

Magdalena A. Kitłowska

POZNAWCZO-BEHAWIORALNE ROZUMIENIE ZABURZENIA OBSESYJNO-KOMPULSYWNEGO — MODEL SALKOVSKISA

COGNITIVE-BEHAVIOURAL CONCEPTS OF OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER — THE SALKOVSKIS' MODEL

II Klinika Psychiatrii AM w Warszawie
Kierownik: prof. Andrzej Kokoszka
Centrum Psychoterapii
Kierownik: lek. med. Ludwik Bryła

**inflated responsibility
obsessive-compulsive disorder
cognitive-behavioural therapy
the Salkovskis' model**

Autorka prezentuje poznawczo-behawioralne koncepcje zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, koncentrując się przede wszystkim na modelu Salkovskisa. Model ten opisuje powstawanie myśli obsesyjnych w kontekście aktywizacji przekonań o osobistej odpowiedzialności, a także wyjaśnia genezę i funkcję kompulsji. Autorka zwraca też uwagę na istnienie dodatkowych czynników podtrzymujących zaburzenie oraz przedstawia proponowane strategie postępowania w nurcie poznawczo-behawioralnym.

Summary. In the article the author presents cognitive-behavioural concepts of obsessive-compulsive disorder, putting emphasis on a model of inflated responsibility described by Salkovskis in 1985. The model describes how obsessive thoughts are formed by activating beliefs on personal responsibility. The theory developed by Salkovskis explains the origins and functions of compulsions, which are to neutralize obsessive thought. The article presents graphic formulation of the model, which indicates additional maintaining factors. Research data are described to explain the role of those factors in maintaining and modulating the problem. Cognitive-behavioural interventions in treating OCD are briefly presented.

1. Wprowadzenie

Tym, co odróżnia terapię poznawczo-behawioralną od terapii behawioralnej i innych form psychoterapii, jest założenie, że zaburzenia są podtrzymywane przez specyficzne procesy i treści poznawcze — np. osiowym mechanizmem w lęku panicznym jest katastroficzna interpretacja doznań w ciele opisana przez Clarka [1], w depresji jest to triada depresyjna i spadek aktywności [2]. Zatem w terapii poznawczo-behawioralnej specyficzne modele procesów poznawczych, podtrzymujących zaburzenie, są podstawą interwencji terapeutycznych, ukierunkowanych na zmianę tych procesów. W tej terapii wykorzystuje się kombinację metod, zarówno poznawczych (restrukturyzacja poznawcza), jak i behawioralnych (eksperymenty behawioralne), by uzyskać długotrwałą zmianę [3]. W polskim piśmiennictwie zarysowano historię i rozwój tego kierunku terapeutycznego [4].

2. Zaburzenie obsesyjno-kompulsywne

Według badań epidemiologicznych na zaburzenie obsesyjno-kompulsywne cierpi 2% populacji światowej [5]. Charakteryzuje się ono występowaniem obsesji — natrętnych, powracających myśli, obrazów lub słów, które powodują dystres, poczucie winy lub lęk. Obsesje rozpoznawane są jako wytwór własnego umysłu (nie są nasyłane, jak to zdarza się w zaburzeniach psychotycznych). Ich cechą charakterystyczną jest egodystoniczność — stąd częste próby kontroli myśli. Kompulsje to powtarzające się zachowania (mogą to być strategie myślowe — np. odmawianie modlitw, by stłumić obsesyjny obraz, liczenie w myślach, lub behawioralne — np. mycie dłoni, sprawdzanie kontaktów), w reakcji na obsesyjną myśl, zgodnie ze sztywno przestrzeganymi zasadami. Mają one na celu redukcję dystresu oraz/lub służą zapobieganiu subiektywnie odczuwanemu zagrożeniu. Zaburzenie to ma destrukcyjny wpływ na funkcjonowanie pacjenta — kompulsje często pochłaniają znaczną ilość czasu, co utrudnia aktywność zawodową/szkolną, dezorganizują życie rodzinne i kontakty społeczne. Ponadto niektóre zachowania kompulsywne mają szkodliwy wpływ na zdrowie fizyczne — np. kompulsywne mycie rąk często prowadzi do abrazji, pacjenci cierpiący z powodu kompulsywnego gromadzenia nierzadko otaczają się przedmiotami znalezionymi w niehigienicznych miejscach (np. śmietniki). Spektrum tego zaburzenia to lęk przed zanieczyszczeniem brudem lub zarazkami, powtarzające się sprawdzanie (np. kontaktów, kurków gazu), natrętne myśli o charakterze agresywnym, seksualnym lub religijnym, nadmierne zaangażowanie w utrzymywanie porządku, symetrię, gromadzenie i trudność w pozbywaniu się przedmiotów.

3. Poznawczo-behawioralne koncepcje zaburzenia

W teorii poznawczo-behawioralnej opisywanych jest kilka kluczowych mechanizmów powodujących zaburzenie obsesyjno-kompulsywne. Autorzy koncepcji podkreślali różne elementy występujące w tym zaburzeniu: perfekcjonizm [6], deficyty poznawcze i/lub trudności w podejmowaniu decyzji [7], swoistą hierarchię ważności oraz zlanie się myśli z działaniem — TAF [8, 9, 10], metapoznawcze przekonania dotyczące kontroli myśli [11], strategie radzenia sobie z postrzeganym zagrożeniem [12, 13] oraz nadmierną odpowiedzialność [14].

W niniejszym artykule przedstawię model Salkovskisa, wykorzystując także wyniki opublikowanych badań, by opisać mechanizmy podtrzymujące to zaburzenie.

4. Zaburzenie obsesyjno-kompulsywne w modelu Salkovskisa

W swoich pracach Salkovskis [14, 15] wskazuje na rolę nadmiernej odpowiedzialności, towarzyszącej ocenie intruzji, zaobserwowanej u pacjentów cierpiących na to zaburzenie. Model zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego składa się z kilku mechanizmów i poziomów, zostaną one zatem szczegółowo opisane, z odwołaniem się do badań weryfikujących ich użyteczność teoretyczną. Graficzne przedstawienie modelu Salkovskisa znajduje się w Załączniku.

4.1. Wczesne doświadczenia, wydarzenia krytyczne, poziom głębokich przekonań i założeń

Zgodnie z rozumieniem poznawczo-behawioralnym, wydarzenia życiowe, styl wychowania, atmosfera w domu rodzinnym warunkują percepcję otaczającego świata, innych

ludzi i siebie. Doświadczenie jest zapisywane jako przekonania czy zasady kształtujące sposób interpretowania rzeczywistości oraz interakcje jednostki ze światem zewnętrznym.

W literaturze [16] opisano kilka obszarów wczesnych doświadczeń charakterystycznych dla osób cierpiących z powodu zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego. Często dotknięte są nim:

- osoby, które od wczesnego dzieciństwa obarczone były nadmierną odpowiedzialnością (np. na skutek braku opieki rodzicielskiej lub zaniedbań, choroby alkoholowej w rodzinie itd.) — także w sensie emocjonalnym („Zobacz, co mama przez ciebie zrobiła!”);
- osoby wychowane w systemie rodzinnym charakteryzującym się nadmiernie ochraniającym stylem rodzicielskim, którego skutkiem jest brak treningu w podejmowaniu decyzji (ewaluacja ważności bodźców) i radzeniu sobie z poczuciem odpowiedzialności;
- osoby istotnie zaangażowane w wydarzenie, na skutek którego inni ludzie doznali szkody lub krzywdy;
- osoby wychowane w surowej atmosferze obowiązkowości, skrupulatności i perfekcjonizmu, nadmiernej religijności i zasad — jakiegokolwiek odchylenia od przyjętych zasad silnie zagrażało wykluczeniem („Kowalscy tak właśnie robią”);
- osoby, które nauczyły się pod wpływem jakiegoś zdarzenia, że myśli mogą wpływać na rzeczywistość (np. jako dzieci życzyły komuś śmierci i wkrótce potem ten ktoś zginął w wypadku).

Rachman [8] opisuje charakterystyczne dla zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego zniekształcenie poznawcze — fuzję myśli z czynem, tzw. TAF (thought-action-fusion). To zniekształcenie przejawia się w dwóch formach:

- „TAF prawdopodobieństwa”, w którym intruzywna myśl powoduje przeświadczenie o zwiększeniu prawdopodobieństwa negatywnego zdarzenia („myślenie o wypadku bliskiej osoby zwiększy prawdopodobieństwo takiego zdarzenia”);
- „TAF moralności”, w którym doświadczenie intruzywnej myśli jest równoznaczne z dokonaniem zabronionego czynu (np. seksualne lub agresywne myśli mają wagę moralną zachowań rzeczywistych).

4.2. Incydent krytyczny

W piśmiennictwie poświęconym zaburzeniu obsesyjno-kompulsywnemu [17, 18, 19] prezentowane są także doniesienia o jego występowaniu w następstwie stresu pourazowego. Zaobserwowano, że u pacjentów cierpiących wcześniej z powodu traumy, po jakimś czasie rozwijały się objawy obsesyjno-kompulsywne służące redukcji napięcia i blokowaniu wspomnień traumatycznego przeżycia.

Zaburzenie obsesyjno-kompulsywne rozwija się stopniowo, rozpoczyna się w późnym okresie adolescencji, do wczesnej dorosłości. Pacjenci zgłaszają się do terapeuty zazwyczaj po wielu latach — średnio po 7 [20] — i mogą mieć trudności z odtworzeniem pierwotnej sytuacji, od której zaczęły się problemy, stąd w terapii trudno odszukać wydarzenia krytyczne inicjujące wzorce zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego.

4.3. Geneza myśli obsesyjnych w modelu Salkovskisa

W modelu Salkovskisa każda treść poznawcza (intruzja, myśl, obraz, wspomnienie) może stać się myślą obsesyjną, jeżeli zostanie oceniona jako zagrażająca i ważna. Taka ocena intruzji aktywizuje przekonania dotyczące osobistej odpowiedzialności. Odpo-

wiedzialność jest definiowana w tym modelu jako przekonanie o możliwości wpływu na wydarzenie (wywołanie lub zapobieganie mu) i jego przewidywane negatywne skutki (np. spowodowanie choroby lub wypadku samochodowego bliskiej osoby poprzez myślenie o tym). Zatem obsesją stanie się myśl, wyobrażenie czy wątpliwość, która wywoła dyskomfort (lęk, poczucie winy) oraz natychmiastową potrzebę zachowań neutralizujących ją (lub jej konsekwencje). Taki wzorzec powstawania obsesji jest szczególnie prawdopodobny u osób, które interpretują intruzję jako dobrowolną i stąd odczuwają szczególnie silne poczucie odpowiedzialności za własne czyny („Jeśli mam takie myśli, to znaczy, że pewnie tego chcę — tym bardziej muszę się pilnować”). Centralną koncepcją w tym modelu jest założenie, że nie sama intruzja, a interpretacja jej (zgodna z przekonaniami) powoduje potrzebę neutralizowania (kompulsje) spostrzeganego zagrożenia. Intruzja może zostać zinterpretowana jako zagrażająca zależnie od jej treści i idiosynkratycznego znaczenia dla danej osoby (zgodnie z jej systemem wartości i doświadczeniem).

4.4. Kompulsje jako neutralizowanie obsesji

Kompulsje są odpowiedzią na obsesyjną myśl. Mają na celu zmniejszenie spostrzeżonego zagrożenia, wynikają bezpośrednio z poczucia nadmiernej odpowiedzialności, która jest osią modelu Salkovskisa. Zatem wszystkie kompulsje (zarówno czynności, np. mycie dłoni, sprawdzanie, jak i myślowe strategie) są zrozumiałe w kontekście obsesyjnej myśli i doświadczenia jednostki. Często, po dłuższym czasie trwania zaburzenia, neutralizowanie obsesji może następować tak szybko, że dostęp do nich, czyli oceny obsesyjnych myśli, jest bardzo trudny.

LaDoucer i wsp. [21] opisali wyniki badań nad strategiami podejmowanymi w celu zneutralizowania dyskomfortu (przy zachowanej wierze w poprawną ocenę intruzji). Wśród strategii mentalnych wyróżniono niepodejmowanie żadnego działania, upewnianie się, racjonalny monolog wewnątrzny, analizowanie myśli obsesyjnej, zastępowanie jednej myśli inną, wykonywanie w myślach działania mającego na celu usunięcie myśli, podejmowanie czynności rozpraszającej myśli oraz ich tłumienie. Wybór strategii był związany z różnymi czynnikami, np. intensywnością myśli, jej oceną, kontekstem, w jakim się pojawiła, nastrojem oraz wcześniejszym doświadczeniem jednostki dotyczącym skuteczności danej strategii. Badania nie wykazały, że którekolwiek ze strategii są skuteczniejsze od innych. Nie potwierdzono także stereotypii w stosowaniu rytuałów — pacjenci używali różnych strategii wobec myśli obsesyjnych. Jednym z interesujących wyników tego badania było spostrzeżenie, że im bardziej myśl oceniona jest jako egodystoniczna, tym silniejsza tendencja do jej unikania i blokowania.

5. Dodatkowe czynniki nasilające problem

Poza podstawowymi czynnikami, generującymi wystąpienie sekwencji obsesja—neutralizowanie, istnieją czynniki dodatkowo wzmacniające utrzymywanie się zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego.

5.1 Zniekształcenia w zakresie funkcjonowania poznawczego

Istotnym elementem w modelu poznawczym są zniekształcenia w zakresie uwagi, pamięci i spostrzegania u pacjentów cierpiących na to zaburzenie. Wyniki badań [22] wska-

zują, że osoby pod wpływem lęku wykazują selektywną uwagę, jeśli chodzi o potencjalne źródła zagrożenia — zgodnie z tym, pacjenci z zaburzeniem obsesyjno-kompulsywnym charakteryzują się poszukiwaniem w środowisku (i lokowaniem tam uwagi) bodźców zgodnych z treścią obsesji. Zaobserwowano, że badani pod wpływem działania zagrażających bodźców wolniej przetwarzają informacje; efekt ten utrzymywał się także po zakończeniu ekspozycji na te bodźce [23]. Badania Ceschi i wsp. [24] ujawniły także, że pacjenci cierpiący na zaburzenie obsesyjno-kompulsywne wykazują większą łatwość w przywoływaniu wspomnień związanych z bodźcem zagrażającym. McNally i Kohlbeck [25] badali funkcjonowanie pamięci u osób z tym zaburzeniem — pacjenci często zgłaszają wątpliwości, czy rzeczywiście wykonali czynność, czy tylko myśleli o jej wykonaniu. Chciano to zweryfikować w badaniu. Okazało się, że zdolność pacjentów do różnicowania wspomnień realnego działania od wyobrażeń działania nie odbiegała od zdolności w grupie kontrolnej, grupa eksperymentalna natomiast wyrażała znacznie więcej wątpliwości i braku zaufania do funkcjonowania swojej pamięci. Nie zaobserwowano także żadnych deficytów poznawczych o podłożu organicznym.

Zniekształcenia w zakresie funkcji poznawczych (uwaga, pamięć) są podstawą do przeceniania bodźca i jego znaczenia. Pacjenci często pomijają wiele istotnych elementów kontekstu, skupiając się wyłącznie na zagrażających elementach, co przyczynia się do utrwalania zaburzenia. W literaturze dotyczącej terapii poznawczo-behawioralnej wielokrotnie opisuje się wpływ zniekształceń poznawczych na utrzymywanie się zaburzeń psychicznych.

5.2. Strategie pozornego radzenia sobie długoterminowo podtrzymujące problem

Zaburzenie obsesyjno-kompulsywne charakteryzuje się długotrwałym przebiegiem. Jak wspomniano wcześniej, pacjenci często poszukują pomocy po wielu latach trwania zaburzenia. Niejednokrotnie powodem zgłaszania się do lekarzy czy terapeutów jest niemożność dalszego samodzielnego radzenia sobie z objawami choroby. Pacjenci często adaptują się do obsesji i kompulsji poprzez:

- unikanie sytuacji lub czynników spustowych, które mogą wywołać (także poprzez skojarzenie) obsesje i kompulsje,
- poszukiwanie zapewnień ze strony otoczenia — pacjenci mający wątpliwości często potrzebują potwierdzenia od osób, które darzą zaufaniem, że właściwie zabezpieczyli się przed zagrożeniem (np. zamknęli drzwi, wyłączyli gaz, nie przebywali w bliskości brudnych przedmiotów) czy też w opinii bliskich nie są źródłem zagrożenia (np. w przypadku osób cierpiących z powodu agresywnych obsesyjnych myśli byłyby to pytania, czy bliscy myślą, że mogliby kogoś skrzywdzić).
- tłumienie i kontrolę myśli,
- ukrywanie zaburzenia — myśli obsesyjne mogą budzić duże poczucie wstydu i lęku przed oceną innych.

Paradoksalnie, sposoby te, pomimo zmniejszenia lub odroczenia sekwencji obsesja—kompulsja, w znacznym stopniu utrudniają pozbycie się problemu. Długoterminowym mechanizmem podtrzymującym zaburzenie są działania zorganizowane w taki sposób, że zweryfikowanie oceny intruzji jest niemożliwe. Te zachowania dają poczucie radzenia

sobie z lękiem i dystresem, mogą także zmniejszać nasilenie zaburzenia, jednak ich negatywnymi konsekwencjami jest spadek motywacji do leczenia oraz znaczne pogorszenie codziennego funkcjonowania.

5.3 Wahania nastroju

Obniżenie nastroju może być skutkiem spostrzegania intruzji w kategoriach zagrożenia albo utraty [26], nawet bez zaangażowania poczucia odpowiedzialności oraz potrzeby działania skutkującej w neutralizacjach. Często myślom obsesyjnym towarzyszy poczucie wstydu lub winy, i przekonanie, że nie można ich ujawnić. Zaburzenie obsesyjno-kompulsywne jest czaso- i energochłonne, i prowadzi do pogorszenia się jakości życia, co może wtórnie powodować depresję.

W badaniach Abramowitza i wsp. [27] wykazano, że zlanie się myśli z czynem (TAF), szczególnie podtyp dotyczący oceny moralnej, jest związane z objawami depresyjnymi u pacjentów z diagnozą zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego, co może wynikać z nasilonego poczucia winy za obsesyjne myśli. Jest to zgodne z doniesieniami Amira i wsp. [28], którzy zauważyli, że to, co odróżnia pacjentów z tej grupy od osób z innymi zaburzeniami lękowymi i grupy kontrolnej, to częstsze wykorzystanie strategii kontroli myśli (karania się i ruminacji) jako metod radzenia sobie z myślami obsesyjnymi.

6. Implikacje dla terapii

Terapia oparta na modelu Salkovskisa składa się z kilku etapów [29]. Jej istotnym elementem jest wnikliwa diagnoza problemu za pomocą kwestionariuszy, służących do oceny nasilenia zaburzenia — jak MOCI, Y-BOCS oraz testów [30], zbadanie sześciu obszarów treści poznawczych, mających szczególne znaczenie w utrzymywaniu się zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego: 1) przekonanie o nadmiernej odpowiedzialności, 2) przekonanie o nadmiernej ważności myśli, 3) przekonanie o konieczności kontroli myśli, 4) przecenianie zagrożenia, 5) niska tolerancja niepewności, 6) perfekcjonizm.

W piśmiennictwie podkreśla się rolę pozytywnego i realistycznego sformułowania celów terapii [31] — czyli celem nie jest pozbycie się objawów, ale raczej zmniejszenie zamartwiania się i lęku związanego z intruzjami, co spowoduje mniejszą potrzebę neutralizowania obsesji. W początkowym etapie terapii ważna jest normalizacja objawów — edukacja dotycząca natury intruzywnych myśli, ich występowania i nasilenia w populacji. Na podstawie uzyskanych informacji wspólnie z pacjentem tworzone jest graficzne sformułowanie problemu (zindywidualizowane przedstawienie mechanizmów), jak w Załączniku, wskazujące na elementy podtrzymujące problem.

Kluczowym elementem tego modelu i opartej na niej terapii jest percepcja intruzji jako zagrażających oraz poczucie osobistej odpowiedzialności związane z nią — stąd wybór wielu technik poznawczych i behawioralnych ze względu na te właśnie czynniki. Poza stosowaniem dialogu sokratejskiego, metafor i pracy nad alternatywnym rozumieniem intruzji, istotne jest wykorzystanie ekspozycji wyobrażeniowych, a w późniejszym etapie terapii także ekspozycji w warunkach rzeczywistych (ekspozycje in-vivo) — często są tu wykorzystywane metody E/RP (ekspozycja i zapobieganie reakcji). Ponieważ eksperymenty behawioralne mogą budzić lęk w pacjencie zgłaszającym się z problemem obsesyjno-kompulsywnym, szczególnie ważne jest ustanowienie relacji terapeutycznej nacechowanej

zaufaniem i współpracą. Terapia obejmuje także pracę poświęconą czynnikom dodatkowo nasilającym zaburzenie — wyzwalającym myśli obsesyjne, powodującym obniżenie nastroju oraz zniekształcenia poznawcze.

Zakończenie terapii to podsumowanie umiejętności i wiedzy zdobytej w czasie wszystkich spotkań, ustalenie planu działania w przypadku nawrotu problemów oraz wygenerowanie pomysłów na zagospodarowanie wolnego czasu, uprzednio poświęconego na radzenie sobie z objawami. W trakcie terapii oraz podczas zakończenia dokonuje się ponownych pomiarów, by ocenić zaszłe zmiany następujące na skutek terapii.

7. Podsumowanie

Model Salkovskisa jest jednym z pierwszych sposobów rozumienia zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego, opisanych w literaturze poznawczo-behawioralnej. Od momentu pierwszej publikacji w 1985 r. model podkreślający rolę poczucia odpowiedzialności jest stale rozwijany i wzbogacany o wyniki badań prowadzonych wśród pacjentów cierpiących z powodu tego zaburzenia. Jak widać w Załączniku 1. model Salkovskisa pokazuje, że zaburzenie obsesyjno-kompulsywne jest podtrzymywane przez kilka mechanizmów na zasadzie błędnego koła — zawężenie percepcji, brak zaufania do pamięci, wahania nastroju, mentalne i behawioralne neutralizacje myśli obsesyjnych. Bardzo ważne jest także podkreślenie adaptacji jednostki do zaburzenia — długotrwałe strategie unikania, poszukiwania potwierdzenia, które nie pozwalają zweryfikować błędnych założeń dotyczących natury zagrożenia lub własnego wpływu na nie. Zaletą tego modelu jest możliwość ujęcia w ramach jednego sformułowania tych kilku poziomów, co niewątpliwie wprowadza większą klarowność w rozumieniu problemu oraz planowanie interwencji wobec różnych powiązanych ze sobą czynników.

Jak wynika z badań przeprowadzonych przez Wilson i Chambless [32] nad związkiem nasilenia objawów obsesyjno-kompulsywnych z przekonaniem dotyczącym odpowiedzialności oraz z automatycznymi myślami o wyrządzeniu krzywdy — zasadne jest uwzględnienie elementów wyróżnionych przez Salkovskisa w procesie terapeutycznym, choć oczywiście nie dyskwalifikuje to wartości alternatywnych teorii poznawczo-behawioralnych tego zaburzenia.

Piśmiennictwo

1. Clark DM, Salkovskis PM, Ost LG, Breitholz KA, Kochler E, Jeavons A, Gelder MG. Misinterpretation of body sensations in panic disorder. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1997; 65: 203–213.
2. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press; 1976.
3. Cooper Z, Fairburn CG, Hawker DM. *Cognitive-behavioral treatment of obesity*. New York: Guilford; 2003.
4. Kokoszka A, Popiel A, Sitarz M. Terapia poznawczo-behawioralna w polskiej psychoterapii: analiza piśmiennictwa. *Psychoter.* 2000; 2: 53–61.
5. Sasson Y, Zohar J, Chopra M, Lustig M, Iancu I, Hendler T. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a world view. *J. Clin. Psychiatry* 1997; 58: 7–10.
6. Frost RO, Steketee G. Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Beh. Res. Ther.* 1997; 35: 291–296.

7. Reed GF. Obsessional experience and compulsive behavior: a cognitive-structural approach. Orlando, FL: Academic Press; 1985.
8. Rachman S. Obsessions, responsibility and guilt. *Beh. Res. Ther.* 1993; 31: 149–154.
9. Rachman S. A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Beh. Res. Ther.* 1998; 36: 385–401.
10. Rachman S. Fear of contamination. *Beh. Res. Ther.* 2004; 42: 1227–1255.
11. Purdon C, Clark DA. Metacognition and obsessions. *Clin. Psychol. Psychother.* 1999; 6: 102–110.
12. Wells A. *Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide*. London: Wiley; 1997.
13. Wells A, Mathews G. Modeling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Beh. Res. Ther.* 1996; 34: 881–888.
14. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: cognitive-behavioural analysis. *Beh. Res. Ther.* 1985; 23: 571–584.
15. Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Beh. Res. Ther.* 1989; 27: 677–682.
16. Salkovskis PM, Shafran R, Rachman S, Freeston MH. Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: possible origins and implications for therapy and research. *Beh. Res. Ther.* 1999; 37: 1055–1072.
17. De Silva P, Marks M. The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive-compulsive disorder. *Beh. Res. Ther.* 1999; 37: 941–951.
18. Gershuny BS, Baer L, Radosky AS, Wilson KA, Jenike MA. Connections among symptoms of obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder: a case study. *Beh. Res. Ther.* 2003; 41: 1029–1041.
19. Sasson Y, Dekel S, Nacasch N, Chopra M, Zinger Y, Amital Y, Zohar J. Posttraumatic obsessive-compulsive disorder: a case study. *Psychiatry Res.* 2005; 135: 145–152.
20. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr. Clin. N. Am.* 1992; 15: 743–758.
21. LaDoucer R, Freeston MH, Rheaume J, Dugas MJ, Gagnon F, Thibodou N, Fournier S. Strategies used with unwanted intrusive thoughts: a comparison of OCD patients with anxious and community controls. *J. Abn. Psychol.* 2000; 109: 179–187.
22. Cohen Y, Rasic Lachenmeyer J, Springer C. Anxiety and selective attention in obsessive-compulsive disorder. *Beh. Res. Ther.* 2003; 41: 1311–1323.
23. Tata PR, Leibowitz JA, Prunty MJ, Cameron M, Pickering AD. Attentional bias in obsessional compulsive disorder. *Beh. Res. Ther.* 1996; 34: 53–60.
24. Ceschi G, Van der Linden M, Dunker D, Perroud A, Bredart S. Further exploration memory bias in compulsive washers. *Beh. Res. Ther.* 2003; 41: 737–748.
25. McNally RJ, Kohlbeck PA. Reality monitoring in obsessive-compulsive disorder. *J. Clin. Psychol.* 2004; 60: 1169–1180.
26. Teasdale JD. Negative thinking in depression: cause, effect and reciprocal relationship? *Adv. Behav. Res. Ther.* 1983; 5: 3–25.
27. Abramowitz JS, Whiteside S, Lynam D, Kalsy S. Is thought-action fusion specific to obsessive-compulsive disorder? A mediating role of negative affect. *Beh. Res. Ther.* 2003; 41: 1069–1079.
28. Amir N, Cashman L, Foa EB. Strategies of thought control in obsessive compulsive disorder. *Beh. Res. Ther.* 1997; 35: 775–777.
29. Salkovskis PM, Kirk J. Obsessional disorders. W: Hawton K, Salkovskis KPM, Kirk J, Clark DM, red. *Cognitive-behavioural treatment for psychiatric disorders: a practical guide*. Oxford: University Press; 1989, s. 129–168.
30. Obsessive compulsive cognitions working group. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Beh. Res. Ther.* 1997; 7: 667–681.
31. Salkovskis PM, Forrester E, Richards CH, Morrison N. The devil is in the detail: conceptualizing and treating obsessional problems. W: Tarrrier N, Wells A, Haddock G, red. *Treating complex cases. The cognitive behavioural therapy approach*. London: Wiley; 1998, s. 46–80.

32. Wilson KA, Chambless DL. Inflated perceptions of responsibility and obsessive compulsive symptoms. Beh. Res. Ther. 1999; 37: 325–335.

Adres: Magdalena A. Kitłowska, Centrum Psychoterapii, ul. Sobieskiego 112, 00–764 Warszawa

ZAŁĄCZNIK

Graficzne przedstawienie zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego w modelu Salkovskisa
(źródło: [31, s. 56])

