

# Psychoterapia w zespole natręctw. Co wynika z dowodów?

Anne Katrin Kuelz,<sup>1</sup> Ulrich Voderholzer<sup>1,2</sup>

*Nervenarzt* 2011,82:308–318

Natręctwa są ciężkim zaburzeniem psychicznym, które w znacznym stopniu zakłóca funkcjonowanie i bez odpowiedniego leczenia ma z reguły przewlekły przebieg. Obecnie terapia poznawczo-behawioralna z ekspozycją jest najlepiej zbadanym i zgodnie z kryteriami naukowymi najskuteczniejszym leczeniem zespołu natręctw. 60–70% pacjentów uzyskuje dzięki niej klinicznie istotną poprawę objawową. W wielu przypadkach odpowiednio stosowana terapia ekspozycyjna jest podobnie skuteczna jak leczenie skojarzone z farmakoterapią, ma natomiast niewiele przeciwwskazań. W artykule omówiono istotne aspekty mające znaczenie dla właściwego prowadzenia takiej terapii. Przedstawione zostały również alternatywne i uzupełniające metody ekspozycyjne, jako że w przypadku części pacjentów korzyści z leczenia nie są wystarczające. Do tej pory nie ma dowodów pochodzących z randomizowanych badań kontrolowanych na temat skuteczności tych form terapii.

**Słowa kluczowe:** zespół natręctw, psychoterapia, terapia poznawczo-behawioralna, terapia ekspozycyjna, konfrontacja z bodźcem

Zaburzenie natręctw jest chorobą o przewlekłym przebiegu, powodującą znaczną niesprawność; co pięćdziesiąta osoba zachoruje w ciągu całego życia. Jeszcze kilkadziesiąt lat temu natręctwa były objawami trudnymi do leczenia. Do lat 60. XX w. metodą z wyboru była psychoanaliza, jednak starania terapeutyczne przynosiły niewielką ulgę w przypadku męczących myśli i czasochłonnych rytuałów. Dziś chorzy, jeżeli podejmą ukierunkowane leczenie psychoterapeutyczne, mają szansę na istotną poprawę objawową.

Gdy w 1966 roku Meyer opisał dwa rodzaje ćwiczeń ekspozycyjnych stosowanych w natręctwach z nadzieją na rozpowszechnienie opisaną przez siebie metody, nie domyślał się jednak, że odkrył najskuteczniejszą i najlepiej zbadaną metodę leczenia objawów natręctw.

W przeglądzie danych bazy Corchane<sup>1</sup> oceniano 8 randomizowanych badań kontrolowanych dotyczących skuteczności terapii poznawczej i terapii behawioralnej w nieleczonej grupie kontrolnej lub leczonej standardowo (treatment as usual, TAU). Wykazano podobną przewagę obu form terapii nad leczeniem standardowym nie tylko w zakresie zmniejszenia natręctw, ale także ogólnej poprawy jakości życia oraz objawów depresyjnych i lękowych.

Do podobnych wniosków doszli Rosa-Alcazar i wsp.<sup>2</sup> w swojej metaanalizie obejmującej 19 badań. W leczeniu natręctw skuteczna jest terapia ekspozycyjna, terapia poznawcza oraz ich połączenie. Zwraca jednak uwagę, że efekty terapii w różnych badaniach są bardzo różne. Terapie z towarzyszącą ekspozycją wykazują prawie trzykrotnie większą skuteczność niż badania dotyczące ekspozycji w monoterapii, a terapie, w których stosowano intensywną ekspozycję, wypadają znacznie lepiej niż te, w których stosowano mniejszą liczbę ekspozycji. Ponadto z powodu braku badań kontrolowanych do metaanalizy nie mogły być włączone inne formy leczenia, takie jak terapie psychodynamiczne i terapia skoncentrowana na osobie.

Zgodnie z wytycznymi terapia poznawczo-behawioralna z konfrontacją wobec bodźca i radzeniem sobie z reakcją jest psychoterapią z wyboru w leczeniu natręctw.<sup>3</sup> Dzięki tej metodzie u około 60-70% chorych można osiągnąć przynajmniej 35% zmniejszenie tych objawów. Odpowiedź na leczenie oceniana jest zwykle na podstawie skali do oceny nasilenia objawów obsesyjno-kompulsyjnych Yale-Brown (Y-BOCS). Jest to szczegółowy wywiad do oceny natręctw umożliwiający rzetelną ocenę zmian ich nasilenia. Skojarzenie tej formy terapii i leków z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI) umożliwia osiągnięcie nieco większej średniej sku-

<sup>1</sup>Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg

<sup>2</sup>Schön Klinik Roseneck, Prien

Adres do korespondencji: Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg Hauptstr. 5, 79194 Freiburg

E-mail: anne.katrin.kuelz@uniklinik-freiburg.de

Konflikt interesów: nie podano.

teczności. Jeżeli w objawach nie przeważają myśli natrętne i współistniejące objawy depresyjne, to sama terapia poznawczo-behawioralna jest porównywalnie skuteczna.<sup>4</sup> Poprawa po leczeniu jest względnie stabilna po 6-8 latach<sup>5</sup> i uważa się, że w perspektywie długoterminowej blisko 50% chorych odnosi korzyści z terapii poznawczo-behawioralnej.

Rosa-Alcazar i wsp. w swojej metaanalizie wykazali, że grupowa terapia poznawczo-behawioralna jest równie skuteczna jak spotkania indywidualne. W przeglądzie<sup>6</sup> dotyczącym grupowej CBT w leczeniu natręctw stwierdzono, że średni efekt osiąga poziom istotności statystycznej i wynosi 1,18. Tylko w jednym badaniu porównano jednak indywidualną i grupową terapię poznawczo-behawioralną. Przewaga terapii indywidualnej wobec terapii grupowej osiąga miano tendencji i nie jest istotna statystycznie.

Jak dotąd najwyższą siłą efektu wykazano w badaniach dotyczących terapii intensywnej, przedstawionej w wytycznych NICE (National Institutes of Clinical Excellence) z 2005 roku. W badaniach dotyczących przynajmniej 30 godzin terapii siłą efektu wynosiła między 1,38 a 1,91.

W tradycyjnym ujęciu terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu natręctw opiera się na dwóch filarach:

- treningu ekspozycyjnym, w trakcie którego chory narażony jest na sytuacje wywołujące lęk i stara się nie poddawać natrętnym impulsom (np. nie myje rąk po dotknięciu drzwi w szpitalu),
- praca poznawcza, czyli zidentyfikowanie i rewidowanie niekorzystnych przekonań, takich jak perfekcyjne wymagania lub nierealistyczna ocena niebezpieczeństwa, które prowadzą do podtrzymywania objawów.

Podczas gdy niektórzy autorzy faworyzują intensywną ekspozycję jako jedyną metodę terapii i przywołują wyniki odpowiednich badań, inni wskazują na podobną skuteczność terapii poznawczej bez elementów ekspozycji. W niektórych badaniach porównawczych dotyczących terapii czysto poznawczej i terapii behawioralnej z elementami ekspozycji liczba sesji ekspozycyjnych pod opieką terapeuty była relatywnie mała lub zadania ekspozycyjne wykonywał sam pacjent, przez co porównanie równorzędności obu metod wydaje się niemożliwe. Na pytanie dotyczące lepszej skuteczności trudno więc odpowiedzieć, gdyż obie metody na pewnym obszarze pokrywają się i częściowo na siebie oddziałują. Ekspozycję oprócz fizjologicznego efektu habituacji cechuje również działanie poznawcze, jak na przykład obalanie katastroficznych wyobrażeń (np. „Jeżeli nie ułożę rzeczy symetrycznie, mojej matce przydarzy się nieszczęście”). Ponadto, z reguły stosowanie ekspozycji bez wcześniejszego przygotowania poznawczego nie ma większego sensu i często jest trudne do przeprowadzenia. Z drugiej strony, strategie poznawcze, takie jak eksperymenty behawioralne w testowaniu hipotez, wymagają aktywnej konfrontacji z bodźcem wyzwalamym, co można przyjąć jako formę ekspozycji. Mc Millan i Lee<sup>7</sup> wykazali, że w przypadku zaburzeń lękowych i natręctw stosowanie dodatkowo ekspery-

mentów behawioralnych jest ogólnie skuteczniejsze niż sama ekspozycja. Podobnie Abramowitz na podstawie badań porównawczych<sup>8</sup> uważa, że elementy terapii poznawczej powinny towarzyszyć sesjom ekspozycyjnym, natomiast praca poznawcza zastępująca konfrontację z bodźcem nie jest zalecana jako jedyna metoda leczenia.

Skuteczność oraz porównanie obu metod terapeutycznych, jak również leczenia skojarzonego z farmakoterapią, przedstawiono na rycinie.

### Prawidłowe prowadzenie terapii ekspozycyjnej

W trakcie ekspozycji pacjent poddaje się stopniowo działaniu sytuacji lękotwórczej (stopniowa ekspozycja) lub konfrontuje się bezpośrednio z bodźcem wywołującym najsilniejszy lęk (zanurzenie, „flooding”) i powstrzymuje od zachowań przymusowych. Skuteczność jest nieco większa przy drugim sposobie, podczas gdy przy pierwszym możliwość rozwinięcia strategii unikowych jest niewielka i często jest on związany z lepszą współpracą. Ekspozycję można stosować także w przypadku natrętnych myśli, wtedy pacjent słucha ich nagranych np. na taśmę i powstrzymuje się od wprowadzania strategii neutralizujących.

Osiągnięto zgodę co do tego, że terapia ekspozycyjna tylko wtedy jest skuteczna, gdy wybrany bodziec wywołuje u pacjenta wzbudzenie psychofizjologiczne. Dodatnią zależność między wzbudzeniem emocjonalnym w trakcie sesji a wynikiem terapii udało się wykazać tylko w kilku badaniach, w innych nie stwierdzono takiej korelacji.

Gassmann i Grawe<sup>9</sup> za czynnik modyfikujący uważają ponadto stopień aktywacji zasobów w trakcie sesji terapeutycznej. Autorzy wykazali, że aktualizacja problemu sama w sobie nie prowadzi do postępu w terapii i tylko w skojarzeniu z aktywacją zasobów może rozwinać swój potencjał terapeutyczny. Pod pojęciem aktualizacji problemu autorzy rozumieją wejście w kontakt z nieprzyjemnymi i do tej pory wypieranymi emocjami, tak jak to jest w czasie ekspozycji. Aktywacja zasobów oznacza skupienie na zdrowych elementach osobowości pacjenta i wzmacnianiu wewnętrznych i interpersonalnych umiejętności. Skuteczni terapeuci aktywują zasoby pacjenta

**Tabela 1.** Przebieg psychoterapii natręctw

- zawiązanie relacji terapeutycznej opartej na wzajemnym zaufaniu
- analiza motywacji i celów: dokładna analiza objawów i funkcji natręctw
- opracowanie modelu wyjaśniającego i ustalenie celów terapii
- stworzenie hierarchii sytuacji lękotwórczych i stopniowa ekspozycja z modelowaniem reakcji w towarzystwie terapeuty i w domu
- przepracowanie innych problemowych obszarów, rozmowy z bliskimi pacjenta
- profilaktyka nawrotu
- spotkania podtrzymujące w ciągu kolejnych 3-6 miesięcy

już podczas badania na początku i pod koniec sesji, co prowadzi do większego poczucia własnych kompetencji i obniżenia napięcia u pacjenta.

Ćwiczenia ekspozycyjne w towarzystwie terapeuty są skuteczniejsze niż samoekspozycja

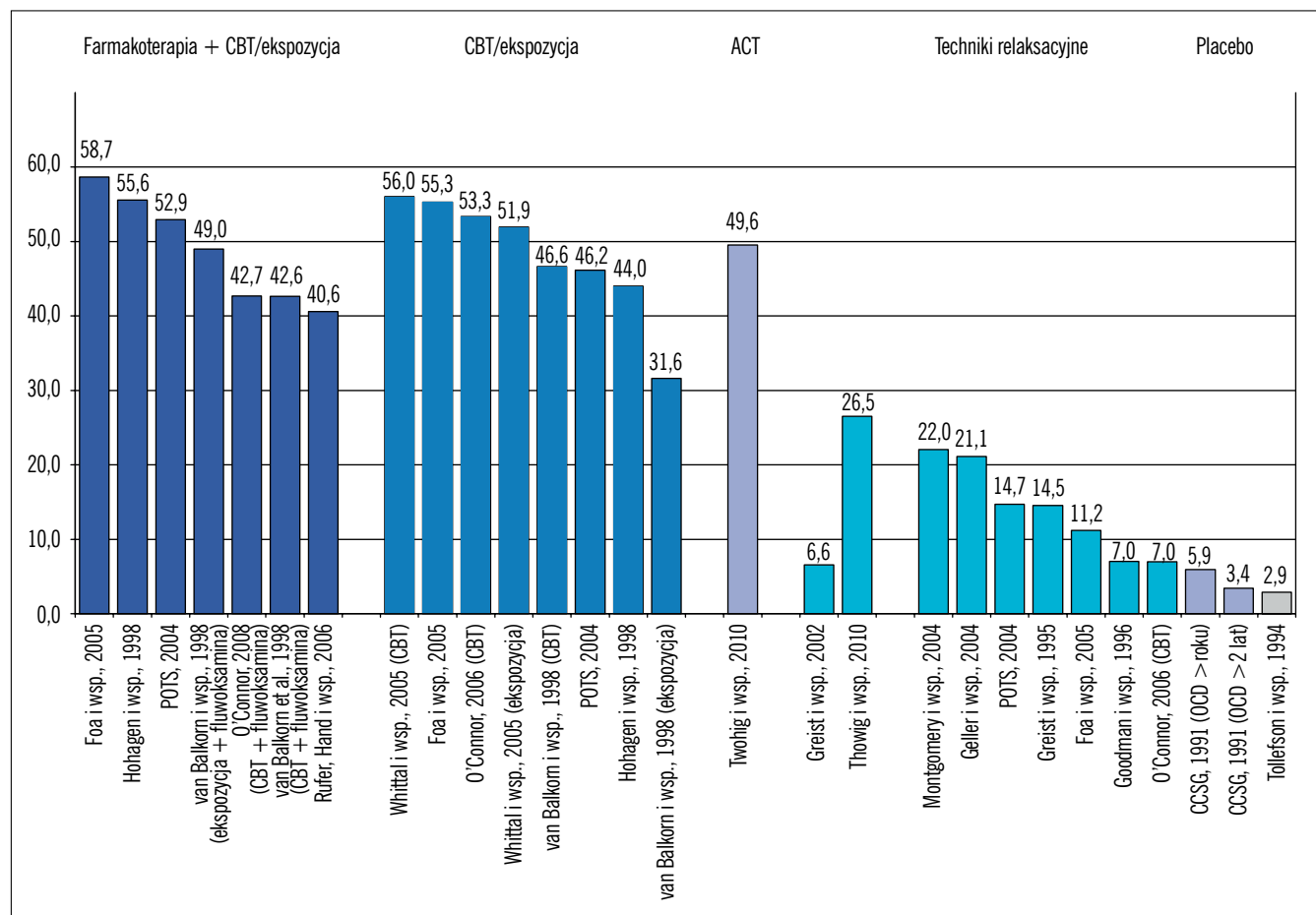
Wielu chorych na początku potrzebuje wsparcia, by móc sprzeciwić się silnie zautomatyzowanym poznawczym i ruchowym strategiom unikania. Samodzielne ćwiczenia pacjenta w między sesjami są jednak jak najbardziej pożądane, a ekspozycje *in vivo* są skuteczniejsze niż same ćwiczenia. Przy czym konfrontacja powinna odbywać się przede wszystkim w stosunku do faktycznych czynników wyzwalających w środowisku pacjenta po to, by wspomóc ogólny efekt habituacji.

Jeżeli chodzi o częstość sesji, to jak dotąd nie ma ostatecznych zaleceń. Rosa-Alcazar w swojej metaanalizie nie stwierdziła wpływu stopnia intensywności lub długości leczenia na skuteczność terapii. Inni autorzy zalecają kilka sesji w ciągu

tygodnia.<sup>2</sup> Salkovskis<sup>10</sup> zaleca procedurę o wzrastającym stopniu zaawansowania, przy czym w łagodniejszych przypadkach można rozważyć poradę telefoniczną. Na drugim końcu zakresu znajduje się intensywna terapia poznawczo-behawioralna, w trakcie której w ciągu 8-14 dni przeprowadzony zostaje cały program leczenia, zwykle trwający 3 miesiące. Zgodnie z wytycznymi S3 w przypadku natręctw terapia poznawczo-behawioralna powinna składać się przynajmniej z 30 sesji oraz obejmować przynajmniej jedną sesję ekspozycji w towarzystwie terapeuty i przynajmniej 6 ćwiczeń ekspozycyjnych przeprowadzonych przez samego pacjenta.

W badaniu dotyczącym pacjentów leczonych w trybie stacjonarnym stwierdzono, że ponad 80% chorych odbiera leczenie ekspozycyjne jako pomocne lub bardzo pomocne. Postępowanie terapeutyczne jest przeżywane jako obciążające, mimo to chorzy uważają, że korzyści znacznie przewyższają obciążenia. Natomiast przez terapeutów metoda ekspozycyjna jest

**Rycina.** Skuteczność różnych form terapii w pierwotnym zespole natręctw. Przegląd wybranych badań kontrolowanych. Odsetek poprawy objawowej (Y-BOCS pre-post). CBT – terapia poznawczo-behawioralna, ACT – terapia oparta na akceptacji i zaangażowaniu. (Zmodyfikowane na podstawie<sup>26</sup>)



nadal względnie rzadko zalecana,<sup>11,12</sup> chociaż wiele obaw z nią związanych wydaje się nieuzasadnionych. Według ostatnich danych nawet niedoświadczeni terapeuci po odpowiednim szkoleniu i superwizji mogą tak samo skutecznie jak doświadczeni klinicyści z długą praktyką prowadzić terapię ekspozycyjną u chorych cierpiących z powodu natręctw.<sup>13</sup> Jednocześnie każda terapia ekspozycyjna wymaga starannego zaplanowania pod względem indywidualnej problematyki. Pence i wsp.<sup>14</sup> opisują praktyczne strategie dotyczące częstych problemów związanych z konfrontacją z bodźcem. Skala wypełniania zaleceń służy do oceny stopnia konfrontacji z bodźcem i pomaga ustalić, czy ćwiczenia ekspozycyjne będą wykonywane przez pacjenta także między sesjami.<sup>15</sup>

Leczenie polegające na konfrontacji z bodźcem zawsze powinno być osadzone w ogólnej koncepcji terapeutycznej. W tabeli 1 przedstawiono najważniejsze elementy procedury terapeutycznej.

Opracowano dwa modele wyjaśniające powstawanie objawów natręctw:

W modelu dwuczynnikowym natręctwo jest efektem procesów warunkowania. Zgodnie z poznawczo-behawioralnym modelem Salkovskiego natrętne myśli powstają przez interpretację natrętnych – ale nie niezwykle negatywnych – myśli lub obrazów jako zagrażających lub nieprzyzwoitych, co prowadzi do znacznego wzrostu prawdopodobieństwa ich pojawiania się, w wyniku czego powstaje błędne koło.

Sprawdziły się takie techniki poznawcze, jak na przykład zmiana nadmiernego przeżywania odpowiedzialności dzięki metodom graficznego przedstawiania, dyskusji i urealnienie stopnia odpowiedzialności, testowanie dysfunkcyjnych oczekiwań za pomocą eksperymentów behawioralnych lub emocjonalne dystansowanie dzięki identyfikacji „języka natręctw” za pomocą techniki odgrywania ról.

Ponadto dla skuteczności terapii istotne znaczenie ma analiza przez pacjenta możliwych funkcjonalności<sup>16</sup> czy systemowego znaczenia natręctw.<sup>17</sup>

### Czynniki sprzyjające skuteczności leczenia

Chociaż u większości pacjentów terapia poznawczo-behawioralna z elementami ekspozycji jest korzystna, to u części chorych nie przynosi wystarczającej poprawy. Wskazane wydaje się wtedy określenie towarzyszących czynników ryzyka, gdyż większość osób z zespołami natręctw cierpi także na inne choroby, a i sam obraz kliniczny natręctw jest bardzo różny.

Jak ostatnio stwierdzili Mahler i wsp.<sup>18</sup> stosowanie terapii poznawczo-behawioralnej u pacjentów leczonych lekami z grupy SSRI wydaje się mniej skuteczne, gdy chorzy dodatkowo cierpią z powodu jednego lub więcej zaburzenia z osi I, kilkakrotnie podejmowali już leczenie SSRI i nisko oceniali jakość swojego życia przed rozpoczęciem terapii. Wyniki badania wskazują, że na podstawie nasilenia objawów nie można rokować o skuteczności terapii.

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA) w swoich wytycznych wskazuje na niektóre z możliwych predyktorów słabej skuteczności leczenia. Wymieniono tam następujące:

- słabe wypełnianie zaleceń,
- niewielki wgląd w przesadne przeżywanie natręctw,
- współistnienie depresji i zaburzeń lękowych,
- występowania czystych natręctw myślowych.

W tych przypadkach procedura sesji ekspozycyjnych powinna być odpowiednio dostosowana.

Zespół badawczy pod kierunkiem Shavitt<sup>18</sup> zajmował się ostatnio związkiem doświadczeń urazowych w przeszłości i skuteczności grupowej terapii poznawczo-behawioralnej. Zgodnie z uzyskanymi danymi występowanie jednego lub liczniejszych przeżyć urazowych lub występowanie zaburzenia stresowego pourazowego w wywiadzie nie zmniejszało skuteczności terapii. Są jednak przesłanki wskazujące na to, że wrocie zachowania członków rodziny wobec pacjenta cierpiącego na zespół natręctw są predyktorem zwiększonego ryzyka przerwania przez niego terapii, jak również gorszego rezultatu terapii ekspozycyjnej. Wnioski podkreślają potrzebę włączenia członków rodziny w proces terapeutyczny.

W ostatnich latach więcej uwagi poświęcono różnicowaniu typów natręctw. Podczas gdy w natręctwach związanych z przymusem gromadzenia i zbierania odpowiedź na terapię jest często niewielka, Steketee i wsp.<sup>19</sup> udało się w przypadku tego zaburzenia osiągnąć zachęcające wyniki po zastosowaniu odpowiednio zmodyfikowanej terapii poznawczo-behawioralnej. Badacze podkreślają jednocześnie, że chociaż osoby z przymusem gromadzenia i zbierania często trudniej poddają się leczeniu, to przy odpowiednim wypełnianiu zaleceń rokowanie odnośnie do skuteczności leczenia jest całkiem dobre.

Są również pewne przesłanki wskazujące na to, że tzw. autogenne myśli natrętne lepiej reagują na terapię poznawczo-behawioralną niż myśli natrętne reaktywne.<sup>20</sup> Podczas gdy autogenne myśli natrętne dotyczą zwykle nieprzyjemnych wyobrażeń, czasem o treści seksualnej, bluźnierczej lub agresywnej bez wyraźnych bodźców prowokujących, w przypadku reaktywnych myśli natrętnych są to rzeczywiste wyobrażenia dotyczące zanieczyszczenia lub niesprawności, które są odczuwane jako zagrażające mniej z powodu braku ich akceptacji niż z powodu obawy przed ich konsekwencjami. Z powodu małej liczebności grupy badanej wyniki te należy traktować z ostrożnością.

W tabeli 2 przedstawiono aktualny przegląd predyktorów skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu natręctw.

Ogólnie rzecz biorąc, choć są przesłanki wskazujące na czynniki ograniczające skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej z ekspozycją, to w zasadzie nie mają one znaczenia bezwzględnego. Jeżeli chodzi o współistniejące zaburzenia, to na ten temat dane na razie są ograniczone. Aktualne zalecenia dotyczące postępowania terapeutycznego oparte są częściowo na uzgodnieniach klinicznych (tab. 3).

### Nowsze podejścia i uzupełnienia interwencji

Niestety, w codziennosci klinicznej obserwuje się, że niektórzy pacjenci, także w przypadku prawidłowo prowadzonej terapii ekspozycyjnej, korzystają z niej w niewystarczającym stopniu, a czasami od razu przerywają trening ekspozycyjny.

Jeżeli chodzi o terapię oparte na dowodach, nie ma wielkiego wyboru alternatywnych metod, ponieważ terapia poznawczo-behawioralna jest jak dotąd jedyną formą terapii, której skuteczność w odniesieniu do natręctw potwierdzono w badaniach.

**Tabela 2.** Możliwe predyktory skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu natręctw

Słaba odpowiedź na CBT	Brak wpływu lub w najlepszym wypadku niewielkie znaczenie w skuteczności terapii	Wyniki niejednoznaczne lub niewystarczająca liczba badań (kursywa)
Natrętne zbieranie i gromadzenie	Wiek	Duże nasilenie objawów <sup>a</sup>
Natrętne myśli jako jedyny objaw	Płeć	Myśli natrętne autogenne lub reaktywne
Długi czas choroby/wczesny początek	Wykształcenie	Wydarzenia urazowe w przeszłość
Ciężka depresja, niektóre zaburzenia lękowe		Inne zaburzenia osi I
Osobowość schizotypowa		Inne zaburzenia osobowości
Niewielki wgląd i myślenie magiczne		
Niekorzystne relacje w rodzinie		
Liczne terapie w wywiadzie		
Słabe wypełnianie zaleceń		

<sup>a</sup>Dotyczy tylko poprawy procentowej jako kryterium odpowiedzi na leczenie; prawdopodobieństwo remisji jest odpowiednio mniejsze. CBT – terapia poznawczo-behawioralna.

**Tabela 3.** Zalecenia terapeutyczne w przypadku najczęstszych współwystępujących zaburzeń

Zaburzenie współwystępujące	Zalecenie terapeutyczne
Depresja	CBT i SSRI, skuteczność CBT może być mniejsza niż zwykle W przypadku ciężkiej depresji wskazane na początku leczenie objawów depresyjnych
Fobia społeczna	CBT i SSRI, skuteczność CBT może być mniejsza niż zwykle
Zaburzenie stresowe pourazowe	CBT
Zaburzenia odżywiania się	Na początku wskazane leczenie swoiste dla zaburzeń odżywiania się
Psychoza	Na początku wskazane leczenie zaburzeń psychotycznych, gdy w danej chwili brak objawów psychotycznych ostrożna stopniowa ekspozycja, przy ograniczonej stabilności stanu psychicznego wyłącznie ćwiczenia wspomagające ewentualnie eksperymenty behawioralne
Uzależnienie od substancji psychoaktywnych	Leczenie obu zaburzeń
Dysmorfobia	CBT i SSRI
Hazard	CBT, fluwoksamina lub paroksetyna
Tiki/Zespół Tourette'a	CBT, dodatkowo SSRI, przy braku odpowiedzi na takie leczenie – neuroleptyk (np. risperidon) względnie dodatkowo „trening zmiany nawyków”
Zaburzenia osi II	CBT, skuteczność CBT może być mniejsza niż zwykle
Zespół Aspergera	CBT
Autyzm	Fluwoksamina
Zaburzenia neurologiczne	Na początku wskazane leczenie choroby neurologicznej, po uzyskaniu stabilizacji stanu neurologicznego włączenie SSRI lub CBT

CBT – terapia poznawczo-behawioralna; SSRI – selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny.

Wyjątek stanowi opublikowane niedawno randomizowane badanie z grupą kontrolną porównujące skuteczność terapii opartej na akceptacji i zobowiązaniu (ACT) oraz treningu relaksacyjnego.<sup>21</sup> W badaniu tym u chorych poddanych terapii ACT uzyskano zmniejszenie objawów blisko o połowę (ryc. 1), podczas gdy odsetek rezygnacji z terapii wynosił 10%. Jedna trzecia badanych poddanych terapii ACT i 44% pacjentów korzystających z treningu relaksacyjnego (relaksacja progresywna) aż do czasu włączenia do badania przyjmowało leki psychotropowe. Terapia koncentrowała się między innymi na wartościach i celach osobistych, pracy z metaforą i eksperymentach behawioralnych polegających na objaśnianiu myśli jako zwykłych „wydarzeń psychicznych”, jak również na ćwiczeniu uwagi. Aby nie wprawić badanych w zakłopotanie, nie prowadzono ćwiczeń ekspozycyjnych ani w trakcie sesji, ani w formie pracy domowej, natomiast pacjenci byli zachęceni, aby sytuacje, których dotąd unikali, zaczęli ponownie zgodnie z własnymi wartościami i celami wprowadzać do codziennej aktywności. Możliwe, że właśnie w ten sposób w naturalnych warunkach w sytuacjach wywołujących lęk łatwiej jest niektórym pacjentom powstrzymać się od czynności natrętnych bez konieczności stosowania treningu ekspozycyjnego.

Ogólnie zaznacza się tendencja, aby stosować strategie polegające na zmianie postaw wobec procesów myślowych. W ubiegłych latach w coraz większym stopniu stosowane były w codziennej praktyce klinicznej oraz w poradnikach samopomocy techniki metapoznawcze,<sup>22</sup> które w mniejszym stopniu koncentrowały się na weryfikacji treści myślowych niż na podstawowych przekonaniach myślowych odniesieniu do procesów psychicznych (np. „muszę trzymać swoje myśli pod kontrolą”). W jednym z badań niekontrolowanych tylko u 8 uczestników grupowej terapii metapoznawczej stwierdzono jednak dużą siłę efektu wynoszącą 1,28.<sup>23</sup>

Podobne, a być może bardziej całościowe byłyby przypominające ACT podejścia oparte na uważności, dzięki którym możliwe stawałoby się ograniczanie identyfikacji z myślami i uczuciami, a wzmacnianie opanowania przyzwolenia i akceptacji w odniesieniu do treści awersyjnych. Gorbis i wsp.<sup>24</sup> w grupie 139 osób z natręctwami, u których standardowe leczenie w postaci terapii poznawczo-behawioralnej i SSRI nie przyniosło poprawy, zaproponowali terapię behawioralną opartą na uważności z elementami treningu ekspozycyjnego. Głównym punktem tej terapii była metoda tak zwanych 4 kroków Schwartza. Nasilenie objawów mierzone skalą Y-BOCS zmniejszyło się średnio o 60%. Niestety badanie nie pozwala na wyciągnięcie żadnych wniosków dotyczących skuteczności elementów koncentrujących się na uważności, gdyż terapia zawierała także inne elementy, jak na przykład ćwiczenia polegające na opisie możliwych katastrofalnych następstw. Osiągnięto zgodę, że uważność w sensie świadomej, niepodlegającej ocenie postawy wobec aktualnych doświadczeń w ramach treningu ekspozycyjnego może zyskiwać funkcję wspierającą,

natomiast w przyszłych badaniach należałoby jasniej określić, czy i w jaki sposób trening uważności sam w sobie korzystnie wpływa na objawy zespołu natręctw.

Dalsze podejścia koncentrują się na przetwarzaniu obciążających doświadczeń i niefunkcjonalnych mechanizmów radzenia sobie, które powstały w drodze niekorzystnych doświadczeniach życiowych. Niektóre formy terapii, jak na przykład terapia schematu, są jednak dopiero sprawdzane i można powiedzieć, że dopiero czekają na badania skuteczności w leczeniu natręctw. Ponieważ natręctwa często służą regulowaniu nieprzyjemnych emocji,<sup>16</sup> metody zakładające regulowanie i modyfikowanie stanów emocjonalnych mogą w przyszłości zyskać znaczenie w terapii tego zaburzenia.

## Praktyczne podsumowanie

- Zgodnie z wiedzą naukową terapia ekspozycyjna, najlepiej w skojarzeniu z elementami poznawczymi, jest złotym standardem w leczeniu natręctw. Może być stosowana indywidualnie lub grupowo. Wiele dowodów przemawia za skutecznością terapii indywidualnej.

- Zaleca się, by osoby pracujące z chorymi cierpiącymi z powodu natręctw zapoznały się przede wszystkim z metodami terapii poznawczo-behawioralnej z elementami treningu ekspozycyjnego. Niektóre z innych form terapii zasługują na uwagę jako możliwe uzupełnienie terapii behawioralnej, wymagają jednak najpierw dokładnej oceny.

© Springer Medizin Verlag 2011. This article *Psychotherapie der Zwangsstörung. Was ist evidenzbasiert?* by A.K. Külz, U. Voderholzer is translated and reproduced with permission from Springer.

## Piśmiennictwo

1. Gava I, Barbui C, Aguglia E et al (2007) Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database Syst Rev Issue 2*
2. Rosa-Alcázar AI, Sánchez-Meca J, Gómez-Gones A, Marín-Martínez F (2008) Psychological treatment of obsessive – compulsive disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev 28(8):1310–1325*
3. Koran LM, Hanna GL, Hollander E et al (2007) American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry 164(7):5–53*
4. Hohagen F, Winkelmann G, Rasche-Räuchle H et al (1998) Combination of behaviour therapy with fluvoxamine in comparison with behaviour therapy and placebo. Results of a multicentre study. *Br J Psychiatr (Suppl 35): 71–78*
5. Rufer M, Hand I, Alsleben H et al (2005) Long-term course and outcome of obsessive-compulsive patients after cognitive-behavioral therapy in combination with either fluvoxamine or placebo: a 7-year follow-up of a randomized double-blind trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 255(2):121–128*
6. Jonsson H, Hougard E (2009) Group cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand 119:98–106*
7. McMillan D, Lee R (2010) A systematic review of behavioral experiments vs exposure alone in the treatment of anxiety disorders: a case of exposure while wearing the emperor's new clothes? *Clin Psychol Rev 30(5):467–478*
8. Abramowitz JS (2006) The psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Can J Psychiatry 51:407–416*
9. Grawe K, Gassmann D (2006) General change mechanisms: the relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clin Psychol Psychother 13(1):1–11*

10. Salkovskis PM (2007) Obsessive-compulsive disorder is uncommon but associated with high levels of comorbid neuroses, impaired function and increased suicidal acts in people in the UK. *Evid Based Ment Health* 3(3):93
11. Marques L, LeBlanc NJ, Weingarden HM et al (2010) Barriers to treatment and service utilization in an internet sample of individuals with obsessive-compulsive symptoms. *Depress Anxiety* 27(5):470–475
12. Külz AK, Hassenpflug K, Riemann D et al (2009) Ambulante psychotherapeutische Versorgung bei Zwangserkrankungen. Ergebnisse einer anonymen Therapeutenbefragung. *Psychother Psychosom Med* 59:1–8
13. Oppen P van, Balkom AJ van, Smit JH et al (2010) Does the therapy manual or the therapist matter most in treatment of obsessive-compulsive disorder? A randomized controlled trial of exposure with response or ritual prevention in 118 patients. *J Clin Psychiatry* 71(9):1158–1167
14. Pence SL Jr, Sulkowski ML, Jordan C, Storch EA (2010) When exposures go wrong: troubleshooting guidelines for managing difficult scenarios that arise in exposure-based treatment for obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychother* 64(1):39–53
15. Simpson HB, Maher M, Page JR et al (2010) Development of a patient adherence scale for exposure and response prevention therapy. *Behav Ther* 41(1):30–37
16. Külz AK, Lumpp A, Herbst N et al (2010) Welche Funktionen erfüllen Zwangsstörungen? Ergebnisse einer deskriptiven Erhebung an stationären Patienten. *Verhaltenstherapie* 20:101–108
17. Hand I (2008) *Strategisch-systemische Aspekte der Verhaltenstherapie*. Springer, Wien
18. Maher MJ, Huppert JD, Chen H et al (2010) Moderators and predictors of response to cognitive-behavioral therapy augmentation of pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med* 26:1–11
19. Shavitt RG, Valério C, Fossaluzza V et al (2010) The impact of trauma and post-traumatic stress disorder on the treatment response of patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 260(2):91–99
20. Steketee G, Frost RO, Tolin DF et al (2010) Waitlist controlled trial of cognitive behaviour therapy for hoarding disorder. *Depress Anxiety* 27:476–484
21. Belloch A, Cabedo E, Carrió C, Larsson C (2010) Cognitive therapy for autogenous and reactive obsessions: clinical and cognitive outcomes at post-treatment and 1-year follow-up. *J Anxiety Disord* 24(6):573–580
22. Tivohig MP, Hayes SC, Plumb JC et al (2010) A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol* 78:705–716
23. Moritz S (2010) *Erfolgreich gegen Zwangsstörungen: Metakognitives Training – Denkfallen erkennen und entschärfen*. Springer, Heidelberg
24. Rees CS, Koesveld KE van (2008) An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 39(4):451–458
25. Gorbis E, Molnar C, O'Neill J et al (2007) Mindfulness-based behavioral therapy (MBBT) for severe obsessive compulsive disorder improves therapy outcome for people who were previously unresponsive to traditional interventions. Abstract presented at the 5th annual conference of the Center for Mindfulness in Medicine, Healthcare, and Society, Worcester, MA, March 28–April 1, 2007
26. Voderholzer U, Hohagen FC (2010) *Therapie psychischer Erkrankungen*. State of the art. Elsevier, München