

Hector A. Garcia ^{a,b,c}

TRAKTOWANIE RYTUAŁÓW KATOLICKICH JAKO OBJAWÓW ZABURZENIA OBSESYJNO-KOMPULSYJNEGO: PODEJŚCIE INTEGRACJI ASYMILACYJNEJ TERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ I PSYCHODYNAMICZNEJ.

TARGETING CATHOLIC RITUALS AS SYMPTOMS OF OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER: A COGNITIVE-BEHAVIORAL AND PSYCHODYNAMIC, ASSIMILATIVE INTEGRATIONIST APPROACH.

Oryginalny tekst ukazał się w *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, <http://pcsp.libraries.rutgers.edu> Volume 4, Module 2, Article 1, pp. 1-38, 05-12-08.

tłumaczenie za zgodą Autora i Wydawcy Katarzyna Klasa, redakcja tekstu Jerzy A. Sobański

^a Audie L. Murphy Memorial Veterans Hospital, San Antonio, TX

^b Korespondencja odnosząca się do niniejszego artykułu należy kierować do: Hector A. Garcia, OEF/OIF Program, PTSD Team, South Texas Veteran's Health Care System, Audie L. Murphy Memorial Veterans Hospital, Frank Tejada Outpatient Clinic, 5788 Eckhert Road, San Antonio, Texas 78240.

^c Autor jest absolwentem the Graduate School of Applied and Professional Psychology of Rutgers University

e-mail: Hector.Garcia2@va.gov

Streszczenie:

"Bridget" była moim pierwszym przypadkiem terapii poznawczo-behawioralnej (CBT), przydzielonym mi w trakcie drugiego roku studiów doktoranckich jako część praktyki klinicznej. Była ona 21-letnią studentką, cierpiącą na depresję i zaburzenie obsesyjno-kompulsywne (OCD), w którym obsesje miały charakter religijny, a kompulsje były rytuałami katolickimi, takimi jak żegnanie się i modlenie. Rozróżnienie między myślami i zachowaniami, które miały zostać określone jako objawy docelowe, a tymi, które miały zostać pozostawione jako *bona fide* (tu: prawidłowe) wierzenia religijne - i tym samym nie postrzegane jako funkcja zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych - stanowiło unikalne wyzwanie etyczne i techniczne. W pierwszej fazie leczenia, korzystałem z metod terapii poznawczo-behawioralnej aby zidentyfikować natręctwa Bridget. Gdy obsesje i kompulsje zostały wyeliminowane, pacjentka chętnie podjęła pracę nad innymi swoimi

problemami (na przykład wpływu jej stylu interpersonalnego na relacje z mężczyznami). W tym czasie miałem okazję kontynuować terapię Bridget jednocześnie z moją nauką podejścia psychoanalitycznego, wiążącą się z możliwością superwizji u superwizora psychodynamicznego. Uznałem, że ta druga faza leczenia będzie w terapeutycznym interesie pacjentki w świetle następujących faktów: (a) spraw, z którymi się zmagала, (b) ustanowienia między pacjentką i mną doskonałego przymierza terapeutycznego podczas pierwszej fazy terapii - Bridget łatwo zgodziła się na kontynuowanie terapii ze mną w nowym, mniej ustrukturuowanym podejściu psychodynamicznym i (c) mój nowy, psychodynamiczny superwizor był otwarty na moje pomysły integrowania koncepcji psychodynamicznych do podejścia poznawczo-behawioralnego, jakie zastosowałem w fazie pierwszej. Ogółem, terapia odbywała się raz w tygodniu w czasie 2 lat akademickich (pacjentka zazwyczaj przerywała ją na okres wakacji) i składała się z 79 sesji. Wyniki leczenia podczas obu faz dowodzą, że w kontekście wspomnianych powyżej sprzyjających okoliczności, obie części terapii złożyły się razem pomagając pacjentce w poradzeniu sobie z szeregiem problemów, z jakimi zgłosiła się do leczenia.

Słowa klucze: terapia poznawczo-behawioralna, zaburzenie obsesyjno-kompulsywne, rytuały katolickie, skrupulatność, terapia psychodynamiczna integracja asymilacyjna

Abstract

"Bridget" was my first cognitive behavioral therapy (CBT) case and assigned to me in my second year of doctoral training as part of a clinical practicum. She was a 21-year-old undergraduate student who presented with depression and obsessive-compulsive disorder (OCD) in which the obsessions were religious in nature and the compulsions were rituals of the Catholic religious tradition, such as crossing and praying. Distinguishing between thoughts and behaviors that would be targeted as symptoms and those that would be retained as bona fide religious beliefs — and thus not viewed as a function of Bridget's OCD — presented unique ethical and technical challenges. In Phase 1 of treatment I used cognitive-behavioral therapy (CBT) methods to target Bridget's OCD symptoms. After these obsessions and compulsions had been virtually eliminated using the CBT-oriented treatment, Bridget was eager to pursue other difficulties (such as the impact of her interpersonal style on her relationships with men). At this time I had the opportunity to continue therapy with Bridget in conjunction with a psychoanalytic course I was taking that offered a psychodynamic supervisor. I determined that this Phase 2 arrangement would be in Bridget's therapeutic interests in light of: (a) the issues with which she was dealing; (b) the fact that Bridget and I had established an excellent working relationship during Phase 1 and Bridget easily agreed to continue therapy with me in the new, less structured, psychodynamically oriented format; and (c) the fact that the new, psychodynamic supervisor was open to my integrating psychodynamic concepts into the CBT approach I had employed in Phase 1. Overall, therapy was conducted weekly

during 2,5 academic years (the client generally took the summers off) for a total of 79 sessions. The therapy results across the two phases present evidence that in the context of the above-mentioned facilitating conditions, the two phases worked smoothly together to help Bridget with the variety of problems she presented.

Keywords: cognitive-behavioral therapy; obsessive-compulsive disorder; Catholic rituals; scrupulosity; psychodynamic therapy; assimilative integration

1. KONTEKST PRZYPADKU KLINICZNEGO I METODA

"Bridget" była moim pierwszym przypadkiem terapii poznawczo-behawioralnej (CBT), przydzielonym mi w trakcie drugiego roku studiów doktoranckich jako część praktyki klinicznej. (imię pacjentki i wszystkie inne dane zostały zmienione aby uniemożliwić jej identyfikację). Leczenie składało się z dwóch faz. Faza pierwsza składała się z 27 sesji terapii poznawczo-behawioralnej, skutecznie eliminującej objawy zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego i była superwizowana przez dr Wiliama Andersona, który pracuje w modelu poznawczo-behawioralnym. Pod koniec fazy pierwszej, w czasie gdy objawy natręctw Bridget zostały praktycznie wyeliminowane, była ona silnie zmotywowana do pracy nad innymi swoimi trudnościami, szczególnie historią zaburzonych relacji z mężczyznami i szybkim, gorączkowym i przerywanym stylem mówienia, który niekorzystnie wpływał na sposób, w jaki komunikowała się z ważnymi osobami w jej życiu. W tym samym czasie rozpocząłem kurs psychoterapii psychodynamicznej, w ramach którego miałem okazję zobaczyć pacjentkę z wykorzystaniem tego podejścia pod superwizją superwizora psychodynamicznego. Uznałem, że ta druga faza leczenia będzie w terapeutycznym interesie pacjentki w świetle następujących faktów: interpersonalnego charakteru trudności, z którymi się zmagала, ustanowienia między pacjentką i mną doskonałego przymierza terapeutycznego podczas pierwszej fazy terapii i tego, że Bridget chętnie zgodziła się na kontynuowanie terapii ze mną w nowym, mniej ustrukturuowanym podejściu psychodynamicznym, oraz tego, że mój nowy, psychodynamiczny superwizor był otwarty na moje pomysły integrowania koncepcji psychodynamicznych do podejścia poznawczo-behawioralnego, jakie zastosowałem w fazie pierwszej. Tak więc jednym z wyłaniających się kwestii w tym przypadku klinicznym było jak dalece te dwa wiodące modele, które starałem się zintegrować, będą skutkować terapeutycznie w przypadku Bridget.

Kilka lat po zakończeniu terapii zadzwoniłem do Bridget informując ją o mojej chęci opisanie jej przypadku w celu publikacji w czasopiśmie naukowym. Bridget chętnie zgodziła się na to i podpisała zgodę, która zawiera warunek odpowiedniego ukrycia danych mogących służyć identyfikacji pacjentki.

2. PACJENTKA

Bridget, 21-letnia biała kobieta pochodzenia europejskiego, zgłosiła się z własnej inicjatywy do szkoleniowej poradni przy uniwersyteckim programie doktoranckim w psychologii klinicznej. Zgłosiła się do poradni skarżąc się na lęk i depresję, negatywnie wpływające na jej codzienne funkcjonowanie na uczelni. Bridget jest katoliczką, ale opisała się jako liberalną w zakresie wiary. Stwierdziła, że ma orientację heteroseksualną i że jest dziewicą. Kiedy rozpoczęła terapię była studentką drugiego roku na uniwersytecie. Poinformowała iż w okresie liceum przez rok była leczona psychoterapią psychodynamiczną i prze trzy miesiące na początku college'u terapią poznawczo-behawioralną z powodu lęku. Ocena ujawniła, że na jej lęki składały się przede wszystkim obsesyjne ruminacje i rytuały.

Bridget była wychowywana w mieście w północno-wschodniej części USA przez oboje rodziców. Ma dwóch braci (jednego starszego i jednego młodszego), oraz liczną i bliską, rozszerzoną rodzinę. Zaprzecza nadużyciu i zaniedbaniu. Bridget opisywała swojego ojca, odnoszącego sukcesy biznesmena, jako silnego lecz czułego mężczyznę, który pełnił rolę moralnej opoki dla rodziny i opowiadała, że często ona i wiele osób z rodziny zwracało się do niego po wsparcie i radę. Umarł on na raka gdy miała 14 lat. Mimo iż zaprzeczała występowaniu zaburzeń psychicznych w rodzinie, Bridget opisała swoją matkę jako kobietę lękliwą, unikającą bodźców emocjonalnych, włączając w to rozmowy o śmierci ojca pacjentki. Być może z tego powodu, Bridget zawsze była emocjonalnie bliżej związana z ojcem. W czasie terapii wspominała długie rozmowy z ojcem każdej nocy przed zaśnięciem. Zgodnie z tym, stwierdziła, że był on ważną osobą w jej życiu i istotnym wzorem i źródłem inspiracji. Bridget była także w bliskiej relacji ze swoim młodszym bratem.

Podczas przedłużającej się choroby ojca Bridget zaczęła angażować się w zachowania rytualne takie jak liczenie, modlenie się, żegnanie się znakiem krzyża - aby zapobiec dalszemu pogarszaniu się stanu jego zdrowia. Kiedy ojciec w końcu zmarł, jej objawy nasiliły się i pozostała z poczuciem winy wynikającym z irracjonalnej wiary w to, że mogła rytuałami zapobiec jego śmierci. Poczucie winy było wzmocnione tym, że w czasie tygodni poprzedzających jego śmierć prowokowała liczne kłótnie między nimi. Pacjentka podawała, że mimo, że śmierć ojca głęboko ją dotknęła, jej wiek i niedojrzałość jako 14-latki nie pozwoliła jej nigdy do końca zaakceptować ostateczności jego śmierci. W związku z tym, przez lata odczuwała przewlekłą obecność niewyrażonej żałoby, kipiącej pod powierzchnią jej codziennego życia. Rok po śmierci ojca Bridget zaczęła odczuwać objawy depresyjne.

W momencie zgłoszenia się do terapii, pacjentka cierpiała na obsesyjne myśli dotyczące kwestii seksualnych i moralnych, lęki przed przypadkowym zranieniem innych i irracjonalne poczucie odpowiedzialności za dobrostan innych. Aby złagodzić cierpienie wywołane przez te rozmyślenia, pacjentka kompulsywnie modliła się, żegnała i klęczała - wszystko to w sposób rytualny, nie związany z uznaną konwencją religijną. Pogrążała się również w kompulsywnym liczeniu i

sprawdzaniu (np. zamków w drzwiach, piecyka) i rytualnie stukwała palcami. W odpowiedzi na ruminacje moralne lub seksualne próbowała wywołać u siebie poczucie winy - jak się wydaje jako sposób na odpokutowanie - poprzez rytualne spoglądanie w niebo w kierunku Boga. Jeśli nie była w stanie wykonać tych rytualnych zachowań, czuła się albo samolubna, moralnie godna potępienia, lub w jakiś sposób winna nieszczęścia innych. Zdawała sobie sprawę z tego, że zarówno obsesyjne myśli, jak i kompulsywne zachowania były przesadne i nieuzasadnione i informowała o ogromnej frustracji wiążącej się z tymi objawami.

3. WIODĄCA KONCEPCJA TERAPII

Faza pierwsza

Podczas gdy OCD, widoczne w objawach, z jakimi pierwotnie zgłosiła się Bridget, historycznie uważane jest za jedno z najtrudniejszych do leczenia zaburzeń psychicznych, ostatnie osiągnięcia w zakresie nowych metod psychoterapii, szczególnie różne formy terapii poznawczo-behawioralnej, dostarczają zachęcających rezultatów w zakresie redukcji objawów i radzenia sobie z zaburzeniem [1]. W ramach tej metody leczenia, obsesje i kompulsje traktowane są jako dysfunkcjonalne sposoby radzenia sobie z lękiem, do których można podejść poprzez a) próby redukcji lęku *per se* lub unikania lęku przez ekspozycję na określony bodziec wywołujący lęk, np. poprzez systematyczną desensytyzację, lub ekspozycję wprost i zapobieganie odpowiedzi zachowaniami kompulsywnymi w obecności bodźca wywołującego lęk; i/lub b) próby rozumienia i konfrontacji z myślami automatycznymi i leżącymi u ich podłoża wierzeń, które "usprawiedliwiają" i podtrzymują lęk, np. poprzez poznawcze rekonstruowanie. Początkowe techniki behawioralne różniły się pod względem efektywności. Systematyczna desensytyzacja była tylko umiarkowanie skuteczna [2], podobnie jak początkowe próby z przedłużoną ekspozycją [1]. Stwierdzono, że powstrzymywanie myśli w wielu przypadkach było nieefektywne [3, 4, 5], podczas gdy zastosowanie wzmocnień negatywnych - takich jak wstrząsy elektryczne - w pewien sposób przynosiło lepsze rezultaty [6]. Lepiej sprawa się miała z ekspozycją i zapobieganiem reakcji (ERP), które są przedmiotem największej ilości badań i ogólnie uznawane są za najbardziej efektywną kombinację leczniczą, z efektami utrzymującymi się w okresie katamnesticznym [7]. Podczas gdy połączenie ekspozycji i zapobiegania odpowiedzi wydaje się być bardziej efektywne niż któraś z metod oddzielnie, stres związany z obsesjami wydaje się być bardziej podatny na ekspozycję, natomiast powstrzymywanie odpowiedzi ma największy wpływ na zachowania rytualne [8]. Foa, Steketee, Turner i Fisher [9] stwierdzili, że podczas gdy nie było różnic w efektach pomiędzy ekspozycją *in vivo* i wyobrażeniową, łączenie tych strategii było skuteczniejsze w zakresie zapobiegania nawrotom. Riggs i Foa [1][1993] argumentują, że rozpoczynanie od najmniej stresującego bodźca nie jest wprost związane z efektywnością ERP, ale pacjenci zazwyczaj wolą takie rozwiązanie, co z kolei zmniejsza odsetek drop-out'ów. Podczas gdy długie ekspozycje są bardziej skuteczne niż krótkie

[10], obserwacje kliniczne wskazują, że dyskomfort podczas ekspozycji zaczyna słabnąć po 30 minutach, ale może się utrzymywać przez 90 minut [11]. W związku z tym Riggs i Foa [1] doradzają aby interwencje wydłużonej ekspozycji trwały nie krócej niż 45 minut.

Wykazano, że interwencje poznawcze, takie jak poznawcze rekonstruowanie, są równie efektywne jak ERP [12]. Jednakże, przegląd badań kontrolowanych porównujących terapię poznawczą i ERP, pokazał pokrywające się procedury [13].

Na podstawie opisanych powyżej dowodów na efektywność ERP i poznawczego przeformułowywania w leczeniu OCD, wybrałem te metody jako wiodące strategie leczenia w pierwszej fazie pracy nad obsesjami i kompulsjami Bridget. Konkretnie, posługiwałem się podręcznikiem leczenia napisanym przez McGinn i Anderson [14].

Faza druga

Jak wspomniano wcześniej, podstawowym zbiorem objawów, będących celem leczenia w fazie pierwszej, były myśli obsesyjne o charakterze religijnym i zachowania kompulsywne, takie jak żegnanie się znakiem krzyża i modlenie się w odpowiedzi na obsesyjne myśli. Kiedy objawy te zostały praktycznie wyeliminowane w fazie pierwszej za pomocą procedur terapii poznawczo-behawioralnej, Bridget wciąż miała problemy w dwóch obszarach, nad którymi chciała kontynuować pracę: a) tendencję do zakochiwania się w mężczyznach o wysokim statusie, którzy byli ostatecznie nieosiągalni, co prowadziło do końcowego odrzucenia, b) szybki, gorączkowy przerywany styl mówienia, który niekorzystnie wpływał na jej zdolność do efektywnego komunikowania się nie tylko ze mną, ale także z ważnymi osobami w jej życiu. Obie te trudności wydawały się wywodzić na różne sposoby z tych samych poznawczych i emocjonalnych aspektów przeżywania, które doprowadziły do jej pierwotnych obsesji i kompulsji. W tym czasie rozpoczynałem kurs terapii psychodynamicznej i potrzebny był mi pacjent, z którym mogłem pracować w tym podejściu. Choć cele drugiej fazy terapii Bridget mogły być realizowane poprzez wykorzystanie strategii podejścia poznawczo-behawioralnego, wydawało się również, że zastosować można było do nich koncepcje i strategie psychodynamiczne. Takie rozwiązanie było wspierane dwoma uwarunkowaniami. Po pierwsze, podczas pierwszych 27 sesji fazy pierwszej, Bridget i ja ustanowiliśmy doskonale funkcjonujące przymierze terapeutyczne i była ona zmotywowana do kontynuowania pracy ze mną nad celami fazy drugiej w ramach odmiennego modelu leczenia. Po drugie, dr James Mandala, mój superwizor podczas fazy drugiej, mimo iż zorientowany psychodynamicznie, był otwarty na moje pomysły zintegrowania podejścia psychodynamicznego z poznawczo-behawioralnym, jakie zastosowałem w fazie pierwszej leczenia Bridget. Poniżej opisuję model psychodynamiczny i sposób, w jaki został zintegrowany z wykorzystywanym przeze mnie początkowo modelem poznawczo-behawioralnym.

ZASTOSOWANY MODEL PSYCHODYNAMICZNY

Ogólnie mówiąc, podejście psychodynamiczne które zastosowałem obejmowało szeroko rozumiane podejście relacji z obiektem opisane przez Skeana we wcześniejszym artykule niniejszego czasopisma [15]. Zgodnie z tym modelem, zastosowane główne koncepcje i strategie obejmowały:

A. Wykorzystanie relacji terapeutycznej.

Spotkanie terapeutyczne rozumiane jest jako środek do obserwacji i rozumienia zachowań interpersonalnych pacjenta (Strupp Binder 1984, Spence 1982), gdyż "umożliwia terapeutę doświadczenie aspektów strukturywania rzeczywistości przez pacjenta" [15, s.3]. Ponadto:

"wspierające, empatyczne aspekty relacji "przytrzymują" osobę w leczeniu, dostarczając doświadczeń, które mogą być dla pacjenta nowością, podczas gdy bardziej interpretujące aspekty wykorzystują relację do zachęcania do refleksji na temat sposobu, w jaki pacjent strukturuje i tworzy znaczenia świata" [15, s.3].

B. Mechanizmy obronne i przeniesienie.

Słowa Skeana: "Każda osoba selektywnie kształtuje i wnioskuje na podstawie swojego doświadczenia, akceptując i integrując niektóre jego części i ukrywając inne by uniknąć bolesnych uczuć. Wiele z tego rozgrywa się poza świadomością (jest "nieświadome"). Kształtowanie jest kierowane i wzmacniane poprzez trzy dynamiczne elementy: niezbadane założenia, nieświadome konflikty i wcześniej rozwinięte szablony ("przeniesienia") relacji interpersonalnych. Problemy pojawiają się gdy te dynamiczne elementy ograniczają zdolność jednostki do efektywnego funkcjonowania, zakłócając zdolność do miłości i produktywności. W koncepcji "cykularnych psychodynamik" Paula Wahtel'a (1997) negatywne wzorce postrzegane są jako czynnik stymulujący zachowanie pacjenta, które wywołuje niepożądane zachowania innych, jakie pacjent oczekuje, tym samym zarówno potwierdzając negatywne wzorce, jak i nie pozwalając dopuścić doświadczeń, które mogłyby je podważyć.

Poprzez badanie przeniesienia pacjenta i przeciwprzeniesienia terapeuty, uważność na mechanizmy obronne i doświadczenia interpersonalne w ramach terapii, różniących się od tych, jakie pacjent zna, jest on zachęcany do poszerzania rozumienia siebie w sposób, który oferuje wiele opcji i wyborów (McWilliams 2004, 1999, Saillant 1993, 1977 za [15] s.3).

C. Znaczenie historii życia.

Model psychodynamiczny podkreśla znaczenie zbierania szczegółowej historii życia pacjenta, zarówno psychologicznej, jak i społecznej.

D. Strategie zorientowane na wsparcie i strategie zorientowane na wgląd.

W modelu tym poszukuje się równowagi pomiędzy a)strategiami zorientowanymi na wsparcie, takimi jak empatyczne potwierdzanie "indywidualności, zmagania życiowych i cierpienia" pacjenta [15 s.4] i b)strategiami zorientowanymi na wgląd, które "konfrontują obrony i nieprzystosowane schematy przeniesieniowe z alternatywnymi i bardziej adaptacyjnymi doświadczeniami

interpersonalnymi, zarówno w samej relacji terapeutycznej, jak i zewnętrznym życiu pacjenta" [15 s.4]. Celem jest ustanowienie równowagi pomiędzy dwoma przeciwstawnymi strategiami stosownie do potrzeb pacjenta i okoliczności pojawiających się i ewoluujących w trakcie terapii. Podczas gdy empatyczne potwierdzanie i eksplorowanie schematów interpersonalnych były wykorzystywane wprost w fazie pierwszej, w fazie drugiej znalazły miejsce na zastosowanie w inny sposób w celu wywołania zmiany, jak opisano to poniżej.

Integrowanie modelu psychodynamicznego z modelem poznawczo-behawioralnym

O łączeniu metod wywodzących się z różnych szkół teoretycznych napisano wiele. Schacht [16] przedstawił cztery różne modele powszechnie przyjmowane w integrowani terapii. *Podjęcie uzupełniania się* polega na stosowaniu różnych technik z różnych podejść teoretycznych do radzenia sobie z różnymi problemami tego samego pacjenta. Przykładem może być tu zastosowanie ERP w leczeniu zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego i terapii psychodynamicznej w problematyce tożsamościowej. Innym przykładem może być model "technicznego eklektyzmu" Lazarusa [17], zdejmujący nacisk z podstaw teoretycznych i "pożyczający" techniki z różnych podejść teoretycznych w zależności od określonych trudności pacjenta. W *podjęciu synergicznym* różne techniki stosowane są do tych samych celów i oczekuje się, że będą współdziałać w sposób klinicznie przewyższający efekty którejkolwiek techniki stosowanej oddzielnie. *Podjęcie tłumaczące /translational/* obejmuje podstawowe przekładanie pojęć jednej teorii na pojęcia innej. Przykładem mogłoby być opisanie eksploracji dynamiki w rodzinie pochodzenia pacjenta ("ostoja" leczenia psychodynamicznego) w kategoriach opisywania uwarunkowań i historii uczenia się pacjenta ("ostoja" podejścia poznawczo-behawioralnego). W końcu *podjęcie wylaniające się* pojawiające się gdy różniące się techniki tworzą hybrydę, o nowatorskim charakterze i zastosowaniach innych niż każda z nich osobno.

Jako odmianę tego ostatniego podejścia. Arkowitz [18] stwierdził, że nieuchronnie wynikająca integracja terapeutyczna nie jest zazwyczaj tak integracyjna, że większość terapeutów integracyjnych zdaje się pracować z perspektywy jednego podejścia, które uwzględnia asymilację innych idei. Messer [19] nazwał to zjawisko "integracją asymilacyjną". W integracji asymilacyjnej, klinicysta jest silnie zakorzeniony w przynajmniej jednej orientacji, ale dopuszcza znaczący dialog z perspektywami lub technikami innych.

W drugiej fazie terapii Bridget, postrzegałem swoją pracę jako wykorzystującą w różnym czasie wszystkie wymienione wyżej podejścia, lecz przede wszystkim model integracji asymilacyjnej opisany przez Messnera. W ramach modelu asymilacyjnego, podstawowym podłożem konceptualizacji była terapia poznawczo-behawioralna aby zachować ciągłość z fazą pierwszą. Choć kwestie takie jak przeniesienie, przeciwprzeniesienie i relacje z obiektami w trakcie tej fazy były podejmowane w stosunkowo nieustrukturywany sposób, wyjaśnienia tych pojęć były

operacjonalizowane i często opisywane za pomocą terminologii poznawczo-behawioralnej, podobnie jak w opisanym przez Schachta przekładzie pojęć. Jednakże były także momenty kiedy odchodziłem od podejścia poznawczo-behawioralnego aby pracować całkowicie w innej orientacji teoretycznej, z bardziej świadomym naciskiem na technikę jako taką, na przykład gdy odnosiłem się do kwestii przeniesienia i przeciwprzeniesienia w relacji terapeutycznej. W ten sposób moja praca zmieniała się czasami przybierając postać bardziej nacechowaną technicznym eklektyzmem. Uważam, że podejście integracyjne pozwalało na bardziej twórczą elastyczność w zakresie przebiegu, tempa i dostosowania czasowego, lepiej nadających się do emocjonalnego ważenia i rozumienia interwencji, z zachowaniem precyzji i instrumentalnego charakteru terapii poznawczo-behawioralnej.

4. OCENA PROBLEMÓW PACJENTKI, CELÓW, STRATEGII I HISTORII

Ocena jakościowa

Podczas wywiadu klinicznego z Bridget, dowiedziałem się, że jej myśli obsesyjne obracały się wokół kwestii seksualnych i moralnych, lęków przed przypadkowym skrzywdzeniem innych i irracjonalnych uczuć bycia odpowiedzialną za dobrostan innych. Aby złagodzić cierpienie wywoływane przez te myśli, pacjentka modliła się, żegnała znakiem krzyża i klęczała - wszystko to w sposób rytualny, nie związany z ustaloną konwencją religijną. Angażowała się również w liczenie i sprawdzanie (np. zamków w drzwiach, piecyka) i w rytualny sposób stukała palcami. W odpowiedzi na ruminacje moralne lub seksualne, starała się wzbudzić w sobie poczucie winy - najwidoczniej jako sposób na odpokutowanie - poprzez rytualne spoglądanie w niebo w kierunku Boga. Jeśli nie udawało się jej wykonanie tych rytuałów, bała się, że jest samolubna, niemoralna, lub winna nieszczęścia innych. Zdawała sobie sprawę z przesadnego charakteru i bezsensowności tych objawów i mówiła o ogromnej frustracji, jakiej doświadczała w związku z nimi.

Było wiele przykładów na występowanie opisanych wyżej objawów. Jednym z nich mogła być sytuacja, kiedy będąc w restauracji, gdzie pracowała jako kelnerka, Bridget doświadczała nawracającego lęku, że przez przypadek otruje swoich klientów. W związku z tym sprawdzała pudełka ze środkami czyszczącymi, które przechowywano w kuchni, aby upewnić się, że przez nieuwagę nie posypała jedzenia, które podawała, śmiertelnym "przyozdobieniem" chemikaliami. Pomimo iż jej zadania w pracy nigdy nie wiązały się z kontaktem ze środkami czyszczącymi, sprawiając, że taka sytuacja śmiertelnościowego faux pa było faktycznie niemożliwa, pacjentka zamęczała się tą ideą i w związku z tym sprawdzała owe pudełka przy niemal każdym zamówieniu. Kiedy objawy zaostrzały się, sprawdzała wielokrotnie. Angażowała się również w sprawdzanie zamków i piecyka, z podobnym zacięciem sprawdzając ich stan niekiedy 15 razy przed wyjściem z domu.

Inne zachowanie pojawiała się przy przejeżdżających karetkach pogotowia. Kiedy Bridget słyszała sygnał karetki, porzucała cokolwiek robiła, żegnając się kilka razy - czasami specjalną liczbę razy - lub spoglądając w niebo. Jeśli prowadziła w tym czasie samochód, żegnanie się lub modlenie ze złożonymi dłońmi za pasażera karetki, wymagało zjechania na pobocze. Jeśli nie była w stanie wykonać tych zachowań, pojawiał się lęk i czuła się winna, w obawie, że stan chorego się pogorszy, lub nawet że ta osoba umrze, a ona będzie za to moralnie odpowiedzialna. Podobnie, często miała intruzywne myśli o tym, że jej młodszy brat umrze na jakąś chorobę albo w wypadku drogowym. W związku z tym żegnała się i rytualnie modliła kiedy te myśli pojawiały się i kiedy zdarzały się sytuacje gdy brat przeziębiał się lub wyjeżdżał z przyjaciółmi na weekend. Obawy te zapuściły głęboko korzenie w jej poczuciu self, powodując lęk, że jeśli nie zdoła uniknąć zagrożeń, będzie to oznaczało, że jest osobą samolubną, nieprzejmującą się, a nawet złą.

Inny przykład zaburzenia, centralny jak się okazało, dla jej funkcjonowania, pojawił się w trakcie romantycznych spotkań z chłopakiem. W czasie tych spotkań nie była w stanie żyć chwilą czy dać się ponieść biegowi zdarzeń, ale pełne były one przyływów poczucia winy i zachowań rytualnych. Przykładowo, kiedy się z nim całowała, często czuła przymus żegnania się za jego plecami lub spoglądania w niebo w momentach kiedy miała pewność, że nie otworzy on oczu. Kiedy zachowania te nie przynosiły jej ulgi w nasileniu poczucia winy, usprawiedliwiała się wyjściem do toalety, gdzie klęczała, modliła się i kompulsywnie żegnała. Im bardziej seksualnego charakteru nabierały randki, tym większe odczuwała poczucie winy i tym częstsze i nasilone stawały się zachowania rytualne. Lęk leżący u ich podłoża dotyczył tego, że nie wykonując ich, jest "przeciwko Bogu i Jezusowi" i tym samym "złą osobą", mimo że lęki te nie szły w parze z deklarowanymi przekonaniem religijnymi. Szczególnie pacjentka nie wierzyła w to, że stosunki przedmałżeńskie są grzechem, choć pozostawała dziewicą ponieważ - jak mówiła - uważała, że chce poczekać albo do ślubu albo do bycia w długim, bliskim związku, którego jeszcze do tej pory nie doświadczyła.

Bridget mówiła także o sekretnej żegnaniu się (np. w kieszeni płaszcza) gdy ktoś bluźnił lub krytykował religię, chociaż czuła, że takie wyrażenia są normalne lub ich zwerbalizowanie nie stanowi poważnego pogwałcenia jej kanonu religijnego. W rzeczy samej, mówiła, że często zgadzała się z niektórymi zarzutami wobec religii, co wiązało się z jej liberalną edukacją na uniwersytecie. Podawała dalej, że sama krytycznie oceniała dogmaty nauki katolickiej, dotyczące Pisma Świętego, wyobrażenia Boga i religijnego fundamentalizmu.

Objawy Bridget powoli, lecz postępująco, nasilały się od momentu śmierci jej ojca i zmieniały w zależności od poziomu stresu, jaki przeżywała. Pacjentka podawała, że w czasie lata, kiedy nie odczuwała presji związanej z wymaganiami szkolnymi, objawy wyraźnie zanikały. Objawy nasiliły się w okresie kilku tygodni przed rozpoczęciem poszukiwania leczenia, kiedy to podobnie jak w

momencie ich pierwszego pojawienia się, pacjentka zetknęła się ze śmiercią członka rodziny - tym razem matki chrzestnej.

Mimo choroby, Bridget miała dobre oceny na studiach dziennych, pracowała a jej zasadnicze funkcjonowanie społeczne było adekwatne. Była świadoma swoich potrzeb bycia związaną z innymi ludźmi, a ponieważ była osobą otwartą i ciepłą, bardzo często była w stanie uzyskać wsparcie. Opisywała swoją rozległą sieć wzajemnie wspierających się przyjaciół i poczucie bycia lubianą przez rówieśników, rodzinę i nauczycieli.

Stan psychiczny na początku terapii

Briget była świadoma i w pełni zorientowana. Jej afekt był dostosowany do kontekstu, a nastroj wyrównany. Wypowiadała się w sposób gwałtowny i gorączkowy, czasami umiarkowanie dygresyjny, ale całościowo zorganizowany, płynny i w przeciętnej ilości. Tok myślenia był logiczny i spójny, bez rozkojarzenia czy gonitwy myśli. Podczas wstępnego wywiadu unikała kontaktu wzrokowego. Zaprzeczała urazom głowy, nadużywaniu substancji psychoaktywnych i nie zgłaszała żadnych problemów zdrowotnych. Jawiła się jako osoba przyjazna i ciepła, często adekwatnie uśmiechająca się gdy chciała wyrazić sympatię. Zaprzeczyła obecnym i przeszłym myślom samobójczym i morderczym.

Diagnoza

Do postawienia rozpoznania psychiatrycznego wykorzystany został Podręcznik do przeprowadzenia wywiadu w zakresie zaburzeń lękowych (the Anxiety Disorders Interview Schedule for the Diagnostic and Statistics Manual - Fourth Edition) i DSM-IV-TR [20, 21]. Choć Bridget prezentowała także objawy depresyjne, spełniające kryteria dystymii, niemal wszystkie jej depresyjne ruminacje były zgodne z jej nastrojem i odnosiły się do objawów obsesyjnych.

Ponieważ niewielkie obniżenie nastroju jest także przejawem nadmiernego martwienia się charakterystycznego dla zaburzenia lękowego uogólnionego (GAD), kolejnym krokiem było odróżnicowanie objawów Bridget od zaburzenia lękowego uogólnionego. Na pierwszy rzut oka, wydawało się, że Bridget zamartwia się o rzeczywiste zdarzenia, co jest cechą odróżniającą GAD od pozostałych zaburzeń lękowych. Ściślej, martwiła się o sprawy związane z seksem, takie jak to, czy zaangażowanie się w zachowania seksualne nie naruszy jej zasad moralnych. Jednakże, dalsze badanie ujawniło, że jej troski adekwatnej opisać można było jako obsesyjne. Jednym z powodów był fakt, że w celu zmniejszenia niepokoju związanego z myślami, Bridget angażowała się w wykonywanie opisanych powyżej czynności rytualnych. Innym powodem było to, że jej myśli skoncentrowane były na głębiej zakorzenionych, mniej związanych z realnością, podstawowych wierzeniach, typowych dla zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego, takich jak irracjonalna wiara w bycie niemoralnym lub grzesznym. W końcu, charakter myśli pacjentki pokrywał się z kilkoma domenami poznawczymi opisanymi przez Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group

(grupa robocza ds. zaburzeń poznawczych w OCD), międzynarodową grupę badaczy, którzy zidentyfikowali pięć podstawowych domen podstawowych wierzeń, związanych z OCD. W skrócie przedstawiają się one następująco:

- 1) nadmierna odpowiedzialność - wygórowana ocena odpowiedzialności za intruzyjne myśli i ich wyobrażone konsekwencje,
- 2) fuzja myśli i działań - nadmierna ważność myśli - wiara w to, że myśli są moralnym ekwiwalentem działań, lub że posiadanie myśli oznacza, że myśl jako taka jest ważna i znacząca,
- 3) wiara w konieczność kontrolowania swoich myśli - wiara że można i należy sprawować całkowitą kontrolę nad swoimi myślami,
- 4) przecenianie zagrożenia - przecenianie prawdopodobieństwa i skutków unikanego zdarzenia,
- 5) nietolerowanie niepewności - nacechowana ostrożnością i namaszczeniem tendencja widoczna u osób chorujących na OCD odnosząca się do podejmowania decyzji, skutkująca niekiedy intensywnym poszukiwaniem potwierdzenia (upewnienia się).

Ponieważ Bridget nie skarżyła się na obawę dotyczącą bycia chorą lub zarażenia się jakąś poważną chorobą, rozpoznanie fobii specyficznej lub zaburzenia hipochondrycznego nie było uzasadnione. Podobnie, nie rozpoznano ostrego ani przewlekłego zaburzenia psychiatrycznego, ponieważ odnosząc się do swoich obsesji Bridget często mówiła, że "wie, że to nieprawda", co wskazywało na nienaruszoną zdolność do testowania rzeczywistości.

Bridget nie spełniała kryteriów osobowości anankastycznej, gdyż jej podstawowe objawy bardziej miały postać obsesji i kompulsji, niż zaabsorbowania porządkiem, kontrolą lub perfekcjonizmem. W związku z tym i powodami wymienionymi wcześniej, postawiono rozpoznanie zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego.

Ponieważ depresyjne objawy Bridget miały przewlekły i mniej nasilony przebieg, a nie poważny przebieg z odrębnymi epizodami, nie postawiono diagnozy zaburzenia typu dużej depresji. Ponieważ Bridget podawała informacje o minimalnym spożywaniu alkoholu i braku doświadczeń z 'rozrywkowym' używaniem narkotyków, wykluczono diagnozę zaburzeń nastroju związanych ze spożywaniem substancji psychoaktywnych.

Mimo, że czasami Bridget martwiła się o swoje zdrowie, nie było dowodów na istnienie jakiejś choroby, w związku z czym nieuzasadniona była diagnoza zaburzenia nastroju spowodowanego stanem fizycznym. W związku z wymienionymi przyczynami, jako drugie rozpoznanie postawiono dystymię.

Podsumowując, u Bridget rozpoznano następujące formalne zaburzenia:

Oś I: zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, dystymia

Oś II: brak zaburzeń

Oś III: brak zaburzeń

Oś IV: problemy związane ze środowiskiem społecznym

Oś V: 60.

Ocena ilościowa

Bridget przy przyjęciu wypełniła szereg ilościowych, kwestionariuszy samoopisu koncentrujących się na objawach związanych z lękiem (wyniki przedstawione zostały w tabeli 1 na końcu tekstu) i uzyskała wyniki na granicy lub powyżej normy. Generalnie, wyniki testów były zgodne z obrazem klinicznym opisanym powyżej. Szczególnie wskazywały na to, że w porównaniu z populacją nieleczoną (normalną), przy przyjęciu Bridget miała zaburzony poziom objawów obsesyjno-kompulsyjnych (skala 2), depresji (skala 3), zamartwiania się (skala 5) i lęku (skala 6), lecz niezaburzony poziom napadów paniki (skala 1), problemów z przemieszczaniem się (skala 4), PTSD (skala 7) i unikania społecznego (skala 8). (Należy zauważyć, że zgodnie z postawionymi rozpoznaniem, terapia nakierowana była na problematykę obsesyjno-kompulsyjną i depresję i tylko skale 2 i 3, tj. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale -YBOCS i Beck Depression Inventory - BDI, zostały podane pacjentce do ponownego wypełnienia na końcu terapii w celu pomiaru zmiany).

Mocne strony pacjentki

Bridget miała także liczne mocne strony, z których najbardziej wyraźna była jej więź z liczną, blisko związaną i wspierającą rodziną. Często opisywała jak jej rodzina dawała jej poczucie bliskości i tożsamości. Także, jako osoba była charyzmatyczna i sympatyczna, w efekcie mając liczne grono znajomych, którzy także byli wspierający. Dodatkowo, Bridget była osobą inteligentną i pracowitą. Pomogło jej to w rozumieniu koncepcji materiału poruszanego w trakcie leczenia, byciu świetną w stosowaniu tego, czego się dowiedziała i zmotywowaną do realizowania wszystkich proponowanych zadań domowych w trakcie terapii w sposób sumienny i przemyślny.

5. SFORMUŁOWANIE I PLAN LECZENIA

Rozpoznanie OCD u Bridget spełniało kliniczne kryteria empirycznie uzasadnionego protokołu leczenia. W związku z tym wykorzystałem podręcznik terapii Treatment of Obsessive-Compulsive disorder McGinn'a i Sandersona [1999], zawierający podstawy dla metod opisanych w części 'Wiodąca koncepcja' niniejszego artykułu. Zgodnie z tym podręcznikiem, posłużyłem się planem leczenia zakładającym od 15 do 25 sesji terapii poznawczo-behawioralnej. W oparciu o przewagę empirycznych dowodów skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, podręcznik ten wymienia poznawcze przeformułowanie oraz ekspozycje i zapobieganie odpowiedzi (ERP) jako wskazane strategie leczenia. Należy zauważyć, że jedną z przesłanek włączenia komponenty poznawczej jest fakt iż zniekształcenia poznawcze [22] podtrzymują objawy OCD, takie jak etykietkowanie i błędne atrybucje (np. "będę złą, samolubną

osobą, jeśli nie przeżegnam się gdy mija mnie karetka pogotowia") i "myślenie w kategoriach wszystko albo nic" (np. "jeśli nie mam poczucia winy za każdą niesprawiedliwość lub zło na świecie, jestem złą osobą"). Także, wtórne przekonania mogą leżeć u podłoża wymienionych objawów, np. "jestem złą osobą ponieważ mam natrętne myśli o otruciu moich klientów".

Innym założeniem, może nawet bardziej bezpośrednio odnoszącym się do ERP, jest to, że unikanie podtrzymuje objawy natrętne i ostatecznie samo zaburzenie, poprzez nie pozwalanie na brak potwierdzenia (odrzućcie - przypis red.) nieracjonalnych wierzeń pacjenta. Rozważmy zachowania związane ze sprawdzaniem jako formę unikania. Poprzez sprawdzanie kuchenki i pojemników ze środkami czyszczącymi, pacjentka unikała uczucia lęku związanego z irracjonalnymi konsekwencjami jakich się obawiała. To z kolei uniemożliwiało brak potwierdzenia tych lęków - np. o spaleniu domu lub otruciu klientów. Technika ERP miała umożliwić doświadczenie braku potwierdzenia poprzez zademonstrowanie Bridget, że katastrofy, których się obawiała *nie* nastąpią nawet jeśli nie wykona rytuałów mających na celu zapobieżenie im. Zakładano, że w tym procesie nastąpi habituacja pacjentki do lęku wynikającego z *nie* wykonania zachowań rytualnych. Jej nawracające modlenie się pełniło taką samą funkcję.

Plany dotyczące kilku pierwszych sesji obejmowały edukację na temat diagnozy i modelu poznawczego, jak również instruowanie odnośnie poznawczego rekonstruowania. Celem tej części terapii było ograniczenie modlenia się pacjentki do rozsądnego, wspólnie uzgodnionego wymiaru - pod względem długości trwania i czasu w ciągu dnia. Następnie planowany był trening relaksacyjny, mający na celu podwyższenie progu wyzwalania jej objawów - tj. by zredukować ogólny poziom stresu do poziomu poniżej tego, który prawdopodobnie mógł wyzwolić lub znacząco wpłynąć na intensywność objawów. Poznawcze przeformułowanie miało nastąpić po relaksacji, koncentrując się na natrętnych i depresyjnych kontraktach poznawczych. Po 5-6 sesjach nastąpić miała stopniowa ekspozycja i powstrzymywanie reakcji.

Faza 2

To, czego dowiedziałem się podczas oceny stanu Bridget silnie wskazywało na to, że utrata ojca w okresie wczesnej adolescencji i równoległe rozwijające się zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, położyły podwaliny pod styl jej obron, charakteryzujący się przemieszczeniem i zaprzeczaniem. Pustka pozostała po śmierci ojca i niezdolność pacjentki do przeżycia wystarczającej żałoby związanej z jego odejściem, wpływały na to, że poszukiwała partnerów, którzy mogliby w końcowym rozrachunku wypełnić tę pustkę, nieświadomie przypisując im to zadanie. Oczekiwała, że z relacji tych uzyska poczucie tożsamości i samooceny i oczekiwanie to często przyjmowało postać nadmiernego poszukiwania wsparcia, upewniania. Te roszczenia powodowały napięcia w relacjach Bridget i przyczyniały się do ich zerwań. To błędne koło powodowało silny stres i frustrację i wydawało się podkopywać poczucie bezpieczeństwa pacjentki w świecie. Co więcej, te

zerwania w szczególny sposób wyzwalały głęboko zakorzenione poczucie winy, jakiego doświadczała od dzieciństwa w związku ze śmiercią ojca.

6. PRZEBIEG TERAPII

Faza pierwsza

Sesje 1-4

Ustanowienie relacji terapeutycznej. Na początku terapii Bridget była wysoce zmotywowana do leczenia, zdolna do "myślenia psychologicznego", przyjazna i wzbudzająca sympatię, oraz chętna do zadowolenia terapeuty poprzez wyteżoną pracę nad zadaniami i celami terapeutycznymi.

Tworzyło to warunki do rozwoju silnego, pozytywnego związku terapeutycznego. Z drugiej strony, niekiedy cechy te wydawały się składać na inną jakość, powodując problemy kliniczne, jak opisano poniżej w części "nadmierna zależność".

Relaksacja. Pierwsze cztery sesje koncentrowały się na edukacji Bridget w zakresie zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego i modelu terapii poznawczo-behawioralnej, jak również nauczeniu jej relaksacji i umiejętności zarządzania stresem. Model terapii poznawczo-behawioralnej został objaśniony zasadniczo poprzez opisanie Bridget sposobu, w jaki zaburzone wzorce myślenia mogą powodować lęk i funkcji poznawczego przeformułowywania w korygowaniu tych zaburzeń. Wyjaśniono także przesłanki do zastosowania ERP, jak wskazano wcześniej, poprzez opisanie jak wzorce unikania mogą zapobiegać nie-potwierdzaniu irracjonalnych wierzeń i jak ekspozycja służy ich nie-potwierdzaniu, a ostatecznie redukcji jej objawów.

Pierwszą techniką relaksacyjną, jakiej uczono Bridget był trening autogenny Schultza [23], polegającego na koncentrowaniu uwagi na różnych obszarach ciała poprzez wykorzystanie wyobrażeń o relaksacji i odczuciach (np. "wyobraź sobie, że twoja ręka staje się ciepła i ciężka"). Jako część tego treningu, podawałem także Bridget instrukcje oddychania przeponowego. Choć pacjentka siedziała podczas ćwiczeń i podążała za instrukcjami, odsłuchiwała nagrania sesji w ramach zadania domowego, twierdziła, że ta metoda doprowadza ostatecznie do wzrostu jej napięcia i lęku. Powiedziała, że gdy tylko próbowała skoncentrować się na określonej części ciała, jej umysł zaczynał błądzić i pojawiały się intensywne myśli natrętne. Głębsza analiza tej paradoksalnej reakcji Bridget na to ćwiczenie wskazała, że gdy pojawiała się jej jakaś myśl spoza kontekstu ćwiczenia, starała się ją wypchnąć poza świadomość. Gdy te wysiłki nie przynosiły efektu, doświadczała irytacji i lęku. Reakcja ta jest zgodna z wynikami badań wskazującymi, że takie tłumienie myśli jest istotnym czynnikiem w doświadczaniu objawów OCD (np. [24]).

W obliczu tego efektu zmieniliśmy technikę relaksacyjną na progresywną relaksację mięśni Jacobsona [25], wychodząc z założenia, że jej skuteczność jest mniej zależna od procesów poznawczych i tym samym mniej zależna od myśli natrętnych. Ponieważ celem treningu było bardziej usunięcie możliwie jak największej ilości przyczyn stresu wpływającego na

manifestowanie się objawów, niż zmniejszenie reakcji na ostry stres lub lęk, jako dodatek do regularnych sesji relaksacji metodą Jacobsona jako zadania domowego, stworzyliśmy listę aktywności zmniejszających poziom stresu, które pacjentka mogła systematycznie wykonywać w domu. Aktywności te obejmowały przykładowo: branie gorących kąpeli, ćwiczenia fizyczne, czytanie materiału zadanego na uczelni na dworze, słuchanie muzyki. Pacjentka została poinstruowana aby wykonywać przynajmniej jedną z tych aktywności przez godzinę przynajmniej cztery razy w tygodniu, a ćwiczenia metodą Jacobsona przez 10 minut przynajmniej trzy razy w tygodniu.

Modlenie się. Bridget informowała o modleniu się wiele razy w ciągu dnia, czasami bezpośrednio w odpowiedzi na myśli obsesyjne, czasami bez wyraźnego czynnika wyzwalającego. Ponieważ w takich sytuacjach nie była w stanie sprecyzować treści niechcianych myśli, mówiła, że czuła się tak, jakby zachowania modlitewne były osadzone w ramach kompleksu przelotnych napadów lęku i tym samym były "motywowane lękowo". Ten rodzaj "lękowego modlenia się" szczególnie przypominał poszukiwanie potwierdzenia, tak typowego dla zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego i wydawał się przybierać powtarzający się rytm, np. "pozwól mi zachować przyjaciół ... mojego chłopaka ... radzić sobie dobrze w szkole ... chroń moją mamę, mojego brata, moich klientów w pracy, moich przyjaciół...". Ponieważ modlenie się jest właściwie uniwersalną cechą religii, mającą potencjał wspierania emocjonalnego dobrostanu, nie wspominając o przyrodzonym jednostki zgodnie z wartościami przyjętymi w zachodnim społeczeństwie, całościowe wygaszenie modlenia się - co jest celem w większości zachowań rytualnych w OCD - w tym wypadku po prostu nie było ani etyczną, ani pożądaną strategią. Zgodnie z tym, w tym czasie także przystąpiliśmy do przesuwania modlitewnych zachowań Bridget do określonych ilości i czasu w ciągu dnia. Ponownie odróżniam tu a) "kompulsyjne modlenie się" trwające krótko i pojawiające się w odpowiedzi na dostrzegalne obsesje, takie jak modlenie się w reakcji na sygnał karetki pogotowia (które było przedmiotem późniejszej pracy za pomocą ERP) i b) lękowe (spowodowane lękiem - przyp. red.) modlenie się, które trwało dłużej i pojawiało się bez bezpośrednio dostrzegalnej obsesji, jednak było używane instrumentalnie do redukcji lękowego napięcia.

Ponieważ wydawało się, że pojawiał się element unikania "lękowego modlenia się", spędziliśmy sporo czasu dyskutując różne motywacje do modlenia się, w próbie rozróżnienia między modleniem się zdrowym i patologicznym. Zidentyfikowaliśmy powszechne powody modlenia się, które postrzegaliśmy jako "zdrowe", takie jak: uwielbienie (Boga), boska inspiracja, spełnienie duchowe, bliższa relacja z Bogiem, podziękowanie, zdobycie mądrości, wyrażenie frustracji lub bólu, poszukiwanie pokierowania. Różnicowaliśmy to z modleniem się lękowym. Jakość obu tych rodzajów modlitwy była bez wątpienia zupełnie inna. Oczywiście w normalnych warunkach redukcja lęku jest powszechnym aspektem modlenia się i aspektem modlenia się Bridget gdy

modliła się ze "zdrowych przyczyn" opisanych powyżej. Jednakże w większości czasu motywacja Bridget do modlenia się była silnie skierowana w stronę redukcji lęku i w odpowiedzi na myśli natrętne. Zadaniem było zatem oddzielenie tych wypadków, w których *głównie* modliła się z uwielbienia Boga ("zdrowe" modlenie się) i *głównie* w celu zredukowania leku ("niezdrowe" modlenie się). Zostało to dokonane zarówno by pacjentka stała się bardziej zdolna do odróżnienia niezdrowych, natrętnych, pobudek modlitwy i by zasugerować aby koncentrowała się na "zdrowym" modleniu się w ustalonym czasie. Dalej, ponieważ niezdrowe modlenie się pasowało do modelu podtrzymywania objawów w zaburzeniu obsesyjno-kompulsyjnym - potrzeba wykonywania zachowań aby uniknąć lęku, zapobiegające nie-potwierdzaniu obaw - postrzegalem zalecenie zdrowego modlenia się jako sposób na odejście od modlenia się zaburzonego, nawet jeśli to zaburzone modlenie nie zawsze występowało w odpowiedzi na myśl natrętą. Uważałem także, że istniały procesy poznawcze, takie jak niechciane myśli lub emocje, przebiegające poza świadomością pacjentki, na które mogła odpowiadać modleniem się.

Nadmierna zależność. Jawiącej się jako przyjacielska i czarująca, Bridget łatwo było stać się lubianą pacjentką. Miała pozytywne nastawienie do terapii i była bardzo zgodna, co składało się na całkiem efektywny przebieg leczenia. Wkrótce jednak odczułem, że staje się ona nadmiernie zależna. Moje pierwsze przeczucie tego faktu było bardzo subtelne, początkowo na podstawie jej ogólnego obojętności i zachowań niewerbalnych. Gdy podawałem instrukcję do wykonania zadań, u pacjentki pojawiała się intensywna gotowość, "pogotowie", wydająca się cokolwiek wyolbrzymiona, a przynajmniej zwróciła moja uwagę jako hipoteza do późniejszego przyjrzenia się.

Ostatecznie zobaczyłem jej silną motywację do dostosowywania się jako cel leczenia, obok faktu, że była także zaletą. Po pierwsze, pragnienie przestrzegania zasad dawało pacjentce bodziec do wykonywania zadań domowych a także aktywnego uczestniczenia w sesjach. Odbywało się to w widocznie skrupulatny sposób, w opozycji do unikania pracy. Jej dostosowywanie się było również celem terapii ponieważ wywodziło się ze sztywnego inwestowania w bycie moralnie bez zarzutu. Rozróżnienie tego, co uważaliśmy za *sztywne* wynikało także z własnej samooceny Bridget - w miarę eksploracji, stwierdziła ona, że jej usiłowania by być moralną w działaniach i myślach było powodem stresu i lęku. Co więcej, postępowanie w nadmiernie zgodny sposób służyło pacjentce jako sposób na unikanie - przez takie postępowanie unikała uczucia, że jest po prostu pusta lub zła, ponieważ moralna prawość według niej obejmowała ściśle dostosowanie się do zasad i reguł i postrzeganych wymagań od niej. Jednym z przykładów może być to, że w towarzystwie przyjaciół często z trudem sublimowała swoje myśli, słowa i zachowania do tego, co odczuwała jako oczekiwane od niej, czasem w jasny sposób kosztem prawdziwych odczuć - w jej własnych słowach wkładała ogromny wysiłek by być "dobrą dziewczynką", a także by być "perfekcyjną", ale

dobrą według jej własnych standardów. Inną informacją była gorliwość, z jaką podejmowała zadania terapeutyczne. Wydawało się jasne, że podejmowała je w sposób przypominający bardziej jawne rytuały. Był to sposób pospieszny i w pewnym sensie zapamiętały, jak u kogoś z gorączkowym pragnieniem spieszącego by zaspokoić je szklanką wody. Jako taki, również sam sposób pracy pacjentki stał się kolejnym przedmiotem interwencji.

Sesje 5-10. Poznawcze przeformułowywanie

Kolejny etap leczenia (sesje 5-10) obejmował poznawcze przeformułowywanie. Przedmiotem pracy były w tej fazie zakłócenia poznawcze, takie jak te wspomniane powyżej. Innymi myślami należącymi do domeny zaburzeń poznawczych, takich jak "nadmierna generalizacja", "personalizacja" czy "dyskwalifikacja pozytywów" [22] były: "jeśli słyszę bluźnierstwo i nie przeżegnam się, to znaczy że jestem złą osobą" i "jeśli nie przeżegnam się i nie pomodłę gdy mój brat wychodzi wieczorem, znaczy to, że źle mu życzę lub że jestem niedobra, zła, samolubna". Zidentyfikowano myśli katastroficzne takie jak "Jeśli wielokrotnie nie sprawdzę kuchenki, dom się spali a moja rodzina umrze".

Gdy zaczynała się ta faza, myśli automatyczne i racjonalne reakcje Bridget były chaotyczne i drobiazgowo w sposób podobny do jej mowy. Z tego powodu celem początkowych sesji było skoncentrowanie się na przeformułowywaniu jako takim i rozwijanie umiejętności identyfikowania przez Bridget myśli automatycznych. Początkowo postrzegałem chaotyczność pracy Bridget - zwłaszcza przeskakiwanie z jednej możliwej myśli automatycznej na inną - jako najprawdopodobniej funkcję unikania, jak ciągłe ślizganie się po powierzchni bez zaryzykowania kiedykolwiek zanurzenia się głębiej w przeżywanie. Choć z pozoru wydawała się być zaangażowana w leczenie, unikała bodźców wywołujących lęk poprzez zatrzymywanie się tylko na moment przy jednym temacie przez przekierowaniem uwagi na inny.

Wkrótce odkryłem, że unikanie obejmowało nie tylko ten poziom, ale że Bridget zaczęła używać poznawczego aspektu leczenia w sposób rytualny, na przykład powtarzając cicho zakłócenie poznawcze leżące u podłoża jakiejś myśli natrętnej, np. "to tylko wyolbrzymianie, to tylko wyolbrzymianie". Zaczęła także "rytualizować" racjonalne reakcje w odpowiedzi na autodewaluujące myśli, zaczynała w kółko powtarzać np. "Ludzie zwykle dają mi pozytywne informacje zwrotne, więc nawet jeśli nie jestem perfekcyjna, jestem dobrą osobą". Trwało to niekiedy godzinami.

Kolejnym problemem, który pojawił się w trakcie poznawczej komponenty leczenia było zapisywanie przeformułowywanych myśli w sposób nadmierny, wymagający czasem dodania dodatkowych stron do arkusza myśli automatycznych - podczas gdy zazwyczaj jest to kilka zdań na daną myśl automatyczną. Pacjentka twierdziła, że powodem tego jest to, że nie chce pominąć możliwego racjonalnego wyjaśnienia swojego zaburzonego sposobu rozumowania i że gdyby to

zrobiła, czułaby się winna, jakby nie robiła w pełni tego, czego od niej oczekiwano. Znowu, wyraźnie przypominało to sposób wykonywania przez nią rytuałów religijnych mających na celu zapobieżenie lękowi, lub, na poziomie poznawczym, moralnego potępienia jej charakteru. W związku z tym pacjentka została zachęcona do tego, by specjalnie nie zapisywała części racjonalnych wyjaśnień i by intencjonalnie miała bardziej lekceważące podejście do zadań. W czasie kolejnych sesji zapisy stały się znacznie krótsze, zwykle ograniczone do 3-4 zwięzłych zdań w odniesieniu do danego irracjonalnego lęku. Tak więc, cokolwiek ironicznie, dokładnie wykonywała moje instrukcje bycia nie tak ogromnie dokładną. Jednak ponieważ rytuały są osadzone w szerszym kontekście znaczeniowym, zdecydowałem się także na poświęcenie części z kilku sesji na eksplorację konotacji robienia tego, co było od niej oczekiwane, w odniesieniu do jej obrazu siebie, postrzeganych zalet, zdolności do bliskości i wiary w reperkusje postępowania w inny sposób. Do tej eksploracji wybrałem postępowanie oparte bardziej na konwersacji, ponieważ Bridget miała tendencję do reagowania na ustruktrowane zadania terapii poznawczej w sposób rytualny.

W tej fazie leczenia, Bridget wydawała się jednak zyskiwać nieco więcej kontroli nad swoimi zachowaniami modlitewnymi, choć nadal informowała o modleniu się w odpowiedzi na lęk poza uzgodnionymi ramami czasowymi. Dopiero po kilku sesjach ERP zaczęła ograniczać modlenie się do określonych momentów.

Krótko po odkryciu, że pacjentka zrytualizuje proces poznawczego przeformułowywania, rozpoczęto ERP z instrukcją by powstrzymywać się od stosowania poznawczych aspektów terapii dopóki rytualizowanie się nie wyciszy. Wyjaśniono jej powód takiej instrukcji. Wymagało to podzielenia się hipotezą, że skakanie po tematach może służyć jako sposób na unikanie i że powtarzanie wyjaśnienia tego rytualizowania także może służyć jako forma unikania, zgodnie z poznawczo-behawioralnym rozumieniem OCD.

Sesje 11-27: Ekspozycja i powstrzymywanie reakcji (ERP)

Na sesji 11 skonstruowana została hierarchia sytuacji budzących lęk i unikanych. Większość z obaw pacjentki i powiązanych z nimi rytuałów miała charakter seksualny, pacjentka mówiła, że najsilniejszą motywacją do leczenia była chęć radzenia sobie z kompulsjami pojawiającymi się w powiązaniu z myślami i zachowaniami o charakterze seksualnym. Choć początkowo wszystkie seksualne itemy utworzonej listy były wyobrażeniowe, Bridget mówiła, że gdy znajdowała się bliżej swojego chłopaka (który mieszkał w innym stanie) miała ochotę wykonać z nim te "ćwiczenia" in vivo. Większość pozostałych itemów dotyczyła poznawczego obszaru nadmiernej odpowiedzialności, np. irracjonalnego poczucia, że jest odpowiedzialna za dobrostan pasażerów karetki pogotowia, swojego brata, klientów restauracji, w której pracowała. Bridget nadała każdemu itemowi rangę odnośnie lęku, jaki w niej wywoływała opisywana przez niego sytuacja i potrzeby

unikania jej. Przy tworzeniu tej hierarchii rang korzystała z "Subiektywnej Skali Dystresu" (Subjective Scale of Distress, SUDS), zawierającej rangi od 0 - brak lęku lub unikania do 8 - najwyższy wyobrażalny poziom. Tabela 2 pokazuje wyniki tej oceny podczas sesji pierwszej i dwudziestej siódmej, na końcu fazy pierwszej leczenia.

Pozostałe sesje tego etapu terapii (sesje 12-26) poświęcone były ERP. Wszystkie sesje z wyobrażeniową ekspozycją nagrywane były na taśmę. W kwestii syren karettek pogotowia, Bridget wyobrażała sobie ze szczegółami okoliczności, w których zwykle na ich dźwięk uruchamiała rytuały. Obejmowało to wyobrażenie sobie jazdy samochodem, miejsca gdzie zazwyczaj wykonywała dany rytuał, katastroficzne wyobrażenia stanu osoby cierpiącej przewożonej karetką i tego, jak przebiegał wypadek prowadzący do tego stanu. Aby wspomóc wizualizację ściągnąłem z Internetu nagrania sygnałów karettek pogotowia, puszczałem je w czasie sesji i instruowałem Bridget co do powstrzymywania się od czynności rytualnych. Pacjentka szybko zareagowała na ten sposób leczenia - żeganie się i modlenie zniknęły całkowicie w czasie dwóch sesji (12-14), a towarzyszące im myśli natrętne znacznie się zmniejszyły.

Podobne kroki podjęte zostały w celu wyhamowania jej zachowań rytualnych w reakcji na "błźnierczy" język jej przyjaciół. Aby mieć jakiś punkt wyjściowy, rozpoczęliśmy od wyrażen, które najczęściej inicjowały rytuały. Należały do nich "przeklęty" (Goddamn), "Jezu Chryste", nawet akademickie argumenty używane w dyskusjach na uczelni, odnoszące się szczególnie krytycznie wobec takich biblijnych koncepcji jak kreacjonizm, niepokalane poczęcie i grzech. Początkowo zacząłem od ich werbalizowania na sesji i przygotowywania nagrania do późniejszej ekspozycji. Po tej sesji (15) i tygodniu poprzedzającym kolejną, przeznaczonym na zadanie domowe odsłuchiwania jej, pacjentka poinformowała mnie, że zachowania rytualne nadal utrzymują się z tą samą intensywnością. Uważała, że powodem było to, że mój głos wypowiadający treści mające intencjonalnie wzbudzić w niej lęk nie zawierał określonego realistycznego przekonania, które zdaniem pacjentki było niezbędne do wzbudzenia lęku.

Moim celem stało się wówczas wzbudzenie większego lęku - jak wspomniano, najważniejszego elementu ekspozycji tak, jak wyjaśniono to Bridget na początku terapii - poprzez wygłaszanie twierdzeń, jak by to powiedzieć, bardziej błźnierczych. Choć na początku była ona zrozumiała bardzo zatrwożona i zalękniona, wkrótce zaangażowała się w burzę mózgów na temat błźnierczych myśli zgodnie z instrukcją by wyobraziła sobie najgorsze rzeczy na temat Jezusa, Boga Ojca czy Biblii, jakie ktoś jej kiedyś powiedział lub mógł powiedzieć. Pacjentka podawała tu stwierdzenia takie jak " Wszyscy księża są pedrylami, którzy chcą pieprzyć małych chłopców", "Maria Dziewica była zwykłą dziwką, którą Józef przeleciał, żeby zrobić jej bękartą, Jezusa", lub "Jezus był po prostu jakimś tam awanturnikiem, którego Rzymianie słusznie skazali na śmierć". Werbalizacje takie jak te, szczególnie jeśli zawierały ordynarny język (na potrzeby nagrania, język

odzwierciedlający poglądy, których osobiście nie wyznaję), stale skutkowały ocenami 7 lub 8 na Subiektywnej Skali Dystresu pacjentki. Powiększyłem ten materiał i poprosiłem pacjentkę by oceniła swój poziom lęku w odpowiedzi na każdy item i na podstawie tych ocen uzyskałem lepsze rozumienie jakiego rodzaju stwierdzenia wywołują szczególnie intensywne objawy OCD u pacjentki. W oparciu o te dane, zaimprovizowałem 45-minutową sesję ekspozycji składającą się z najbliższych, najbardziej świętokradczych bluzgów, jakie zdołałem wyprodukować, którą nagrałem do samodzielnej ekspozycji w ramach zadania domowego dla pacjentki.

Nawet ja, nie będąc chrześcijaninem, czułem się okropnie mówiąc te rzeczy bez ogródek do tej słodkiej i uroczej młodej kobiety, którą oglądałem skrzywioną z bólu na leżance w moim gabinecie walczącą z przymusem przeżegnania się. Subiektywnie, było to dziwaczne doświadczenie, przypuszczalnie najbardziej osobliwe jakie miałem jako terapeuta. Zawartość była tak nadmierna i widocznie bardziej nadająca się do scenariusza horroru - takiego, w którym duchy w opętanej dziewczynie zmuszają ją do syczenia przekleństwami i plucia. Jednak to przemówienie było czymś, co w końcu miało doprowadzić do ulgi w jej cierpieniu i ta świadomość pomagała mi w wykonaniu mojej roli. Ironia była czymś wartym zapamiętania. Ku mojej uldze Bridget miała poczucie humoru w odniesieniu do całej tej sytuacji i była w stanie wykonać zadanie domowe, tak jak zostało ustalone. W przeciągu tygodnia bardziej intensywnej ekspozycji (sesja 16) nie miała już zachowań rytualnych w odpowiedzi na te bodźce i sprawozdawała, że lęk wzbudzany codziennymi bluźnierstwami, choć wciąż obecny w śladowej postaci, zmniejszył się do rozmiarów ledwie przez nią zauważanych.

Podobnie postępowano w odniesieniu do lęków Bridget o brata. Opowiadała ona, że za każdym razem gdy jej brat, Shannon, wyjeżdżał z domu na weekend ze swoimi znajomymi, doświadczała natrętnych myśli, że zdarzy mu się śmiertelny wypadek samochodowy. W następstwie, wypierała te myśli ze świadomości lub próbowała je zneutralizować poprzez natrętne modlenie się i żeganie, lub sprawdzanie wiadomości pod kątem informacji o śmiertelnych wypadkach drogowych. Tłumiła myśli i wykonywała rytuały także w sytuacjach gdy Shannon przejawiał objawy stosunkowo lekkich chorób (np. przeziębienia lub grypy), obawiając się, że objawy te mogą się pogorszyć i że on umrze. Do momentu zgłoszenia się do leczenia, Bridget wykonywała rytuały w reakcji na kaszel Shannon'a, kichanie a nawet wydmuchiwanie nosa. U ich podłoża leżało przekonanie, że w ten sposób zapobiegnie jego śmierci.

Tutaj wybrałem rozpoczęcie leczenia ekspozycją wyobrażeniową z kilku powodów. Po pierwsze, natręctwa generowały silny lęk, co było zrozumiałe biorąc pod uwagę, że początki objawów Bridget obejmowały rytuały mające na celu uzdrowienie ojca i zapobieżenie jego śmierci. W konsekwencji rytuały mające na celu ochronienie Shannon'a miały dla Bridget ogromne znaczenie emocjonalne i były przez to znacznie przedłużone i intensywne. Zamiast po prostu poinstruować ją

by nie wykonywała rytuałów (zapobieganie reakcji) gdy jej brat wychodził z domu lub zaczynał chorować (ekspozycja), prowadzenie ekspozycji wyobrazeniowej w moim gabinecie miało pozwolić mi bezpośrednio monitorować tę procedurę pod kątem jej dokładnego wykonania, to znaczy, że zapobieganie reakcji było wykonane w pełni i że poza jej świadomością nie pojawia się subtelne unikanie. Po drugie, Shannon miał dziewczynę, która mieszkała w innym mieście i często jeździł do niej na weekendy, ograniczając tym okazje Bridget do samodzielnego stosowania leczenia *in vivo*. Po trzecie, ekspozycja wyobrazeniowa dawała mi możliwość do wyobrazeniowego kreowania tych idiosynkratycznych sytuacji w moim gabinecie, które normalnie byłyby niewykonalne *in vivo*, na przykład oczekiwanie by Shannon zachorował. W tym wypadku Bridget chciała zachować leczenie w tajemnicy, co wykluczało proszenie brata by je wspomagał poprzez udawanie choroby za pomocą kaszlenia i kichania, czy na przykład wychodzenie z dziewczyną każdego wieczora na określony czas.

Rozpoczęliśmy od wykreowania dokładnego scenariusza rozwoju choroby Shannona'a (sesja 17). Przedyskutowaliśmy najpierw co powinien zawierać ten scenariusz i poprosiłem Bridget by opowiadała. Zasadnicze punkty scenariusza, opowiedane z detalami przez 45 minut, były następujące. Shannon zaczyna narzekać na zmęczenie, bóle głowy i mięśni. Gdy objawy się nasilają, zaczyna kaszleć, kichać, a później wymiotować. W końcu rozwija się u niego zapalenie płuc i zostaje zabrany do szpitala. Po podłączeniu do aparatury podtrzymującej życie ostatecznie umiera. Podobne szczegóły utworzone zostały także w odniesieniu do obsesyjnych myśli o wypadku samochodowym. Początkowo wykonując ten fragment procedury ERP Bridget wykazywała wysoki poziom lęku. Jej oddech w widoczny sposób przyspieszał i nieustannie wierciła się na krześle. Dodatkowo unikała opowiadania tej sceny poprzez przyspieszanie opowiadania i pomijanie szczegółów wywołujących lęk. Uzyskanie dostatecznie żywego wyobrażenia wymagało kilku ponawianych instrukcji wykonania. Gdy Bridget w końcu była zdolna do stworzenia kompletnego obrazu, nagraliśmy tę opowieść i uzgodniliśmy ekspozycję jako zadanie domowe. Tydzień nagranej ekspozycji zmniejszył objawy pacjentki o około połowę ich początkowej długości trwania i intensywności (na skali Y-BOCS początkowy wynik obsesji zmniejszył się z 8 do 5, a początkowy wynik kompulsji z 10 do 4). Jediną przeszkodą był tu fakt, że brat Bridget był w domu w czasie tego tygodnia gdy ona samodzielnie odsłuchiwała nagranie w ramach zadania domowego. Podczas gdy sprawozdawała stopniową redukcję zachowań rytualnych w odpowiedzi na nagranie, nadal żegnała się i modliła gdy wychodził z domu lub kaszlał i w odpowiedzi na myśli natrętne bez widocznej przyczyny. Twierdziła, że czuła iż było to ćwiczenie jej wierzeń religijnych i że próbowała modlić się i żegnać wyłącznie z tego powodu. Jednakże pod koniec tygodnia zaczęła żegnać się wielokrotnie (i przesadnie modlić) w odpowiedzi na te bodźce *in vivo*, a zmniejszanie się rytuałów w odpowiedzi na nagrany ekspozycję stało w miejscu. Kiedy

zjawiała się na sesji, zasugerowałem by przez kolejny tydzień całkowicie powstrzymała się od modlenia się i żegnania w odpowiedzi na powyższe bodźce. Pacjentka zgodziła się na spróbowanie tego przez czas terapii poznawczo-behawioralnej. Mimo iż sprawozdawała trudności przez kilka pierwszych dni, rytuały zmniejszyły się niemal do zera pod koniec kolejnego tygodnia (sesja 18).

Odnosnie do jej odpowiedzi na kolejne punkty (z listy- przyp. tłum), jej lęki odnośnie nie sprawdzenia czegoś były nieco odporne, a przynajmniej nie zmieniły się pod wpływem ERP w sposób, w jaki najpierw zastosowałem tą procedurę. Początkowo nie miałem jasności jak ustrukturuować ekspozycję, rozważałem poinstruowanie Bridget aby sama zastosowała ERP poprzez powstrzymywanie się od sprawdzania w odpowiedzi na swoje obawy. Jednakże, biorąc pod uwagę nasilenie lęku, jaki wywoływały te obawy i jej trudności w samodzielnym stosowaniu ERP przy poprzednich tematach, wybrałem rozpoczęcie pracy nad nimi za pomocą wyobrażeniowej ekspozycji na budzące w niej obawy katastrofy.

Sednem ERP jest ekspozycja pacjenta na unikany bodziec, który jest przyczyną jego lub jej katastroficznych obaw i zapobieganie związanym z nimi czynnościami kompulsywnym. Podstawowe uzasadnienie tej procedury jest dość proste - gdy katastrofa, której pacjent się obawia, nie realizuje się, nawet gdy nie zostały wykonane żadne rytuały, zachodzi proces ponownej oceny, w którym bodźce budzące wcześniej lęk, nie zostają uznane za niebezpieczne, rytuały nie są już postrzegane jako konieczne.

Jednak w tym przypadku, bodźcem budzącym lęk było na przykład zostawienie nie zakręconego gazu na kuchence, co potencjalnie może być realnie niebezpieczne. Po skonsultowaniu się w tej sprawie z dwoma superwizorami, otrzymałem sprzeczne odpowiedzi. Pierwszy superwizor powiedział, że gdy wystawia się daną osobę na wyobrażeniową ekspozycję na budzące w niej lęk katastrofy, zachodzi proces, w którym w dosadnym werbalizowaniu wyobrażanej katastrofy, osoba ta zaczyna zinternalizować nieodłączny słaby punkt rozumowania leżącego u podstaw swoich obaw. Rezultatem jest poznawcze dystansowanie się od irracjonalnego lęku, np. "Teraz, gdy mówię to głośno, widzę jak naprawdę nieprawdopodobne jest by się to wydarzyło", lub, może bardziej wprost "Teraz gdy mówię to głośno, widzę, jak nieprawdopodobne jest żebym rzeczywiście zostawiła nie zakręcony gaz i jak przesadne i nieprawdopodobne są moje wizje domu pochłoniętego przez płomień".

Drugi superwizor argumentował przeciwnie, że ekspozycja na lęk przed uzasadnioną katastrofą, konkretnie przed konsekwencjami nie zakręcenia gazu, może zdesensytyzować pacjentkę na pozostawianie niezakręconych kurków kuchenki i tym samym spowodować większe prawdopodobieństwo, że mogłaby spowodować sytuację prowadzącą do spalenia domu i możliwego wyrządzenia poważnych krzywd fizycznych osobom bliskim.

Po rozważeniu wszystkich za i przeciw, zdecydowałem się na przeprowadzenie ekspozycji. Pacjentka wyobrażała sobie przesadne scenariusze, w których nie sprawdzenie czegoś prowadziło do katastrofalnych skutków (sesja 19). W tym celu zachęcałem ją by nie krępowała się w wyobrażaniu sobie swoich spełniających się najgorszych koszmarów. Przykładowo, nie sprawdzi pudełek ze środkami czyszczącymi, co prowadzi do tego, że wszyscy klienci w restauracji z zieloną skórą, pianą na ustach, trzymają się za gardła zanim padają twarzami w talerze, które im podała; nie sprawdzi kuchenki gazowej, w efekcie dom pochłona płomienie, rodzice będą się palić, a płomienie przerzucą się z jej dachu na sąsiednie, ostatecznie pozostawiając cały spopielyony kwartał. Podczas gdy wpływ tych procedur na kontrolowanie kuchenki był minimalny, miały one duży wpływ na redukcję lęków odnośnie otrucia klientów restauracji i powiązanego z nimi sprawdzania pudełek ze środkami czyszczącymi - prawdopodobnie jako funkcja niemożliwości zatrucia potraw poprzez nie skontrolowanie środków czyszczących, w opozycji do możliwości wystąpienia wypadku poprzez nie zakręcenie kurków w kuchence gazowej.

Po poinformowaniu superwizora o tym impasie, zdecydowaliśmy się na zastosowanie podejścia czysto behawioralnego. Przy każdym zamku (tj. przy frontowych i tylnych drzwiach domu) i przy kuchence Bridget umieściła notes, w którym zaznaczała ilość sprawdzeń w ciągu dnia. Podobnie, zapisywała ile razy sprawdzała kontenery ze środkami czyszczącymi, choć w sposób ukryty, w notatniku w którym zapisywała zamówienia składane przez klientów. Wówczas ustaliliśmy plan, według którego Bridget miała stopniowo eliminować zachowania sprawdzające. Ponieważ później poinformowała, że samo zapisywanie odczuwała jako awersyjne, zgodziliśmy się także na zastosowanie tych "skutków ubocznych" do jej sprawdzania.

Zdecydowaliśmy, że będzie mogła oglądać telewizję tylko wtedy gdy osiągnie wyznaczony na dany dzień cel. Przy tym podejściu widoczne było relatywnie gwałtowne zmniejszenie się sprawdzania zamków i kuchenki (sesje 20-21) do poziomu przeciętnego. Bridget sprawozdawała, że w ręcznym dokumentowaniu dużej liczby razy kiedy sprawdzała irracjonalność jej uczucia, że nie sprawdziła za pierwszym razem stała się wystarczająco namacalna do uzyskania pewności by przestać sprawdzać. Obejmowało to nie tylko niepotwierdzenie jej irracjonalnych obaw, ale spowodowało poznawczy dystans, jak opisywał to powyżej mój superwizor. Korzystne zmiany zaszły także w odniesieniu do kontrolowania środków czyszczących, z całkowitym wycofaniem się tych zachowań pod koniec sesji 21.

Sesje 22-27: objawy związane z zachowaniami seksualnymi

Pozostałe sesje poświęcone były objawom związanym z seksualnymi impulsami Bridget. Unikanie myśli o tematyce seksualnej przed leczeniem chroniło Bridget przed utrzymywaniem takich myśli w umyśle wystarczająco długo by rozważać jakie konkretnie zachowania były zgodne z jej własnymi zasadami. Z tego względu odbyła się szczegółowa, zajmująca całą sesję, dyskusja na

temat wartości wyznawanych przez pacjentkę odnośnie kwestii seksualnych. Proces ten bardziej niż doświadczeniem odkrywania siebie, wydawał się być werbalizacją wierzeń i zasad, już istniejących "w zasięgu", ale do tej pory unikanych. Pacjentka mówiła, że uprawianie (czynne i bierne) seksu oralnego było dla niej akceptowalne i że angażowała się w takie zachowania ze swoim obecnym chłopakiem, chociaż w czasie wykonywania czynności rytualnych. Jak wspomniano wcześniej, pacjentka poinformowała o tym, że nie odbyła jeszcze stosunku seksualnego i że stosunki seksualne przed ślubem były sprzeczne z jej obecnymi wartościami i chęciami. Jednakże, poinformowała, że myśli o odbywaniu stosunku seksualnego kiedyś w przyszłości powodowały duży lęk i wzbudzały lęki obsesyjne, a nie normalną treść przed pierwszym razem. Z tego względu zasugerowałem by zastosować ekspozycję wyobrazeniową także w odniesieniu do tego zachowania. Pacjentka zgodziła się i to wyobrażenie zostało włączone do planu ekspozycji.

Bridget sprawozdawała także, że kiedy dyskutowała ze swoimi znajomymi o sprawach i zachowaniach związanych z seksem, zawsze była osobą najmniej otwartą, posługującą się niedomówieniami i unikającą konkretnej terminologii. Przeprowadziliśmy dokładną dyskusję nad tym, jakich terminów będzie używać w trakcie ekspozycji, ponieważ, z uwagi na rzadkie wykorzystywanie takich słów w przeszłości, na początku była niepewna jak właściwie ma opisywać swoje wyobrażenia.

Ponieważ Bridget mówiła, że czuje dyskomfort wchodząc w szczegóły mechanizmów określonych zachowań (tak jak już było to robione w innych ćwiczeniach z ekspozycją) w celu stworzenia poczucia realności, zwłaszcza w obecności młodego terapeuty, np. "Teraz robię to z tą częścią ciała, to tamtej części jego ciała a on" - zgodziła się na przemilczanie szczegółów wyobrażenia z jednoczesnym utrzymaniem narracji do takiego momentu jak na przykład "Teraz wyobrażam sobie, że uprawiam seks oralny". Zgodziła się na takie postępowanie z wykorzystaniem maksimum swoich możliwości bez unikania i do poinformowania kiedy nie będzie już w stanie utrzymać wyobrażenia w umyśle (funkcja unikania). Włożyłem wiele wysiłku w ukrycie poczucia ulgi gdy się w końcu na to zgodziliśmy. Ze wszystkimi spodziewanymi obawami o zaledwie próbowanie kompetentnego funkcjonowania w moim pierwszym przypadku klinicznym, stanąłem twarzą w twarz z lękiem związanym z poproszeniem młodej pacjentki by gruntownie poprowadziła z pornograficznymi szczegółami rozbudowaną sekwencję seksualnego wyobrażenia. Choć było to dla niej torturą, moje polecenie jako autorytetu w tych kwestiach było takie, że nie tylko jest to konieczne, ale że muszę przysłuchiwać się kiedy opisuje swoje wyobrażenia i w rzeczy samej nakierowywać ją do bycia bardziej obrazową jeśli poczuje, że staje się ona zbyt pruderyjna w opisywaniu (czyli włączy unikanie) zachowań swoich i swojego chłopaka w łóżku. Oprócz tego, że było to dla mnie jako terapeuty osobiście łatwiejsze, uważałem także, że korzyści ze zmuszania Bridget do dodatkowych werbalizowanych szczegółów będą mało znaczące, zwłaszcza wobec

korzyści dla przymierza terapeutycznego wynikających z zademonstrowania mojego szacunku dla jej osobistych wartości i granic. Co więcej, byłem przygotowany na zmianę strategii jeśli ta okazałaby się nieskuteczna. Zgodziliśmy się na sprawdzenie efektywności tego podejścia i modyfikowanie wyobrażenia w kierunku bardziej obrazowej szczegółowości jeśli nie wygeneruje dostatecznego lęku lub jeśli rytuały będą się utrzymywać.

Szybko odkryliśmy, że faktycznie generowany jest wystarczający poziom lęku by ekspozycja mogła działać. Podobnie jak w przypadku innych ćwiczeń z ekspozycją, na sesji wyczekiwano zachowań o charakterze rytualnym i zapobiegano im. Bridget komentowała, że podczas ekspozycji odczuwała przymus żegnania się. Choć powstrzymywała się od żegnania się w sposób oczywisty - tj. przez piersi i czoło - zaczęła lekko postukiwać palcami w rytualny sposób w poręcz leżanki, czasami wystukując znak krzyża. Zaczęło się to w sposób ledwie rejestrowany przez nią w świadomości. Było to tak subtelne, że mało brakowało bym sam tego nie zauważył. Zostało jej to wskazane w trakcie sesji z instrukcją zaprzestania i była w stanie to zrobić z jedynie kilkoma przypomnieniami w czasie sesji.

Ekspozycja wyobrazeniowa znacząco zredukowała zachowania rytualne Bridget, subiektywny lęk i poznawcze unikanie obejmujące jej lęki seksualne. Co więcej, ten aspekt leczenia zgeneralizował się na rzeczywiste relacje z chłopakiem. W trakcie i po tym etapie leczenia pacjentka z entuzjazmem aranżowała wyjazdy na Florydę do swojego chłopaka by sprawdzić efekty ekspozycji wyobrazeniowej. Sprawozdawała, że podczas gdy początkowo odczuwała łagodny lęk i potrzebę zrytualizowania, była w stanie cieszyć się z zachowań, jakie w przeszłości wykonywała bez rytualizowania. Sukces tego etapu leczenia był jeszcze dalszy. Przed terapią Bridget tak krępowała swoje seksualne impulsy, że w rozmyślny sposób powstrzymywała orgazm podczas spotkań seksualnych. Jak zauważyła, nie było to związane z tym, że nie była w stanie osiągnąć orgazmu - była w stanie regularnie szczytować podczas masturbacji. Chodziło o to, że z własnej woli powstrzymywała się od doznawania przyjemności seksualnej z obawy, że jeśli pozwoli sobie na szczytowanie z mężczyzną, będzie "postępować wbrew Bogu" a tym samym będzie "złą osobą". Jak w przypadku wielu swoich przekonań, miała jasną refleksję, że nie był to jej prawdziwy punkt widzenia, ale irracjonalny lęk. I po upływie kilku miesięcy informowała o tym, że jest w stanie przeżywać orgazm podczas seksualnych spotkań z chłopakiem przy kilku okazjach. Ten zysk został osiągnięty bez specyficznego skoncentrowania leczenia na orgazmie ale poprzez generalizację leczenia odnoszącego się do jej postawy i doświadczania seksu bardziej globalnie - to jest, poprzez restrukturyzację zaburzonych przekonań (np. "postępowanie wbrew Bogu", "jestem złą osobą") związanych z zachowaniami w poznawczej fazie terapii, jak również podczas ERP.

Podsumowując, faza leczenia za pomocą terapii poznawczo-behawioralnej okazała się efektywna w zakresie znaczącej redukcji objawów obsesyjno-kompulsyjnych pacjentki. Szczegóły wyników fazy

1 zaprezentowane są poniżej, w części Monitorowanie terapii. Jednakże wciąż obecny był gwałtowny i szczegółowy, dygresyjny sposób wypowiedzania się Bridget i stał się jednym z celów drugiej fazy jej terapii.

Faza 2 (sesje 28-79):Integrowanie koncepcji i strategii psychodynamicznych w celu zajęcia się dwoma pozostałymi problemami.

Należy zauważyć, że z uwagi na mniej ustrukturuwany charakter Fazy 2, w czasie sesji pojawiały się podobne tematy. Z tego powodu prezentuję materiał z tego etapu leczenia bardziej pod kątem obszarów pracy niż według porządku chronologicznego.

Przejście do fazy 2

Jak opisano to powyżej (w rozdziale pt. Wiodące koncepcje), druga faza terapii obejmowała asymilacyjną integrację koncepcji psychodynamicznych, szczególnie tych dotyczących przeniesienia, przeciwprzeniesienia i interpretacyjnej eksploracji doświadczeń z dzieciństwa, do terapii poznawczo-behawioralnej. Te podejścia ostatecznie wskazywały na dwa problemy, które pozostawały po pierwszej fazie terapii, a które wydawały się pochodzić z tych samych procesów, jakie leżały u podłoża i powodowały obsesje i kompulsje, którymi zajmowano się w fazie 1. Problemami tymi były: (a)tendencja Brigdet do interesowania się mężczyznami o wysokim statusie, którzy byli ostatecznie nieosiągalni, co prowadziło do ostatecznego odrzucenia, (b)gwałtowny, szybki i przerywany sposób mówienia, zakłócający jej zdolność do efektywnego porozumiewania się nie tylko ze mną, ale również z innymi ważnymi osobami w jej życiu.

Pod koniec fazy 1 Bridget nadal była studentką uniwersytetu i stwierdziła, że chciałaby kontynuować pracę terapeutyczną ze mną. Powiedziała, że chce zdobyć lepszy wgląd we wzorce (swoich - przyp. tłum.) bliskich relacji, które wydawały się powtarzać i być nieproduktywne. Powiedziała, że w swoich związkach z mężczyznami często czuła się pozbawiona kontroli i że czasami zapamiętała czepiała się swoich partnerów, szczególnie gdy relacje się kończyły. Opowiadała o dwóch poprzednich związkach, w których rozstania naznaczone były jej brakiem zdolności do emocjonalnej bliskości, stanami lękowymi i niezadowoleniem, które wydawały się zwrócić zaostreć jej objawy obsesyjno-kompulsyjne. W obu przypadkach walczyła z zaakceptowaniem tego, że zerwali z nią partnerzy i rozpamiętywała implikacje tych porzuceń w odniesieniu do poczucia własnej wartości, np. "Skoro moi partnerzy mnie nie chcą, nie jestem nic warta".

Relacja Bridget z ojcem jako "gorąca" kwestia

Jako sposób na ułatwienie przejścia ze struktury terapii poznawczo-behawioralnej do terapii bardziej nieustrukturuwanej i bez określonego końca, początkowo zaproponowałem przykładowe obszary do eksploracji. Były to między innymi cechy i wzorce jej przeszłych związków z mężczyznami, obecne relacje społeczne i dynamika w jej rodzinie pochodzenia, wliczając w to

relacje z ojcem i doświadczenie jego wczesnej śmierci. Odpowiedź pacjentki na to ostatnie wspomnienie była specyficzna. Machając przed sobą rękami szybko odmówiła, stwierdzając, że "już przerobiła" śmierć ojca podczas poprzedniej terapii, mając na myśli krótki epizod terapii psychodynamicznej w szkole średniej. Sposób, w jaki machnięciem ręki odsunęła tę kwestię na bok wyraźnie odstawał od jej zwyczajowego chętnego i psychologicznie-zorientowanego nastawienia. Przez kilka początkowych tygodni terapii bezceremonialnie powtarzała tę opinię kiedy pojawiały się tematy nawet nie wprost związane z ojcem. Oczywiście im bardziej za tym obstawała, tym bardziej widoczny stawał się lęk związany z tym tematem i tym samym łatwiej było zobaczyć jej zaniechanie tematu jako unikanie, a nie odzwierciedlenie faktycznego pogodzenia się ze stratą ojca.

Monologi Bridget i gorączkowy sposób mówienia

Przejście od terapii poznawczo-behawioralnej do formy mniej ustrukturowanej przebiegło gładko i wkrótce Bridget odnalazła rytm mówienia bez oczywistego formatu jako takiego. W rzeczy samej, gorączkowy i przerywany styl wypowiedzania się, jaki czasami zauważałem podczas sesji poznawczo-behawioralnych, w końcu przeważał i wkrótce pacjentka zaczęła przez całe sesje energicznie przeskakiwać z tematu na temat, rzadko, jak się wydawało, biorąc oddech. W miarę czasu, oczekiwane przeze mnie dyskusje wyewoluowały w rozwlekłe monologi. Gdy interweniowałem, pacjentka dawała mi czas na wypowiedź, siedząc grzecznie i słuchając, ale wewnątrz zawsze była targana niecierpliwością, wydawało się, że przeżywa moje interwencje jako frustrujące przerwy w jej toku wypowiedzi. Gdy tylko kończyłem mówić, wychodziła ze swojej postawy należytą uprzejmości, którą utrzymywała nieugięciem i z pewnego stopnia trudnością, by kontynuować wypowiedź z pełną szybkością.

Gorączkowy sposób jej wypowiedzania się wydawał się przygasać najczęściej przy temacie jej obecnego chłopaka, Adama, temacie który zaczął zajmować większość czasu pracy w tej nowej modalności (podejście psychodynamiczne - przyp. tłum). "Monologi" dotyczyły zaczęły więc kilku dość określonych obszarów. Obejmowały one: wybory seksualne, których dokonywała z Adamem, takie jak zachowania seksualne, które podejmowali i jakie miało to znaczenie dla jej tożsamości jako dziewczyny; jego stosunek do niej oraz kwestie samooceny. Pacjentka odkryła, że ma tendencję do interesowania się mężczyznami w jakiś sposób niedostępnymi lub będącymi poza zasięgiem, wyróżniających się pod względem atrakcyjności fizycznej lub statusu społecznego. Powiedziała, że nieokreślonym uprzednio uzasadnieniem tego było coś takiego jak: tacy mężczyźni mogą pozwolić sobie na wybrzydzenie i skoro wybrali ją oznacza to, że jest "wysokiej jakości". Adam był gwiazdą futbolu na swojej uczelni na Florydzie, a to że mieszkał daleko sprawiało w sensie symbolicznym, że był dla niej jeszcze bardziej niedostępny (i poprzez to bardziej atrakcyjny). Bridget była biegła w identyfikacji tego i innych podobnych przykładów swojego sposobu myślenia, i miałem uczucie, że jej wcześniejszy trening w restrukturyzacji poznawczej był tu czynnikiem wspomagającym.

Podczas terapii (około sesji 46) Bridget odkryła, że Adam zdradzał ją ze swoją poprzednią dziewczyną. Załamało ją to. W następstwie zerwała z nim i przez kolejne miesiące terapii zajmowaliśmy się wydarzeniami, które doprowadziły do tego zerwania. Choć eksplorowaliśmy inne obszary, Bridget okazała się być niezwykle zafiksowana na tym temacie. Rok później poruszenie tego wątku nadal wywoływało obsesyjny styl utrzymujących się przez całe sesje strumieni ruminacji. Intensywność tych ruminacji nie zmalała w ciągu roku, w sposób jakiego można by oczekiwać w przypadku normalnego procesu żałoby, tj. drogą stopniowego zanikania.

Wzmiankowałem gorączkowy sposób mówienia Bridget kilka razy. Pacjentka powiedziała, że jej znajomi mieli podobne obserwacje. Za każdym razem gdy o tym wspominałem, pacjentka pamiętała o tym i w sposób wyrażający zgodę - np. ręce skrzyżowane na kolanach, wyprostowana - do końca sesji spowalniała sposób mówienia do przeciętnego poziomu. Jednakże, na kolejnej sesji ponownie wracała do "monologowania".

Próbowałem prosić ją wprost o zwolnienie tempa, wyjaśniając jej znaczenie, jakie widziałem w zagłębieniu się w jeden temat i związane z nim emocje. Zasadniczo, wyjaśniłem jej jak lękowe unikanie może uniemożliwić jej przetworzenie złożonych emocji, spowodowanych przez zerwanie, poprzez nie pozwolenie sobie na pełne przeżycie poszczególnych emocji, takich jak smutek, poniżenie, niezrozumienie, a być może także gniew i uraza. Gdy nie przyniosło to efektu, podjąłem próbę nowej konceptualizacji jej stylu wypowiedzania się w celu skonstruowania właściwej interwencji.

Po rozważeniu hipomanii jako wtórnej diagnozy i odrzuceniu jej po raz drugi, ponieważ było niewiele związanych z nią objawów (o ile jakiegokolwiek występowały), zacząłem rozważać (jako przyczynę - przyp. red.) korzyści wtórne. Jednak zamiast wnieść tę kwestię od razu, skoncentrowałem się na bardziej na utracie Adama. Korzyści wtórne wniosłem dopiero po kilku miesiącach (sesja 70), w momencie, którego z perspektywy czasu bym nie wybrał (co omawiam poniżej). Kiedy w końcu pobudziłem Bridget do rozważenia możliwych korzyści, zabrała się do tego zadania z wielką determinacją i skoncentrowała się na swoich ruminacjach (tj. dokonała analizy funkcji). Jej pierwszym odkryciem było to, że ruminacje, na przykład o tym jak Adam ją zranił, były stymulujące "osobiście" i sprawiały, że wydawała się bardziej interesująca dla innych. Zobrazowała to mówiąc jak jej znajomi zbierali się wokół niej, znajdując przyjemność w dramatycznym snuciu przez nią opowiadania na temat ich zerwania. Poprzez szczegółowe i żywe opisywanie swoich przeżyć z łatwością zjednywała swoich przyjaciół do potępiania Adama. Przyjaciele dalej reagowali dając jej ogromną ilość wsparcia i empatii. Bridget przypomniała sobie, że nauczyła się tej strategii wiązania się z innymi jako nastolatka, obserwując, że z powodu śmierci jej ojca, rodzina i przyjaciele nie szczędzili jej uwagi. Innym wzmocnieniem było to, że wśród rówieśników utrata ojca dawała określony status i podziw. Obok poszukiwania uwagi, odkryła

także, że wykorzystywała ruminacje jako sposób radzenia sobie - im intensywniej je produkowała, tym większe wsparcie była w stanie uzyskać od innych, bez względu na to czy jej ruminacje były zgodne z jej stanami wewnętrznymi. Co więcej, im w bardziej gorączkowy sposób je przedstawiała, tym poważniejsza wydawała się ich treść i w ślad za tym - więcej uwagi uzyskiwała.

Persona "cierpiętnicy"

Bridget przywołała z pamięci także to, że przez lata jej matka modelowała poświęcanie się - np. poprzez pracę w nadgodzinach by dać pieniądze członkom rodziny będącym w potrzebie, i że obejmowało to demonstrowanie określonej dozy cierpienia, które Bridget wówczas gorliwie naśladowała poprzez swoje własne cierpienie, zaczynając od wyrażania żałoby z powodu śmierci ojca. Bycie "cierpiętnicą" wydawało się być główną strukturą podtrzymującą jej poczucie tożsamości i sposoby, w jakie manifestowały się objawy natrętne. Przez cierpienie odpokutowywała przed Bogiem ukryte irracjonalne poczucie winy, a wybiórcze ruminacje na temat utraty ojca były sposobem na zadawanie sobie cierpienia. Były to środki unikania, które nie zostały poruszone we wcześniejszej terapii poznawczo-behawioralnej. Co więcej, pacjentka wierzyła, że cierpienie sprawia, że jest "dobrą osobą", co później, po wyartykułowaniu tego przekonania, zanegowała.

Dopiero po kilku tygodniach eksploracji (sesje 70-79) tego obszaru ruminacyjny styl Bridget zaczął słabnąć. Podczas gdy na końcu terapii (sesja 79) sporadycznie zdarzały się epizody gorączkowego wypowiedania się pacjentki, ich ogólna częstotliwość i intensywność znacząco się zmniejszyły. Eksplorowanie korzyści wtórnych wydaje się być interwencją, która spowodowała największe zmiany.

Przepracowywanie utraty chłopaka i związek tego doświadczenia ze śmiercią ojca pacjentki

Bridget powiedziała, że subiektywne przeżycie utraty Adama było podobne do śmierci jej ojca i że były pewne cechy charakteru ojca, które albo widziała, albo projektowała na Adama. Spostrzegła, że miała tendencję do idealizowania swoich chłopaków w taki sam sposób, w jaki idealizuje się ojca. Co więcej, miała tendencję do szukania partnerów, którzy wydawali się ponadprzeciętni, by wspomagać tę idealizację - np. jej ostatni chłopak był gwiazdą futbolu na swojej uczelni. Idealizacje te prowadziły z kolei do frustracji Bridget - gdy opary idealizacji rozwiewały się i zostawała pozbawiona iluzji i rozczłuszczona. Wiodły także do bardziej wyraźnych trudności interpersonalnych - nie spełnianie przez partnerów jej idealizacji prowadziło do nierealistycznych oczekiwań i wymagań, które z kolei skutkowały konfliktami. Przykładowo, Bridget przywiązywała ogromną wagę do tego, co jej chłopcy o niej myśleli. W efekcie często sprawdzała to i szukała potwierdzenia, np. "Powiedz mi co o mnie sądzisz", "Czy myślisz, że jestem dobrą osobą?" Gdy odpowiedzi na te pytania nie pokrywały się z jej oczekiwaniami, była bardzo sfrustrowana. U podłoża tej frustracji leżały oczekiwania takie jak "Obowiązkiem mojego chłopaka jest pomóc mi w

kreowaniu mojego obrazu siebie". Ponownie, Bridget przejęła inicjatywę w identyfikowaniu takich swoich myśli, ze znajomością tematu wyniesioną z wcześniejszego treningu (terapii - przyp. tłum.) poznawczo-behawioralnego. Osiągnęła to z minimalnym pobudzeniem, takim jak "Co sobie mówisz gdy jesteś tak zła?" Gdy myśli te zostały zidentyfikowane, rozpoczęliśmy testowanie ich zasadności wykorzystując podstawowe techniki terapii poznawczo-behawioralnej, jednak w sposób bardziej oparty na konwersacji, bardziej typowy dla terapii eksploracyjnej.

To w trakcie tego uzyskiwania świadomości przez Bridget (między sesją 67 a 79), czułem, że zaczęła się prawdziwa praca nad żałobą po ojcu. Wspomagałem ten proces poprzez proszenie Bridget by przyjrzała się tej utracie w kategoriach określonych rzeczy, jakich została pozbawiona przez jego śmierć. Pacjentka stwierdziła, że gdyby ojciec żył gdy była nastolatką, nie miałaby takich dylematów moralnych odnośnie seksu, jakie ma teraz. Czuła jakby nieustająco unosiła się we własnym braku decyzji co do tego, co jest moralnie dobre a co złe, a gdyby ojciec żył, jego wskazówki mogłyby w trudnych przypadkach przechylić szalę w jakąś stronę.

Uznałem ten aspekt nowej samowiedzy za szczególnie znaczący klinicznie. Ojciec pacjentki zmarł gdy wchodziła w wiek nastoletni - dokładniej mówiąc gdy zaczynała dojrzewać seksualnie - według wszelkich standardów w krytycznym okresie jej rozwoju. W tym samym czasie pojawiły się także jej objawy natrętne, obejmujące tematykę poczucia winy i odpowiedzialności za jego odejście, łącząc ze sobą kilka silnie wpływowych fenomenów psychologicznych: rodzącą się seksualność, utratę, poczucie winy i żal za grzechy.

Konieczność zmagania się z utratą kogoś, kto według jej opisu był osobą tak strukturującą jej życie, w czasie dochodzenia do porozumienia z nabierającą pędu adolescencją i dojrzewaniem seksualnym, a w tym samym czasie przekonanie, że jest się odpowiedzialną za śmierć ojca - jak przez irracjonalne przekonania wynikające z jej zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego - nietrudno zrozumieć jak poczucie winy związane z seksem mogło powstać i być tak wplątane w seksualność pacjentki jako dorosłej kobiety. Można sobie wyobrazić, że jej nerwica natręctw mogła zmanifestować się na różne sposoby, ale przyjęła *taką* właśnie postać. Podkreśla to fakt, że myśli i rytuały natrętne funkcjonują w ramach wielości spletających się konstruktów heurystycznych - takich jak tożsamość seksualna, samoocena, więzi międzyludzkie, wrodzona potrzeba ciepła, opieki i kontaktu z rodzicem oraz, że interwencje mogą dotyczyć wszystkich tych sfer.

"Rodzicielskie" dynamiki w relacji terapeutycznej

Potrzeba bycia pod opieką stała się widoczna w naszej relacji terapeutycznej. Przy wielu okazjach zauważałem u siebie uczucia ciepła i chęć opiekowania się Bridget, zmierzające w kierunku do "ponownego-bycia-dla-niej-rodzicem". Gdy wyjaśniłem psychodynamiczne koncepcje przeniesienia i przeciwprzeniesienia, włączając w to moje doświadczenia współpracy z nią, pacjentka szybko zgodziła się i powiedziała, że korzystała z leczenia w sposób przypominający

relację z jej ojcem. Powiedziała, że największym brakiem spowodowanym śmiercią ojca był brak jego przewodnictwa. Uważała, że gdyby żył, przeprowadziłby ją przez proces randkowania poprzez odrzucania nieodpowiednich chłopców lub dawanie jej rad odnośnie chłopców, z którymi się spotykała. Jeśli chodzi o seks, jego nieobecność zostawiła ją w nieustającym stanie niezdecydowania co do chłopców i przyczyniła się do jej ruminacji na temat związków. Pacjentka stwierdziła, że rozmawiała ze mną o swoich związkach tak, jak wyobrażała sobie, że mogłaby rozmawiać z ojcem gdyby nadal żył. Ponieważ zrozumienie potrzeby sprawdzania się i upewniania było konieczne do określenia ról, jakie przyjmowała w bliskich relacjach, uważałem, że było to ważne odkrycie. Aby powiązać je z naszą wcześniejszą pracą poznawczo-behawioralną w fazie pierwszej, wskazałem również, że poszukiwanie potwierdzenia jest charakterystyczną cechą zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego i poprzez to może być funkcją unikania. Zasugerowałem też, że oceniała swoje związki pod kątem niewłaściwego lub nadmiernego poszukiwania potwierdzenia. Oczywiście, że pragnienie uzyskania potwierdzenia było osadzone w jej potrzebie figury paternalnej. Było także oczywiste, że szukała tego u mnie, u swoich znajomych i rodziny, czasami w nadmiernym zakresie.

Wkrótce w ramach naszego eksplorowania tematu utraty ojca, zasugerowałem byśmy spróbowali wykorzystać "technikę pustego krzesła" by jaśniej zobaczyć niespełnione potrzeby, pozostawione przez jego śmierć, np. "Brakuje mi..."; "gdybyś wciąż tu był, ja..."; czy "od kiedy cię nie ma, brakuje mi w życiu...". Dotknęło to czegoś o dużym znaczeniu dla Bridget. Podczas gdy wcześniej twierdziła, że pogodziła się już ze stratą ojca, płakała przez pierwsze kilka minut tego ćwiczenia i powiedziała, że miała potem uczucie katharsis. Niestety, nie była w stanie skończyć tego zadania, twierdząc, że jest zbyt przytłoczona emocjami. Ponieważ miało to miejsce już pod koniec terapii, nie było kolejnej okazji by powrócić do tej kwestii.

Zakończenie

Ogółem, terapia Brigdet prowadzona była co tydzień przez 2,5 roku akademickiego (zazwyczaj korzystała z wakacji) i trwała łącznie 79 sesji. W trakcie wszystkich spotkań miałem poczucie silnej więzi terapeutycznej a pacjentka utrzymywała motywację do leczenia. Regularnie uczęszczała na sesje i była w przewidywalny sposób aktywna i zaangażowana w proces leczenia. Kiedy w czasie sesji przejawiała zachowania stanowiące wyzwania, takie jak nadmierna zależność czy gorączkowe wypowiedanie się, zakłócające dwustronną komunikację, była otwarta na produktywne eksplorowanie ich w terapii. Proces zakończenia leczenia zasadniczo przebiegł bez zakłóceń, z nazywaniem przez Bridget korzyści jakie z niego wyniosła i poczucia, że jest gotowa do samodzielnego funkcjonowania po jego zakończeniu. Co więcej, proces kończenia terapii podkreślił jakość relacji terapeutycznej i dostarczył dobrej okazji do pracy z przeniesieniowymi kwestiami związanymi z utratą ojca - gdy radziła sobie z emocjami wynikającymi z konfrontacji z

zakończeniem leczenia i tym samym mojej roli jako opiekuna. Interpretowanie przeniesienia i rzucanie światła na jej tendencję do tworzenia w pewnym zakresie surogatów w relacjach z mężczyznami, przyniosło Bridget poczucie emocjonalnej niezależności i kontroli, gdy czuła się bardziej zdolna oprzeć się przymusowi powtarzania podobnych przeniesień z innymi. Stwierdziła też, że pomogło jej w zakończeniu terapii z pewnością siebie, choć z pewną dozą obawy co do przyszłości i wciąż nie bez przeżywania poczucia straty związanej z głębokim bólem z powodu śmierci ojca. W porównaniu z jej opanowaniem obsesji i kompulsji, to lęk o przyszłość i niepewne ugruntowanie w relacjach, były najmniej rozwiązanymi problemami pod koniec leczenia. Bridget stwierdziła, że chciałaby, za jakiś czas, w przyszłości kontynuować leczenie.

7. Monitorowanie terapii i wykorzystanie informacji zwrotnych

Zebrałem wyniki pomiarów, zaprezentowane w tabelach 1-3, które były wykorzystywane w monitorowaniu przebiegu terapii, ale wyłącznie w fazie pierwszej. Podczas leczenia korzystałem z cotygodniowej superwizji indywidualnej, która była dla mnie nieocenioną pomocą w rozumieniu procesu leczenia na każdej sesji, włączając w to moje uczucia przeciwprzeniesieniowe wobec Bridget, oraz w planowaniu sposobu postępowania na kolejnej sesji. Także reakcje Bridget na rozmaite zadania terapeutyczne jakie jej proponowałem, oraz zadania domowe, dostarczały mi informacji zwrotnych o stopniu otwartości i zmotywowania Bridget do pracy nad określonymi kwestiami w danym czasie.

8. OCENA PROCESU I EFEKTÓW TERAPII

W czasie terapii poznawczo-behawioralnej przez pierwsze 27 sesji leczenia, niemal wszystkie objawy natrętne Bridget uległy gwałtownej redukcji do mało znaczącego strachu, lęku i depresji. Bardziej szczegółowo, tabela 3 pokazuje, że w YBOCS (skali natręctw Yale-Brown przyp. red.) i Kwestionariuszu Depresji Becka, Bridget uzyskała spadek z początkowych klinicznych poziomów obsesji, kompulsji i depresji: odpowiednio 8, 10 i 14pkt do poziomów typowych dla populacji nieklinicznych na końcu 27 tygodnia leczenia: odpowiednio 4, 2 i 3pkt. Wyniki monitorowania objawów wg "SUDS" na początku i na końcu terapii poznawczo-behawioralnej zaprezentowano w tabeli 2. Wskazują one na znaczący spadek wszystkich prócz jednego wskaźników z zakresu 4-8pkt do zakresu 0-2pkt.

Rytuały Bridget zidentyfikowane jako cele leczenia, pojawiające się w odpowiedzi na wszystkie określone sytuacje, zostały niewątpliwie wyeliminowane pod koniec terapii. Itemy skali kompulsji w YBOCS mają charakter skali Likerta i dotyczą przeciętnej obecności w tygodniu poprzedzającym udzielanie odpowiedzi dla następujących aspektów: czasu poświęconego na rytuały, trudności związanych z kompulsjami (przeszkadzania), dystresu powodowanego przez natrętne czynności, przeciwstawiania się kompulsjom i prób ich kontrolowania. Wynik "2", uzyskany przez Bridget wskazuje pozytywny wpływ na tylko dwa ostatnie itemy. Obsesje, które pozostały dotyczyły

żegnania się na sygnał karetki pogotowia lub gdy jej brat wychodził wieczorem z domu. Bridget twierdziła, że nie były one włączone w neutralizowanie myśli obsesyjnych, lecz że są częścią jej przekonań religijnych. Twierdziła, biorąc za wskaźnik takie zachowania w rodzinie, że nie przekracza częstotliwości żegnania się krzyżem, jaką mają członkowie rodziny w podobnych sytuacjach. Pod koniec leczenia, jej wszystkie inne zachowania związane z modleniem się dostosowały się do sytuacji typowych w kulturze jej rodziny: np. przed zaśnięciem, przed posiłkami i w kościele.

Bridget sprawozdawała, że pod koniec terapii miała większy wgląd w swój styl wchodzenia i bycia w relacjach oraz, że czuła większą kontrolę nad swoimi reakcjami emocjonalnymi pojawiającymi się w ramach relacji. Konkretniej, sprawozdawała rosnącą świadomość wzorców konfliktów w relacjach, będących pod wpływem jej wczesnych doświadczeń, z których wiele wiązało się z niezaspokojonymi potrzebami pozostałymi po śmierci ojca. Choć przy zakończeniu leczenia nie była w żadnym związku, Bridget twierdziła, że czuje się zdolna powstrzymać w odniesieniu do przyszłych partnerów zachowania "sprawdzające". Stwierdziła, że będzie umiała powstrzymać swój gorączkowy sposób komunikowania się ze znajomymi poprzez poszukiwanie nowych sposobów na uzyskanie wsparcia społecznego, takich jak proszenie o nie w sposób bardziej wprost.

Refleksje nad procesem terapii

Rola restrukturyzacji poznawczej w fazie 1.

Z perspektywy czasu, wydaje się, że mogłem efektywnie obyć się bez komponenty restrukturyzacji poznawczej w fazie 1 z takimi samymi rezultatami odnośnie bardziej jawnych objawów natrętnych Bridget wykorzystując wyłącznie ekspozycję i zapobieganie reakcji (ERP). W rzeczy samej, poznawcza restrukturyzacja wydawała się bardziej przeszkodą, służącą za kolejny sposób rytualizowania. Na przykład, jak opisano wcześniej, Bridget zaczęła wykorzystywać poznawczy aspekt terapii w sposób rytualny, jak ciche powtarzanie zaburzeń poznawczych leżących u podstawy danej obsesji, np. "To tylko wyolbrzymianie, to tylko wyolbrzymianie" i poprzez zrytualizowanie racjonalnych odpowiedzi w reakcji na autodeprecjacje, tak więc powtarzała wciąż i wciąż (czasami przez całe godziny) twierdzenia takie jak: " Ludzie zazwyczaj dają mi pozytywne informacje zwrotne, więc choć nie jestem perfekcyjna, jestem dobrą osobą". Przynajmniej odłożyłbym restrukturyzację poznawczą na czas po wprowadzeniu ekspozycji i powstrzymywania reakcji (ERP) , w oparciu o hipotezę, że ponowna ocena jej irracjonalnych obaw zainicjowana w przebiegu ERP zmniejszy oczekiwaną potrzebę używania zapisów myśli do zrytualizowania: np. "Jeśli nie sprawdzam, a ludzie nie ulegają zatruciu, nie potrzebuję ciągle upewniać się, że nie jestem złą osobą". Z drugiej strony, w mojej opinii restrukturyzacja poznawcza mogłaby w przypadku Bridget być warta zachowania z uwagi na możliwość jej zastosowania w innych obszarach, takich jak funkcjonowanie interpersonalne i depresyjność.

Stopień ustrukturywania i dyrektywności w fazie 2

Moja praca z Bridget zakończyła się przedwcześnie, kiedy skończyła ona uniwersytet i wyprowadziła się do innego miasta. Patrząc wstecz, było wiele rzeczy, które zrobiłbym inaczej. Jak wspominałem wcześniej, w fazie 2 zająłbym się znacznie wcześniej korzyściami wtórnymi związanymi z jej gorączkowym sposobem mówienia. Zajęcie się tą kwestią otworzyło drzwi do bardziej skoncentrowanych i konstruktywnych sesji, które z kolei wiodły do licznych autorefleksji, co doprowadziło w końcu do poruszenia krytycznej dla Bridget kwestii - żałoby po stracie ojca. Odniesienie się do powyższego tematu sprawiło co najmniej, że emocjonalna zawartość omawiania tej sprawy stała się bardziej namacalna i nieprzerwana. Gdybym zrobił to wcześniej, być może mógłbym bardziej wspomóc proces żałoby i poprowadzić emocjonalny i interpersonalny rozwój, jaki mógłby towarzyszyć takiemu procesowi.

Jestem przekonany, że przed takim postępowaniem powstrzymywało mnie usłyszenie jednej informacji na wczesnym etapie mojego szkolenia, która spotęgowała moje lęki jako początkującego terapeuty, a mianowicie stwierdzenia, że ego pacjentów są niezmiernie delikatne i powinny być traktowane tak, jakby "narcystyczne zranienie" mogło spowodować regresję, opór wobec leczenia, sabotowanie leczenia a nawet dekompensację. W tamtym czasie czułem, że eksplorowanie poszukiwania uwagi było czymś, co należało robić powoli i z dużą dozą ostrożności i w związku z tym czekałem z poruszeniem tego tematu dłużej niż chciałem. To czego się nauczyłem od tamtej pory, pracując z wieloma różnymi pacjentami, to że przy dobrym przymierzem terapeutycznym większość pacjentów bez poważnych zaburzeń z II osi DSM wysoko sobie ceni szczerą ocenę swojego stylu interpersonalnego i że dawanie takich informacji wprost jest w relacji pacjent-terapeuta czymś całkowicie akceptowalnym.

Uważam też, że takim przekazom nadaje mocy to, że ludzie normalnie nie otrzymują takiej szczerości poza środowiskiem terapeutycznym (relacją terapeutyczną - przyp. tłum.).

Integracyjna praca z Bridget w fazie 2, choć nie była tak ustrukturywana jak terapia poznawczo-behawioralna, obejmowała identyfikowanie schematów poznawczych leżących u podłoża zaburzeń pacjentki. Poza tym praca w fazie 2 dotyczyła na wiele sposobów tego, jak te schematy wpływają na jej relacje interpersonalne i styl. W ramach tego badaliśmy jej potrzeby przywiązania i wzorce wczesnego uczenia się, które ukształtowały sposoby w jakie poszukiwała zaspokojenia tych potrzeb. Biorąc pod uwagę ograniczenia czasowe i brak pedagogicznego zaangażowania w stosowanie mniej ustrukturywanego i mniej dyrektywnego podejścia psychodynamicznego, z perspektywy czasu widzę, że mogłem wybrać modalność leczenia, która odnosiłaby się to tych kwestii bardziej rozmyślnie, taką jak terapia skoncentrowana na schematach Young'a [26]. Pewna doza dodatkowej struktury i dyrektywności mogłaby umożliwić nam skuteczniejsze zajęcie się

interpersonalnym funkcjonowaniem Bridget bez ograniczania biegłości w sztuce terapeutycznej, której moim zdaniem wymaga takie zadanie.

Modlenie się "zdrowe" vs. "niezdrowe"

Najbardziej frapującym etycznym kłopotem tego przypadku klinicznego było ukierunkowanie na zachowania rytualne będące częścią wiary religijnej, w której istnieją przepisy wykonywania tych właśnie zachowań w sposób rytualny. Pochodząc ze społeczności i mając określone osobiste przekonania o wartości osobistej wolności w zakresie ekspresji religijności, miałem naturalną niechęć do natychmiastowego wdarcia się i nakazania Bridget przerwania i zaprzestania wszelkich rytuałów religijnych w interesie leczenia, wytrącając jej krzyż z ręki moim podręcznikiem terapii poznawczo-behawioralnej. Co więcej, postąpienie w ten sposób wydawało się porzucać lub przynajmniej w pewnym stopniu narażać, elementy religii konstruktywne dla emocjonalnego dobrostanu, takie jak powiązania społeczne i wsparcie, ramy dla sensu życia, zestaw przewodnich zasad moralnych, nadzieja, struktura i podnoszące na duchu przeżywanie głębi duchowej. Z drugiej strony nie chciałem pozwolić patologicznemu zrytualizowaniu na zakamuflowanie się na tle religijnego ugruntowania a poprzez to podtrzymywać w mojej pacjentce cierpienie, ponieważ jej dobro było moim pierwszorzędnym moralnym obowiązkiem a misją mojej pracy - przyniesienie jej ulgi w cierpieniu.

W rzeczy samej, radzenie sobie z tymi kwestiami było dość nieskomplikowane ponieważ Bridget i ja zgodziliśmy się co do tego jakie zachowania i obsesyjne myśli będą przedmiotem leczenia, a zdaniem pacjentki były one irracjonalne i nie były częścią jej przekonań religijnych. Tak więc postępowanie obejmowało tu skrupulatne eksplorowanie jej przekonań religijnych i identyfikowanie specyficznych objawów będących uzgodnionymi celami terapii. Pacjentka złapana w nakręcające się koło objawów obsesyjno-kompulsyjnych, nie bardzo miała energię psychiczną by artykułować swoje zdanie na temat tych kwestii w przeszłości. Nie będąc nowymi odkryciami, jej refleksje dotyczące własnych poglądów były czymś w rodzaju "Wie pan, teraz kiedy jestem naprawdę zmuszona do pomyślenia o tym, tak naprawdę nie uważam, że słyszenie bluźnierstwa (lub odbywanie stosunków seksualnych, lub modlenie się tylko w niektórych sytuacjach) jest grzechem". Wyobrażam sobie znacznie więcej trudności w leczeniu w przypadku gdyby, z powodu wrażliwości religijnej pacjenta, niektóre lub wszystkie rytuały nie wydawały się odpowiednie do uznania za cele do leczenia. W takim wypadku potrzebna byłaby uważność w rozróżnianiu między prawdziwymi przekonaniami a jedynie unikaniem bodźców awersyjnych poprzez rytuały. Mogłoby się więc pojawić pytanie czy rekomendować odebranie Bridget przekonań religijnych w interesie lepszych wyników terapii czy prowadzić dalej leczenie akceptując fakt, że Bridget będzie miała objawy obsesyjno-kompulsyjne w obszarze swojej wiary.

Moją własną sugestią jest, że najlepszym i najbardziej rozważnym sposobem postępowania w większości podobnych przypadków jest oszacowanie co jest normalnym modleniem się i zachowaniem rytualnym w danej religii i poproszenie pacjenta o ograniczenie takich zachowań wyłącznie do takiej postaci lub ilości. Uważam, że byłoby także w moim zakresie ocenienie czy pacjent taki jak Bridget doszedł do swojej określonej przynależności (religijnej - przyp. tłum) poprzez typowe drogi (np. przyjęta praktyka rodzinna lub kultura) czy raczej została ona zaadaptowana jako funkcja zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego.

W przypadku Bridget prawdą wydawało się to ostatnie. Zapytania, otwarcie powiedziała, że jej praktyki religijne i zajmowanie się kwestiami takimi jak moralność zachowań seksualnych, znacząco przekraczały "średnią" jej rodziny. Jako dowód przytoczyła rozmowę ze swoją wiekową babcią, kimś kto poprzez wiek naturalnie wywołuje wyobrażenie o myśleniu staroświeckim, będącym bardziej pod wpływem religii, które, jak przyznała Bridget było naprawdę zrelatywizowane w odniesieniu do młodszych członków rodziny. Podczas tej rozmowy babcia zapytała Bridget czy ta "już" współżyła ze swoim chłopakiem. Czerwieniąc się i łzawiąc z zaskoczenia i zażenowania, mogła jedynie odpowiedzieć "babciu!". Odpowiedź babci była taka, że Bridget powinna cieszyć się z życia kiedy jest "wciąż młoda i śliczna".

Zachowania związane z modleniem się były jednak najtrudniejszymi do zajęcia się nimi w terapii. Oczywiście jeśli chce się zachować obiektywność jako klinicysta, należy postępować rozważnie i ze zwracaniem uwagi na własne odczucia, szczególnie w pozwalaniu sobie na nadawanie etykietek "zdrowy" i "patologiczny" zachowaniom takim jak modlenie się, nawet jeśli tylko w celach heurystycznych. Ale ponownie, Bridget była rozważna w odniesieniu do tych kwestii i była w stanie rozważać pojęcie dwóch rodzajów modlenia się, tak samo jak była w stanie rozpatrywać potencjalny wpływ zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego na swoje praktykowanie religii.

Wcześniej już pojawił się w psychologii pogląd, że określone praktyki religijne - jak praktyki w jakimkolwiek innym zgrupowaniu społecznym, w którym istnieją zasady zachowania - samo-selekcjonują się pod kątem określonych patologii. Z tej perspektywy, religia oferuje akceptowane społecznie "ujście" dla wykonywania zachowań rytualnych i przez to osoby cierpiące na zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne są przyciągane do religii jako akceptowanego społecznie "ujścia" istniejących lub rozwijających się zachowań patologicznych. Koncepcja ta była opisywana już przez Freuda. Krytykując to, co uznawał za patologiczny aspekt gorliwości religijnej, argumentował że:

Wielokrotnie wskazywano na to (robiłem to ja, zwłaszcza jednak Teodor Reik), jak dalece szczegółowo można snuć analogię religii i nerwicy natręctw, ile osobliwości i kolein procesu powstawania religii da się zrozumieć dzięki temu. Dobrze też pasuje do tego fakt, że człowiek pobożny w znacznym stopniu jest chroniony przed niebezpieczeństwem zapadnięcia na pewne schorzenia neurotyczne; przyjęcie na siebie powszechnej nerwicy odsuwa od człowieka zadanie

wykształcenia nerwicy osobistej [27]. (cytowany fragment w wersji polskiej za S. Freud. Przyszłość pewnego złudzenia. W Kultura jako źródło cierpień, Wydawnictwo KR Sen, Warszawa 1995, s.140. przekład Jerzy Prokopiuk). Badania psychologiczne od czasów Freuda także wskazały na istnienie związku między religijnością a objawami zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. Badania sugerowały, że myśli natrętne są niemal normalnym fenomenem, doświadczanym przez około 90% populacji generalnej [28].

Badania psychologiczne od czasów Freuda także wskazywały na związek między religijnością i objawami zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. Badania sugerują, że myśli natrętne są prawie powszechnym fenomenem, doświadczanym przez około 90% populacji generalnej [28]. Osoby cierpiące na zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne mają skłonność do oceniania ich negatywnie (np. postrzegając je jako ogromnie istotne) i w konsekwencji reagując próbami zneutralizowania ich poprzez rytuały, tworząc w ten sposób samopodtrzymujący się przez negatywne sprzężenia zwrotne system obsesji i kompulsji: rytuały czasowo dostarczają negatywnego wzmocnienia dla chwilowej ulgi od myśli natrętnych, ale nie zapobiegają im, co wydaje się być wszechobecnym objawem w fenomenologii człowieka. Interesujące, że zasady wielu religii kładą nacisk na istotność myśli i podkreślają inne wartości podobne do czynników poznawczych związanych z podtrzymywaniem zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego.

Jedno z badań dotyczących włoskich katolików ujawniło, że osoby z wyższymi stopniami religijności przejawiały więcej anankastyczności i poznawczych cech obsesyjnych niż osoby mniej religijne [29]. Badacze wskazali, że niektóre aspekty zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego - szczególnie skrajny nacisk na kontrolowanie swoich myśli, nadmierne przypisywanie znaczenia myślom i perfekcjonizm (jak opisano wyżej, obszary poznawcze uważane za istotne w fenomenologii zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego przez Obsessive Compulsive Cognitions Working Group [30] - są nakazami postępowania w religii katolickiej. W rzeczy samej, autorzy stwierdzili, że te trzy obszary objawów były związane z religijnością, różnicując osoby bardziej religijne od mniej religijnych. Podobne tendencje stwierdzono w badaniach nad protestantyzmem. Jedno z takich badań wykazało, że wysoce religijni protestanci mieli więcej konstruktów poznawczych związanych z OCD - jak we wspomnianym wcześniej badaniu (dotyczącym katolików - przyp. red.), kontrolując myśli i podkreślając ich znaczenie - niż badani mniej religijni [31]. Autorzy podkreślili, że to zjawisko jest wzmocniane w doktrynie protestanckiej, która szczególnie utrzymuje, że posiadanie określonych myśli jest tym samym co grzeszne postępowanie - np. myśli cudzołożne.

Podczas gdy badania takie nie sprostały zadaniu ustalenia jednoznacznego związku przyczynowo-skutkowego między praktykami religijnymi a objawami obsesyjno-kompulsyjnymi, Rachman [32] stwierdził, że "osoby, które są nauczone lub dowiadują się, że wszystkie ich myśli nacechowane

wartościami mają znaczenie, będą bardziej skłonne do obsesji - jak w szczególnego rodzaju przekonaniach i naukach religijnych". Jeśli ktoś z tendencją do zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego przyjmuje zbiór nakazów postępowania, podtrzymujący styl myślenia zgodny z tym wiążącym się z OCD (jak fuzja myśl-działanie i nadmierne znaczenie myśli), posłanie to na pewno doda mocy jego/jej objawom. Rozważmy następujący cytat z Ewangelii wg Św. Mateusza w kontekście impulsów seksualnych, obszarze objawów najbardziej przeszkadzających Bridget:

Słyszeliście, że powiedziano: Nie cudzołóż! A Ja wam powiadam: Każdy, kto pożądliwie patrzy na kobietę, już się w swoim sercu dopuścił z nią cudzołóstwa. Jeśli więc prawe twoje oko jest ci powodem do grzechu, wyłup je i odrzuć od siebie. Lepiej bowiem jest dla ciebie, gdy zginie jeden z twoich członków, niż żeby całe twoje ciało miało być wrzucone do piekła. I jeśli prawa twoja ręka jest ci powodem do grzechu, odetnij ją i odrzuć od siebie. Lepiej bowiem jest dla ciebie, gdy zginie jeden z twoich członków, niż żeby całe twoje ciało miało iść do piekła. [33] (polski fragment - Rozdział 5, za: Biblia Tysiąclecia, wydanie IV html opracowane przez Zespół Informatyki Papieskiego Wydziału Teologicznego w Poznaniu)

Można zatem łatwo wywnioskować, że instytucje kulturowe podkreślające wzorce myślenia związane z OCD będą znacząco wpływać na ekspresję objawów, czy też, że ten wpływ wiąże się bezpośrednio z częstotliwością i intensywnością objawów, pierwszym wystąpieniem objawów czy przyciągnięciem osób już doświadczających objawów do jego dyrektywności odnośnie zachowań. Jednakże, w tym przypadku, Bridget wydawała się być bardziej przyciągnięta do religii, w którą już była zaangażowana.

Warte rozważenia mogą być inne kwestie dotyczące przywiązania Bridget do religii. Opis Boga jako symbolicznego ojca jest powszechny w doktrynie judeo-chrześcijańskiej, jeśli nie w większości religii. Pozbawiona ikonowej obecności swojego ojca - ikonowej w znaczeniu roli, jaką pełnił w systemie rodzinnym a także w pozornie wszechogarniającej przestrzeni w naszych psyche, zarezerwowanych dla ojcostwa - poszukiwała wypełnienia tej potrzeby za pomocą łatwo dostępnego zastępstwa. Bezsprzecznie, relacja pacjentki z Bogiem zapewniała jej brakujące aspekty roli ojca, takie jak kierownictwo, bezpieczeństwo i poczucie tożsamości. Jeśli jej objawy i poglądy religijne były mieszkanką wybuchową, to potrzeba ta była paliwem podsycającym przez lata te płomienie. Nie mam tu na celu patologizowania religii, lecz wskazanie jak zaburzenie może dokooptować religię w sposób patologiczny.

Moja praca z Bridget pomogła mi w pełniejszym stopniu zrozumieć kompleksowość tego fenomenu i tego jak wielość naszych fundamentalnych ludzkich potrzeb - np. znaczenia, przynależności, bezpieczeństwa, związku, akceptacji, poczucia wartości, nie wspominając o potrzebie szerszego wyjaśnienia naszego miejsca w maszynerii wszechświata - wspólnie wpływa i usytuowane jest w rozległej, powiązanej wzajemnie sieci struktur trudnych do dostrzeżenia bez starannego badania. Moja praca z Bridget wpłynęła na ten proces, kształtując konceptualizację pracy prowadzonej przeze mnie od tego czasu, i kształtując moją tożsamość zarówno jako terapeuty, jak i człowieka. Nauczyłem się, że jako terapeuta mogę podchodzić do mojej pracy jedynie z odpowiednią dozą

pokory. Uważam, że tylko z pokorą można uchwycić złożony zbiór czynników i sił opisanych powyżej. I tylko w tym rozumieniu narzędzia naukowe mają odpowiedni kontekst dla ich zastosowania.

Tabela 1. Kwestionariusze samoopisu Bridget wypełnione przy przyjęciu

Skale	wynik
1) Kwestionariusz Częstości Napadów Paniki (Antony i Swinson 2000)[34]: ** Ataki paniki - nagłe (out of the blue): ** Ataki paniki - wywołane (triggered):	0 0
2) Skala Yale-Brown (YBOCS) (Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Fleishmann, Hill, Heninger i Charney 1989) [35]: ** Skala obsesji: ** Skala kompulsji:	8* 10*
3) Kwestionariusz Depresji Becka (BDI) (Beck, Steer i Garbin 1988) [36]:	14*
4) Kwestionariusz mobilności (Mobility Inventory) (Chambless, Caputo, Jasin, Gracely i Williams 1985) [37]:	1.35
5) Kwestionariusz Penn State Worry (Meyer, Miller, Metzger i Borkovec 1990) [38]:	70*
6) Kwestionariusz Lęku Becka (Beck, Epstein, Brown i Steer 1988) [39]:	10*
7) Skala Stresu Pourazowego (Foa, Cashman, Jaycox i Perry 1997) [40]:	1
8) Skale unikania i dystresu społecznego (SAD i FNE) (Watson i Friend 1969) [41]:	7

* Zaznaczono wartości większe lub równe istotnemu klinicznie punktowi odcięcia

Tabela 2. Wyniki Bridget na skali SUDS (Subjective Units of Distress): Wartości skali Lęku i Unikania na sesji 1 i sesji 27

SESJA	1	1	27	27
	Wartości skali lęku przed sytuacją	Ocena potrzeby unikania sytuacji	Ocena lęku przed sytuacją	Ocena potrzeby unikania sytuacji
Sytuacje seksualne	7	8	2	2
Sprawdzanie piecyków i zamków (tzn. myślenie o konsekwencjach nie sprawdzania w sposób ciągły)	5	7	1	1
Choroba lub śmierć brata	5	7	2	1
Wypadek samochodowy brata	4	7	2	1
Usłyszenie bluźnierstwa	4	4	2	0
Przejazd karetki	2	4	2	0

Tabela 3. Zmiany w zakresach objawów w pierwszej fazie terapii

	Tydzień 1	Tydzień 27
Skala Yale-Brown (YBOCS)		
Obsesje	8*	4
Kompulsje	10*	2
Skala Depresji Becka (BDI)	14*	3

*Uwaga: Klinicznie istotne punkty odcięcia dla tych wymiarów wynoszą 8 dla Obsesji, 7 dla Kompulsji, a 14 dla kwestionariusza depresji Becka.

Piśmiennictwo

1. Riggs DS, Foa E. Obsessive-compulsive disorder. W: Barlow D. red. Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual (2nd ed.), 189-239. New York; 1993: Guilford.
2. Beech HR, Vaughn M. Behavioral treatment of obsessive states. New York; 1978: Wiley.
3. Emmelkamp PMG, Kwee KG. Obsessional ruminations: A comparison between thought-stopping and prolonged exposure in imagination. *Behaviour Research and Therapy*. 1977; 15: 441-444.
4. Stern RS. Obsessive thoughts: The problem of therapy. *British Journal of Psychiatry*. 1978, 132: 200-205.
5. Stern RS, Lipsedge MS, Marks IM. Obsessive ruminations: A controlled trial of thought-stopping technique, *Behavior Research and Therapy*. 1975, 11: 650-662.
6. Kenny FT, Mowbray RM, Lalani S. Faradic disruption of obsessive ideation in the treatment of obsessive neurosis: A controlled study. *Behavior Therapy*. 1978; 9: 209-221.
7. Foa EB, Steketee GS, Ozarow B. Behavior therapy with obsessive-compulsives: From theory to treatment. W: Mavissakalian M. red., *Obsessive compulsive disorder: Psychological and pharmacological treatment*. New York; 1985: Plenum Press.
8. Foa EB, Steketee GS, Milby JB. Differential effects of exposure and response prevention in obsessive-compulsive washers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1980; 48: 71-79.
9. Foa EB, Steketee GS, Turner RM, Fischer SC. Effects of imaginal exposure to feared disasters in obsessive-compulsive checkers. *Behaviour Research and Therapy*. 1980; 18: 449-455.
10. Rabavilas AD, Boulougouris JC, Stefanis C. Duration of flooding session in the treatment of obsessive-compulsive patients. *Behaviour Research and Therapy*. 1976; 14: 349-355.
11. Foa EB, Chambless DL. Habituation of subjective anxiety during flooding in imagery. *Behaviour Research and Therapy*. 1978; 16: 391-399.
12. Emmelkamp PMG, Beans H. Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder: A comparative evaluation. *Behaviour Research and Therapy*. 1991; 29: 293-300.
13. Abramowitz JS. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 1997; 65: 44-52.
14. McGinn LK, Sanderson WC. *Treatment of obsessive-compulsive disorder*. Jason Aronson Inc. 1999: New York.

15. Skean KR. The case of "CG:" Balancing supportive and insight-oriented psychodynamic psychotherapy with a client undergoing intense life stress. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy* [Online]. 2005, Vol. 1(3), Article 1. Available: http://hdl.rutgers.edu/1782.1/pcsp_journal.
16. Schacht TE. W: Arkowitz H, Messer SB. red. , *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible?* Plenum, 1984: New York
17. Lazarus AA. *Multimodal therapy: Technical eclecticism with minimal integration*. W: Norcross JC, Goldfried MR. red. *Handbook of psychotherapy integration* (ss. 231-263). NY; 1992: Basic Books.
18. Arkowitz H. Integrative theories of therapy. In PL Wachtel SB Messer red. *Theories of psychotherapy: Origins and evolution*. Washington DC; 1997: American Psychological Association.
19. Messer SB. A critical examination of belief structures in integrative and eclectic psychotherapy. W: Norcross JC, Goldfried MR. red. *Handbook of psychotherapy integration*, 130-165. Basic Books 1992: New York.
20. Brown TA, Di Nardo PA, Barlow DH. *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)*. San Antonio; 1994, Tx: The Psychological Corporation
21. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision (4th ed.)*. Washington, DC; 2000: American Psychiatric Association.
22. Burns DD. *The feeling good handbook*. New York; 1989: William Morrow and Company inc.
23. Schultz JH, Luthe W. *Autogenic training: A psychophysiological approach in psychotherapy*. New York, 1959: Grune and Stratton.
24. Purdon C. Empirical investigations of thought suppression in OCD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2004; 35: 121-136.
25. Jacobson E. *Progressive relaxation*. Chicago; 1938: University of Chicago Press
26. Young JE, Klosko JS, Weishaar M. *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Publications; 2003: New York.
27. Freud S. *The future of an illusion*. (J. Strachey, Trans.) New York, 1961: Norton (Original work published 1927).
28. Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behavior Research and Therapy*. 1978; 35: 233-248.
29. Sica C, Novara C, Sanavio E. Religiousness and obsessive-compulsive cognitions in an Italian population. *Behaviour Research and Therapy*. 2002, 40: 813-823.
30. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 1997; 35: 667-681.
31. Abramowitz JS, Deacon BJ, Woods CM, Tolin DE. Association between Protestant religiosity and obsessive-compulsive symptoms and cognitions. *Depression and Anxiety*. 2004; 20: 70-76.

32. Rachman S. A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*. 1997; 35: 793-802.
33. The Journey. The sermon on the mount. from:
<http://nyjourney.com/devotions/devotions.asp?ID=241>, 2003.
34. Antony MM, Swinson RP. Phobic disorders and panic in adults: A guide to assessment and treatment. Washington, DC; 2000: American Psychological Association.
35. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleishmann RL, Hill CL, Heninger GR, Charney GS. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*. 1989; 46: 1006-1011
36. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years later. *Clinical Psychology Review*. 1988; 8: 77-80.
37. Chambless DL, Caputo GC, Jasin SE, Gracely EJ, Williams C. The Mobility Inventory for Agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*. 1985; 23: 35-44.
38. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy* 1990; 28: 487-495.
39. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety; Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988; 56: 893-897
40. Foa EB, Cashman L, Jaycox L, Perry K. The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*. 1997; 9: 445-451.
41. Watson D, Friend R. Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1969; 33: 448-457.