

Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Zrinka Buljan

Opsesivno-kompulzivni poremećaj

Završni rad

Mentorica: doc.dr.sc. Ana Kurtović

Osijek, 2015.

Sadržaj:

1. Uvod.....	1
2. Obilježja opsesivno-kompulzivnog poremećaja.....	2
2.1. Tijek i prognoza OKP-a.....	4
2.2. Diferencijalna dijagnoza OKP-a.....	5
2.3. Opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti.....	6
3. Etiologija opsesivno-kompulzivnog poremećaja.....	8
3.1. Biološka tumačenja nastanka OKP-a.....	8
3.2. Psihološka tumačenja nastanka OKP-a.....	9
4. Tretman opsesivno-kompulzivnog poremećaja.....	10
4.1. Somatske metode liječenja OKP-a.....	10
4.2. Psihoterapijske metode liječenja OKP-a.....	11
4.2.1. Bihevioralna terapija.....	12
4.2.2. Kognitivna terapija.....	12
4.2.3. Kognitivno-bihevioralna terapija.....	13
4.2.4. Druge psihoterapije.....	14
5. Zaključak.....	15
6. Literatura.....	17

Opsesivno-kompulzivni poremećaj

Sažetak

Opsesivno-kompulzivni poremećaj je poremećaj koji po suvremenim klasifikacijama pripada u skupini anksioznih poremećaja, a njegove dvije glavne karakteristike su ponavljajuće opsesivne misli i/ili kompulzivne radnje te intenzivan osjećaj anksioznosti. Ovaj poremećaj značajno utječe na životno funkcioniranje osobe i to tako da narušava sve njegove domene, od radnog do socijalnog funkcioniranja. U tim slučajevima potrebno je educirati i pružiti potporu bliskim osobama oboljelog kako bi se oni znali nositi s tom situacijom te kako ne bi još više potaknuli obavljanje njegovih kompulzija. Osim toga, važno je spomenuti kako postoji razlika između opsesivno-kompulzivnog poremećaja i opsesivno-kompulzivnog poremećaja ličnosti. Nadalje, ono što je još uvijek nepoznanica kod ovog poremećaja jest njegov nastanak. Ovaj rad pružio je različite pretpostavke i rezultate istraživanja koja upućuju da postoji kombinacija bioloških i psiholoških faktora u razvoju OKP-a, međutim konačnog odgovora još uvijek nema. Važno je dobro prepoznati simptome ovog poremećaja kako ne bi došlo do krivog dijagnosticiranja, a samim time i liječenja. Postoje različiti načini liječenja, kako farmakoterapijski, psihoterapijski, tako i transkranijском stimulacijom, dubokom stimulacijom mozga i neurokirurškom metodama u težim slučajevima. Iako istraživanja pokazuju vrlo dobre rezultate korištenja same kognitivno-bihevioralne terapije, u praksi se nerijetko koristi kombinacija lijekova i psihoterapije. Oporavak može bit dug i spor, ali značajno unaprjeđuje kvalitetu života.

Ključne riječi: opsesivno-kompulzivni poremećaj, anksiozni poremećaj, farmakoterapija, psihoterapija

1. Uvod

Anksiozni su poremećaji najčešći od svih psihijatrijskih poremećaja koji su zajedno s nizom drugih poremećaja nekoć bili smatrani oblikom neuroze. Suvremena psihijatrijska klasifikacija ukinula je kategoriju neuroza, a za poremećaje koje je ta podjela uključivala, podijelila je u nekoliko novih, jasnije određenih razreda: anksiozne poremećaje, somatoformne poremećaje i disocijativne poremećaje (Petz, 2005). Kod anksioznih poremećaja, anksioznost je jedini ili glavni simptom. U tim poremećajima riječ je o pretjeranom stanju pobuđenosti koje je obilježeno neizvjesnošću, anksioznošću i strahom. Anksioznost se definira kao stanje u kojem je objekt nepoznat, opasnost i prijatna dolaze i samog sebe, opis anksioznosti je nejasan, trajanje dugo i obično kronično (Begić, 2011). Anksioznost je neizbježna u svakodnevnom životu i ona je automatski odgovor čovjeka na doživljaj opasnosti (Štrkalj-Ivezić, Folnegović-Šmalc i Mimica, 2007). Prema tome, može se zaključiti da je ona vrlo česta emocija koja dolazi u različitim pojavnim oblicima što znači da ju se može promatrati kao kontinuum, na čijem je jednom kraju normalna, svakodnevna anksioznost, a na drugom patološka (Begić, 2011). Određeni stupanj anksioznosti je koristan u svakodnevnom životu jer informira o opasnosti, odnosno djeluje u situacijama koje nas brinu ili plaše i na taj način pomaže boljoj pripremi za situacije s kojima se suočavamo. Dakle, ona tu ima adaptivnu funkciju, međutim katkad anksioznost svojim intenzitetom i kvalitetom može prijeći u poremećaj. Postaje patološka kada se javlja neovisno o opasnosti, kada postoji dugo nakon stresa ili prestanka opasnosti te kada narušava funkcioniranje osobe. Također se patološka anksioznost razlikuje od normalne i u tretmanu. Kod normalne anksioznosti dovoljno je osobu smiriti te će se anksioznost spontano povući nakon prestanka opasnosti, dok osoba s patološkom anksioznošću treba provesti potpunu psihijatrijsku/psihologijsku evaluaciju i odabrati oblik tretmana ovisno o kojem je poremećaju riječ (Štrkalj-Ivezić, Folnegović-Šmalc i Mimica, 2007).

Ovaj će se rad usmjeriti na samo jednutakvu patološku anksioznost, a to je opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP). To je poremećaj koji zahvaća sve dobne skupine, djecu, adolescente i odrasle osobe, a često se javlja nakon stresnih životnih događaja (trudnoće, poroda, sukoba u obitelji ili na radnome mjestu i sl.). Obilježava ga obuzetostprisilnim mislima, nelagodnom, strepnjom i zabrinutošću što dovodi do anksioznog stanja te izaziva prisilno iracionalno ponašanje s ciljem smanjenja anksioznosti (Bojanić i sur., 2013). Tih se perzistirajućih misli pojedinac ne može riješiti isto kao ni kompulzija odnosno radnji koje mora obavljati. U punom kliničkom obliku ovaj poremećaj značajno pogađa životno funkcioniranje i kvalitetu životapojedinca (Petz, 2005).

Cilj ovoga rada je detaljno opisati opsesivno-kompulzivni poremećaj što uključuje detaljnu analizu svih simptoma koji je pojavljuju kod ovog poremećaja, opis njegovog tijeka i prognoze, navođenje mogućih uzroka njegovog nastanka, objašnjenje razlike opsesivno-kompulzivnog poremećaja i opsesivno-kompulzivnog poremećaja ličnosti te mogućnosti tretmana ovog poremećaja.

2. Obilježja opsesivno-kompulzivnog poremećaja

Opsesivno-kompulzivni poremećaj dijagnosticirat će se kada su opsesije (prisilne misli, ideje, predodžbe) ili kompulzije (radnje, prisile) ili jedno i drugo, prisutni većinu dana u trajanju od najmanje dva tjedna. Jedan od uvjeta dijagnosticiranja ovog poremećaja je da ti simptomi nisu posljedica neposrednog fiziološkog utjecaja psihoaktivnih tvari ili općeg zdravstvenog stanja (Štrkalj-Ivezić, Folnegović-Šmalc i Mimica, 2007).

Opsesije su prisilne, ponavljajuće misli, ideje, poticaji koje se doživljavaju kao nametljive i neprimjerene te izazivaju anksioznost i nelagodu. Iako je osobama sadržaj opsesija stran i nemaju kontrolu nad njima, sposobne su prepoznati opsesije kao svoje misli, a ne kao nametnue, što može biti slučaj kod psihotičnih poremećaja (Poro, 1984). Osoba nastoji ne obraćati pažnju ili potisnuti te misli, porive ili slike, ili ih nastoji poništiti nekim drugim mislima ili aktivnostima. Najčešće su opsesije ponavljajuće misli o zarazi (npr. mogućnost zaraze rukovanjem s drugom osobom), ponavljajuće sumnje (npr. jesu li vrata ostala otključana), potreba za određenim rasporedom stvari (npr. intenzivna nelagoda ako su stvari u neredu ili asimetrično raspoređene), agresivni i zastrašujući poticaji (npr. udaranje nečijeg djeteta, uzvikivanje prostota u crkvi, seksualne maštarije). Takve misli, porivi ili slike ne predstavljaju uobičajenu brigu oko svakodnevnih problema (npr. problemi na poslu, financijski problemi) i nisu vezani za stvarne životne probleme (Frances, Pincus i First, 1996). Osim toga, osobe s OKP-om nekad prate i precijenjene misli. To su zablude s jakim emocionalnim nabojem kojih pojedinac većinom nije svjestan, a koje mogu prerasti u bolesne ideje isključivosti i preuveličana značenja (npr. o sebi kao o posebnoj ličnosti). Istraživanja su pokazala kako su te misli u usporedbi s negativnim mislima, opsesijama i kompulzijama otpornije na liječenje bez obzira o kojem se pristupu radi (Veale, 2002). Također se pretpostavlja kako su precijenjene misli kod osoba s OKP-om povezane s kognitivnim poremećajima OKP-a te da ta vrsta OKP-a može imati osobine slične shizofreniji po pitanju kognicije (Kitis i sur., 2007).

Nadalje, kompulzije su opetovana ponašanja (npr. često pranje ruku, slaganje, provjeravanje) ili psihičke aktivnosti (npr. tiho ponavljanje riječi, brojanje) za koje osoba osjeća da je prisiljena izvoditi ih zbog neke opsesije ili prema nekim pravilima kojih se mora strogo pridržavati. Izvođenje tih aktivnosti za cilj imaju sprječavanje ili umanjivanje nelagode i anksioznosti ili sprječavanje nekog strašnog događaja. Međutim, ta ponašanja nisu na realan način povezane s onim što trebaju poništiti ili spriječiti. Same po sebi nisu ugodne i ne rezultiraju nikakvim korisnim ishodom (Frances, Pincus i First, 1996). Dakle, prisilni fenomeni se nameću mimo volje pojedinca te on shvaća njihovu besmislenost, ali im se ne može oduprijeti. Nakon što učini prisilnu radnju on ne osjeća zadovoljstvo, ali je smireniji i anksioznost je manja. No ako izbjegava ili odgađa prisilu, dolazi do suprotnog efekta, pojačava se anksioznosti, napetost i uznemirenost. Prisilni fenomeni dovode do teškoća u svakodnevnom funkcioniranju te su ponekad smetnje toliko izražene da osoba prestaje odlaziti na posao, prekida kontakt s okolinom i povlači se u sebe (Begić, 2011).

Opsesije i kompulzije, kao što je već spomenuto, mogu se javiti odvojeno ili istodobno. U oko 80% osoba s OKP-om ima oba simptoma. Oblici s odvojenim javljanjem opsesija i kompulzija mogu biti opsesivni poremećaj ili kompulzivni poremećaj. U opsesivnom su poremećaju prisutne prisilne misli, ruminacije, ideje, dok u kompulzivnom poremećaju prevladavaju prisilne radnje i opsesivni rituali. Istraživanja pokazuju da se određene opsesije i kompulzije pojavljuju zajedno i tvore pet glavnih skupina simptoma: agresivne misli/slike/impulsi – prisile provjeravanja i traženja potvrde, prisilne misli o simetriji i redu – prisile brojanja, slaganja i uvođenja reda, strah od zaraze – prisile učestalog pranja ruku, kupanja i tuširanja, odbojne misli o seksualnim radnjama, nasilju i religiji, prisilne misli o sakupljanju predmeta – prisile nakupljanja (Bojanić i sur., 2013). Još jedan od simptoma OKP-a jest izbjegavanje. Osoba koja pati od OKP-a izbjegava određena mjesta i zbivanja te ne obraća pažnju na termine kao što su pozivi u posjet i posjeti liječniku. Na taj način osoba oduzima sebi priliku da se nauči suočiti sa različitim situacijama. Taj se bijeg čak i kratkoročno nagrađuje jer dovodi do smanjenja broja iskustava pri kojima osoba s OKP-om doživljava strah. No dugoročno izbjegavanje smanjuje kvalitetu života. Osoba osjeća nesigurnost koja onda sama po sebi može postati okidač za prisilno ponašanje. Osim ovog aktivnog izbjegavanja, osobe s OKP-om koriste i pasivno izbjegavanje koje se odnosi na prebacivanje odgovornosti na drugu osobu. Njihova je strategija da druge uključe u svoj sustav prisila, npr. pitaju partnera je li zaista siguran da je isključio prekidač. Time se oslobađaju svog unutarnjeg nemira i osjećaja krivnje. No i pasivno izbjegavanje kratkoročno uzrokuje olakšanje, dok je dugoročno posljedica velike nesigurnosti. Tijekom godina gube povjerenje u

sebe zbog čega slabi osjećaj sigurnosti pri donošenju odluka, spremnost na rizik, a prije svega samopouzdanje. Istraživanja su potvrdila kako je izbjegavanje pozitivno povezano s prisilnim mislima, opsjednutošću simetrijom, osjećajem krivnje, ali ne i sa mislima onečišćenja odnosno zaraze (Wetterneck, Steinberg i Hart, 2014).

Za postavljanje dijagnoze prema DSM-IV bolesnik mora imati opsesije i kompulzije koje su izvor velike patnje za bolesnika te koje traju najmanje jedan sat u danu ili ometaju u normalnom funkcioniranju. Nadalje, osobe s ovom bolešću često krše kulturne norme, vrše razne rituale u vrijeme i na mjestima koje su neprikladne prema shvaćanju drugih ili ometaju socijalno funkcioniranje. Važni životni prijelazni periodi ili žalovanje mogu voditi u intenzivno ritualno ponašanje, koje može djelovati kao opsesija liječniku koji nije upoznat s kulturološkim okruženjem (Frances, Pincus i First, 1996). Osobe s OKP-om u određenom trenutku trajanja poremećaja moraju prepoznati kako su opsesije i kompulzije preuveličane i neracionalne (Bojanić i sur., 2013). To se ne odnosi na djecu jer kod njih može postojati nedostatak kognitivnih spoznaja koje onemogućuju spomenutu prosudbu. No i kod odraslih osoba postoji različit uvid u razumnost njihovih opsesija i kompulzija te može varirati ovisno o vremenu i mjestu. Naprimjer, osoba koja se nalazi u liječničkoj ordinaciji može svoju kompulziju vezanu uz zarazu smatrati nerazumnom, ali imati suprotno mišljenje kad je prisiljena brojati novac (Frances, Pincus i First, 1996).

2.1. Tijek i prognoza OKP-a

Procjenjuje se da je prevalencija OKP-a u općoj populaciji između 2 i 3 posto, a prema vremenu pojavljivanja simptoma može se podijeliti u dvije skupine: OKP s ranim pojavljivanjem i OKP s kasnim pojavljivanjem. Prosječna dob pojavljivanja ranog OKP-a je 11 godina, a kasnog 23. OKP koji se javlja u ranoj dobi češće se javlja u muškaraca s prisilama provjeravanja, dok se s kasnim pojavljivanjem češće javlja u žena s prisilama čišćenja (Bojanić i sur., 2013).

Nadalje, istraživanja prirodnog tijeka opsesivno-kompulzivnog poremećaja upućuju na to da 24-33 posto osoba s ovim poremećajem ima fluktuirajući tijek, 11-14 posto ima fazni tijek s razdobljima potpunog oporavka, a 54-61 posto ima stalan ili progresivan tijek. Premda se prognoza OKP-a tradicionalno smatrala lošom, napreci u bihevioralnom i farmakološkom liječenju značajno su poboljšali prognozu kod oboljeloga. Međutim, postoje različite prognoze OKP-a. Kliničke manifestacije OKP-a omogućuju podjelu na blaže, srednje i teške oblike poremećaja. Blaži su oblici kraćeg trajanja, ne dovode do oštećenog funkcioniranja, dobro reagiraju na liječenje, dok srednje teški oblici OKP-a predstavljaju veći problem za bolesnika, ali

i za njegovu okolinu. Nastaju smetnje u radnom, socijalnom, emocionalnom i obiteljskom funkcioniranju. Kod takvih bolesnika potrebna je kombinacija farmakoterapije i psihoterapije. Najteži oblici OKP-a su kronični i refraktorni na psihoterapiju i farmakoterapiju, ali ponekad i na neurokirurške zahvate, koji se rijetko kad preporučuju. Osoba prestaje raditi, prekida emocionalne i obiteljske veze te je stalno opsjednuta mislima i radnjama. Funkcioniranje i kvaliteta života tih bolesnika mogu biti narušeni više nego kod osoba s težim psihijatrijskim bolestima (npr. kod shizofrenih osoba). Tako se osoba s teškim oblikom OKP-a može konstantno prati i tuširati više sati na dan te time ozbiljno oštetiti kožu što će dovesti do toga da će morati potražiti pomoć liječnika druge specijalnosti (Begić, 2011).

U jednom velikom istraživanju u Švedskoj praćen je tijek bolesti tijekom 40-godišnjeg razdoblja (Skoog i Skoog, 1999; prema Hollander i Simeon, 2006). Rezultati su pokazali poboljšanje kod 83 posto bolesnika. Otprilike se polovina bolesnika potpuno ili gotovo potpuno oporavila. Prediktori lošijeg ishoda bili su: ranija dob početka, kroničniji tijek na početku, loše socijalno funkcioniranje na početku bolesti, postojanje opsesija i kompulzija te magično mišljenje.

2.2. Diferencijalna dijagnoza OKP-a

Dijagnoza OKP-a obično je jasna, no nekad ju je teško razlikovati od depresije, psihoze, fobije ili teškog opsesivno-kompulzivnog poremećaja ličnosti. Svi drugi poremećaji na Osi I mogu biti u komorbiditetu s OKP-om, no da bi se postavila dijagnoza OKP-a, simptomi te bolesti ne smiju biti sekundarni nekom drugom poremećaju (npr. misli o hrani u prisutnosti poremećaja hranjenja ili misli o krivnji u prisutnosti velike depresije). U nekim slučajevima, tijek OKP-a može oponašati tijek shizofrenije, uz kronično onesposobljavanje, propadanje i duboko oštećenje socijalnog i radnog funkcioniranja. Katkad je teško razlikovati opsesije od sumanutosti. Najčešće su opsesije ego-distone odnosno osoba im se opire i prepoznaje da imaju podrijetlo u njemu. Sumanutostima se ne opire i uvjeren je da su vanjske. Međutim, osobe s OKP-om ne moraju imati uvid u opsesije i one će samo 12 posto slučajeva postati sumanutosti. Nadalje, longitudinalna istraživanja su pokazala da osobe s OKP-om nisu pod povećanim rizikom od razvoja shizofrenije (Black, 1974; prema Hollander i Simeon, 2006). Prema DSM-IV-TR moguće je postaviti dijagnozu oba ova poremećaja istodobno što znači da se prisutnost opsesivno-kompulzivnih simptoma kod shizofrenih osoba ne smije zanemariti te da im je potrebno posebno liječenje. Kao što je već spomenuto, kod osoba s OKP-om često se javlja depresija te je takve pacijente teško razlikovati od depresivnih osoba koji imaju opsesivne simptome. Osobe sa psihotičnom depresijom, agitiranom depresijom ili s premorbidnim

opsesivnim obilježjima prije pojave depresije, pod rizikom su od razvoja teških opsesivnih misli kad su depresivni (Gittleson, 1966; prema Hollander i Simeon, 2006). Te su sekundarne opsesije često agresivnog karaktera, obuhvaćaju i osjećajkrivnje te samooptuživanje. Ova razlika između primarnih i sekundarnih opsesija ovisi o redu pojavljivanja. Nadalje, depresivne ruminacije, za razliku od pravih opsesija, često su usmjerene na prethodne događaje, a ne na sadašnje ili buduće događaje i rijetko im se kad osoba opire ili ih poništava kompulzivnim radnjama. Postoji snažna veza između OKP-a i fobičnih poremećaja. Osobe s OKP-om koji su opsesivni čistunci čine se sličnim osobama s fobijom te ih se često pogrešno nazivaju „fobičarima od klica“. I jedni i drugi imaju izbjegavajuće ponašanje, snažne subjektivne i autonomne reakcije na žarišni podražaj, podjednako reagiraju na slične bihevioralne terapije te imaju pretjeran strah, međutim razlika je u tome što kod osoba s OKP-om postoji gađenje, a kod osoba s fobijom ne. Također, osobe s OKP-om ne mogu nikad u potpunosti izbjeći opsesije, uvijek zamišljaju nevjerojatne događaje i imaju nerealna shvaćanja o tome kako poništiti svoj strah, dok osobe s fobijom imaju ograničene, vanjske i realnije podražaje, koje zbog toga mogu uspješnije izbjegavati. Nadalje, osobe s OKP-om, koji doživljavaju visoke razine anksioznosti, mogu imati epizode slične paničnima, no one su sekundarne na opsesije i ne pojavljuju se spontano (Hollander i Simeon, 2006).

2.3. Opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti

Zbog sličnosti u nazivu, a i u nekim simptomima, opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP) nerijetko se zamijeni s opsesivno-kompulzivnim poremećajem ličnosti (OKPL) i zato je važno opisati oba poremećaja kako bi se upoznali s razlikama između potonjih. Dakle, opsesivno-kompulzivni poremećaj nije isto što i opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti. Glavna razlika je u tome što opsesije i kompulzije nisu prisutne kod OKPL. Zajednička im je pretjerana angažiranost oko nekog zadatka, no osobe s OKP-om su obično uznemirene pri obavljanju tog zadatka jer je kod njih to kompulzivna radnja koja se javlja isključivo radi reduciranja anksioznosti. S druge strane, osobe s OKPL-om to smatraju dobrom strategijom za poboljšanje učinkovitosti te će takvu aktivnost vidjeti kao nešto potrebno i korisno. Isto tako važno je naglasiti kako je OKPL kronični poremećaj ličnosti s malo promjena u karakteristikama, dok se kod OKP-a simptomi mijenjaju kroz vrijeme (Larsen i Buss, 2008).

Opsesivno-kompulzivne osobe su preokupirane redom i teže savršenstvu, pokušavaju sačuvati osjećaj kontrole pomnim praćenjem pravila, trivijalnih pojedinosti, procedura, popisa, rasporeda ili forme do te mjere da se izgubi bit aktivnosti. Naprimjer, takve osobe mogu isplanirati koju će

odjeću nositi svakog dana u tjednu ili da će čistiti svoj stan svake subote i srijede u točno određeno doba dana. Osobe s OKPL-om pretjerano su pažljive i sklone ponavljanju, posvećuju izuzetnu pažnju detaljima i iznova provjeravaju moguće pogreške pa tako mogu naporno raditi na tome da budu savršeni i nikada ne biti zadovoljni svojim poslom jer si nameću vrlo visoke standarde. Upravo zbog toga gube jako puno vremena te često kasne u izvršavanju zadatka. Na primjer, student nikada ne preda svoj seminar jer nikada nije savršen. Iduća karakteristika ovih osoba jest izrazita predanost poslu i marljivost na štetu okolice i prijateljstva što nije rezultat ekonomskih potreba. Mogu raditi noću ili vikendima i rijetko kad uzimaju godišnji odmor. Ako i odvoje vrijeme za slobodne aktivnosti, osjećaju se vrlo neugodno ako ne počnu raditi nešto za njih korisno, često se mogu koncentrirati na obavljanje kućanskih poslova (npr. opetovano čišćenje tako da se može „jesti s poda“). Isto tako, ako provode vrijeme s prijateljima to će vjerojatno biti u nekoj organiziranoj aktivnosti (npr. u sportu). Za hobije biraju zahtjevne zadatke ili aktivnosti koje zahtijevaju veliku posvećenost detaljima, poput heklanja ili kompjuterskog programiranja. Ove osobe čak i običnu igru pretvaraju u strukturiranu zadaću (npr. ispravljaju dijete jer ne stavlja prstenove na mjesto pravim redoslijedom). Osobe s OKPL-om mogu biti pretjerano savjesne, skrupulozne i nefleksibilne s obzirom na etičke i moralne norme. Takve osobe postavljaju visoke principe pred sebe i obično se drže slova zakona. One se također rigidno pokoravaju autoritetima i pravilima i inzistiraju na doslovnom pokoravanju bez mijenjanja pravila u izmijenjenim okolnostima. Često imaju problema u radu s drugima jer smatraju kako je njihov način jedini ispravan način da se nešto napravi. Odbijaju drugima povjeriti poslove, a kad to naprave onda daju preopširne upute (Frances, Pincus i First, 1996). Još jedna u nizu od karakteristika ovog poremećaja ličnosti jest pretjerano zadržavanje iznošenih i beskorisnih stvari toliko da može otežati prolaz kroz kuću i stvoriti opasnost od požara. Mnogi od njih su i previše štedljivi ili škrti, gomilaju svoje novce i sredstva smatrajući kako trošenje mora biti strogo kontrolirano zbog mogućih nestašica u budućnosti pa tako i žive standardom koji je daleko slabiji od onog koji si mogu priuštiti (Larsen i Buss, 2008). Osim toga, te su osobe i iznimno tvrdoglave, upravo zbog svoje uvjerenosti kako se stvari mogu obavljati samo na jedan, njima pravilan način. Sve planiraju unaprijed i do najsitnijeg detalja, ne žele razmotriti promjene niti prihvatiti tuđe ideje (Frances, Pincus i First, 1996).

3. Etiologija opsesivno-kompulzivnog poremećaja

Postoje različite hipoteze uzroka OKP-a, međutim niti jedna od njih ne može u potpunosti objasniti njegov nastanak pa se kao i uvijek, smatra da odgovor na ovo pitanje leži negdje u sredini, odnosno da postoji utjecaj i jednih i drugih čimbenika.

U nastavku rada prvo će biti opisana biološka tumačenja nastanka OKP-a, a zatim psihološkatočnije psihoanalitička, bihevioralna i kognitivna.

3.1. Biološka tumačenja nastanka OKP-a

Istraživanja su pokazala da postoji povezanost encefalitisa, ozljeda glave i tumora mozga razvojem OKP-a. Neurokemijski gledano, središnje mjesto zauzima serotonin (Davison i Neale, 1998). Opsežna su istraživanja potvrdila njegovu uključenost u patogenezi OKP-a. Pokazalo se da selektivni inhibitori povratnog unosa serotonina (klomipramin, fluoksetin i triciklički antidepresivi) ublažavaju simptome OKP-a (Bojanić i sur., 2013). Slično tome, pokazalo se da se stanje osobama s bitno povećanom koncentracijom serotonina ili njegovih glavnih metabolita najuspješnije poboljša kada koriste selektivne inhibitore povratnog unosa serotonina (Davison i Neale, 1998).

Nadalje, druga su se istraživanja usmjerila na proučavanje aktivnosti različitih područja mozga kod osoba s OKP-om. Funkcionalne neuroslikovne studije su pokazale povećanu aktivnost orbitofrontalnog korteksa, prednjeg cingularnog korteksa i nukleusa kaudatusa u osoba s OKP-om što se uglavnom uzimalo kao dokaz da hiperaktivnost navedenih područja generira simptome OKP-a. S druge strane, neki autori koji te rezultate povezuju s mogućnošću da su navedene regije postale hiperaktivne kao posljedica postojanja opsesivnog sadržaja (Bojanić i sur., 2013).

Nadalje, istraživanja blizanaca su pokazala da važnu ulogu u razvoju OKP-a ima nasljeđe. Utvrđen je viši stupanj podudarnosti za OKP među jednojajčanim blizancima, nego dvojajčanim te češća pojava OKP-a u rođaka bolesnika s ovim poremećajem (Begić, 2011). Također, pokazalo se da su u djece simptomi OKP-a nasljedni uz utjecaj gena u rasponu 45-65 posto, dok je u odraslih taj raspon 27- 47 posto. Genetska hipoteza upućuje na najmanje pet glavnih gena koji imaju važnu ulogu u patogenezi OKP-a. Međutim, naglašava se uloga i okolinskih čimbenika u etiologiji OKP-a jer je malo vjerojatno da će samo genetska komponenta imati utjecaj na razvoj bolesti, a osim toga postoje brojni slučajevi koji nemaju pozitivnu obiteljsku anamnezu (Leahy, Holland i McGinn, 2014).

3.2. Psihološka tumačenja nastanka OKP-a

Od psiholoških teorija, tri su najdominantnije hipoteze nastanka opsesivno-kompulzivnog poremećaja: psihoanalitička, bihevioralna te kognitivna.

Prema psihoanalitičkoj paradigmi OKP se izjednačava s opsesivno-kompulzivnom neurozom, a opsesije i kompulzije posljedica su spolnih ili agresivnih nagona koji su izmakli kontroli zbog prestrogog odgoja tijekom stjecanja kontrole nad eliminatornim funkcijama. Stoga je osoba fiksirana u analnom stadiju odnosno dolazi do regresa iz edipskih konflikata na analnu fazu razvoja. Simptomi koji se javljaju su rezultat borbe između ida i obrambenih mehanizama gdje će nekad predvladat id, a nekad obrambeni mehanizmi. Na primjer, kad opsesivne misli o ubojstvu prodru u svijest, snaga je ida pojačana. Međutim, opaženi simptomi češće su odraz djelovanja nekog obrambenog mehanizma, najčešće su to izolacija, poricanje i reaktivna formacija. Na primjer, osoba se korištenjem reaktivne formacije odupire nagonu prljanja i tako postaje kompulzivno uredna i zaokupljena čistoćom. S druge strane, postoje i mišljenja kako se OKP javlja onda kad strogi i autoritativni roditelji sprečavaju razvoj osjećaja kompetentnosti u djeteta. Opterećeni kompleksom manje vrijednosti kroz djetinjstvo, u odrasloj dobi mogu podsvjesno usvojiti kompulzivne radnje kako bi barem u nekom području svog života imali kontrolu i osjećali se sposobnima i učinkovitima (Davison i Neale, 1998).

Bihevioralna paradigma opsesije smatra uvjetovanim podražajem. U početku anksioznost se uvjetuje na klasičan način uz specifični događaj, a zatim se osoba uključuje u kompulzivne rituale kako bi umanjila anksioznost. Ako je osoba uspješna u smanjivanju anksioznosti, veća je vjerojatnost za kompulzivno ponašanje u budućnosti (negativno potkrepljenje). Uvjetovanje višeg stupnja događa se kad se neki drugi neutralni podražaji, kao što su riječi, slike ili misli, povežu s početnim podražajem, što dovodi do oslobađanja popratne anksioznosti. Ritualizirano ponašanje održava reakciju straha jer osoba izbjegava podražaj koji ju je izazvao i stoga izbjegava gašenje. Slično tomu, smanjivanje anksioznosti nakon rituala održava kompulzivno ponašanje. Međutim, neće sve kompulzije podjednako smanjivati anksioznost, npr. kompulzije čišćenja ublažavaju anksioznost češće i jače, nego kompulzije provjeravanja (Hollander i Simeon, 2006).

Kognitivni model pretpostavlja da su određene vrste mišljenja i kognitivnih procesa usko vezane za OKP i da one pridonose održavanju tog poremećaja. Negativna uvjerenja o odgovornosti, osobito odgovornosti oko prisilnih misli, mogu biti ključan čimbenik koji utječe na opsesivno ponašanje (Begić, 2011). Takve osobe preuveličavaju i vlastitu odgovornost za moguće štetne događaje što vodi ne samo do anksioznosti, već i do izrazitog srama ili krivnje. U skladu s tim,

kompulzije i izbjegavajuće ponašanje se ne smatraju samo pokušajima smanjivanja opasnosti, nego i pokušajima da se smanji precipirani doživljaj odgovornosti (Leahy, Holland i McGinn, 2014). Nadalje, osim shema odgovornosti, osobe s OKP-om pokazuju i pogreške pamćenja odnosno sklonost upamćivanju uznemirujućih tema, npr. bolje pamte kontaminirane predmete od osoba koje nemaju OKP (Radomsky i Rachman, 1999; prema Hollander i Simeon, 2006). Osim toga, utvrđeno je da osobe s OKP-om koje imaju kompulzije prekomjernog provjeravanja nemaju oštećenja u pamćenju, već da imaju slabo povjerenje u svoje pamćenje. Što više provjeravaju svoje učinjene aktivnosti topovjerenje u vlastito pamćenje sve više slabi (Radomsky, Dugas, Alcolado i Lavoie, 2014). Osim toga, neka su istraživanja pokazala kako kod osoba s OKP-om postoje oštećenja prostornog prepoznavanja, dok je prostorno radno pamćenje očuvano s obzirom na točnost izvedbe (Dittrich, Johansen, Fineberg i Landro, 2011). Isto tako, pronađeno je te osobe imaju oštećenja selektivne pažnje i pretpostavlja se da su ta oštećenja vezana uz njihovu smanjenu sposobnost selektivnog zanemarivanja određenih podražaja. Za razliku od odraslih, neurofiziološki deficiti nisu nađeni kod djece s OKP-om, te se pretpostavlja da OKP simptomi ne utječu na kognitivne funkcije na početku razvoja ovoga poremećaja (Hollander i Simeon, 2006).

4. Tretman opsesivno-kompulzivnog poremećaja

Prije početka liječenja važno je dati bolesniku i njegovoj obitelji što više informacija o samoj bolesti te ih dobro upoznati s mogućnostima liječenja. U liječenju se primjenjuje farmakoterapija i specifične psihoterapije, a kod težih slučajeva preporučuje se kombinacija oba pristupa. Iako su istraživanja pokazala da nema značajne razlike u učinkovitosti kombiniranog pristupa u liječenju OKP-a u odnosu na korištenje same psihoterapije odnosno kognitivno-bihevioralnog pristupa, često se prvo koriste psihofarmaci kako bi se stabiliziralo stanje pacijenta, a zatim se kreće sa psihoterapijom. Prema tome, najprije će biti pojašnjene somatske metode liječenja OKP-a, a poslije toga psihoterapijske metode.

4.1. Somatske metode liječenja OKP-a

Prvi opsežnije proučavani lijek za liječenje OKP-a bio je klomipramin. On je snažan inhibitor ponovne pohrane serotonina sa slabom blokadom ponovne pohrane noradrenalina. Niz je različitih istraživanja nedvojbeno potvrdio učinkovitost klomipramina u smanjivanju simptoma OKP-a (Eddy, Dutra, Bradely i Westen, 2004). Međutim, poboljšanje je uz klomipramin

razmjerno sporo, uz maksimalnu učinkovitost nakon pet do dvanaest tjedana liječenja. Unatoč tome, jednako je učinkovit kod osoba koje imaju samo opsesije ili kompulzije, za razliku od bihevioralne terapije koja nije toliko učinkovita kod pacijenata koji imaju samo s opsesije (Hollander i Simeon, 2006).

Nadalje, istraživanja sa selektivnim inhibitorima ponovne pohrane serotonina (SSRI – prema engl. *Selective Serotonin Reuptake Inhibitors*) potvrdila su hipotezu da je poboljšanje simptoma OKP-a posredovano preko blokade ponovne pohrane serotonina. Među SSRI ističu se fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin i sertralin. SSRI su se pokazali jednako učinkovitim kao i klomipramin, međutim zbog težih nuspojava u liječenju klomipraminom, oni imaju nešto veću prednost. Nadalje, važno je naglasiti da su u liječenju OKP-a doze SSRI-a znatno su veće, nego pri liječenju depresivnih ili drugih anksioznih poremećaja. Većini se osoba s OKP-om s ovim lijekovima stanje poboljša za oko 30 do 60 posto lijekovima prve linije, odnosno lijekovima koji su do sad bili navedeni, a kako bi se postigao zadovoljavajući odgovor koriste se različite kombinacije i strategije pojačavanja učinka (Eddy, Dutra, Bradely i Westen, 2004).

Kod terapijski refraktornog OKP-a koriste se posebne metode liječenja: transkranijalna magnetna stimulacija, duboka stimulacija mozga te neurokirurške metode od kojih je repetitivna transkranijalna magnetna stimulacija jedina neinvazivna te podrazumijeva prijenos magnetskih impulsa preko stimulirajuće navojnice koja se nalazi iznad glave do korteksa ispod nje (Blom, Figeo, Vulink i Denys, 2011). Nadalje, duboka moždana stimulacija je invazivna, ali još uvijek reverzibilna metoda. Učinkovitost ove metode temelji se na dva različita mehanizma djelovanja, budući da postoji neposredni pozitivni učinak i odgođeni učinak koji se očituje i više mjeseci nakon zahvata (Tye, Frye i Lee, 2009; prema Bojanić i sur., 2013). Oni bolesnici koji su rezistentni na uobičajeno liječenje kognitivno-bihevioralnom terapijom i/ili farmakoterapijom, a u kojih zbog težine bolesti postoji teško oštećeno osobno, radno i socijalno funkcioniranje, moguće je liječiti i neurokirurškim metodama. Trenutno se koriste četiri ledirajuća neurokirurška postupka: cingulotomija, subkautatna traktotomija, limbička leukotomija i kapsulotomija od kojih je bilateralno lediranje cingularnog girus najčešća. Važno je spomenuti da se ove metode koriste samo onda kada ništa drugo ne pomaže, a njihova je učinkovitost oko 40 do 60 posto (Bojanić i sur., 2013).

4.2. Psihoterapijske metode liječenja OKP-a

Sve do sredine šezdesetih godina 20. stoljeća smatralo se da je OKP terapijski rezistentan unatoč primjeni psihofarmakoterapije uz psihoanalitičku terapiju. Do preokreta dolazi primjenom

kognitivno-bihevioralne terapije koja je i danas jedna od najučinkovitijih terapija. Budući da ne postoje dokazi učinkovitosti psihoanalitičkog pristupa, on se danas ni ne provodi (Davison i Neale, 1998).

4.2.1. Bihevioralna terapija

Bihevioralna liječenja OKP-a sastoje se od dvije komponente: postupci izlaganja pomoću kojih se pokušava umanjiti anksioznost vezane uz opsesije ili uz suočavanje s opsesivnim strahovima te tehnike sprječavanja odgovora pomoću kojih se pokušava umanjiti učestalost rituala ili opsesivnih misli. Terapije izlaganja mogu biti u opsegu od sustavne desenzibilizacije uz kratkotrajno izlaganje zamišljanjem do preplavljanja kod kojega produženo izlaganje stvarnim podražajima, koji izazivaju rituale, dovodi do velike nelagode. Dakle, pomoću ove tehnike želi se, putem navikavanja, smanjiti anksioznost vezana uz podražaje koji izazivaju opsesije pa se tako klijenta izlaže nekom podražaju, bilo stvarnim ili zamišljenim koji pokreće opsesivne misli, a ponavljanjem postupka dolazi se do habituacije na određeni podražaju. Pri tome se poštuje klijentova hijerarhija simptoma, a počinje se s onim što klijent smatra najmanje ugrožavajućim. Kod ove terapije, pacijent najprije dobiva domaće zadatke kojih se treba pridržavati, a tek ako u tome ne uspije u pomoć dolazi terapeut. Druga komponenta bihevioralne terapije odnosi se na tehnike sprječavanja odgovora pomoću kojih se pokušavaju ublažiti opsesivnosti i reducirati broj kompulzija te koje uključuju suočavanje klijenta s podražajima kojih se boji (npr. prljavština, kemikalije) bez prekomjernog pranja ruku ili podnošenje misli (npr. „Jesu li vrata zaključana?“) bez prekomjernog provjeravanja. Početni zadaci znaju uključivati odgađanje izvođenja rituala, no poslije su ti zadaci orijentirani tako da se klijent u potpunosti odupre kompulzijama (Hollander i Simeon, 2006). Najbolji se rezultati postižu kombinacijom tehnikama izlaganja i tehnikama sprječavanja odgovora. Do 85 posto klijenata koji su koristili tu kombinaciju izjavilo je znatno poboljšanje simptoma (Hawton, Salkovskis, Krik i Clark, 2008). Prediktori lošijeg ishoda bihevioralnim liječenjem OKP-a uključuju depresiju na početku, teži OKP na početku, dulje trajanje ovog poremećaja te manju motivaciju za liječenje (Keijsers i sur., 1994; prema Hollander i Simeon, 2006).

4.2.2. Kognitivna terapija

Nadalje, iduća terapija koja se preporučuje u liječenju OKP-a jest kognitivna terapija. Strategije su ovog pristupa prvenstveno usmjerene na neugodu povezanu s opsesijama i potrebu da ih se popravi ili neutralizira. Klijente se uči kako da prihvate opsesije bez pokušaja da ih zaustave ili

neutraliziraju kako bi tijekom vremena došlo do smanjenja anksioznosti, krivnje i tuge povezane s opsesivnim mislima. Promjenom klijentovih shema opasnosti i pretjerane odgovornosti, kognitivno rekonstruiranje pomaže pacijentima vidjeti da nisu odgovorni za svoje opsesivne misli te da one ne predstavljaju prijetnju i da ne moraju voditi do djelovanja. Kognitivne tehnike također pomažu osobama utvrditi stresne okidače koji mogu pojačati simptome OKP-a (Leahy, Holland i McGinn, 2014).

4.2.3. Kognitivno-bihevioralna terapija

Kao što je već ranije spomenuto, najučinkovitija terapija u liječenju OKP-a jest ona koja uključuje kognitivnu i bihevioralnu terapiju. KBT se sastoji od psihoedukacije, tehnike disanja, kognitivnih te bihevioralnih tehnika. Započinje se sa psihoedukacijom gdje terapeut upoznaje bolesnika s prisilnim mislima te normalizira njegovo ponašanje. Pacijent tako saznaje da seprisilne misli ne javljaju samo njemu, već da je to normalna pojava jer ih svaki čovjek ponekad ima. Zatim se pacijenta uči pravilnom disanju odnosno pravilnim primjenama tehnika sporog i dubokog disanja. Nakon toga pokušava se pomoći pacijentu da na drukčiji način koristi svoje misli te da izbjegava negativna razmišljanja, a izlaganjem i sprječavanjem odgovora želi se prevenirati njegove motoričke i mentalne kompulzije. Terapeut zajedno s pacijentom stvara hijerarhijsku skalu koja uključuje situacije koje izazivaju strah, od najmanjeg do najvećeg. Izlaganje traje od 45 minuta do dva sata sve dok anksioznost ne bude minimalna, odnosno dokne bude jednaka nuli, tek poslije toga se prelazi na sljedeću razinu hijerarhijske skale (Hawton, Salkovskis, Krik i Clark, 2008). Nakon izlaganja terapeut podučava pacijenta kako da prevenira ritualizaciju, a ponavljanjem postupka pacijent se navikava na izloženost podražaja koji aktivira opsesije i kompulzije. Zatim slijedi procesuiranje odnosno rasprava o tome kakav pacijentov doživljaj o izlaganju bez ritualizacije. Kada se zaključi da nije došlo do očekivane „katastrofe“ terapeut koristi taj pozitivan ishod kao alat za mijenjanje krivih uvjerenja na kognitivnoj razini. Na taj će način pacijent s vremenom naučiti prepoznavati opsesije i kompulzije kao simptome OKP-a. Naprimjer, bolesnik je uvjeren da ako ne popuši četiri cigarete da će mu obitelj stradati u automobilskoj nesreći. Terapeut mu predlaže da popuši samo tri cigarete i da vidi što će se dogoditi. Koristeći pozitivan ishod, u pacijenta bi trebalo doći do potpunog prestanka izvođenja kompulzivnih misli. Istraživanja su pokazala kako do 80 posto bolesnika pozitivno reagira na ovaj tip liječenja (Bojanić i sur., 2013). No prije završetka KBT-a, nužno je utvrditi moguće buduće „okidajuće“ situacije i objasniti pacijentu kako da se suoči s njima pa ukoliko dođe do relapsa da zna primijeniti naučene tehnike, a ako se simptomi pojačaju da javi terapeutu što ne

mora značiti da će pacijent ponovno prolaziti kroz cijeli tretman. Kako bi se KBT pokazala uspješnom potrebno je da pacijent motiviran za liječenje te da je iskren oko sadržaja svojih opsesija i kompulzija. Često im je neugodno pričati o tome pa je zato moguće da ne budu potpuno iskreni u opisu svojih prisila. Osjećaj sramote zna se javiti i zbog straha od ludila i gubitka kontrole (Hawton, Salkovskis, Krik i Clark, 2008). Upravo zbog toga u početku terapije potrebno je dosta vremena dok se ne izgradi stabilan i iskren odnos između klijenta i terapeuta. Što je terapijski odnos stabilniji, to će terapija biti učinkovitija (Klepsch i Wilcken, 2005). Nadalje, na djelotvornost terapije neće utjecati čestina seansi odnosno manje intenzivan tretman jednako je učinkovit kao i intenzivniji tretman. Isto se odnosi i na duljinu trajanja tretmana. Sve ovisi o samom klijentu, ako je on motiviran pokazat će ustrajnost u vježbama što će na kraju dovesti do poboljšanja simptoma (Leahy, Holland i McGinn, 2014).

Sama psihoterapija može biti dovoljna u liječenju OKP-a. Dakle, bez ikakve primjene lijekova. Tu su spoznaju potvrdila brojna istraživanja. Također je u jednom od ovih istraživanja nađeno da će ishod tretmana ovisiti o prisutnosti poremećaja ličnosti (de Haan, Oppen, Spinhoven, Hoogduin i Dyck, 2007).

4.2.4. Druge psihoterapije

Opsesivno-kompulzivni poremećaj jedan je od najtežih psiholoških problema s obzirom na njegovo liječenje. Unatoč tome što osobe s OKP-om imaju simptome koji djeluju kao da su rezultat neriješenih i nesvjesnih konflikata, psihoanalitička se terapija nije pokazala učinkovitom. Međutim, suprotan učinak pokazuje u liječenju akutnih slučajeva i slučajeva ograničenih simptoma u klijenata koji su psihološki orijentirani i motivirani za istraživanje svojih konflikata. Također, ta je terapija vrlo djelotvorna u liječenju opsesivnih crta ličnosti: perfekcionizma, dvoumljenja, odugovlačenja i neodlučnosti. Pri tome, naglašava se važnost aktivnijeg usmjeravanja tijekom razgovora s klijentom, ohrabivanje i poticanje da se odrekne svojih ego obrambenih mehanizama kompulzivnog djelovanja. No konačni cilj terapije ostaje uvid u podsvjesne odrednice ponašanja (Salzman, 1985; prema Davion i Neale, 1998).

Osobe s OKP-om trebaju suportivnu terapiju čak i kada se primjenjuje farmakoterapija ili KBT. Zbog njihove sklonosti pretjeranom sumnjanju, potrebno im je mnogo uvjeravanja tijekom ranih faza liječenja koja se izvrsno postižu u suportivnim grupama. Postoje različite suportivne grupe, one koje vode stručnjaci i one koje su klijenti sami osnovali („samoinicijative“). Susreti koje vode stručnjaci odnosno liječnici, psiholozi, terapeuti ili njegovateljsko osoblje organizirani su tako da oni imaju ulogu moderatora te da strukturiraju redoslijed i zajedno sa sudionicima

određuju koncept za susret, dok u samoinicijativama oboljeli samo razrađuju koncept susreta. Postupak u takvim grupama nije jedinstven, no ciljevi su zajednički: izgraditi grupu koja dobro funkcionira, povećati sposobnost za suradnju sudionika, poboljšati kvalitetu življenja, pojačati sposobnost za užitak, promijeniti opterećujuće životne situacije, povećati socijalnu kompetentnost, razraditi strategije rješavanja problema te primijeniti naučene sposobnosti na stvarne životne situacije. Intenzivnija suportivna terapija koja potiče preuzimanje rizika pomaže im da žive uz anksioznost i da se usmjeravaju na sadašnjost (Klepsch i Wilcken, 2005). Učenje usmjeravanja na sadašnjost pomaže osobi da savlada prisilne misli. Osim toga, ono pridonosi i boljoj koncentraciji, smanjuje anksioznost i poboljšava san (Fairfax, Easey, Fletcher i Barifield, 2014). Također, edukativne suportivne grupe za klijente i njihove obitelji pokazale su se vrlo uspješnom u njihovom liječenju. Već nakon četiri do pet susreta 50 posto klijenata primijeti izrazito pozitivne promjene u različitim područjima života, dok preko 80 posto njih izjavi takva poboljšanja samo onda kada su kontinuirano sudjelovali u grupama. Jedan od razloga zašto su suportivne grupe toliko učinkovite jest međusobna podrška odnosno zajedništvo. Osim toga, tu je izmjenjena informacija pomoću kojih klijenti imaju mogućnost bolje razumjeti vlastite poremećaj i vježbe koje ih uče stručnjaci i koja pomažu u pronalaženju rješenja za aktualne probleme učeći nove oblike ponašanja. Potrebno je educirati i pružiti potporu i članovima obitelji jer nerijetko dolazi do poremećenog funkcioniranja u obitelji, gdje se većina roditelja ili bračnih partnera prilagođava ili uključuje unjihove rituale kako bi smanjili anksioznost ili srdžbu koju oboljeli usmjeravaju prema njima. Pružajući im informacije o tome što predstavlja pomoć za oboljele od prisile i kako se treba odnositi prema promijenjenim oblicima ponašanja uče kako ne podržavati oboljelog pri izvođenju njezinih simptoma. Time shvaćaju da je njihova uloga ohrabriti osobu u bilo kojem obliku otpora prema prisilama (Klepsch i Wilcken, 2005). Također, danas postoje i brojne knjige samopomoći koje detaljno opisuju bolest te pružaju razne upute kako postati sam svoj terapeut i na taj si način pomoći.

5. Zaključak

Općenito, može se zaključiti kako je opsesivno-kompulzivni poremećaj jedan od najtežih psiholoških problema kada je u pitanju njegovo liječenje i kako uistinu otežava svakodnevno funkcioniranje osobe. Opsesije i kompulzije, kojima se osoba ne može oduprijeti, oduzimaju puno vremena i dovode do izrazite anksioznosti. Nužno je pronaći izvor tim opsesijama i kompulzijama kako bi se mogla odrediti pravilna metoda njihova liječenja. No, ovdje nalazimo

na jedan veliki problem, a to je nepoznavanje njihova uzroka. U radu su navedene dominantnije hipoteze nastanka ovog poremećaja poput: poremećaja u neurotransmiterima (poremećaj serotonina, dopamina), genetska predispozicija, psihosocijalni čimbenici te način na koji osoba nauči reagirati na okolinu oko sebe. Međutim konačnog odgovora još uvijek nema. Upravo zbog toga njegov je tretman vrlo težak i dugotrajan. Pronalaskom pravog uzroka poremećaja pronašao bi se i pravi način njegova liječenja koji bi mogao dovesti i do potpunog izlječenja. Zato vidim veliku potrebu za daljnja istraživanja na ovom području. Iako smo vidjeli da postoje neke djelotvorne metode liječenja, niti jedna od njih ne nudi potpuno ozdravljenje, a za poboljšanje simptoma potrebno je posvetiti puno vremena i truda. Nadalje, važno je spomenuti kako će ove metode liječenja dati vrlo malo rezultata ako pacijent nema podršku od svoje obitelji i njemu bliskih osoba. Što se tiče metode liječenja lijekovima, preporučuju se selektivni inhibitori ponove pohrane serotonina, ali u većim dozama, nego kod liječenja ostalih anksioznih poremećaja te antidepresiv klomipramin, kojeg prate različite neugodne nuspojave. Unatoč nekim učinkovitim rezultatima, oni ne nude trajno rješenje, niti sigurnost da će na svakoga jednako pozitivno djelovati. Potrebno je primijeniti nekoliko lijekova prije nego se pronađe koji je od njih odgovarajući za što bolju kontrolu simptoma, a to može negativno utjecati na pacijenta ako nije bio pripremljen na rizik od neuspjeha. Nadalje, od psihoterapijskih tehnika, najuspješnijom se pokazala kognitivno-bihevioralna terapija. Iako svaka zasebno nudi poneke prednosti, KBT se pokazala učinkovitom i kad se nisu primjenjivali lijekovi, što znači da osoba može poboljšati svoje stanje samo vježbanjem kontrole svoga uma i tijela. Uvijek je bolje pribjeći ovakvim metodama liječenja koje ne proizvode nikakve negativne posljedice, a osobi, u svakom slučaju, pomažu da se suoči sa svojim životnim problemima. Međutim, ako se radi o težim slučajevima, svakako je potrebno potražiti i medicinsku pomoć.

Iako se do danas značajno unaprijedilo liječenje ovog poremećaja raznim metodama i poboljšala njegova prognoza, na kraju ipak možemo zaključiti da ga je potrebno nastaviti istraživati kako bi se otkrio njegov pravi uzrok, olakšalo i smanjilo vrijeme njegovog liječenja, a time pružio bolji i kvalitetniji život osobama s OKP-om.

6. Literatura

- Begić, D. (2011). *Psihopatologija*. Medicinska Naklada.
- Blom, R.M., Figeo, M., Vulink, N. i Denys, D. (2011). Update on repetitive transcranial magnetic stimulation in obsessive-compulsive disorder different targets. *Current Psychiatry Reports*, 13(4), 289-94.
- Bojanić, M., Čulo, I., Ivaniš, A., Maravić, A., Topić, J. i Hotujac, LJ. (2013). Obuzeto-prisilni poremećaj. *Socijalna psihijatrija*, 41, 123-127.
- Davison, G.C. i Neale, J.M. (1998). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- de Haan, E., van Oppen, P., Spinhoven, P., Hoogduin, K.A.L. i van Dyck, R. (2007). Prediction of outcome and early vs. late improvement in OCD patients treated with cognitive behaviour therapy and pharmacotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(5), 354-361.
- Dittrich, W.H., Johansen, T., Fineberg, N.A. i Landro, N.I. (2011). Cognitive Performance and Specific Deficits in OCD Symptom Dimensions: II. Spatial Memory and Impaired Recognition of Visuospatial Object and Locations. *German Journal of Psychiatry*, 14(1), 1-12.
- Eddy, K.T., Dutra, L., Bradley, R. i Westen, D. (2004). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical psychology* 24, 1011-30.
- Fairfax, H., Easey, K., Fletcher, S. i Barifield, J. (2014). Does Mindfulness help in treatment of Obsessive Compulsive Disorder (OCD)? An audit of client experience of an OCD group. *The British Psychological Society*, 29(3), 17-27.
- Frances, A., Pincus, H.A. i First, M. (1996). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje: DSM-IV: međunarodna verzija s MKB-10 šiframa*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Hawton, K., Salkovskis, P.M., Krik, J. i Clark, D.M. (2008). *Kognitivno-bihevioralna terapija za psihijatrijske probleme – vodič za praktičan rad*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Hollander, E. i Simeon, D. (2006). *Anksiozni poremećaji*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Kitis, A., Akdede, B.B.K., Alptekin, K., Akvardar, Y., Arkar, H., Erol, A. i Kaya, N. (2007). Cognitive dysfunctions in patients with obsessive-compulsive disorder compared to the patients with schizophrenia patients: Relation to overvalued ideas. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 31, 254-261.
- Klepsch, R. i Wilcken, S. (2005). *Prisilne radnje i prisilne misli: Kako izaći iz vlastitog začaranog kruga*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

- Larsen, R.J. i Buss, D.M. (2008). *Psihologija ličnosti: Područja znanja i ljudskoj prirodi*. Jastebarsko: Naklada Slap.
- Leahy, R.L., Holland, S.J. i McGinn, L.K. (2014). *Planovi tretmana i intervencije za depresiju i anksiozne poremećaje*. Jastebarsko: Naklada Slap.
- Petz, B. (2005). *Psihologijski rječnik*. Jastebarsko: Naklada Slap.
- Poro, A. (1984). *Enciklopedija psihijatrije*. Beograd: Nolit.
- Radomsky, A.S., Dugas, M.J., Alcolado, G.M. i Lavoie, S.L. (2014). When more is less: doubt, repetition, memory, metamemory, and compulsive checking in OCD. *Behaviour Research and Therapy*, 59, 30-39.
- Štrkalj-Ivezić, S., Folnegović-Šmalc, V. i Mimica, N. (2007). Anksiozni poremećaji: Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja. *Medix: Specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 71, 56-58.
- Veale, D. (2002). Over-valued ideas: a conceptual analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 383-400.
- Wetterneck, C., Steinberg, D.S. i Hart, J. (2014). Experiential avoidance in symptom dimensions of OCD. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 78(3), 253-269.