 4 do 252). Hope podczas swojej terapii odbyła 103 sesje. Podsumowując wszystkie ukończone terapie (n=1291) podczas pierwszych 40 lat działalności mojej praktyki prywatnej: mediana liczby sesji wynosiła 10, średnia 17. Wynik Hope mieścił się właściwie w 99 percentylu. Terapia Hope była jedną z najdłuższych przeze mnie prowadzonych.

Wybrałem terapię Hope do przedstawienia w tym artykule, ponieważ stanowi ona dobry przykład ustrukturyzowanej, wieloaspektowej psychoterapii młodego dorosłego z wieloma diagnozami. Poza kryteriami rozpoznania zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego OCD, Hope spełniała bowiem kryteria fobii specyficznej (latanie), zaburzeń panicznych bez agorafobii oraz koszmarów sennych. Ponadto separacyjne zaburzenie lękowe, prawdopodobnie obecne w dzieciństwie Hope, manifestowało się również w jej dorosłości. Ta wielość rozpoznań była jedną z przesłanek do wyboru tego przypadku. W badaniach naturalistycznych prowadzonych w środowisku społecznym zjawisko chorowania na wiele zaburzeń jest raczej normą niż wyjątkiem [Western, D., Novotny, C.M., & Thompson-Brenner, 2004]. Inną przesłanką do opowiedzenia historii Hope był fakt, iż jej leczenie pozostawało zbieżne z obserwacjami badań naturalistycznych, które wskazywały na zależność między "dawką" a efektem - psychoterapie trwające dłużej przynosiły więcej korzyści niż te, które trwały krócej [red. Howard, Kopta, Krause, & Orlinsky, 1986; Kopta, Howard, Lowry, & Beutler, 1994; Seligman, 1995]. Obserwacja ta znalazła również potwierdzenie w terapii moich pacjentów. Analiza 683 przypadków klinicznych z moich pierwszych 26 lat pracy w gabinecie

prywatnym wykazała korelacje między liczbą sesji a osiąganymi korzyściami na końcu terapii ($r=0.52$) [Clement, 1994].

B. Zastosowane strategie metodologiczne służące zwiększeniu rygorystyczności naukowej

Niniejszy przypadek kliniczny (proces psychoterapii - przyp. red.) był rutynowym postępowaniem terapeutycznym. Nie stosowano żadnych nadzwyczajnych strategii metodologicznych mających na celu zwiększenie rygorystyczności naukowej badania. Poproszono Hope o dokonanie samooceny za pomocą ankiety oceny problemów dorosłych (Adult Problems Checklist - przyp. tłum. [Clement, 1999]; patrz załącznik 1) przy przyjęciu, a następnie podczas 14, 69, ostatniej - 103 sesji, oraz rok po zakończeniu leczenia. Po każdej ewaluacji obliczono wielkość efektu terapii. Stosowano równanie, które jest używane do oceny efektów terapii w mojej praktyce dla każdego pacjenta, jeżeli tylko dostępne są wymagane dane [Clement 1996,1999]. W obliczeniach używa się danych z oceny funkcjonowania pacjenta przy przyjęciu jako punktu odniesienia do dalszych ewaluacji. Stosowane rozwiązania czerpią z logiki przyjętej w metaanalizach [Smith i Glass 1997; Smith, Glass, Miller 1980] do obliczania wielkości efektu dla poszczególnych klientów oraz dla grup klientów. Zamiast porównywać średnie wyniki uzyskane w grupach poddanych leczeniu oraz w grupach kontrolnych, jak to jest czynione w typowych metaanalizach, zastosowano tu porównanie między wieloma pomiarami w obrębie jednego procesu terapeutycznego.

Przed zastosowaniem tego podejścia poszukiwano sposobu na ilościowe ujęcie wyników w badaniach pojedynczych przypadków ($N=1$) oraz na podsumowanie wyników serii takich badań. Byłem pod wrażeniem eksperymentów opublikowanych w Journal of Applied Behavior Analysis w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych, jednak autorzy tych publikacji zazwyczaj opierali się na graficznej analizie rezultatów badań. Stronili od stosowania analizy statystycznej. Po lekturze interesujących artykułów [Smith i Glass 1977 oraz Smith i wsp. 1980] postanowiłem zaadoptować zaproponowane przez nich postępowanie do moich badań pojedynczych przypadków. Ilustruje to publikacja z 1982r. [Clement, Anderson, Arnold, Butman, Fantuzzo, Low]. Ponad dekadę później zastosowałem to podejście do przeprowadzania analiz w moim gabinecie prywatnym.

W mojej praktyce zawodowej, potencjalni przyszli klienci na początku leczenia nie pytają o wyniki badań grup chorych, czy też o badania skuteczności klinicznej terapii. Chcą raczej wiedzieć, jakie mają szanse na uzyskanie poprawy jeżeli podejmą się leczenia, jakich korzyści mogą się spodziewać. Są zainteresowani zmianą osobistą, indywidualną zachodzącą "wewnątrz nich". Nie wyrażają zainteresowania tym, jak "wypadają" na tle średnich w grupach terapeutycznych, czy na tle wyników uzyskiwanych w innych warunkach terapeutycznych, czy na tle rezultatów badań oceniających wynik specyficznej interwencji. Z zasady w mojej praktyce prywatnej daję klientom kopię każdej ewaluacji postępów terapii w formie "karty raportu z terapii".

C. Ramy przedstawianego przypadku klinicznego

Wszystkie sesje odbyły się w moim prywatnym gabinecie na parterze dwupiętrowego budynku z 1890 roku. Znajduje się tu osiem praktyk psychologów klinicznych - wśród nich właściciela budynku. Kilka lat temu został przeprowadzony gruntowny remont przekształcający przestrzeń mieszkalną w biurową.

D. Źródło danych dotyczących klienta

Wszelkie informacje na temat funkcjonowania klientki przed, w trakcie i po terapii pochodziły wyłącznie od niej. Do zebrania danych używano: historii leczenia, inwentarza samooceny dla dorosłych (Adult Self-Report Inventory-4; ASRI-4; [Checkmate Plus, 1999]) oraz ankiety oceny problemów dorosłych (Adult Problems Checklist; [Clement, 1999]; patrz załącznik 1), wywiadów klinicznych oraz ilościowej, sumarycznej oceny wyników terapii przeprowadzonej podczas sesji 14, 69 oraz 103.

Podobnie jak to mam w zwyczaju z wszystkimi przyjęciami osób dorosłych, poprosiłem Hope o wypełnienie ankiety oceny problemów dorosłych (załącznik 1) w poczekalni przed przystąpieniem do zbierania wywiadu. Narzędzie to składa się z 69 pozycji oraz trzech pustych linii oznaczonych słowem "inne". Pozycje zawierają sformułowania większości problemów najczęściej zgłaszanych przez osoby dorosłe rozpoczynające psychoterapię. Narzędzie to jest bardzo pomocne do identyfikacji problemów, które klienci chcą poruszyć w terapii. Dodatkowo, na początku wywiadu kwalifikującego, proszę klienta o wyrażenie własnymi słowami powodów, dla których właśnie teraz poszukuje terapii, czy jakieś krytyczne zdarzenia doprowadziły do ujawnienia problemów oraz jakich rezultatów klient oczekuje od terapii. Informacje uzyskane przez zastosowanie ankiety, zebrany wywiad oraz dokonane w jego trakcie obserwacje stanowią główne źródło danych niezbędnych do sformułowania wstępnych koncepcji diagnostycznych.

E. Poufność

W artykule niniejszym zmieniono imiona, narodowości oraz inne specyficzne informacje w celu ochrony tożsamości klientki. Przed publikacją poprosiłem Hope o jego przeczytanie w celu sprawdzenia rzetelności przedstawianych informacji oraz dostatecznego stopnia ochrony jej tożsamości.

1. Klientka

Hope przy przyjęciu miała 30 lat. O powodach zgłoszenia do terapii mówi w następujący sposób: "Zawsze byłam perfekcjonistką. Wszystko musiało być schludne, starannie utrzymane. Jeżeli o to nie zadbam ludzie zginą. Jeżeli opieram się potrzebie sprzątania staję się tak niespokojna i napięta, że nie potrafię się skupić." Krótko przed tym, jak zadzwoniła w sprawie terapii jej mąż odbył podróż służbową. Podczas jego nieobecności była przekonana, że ciągłe sprzątanie ochroni go przed czymś złym, co mogłoby mu się przydarzyć podczas podróży. Ponadto była przekonana, że gdyby zaprzestała sprzątania umarłby lub doznał jakiejś krzywdy.

2. Koncepcja przewodnia opracowania z uwzględnieniem danych naukowych oraz doświadczenia klinicznego

Przez lata wypracowałem ogólny, integracyjny model teoretyczny psychoterapii do pracy z dziećmi, nastolatkami oraz osobami dorosłymi. Model ten czerpie z wielu gałęzi psychologii. Poniżej nakreślę niektóre z jego podstawowych założeń oraz wyjaśnię ich pochodzenie.

"Gotowość" do terapii oraz "stadia zmiany"

W czasie, gdy rozpoczynałem swoją karierę, zakładałem, iż będę pracował głównie z dziećmi, nastolatkami, rodzicami, nauczycielami oraz innymi dorosłymi zajmującym się dziećmi. W świetle tego planu interesowałem się postęпами w psychologii rozwojowej. Jedną z koncepcji, które wzbudziły moje zainteresowanie był konstrukt "gotowości". Ma on długą tradycję w psychologii rozwojowej - mówi się np. o gotowości do treningu czystości lub gotowości do czytania. Podobnie osoby rozpoczynające psychoterapię różnią się znacznie w zakresie gotowości do zmiany. Dzieci rzadko proszą o kontakt z psychologiem. Ich udział w terapii jest najczęściej pomysłem innych osób. Mają one tendencję do zaprzeczania znajomości przesłanek, z powodu których inni uznali, że wymagają terapii oraz nie mają chęci do zmiany. Znajdują się w stadium, które Prochaska, DiClemente oraz Norcross [1992] nazwali stadium przedkontemplacyjnym zmiany (pre-contemplation state of change - przyp. red.) Chęć zmiany nie istnieje, podobnie jak nie istnieje osobiste uznanie problemu.

Autorzy ci [Prochaska i wsp., 1992] opisali ponadto cztery inne stadia zmiany. *Kontemplacji*, stadium, w którym istnieje osobista świadomość problemu, osoba myśli o jego przezwyciężeniu, ale nie jest zaangażowana w działanie. *Przygotowania*: fazy w której osoba decyduje się na podjęcie działania w ciągu następnego miesiąca. *Działania*, gdy osoba zmienia swoje myśli, uczucia, zachowanie, środowisko w celu rozwiązania problemu. *Podtrzymania* obejmującego konsolidację korzyści uzyskanych w stadium działania oraz implementację strategii mających na celu zapobieganie nawrotowi. Jasnym jest, że gdy Hope przyszła do mnie na pierwszą wizytę była w stadium działania.

Czynniki wspólne

Poza koncepcjami "gotowości" oraz "stadiów zmiany" wspomnieć należy o długiej tradycji poszukiwania wspólnych dla różnych podejść do psychoterapii czynników leczących, przynajmniej częściowo tłumaczących osiągnięte w terapii pożądane zmiany. Siedemdziesiąt lat temu Saul Rosenzweig [1936] opublikował artykuł pt. "Niektóre ukryte czynniki wspólne w różnorodnych metodach psychoterapii" ("Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy." - przyp. tłum.). Rosenzweig nie utworzył rozległej listy takich czynników. Postawił natomiast hipotezę, że takie czynniki muszą istnieć. Jako przykłady wymieniał poprawne uwarunkowanie społeczne (social reconditioning - przyp. red.), katharsis, osobowość terapeuty, przedłożenie

klientowi koncepcji jego zaburzenia dostarczającej zrozumienia problemów oraz drogi do ich rozwiązania.

Nieco ponad 20 lat później Carl Rogers (1957) opublikował znany artykuł, w którym określił potrzebne i wystarczające czynniki do wywołania zmiany terapeutycznej: (1) dwie osoby (terapeuta i klient) muszą być ze sobą w kontakcie, (2) poszukujący pomocy musi być w stanie jakiegoś niepokoju, cierpienia, (3) udzielającego pomocy musi cechować kongruencja (musi być autentyczny, prawdziwy), (4) udzielający pomocy musi przejawiać bezwarunkowy szacunek dla klienta (tj. akceptację), (5) udzielającego pomocy musi cechować empatyczne rozumienie osoby, której udziela pomocy. Musi ponadto okazywać (6) to empatyczne rozumienie i akceptację przynajmniej w minimalnym stopniu. Rogers twierdził, że spełnienie tych sześciu warunków gwarantuje uzyskanie pozytywnej zmiany. Nie budzi wątpliwości, iż lista ta stanowi zarazem zbiór wspólnych czynników leczących.

Eysenck i Levitt - wyzwanie wyływające z badań

W przeciwieństwie do badań wspomnianych w dwóch poprzednich akapitach, stwierdzających, iż psychoterapia często prowadzi do pozytywnej zmiany, w 1952 roku Eysenck [1952] dokonał przeglądu 19 badań wyników psychoterapii osób dorosłych, obejmujących grupę ponad 7000 przypadków psychoterapii psychoanalitycznej i eklektycznej. Wnioskował, iż "liczby nie pozwalają na przyjęcie hipotezy, że psychoterapia prowadzi do wyleczenia zaburzeń nerwicowych" (str. 23). Pięć lat później Levitt [1957] dokonał przeglądu terapii dzieci dochodząc do podobnej konkluzji: "wydaje się, iż wnioski Eysencka dotyczące psychoterapii dorosłych można z powodzeniem odnieść do psychoterapii dzieci; wyniki nie pozwalają na przyjęcie hipotezy, iż psychoterapia prowadzi do wyleczenia zaburzeń nerwicowych" (str. 193). Sześć lat później Levitt [1963] dokonał aktualizacji swojego przeglądu i wnioskował, iż: "Nie ma solidnej podstawy do przyjęcia hipotezy, że psychoterapia prowadzi do wyleczenia zaburzeń emocjonalnych u dzieci" (str. 45). Te konkluzje Eysencka i Levitta były prowokacyjne zarówno dla środowiska badaczy psychoterapii, jak i osób ją praktykujących. Czternaście lat po opublikowaniu wyników swojego pierwszego przeglądu, Eysenck [1966] dokonał ponownej analizy badań wyników terapii zarówno dorosłych, jak i dzieci. Wnioski były podobne: "Dokonując porównania nieleczonych grup kontrolnych złożonych z osób z nerwicą z grupami eksperymentalnymi osób leczonych psychoterapią z powodu zaburzeń nerwicowych, w obydwu grupach obserwuje się uzyskanie podobnej poprawy" (str. 39). Owe dokonane przez Eysencka i Levitta przeglądy badań stanowiły duże wyzwanie dla osób zajmujących się psychoterapią - badaczy efektów psychoterapii, klinicystów a także osób kształcących się.

Podobieństwa między rolą terapeuty, rolą instruktora pływania oraz ratownika wodnego

Przed przystąpieniem do kształcenia w psychoterapii byłem instruktorem pływania oraz ratownikiem wodnym. Jako ratownik wodny nabyłem umiejętność pomocy przerażonym dzieciom w nauce pływania. Na początku pierwszej lekcji oceniałem poziom strachu dzieci oraz ich umiejętności bezpiecznego zachowania się w wodzie. Następnie dostosowywałem przebieg pierwszej lekcji do stopnia pewności siebie oraz kompetencji. Demonstrowałem takie ćwiczenia, które w mojej ocenie dziecko mogło z powodzeniem wykonać, prosiłem o ich wykonanie i powtarzanie do momentu, w którym dziecko wykonywało je z całkowitym spokojem. Następnie stopniowo zwiększałem stopień trudności zadań nie zapominając o "uroczystym" podkreśleniu każdego sukcesu (wzmocnienie społeczne). Wiele lat później, kiedy czytałem o systematycznej desensytyzacji [Wolpe, 1961] byłem zadziwiony ilością podobieństw między tym, co postulował, a tym, czego nauczyłem się jako instruktor pływania.

Doświadczenia ratownika wodnego były również użyteczne w mojej późniejszej praktyce psychoterapeutycznej. Przez trzy sezony letnie, spośród kolejnych jedenastu, które spędziłem pracując "na wodzie", byłem ratownikiem wodnym. Pracowałem w północnej części wybrzeża stanu Oregon. Nauczyłem się, że najlepszym sposobem ratunku poszkodowanego jest ten, który on sam dla siebie opracuje. Ratownik pod pływa więc blisko do poszkodowanego unikając kontaktu fizycznego. Następnie rozmawia z poszkodowanym, udziela wsparcia, ocenia zdolność do wykonywania poleceń oraz stopień, w jakim poszkodowany sam sobie może pomóc. Następnie ratownik mówi poszkodowanemu co ma on robić płynąc w jego pobliżu. Razem podążają w kierunku bezpiecznego brzegu. Podobnie, jako psychoterapeuta uważam, że najlepszym leczeniem dla klienta jest takie, które on sam na sobie przeprowadzi.

Stosowanie wzmocnień

Donna Gelfand oraz Donald Hartman prowadzili superwizję prowadzonej przez mojego kolegę rezydenta i przeze mnie w roku akademickim 1964-65 terapii grupowej sześciu chłopców. Pięciu chłopców było nadaktywnych, impulsywnych, buntowniczych. Jeden był nieśmiały i wycofany. Przez pierwszych kilka miesięcy leczenia zachowanie chłopców w trakcie sesji było gorsze niż na początku terapii. Superwizorzy zaproponowali abyśmy zastosowali "tę nową terapię M&M". Rozpoczęliśmy więc wzmocnianie pożądanых społecznie zachowań przez zastosowanie słodczy oraz pochwał. Zachowanie chłopców uległo znacznej poprawie. Na podstawie tego sukcesu klinicznego [Clement, 1968] zdecydowałem się poświęcić kilka pierwszych lat mojej kariery badaniom psychoterapii grupowej dzieci. Moim podstawowym założeniem było dodawanie kolejnych elementów do metod terapii, których nauczyłem się podczas studiów (żetonów, wzmocnień społecznych, modelowania nagraniami wideo) w celu sprawdzenia czy zastosowanie tych narzędzi terapeutycznych prowadzi do poprawy wyników terapii [Clement & Milne, 1967; Clement, Fazonne, & Goldstein, 1970; Clement, Roberts, & Lantz, 1970].

Samokontrola oraz stworzenie 39 interwencji terapeutycznych

W 1969 roku przybrana matka przyprowadziła do mnie do leczenia w gabinecie prywatnym dziewięcioletnią dziewczynkę. Z wielu względów zastosowałem u niej strategię samokontroli. Bardzo często miała kłopoty podczas lekcji w szkole. Większość jej niepożądanych zachowań występowała kiedy nie siedziała na swoim miejscu, więc uznaliśmy, że celem naszym będzie pozostawanie na swoim miejscu. Uzgodniliśmy, że będzie (a) stosować pięciominutową klepsydę do odmierzania czasu gotowania jajek w celu obliczania ilości każdego pięciu minut, w których jej pośladki pozostaną w kontakcie z krzesłem. (b) Zakończenie każdego pięciominutowego okresu będzie zaznaczać na specjalnym arkuszu, który jej dam. (c) Każdego dnia będzie zabierać ten arkusz do domu i informować telefonicznie moją sekretarkę o ilości "odhaczeń". (d) Napisałem krótką notatkę dla nauczyciela wyjaśniającą moją interwencję.

Mimo, iż nikt nie udzielał dziewczynce wzmacnień za "odhaczenia", które sama zaznaczała, po dwóch tygodniach stosowania tego programu terapeutycznego nauczyciel stwierdził ogromną, pozytywną zmianę w jej zachowaniu. Na podstawie powodzenia tego przypadku, rozpocząłem program badawczy na temat samodzielnej kontroli, regulacji i zarządzania własnymi emocjami i zachowaniami u dzieci, który trwał przez około 20 lat. Plany terapeutyczne zawierające zestawy interwencji, które dzieci miały wykonać na sobie musiały być zapisane w sposób bardzo jasny i konkretny, stąd też stworzyłem system opisu interwencji terapeutycznych [Clement, 1980]. System ten obejmuje 39 interwencji. Terapeuta, dziecko lub oboje we współpracy mogą wykorzystać jedną lub więcej spośród tych interwencji - w ten sposób stworzyć można tysiące niepowtarzalnych kombinacji oraz odrębnych pakietów terapeutycznych. Tych 39 interwencji zgrupowanych zostało w następujące kategorie: (a) czynniki warunkujące, (b) aktywatory i wyzwalacze, (c) zachowania pierwotne, (d) konsekwencje oraz informacje zwrotne.

Czynniki warunkujące to zmienne, które wpływają na ogólny stan osoby kształtując warunki oraz określając progi dla (1) aktywatorów i wyzwalaczy (zarówno bodźców warunkowych jak i bezwarunkowych) lub modelowania społecznego, (2) warunkowych lub bezwarunkowych odruchów, (3) pozytywnych lub negatywnych sprzężeń zwrotnych. Ponadto (4) zmieniają poziom spontanicznej aktywności osoby. Biologiczne czynniki warunkujące obejmują np. hormony, leki psychoaktywne, temperaturę ciała. Czynniki genetyczne obejmują różnice indywidualne takie jak temperament (np. nieśmiałość lub impulsywność). Przykładami czynników warunkujących krótkoterminowych są: wypoczynek/zmęczenie, zaspokojenie/deprywacja podstawowych potrzeb (np. żywności, wody), nasilenie, częstość występowania, czas trwania oraz ilość nagradzania/karania. Przykładem warunkującego czynnika społecznego jest akceptacja/odrzućenie przez innych. Przykładami warunkujących czynników poznawczych są: wartości, postawy, przekonania, przedstawienie przez terapeutę racjonalnego wyjaśnienia koncepcji terapii.

Przykładem warunkującego czynnika percepcyjnego jest subiektywnie postrzegana długość drogi do osiągnięcia celu. W końcu przykładami czynników warunkujących, które są obecne w każdej sytuacji społecznej są odpowiedzi własne danej osoby na następujące pytania: Czy to chodzi o mnie czy o ciebie? Czy to twoje terytorium czy moje? Czy to będzie przyjazne czy nieprzyjazne? Każde z pytań zadawane jest oraz odpowiadane w ułamku sekundy, treść odpowiedzi natomiast istotnie wpływa na dalsze zachowanie.

Aktywatory to sygnały wzbudzające konkretne działania. Wyzwalacze to bodźce warunkowe lub bezwarunkowe, które wywołują emocje lub inne odruchy. Modele społeczne - osoby, filmy oraz modele symboliczne stanowią przykłady aktywatorów. Autentyczność i prawdziwość terapeuty są podłożem zmiany terapeutycznej na drodze modelowania. Emocje stanowią ważny zestaw aktywatorów wewnętrznych: złość, lęk, współczucie, odraza, zawiść, przestrasz, wdzięczność, wina, radość, nadzieja, zazdrość, miłość, duma, ulga, smutek i wstyd. Prośby, sugestie, polecenia, zadania domowe, trenowanie to przykłady aktywatorów zewnętrznych. Cele oraz szeroki wachlarz własnych procesów myślowych przyjmujących postać dawanych sobie wskazówek to przykłady aktywatorów wewnętrznych. Bodźce zewnętrzne wywołujące strach lub unikanie u osób chorujących na fobie to przykłady wyzwalaczy. Konstrukty poznawcze, które stanowią podłoże zamartwiania i myśli obsesyjnych to przykłady czynników wewnętrznych, które wywołują lęk, unikanie, ucieczkę lub rytuały.

Zachowania pierwotne obejmują działania i odruchy. Działania to zachowania motywowane głównie konsekwencjami. Odruchy natomiast to zachowania, które są wzbudzone przez okoliczności poprzedzające. W większości dziedzin życia skutecznym narzędziem wyuczenia pożądanego działania było ich praktyczne ćwiczenie. Ćwiczenie to podstawowa metoda uczenia stosowana w szkolnictwie (w pracy na lekcjach, w formie zadań domowych), w sporcie, w nauczaniu gry na instrumentach czy śpiewu, w doskonaleniu umiejętności przemawiania publicznego oraz debatowania oraz w zasadzie w każdym innym obszarze nabywania umiejętności. W literaturze psychoterapeutycznej ćwiczenie występuje w różnych formach, obejmując: granie ról, próby behawioralne, pozytywną praktykę, korygowanie, terapeutyczne zadania domowe. Terapeuci wydają się przykładać znacznie mniejszą wagę do pracy bezpośrednio nad odruchami niż nad działaniami. Konstrukty poznawcze wydają się w znacznym stopniu funkcjonować jako ukryte działania.

Konsekwencje i informacje zwrotne definiuję jako wszystko, co zazwyczaj następuje po działaniu lub po powstaniu myśli. W obrębie procesu psychoterapii powszechnymi konsekwencjami społecznymi i drogami udzielania informacji zwrotnych są: empatyczne odpowiedzi, interpretacje oraz werbalizowane obserwacje. Przez dekady wielokrotnie tłumaczyłem swoim klientom, iż każda uspołeczniona osoba spędza każdego dnia trochę czasu przed lustrem. Lustro niczego złego jej nie

robi, wręcz przeciwnie raczej robi coś dla niej. Pozwala bowiem zobaczyć jak wygląda na zewnątrz. Jednak co dostarcza odbicia prawdziwego wnętrza osoby - jej myśli, emocji, doznań? Odpowiadałem, iż takiego odzwierciedlenia może dostarczyć jedynie drugi człowiek. Proces ten nazywany jest aktywnym słuchaniem lub empatycznym reagowaniem. Inne reakcje terapeuty mogą również służyć jako wzmocnienia społeczne, a brak reakcji może prowadzić do wygaszania poprzedzającego zachowania. Nawet Carl Rogers wydawał się wzmocniać niektóre reakcje klientów a inne wygaszać [Truax, 1966].

Relacje terapeutyczne i terapie potwierdzone empirycznie

Sekcja psychologii klinicznej American Psychological Association (APA) (Sekcja 12) dokonała wielkiego wkładu w poszukiwanie terapii potwierdzonych empirycznie (*empirically supported treatments* - EST) (Chambless & Hollon, 1998; Chambless i wsp., 1996). Sekcja psychoterapii (Sekcja 29) natomiast optowała za potwierdzonymi empirycznie relacjami terapeutycznymi [Norcross, 2001]. W ostatnich latach byłem uczestnikiem wielu sympozjów, na których odnoszono się oraz dyskutowano tematy zainicjowane wspomnianymi wyżej wysiłkami. Sekcja 12 zwróciła się w kierunku określenia empirycznie potwierdzonych "pakietów" terapeutycznych do terapii specyficznych zaburzeń klinicznych np. alkoholizmu, ADHD, zaburzenia osobowości typu borderline, zaburzeń zachowania, depresji, zaburzeń jedzenia, moczenia i zanieczyszczania kałem, uogólnionego zaburzenia lękowego, otyłości, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, zaburzenia opozycyjno-buntowniczego, lęku napadowego, agorafobii, zaburzenia stresowego pourazowego, dysfunkcji seksualnych, fobii społecznej oraz fobii specyficznych. Terapie empirycznie potwierdzone są ściśle związane z podręcznikami terapii, które opisują poszczególne zestawy terapeutyczne [np. Barlow, 1993; Klerman, Weissman, Rounsaville & Chevron, 1994; Marsh & Barkley, 1989]. Byłem przychylny tworzeniu tego typu zestawów terapeutycznych przez cały okres mojej kariery.

Jednak z drugiej strony zawsze byłem przekonany, iż dodatkowe składowe przyczyniają się do uzyskania sukcesu terapeutycznego. Podzielałem zdanie Norcrossa [2001], który w następujący sposób streścił zadania grupy roboczej sekcji 29: "Grupa robocza sekcji 29 miała do spełnienia zadanie dwojakiego rodzaju - po pierwsze zidentyfikować elementy skutecznych relacji terapeutycznych, po drugie określić skuteczne metody dostosowywania i dobierania terapii do indywidualnego pacjenta" (str. 345). Jedną z moich intencji przy pisaniu niniejszego artykułu było zilustrowanie połączenia zaleceń sekcji 12 i 29.

Skupienie na rozwiązaniach praktycznych

Zanim zostałem instruktorem pływania oraz ratownikiem wodnym byłem synem farmera. Dorastałem na małej farmie na północ od Seattle, co skłoniło mnie do poszukiwania w życiu praktycznych rozwiązań problemów dnia codziennego. Natomiast kiedy kształciłem się w

psychologii byłem zaskoczony wagą teorii oraz debat teoretycznych. Jako student byłem zainteresowany podejściami praktycznymi, które opisywały, w *jaki sposób* pomagać. Pragnąłem podobnie stworzyć takie podejścia terapeutyczne, których skuteczność będzie widoczna w praktyce, a nie takie, które swoją zasadność będą opierały na argumentach teoretycznych, bez danych empirycznych uzasadniających ich stosowanie. Ponad to pragnąłem rozwinąć dotychczasowe badania wyników terapii i móc wykazać, iż stosowanie psychoterapii może przynieść więcej korzystnych zmian niż jej niestosowanie. Chciałem stworzyć lepsze podejścia terapeutyczne i chciałem aby moi koledzy czynili podobnie.

Podczas czterech dekad mojej kariery wiele osób zadawało mi pytanie: "Jakiego rodzaju psychoterapeutą jesteś? Freudystą? Rogeriańskim? Skinnerowskim? Jakim właściwie? Odpowiadałem przez te lata na wiele sposobów, jednak najczęściej mówię, że choć zapożyczyłem dużo m.in. z tradycji poznawczo-behawioralnej, przede wszystkim jestem chłopcem z farmy, że zawsze byłem zwrócony w kierunku rozwiązań przede wszystkim praktycznych, pragmatycznych oraz empirycznych. Konkurujące ze sobą teorie osobowości oraz psychoterapii były tematem dominującym w okresie mojego kształcenia, ale ja zawsze byłem zirytowany i zniecierpliwiony debatami teoretycznymi. Poszukiwałem sposobów na to, jak lepiej pomóc ludziom. Chciałem wyodrębnić interwencje, które mogłyby być pomocne dla danej osoby. Podczas mojej kariery nauczyłem się wiele od licznych badaczy i klinicystów. Z radością proszę, pożyczam lub kradnę metody od każdego, zarówno od badaczy laboratoryjnych, jak i od klinicystów, bez względu na teoretyczną przynależność. Jednocześnie zawsze starałem się mierzyć efekty moich wysiłków - byłem oddany sprawie pomiarów wyników prowadzonych przeze mnie terapii.

(dwie kolejne części niniejszego tekstu ukazały się w naszym czasopiśmie Psychiatria i Psychoterapia w numerze 3/2009, dostępnym na stronie www.psychiatriapsychoterapia.pl - przyp. red.)