

Opsesivno - kompulzivni poremećaj

Pejić, Ivana

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:142:149272>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-28**



FILOZOFSKI FAKULTET
SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

Repository / Repozitorij:

[FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek](#)



Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Ivana Pejić

Opsesivno-kompulzivni poremećaj

Završni rad

Mentorica: izv. prof. dr. sc. Ana Kurtović

Osijek, 2021.

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Studij: Preddiplomski studij psihologije

Ivana Pejić

Opsesivno-kompulzivni poremećaj

Završni rad

Društvene znanosti, polje psihologija, grana klinička i zdravstvena psihologija

Mentorica: izv. prof. dr. sc. Ana Kurtović

Osijek, 2021.

IZJAVA

Izjavljujem s punom materijalnom i moralnom odgovornošću da sam ovaj rad samostalno napravio te da u njemu nema kopiranih ili prepisanih dijelova teksta tuđih radova, a da nisu označeni kao citati s napisanim izvorom odakle su preneseni. Svojim vlastoručnim potpisom potvrđujem da sam suglasan da Filozofski fakultet Osijek trajno pohrani i javno objavi ovaj moj rad u internetskoj bazi završnih i diplomskih radova knjižnice Filozofskog fakulteta Osijek, knjižnice Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku i Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu.

U Osijeku, 10. rujna 2021.

Ivana Pejić

0010222597

Ime i prezime studenta, JMBAG

Sadržaj

OPSESIVNO-KOMPULZIVNI POREMEĆAJ	1
EPIDEMIOLOGIJA OKP-A	2
KLINIČKI SIMPTOMI OKP-A	3
DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA OKP-A	4
TIPOVI OKP-A	6
ETIOLOGIJA OKP-A	7
<i>BIOLOŠKI ČIMBENICI</i>	7
<i>Neurološke promjene mozga.</i>	7
<i>Naslijeđe.</i>	8
<i>Studije blizanaca</i>	8
<i>OKOLINSKI ČIMBENICI</i>	8
<i>Trauma.</i>	9
<i>Uloga obitelji.</i>	9
RIZIK ZA SAMOUBOJSTVO	10
LIJEČENJE OKP-A	10
<i>PSIHOLOŠKE TERAPIJE</i>	11
<i>Bihevioralna terapija.</i>	11
<i>Kognitivna terapija</i>	11
<i>Kognitivno-bihevioralna terapija.</i>	12
Metoda četiri koraka.....	12
<i>TERAPIJA LIJEKOVIMA</i>	14
<i>TERAPIJSKI REFRAKTERNI OKP</i>	14
ZAKLJUČAK	15
LITERATURA	16

Opsesivno-kompulzivni poremećaj

Sažetak

Opsesivno-kompulzivan poremećaj (OKP) je kroničan psihološki poremećaj koji pripada skupini opsesivno-kompulzivni i srodni poremećaji. Karakteriziran je ponavljajućim opsesijama i/ili kompulzijama koje su uznemirujuće te otežavaju normalan svakodnevni život. Kvaliteta života uvelike ovisi o težini simptoma i odgovoru na terapiju. Uz neurološke promjene mozga i utjecaj gena, bitnu ulogu u etiologiji imaju i okolinski čimbenici, poput traumatičnog iskustva, koje može izazvati poremećaj. Postoji velika razina komorbiditeta kod ovog poremećaja. Često se javlja s depresijom, anksioznim poremećajima, tjelesnim dismorfnim poremećajem, a ponekad i sa shizofrenijom. Kod takvih komorbiditeta, čest je slučaj suicida ili samoozljeđivanja, stoga je važno pravodobno intervenirati i odrediti odgovarajuću terapiju te započeti s liječenjem. Danas je dostupan velik broj različitih vrsta terapija koje se koriste u liječenju OKP-a i sličnih poremećaja. Ranija istraživanja su potvrdila da je najučinkovitija terapija kod liječenja ovog poremećaja kombinacija kognitivno-bihevioralne terapije i farmakoterapije, a moguće je i samoliječenje novom metodom četiri koraka koja može biti vrlo učinkovita u smanjivanju simptoma poremećaja. Oporavak može biti iscrpljujući i dug, ali uz pomoć obitelji i ostalih bliskih osoba terapija može pokazati značajne rezultate i unaprijediti kvalitetu života oboljele osobe i njene okoline.

Ključne riječi: opsesivno-kompulzivni poremećaj, opsesije, kompulzije, terapije, kvaliteta života

Opsesivno-kompulzivni poremećaj

Mentalni ili duševni poremećaji podrazumijevaju odstupanje u jednoj ili više psihičkih funkcija te mogu narušavati kvalitetu života oboljelih osoba i njihovih obitelji. Postoji velik broj mogućih uzroka pojavljivanja mentalnih poremećaja, poput genetskih, tjelesnih i okolinskih čimbenika (Hyman i sur., 2006). Ipak, ne može se znati koji čimbenik točno uzrokuje koji poremećaj. Takvi poremećaji se mogu javiti i kao reakcija na visoko stresne životne događaje (npr. trudnoća, porođaj, gubitak člana obitelji ili bliskog prijatelja, gubitak posla itd.), a jedan od mentalnih poremećaja koji može slijediti nakon navedenog je opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP).

OKP, prema međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB - 10) (*International Classification of Diseases – ICD* (Svjetska zdravstvena organizacija, 2009)), pripada skupini neurotskih poremećaja, sa stresom povezanih i somatoformnih poremećaja te mu pripada oznaka F42, dok je u Dijagnostičkom i statističkom priručniku (DSM - 5) (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Američka psihijatrijska udruga, 2013) svrstan u skupinu opsesivno-kompulzivni i srodni poremećaji, odnosno poremećajima koji sadržavaju opsesivne misli i/ili ponavljajuće radnje (Američka psihijatrijska udruga, 2013). Prema tome, OKP je čest, kronični psihološki poremećaj koji je karakteriziran ponavljajućim opsesijama i/ili kompulzijama koje su uznemirujuće i otežavaju normalan svakodnevni život (Američka psihijatrijska udruga, 2000). Opsesije i kompulzije se mogu pojaviti u različitom stupnju kod većine pojedinaca (npr. praznovjerni rituali koje izvode vrhunski sportaši prije svake utakmice). Preko 50% zdravih osoba prijavile su da su doživjele nametajuće misli da će autom skrenuti s ceste, a oko 60% njih imalo je nametajuće misli da su ostavili uključeno glačalo ili otključana vrata (Purdon i Clark, 1993). No, zdravi pojedinci ne pridaju tome mnogo pozornosti, dok osobe s dijagnosticiranim OKP-om uz ovakve misli doživljavaju anksioznost vrlo visokog intenziteta pa daju veću pažnju tome, stoga imaju puno veću potrebu raditi kompulzije, kako bi se privremeno riješili tog osjećaja.

Opsesije se definiraju kao nametljive, neprikladne i ponavljajuće misli, ideje, poticaji, impulsi ili slike, koje kod osobe povećavaju razinu anksioznosti ili uznemirenosti (Viar i sur., 2011). Najčešće opsesije su ponavljajuće sumnje, strahovi od bolesti, potreba za simetrijom, seksualne misli i slično (Štrkalj-Ivezić i sur., 2007). Osoba prepoznaje da su takve misli proizvod njezinog uma, odnosno da joj nisu nametnute od strane okoline te ih, stoga, osoba pokušava potisnuti i prebaciti pažnju na određenu radnju ili drugu misao ili jednostavno izvrši kompulziju (Stein, 2002). Kompulzije su pretjerane i ponavljajuće radnje za koje osoba ima

snažnu potrebu učiniti kako bi smanjila ili uklonila opsesivne misli i anksioznost ili emocionalnu nelagodu te dobila kratkotrajnu kontrolu nad opsesijama (Rachman i sur., 1980). Kada pojedinac izbjegne takvu neželjenu situaciju, dolazi do potkrepljujućeg olakšanja. No, to olakšanje je kratkoročno i kada opet dođe do opsesije, osoba mora ponoviti izbjegavanje, odnosno kompulziju (Jakić, 2017). Neki od primjera kompulzija su pranje ruku, čišćenje, provjeravanje, brojanje, gomilanje stvari itd. (Matrix-Cols i sur., 2005, prema Viar i sur., 2011). One nisu ugodne te nemaju koristan ishod. Oboljela osoba kompulzijom namjerava spriječiti neželjeni i strašni događaj, iako te radnje u stvarnosti nisu povezane s opsesivnim mislima. Kompulzije ponekad oboljeloj osobi znaju oduzeti puno vremena i ometati u svakodnevnom funkcioniranju te narušiti kvalitetu života osobe (Petz, 2005), stoga je potrebno potražiti stručnu pomoć. Rezultati studija pokazuju da OKP ima visoki komorbiditet s anksioznim poremećajima i poremećajima raspoloženja te visoku stopu pokušaja suicida i samoozljeđivanja (Stein, 2002).

Epidemiologija OKP-a

Prevalencija OKP-a u odrasloj populaciji je oko 2-3%, a simptome doživi oko 25% ljudi (Ahmari i Dougherty, 2015). Za razliku od anksioznih poremećaja i poremećaja raspoloženja, gdje žene značajno prevladavaju među oboljelima, omjer oboljelih od OKP-a je približno jednak kod muškaraca i žena, uz malu prednost žena (53%) (Rasmussen i Eisen, 1992). Kod nekih osoba poremećaj se javlja u djetinjstvu ili adolescenciji, posebno kod dječaka, dok se kod žena češće razvija nakon nekog traumatičnog ili stresnog životnog događaja u odrasloj dobi, poput pobačaja, poroda, gubitka bliske osobe i slično (Clark, 2004). Time se može zaključiti da se muški počinju ranije liječiti. No, nije se pokazalo postoje li spolne razlike u učinku liječenja i tijeku OKP-a. Postoje rezultati istraživanja simptoma poremećaja, gdje je utvrđeno kako muškarci češće imaju seksualne opsesije, dok žene češće rade kompulzije čišćenja (Lensi i sur., 1996).

OKP se najčešće javlja kod mladih osoba u dobi između 18 i 24 godine. Rasmussen i Eisen (1992) navode da se kod 65% oboljelih poremećaj javlja do 25. godine, a kod 5% oboljelih se javlja nakon 40. godine života. Kada se OKP javi u djetinjstvu, osoba može imati simptome još dugi niz godina, unatoč liječenju (Thomsen, 1995).

Poremećaj utječe i na socijalni život oboljelih, pa tako oboljeli često stupaju u brak u kasnijoj dobi te imaju nisku stopu plodnosti (Rachman, 1985). Kako poremećaj utječe na svakodnevni život, tako ima utjecaj i na bračnu harmoniju. Seksualno nezadovoljstvo i stope

rastave brakova su veće kod oboljelih od OKP-a, anksioznih poremećaja i poremećaja raspoloženja, nego kod zdravih pojedinaca (Freund i Stekette, 1989).

Klinički simptomi OKP-a

Prema DSM-u, oboljela osoba mora imati ili opsesiju ili kompulziju kako bi joj se dodijelila dijagnoza OKP-a, ali ukoliko se pojavi u sklopu drugog poremećaja, poput shizofrenije, ne smije se dijagnosticirati (Bojanić i sur., 2013). No, velika većina oboljelih doživi obje navedene vrste simptoma (Foa i Kozak, 1995) Kako bi klinički simptomi postali značajni, mora biti prisutna visoka anksioznost, zabrinutost zbog negativnog utjecaja na sebe ili druge te disfunkcija svakodnevnog života. Osobe kojima je dijagnosticiran OKP mogu imati nametljive i ponavljajuće misli, ideje ili poticaje, odnosno opsesije te kompulzije u obliku vidljivih ili mentalnih radnji koje oduzimaju više od sat vremena dnevno i uzrokuju kroničan stres (Američka psihijatrijska udruga, 2000, prema Clark, 2004). Opsesija mora dolaziti iznutra, odnosno osoba mora biti svjesna da takve misli stvara njen vlastiti um te da to nisu nametnute misli. Također, opsesivne brige se moraju razlikovati od svakodnevnih životnih problema te njihova procjena ovisi i o sposobnosti razlikovanja opsesija od neželjenih zabluda, briga i misli iz svakodnevnog života (Clark, 2004).

Istraživanja Heyman i sur. (2009) su pokazala da se opsesije i kompulzije mogu podijeliti u pet glavnih skupina simptoma: a) agresivne misli – kompulzije provjeravanja, b) opsesivne misli o simetriji – kompulzije brojanja, slaganja i redanja, c) strah od zaraze – kompulzije pranja ruku i tuširanja, d) odbojne seksualne, nasilne i vjerske misli te e) opsesivne misli o skupljanju stvari – kompulzija skupljanja predmeta. Kompulzije provjeravanja zahtijevaju duže vremena za obavljanje određene radnje, nego kompulzije čišćenja, izazivaju unutarnji otpor, često ih prati osjećaj ljutnje i anksioznosti te osoba ima veće poteškoće u postizanju uvjerenja da se neće dogoditi negativni događaj u koji ih je uvjerala opsesija (Stekete i sur., 1985).

Tijek poremećaja je obično kroničan s remisijama i pogoršanjima, a čini se da stres pogoduje povećanju intenziteta simptoma poremećaja (Jurić i Štrkalj Ivezić, 2007). Osjećaj straha koji je rezultat OKP-a može biti veće jačine od bilo kojeg drugog emocionalnog stanja. Npr. ukoliko osoba ima opsesije o smrti, ta opsesija će biti toliko jaka da osoba neće moći otići na mjesto gdje je preminula neka osoba, a da ona zna tu informaciju te se ponekad udaljavaju od bliskih ljudi jer smatraju da oni ne mogu razumjeti njihove patnje. Neki od simptoma mogu biti izrazito visoka potreba za simetrijom, gomilanjem fizičkih predmeta, ponavljanja određene

radnje, seksualne opsesije, kompulzivno čišćenje, sumnja, agresija itd. (Clark, 2004). Takve opsesije je teško kontrolirati, unatoč tome što osoba shvaća razinu besmislenosti istih (Rachman, 1985).

Nadalje, ne postoji jednako pravilo pojavljivanja simptoma OKP-a. Značajan broj oboljelih navodi postepeno pojavljivanje simptoma, dok ostali navode akutni, nagli početak pojave simptoma, koji može biti posljedica nekog izrazito stresnog životnog događaja (Lensi i suradnici, 1996). Takav stresni događaj najčešće mogu biti gubitak bliske osobe, otkrivanje teške bolesti, financijski problemi, trudnoća, ali osoba niti ne mora biti svjesna okidača poremećaja (Rasmussen i Tsuang, 1986). Iako simptomi mogu varirati tijekom života osobe, ne postoji značajna razlika u simptomima djece i odraslih osoba (Stein, 2002) te se pojavljuju i uslijed normalnog razvoja osobe. Osobe su većinom svjesne svojih simptoma i pokušavaju ih suzbiti, no ukoliko osoba nema mogućnost uvida u simptome, postoji mogućnost postojanja oštećenih lezija u frontalnom području mozga. Kada su osobe koje pate od OKP-a svjesne da su njihova vjerovanja nelogična, bizarna i neutemeljena, njihovo samopouzdanje pada, postaju društveno i poslovno disfunkcionalni, povlače se u sebe i udaljavaju od obitelji i prijatelja. Djeca mogu zaostajati u svom obrazovanju za drugom djecom, a odrasli mogu izbjegavati izlaske iz kuće radi srama ili straha poveznim s poremećajem (Stein, 2002). Kako poremećaj utječe i na socijalni život oboljelih, tako oboljeli često stupaju u brak u kasnijoj dobi te imaju nisku stopu plodnosti (Rachman, 1985) i utjecaj na bračnu harmoniju. Seksualno nezadovoljstvo i stope rastave brakova su veće kod oboljelih od OKP-a, anksioznih poremećaja i poremećaja raspoloženja, nego kod zdravih pojedinaca (Freund i Stekette, 1989).

Diferencijalna dijagnoza OKP-a

Ljudi ponekad znaju miješati opsesivne misli i kompulzije OKP-a s karakternim osobinama koje obuhvaća opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti (OKPL). Postoje kvalitativne razlike između ta dva poremećaja. OKPL sadržava osobnost koja je karakterizirana ekstremnim perfekcionizmom, pretjeranom savjesnosti, međuljudskom kontrolom i otvorenosti (Stein, 2002) te škrtosti i tvrdoglavosti (Freud, 1959, prema Clark, 2004), dok ih OKP, osim perfekcionizma, ne mora uključivati. Međutim, glavna razlika između OKP-a i OKPL-a je ta što OKPL ne sadržava opsesije i kompulzije koje ih mogu ometati te smatraju da je njihov način razmišljanja i ponašanja u redu. Ranije se smatralo kako postoji visoki komorbiditet između OKP-a i OKPL-a, no to je kasnije opovrgnuto. Osobe koje pate od OKP-a uglavnom imaju izbjegavajući i zavisni tip ličnosti, dok to nije slučaj kod OKPL-a. OKP prati osjećaj

anksioznosti koji osoba uklanja izvršavanjem kompulzivnih radnji, dok kod OKPL-a osobu prati osjećaj zadovoljstva, s obzirom da kod perfekcionizma i kontrole vide samo korisnost (Smolić-Ročak, 2013).

Iako postoje određena preklapanja s drugim poremećajima, vidljive su jasne razlike simptoma OKP-a i strahova uzrokovanih drugim anksioznim poremećajima, promišljanja kod poremećaja raspoloženja te zabluda uzrokovanih psihotičnim poremećajima, ali postoji visoka stopa komorbiditeta s drugim poremećajima. Veće stope komorbiditeta su zabilježene za anksiozne poremećaje (PTSP, socijalnu fobiju i panični poremećaj), tjelesni dismorfnu poremećaj, poremećaje prehrane (anoreksiju i bulimiju), parafilije, neparafilne seksualne ovisnosti, Touretteov sindrom te poremećaje kontrole impulsa (trihotilomaniju, kleptomaniju i patološko kockanje) (Clark, 2004).

Simptomi OKP-a se mogu detaljnije objasniti usporedbom simptoma drugih poremećaja. Jedan od simptoma poremećaja prehrane anoreksije jest temeljni odabir hrane, kuhanje, ukrašavanje te konzumiranje hrane. Takve kompulzivne radnje postoje i kod OKP-a. Međutim, kod OKP-a takve kompulzije su intenzivnije, s obzirom na prisutnost perfekcionizma i napetosti (Yaryura-Tobias i sur., 2001). Često osobe koje pate od anoreksije mogu imati opsesije i rituale prilikom pripreme hrane i kompulzivnih tjelovježbi, no to ne mora biti posljedica OKP-a, nego želja za gubitkom težine. Glavna razlika između opsesija OKP-a i anoreksije je ta da osobe koje pate od anoreksije imaju opsesije i kompulzije isključivo vezane za hranu i karakterizira ih strah od dobivanja na težini, dok kod osoba koje pate od OKP-a takav strah nije prisutan te nisu ograničene samo na opsesije i kompulzije vezane uz konzumiranje hrane i dobivanje na težini (Folnegović-Šmalc, 2004).

Unatoč razlikama, OKP je često komorbiditetan s drugim poremećajima. Komorbiditeti mogu zakomplicirati kliničku sliku, što može otežati dijagnozu i liječenje. Postoji povezanost u pojavljivanju OKP-a i depresije. Distimija ili depresivne epizode se mogu pojaviti kod 30-50% pacijenata oboljelih od OKP-a. Prisutnost depresivnog poremećaja može povećati razinu opsesivnih misli, što pogoršava stanje OKP-a. Također, kronični i uznemirujući simptomi OKP-a mogu dovesti i do razvoja depresivnih epizoda (Rasmussen i Eisen, 1992), što je tri puta češći slučaj nego razvoj OKP-a iz depresije, odnosno kod dvije trećine oboljelih od OKP-a prisutna je i velika depresija. Stoga, visoka stopa komorbiditeta OKP-a kod depresije i anksioznih poremećaja može otežavati procjenjivanje i cjelokupno liječenje poremećaja. Depresija često može pratiti OKP i ima negativan utjecaj na liječenje poremećaja. U istraživanju Overbeek i sur. (2002) pokazalo se da trećina pacijenata oboljela od OKP-a u jednom trenutku

razvije depresivno stanje, ali su i depresivni i nedeprativni uzorak s jednakom težinom simptoma OKP-a pozitivno reagirali na liječenje. Ipak, skupina bez depresivnih stanja je imala veće poboljšanje, odnosno simptomi OKP-a su se smanjili u većoj mjeri u odnosu na pacijente s razvijenom depresijom.

Tipovi OKP-a

MKB – 10 (Svjetska zdravstvena organizacija, 2009) dijeli OKP u tri skupine: a) pretežno opsesivni tip, b) pretežno kompulzivni tip te c) mješoviti tip, koji je ujedno i najčešći. Kod pretežito opsesivnog tipa oboljele osobe svoje opsesije pokušavaju ukloniti mentalnim ritualima, kako bi smanjile stres, umjesto vidljivim radnjama. Simptomi su skriveni, pa je stoga i vrlo stresan tip OKP-a jer osoba može patiti i do nekoliko godina prije nego što potraži pomoć. Najčešće teme koje uključuje ovaj tip su teme o seksualnosti, zdravlju, nasilju, vjeri i romansi. Pretežito kompulzivni tip osjeća veliku potrebu za izvršavanje kompulzivnih radnji kako bi smanjili anksioznost, a ukoliko ne izvrše kompulzije može doći do visoke razine uznemirenosti.

Prema vremenu pojavljivanja, OKP se dijeli u dvije skupine: a) OKP s ranim pojavljivanjem te b) OKP s kasnim pojavljivanjem. Pretpostavlja se da 75% oboljelih ima OKP s ranim pojavljivanjem, čija je prosječna dob pojavljivanja 11 godina te je češće zastupljena kod muškaraca, dok se kasno pojavljivanje češće javlja kod žena nakon izrazito stresnog događaja. Prosječna dob kod kasnog pojavljivanja je 23 godine (Bojanić i sur., 2013).

OKP ima vrlo raznolike simptome te su stoga imenovani različiti tipovi OKP-a, koji se mogu diferencirati po vrsti straha i misli oboljelih. Rasmussen i Eisen (1998, prema Clark, 2004) podijelili su OKP na sedam tipova simptoma. Prvi, a ujedno i najčešći, je strah od zagađenja/nečistoće, koji uključuje kompulzivno čišćenje te patološka sumnja, koja podrazumijeva kompulzivno provjeravanje već napravljenih radnji. Zatim slijede strašne opsesije o počinjenju nasilja nad drugima i o odbojnim seksualnim radnjama, koje tjeraju osobu da traže sigurnost od partnera ili prijatelja te im ponavljaju njihove zabrinutosti. Sljedeće je traženje uvjerenja bližnjih potaknuto somatskim opsesijama (dugoročni strah od neizlječivih bolesti) i potreba za simetrijom/redosljedom, gdje osoba mora imati sve događaje i predmete pod kontrolom, točno određenim redosljedom i u točno određenom položaju, što vodi to kompulzivnog provjeravanja predmeta. Najmanje zastupljen tip OKP-a su vjerske opsesije. Vjerske opsesije uključuju stalno razmišljanje o grijesima i moralu.

Postporođajno razdoblje je, zbog velike razine stresa i povećanja odgovornosti, poznato po riziku za razvoj ili pogoršavanje psiholoških poremećaja, poput anksioznih poremećaja, poremećaja raspoloženja te OKP-a. Još jedna posebna vrsta OKP-a jest postporođajni OKP, koji se može pojaviti do šest tjedana nakon poroda i kod majki i kod očeva. Također, može se ponovno pojaviti i nakon pobačaja, ukoliko je kod žene već dijagnosticiran OKP (Rosso i sur., 2012). Moguće je da je uzrok tome velike promjene razine hormona estrogena i poremećaj aktivnosti serotonina, koji je povezan s razvojem OKP-a. Rizik pojavljivanja ovog poremećaja ovisi o vrsti poroda, rizičnosti trudnoće, prethodnoj psihijatrijskoj anamnezi, razini stresa te je li ženi to prva trudnoća. Postporođajni OKP se može javiti u brojnim oblicima, a neki od njih su veliki strah da će beba biti bolesna ili otrovana, strah od ozljeđivanja djeteta od strane skrbnika ili nekog drugog, seksualni strah da će netko seksualno napastovati dijete ili osjetiti privlačnost prema njemu, sumnju u ljubav prema vlastitom djetetu, kompulzivno provjeravanje svjetla, topline prostorije, odjeće itd. (Rosso i sur., 2012). S obzirom na to da je ovaj oblik poremećaja iznimno stresan, potrebno je liječenje psihološkom terapijom i/ili terapijom lijekovima, kako bi se prevenirale neželjene radnje.

Etiologija OKP-a

Postoji nekoliko teorija uzroka nastanka OKP-a, odnosno smatra se kako nekoliko čimbenika u interakciji mogu biti uzrok nastanka samog poremećaja. U nastavku će se objasniti neki biološki i psihološki čimbenici koji imaju učinak na razvoj OKP-a kod ljudi.

Biološki čimbenici

Empirijska istraživanja uloge naslijeđa i neuroloških promjena na mozgu pokazala su rezultate sa značajnom biološkom ulogom u razvoju OKP-a.

Neurološke promjene mozga. Simptomi OKP-a su povezani s promjenama u kortiko-striato-talamo-kortikalnim krugovima (CSTC), koje mogu biti posljedica poremećaja, uzimanja metilfenidata ili kokaina, ili mogu nastati nakon streptokokne infekcije (Stein, 2002). Nadalje, veliki broj studija s ljudima oboljelih od OKP-a je pokazao povećanu razinu aktivnosti orbitofrontalnog i prednjeg cingularnog korteksa i nukleusa kaudatusa i u mirovanju (no, osobito tijekom visoke razine stresa) te disfunkciju temporalnog režnja. Utvrđeno je da je važna i uloga serotonina, koji reducira anksioznost i strah izazvan opsesivnim mislima i slikama, posebno nakon što se pokazala djelotvornost selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina (SIPPS) u smanjivanju simptoma OKP-a (Westenberg i sur., 2007). U razvoju poremećaja,

također, veliku ulogu imaju i dopaminski sustavi, glutamatni te GABAergički, kolinergički i endogeni opioidni sustavi (Carlsson, 2000, prema Bojanić i sur., 2013). Nadalje, u studiji Kluge i sur. (2007) je potvrđen i smjer povezanosti simptoma i utjecaja na hipotalamus, hipofizu i nadbubrežnu žlijezdu, odnosno da je njihova aktivnost povećana kod oboljelih osoba u odnosu na zdrave pojedince.

Naslijeđe. Istraživanja pokazuju da je genetski utjecaj značajan na razvoj OKP-a, ali još se nije u potpunosti pokazalo na koji se način nasljeđuje. U istraživanju van Grootheest i suradnika (2005), utvrđeno je da se OKP kod djece naslijedio u 45-60% slučajeva, dok je kod odraslih osoba genetski utjecaj pojavljivanja OKP-a bio 27-47%. Ipak, zaključeno je da su potrebna opsežnija istraživanja kako bi se potvrdio ovaj rezultat. Pretpostavlja se da veliku ulogu u razvoju OKP-a ima nasljeđivanje opsesivno-kompulzivne ličnosti iz koje se kasnije razvija poremećaj (Grootheest i sur., 2005).

Studije blizanaca. Pretpostavlja se da ulogu u nastanku simptoma opsesivno-kompulzivnog poremećaja imaju i iskustvo i genetika. Na primjer, velika je mogućnost da članovi obitelji osobe koja je oboljela od poremećaja također imaju ovaj poremećaj (Nestadt i suradnici, 2000). U istraživanjima s jednojajčanim i dvojajčanim blizancima, potvrđeno je da je veća šansa da jednojajčani blizanci imaju ovaj poremećaj ukoliko je jedan od njih obolio, nego da to bude slučaj kod dvojajčanih. Međutim, pokazalo se da veći utjecaj ima stres u nastanku ovog poremećaja, odnosno neki izrazito traumatski životni događaji (Grisham i sur., 2008). U istraživanju blizanaca, dobiveni su dokazi o nasljednom utjecaju gena na razvoj OKP-a, koji govore da heritabilnost iznosi 50% u nasljeđivanju poremećaja. Također, potvrđena je veća razina podudarnosti pojavljivanja simptoma OKP-a kod jednojajčanih blizanaca, nego kod dvojajčanih te se OKP češće pojavljivao kod blizanaca u obitelji kod kojih već postoji OKP (Begić, 2011).

Okolinski čimbenici

Istraživanja, također, ukazuju na važnost okoline i psiholoških čimbenika u objašnjenju uzroka razvoja OKP-a. Mnogi slučajevi nemaju oboljelih OKP-om u obiteljskoj anamnezi, pa je velika vjerojatnost da u razvoj poremećaja nije uključena samo genetska komponenta, nego i traumatični događaji tijekom života te utjecaj obitelji. Neka istraživanja pokazuju da na pojavu također može utjecati i streptokokna infekcija skupine A i to najčešće u djetinjstvu (Murphy i Pichichero, 2009).

Trauma. Određena razina anksioznosti je ponekad korisna u svakodnevnom životu jer informira osobu o određenoj opasnosti i omogućuje osobi da se lakše i efikasnije suoči s problemom. Ipak, ponekad visoka razina anksioznosti uslijed nekog iznimno stresnog ili traumatskog događaja ustraje još dugo vremena nakon prestanka opasnosti te tako otežava svakodnevno funkcioniranje osobe što kasnije prelazi u psihološki poremećaj (Štrkalj-Ivezić i sur., 2007).

U jednom istraživanju je potvrđeno da se OKP može javiti nakon nekih stresnih životnih događaja, poput sukoba na radnom mjestu ili u obitelji (posebno kod mlađe djece čiji su roditelji često u sukobu), trudnoće ili poroda kod žena (Smolić-Ročak, 2013). Cromer i sur. (2007) su u jednoj studiji ispitali utjecaj traumatičnih životnih događanja na ozbiljnost simptoma OKP-a kod 265 sudionika. Tim istraživanjem se pokazalo da doživljavanje jednog ili više traumatskog životnog događaja ima značajan utjecaj na simptome poremećaja, u smjeru da su oni ozbiljniji i izraženiji, neovisno o dobi, trajanju poremećaja ili simptomima nekih drugih psiholoških poremećaja, poput depresije. Također, opsesije i kompulzije provjere redoslijeda i simetrije su bili najviše povezani s doživljavanjem traumatskog životnog događaja.

Opsesivno-kompulzivni poremećaj nije povezan samo s određenim stresnim situacijama, poput povećanja odgovornosti (npr. rođenje djeteta ili unapređenje na poslu) ili teških gubitaka, poput gubitka kuće u prirodnoj katastrofi ili smrti člana obitelji, nego i s brojnim stresnim događajima koji su se odvijali tijekom godina prije razvoja OKP-a (McKeon i sur., 1984, prema Sasson i sur., 2005). To je potvrđeno i u istraživanju Khande i sur. (1988, prema Sasson i sur., 2005) koji su uvidjeli značajan broj stresnih životnih događaja šest mjeseci prije razvoja OKP-a na uzorku koji su ispitali. Navedeni događaji su imali puno veći negativni utjecaj u usporedbi sa stresnim događajima koji su doživjeli zdravi ispitanici kontrolne skupine.

Uloga obitelji. OKP je poremećaj koji uvijek uključuje obitelj oboljelih osoba. Neki od rizičnih čimbenika koji mogu povećati rizik za pojavu OKP-a su konflikti u obitelji, tjelesno zlostavljanje te stresne situacije koje obitelj prolazi (Macuka i Smojver-Ažić, 2012), poput rođenja djeteta, gubitka člana obitelji i promjene mjesta stanovanja. Isto tako, raznoliki simptomi OKP-a mogu utjecati na obitelj oboljelog, pa je prikladno uključiti pacijentovu obitelj i partnera u liječenje te im dati prikladne upute. Obitelji oboljelih, također, doživljavaju visoki stres. Oni ponekad pokušavaju eliminirati simptome ili jednostavno sudjeluju u ritualima oboljele osobe, što povećava razinu anksioznosti u obitelji i disfunkciju svakodnevnog života (Calvoceressi i sur., 1995). Ipak, veća razina negativnih i kritizirajućih komentara članova obitelji može imati negativan utjecaj na simptome (Amir i sur., 2000) te povećati vlastitu razinu

anksioznosti i depresije. Stoga, članovima obitelji je teško odlučiti žele li podržavati kompulzije ili ih kritizirati, s obzirom da će njihova odluka svakako imati negativne posljedice na oboljele. Zato ih je potrebno dodatno educirati o samom poremećaju i o mogućim metodama liječenja, poput metode četiri koraka, što uvelike može pomoći oboljeloj osobi u ublažavanju simptoma poremećaja.

Rizik za samoubojstvo

Najčešći faktori rizika za razvoj OKP-a su socijalna izolacija, tjelesno zlostavljanje te izrazito neugodna emocionalna stanja. Pokazalo se da pojedinci s ovim poremećajem uz ove rizike imaju značajno negativni utjecaj na kvalitetu života za sebe (Katzman i sur., 2014) te, zbog toga, postoji značajan rizik za suicid. Pretpostavlja se da je 25% ovih pacijenata pokušalo izvršiti samoubojstvo, a zabilježene su i socijalne i kognitivne poteškoće. U istraživanju de la Cruz i suradnika (2017) pokazalo se kako osobe koje pate od OKP-a imaju povećan rizik od suicida ili pokušaja suicida, u odnosu na zdravu kontrolnu skupinu. Ukoliko je prisutan komorbidni poremećaj ličnosti, anksiozni poremećaj ili ovisnost, rizik je još veći (de la Cruz i sur., 2017). Prediktori za pokušaj samoubojstva mogu biti ozbiljnost OKP-a, vrsta opsesivnih misli, komorbidni poremećaji, povijest pokušaja suicida, osjećaj beznada te ukoliko su prisutni, ozbiljnost simptoma depresije i anksioznih poremećaja (Albert i sur., 2019).

Rezultati istraživanja su utvrdili da osobe s OKP-om mogu biti izrazito impulzivne, imati poremećaje ponašanja tijekom djetinjstva te da vjerojatno zbog toga imaju povećanu stopu pokušaja samoubojstva (Stein, 2002). Riziku za suicid može pridonijeti nepriznavanje poremećaja, neodgovarajuće liječenje, strah od liječenja te nejasna dijagnoza. Kako bi se to spriječilo, potrebno je informirati osobu o poremećaju od kojeg boluje.

Liječenje OKP-a

OKP je kroničan poremećaj koji se često javlja, ali se nedovoljno prepoznaje i liječi. Primarni cilj liječenja OKP-a je da osoba drži poremećaj pod kontrolom, a ne da poremećaj upravlja oboljelom osobom. Stoga, važno je prije liječenja upoznati pacijenta s bolesti i mogućim metodama liječenja. Pokazalo se da oboljeli najbolje reagiraju na kombinaciju određene farmakoterapije i psihoterapije. Trenutno najučinkovitije liječenje OKP-a jest kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) u kombinaciji s farmakoterapijom sa selektivnim inhibitorima ponovne pohrane serotonina (SIPPS) (Stein, 2002). Ukoliko je slučaj dovoljno težak i pacijent otporan na lijekove postoji mogućnost liječenja elektrokonvulzivnom terapijom

te kirurškim putem. Potrebno je napraviti psihijatrijsku anamnezu i detaljno proučiti simptome oboljelog te napraviti diferencijalnu dijagnozu drugih poremećaja i tjeskoba, kao i opću povijest bolesti (Begić, 2011).

Psihološke terapije

Bihevioralna terapija. Bihevioralna terapija je prva psihoterapija koja je empirijski ispitana i potvrđena da ima pozitivan učinak na OKP, kako kod odraslih, tako i kod djece. Izlaganje za njih strašnim i stresnim podražajima (npr. nečistoća) uz istovremeno suzdržavanje od rituala je glavna komponenta bihevioralne terapije, a to se čini kako bi se osoba mogla naviknuti na osjećaj anksioznosti i kako bi došlo do smanjivanja razine glavnih simptoma, opsesija i kompulzija. Psihoterapeuti se vode hijerarhijom simptoma bolesnika te se počinje s onim što je oboljela osoba navela kao najmanje uznemirujućim te bi nakon izlaganja takvom podražaju trebalo doći do prilagođavanja oboljele osobe na isti. Također, oboljele se pokušavaju naučiti metode reduciranja odgovora kako bi se pokušala smanjiti učestalost neželjenih misli i poriva. Kasnije se pokazalo kako bihevioralna terapija nije dovoljno učinkovita u smanjivanju simptoma OKP-a kod osoba koje imaju opsesije bez kompulzija (Hollander i Simeon, 2006).

Bihevioralnom terapijom dolazi i do mijenjanja funkcije cingularnog girusa, dijela mozga koji omogućuje osjećaj da će se dogoditi katastrofa ukoliko se ne izvrši kompulzija. Prije terapije je cingularni girus spojen s orbitofrontalnim korteksom, a nakon što osoba uvježba jednu od tehnika ublažavanja simptoma, orbitofrontalni korteks i cingularni girus se ponovno odvajaju i počinju raditi samostalno, a anksioznost se značajno smanjuje (Schwartz, 1996).

Kognitivna terapija. Druga vrsta psihoterapije je kognitivna terapija, koja se najviše usmjerava na vjerovanja koja OKP ima. U ovom obliku terapije se smatra da je jedan od najvećih problema shema vlastite odgovornosti, odnosno osoba se osjeća toliko odgovorno da pokušava spriječiti najmanju šansu da se dogodi nesreća koju opsesija navodi. Oboljela osoba iz tog razloga radi rituale, kako bi osigurala da se nesreća ne dogodi i da ona ne bude odgovorna ukoliko se slučajno dogodi. S obzirom da ne postoji šansa da je osoba 100% sigurna da se nešto neće dogoditi, ona je uvijek opetovano opterećena novim opsesijama i kompulzijama. Osim kompulzijama, oboljeli svoje opsesivne misli često pokušavaju ukloniti i s pokušajima potiskivanja takvih misli, no onda dolazi do obrnutog efekta, što pomaže povećavanju čestine pojavljivanja takvih misli (Wenzlaff i Wegner, 2000). U istraživanju Wenzlaff i Wegner (2000) su osobe koje su potiskivale misli, imali više nametljivih misli tijekom tog procesa, ali i tijekom praćenja u daljnjem istraživanju, pa su samim time bili i više opterećeni s takvim mislima.

Neke kognitivne tehnike u psihoterapiji mogu pomoći pojedincu utvrditi stresore koji povećavaju intenzitet simptoma OKP-a (Leahy i sur., 2014). Takve tehnike su najviše usmjerene na emociju neugode koje stvaraju opsesivne misli te ju pokušavaju potpuno ukloniti i učiti da nisu krivi za svoje opsesije, kako bi se s vremenom stres i osjećaj krivnje neutralizirao. Tijekom tretmana pacijent uči kako prevenirati ritualizaciju i spriječiti dodatni stres koji bi nastao ukoliko osoba ne izvrši kompulzije (Bojanić i sur., 2013).

Kognitivno-bihevioralna terapija. U praksi se najčešće koristi kognitivno-bihevioralna terapija (KBT), koja može uključivati postupke od dobivanje uputa za samopomoć do pružanja pomoći u jedinici intenzivne njege. Istraživanja su pokazala da 80% oboljelih osoba ima pozitivan ishod od ovakvog oblika terapije (Bojanić i sur., 2013). Može se izvoditi individualno ili grupno te može biti vrlo učinkovita metoda neovisno o načinu primjene. Istraživanja su ukazala na rezultate u kojima je KBT značajno smanjio simptome OKP-a i da se rezultati mogu zadržati i do nekoliko mjeseci nakon prestanka primjenjivanja KBT-a (Emmelkamp i sur., 2002). KBT se smatra osobito učinkovita psihoterapija kod specifičnih vrsta OKP-a, poput opsesivnih misli bez kompulzija, odnosno onih koji su rezistentne na bihevioralnu terapiju (Clark, 2004). Kognitivno-bihevioralni terapeuti tijekom rada s osobom koja pati od OKP-a radi i na mentalnoj kontroli i na porivima i kompulzivnim radnjama. Nakon izlaganja uz prevenciju odgovora slijedi razgovor o samom izlaganju pacijenta podražaju bez obavljanja kompulzije. Ukoliko se zaključi da je oboljeli mogao izdržati bez katastrofalnih i uznemirujućih misli zbog neobavljene kompulzije, smatra se kako je ishod pozitivan i da će osoba s vremenom znati prepoznati opsesije i kompulzije kao posljedice OKP-a, a ne kao stvarnost (Bojanić i sur., 2013).

Metoda četiri koraka. U liječenju osoba koje pate od OKP-a pokazala se vrlo uspješnom metoda četiri koraka, koju je osmislio Jeffrey Schwartz. Metoda četiri koraka je jedna od metoda KBT-a koja se može primjenjivati na gotovo svim ponašanjima koje se žele ukloniti ili promijeniti. Ovom metodom osoba si pomoću pune svjesnosti može pomoći da razumije prirodu opsesivnih misli i kompulzija te da ih shvati kao simptome poremećaja. Osoba uči da takva vjerovanja gleda kao patologiju u mozgu te da preusmjeri pažnju na druge konstruktivne radnje na način da se tijekom terapije osobi pokažu snimke mozga ljudi koji pate od OKP-a te se time dokaže da su njihove neželjene misli povezane s biokemijskim procesima. Metoda se sastoji od sljedeća četiri koraka: a) preimenovanje, b) pripisivanje, c) preusmjeravanje pozornosti te d) ponovno procjenjivanje (Benazon i suradnici, 2002).

U prvom koraku kod metode četiri koraka osoba koja pati od OKP-a treba svoje neželjene misli, porive i ponašanja koje izazivaju uznemirenost i strah nazvati opsесijama i kompulzijama, odnosno ono što doista jesu. Npr. osoba treba razumjeti da je njena misao koja govori da će dobiti tešku neizlječivu bolest opsесija i poriv da prođe deset puta kroz određena vrata, zapravo kompulzija za koju njen mozak smatra da će smanjiti njenu anksioznost. Potrebno je da osoba izbjegne mogućnost da je misli nadvladaju i natjeraju da napravi kompulziju te da bude svjesna da su ta vjerovanja simptomi vlastitog poremećaja (Schwartz, 1996). Preimenovanje neće odmah ukloniti opsесije i porive, nego će omogućiti osobi da promijeni svoju reakciju na njih i način razmišljanja.

Kod pripisivanja je važno da se opsесije i kompulzije pripišu neurobiološkom stanju karakterističnom za osobe koje pate od OKP-a i da bude svjesna da je njena struktura mozga pretjerano aktivnija u odnosu na zdrave pojedince (Schwartz, 1996). Trenutno postoje brojna istraživanja koja potvrđuju da je mozak kod oboljelih od ovog poremećaja specifičan te da ponekad postoje određene disfunkcije kojih pacijent treba biti svjestan kako bi se lakše nosio s nelogičnim opsесijama i porivima. Dakle, kod pripisivanja je potrebno da osoba svoje neželjene misli i vjerovanja pripiše neurobiološkim promjenama na mozgu. Promjenom načina razmišljanja, mijenja se i reakcija na neželjene misli, odnosno takvi neugodni osjećaji nestaju, a opsесije dolaze pod kontrolu. Koraci preimenovanje i pripisivanje se često odvijaju zajedno jer služe osobi poput obrambenog sustava protiv vlastitog poremećaja. Bez obzira koliko su neugodni osjećaji oboljele osobe, ona treba biti svjesna da je ova dva koraka zajedno jačaju (Schwartz, 1996).

Treći korak podrazumijeva kontinuirano vježbanje preusmjeravanja pozornosti s poriva na neko korisnije ponašanje koje nije povezano s opsесijom. Ključnost koraka preusmjeravanja pozornosti je obavljanje druge aktivnosti, dakle osoba ne smije biti pasivna. Primjenjuje se tzv. pravilo 15 minuta, koje podrazumijeva odgađanje obavljanja neželjenih kompulzija kroz slijedećih 15 minuta uz aktivno pronalaženje alternativne aktivnosti (Schwartz, 1996). Tijekom tog perioda, osoba će shvatiti kako je njena opsесija nerealistična te se neće ostvariti, iako nije napravila kompulziju. Dakle, što se više preusmjerava pozornost s opsесija i izbjegavaju kompulzije, porivi će sve češće nestajati jer takvim postupkom dolazi i do neurokemijskih promjena mozga mijenjanjem odgovora koje mozak šalje.

U zadnjem koraku je potrebno da oboljela osoba procijeni realističnost opsесija. Nakon što osoba ponovno procijeni patologiju, ona će tada biti svjesna da njene opsесije nemaju nikakvog uporišta u stvarnosti, odnosno da nisu realistične i moći se iskoristiti neku od tehnika

koju je naučio/la na psihoterapiji kako bi se lakše nosila s opsesijama i porivima. Kada osoba nakon ove tehnike promijeni način reagiranja, lakše će dobiti uvid u opsesije i kompulzije te će, kao rezultat toga, simptomi biti sve rjeđi (Schwartz, 1996). Također, kontinuirano samoliječenje ovom metodom rezultira smanjivanjem učestalosti i jačine simptoma OKP-a, što osobu ponovno fokusira na normalno svakodnevno funkcioniranje bez uznemirenosti i straha od opsesivnih misli i vraća kontrolu nad životom te dovodi do mogućnosti smanjivanja doze lijekova koje se koriste u svrhu smanjivanja simptoma OKP-a.

Terapija lijekovima

U kombinaciji s KBT-om, pokazalo se da lijekovi donose 80% uspjeha smanjivanja simptoma OKP-a (Schwartz, 1996). S obzirom na to da serotonin ima ulogu u razvoju OKP-a, najranije istraživanje je pokazalo da je klomipramin, triciklički antidepresiv, koji je inhibitor ponovne pohrane serotonina (SSRI – eng. *Selective Serotonin Reuptake Inhibitors*), bio najučinkovitiji u liječenju OKP-a putem farmakoterapije, dok druge vrste lijekova, poput inhibitora monoamino oksidaze, benzodiazepina i blokatora dopamina, nisu bili dovoljno učinkoviti pri primjeni jedne vrste lijeka tijekom liječenja OKP-a (Stein, 2002). Neki inhibitori, poput venlafaksina, inozitola, buspirona, litija i pindolola, bi također mogli biti djelotvorni u ublažavanju simptoma OKP-a, ali još nisu dovoljno ispitani, kako bi se uključili u liječenje.

Među najdjelotvornijim inhibitorima ponovne pohrane serotonina pokazali su se fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin i sertralin (Bojanić i sur., 2013). Lijekovi bi se trebali uzimati duži period, odnosno 10-12 tjedana, uz postupno povećavanje doze (s intervalima 2-4 tjedna). Doze pri liječenju OKP-a bi trebale biti znatno veće, nego kod liječenja depresije ili nekih anksioznih poremećaja. Osim pozitivnog utjecaja lijeka, odnosno liječenja simptoma, moguće su i negativne nuspojave, koje mogu uključivati tikove, povećanje simptoma te pojavljivanje shizotipnog poremećaja ličnosti (Stein, 2002). Ukoliko liječenje antidepresivima nije učinkovito, preporučuje se uvođenje antipsihotika, morfina sulfata, buspirona, pindolola te riluzola (Američka psihijatrijska udruga, 2007, prema Bojanić i sur., 2013).

Terapijski refrakterni OKP

Ponekad na osobe nema utjecaja niti jedan od navedenih terapijskih pravaca ili čak ima negativan utjecaj u smislu da povećava učestalost simptoma, pa se stoga uvode alternativne metode. Kriteriji dijagnosticiranja refrakternog OKP-a su pokušaj uzimanja maksimalne doze klomipramina tijekom 3-6 mjeseci, dva pokušaja uzimanja različitih SIPP-a s maksimalnom

dozom, šest mjeseci redovitog odlaženja na KBT te dva pokušaja dodavanja različitih atipičnih antipsihotika tijekom liječenja kombinacijom KBT-a i farmakoterapije (Bojanić i sur., 2013).

Kada pacijent prođe sve navedene korake, može se dijagnosticirati refrakterni OKP. Liječenje ovakvog oblika može uključivati tri metode: a) duboka moždana stimulacija, b) neurokirurške metode te c) transkranijaska magnetska stimulacija. Istraživanja su pokazala pozitivan učinak kod 50% oboljelih od ovog poremećaja (Kumar i Chadda, 2011), ali kratkoročno. Neurokirurška metoda je posljednja metoda koja se koristi kod najtežih slučajeva OKP-a, kada pacijent ne reagira na niti jednu drugu metodu. Iako je ovo invazivan postupak, učinak je u 40-60% slučajeva pozitivan (Shah i sur. 2008).

Zaključak

OKP se ranije smatrao rijetkim poremećajem, a sada je jedan od najčešćih kroničnih psihijatrijskih poremećaja. OKP ima vrlo raznoliku kliničku sliku, a glavni simptomi mogu biti opsesivne misli, impulsi i slike te kompulzije popraćene visokom razinom anksioznosti i strahom da će se dogoditi nesreća ukoliko osoba ne izvrši kompulziju koju određuje opsesivna misao. Postoji nekoliko pretpostavki uzroka razvoja OKP-a kod ljudi. Smatra se da je najviše interakcija genetskih i okolinskih čimbenika utječe na razvoj poremećaja, no potrebna su daljnja istraživanja etiologije ovog poremećaja. OKP je poremećaj koji se teško prepoznaje, pa se stoga i nedovoljno liječi. Cilj liječenja OKP-a, odnosno smanjivanja simptoma je da osoba kontrolira svoje opsesije i razumije da su one produkt njenog poremećaja, a ne stvarnost. Najnovija istraživanja su bitna za bolje shvaćanje uzroka nastanka poremećaja te odabir odgovarajuće terapije za oboljelu osobu. U budućim istraživanjima potrebno je napraviti longitudinalna istraživanja s većim uzorkom, kako bi se detaljnije ispitala etiologija ovog poremećaja i interakcija naslijeđa i okolinskih čimbenika. Potrebna je veća psihoedukacija opće populacije kako bi se lakše prepoznao, s obzirom da je OKP danas puno učestaliji poremećaj, nego što se pretpostavlja. Prvenstveno je potrebno educirati obitelj i prijatelje oboljelih o poremećaju općenito te o metodama liječenja, kako bi se i oni mogli uključiti u isto i olakšati liječenje osobi koja pati od OKP-a. Treba naglasiti kako bi oporavak i remisija bili vrlo teški bez obiteljske potpore jer je vrlo važno da pojedinac s ovako složenim poremećajem svakodnevno primjenjuje tehnike koje je naučio na psihoterapiji. Daljnja istraživanja bi, također, mogla pridati pažnju za većim sustavnim razmatranjem raznih životnih stresora koji utječu na etiologiju i liječenje OKP-a te na ispitivanje uloge interakcije stresa i genetskih čimbenika te detaljnije ispitivanje ozbiljnosti i učestalosti simptoma čiji je uzrok traumatski događaj, s obzirom da se na genetiku

ne može utjecati. Praktične implikacije mogu dati glavne temelje za kreiranje intervencija savjetovanja i dodatnog podučavanja što bi bilo od velike važnosti u pomaganju osoba oboljelih od OKP-a i ostalih srodnih poremećaja.

Literatura

- Ahmari, S. E. i Dougherty, D. D. (2015). Dissecting OCD circuits: from animal models to targeted treatments. *Depression and anxiety*, 32(8), 550-562.
<https://doi.org/10.1002/da.22367>
- Albert, U., De Ronchi, D., Maina, G. i Pompili, M. (2019). Suicide risk in obsessive-compulsive disorder and exploration of risk factors: a systematic review. *Current neuropharmacology*, 17(8), 681-696.
<https://doi.org/10.2174/1570159X16666180620155941>
- Američka psihijatrijska udruga. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. izdanje). Washington, DC: APA.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Amir, N., Freshman, M. i Foa, E. B. (2000). Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients. *Journal of anxiety disorders*, 14(3), 209-217.
[https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(99\)00032-8](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(99)00032-8)
- Begić, D. (2011). *Psihopatologija*. Medicinska Naklada.
- Benazon, N. R., Ager, J. i Rosenberg, D. R. (2002). Cognitive behavior therapy in treatment-naive children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: an open trial. *Behaviour Research and Therapy*, 40(5), 529-539.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00064-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00064-X)
- Berthier, M. L., Kulisevsky, J., Gironell, A. i López, O. L. (2001). Obsessive-compulsive disorder and traumatic brain injury: behavioral, cognitive, and neuroimaging findings. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 14(1), 23-31. DOI:
https://www.academia.edu/28172650/Obsessive_Compulsive_Disorder_and_Traumatic_Brain_Injury_Behavioral_Cognitive_and_Neuroimaging_Findings?from=cover_page
- Bojanić, M., Čulo, I., Ivaniš, A., Maravić, A., Topić, J. i Hotujac, L. (2013). Obuzeto-prisilni poremećaj. *Socijalna psihijatrija*, 41(2), 123-127. <https://hrcak.srce.hr/file/164032>

- de la Cruz, L. F., Rydell, M., Runeson, B., D'Onofrio, B. M., Brander, G., Rück, C., Lichtenstein, P., Larsson, H. i Mataix-Cols, D. (2017). Suicide in obsessive-compulsive disorder: a population-based study of 36 788 Swedish patients. *Molecular psychiatry*, 22(11), 1626-1632. <https://doi.org/10.1038/mp.2016.115>
- Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., Trufan, S. J., Goodman, W. K., McDougle, C. J. i Price, L. H. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1037/t29858-000>
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. Guilford Press.
- Cromer, K. R., Schmidt, N. B. i Murphy, D. L. (2007). An investigation of traumatic life events and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45(7), 1683-1691. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.08.018>
- Emmelkamp, P. M., van Oppen, P. i van Balkom, A. J. (2002). Cognitive changes in patients with obsessive compulsive rituals treated with exposure in vivo and response prevention. *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions*, 391-401. Pergamon. <https://doi.org/10.1016/B978-008043410-0/50026-X>
- Foa, E. B. i Kozak, M. J. (1995). DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.1.90>
- Folnegović-Šmalc, V. (2004). Anoreksija-komorbiditet i diferencijalna dijagnoza. *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 10(52), 48-49.
- Freund, B. i Steketee, G. (1989). Sexual history, attitudes and functioning of obsessive-compulsive patients. *Journal of sex & marital therapy*, 15(1), 31-41. <https://doi.org/10.1080/00926238908412845>
- Grisham, J. R., Anderson, T. M. i Sachdev, P. S. (2008). Genetic and environmental influences on obsessive-compulsive disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 258(2), 107-116. <https://doi.org/10.1007/s00406-007-0789-0>
- Heyman, I., Mataix-Cols, D. i Fineberg, N. A. (2006). Obsessive-compulsive disorder. *Bmj*, 333(7565), 424-429. <https://doi.org/10.1136/bmj.333.7565.424>
- Hollander, E. i Simeon, D. (2006). *Anksiozni poremećaji*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

- Hyman, S., Chisholm, D., Kessler, R., Patel, V. i Whiteford, H. (2006). Mental disorders. *Disease control priorities related to mental, neurological, developmental and substance abuse disorders*, 1-20.
- Jakić, M. (2017). Kognitivno-bihevioralni pristup liječenju opsesivno-kompulzivnog poremećaja kod djece. *Socijalna psihijatrija*, 45(2), 139-148.
<https://doi.org/10.24869/spsih.2017.139>
- Jurić, I. i Štrkalj Ivezić, S. (2007). Suportivna grupna terapija opsesivno-kompulzivnog poremećaja. *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 13(71), 94-97.
- Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K. i Van Ameringen, M. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC psychiatry*, 14(1), 1-83.
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>
- Kluge, M., Schüssler, P., Künzel, H. E., Dresler, M., Yassouridis, A. i Steiger, A. (2007). Increased nocturnal secretion of ACTH and cortisol in obsessive compulsive disorder. *J. Psychiatr. Res.* 41, 928–933.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.08.005>
- Kumar, N. i Chadda, R. K. (2011). Augmentation effect of repetitive transcranial magnetic stimulation over the supplementary motor cortex in treatment refractory patients with obsessive compulsive disorder. *Indian journal of psychiatry*, 53(4), 340.
<https://doi.org/10.4103/0019-5545.91909>
- Leahy, R.L., Holland, S.J. i McGinn, L.K. (2014). *Planovi tretmana i intervencije za depresiju i anksiozne poremećaje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Lensi, P., Cassano, G. B., Correddu, G., Ravagli, S., Kunovac, J. L. i Akiskal, H. S. (1996). Obsessive–Compulsive Disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 169(1), 101-107.
<https://doi.org/10.1192/bjp.169.1.101>
- Macuka, I. i Smojver-Ažić, S. (2012). Osobni i obiteljski čimbenici prilagodbe mlađih adolescenata. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 48(1), 27-43.
- Murphy, M. L. i Pichichero, M. E. (2002). Prospective identification and treatment of children with pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with group A

- streptococcal infection (PANDAS). *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 156(4), 356-361. <https://doi.org/10.1001/archpedi.156.4.356>
- Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M., Bienvenu, O. J., Liang, K. Y., LaBuda, M., Walkup, J., Grados, M. i Hoehn-Saric, R. (2000). A family study of obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*, 57(4), 358-363. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.4.358>
- Petz, B. (2005). *Psihologijski rječnik*. Jastebarsko: Naklada Slap.
- Purdon, C. i Clark, D. A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behaviour research and therapy*, 31(8), 713-720. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(93\)90001-B](https://doi.org/10.1016/0005-7967(93)90001-B)
- Rachman, S. J. (1985). An overview of clinical and research issues in obsessional-compulsive disorders. *Obsessive-compulsive disorder*, 1-47. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0542-0_1
- Rachman, S., Rachman, S. J. i Hodgson, R. J. (1980). *Obsessions and compulsions*. Prentice Hall. <https://doi.org/10.1192/S000712500010563X>
- Rasmussen, S. A. i Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30205-3](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30205-3)
- Rasmussen, S. A. i Tsuang, M. T. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/ajp.143.3.317>
- Rosso, G., Bechon, E., Bogetto, F. i Maina, G. (2012). OCD during pregnancy and post partum. *Rivista di psichiatria*, 47(3), 200-204. <https://doi.org/10.1708/1128.12441>
- Sasson, Y., Dekel, S., Nacasch, N., Chopra, M., Zinger, Y., Amital, D. i Zohar, J. (2005). Posttraumatic obsessive-compulsive disorder: A case series. *Psychiatry Research*, 135(2), 145-152. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.05.026>
- Schwartz, J. M. (1996). Brain lock. *Free yourself from obsessive-compulsive behavior*.

- Shah, D. B., Pesiridou, A., Baltuch, G. H., Malone, D. A. i O'Reardon, J. P. (2008). Functional neurosurgery in the treatment of severe obsessive compulsive disorder and major depression: overview of disease circuits and therapeutic targeting for the clinician. *Psychiatry (Edgmont)*, 5(9), 24. DOI: 10.7717/peerj.177
- Smolić-Ročak, A. (16.07.2013). Opsesivno-kompulzivni poremećaj. Preuzeto 06.07.2021. s <http://www.istrazime.com/klinicka-psihologija/opsesivno-kompulzivni-poremecaj/>
- Stein, D. J. (2002). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, 360(9330), 397-405. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)09620-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)09620-4)
- Steketee, G. S., Grayson, J. B. i Foa, E. B. (1985). Obsessive-compulsive disorder: Differences between washers and checkers. *Behaviour Research and Therapy*, 23(2), 197-201. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(85\)90028-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90028-2)
- Štrkalj Ivezić, S., Folnegović Šmalc, V. i Mimica, N. (2007). Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja. *Medix: Specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 13(71), 56-58. <https://hrcak.srce.hr/file/34454>
- Thomsen, P. H. (1995). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: predictors in childhood for long-term phenomenological course. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(4), 255-259. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09579.x>
- Van Grootheest, D. S., Cath, D. C., Beekman, A. T. i Boomsma, D. I. (2005). Twin studies on obsessive-compulsive disorder: a review. *Twin Research and Human Genetics*, 8(5), 450-458. <https://doi.org/10.1375/twin.8.5.450>
- Viar, M. A., Bilsky, S. A., Armstrong, T. i Olatunji, B. O. (2011). Obsessive beliefs and dimensions of obsessive-compulsive disorder: An examination of specific associations. *Cognitive Therapy and Research*, 35(2), 108-117. <https://doi.org/10.1007/s10608-011-9360-4>
- Wenzlaff, R. M. i Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual review of psychology*, 51(1), 59-91. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.59>
- Westenberg, H. G., Fineberg, N. A. i Denys, D. (2007). Neurobiology of obsessive-compulsive disorder: serotonin and beyond. *CNS Spectr*, 12(3), 14-27. <https://doi.org/10.1017/S1092852900002479>
- World Health Organization. (2009). *International Classification of Diseases-ICD*.

Yaryura-Tobias, J. A., Pinto, A. i Neziroglu, F. (2001). The integration of primary anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 6(4), 174-180. <https://doi.org/10.1007/BF03339740>