

2.3.2. Specyfika psychoterapii dzieci i młodzieży w kontekście diagnozy zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych – karty pracy do wykorzystania w terapii

Magdalena Rachwał-Lange

Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne we współczesnej psychiatrii zaliczane są do schorzeń neuropsychiatrycznych związanych ze zmianami strukturalnymi i czynnościowymi w obrębie OUN. Zaburzenia OCD występują zarówno u osób dorosłych, jak i u młodzieży oraz dzieci, powodując duży dyskomfort pacjentów oraz odczuwalne pogorszenie jakości ich życia. Stanowi to dużą motywację do podjęcia leczenia lub psychoterapii.

Kryteria diagnostyczne stosowane do osób dorosłych i dzieci są tożsame. Tradycyjnie zaburzenia OCD zaliczane były do grupy zaburzeń lękowych – tak pozostało m.in. w klasyfikacji chorób medycznych ICD-10. Jednak już klasyfikacja chorób medycznych DSM-V traktuje zaburzenia lękowe rozdzielnie, poświęcając każdemu osobny rozdział. OCD znajduje się w klasyfikacji DSM-V w części pt.: zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne i inne z nimi związane. Obok zaburzeń OCD są tutaj wymieniane: cielesne zaburzenia dysmorficzne, zbieractwo patologiczne, trichotillomania, wywołane zapalenie skóry, obsesyjno-kompulsyjne i inne z nimi związane wywołane substancją/lekiem, obsesyjno-kompulsyjne i inne z nimi związane wywołane stanem ogólnomedycznym, nieokreślone zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne i inne z nimi związane. Jest to istotna zmiana w dotychczasowym myśleniu o omawianym zaburzeniu, w oderwaniu go od kontekstu lęku.

OCD w klasyfikacji
DSM-V

Wg najbardziej popularnej klasyfikacji ICD-10 zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne rozpoznajemy wtedy, gdy zostaną spełnione następujące kryteria (te same w przypadku dzieci i osób dorosłych):

A. Myśli natrętne (obsesje) bądź czynności natrętne (kompulsje) lub oba objawy są obecne przez większość dni w czasie ostatnich 2 tygodni.

B. Myśli natrętne (myśli, idee, wyobrażenia) i czynności natrętne (działania) charakteryzują się następującymi cechami, z których wszystkie muszą być obecne:

1. Objawy są postrzegane jako powstające w umyśle pacjenta, nie jako narzucone z zewnątrz.
2. Powtarzają się i są odczuwane jako nieprzyjemne. Co najmniej jeden objaw (myśl lub czynność natrętne) postrzegany jest jako nadmierny lub pozbawiony sensu.
3. Pacjent próbuje przeciwstawić się objawom (opór przeciwstawiany długo trwającym myślom lub czynnościom natrętnym może być minimalny). Pacjent nie jest w stanie przeciwstawić się co najmniej jednej myśli bądź czynności natrętnej.
4. Doświadczanie myśli natrętnych lub wykonywanie czynności natrętnych postrzegane jest jako nieprzyjemne (należy odróżnić od chwilowej ulgi odczuwanej w odniesieniu do napięcia lub lęku).

C. Myśli i/lub czynności natrętne wywołują zdenerwowanie lub wpływają negatywnie na indywidualne lub społeczne funkcjonowanie pacjenta, zazwyczaj powodują, że chory traci z ich powodu dużo czasu.

D. Myśli lub czynności natrętne nie są wynikiem innych zaburzeń psychicznych, takich jak schizofrenia lub zaburzenia afektywne.

Ważne

Jak podaje Jolanta Rabe-Jabłońska, w piśmiennictwie spotyka się również termin „zachowania obsesyjno-kompulsyjne”. Nie jest on jednoznaczny z rozpoznaniem OCD, lecz używa się go wtedy, gdy nasilenie objawów nie jest duże, nie zaburza one istotnie codziennego funkcjonowania pacjenta na wszystkich polach i nie powodują u niego poważnego dyskomfortu psychicznego. W takich przypadkach można rozpoznać subkliniczną postać OCD (Rabe-Jabłońska, 2007).

OCD a obsesje :

Cechą charakterystyczną OCD jest występowanie obsesji. Charakteryzujemy je jako uporczywe, stale nawracające wbrew woli pacjenta, również wbrew jego wysiłkom przeciwstawiania się im – myśli, impulsy lub wyobrażenia. Mimo iż są one rozpoznawane jako własne, a nie narzucone z zewnątrz, powodują silny dyskomfort w funkcjonowaniu. Pacjenci są w stanie zdobyć się na krytycyzm wobec nich, oceniając je jako absurdalne lub nierealne. Istnieje konieczność różnicowania obsesji od codziennego zamartwiania się. Pewne trudności może sprawiać

różnicowanie obsesji w sytuacjach, gdy z biegiem czasu spada krytyczny stosunek pacjentów do nich (obsesje mogą wówczas być błędnie zakwalifikowane jako urojenia). W przypadku małych dzieci poziom krytycyzmu w stosunku do kompulsji może być jednak od samego początku bardzo niski, podobnie jak potrzeba przeciwstawiania się im.

Obsesje w OCD występują w kilku postaciach: obsesyjne myśli (często o charakterze obscenicznym lub z innych względów budzące niepokój), obsesyjne wyobrażenia (często dotyczące gwałtownych, obscenicznych lub obrazoburczych scen), obsesyjne ruminacje (powracające zmartwienia zarówno o charakterze realnym, jak i abstrakcyjnym), obsesyjne wątpliwości (np. czy zamknąłem drzwi na klucz), obsesyjne fobie (np. skrzywdzenia kogoś z bliskich), obsesyjne rytuały (np. przymus liczenia w głowie). Zwykle są one powiązane z kompulsjami. Niektórzy autorzy (na przykład DSM-IV) kwalifikują te objawy jako mentalne kompulsje.

Postacie obsesji

Najczęstsza tematyka obsesji ogniskuje się wokół następujących tematów: agresja, porządek, brud i zarazki, choroba, seks i religia.

Kompulsje są powtarzającymi się, pozornie bezcelowymi, stereotypowymi pojedynczymi zachowaniami lub rytuałami złożonymi z wielu zachowań wykonywanych w określony sposób, w ustalonym porządku. Podobnie jak w przypadku obsesji, pacjent ma do kompulsji stosunek krytyczny lecz odczuwa przymus ich wykonywania.

Kompulsje

Przeciwstawienie się wykonywaniu kompulsji powoduje wzrost poziomu lęku, co w konsekwencji prowadzi do ich wykonania. Najczęściej obsesje i kompulsje występują równolegle (np. obawa przed zachorowaniem oraz kompulsja mycia rąk lub odkażania). U dzieci młodszych mogą występować same kompulsje. Istnieje wówczas konieczność ich różnicowania od tików (niekiedy błędnie diagnozowanych i leczonych). Występujące u dzieci starszych rytuały są zazwyczaj mniej skomplikowane niż u osób dorosłych. Najbardziej typowymi kompulsjami występującymi u dzieci i młodzieży są rytuały związane ze sprawdzaniem (np. wyłączenie żelazka, kuchenki, zamknięcie mieszkania itd.), czyszczeniem (np. dezynfekowanie przedmiotów, mycie rąk) oraz liczeniem.

W praktyce warto zwrócić uwagę na pewną specyfikę zaburzenia związaną z faktem, że część rytuałów (kompulsji) może nie być widoczna, może zaliczać się do tzw. rytuałów psychicznych, np. liczenie w myślach. W ich przypadku terapeuta nie jest w stanie ich zweryfikować bez współpracy ze strony pacjenta, co równocześnie wskazuje bazowe znaczenie relacji terapeutycznej.

Zarówno kompulsje, jak i obsesje mają charakter egodystoniczny – sprzeczny z cechami osobowości pacjenta, który w związku z tym podejmuje próby przeciwstawiania się im. Są one powodem pogorszenia funkcjonowania oraz cierpienia psychicznego.

Z PRAKTYKI GABINETU

W przypadku pracy gabinetowej z dziećmi i młodzieżą należy wziąć pod uwagę także system rodzinny, szczególnie w zakresie możliwości wspierania kompulsji podopiecznych. Istnieje konieczność psychoedukacji członków rodziny, ustalenia trybu postępowania, tak aby nie wspierali objawów występujących u dzieci. Włączenie bliskich jest w tym przypadku nieodzowne.

Brytyjski Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonalenia Opieki (NICE, *National Institute for Health and Care Excellence*) w zakresie diagnostyki OCD sugeruje zadawanie pacjentom poniższych pytań [odpowiedź tak na którekolwiek sugeruje przeprowadzenie diagnozy w celu potwierdzenia lub wykluczenia zaburzenia (NICE 2005)]:

- Czy za bardzo myjesz się lub czyścisz różne rzeczy?
- Czy za bardzo sprawdzasz różne rzeczy?
- Czy pojawiają się niechciane własne myśli, które cię męczą lub martwią, chciałbyś się ich pozbyć, ale nie potrafisz?
- Czy zakończenie zwykłych codziennych czynności zabiera ci zbyt dużo czasu?
- Czy jesteś za bardzo skoncentrowany na utrzymaniu porządku lub symetrii?
- Czy powyższe problemy niepokoją cię?

Ocena nasilenia
zaburzeń obsesyjno-
kompulsywnych

Do oceny nasilenia zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych u dzieci i młodzieży służy test Y-BOCS (*Yale Brown Obsessive i Compulsive Scale*) wersja child opracowana przez A. Bryńską i T. Wolańczyka. Jest on najbardziej popularnym narzędziem do badania OCD w warunkach polskich. Warto podkreślić, że nie jest to test diagnostyczny, ale badający nasilenie objawów. W porównaniu do testu dla dorosłych uproszczono w nim język oraz zastosowano formuły opisowe mające ułatwić dzieciom udzielanie odpowiedzi na poszczególne pytania. Czynności

i myśli natrętne zostały podzielone na 15 kategorii; pytania 1–5 dotyczą myśli natrętnych, a pytania 6–10 dotyczą kompulsji (Jeśka, 2012).

W zakresie epidemiologii występowanie zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych w populacji określa się na 2% (Kalra i Swedo, 2009). Należy jednak zwrócić uwagę na to, że w przypadku występowania w rodzinie zaburzeń o tym charakterze ich częstotliwość wzrasta do 9,2%. Ten drugi współczynnik wskazuje na czynnik genetyczny jako istotnie zwiększający ryzyko zachorowania, ważne więc, aby uwzględnić go w wywiadzie przeprowadzanym z rodzicami dziecka. Potwierdza go także występowanie prawdopodobieństwa zachorowania u bliźniąt monozygotycznych, szacowane na około 53–87%). Około 50% osób zapadających na OCD choruje już w dzieciństwie, często są to epizody (Bryńska, 2007). O ile jednak w przypadku osób dorosłych proporcje płci rozkładają się równomiernie, o tyle w zachorowaniach dziecięcych obserwuje się przewagę chłopców. W praktyce częściej obserwuje się wystąpienie obsesji przed kompulsjami. OCD jest czwartym zaburzeniem pod względem częstości występowania.

Częstotliwość występowania zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych

W praktyce gabinetowej diagnoza różnicowa powinna uwzględnić przede wszystkim: zaburzenia depresyjne z występującymi w ich obrębie ruminacjami, zaburzenia tikowe, zaburzenia odżywiania.

U dzieci należy zwrócić uwagę na występujące u nich tzw. rytuały wczesnodziecięce, takie jak występujące na przełomie 2.–3. roku życia sprawdzania oraz dotykania, układania w określony sposób (szczególnie w zakresie takich czynności jak sen, kąpiel, jedzenie) oraz charakterystyczne dla okolic 7. roku życia dziecka kolekcjonowanie przedmiotów, często łączące się z charakterystycznymi sekwencjami układania.

Rytuały wczesnodziecięce

W zakresie etiopatologii zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych istotne znaczenie mogą mieć następujące obszary: wspomniane na początku zmiany strukturalne i czynnościowe OUN dotyczące zwłaszcza: płatów czołowych, zakrętu obręczy, jądra ogoniastego i soczewkowatego, struktur układu limbicznego oraz zmian w obrębie połączeń neuronalnych korowo-podkorowych, zaburzeń neuroprzekaznictwa (serotonina, dopamina, noradrenalina) oraz zaburzenia neuroimmunologiczne związane z zakażeniem paciorkowcami. Ważne jest więc zbadanie poziomu hormonów oraz testy w kierunku zakażenia paciorkowcami, na które należy skierować opiekunów dziecka.

Istotne, aby mieć świadomość współwystępowania zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych z innymi zaburzeniami psychicznymi. Najsilniejsze związki występują pomiędzy OCD a depresją (80% pacjentów z OCD rozwija na różnych etapach choroby zaburzenie depresyjne, jak również 1/3 pacjentów depresyjnych

prezentuje objawy zespołu natręctw). Ważne, aby skutecznie różnicować objawy OCD od ruminalacji (czyli powracających, natrętnych myśli). Współwystępowanie można także zaobserwować u niektórych pacjentów z orzeczeniem schizofrenii oraz zespołu Tourette'a.

Z PRAKTYKI GABINETU

Przechodząc do praktycznych zagadnień związanych z pracą z dziećmi i młodzieżą z OCD w terapii behawioralno-poznawczej, odwołam się do podstawowych pojęć i modeli, na których opiera się terapia tego zaburzenia. Warto zwrócić uwagę na dwuetapową teorię Mowrera, zgodnie z którą pojawiające się u pacjenta czynności natrętne są związane z potrzebą redukcji niepokoju pojawiającego się w reakcji na bodziec lękotwórczy. McFall i Wollersheim (1979) zwracają natomiast uwagę na przecenianie zagrożenia u osób z OCD oraz występujące w ich myśleniu charakterystyczne przekonania oraz metaprzekonania. Podkreśla się występowanie potrzeby nadmiernej kontroli, perfekcjonizm oraz zbytnią odpowiedzialność – jako częsty rys osobowości.

W leczeniu zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych u dzieci i dorosłych zaleca się psychoterapię oraz farmakoterapię – stosowane rozdzielnie lub łącznie. Można tu wskazać przede wszystkim terapię behawioralną ekspozycyjną (E/PR – ekspozycja z powstrzymaniem reakcji). W tym podejściu, prezentowaniu sytuacji budzącej lęk i prowokującej rytuał, towarzyszy powstrzymanie reakcji ze strony pacjenta. Istotnym założeniem jest redukcja unikania oraz wygaszanie lęku. Wykorzystuje się mechanizmy habituacji oraz wygaszania wzmocnienia. Można korzystać z dwóch rodzajów ekspozycji: rzeczywistej (*in vivo*) oraz wyobrażeniowej.

Protokół Intensywnej
Ekspozycji
z Powstrzymaniem
Reakcji

Jednym z najbardziej znanych protokołów do wykorzystania w pracy z osobami z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym jest protokół Intensywnej Ekspozycji z Powstrzymaniem Reakcji (Franklin i Foa, 2014). Program terapeutyczny obejmuje 15 spotkań po 3 godziny albo minimum 3 sesje w ciągu tygodnia. Planowany czas terapii wynosi 3 tygodnie.

Program podzielony jest na cztery fazy:

- Faza I: Wywiad i planowanie terapii.
- Faza II: Intensywna ekspozycja z powstrzymaniem reakcji.
- Faza III: Wizyta w domu.
- Faza IV: Zapobieganie nawrotom.

Postępowanie psychoterapeutyczne w przypadku dzieci (Rebe-Jabłońska, 2007). powinno obejmować:

1. Zdefiniowanie problemu w kontekście medycznym, umożliwiające pacjentowi widzenie zaburzenia jako choroby, a nie jako „złego przyzwyczajenia czy też zachowania”.
2. Rutynowe nadanie chorobie „brzydkiego przezwiska”, ułatwiające eksternalizację objawów, dzięki czemu dziecko może ją traktować jako „wroga”, przeciwko któremu jest toczona „wojna” przy wsparciu technik behawioralnych. U adolescentów zastosowanie tej metody zależy od stopnia ich dojrzałości.
3. Wdrożenie procedur związanych z ekspozycją i powstrzymaniem reakcji, stanowiących najistotniejszą część leczenia.
4. Negocjowanie z pacjentem rodzaju ekspozycji oraz sposobów powstrzymania reakcji, pozwalające na lepszą współpracę oraz szybszą poprawę.
5. Zastosowanie innych technik terapeutycznych, takich jak poznawcze, wpływające na poziom lęku, oparte na warunkowaniu sprawczym. Wdrażanie terapii rodzinnej w przypadkach rodziny dysfunkcyjnej.
6. Włączenie w proces terapeutyczny, zwłaszcza w procedury behawioralne, najbliższego otoczenia pacjenta.
7. Rozważenie wskazań do stosowania farmakoterapii.

W zakresie pracy z zaburzeniami dzieci i młodzieży z OCD istnieje przydatne narzędzie opracowane przez zespół J. Placentini, A. Langley, T. Roblek. *Terapia zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego dzieci i młodzieży 8–17 lat* składa się z dwóch części – podręcznika terapeuty i podręcznika pacjenta. Zawierają one kompleksowy program pracy podzielony na 12 sesji. Dla dzieci młodszych dostępna jest *Terapia zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego małego dziecka* autorstwa Abbe Marrs Garcia, Jennifer B. Freeman. Są one gotowymi skryptami do pracy gabinetowej.

Narzędzia do
pracy z dziećmi
i młodzieżą z OCD

Przedstawione poniżej przykładowe karty pracy mogą zostać wykorzystane jako narzędzia dodatkowe. Nie stanowią całkowitego programu terapeutycznego. Należy podkreślić, że w terapii poznawczo-behawioralnej wielu praktyków zaleca dokładne trzymanie się protokołów.

KARTA PRACY DO WYKORZYSTANIA W TERAPII

Narysuj mapę myśli, wykorzystując informacje na temat OCD przekazane przez Twojego terapeutę. Używaj różnych kolorów. Podkreśl szczególnie ważne dla Ciebie informacje.

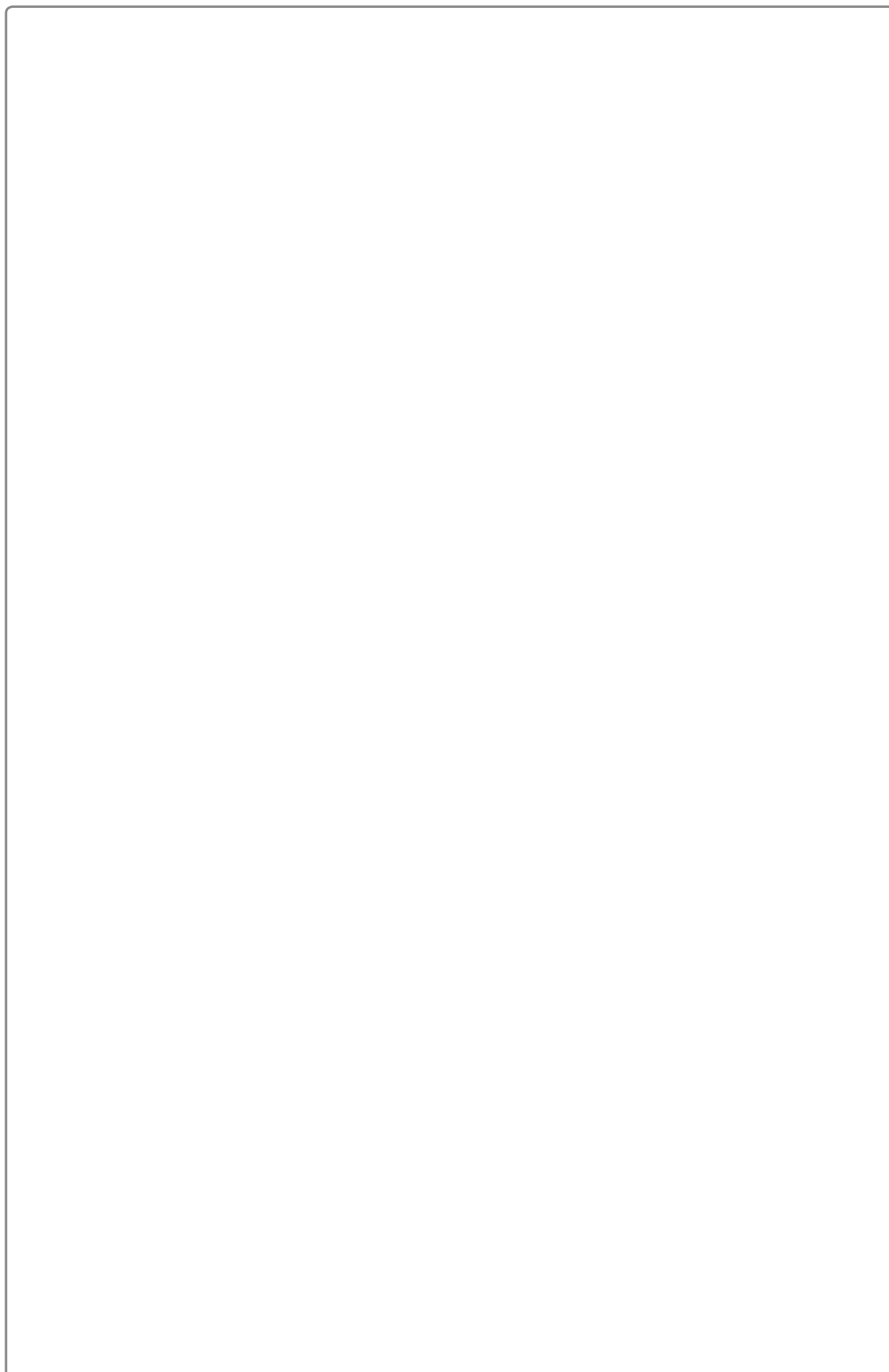
A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to draw a mind map. The box occupies the majority of the lower half of the page.

KARTA PRACY DO WYKORZYSTANIA W TERAPII

Warto zauważać to, jak się czujemy. A Ty jak czujesz się w ostatnim czasie (wesoły, spięty, znudzony, podekscytowany, zły, odprężony, zmęczony, spokojny, przerażony, zmartwiony, odprężony, wystraszony, znudzony)?

KARTA PRACY DO WYKORZYSTANIA W TERAPII

Narysuj swoją postać, a następnie zaznacz w dymkach myśli, które wywołują zdenerwowanie lub niepokój.

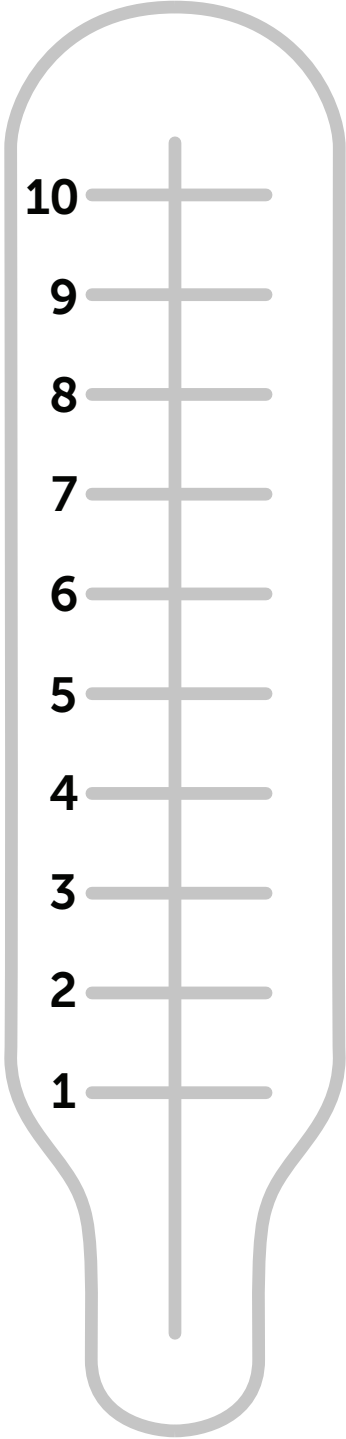
A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for a person to draw their own figure and mark thought bubbles that cause stress or anxiety.

KARTA PRACY DO WYKORZYSTANIA W TERAPII

Obsesje – to powtarzające się negatywne wyobrażenia lub impulsy. Stwórz listę swoich obsesji:

KARTA PRACY DO WYKORZYSTANIA W TERAPII

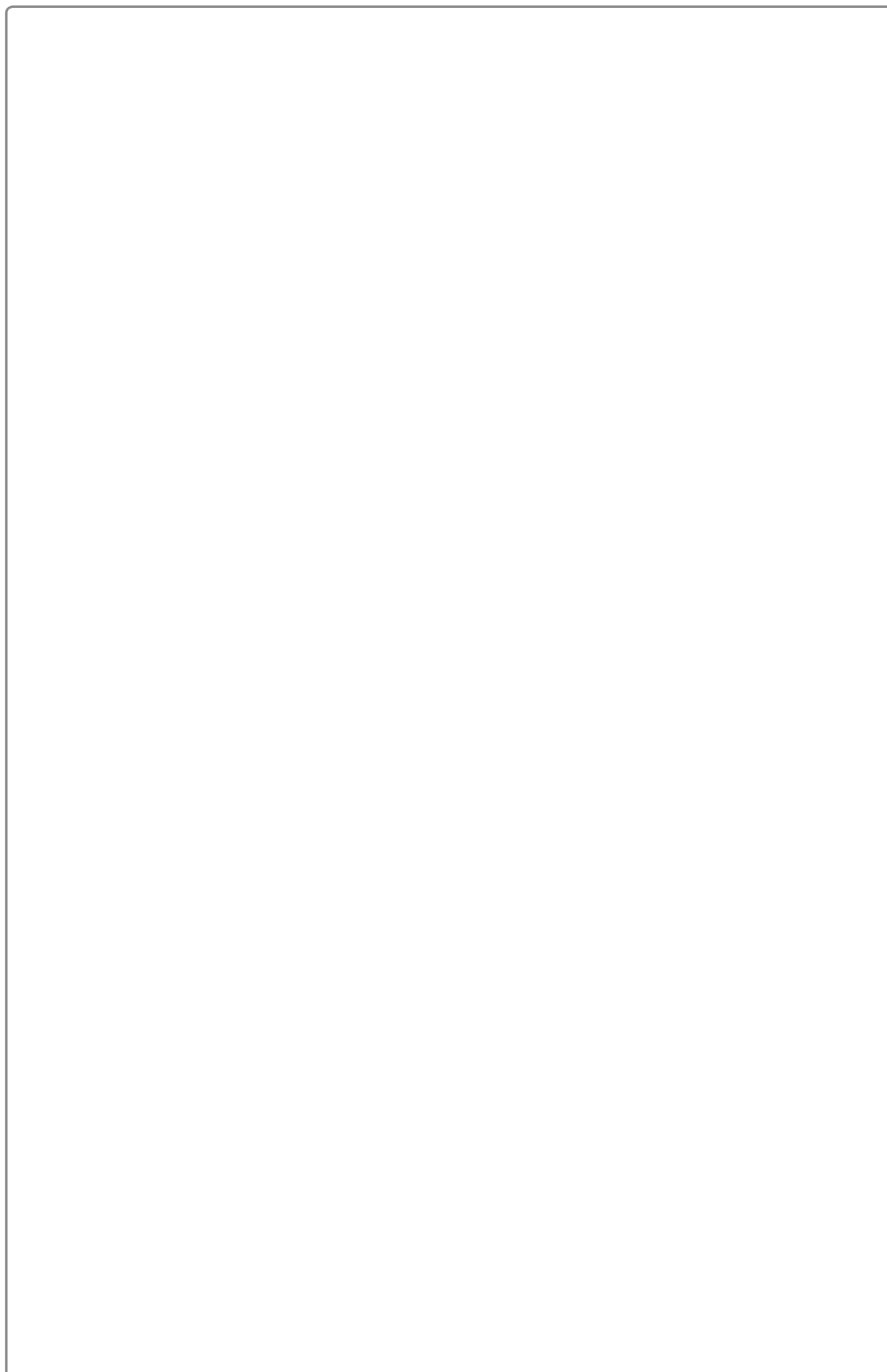
To rysunek termometru. Nie mierzy on temperatury, ale poziom odczuwanego lęku (1 – niski poziom lęku, 10 – najwyższy poziom lęku jakiego doświadczyłeś(-aś). Zaznacz swoje obsesje odpowiednio na skali.



The image shows a vertical scale designed to look like a thermometer. It consists of a central vertical line with horizontal tick marks extending to the left. To the left of these tick marks are the numbers 1 through 10, arranged from bottom to top. The top of the scale is rounded, and the bottom is also rounded, resembling the bulb of a thermometer. The entire scale is enclosed within a rectangular border.

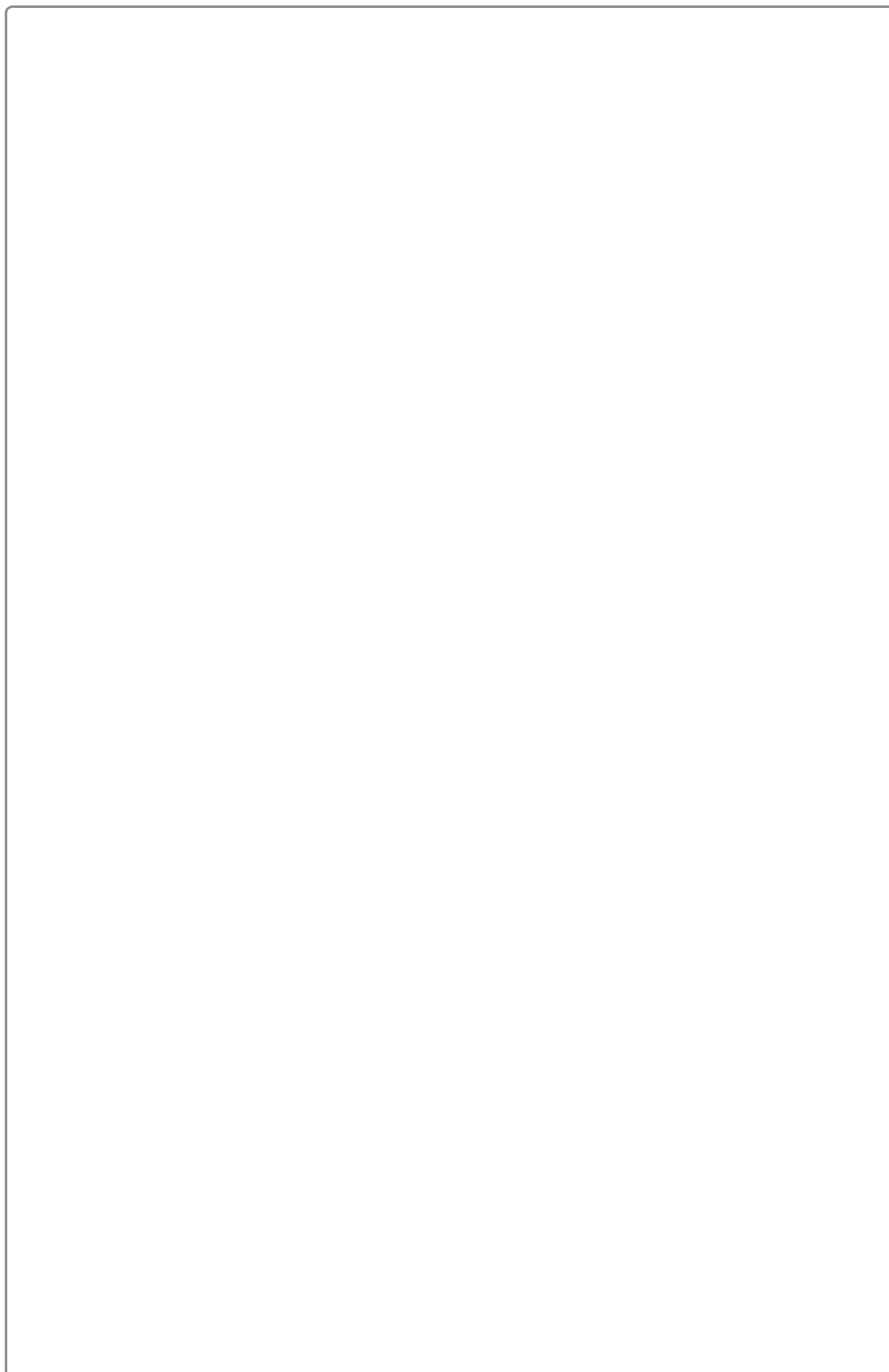
KARTA PRACY DO WYKORZYSTANIA W TERAPII

Kompulsje – to powtarzające się myśli, wyobrażenia i działania. Wypisz swoje kompulsje. Możesz wykonać rysunki, które je zobrazują.



KARTA PRACY DO WYKORZYSTANIA W TERAPII

Unikanie przeszkadza nam w osiągnięciu sukcesu w wielu sytuacjach życiowych. Narysuj komiks, w którym osoba w Twoim wieku unika jakiejś sytuacji.



KARTA PRACY DO WYKORZYSTANIA W TERAPII

Wymyśl historyjkę, w której bohater reaguje na fałszywy alarm. Przyjrzyj się:

- Dlaczego tak postąpił?
- Co wprowadziło go w błąd?
- Jakie były konsekwencje jego decyzji?
- Co by się stało, gdyby bohater zignorował fałszywy alarm?

KARTA PRACY DO WYKORZYSTANIA W TERAPII

Podaj przykłady sytuacji, kiedy lęk okazuje się „fałszywym alarmem”.

Sytuacja 1

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sytuacja 2

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sytuacja 3

.....

.....

.....

.....

.....

.....

KARTA PRACY DO WYKORZYSTANIA W TERAPII

Dziennik objawów jest pomocny przy monitorowaniu objawów choroby. Wypełniaj go starannie. Zwróć uwagę, że dotyczy on tylko jednego objawu. To na nim masz się skoncentrować. W przypadku gdy objaw występuje bardzo często, ustal z terapeutą, kiedy masz go obserwować.

Objaw:

Data	Godzina	Obsesja (niepokój)	Kompulsja

Źródło: Piacentini J., Langely A., Roblek 2018

Dziennik objawów służący monitorowaniu obsesji oraz kompulsji. W przypadku gdy objaw występuje bardzo często, ustal z terapeutą, kiedy masz go obserwować.

Objaw:

Data	Godzina	Obsesja (niepokój)	Kompulsja	Termometr OCD

Źródło: Piacentini J., Langely A., Roblek 2018

KARTA PRACY DO WYKORZYSTANIA W TERAPII

Narysuj, jak wyobrażasz sobie swoje OCD. Zapisz nazwy, jakimi je określasz.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for a patient to draw and write their OCD symptoms and names within it.

KARTA PRACY DO WYKORZYSTANIA W TERAPII

Zaznacz na skali 1–10 swój nastrój w dniu dzisiejszym (1 oznacza zły nastrój, 10 – bardzo dobry nastrój).

A vertical scale for mood assessment, enclosed in a rectangular box. The scale consists of a central vertical line with horizontal tick marks extending to the left and right. To the left of the line, the numbers 1 through 10 are printed in a bold, sans-serif font, aligned with their respective tick marks. The number 1 is at the bottom, and 10 is at the top. The scale is currently empty, with no marks or text indicating a selected mood.

KARTA PRACY DO WYKORZYSTANIA W TERAPII

Przygotuj wspólnie z terapeutą plan pierwszej ekspozycji z powstrzymaniem reakcji w gabinecie. Każdą kolejną ekspozycję warto przygotowywać wg poniższego schematu.

Objaw.

Ekspozycja.

Sposoby radzenia sobie z myślą wynikającą z OCD.

Wykres lęku (porównanie kilku ekspozycji lub zapis lęku w czasie).

Choroba może budzić u Ciebie niepokój – warto mu się przyjrzeć.

KARTA PRACY DO WYKORZYSTANIA W TERAPII

Moja myśl wynikająca z OCD.

Moje obawy:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fakty:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

KARTA PRACY DO WYKORZYSTANIA W TERAPII

Myśli obsesyjne budzą lęk. Warto podjąć z nimi dyskusję i poszukać argumentów zwalczających myśl.

Moja myśl wynikająca z OCD:

.....

.....

.....

.....

.....

Argument 1:

.....

.....

.....

.....

.....

Argument 2:

.....

.....

.....

.....

.....

Argument 3:

.....

.....

.....

.....

KARTA PRACY DO WYKORZYSTANIA W TERAPII

Co myśli wynikające z OCD robią z moim życiem?

KARTA PRACY DO WYKORZYSTANIA W TERAPII

Lista moich sukcesów w walce z OCD.

1.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.....

.....

.....

.....

.....

.....

3.....

.....

.....

.....

.....

4.....

.....

.....

.....

.....

.....

REFLEKSJA PRAKTYKA

Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne zajmują czwartą pozycję pod względem częstotliwości występowania. Dzieci cierpiące na OCD trafiają więc stosunkowo często do gabinetów psychologów i terapeutów. Są to pacjenci odczuwający wysoki dyskomfort niezwykle utrudniający codzienne funkcjonowanie. Zdarza się, że do pewnego momentu są oni w stanie ukrywać objawy w sytuacjach bardziej oficjalnych, jednak im dłużej trwa choroba, tym jest ona bardziej dostrzegana przez otoczenie, co powoduje wzrost frustracji i lęku u pacjenta i jego bliskich. Brak leczenia w przypadku OCD może trwale zaburzyć codzienne życie oraz funkcjonowanie dziecka i jego rodziny. Nie da się więc przeprowadzić terapii dziecka bez współpracy i zaangażowania ze strony jego najbliższego otoczenia. Jednym z istotnych czynników skutecznie obniżających poziom lęku jest psychoedukacja, która pozwala zrozumieć mechanizm zaburzenia oraz wprowadzić normalizację, czyli wzbudzić przekonanie, że problem OCD dotyczy około 2% populacji. Dobra relacja terapeutyczna pozwala na zaufanie podczas podejmowania ekspozycji z powstrzymywaniem reakcji zarówno w gabinecie, jak i w życiu codziennym. Ostatnim elementem terapii jest profilaktyka zapobiegania nawrotom, mająca za zadanie zminimalizować powtórne zachorowanie i wyposażyć dziecko w narzędzia rozpoznawania negatywnych objawów i przeciwstawiania się im na wczesnym etapie.

Psychoedukacja

Bibliografia:

1. Bryńska A., *Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne. Rozpoznanie, etiologia, terapia poznawczo-behawioralna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
2. Foa E., Yadin E., Lichner T., *Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, Terapia ekspozycji i powstrzymania reakcji*, GWP, Gdańsk 2016.
3. ICD-10. *International Classification of Diseases. X edition. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. 10 edycja. World Health Organisation*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vessalius, Kraków 1998.
4. Jeśka M., *Narzędzia do oceny pomiarów zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego (zastosowanie, właściwości, wady i zalety)*, „Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny Review of Clinical Neuropsychiatry” vol. 4, 3, 2012.
5. Kendall P., *Terapia dzieci i młodzieży. Procedury poznawczo-behawioralne*.
6. *National Institute for Health and Clinical Excellence. Obsessive Compulsive Disorder: Core Interventions in the Treatment of Obsessive Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder*, NICE, London 2005.
7. Piacentini J., Langely A., Roblek T., *Terapia zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego dzieci i młodzieży 8–17 lat. Podręcznik*, GWP, Sopot 2018.
8. Piacentini J., Langely A., Roblek T., *Terapia zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego dzieci i młodzieży 8–17 lat. Poradnik pacjenta*, GWP, Sopot 2018.

9. Rabe-Jabłońska J., *Diagnoza i leczenie zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego*, „Psychiatria” Tom 4, nr 4, 2007.

NOTATKI

A large rectangular area with a folded top-left corner, containing horizontal dotted lines for writing. The lines are evenly spaced and extend across the width of the rectangle.