

UNIVERZITET U SARAJEVU - FILOZOFSKI FAKULTET

ODSJEK ZA PSIHOLOGIJU

ZAVRŠNI RAD

**KOGNITIVNO - BIHEVIORALNI TRETMAN OPSESIVNO-
KOMPULZIVNOG POREMEĆAJA**

Kandidat: Elma Klisura

Mentor: Prof. dr. Sibela Zvizdić

Sarajevo, septembar, 2024.

UNIVERSITY OF SARAJEVO - FACULTY OF PHILOSOPHY
DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

FINAL WORK

**COGNITIVE – BEHAVIOURAL TREATMENT OF OBSESSIVE –
COMPULSIVE DISORDER**

Kandidat: Elma Klisura

Mentor: Prof. dr. Sibela Zvizdić

Sarajevo, september, 2024.

Kognitivno - bihevioralni tretman Opsesivno - kompulzivnog poremećaja

Elma Klisura

Sažetak

Cilj ovog rada jeste prikazati kliničku sliku, etiologiju i liječenje kognitivno - bihevioralnom terapijom OKP-a. Kroz kliničku sliku prikazat ćemo specifična obilježja OKP-a kao što su opsesije i kompulzije. Zatim ćemo kroz etiologiju objasniti kako različiti pristupi poput biološkog, kognitivnog, bihevioralnog i psihodinamskog objašnjavaju nastanak OKP-a. Također kroz rad ćemo se upoznati sa opsesivno-kompulzivnim poremećajem ličnosti (u nastavku OKPL), te koja je razlika između OKPL-a i OKP-a. Kada je u pitanju liječenje, KBT se pokazao kao najučinkovitija terapija. Kroz rad su prikazane različite tehnike poput metode četiri koraka, izlaganje i prevencija odgovora, bihevioralni eksperiment, igra uloga, kružni dijagram, kognitivna restrukturacija i farmakoterapija.

Ključne riječi: opsesivno-kompulzivni poremećaj, opsesivno–kompulzivni poremećaj ličnosti, kognitivno – bihevioralni terapija, tretman OKP-a.

Cognitive – behavioural treatment of obsessive – compulsive disorder

Elma Klisura

Abstract

The aim of this paper is to present the clinical picture, etiology and treatment of OCD with cognitive-behavioural therapy. Through the clinical picture, we will show the specific features of OCD such as obsessions and compulsions. Then, through aetiology, we will explain how different approaches such as biological, cognitive, behavioural and psychodynamic approaches explain the onset of OCD. Also, throughout the paper, we will learn about obsessive-compulsive personality disorder (hereinafter OCPD) and the difference between OCPD and OCD. When it comes to treatment, CBT has proven to be the most effective therapy. The paper presents various techniques such as the four-step method, exposure and response prevention, behavioural experiment, role play, pie chart, cognitive restructuring and pharmacotherapy.

Keywords: obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive personality disorder, cognitive-behavioral therapy, treatment of OCD.

SADRŽAJ:

1. UVOD	1
2. KLINIČKA SLIKA I ETIOLOGIJA OKP-a	3
2.1. <i>Etiologija</i>	7
3. OPSESIVNO KOMPULZIVNI POREMEĆAJ LIČNOSTI	9
4. KOGNITIVNO – BIHEVIORALNI TRETMAN OKP-a	11
4.1. <i>Obilježja tretmana OKP-a</i>	12
4.1.1. <i>Procjena</i>	12
4.1.2. <i>Upoznavanje sa tretmanom</i>	12
4.1.3. <i>Utvrđivanje ciljeva</i>	14
4.1.4. <i>Psihoedukacija</i>	14
4.1.5. <i>Izlaganje i prevencija odgovora</i>	16
4.1.6. <i>Kognitivna restrukturacija i bihevioralni eksperiment</i>	19
4.1.7. <i>Metod četiri koraka i kružni dijagram</i>	21
4.1.8. <i>Tehnika igra uloga i dvostrukih standarda</i>	23
4.1.9. <i>Kraj terapije</i>	24
4.2. <i>Grupna kognitivno – bihevioralna terapija</i>	25
4.3. <i>Liječenje farmakoterapijom</i>	25
5. ZAKLJUČCI	26
6. LITERATURA	27

1. UVOD

Opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP) prema DSM 5 predstavlja jednu od vrsta opsesivno kompulzivnih i srodnih poremećaja, a karakteriziraju ga ponavljajuće misli (opsesije) i/ili kompulzivne (prisilne) radnje te intenzivan osjećaj anksioznosti (Američka psihijatrijska udruga, APA, 2014). Dijagnosticirati će se kada su opsesije (prisilne misli, ideje, predodžbe) ili kompulzije (radnje, prisile) ili jedno i drugo, prisutne većinu dana u trajanju od najmanje dvije sedmice. Ovaj poremećaj pogađa 2% do 3% opće populacije (Rotge i sur., 2009).

Opsesije su prisilne, ponavljajuće misli, ideje, poticaji koje se doživljavaju kao nametljive i neprimjerene te izazivaju anksioznost i nelagodu. Osoba nastoji ne obraćati pažnju ili potisnuti te misli, porive ili slike, ili ih nastoji poništiti nekim drugim mislima ili aktivnostima (Veale, 2014).

Kompulzije su opetovana ponašanja (na primjer, često pranje ruku, slaganje, provjeravanje) ili psihičke aktivnosti (na primjer, 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 (Veale, 2014).

Opsesije i kompulzije mogu se javiti odvojeno ili istovremeno. Oko 80% osoba s OKP-om ima oba simptoma (Bojanić i sur., 2013).

Prema istraživanjima provedenim u SAD-u prosječna dob kada počinje OKP-a jeste 19,5 godina. Kada su u pitanju spolne razlike istraživanja su pokazala da se kod dječaka javlja ranije nego kod djevojčica, ali da su djevojčice te koje imaju češće teži oblik poremećaja s više simptoma i poteškoća u funkcioniranju. Prvi simptomi poremećaja mogu se javiti između 10. i 12 godine, iako se mogu javiti i ranije, u dobi od 7 g. Opsesivno-kompulzivni poremećaj često se javlja u komorbiditetu s drugim anksioznim poremećajima kao što su generalizirani anksiozni poremećaj, separacijska anksioznost, specifična fobija, a kada je u pitanju rani početak može se povezati sa ADHD-om (Kober i sur., 2021)

Najučinkovitiji psihološki tretman OKP-a je kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) koja uključuje prevenciju izloženosti i odgovora. Izlaganje uključuje ponavljanje i produljeno suočavanje s opsesivnim okidačima, dok prevencija odgovora podrazumijeva odupiranje nagonima za izvođenje prisilnih rituala. Ovi postupci slabe povezanost između opsesivnih okidača i izazivanja straha i kompulzivnih rituala i smanjenja straha, čime se klijent uči da su

opresivni strahovi nerealni i taj strah s vremenom nestaje čak i u odsutnosti izbjegavanja ili rituala (Fisher i sur., 2005). Istraživanja pokazuju da preko 80 % osoba koje prođu kognitivno-bihevioralni tretman za OKP imaju umjereno do izvrsno poboljšanje (Jakić, 2017).

U KBT-u se primjenjuju razne tehnike kod tretmana OKP-a: psihoedukacija, poučavanje tehnikama disanja i relaksacije, te ostale kognitivne i bihevioralne tehnike (Kober i sur., 2021)

Jedan od tretmana kod pacijenata s OKP-om može biti smanjiti vrijeme provedeno u pranju ruku s 15 puta dnevno na 5 puta dnevno do kraja treće sedmice terapije. Terapeut pomaže klijentu odrediti prioritete u ciljevima analizirajući problem i stvarajući hijerarhiju manjih ciljeva koje treba postići. KBT tretmani strukturirani su na način da povećaju učinkovitost liječenja, poboljšaju učenje i usmjere terapijske napore na specifične probleme i potencijalna rješenja.

Tretmani započinju procesom postavljanja dnevnog reda u kojem terapeut pomaže klijentu u odabiru stavki koje mogu dovesti do produktivnog terapijskog rada u toj određenoj situaciji. Zatim se domaće zadaće koriste kao dodatan trud klijenta izvan granica tretmana i za jačanje učenja koncepta KBT-a (Cuijpers i sur., 2013).

Roditeljima se može dati objašnjenje za tehniku izlaganje odgovorima i prevenciju. Mnogi roditelji mladih s OKP-om i sami pate od tjeskobe, i zbog toga mogu proces izloženosti povezati sa štetnim uzrocima. KBT može imati utjecaj na razvoj komunikacijskih vještina u porodici, budući da su one loše unutar porodica u kojima je prisutan OKP. Vještine dijeljenja misli, osjećaja i rješavanje problema ključni su u tehnici izlaganja i prevencije odgovora. Također roditelji se uče da osnažuju dječji angažman tako da djeca mogu postepeno i samostalno pristupati situacijama izlaganja. Istraživanja sugeriraju da za pacijente s OKP-om bliski odnosi tj. intimne veze poboljšavaju učinak KBT-a (Abramowitz i sur., 2018).

Cilj ovog rada jeste opisati etiologiju, kliničku sliku OKP-a i KBT tretman OKP-a.

U ovom radu odgovoriti ćemo na sljedeća pitanja:

1. Kakva je etiologija i klinička slika OKP-a !
2. Koja je razlika između opsesivno-kompulzivnog poremećaja i opsesivno-kompulzivnog poremećaja ličnosti ?
3. Koliko je kognitivno-bihevioralni tretman učinkovit za OKP ?

2. KLINIČKA SLIKA I ETIOLOGIJA OKP-a

Pacijenti često zbog straha od osude ne daju informacije da imaju simptome OKP-a, te zbog toga je kliničar dužan postaviti pitanja koja mu mogu pomoći u uspostavljanju dijagnoze. To su pitanja: „imate li ponavljajuće misli koje vas čine anksioznim i kojih se ne možete riješiti bez obzira na to koliko vam je teško probati?" "održavate li stvari iznimno čistima ili često perete ruke?" i "provjeravate li stvari pretjerano?". Ako osoba potvrdno odgovara na ova pitanja, kliničar se dalje opredjeljuje na ispitivanje kako bi utvrdio jesu li kriteriji zadovoljeni za OKP (Jenike, 2004).

Simptome OKP-a možemo podijeliti u četiri kategorije a to su: strah od zaraze i kompulzivno čišćenje, opsesije i kompulzije, opsjednutost simetrijom i kompulzivnim uređenjem, te gomilanje koje podrazumijeva skupljanje beskorisnih predmeta (Jalal i sur. 2023).

Osobe s OKP-om su svjesne svog ponašanja, te imaju uvid da je njihovo ponašanje često ekstremno ili nelogično, u odnosu na osobe oboljele od psihotičnih poremećaja. Zbog stida osobe s OKP-om često nastoje prikriti svoje simptome, što kao posljedicu dovodi do slabog uvida u vlastite simptome, te nakon nekog vremena mogu vjerovati da su zapravo njihove opsesije opravdane (Jenike, 2004).

Kada su u pitanju djeca postoji mnogo faktora zbog kojih je teško dijagnosticirati OKP. Jedan od tih faktora su roditelji koji vjeruju da će simptomi koji izazivaju kompulzivno ponašanje proći. Zbog straha neka djeca često prikrivaju svoje simptome. Djeca kao ni roditelji nisu u mogućnosti odrediti koliko su česti rituali, kao i koliko su intenzivni. Kada krenu na liječenje većina klijenata navodi da su njihovi simptomi počeli u djetinjstvu ili adolescenciji (Rosa-Alcázar i sur. 2029).

Simptomi kod djece i adolescenata se ogledaju kroz kompulzivno pranje, provjeravanje, simetriju, rituale u koje su uključeni drugi ljudi, vjerska, te seksualna uvjerenja. Simptomi kod djece nisu konzistentni kroz vrijeme, te se često transformišu. Dimenzije simptoma najbolje su uočljive u književnosti kod djece (James i sur. 2017).

Prema (Molly i sur. 2008) istraživanja su pokazala da simptomi OKP-a također imaju utjecaj u školskom kontekstu. Zbog obavljanja kompulzivnih rituala djeca često kasne u školu ili u potpunosti izostaju iz škole. Utjecaj simptoma ogleda se kroz povećanu anksioznosti,

prokrastinaciju školskih obaveza ili postizanje školskog uspjeha ispod svojih sposobnosti, djetetovu koncentraciju, te izradu domaće zadaće.

U nastavku rada detaljnije će biti objašnjeni simptomi opsesije i kompulzije koji su prema DSM -5 preduvjet za razvoj OKP-a.

Kada su u pitanju opsesije veliki broj ljudi sa OKP-om doživljava znatan broj opsesija, stoga je važno da terapeut odabere one opsesije koje su najproblematičnije za liječenje. Istraživanja su pokazala da pola do tri četvrtine osoba sa OKP-om ima znatan broj opsesija. Zbog svoje brojnosti i zastupljenosti, od klijenta se obično traži nakon što navede spisak opsesija i kompulzija da odabere one koje su „vodeće“, te ih definira kao primarne opsesije. Osim što su brojne opsesije koje je klijent naveo kao primarne one ne moraju biti konstantne, nego se mogu mijenjati tokom vremena (Clark, 2019).

Clark (2019) navodi da se opsesije pojavljuju mnogo ranije prije nego se pojedincu dijagnosticira poremećaj. Kroz ranija istraživanja se pokazalo da osobe s OKP-om nisu doživljavale stres ili oštećenja iako su OKP simptomi bili prisutni. Povećanje simptoma do potpunog razvoja OKP-a uslijediti će onda kada osoba krene obraćati pažnju na svoje misli, kada je izložena konstantnom stresu, te kada se trudi da sve bude „baš kako treba“.

Zbog svog ličnog iskustva, sociokulturnih utjecaja, te drugih faktora kojima je pojedinac izložen, opsesije kao i njihov sadržaj kod svakog pojedinca je individualistički. Zbog toga kada su u pitanju spolne razlike, možemo zaključiti da se opsesivni sadržaj kod muškaraca zasniva na seksualnim opsesijama, opsesijama simetrije, kao i tačnosti, za razliku od žena kod kojih se opsesivni sadržaj odnosi na prljavštinu, agresiju, te seksualnu viktimizaciju (Clark, 2019).

Pored životnog iskustva i negativnih emocionalnih stanja, traumatična iskustva ili neki kritični incident mogu biti početak opsesija. Istraživanja su pokazala da simptomi OKP-a povezani sa traumom uzrokuju porast i razvoj specifičnih simptoma za OKP, a smanjuju simptome koji su specifični za PTSP. S toga je poželjno otkriti traumatične događaje, jer mogu utjecati na tok liječenja, te se trebaju uzeti u obzir pri planiranju liječenja (Clark, 2019).

Nametljivost je osnovna karakteristika opsesija. Iako su obično potaknute vanjskim podražajima one prodiru u svijest pojedinca protiv njegove volje. Druga važna karakteristika opsesija jeste njihova osobna neprihvatljivost, nepoželjnost ili percipirano nezadovoljstvo. Ono što je specifično za ovu karakteristiku jeste osobno značenje koje se pripisuje neželjenoj nametljivoj misli. Opsesija će se smatrati neprihvatljivom onog momenta kada je prijetnja

temeljnim vrijednostima osobe, sama pojava opsesija umanjuje vlastitu vrijednost osobe, te kada je povezana sa velikim subjektivnim stresom (Clark, 2019).

Otpor opsesija je ono što kliničke opsesije razlikuje od normalnih nametljivih misli. Obzirom da otpor prema opsesiji varira, osobe sa OKP-om su motivisane da ignorišu, potisnu ili jednostavno neutrališu nametljive misli. Ono što pojedinca motiviše da oslobodi um od opsesija jeste uvjerenje da će se dogoditi nešto strašno njima ili drugima ako opsesija nije uspješno prekinuta. Zbog želje za otporom i kontrole nad opsesijama, osobe s OKP-om smatraju da su njihovi naponi kratkotrajni, te da su neadekvatni. Zbog toga osobe imaju izraženiju subjektivnu nekontrolisanost nad opsesijama. Percepcija nekontrolisanosti jeste ono što održava opsesije, a ne stvarna sposobnost mentalne kontrole (Clark, 2019).

Ljudi su često pod stresom i brigama oko nastale situacije, te se zbog toga često pokreću nametljive misli. Prema kognitivnoj teoriji, opsesije nastaju onog momenta kada pojedinac normalne nametljive misli percipira kao prijetnju za sebe i druge, a ta prijetnja da ne bi naštetila drugima mora biti neutralizirana. Razlika između normalnih neželjenih misli i patoloških opsesija leži u načinu na koji se reaguje na opsesiju, a ne uzima se u obzir sadržaj ili pojava tih misli (Clark, 2019).

Prema (Clark, 2019) pored otpora, neutralizacije, briga je naredni elementi koji se povezuje sa opsesijama. Može se definirati kao ponavljajuće i nekontrolisano razmišljanje, a fokus je na neizvjesnost koja se obično veže za buduće događaje koji su obično negativni. Zbog toga se relevantnim za OKP smatra patološka zabrinutost, jer je povezana sa osjećajem tjeskobe, kao i osjećajem nekontrolisanosti.

Osim što su najviše zastupljene u OKP-u, kompulzije imaju sekundarnu ulogu u drugim poremećajima kao što su autizam, hiperaktivnost te patološko kockanje. Mnogo ljudi koji ne ispunjavaju kriterij za OKP također nagovještavaju da često izvode rituale koji se odnose na provjeru, čišćenje, pranje ili jednostavno izbjegavanje nekih objekata. Ranija istraživanja su pokazala da žene nakon poroda imaju izraženija kompulzivna ponašanja iako ne ispunjavaju kriterij za OKP (Clark, 2019).

Clark (2019) navodi da kod normalnih osoba uzrok nastanka kompulzija mogu biti kognitivne ili emocionalne promjene koje su relevantne za opsesivno - kompulzivna ponašanja. Za razliku od „normalnih“ kompulzija, patološke kompulzije karakterizira češća pojava, intenzivnije su, te izazivaju otpor i nelagodu, a izvršavaju se kako bi se negativno raspoloženje promijenilo.

Temeljom patološke prisile smatra se potreba za izvođenjem odgovora, a cilj je izbjegavanje štete. Kao najčešći primjer kompulzivnog ponašanja navodi se čišćenje kao reakcija na strah od kontaminacije, taj strah će biti zastupljen sve do momenta dok osoba ne smanji subjektivnu anksioznost, a nakon što se anksioznost smanji osoba odstupa od kompulzivnih rituala (Clark, 2019).

Često osobe sa OKP-om odustaju od borbe protiv prisila, te na kraju kao rezultat uslijedi nedostatak otpora. Negativne emocije kao što su strah, krivnja, gađenje ili tjeskoba izazivaju opsesije, a kao odgovor na ta stanja pojedinac izvodi kompulzivne rituale, a sve u cilju smanjenja neugodnih emocija. Terapeuti su često skloni odvojeno pristupiti liječenju kompulzija i opsesija, te je zbog toga važno naglasiti da su opsesije i kompulzije u recipročnom odnosu (Clark, 2019).

Pored otvorenih kompulzija, postoje i mentalne prisile. Prema Clark (2019) one su definirane kao prikrivene, kognitivne prisile koji su povezani sa jakim porivom za razmišljanjem o nekom elementu opsesije. Mentalne prisile kao i otvorene prisile imaju istu funkciju. Na primjer potraga za uvjerenjem se u početku smatrala ranjivim faktorom depresije, ali se pokazalo da je traženje uvjerenja također strategija koja je karakteristična za OKP. Razlika između uvjerenja kod osoba sa depresijom i osoba sa OKP-om se ogleda u tome da kod depresije osoba kada traži uvjerenje nastoji steći osjećaj vlastite vrijednosti i sigurnosti da postoji briga za tu osobu od strane drugih, kod OKP-a, osobi je fokus percepcija situacije kao i nevolje koje su povezane sa njom. Ponekad pretjerano traženje uvjerenja predstavljaju primarni neutralizacijski odgovor na opsesije i olakšanje od tjeskobe i nelagode. Iako može imati pozitivan efekat na pojedinca, pretjerano traženje uvjerenja od porodice, prijatelje može imati negativne efekte na njih (Clark, 2019).

Često su uvjerenja intenzivnija kod osoba sa OKP-om nego kod drugih anksioznih poremećaja. Cilj uvjerenja jeste da se smanji tjeskoba kod pojedinca, postigne osjećaj sigurnosti, kao i da bi se spriječila šteta. Iako pronalazak uvjerenja ima kratkoročne efekte, intenzivnija potraga za uvjerenjem može izazvati povrat tjeskobe. Zbog toga je pri psihoedukaciji potrebno naglasiti utjecaj uvjerenja, te treba porodicu ili prijatelje educirati koje strategije je potrebno razviti kako bi mogli reagovati na uvjerenja koja od njih osoba traži (Clark, 2019).

Za opsesije je specifično izbjegavanje. Definiše se kao svaki napor da se spriječi percipirana prijetnja ili nevolja koja je povezana sa prijetnjom. Izbjegavanje je prva linija

odbrane osoba s OKP-om, te je znatno izraženije kod OKP-a posebno u podtipu kompulzivno pranje i čišćenje, nego kod anksioznih poremećaja. Zbog prisustva intenzivnog straha od prljavštine osobe s kompulzivnim pranjem nastoje izbjeći bilo kakve situacije koje bi ih mogle dovesti u kontakt s percipiranom kontaminacijom. Ukoliko izbjegavanje ne uspijeva, onda osoba da bi smanjila tjeskobu koristi kompulzivne rituale (Clark, 2019).

Pored izbjegavanja Clark (2019) navodi da je neutralizacija još jedna strategija koju osoba s OKP-om koristi u borbi protiv kompulzivnih rituala. Razlika između neutralizacije i kompulzija se ogleda u tome što je osnovni cilj neutralizacije smanjiti, ukloniti ili poništiti negativan učinak opsesija. Neutralizacija nastoji poništiti učinke opsesije, a ne promijeniti značenje opsesije. U strategije neutralizacije ubrajaju se traženje uvjerenja, potiskivanje misli, zamjena misli, brige, otvoreni kompulzivni rituali, racionalizacija i tako dalje. Osobe s OKP-om nastoje također koristiti strategije koje koriste osobe kod kojih nije dijagnosticiran OKP. Iako te strategije kao što su racionalizacija, uvjerenje sebe da misao nije važna, pričanje o njima mogu se smatrati učinkovitim, ali one zapravo pojačavaju smisao i značaj opsesija.

Kompulzije i drugi oblici neutralizacije se smatraju kao napor da se ponovno stekne osjećaj kontrole nad neželjenim mislima, osjećajima i ponašanjem. Kada osoba s OKP-om krene percipirati situaciju kao prijetnju, kao strategiju koristi potiskivanje. Međutim kada ova strategija nema pozitivan efekat osoba često pribjegava kompulzivnim ritualima (Clark, 2019).

Pojedinci s OKP-om imaju poteškoća u zaustavljanju kompulzivnih rituala. Kompulzije se nastavljaju sve dok osoba ne doživi stanje „osjećaj znanja“. To unutrašnje stanje ne samo što daje odsutnost tjeskobe, nego daje osjećaj sitosti koji ukazuje da kompulzivni ritual može prestati (Clark, 2019).

2.1. Etiologija OKP-a

Prema psihoanalitičkom pristupu OKP se definira kao konflikt između ega i superega s jedne strane, te konflikt ida i ega s druge strane. Psihoanalitički pristup na opsesije gleda kao na neprihvatljive agresivne i seksualne impulse, ili da su opsesije kazna od strane superega. U OKP-u ego je predstavljen u vidu „zarobljenika“ između nametljivih nagona s jedne strane i morala superega s druge strane. Iako je za OKP karakterističan sukob između ida, ega i superega, ovaj sukob je prisutan i kod pojedinaca koji ne ispunjavaju kriterije za OKP. Ključna razlika između osoba sa OKP-om i osoba koje nemaju OKP ogleda se u tome da su osobe bez OKP-a u stanju dovesti u ravnotežu id, ego i superego. Najčešće obrambene mehanizme koje

ego koristi su izolacija, poništenje, te reaktivna formacija. Karakteristike kao što su perfekcionizam i savjesnost percipiraju se kao pokušaj kontolisanja neprijateljskih i seksualnih želja. Prema Frojdu superego proizilazi iz zahtjeva koji su značajni za druge ljude, dok se agresija smatra urođenom i željom za potiskivanjem ljutnje (Kempke i sur. 2007).

Prema kognitivnoj teoriji razlika između normalnih misli i nametljivih misli ne leži u spoznaji o kontolisanju tih misli, nego u načinu na koji osoba te misli doživljava i načinu na koji ih tumači. Ako se situacija percipira kao opasnom i štetnom uslijediti će tjeskoba. Stoga emocionalna reakcija koja je dominantna kada je u pitanju OKP jeste anksioznost. Sistem za stres u tom momentu stavlja fokus na razmišljanje o samoj prijetnji, a prijetnja može biti spoljašnja i unutrašnja. Anksioznost čini elemente situacije istaknutijim, uvjerljivim i očitijim. Osim anksioznosti druge emocije koje se vežu za OKP jesu gađenje, tuga, sram i ljutnja. Ono što je važno utvrditi jeste da li su te emocije prisutne u momentu kada je osoba zaokupljena simptomima ili se radi o sekundarnim emocijama (Bream i sur. 2017). Kognitivna teorija obuhvata koncept i pretjerane odgovornosti, gdje osoba preuveličava vlastitu odgovornost za događaj. Karakteristika osoba sa OKP-om jeste da i situacije koje su sigurne percipiraju kao opasne. Na primjer osoba s OKP-om vjeruje da ako ne opere ruke nakon dodirivanja kvake, bakterije s kvake će uzrokovati tešku bolest kod te osobe, ili će je prenijeti na druge osobe (Foa i Kozak 1985.).

Prema bihevioralnoj teoriji strah će uslijediti kada je neutralni podražaj konstantno povezan sa događajima koji po svojoj prirodi uzrokuju bol/ometanje. Kada se stvori osjećaj straha ili uznemirenost, razvijaju se ponašanja bijega ili izbjegavanja kako bi se smanjila anksioznost. Kod OKP-a, bihevioralno izbjegavanje se ogleda kroz ponavljanje prisila ili rituala, kompulzije se održavaju jer smanjuju osjećaj uznemirenosti (Foa, 2010).

Kada je u pitanju biološki model OKP-a postoji mnogo hipoteza koje nastoje objasniti nastanak OKP-a, a jedna od njih je orbitofrontalno-subkortikalna hipoteza. Prema ovoj hipotezi opsesije nastaju kao posljedica abnormalnosti u području orbitofrontalnog korteksa i bazalnim ganglijama, te lošoj vezi između frontalnog korteksa i dubljih područja mozga. Na osnovu toga se zaključuje da su navedena područja mozga odgovorna za kontrolu misli, a ujedno kod osoba sa OKP-om nastanak opsesivnih misli. Prema istraživanjima zbog njegove heterogenosti za nastanak OKP-a uzimaju se u razmatranje i drugi faktori kao što su genetika i okolina (Bream, i sur. 2017).

3. OPSESIVNO KOMPULZIVNI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Prema DSM 5, (APA, 2014) opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti u nastavku OKPL, ubraja se u vrstu poremećaja ličnosti, a pored izbjegavajućeg poremećaja ličnosti i ovisnih poremećaja ličnosti pripada B klasteru.

OKPL je stanje koje karakteriziraju pretjerana potreba za perfekcionizmom, urednošću, kontrolom i činjenjem stvari "na pravi način". OKPL ima osam osobina ličnosti, uključujući perfekcionizam, krutost, zaokupljenost detaljima, pretjerana predanost poslu, pretjerana savjesnost i nefleksibilnost u pogledu morala i vrijednosti, škrtost, nesposobnost odbacivanja beskorisnih stvari (gomilanje) (Wetterneck i sur. 2011).

Wetterneck i sur. (2011) navode da OKPL prema Frojdu predstavlja analni karakter koji proizilazi iz sukoba između roditelja i djeteta pri simulaciji analne zone koja treba izazivati ugodu. Ukoliko su roditelji grubi može doći do tendencije zadržavanja stolice ili zatvorenosti kod djeteta.

Ono što je karakteristično za ovaj tip ličnosti jeste da se boje napraviti greške, imaju strog moral, te strahuju ako prekrše društveni kodeks. Općenito radi se o nesigurnim osobama, često su skloni zabrinutosti i sumnjama, također mogu biti neodlučni, ali nastoje da prikriju te osobine (Wetterneck i sur. 2011).

Wetterneck i sur. (2011) navode da ljudi koji pokazuju urednost žive po rutini i lako postaju uzrujani kada njihovu rutinu poremete nepredviđeni događaji ili okolnosti. Radi se o osobama koje su pedantne, perfekcioniste, te su privržene preciznosti.

Pojedinci s istodobnim OKPL- i OKP-om imaju tendenciju pokazivati veću hroničnost OKP-a, kao i veće stope komorbiditeta s drugim poremećajima (Wetterneck i sur. 2011).

Istraživanja su pokazala da OKPL nije preduvjet za razvoj OKP-a. Povezanost između OKP-a i OKPL-a se ogleda kroz kriterije perfekcionizma, gomilanja i zaokupljenosti detaljima u odnosu na ostale kriterije OKPL-a (Eisen i sur.2006).

Prema (Garyfalos i sur. 2010) osobe sa OKPL-om karakterizira strah od povjerenja i predanosti, te kada je u komorbiditetu sa OKP-om manja je vjerovatnoća da će osoba pristupiti liječenju, zbog toga je potrebno strpljenje terapeuta da bi se razvio kvalitetan terapijski odnos. Također postoji pozitivna korelacija između OKPL-a i poslušnosti, promišljenosti te

savjesnosti, s druge strane u negativnoj korelaciji je sa težnjom za postignućem, toplinom, asertivnošću, altruizmom, te ekstroverzijom (Mancebo i sur. 2005).

Prema ranijim istraživanjima smatralo se da OKP i OKPL proizilaze iz obrambenih mehanizama koji odbijaju osjećaje nesvjesne krivnje, srama i nesigurnosti. Porodični odnos u kojem vlada bijes, neprijateljstvo i nedosljedno roditeljstvo smatraju se također važnim faktorom za razvoj OKPL-a (Mancebo i sur. 2005).

Iako je perfekcionizam karakterističan za oba poremećaja, razlika postoji, a ona se ogleda kroz slijedeći primjer: osobe s OKP-om i OKPL-om mogu biti uključene u zadatke u kojima se zahtjeva fokus na detalje pri pravljenju popisa stvari, za razliku od osoba s OKPL-om, kod osoba sa OKP-om će biti prisutna uznemirenost, prisutnost opsesija, te kompulzivni rituali čiji je cilj smanjiti tjeskobu koja je izazvana opsesivnim razmišljanjem. Kod osoba s OKP-om je prisutna anksioznost da će biti odgovorni za neki nepovoljan događaj ukoliko ne slijede tačno popis, dok s druge strane osobe s OKPL-om smatraju da pravljenje popisa služi kako bi spriječili zaboravljanje važnih stvari i prilika da se vrijeme iskoristi na koristan način (Mancebo i sur. 2005).

Frojd je nastojao definisati karakteristike OKPL-a kao što su urednost, štedljivost, te tvrdoglavost. Prema Frojdu urednost predstavlja pouzdanost i savjesnost u izvođenju svih radnji, tako i fizička čistoća. Štedljivost u ekstremnim slučajevima može dovesti do škrtosti, pohlepe, s druge strane tvrdoglavost se ogleda kroz neprijateljski i prkosan pristup prema autoritetu (Pollak, 1979).

Temeljna razlika između OKP-a i OKPL-a ogleda se u spoznaji da tjeskoba i nelagoda nisu obilježja OKPL-a, te iako je utvrđeno da je OKPL u komorbiditetu s OKP-om, većina ljudi s OKP-om ne ispunjava dijagnostičke kriterije za OKPL.

Za razliku od osoba sa OKP-om, osobe sa OKPL-om nemaju opsesivne misli, niti kompulzivne radnje, jer imaju uvjerenja da su njihove misli opravdane i tačne (Pollak, 1979).

4. KOGNITIVNO – BIHEVIORALNI TRETMAN OKP-a

Opsesivno-kompulzivni poremećaj se smatrao otpornim na liječenje lijekovima i psihodinamskom psihoterapijom do sredine 1960-ih. Do prvih značajnih promjena došlo je u vidu izlaganja i ritualne prevencije (Foa, 2010).

Kognitivno – bihevioralni model se pokazao kao najučinkovitijim od drugih psiholoških modela, budući da ima najbolju empirijsku podlogu. Prema ovom modelu opsesije i kompulzije proizilaze iz iracionalnih uvjerenja, a kao rezultat će uslijediti rizik da će osoba razviti opsesije i kompulzije. Temelj ovog modela jesu neželjene misli, slike ili impulsi, koje mogu doživjeti većina ljudi u općoj populaciji. Na primjer to mogu biti nametljive misli o trovanju porodice, ili neželjene misli koje se odnose na izgovaranje nepristojnih riječi u prisustvu ljudi. Prema kognitivno - bihevioralnom modelu opsesije nastaju onog momenta kada im osoba daje na važnosti, ili kada predstavljaju prijetnju za koju je pojedinac osobno odgovoran. Na primjer neželjena i nametljiva slika može biti napad nožem na svoje dijete (Abramowitz, 1996). Za mnoge ljude koji su doživjeli takve misli, u početku se javlja osjećaj nelagode, ali takav događaj smatraju besmislenim. S druge strane, za neke ljude ubod vlastitog djeteta znači izgubiti kontrolu i ubiti ga. Takve misli izazivaju uznemirenost i tendenciju da potisnu ili uklone neželjenu misao. Obično se takve slike nastoje korigirati ugodnim slikama, i nastoji se spriječiti pojava bilo kakvih događaja koji su povezani sa tim upadom to jeste slikom. Na primjer osoba nastoji izbjegavati upotrebu noževa, ili traži od drugih ljudi da provjeri da li je dijete na sigurnom (Abramowitz, 1996).

Prema Abramowitz (1996) kompulzivni rituali će uslijediti onog momenta kada osoba nastoji ukloniti ili spriječiti bilo kakve upade neželjenih misli koje osoba percipira kao štetne. Prema kognitivno – bihevioralnom modelu kompulzije su postojane budući da su pojačane zbog neposrednog smanjenja stresa i privremenog uklanjanja neželjenih misli. Kompulzije služe kao podsjetnici na upade neželjenih misli, i na taj način ponovo aktiviraju njihovo ponavljanje. Na primjer, kompulzivno pranje ruku može podsjećati osobu da se ona možda zarazila. Ukoliko osoba nastoji odvrćati pažnju sa neželjenih misli, upadi istih bi se mogli povećati budući da distraktori postaju podsjetnici upada.

Kada osoba pristane na liječenje KBT-om, osnovni zadatak jeste razraditi detaljan popis simptoma OKP-a, potrebno je odrediti intenzitet, mjesto, vrijeme, predmete ili situacije koje uzrokuju opsesiju, te dovode do izvođenja rituala. Također od klijenta se traži da izvrši kategorizaciju svojih simptoma prema stepenu anksioznosti povezanih sa opsesijama, kako bi

se mogle odrediti vježbe izlaganja u kućnoj varijanti, s tim da se obično polazi od situacija koje izazivaju manju anksioznost (Cordioli, 2008).

4.1. Obilježja tretmana OKP-a

Tretman kognitivno - bihevioralnom terapijom se realizira kroz nekoliko koraka. Pored teorijskog objašnjenja nastanka poremećaja, klijent se provodi kroz različite tehnike, neke od njih će biti detaljno objašnjene, zatim postavljanje ciljeva, procjena, uspostavljanje terapijskog odnosa, te priprema klijenta za funkcionisanje nakon završetka terapije.

4.1.1. Procjena

Cilj procjene i liječenja jeste pomoći osobi da uzme u obzir druge alternative njihove situacije, na primjer terapeut može reći: „možda niste opasni, ali ste jako zabrinuti hoćete li biti opasni". Tokom procjene uzimaju se informacije o historiji problema (Salkovskis, 1999). Za vrijeme procjene terapeut i klijent identificiraju nedavnu epizodu tokom koje se mogao problem pojačati. Razgovara se o mislima, slikama ili drugim upadima koji su se desili u toj epizodi, te o načinu na koji je osoba taj upad protumačila. Zadatak terapeuta jeste pomoći klijentu da se fokusira na interpretaciju situacije koja je u tom momentu rezultirala nevoljom ili željom da se izbjegne ta situacija (Salkovskis, 1999).

4.1.2. Upoznavanje sa tretmanom

Tretman se realizira između tri i šest mjeseci, pri čemu se klijent i terapeut sastaju jednom sedmično u trajanju od sat vremena. Ako klijent bude aktivno učestvovao u samom procesu liječenja, za većinu pacijenata dovoljno je deset do petnaest sesija. Interval između sesija može biti duži ukoliko uslijedi smanjenje simptoma. Tokom svake sesije vrši se popis simptoma kako bi se u skladu s tim mogle modificirati kućne vježbe. Cilj terapije jeste potpuno uklanjanje simptoma. Nakon što se većina simptoma ukloni, terapeut može predložiti duži interval između seansi. Kada se tretman završi, preporučuje se potkrepljivanje, te također upozoriti klijenta na mogući povratak nekih opsesija, stoga je potrebno ukazati klijentu kako da ih spriječi, te kako da ih uoči (Cordioli, 2008).

Prvi korak u bilo kojem programu kognitivno - bihevioralne terapije jeste uspostavljanje dobrog odnos sa klijentom. Dobar terapijski odnos ključ je u samom procesu liječenja, a cilj tog odnosa je učiniti da se klijent osjeća shvaćenim. Kroz sam terapijski proces potrebno je

staviti naglasak na pomoć klijentu kako bi mogao uvidjeti da njegove reakcije nisu neobične, te da nisu čudne ili lude kako ih je on ranije percipirao. Klijenti znaju biti često samokritični, budući da su često izloženi komentarima drugih ljudi koji kažu da se trebaju „sabrati“. Cilj terapeuta u ovom odnosu jeste pomoći klijentu da pronađe učinkovite strategije koje bi mogle pomoći klijentu da dođe do promjena koje želi (Salkovskis, 1999).

Tokom terapijskog odnosa važno je naglasiti osobama sa OKP-om, da oni nisu krivi što su razvili OKP, te da je to stanje koje se može liječiti. Prethodne studije KBT-a su pokazale da oko 30% ljudi odbija liječenje. Stoga je ključno naglasiti da, što je terapijski odnos stabilniji, to će terapija biti učinkovitija. Na djelotvornost terapije neće utjecati čestina seansi, niti duljina trajanja tretmana, nego motivacija klijenta. Ako je klijent motiviran, bit će ustrajan u vježbama što će u konačnici rezultirati poboljšanim simptomima (McKay i sur. 2015).

Efekti terapije će biti vidljivi samo onda kada je klijent aktivno uključen u proces koji ima za cilj promijeniti njihove reakcije na opsesivne misli i kompulzije. Klijentu se može postaviti pitanje da li su opsesivna ponašanja dobar način suočavanja sa opsesivnim problemima, te da li su zapravo te strategije dovele da opsesivne brige u konačnici postanu glavni dio problema i njegovog održavanja. Razgovor o historiji problema može pomoći pacijentu da ima uvid da što su više na primjer prali ruke ili provjeravali vrata kao posljedicu dovelo do toga da problem opstaje. Zbog toga terapeut treba objasniti klijentu da iako ima kratkoročne prednosti ritualiziranje neće dovesti do dugoročnih učinaka (Salkovskis, 1999).

Terapijske sesije snimaju se audio, a klijentu se daje kasete za slušanje kao domaća zadaća. Audio snimci se koriste iz najčešće dva glavna razloga. Kao prvi se navodi da su terapijske sesije relativno duge, te zbog toga postoji mogućnost da se klijent neće prisjećati svega o čemu se pričalo tokom sesije. Drugi razlog je taj da tokom terapije dolazi do uznemirenosti, budući da se klijent suočava sa vlastitim negativnim uvjerenjima, te da se simuliraju ponašanja koja izazivaju tjeskobu kod klijenta. S obzirom da u tom momentu klijent biva preplavljen emocijama, te da često nije u stanju modificirati informacije, audio snimci služe da klijent asimilira ono što se desilo na sesiji, te da spozna nove ideje koje su otkrivene na sesiji (Salkovskis, 1999).

Na prvim sesijama klijent i terapeut rade na postizanju boljeg razumijevanja problema, razmatrajući prošle i sadašnje dokaze koji predstavljaju temeljna uvjerenja za klijenta. Ovaj

postupak je poznat kao proces vođenog otkrivanja. Na osnovu tih informacija moguće je dizajnirati bihevioralni eksperiment (Salkovskis, 1999).

4.1.3. Utvrđivanje ciljeva

Kako terapeut ima sve više uvid i bolje razumije problem klijenta potrebno je uz dogovor s klijentom postaviti glavne ciljeve. Ciljevi se mogu podijeliti na: kratkoročne, srednjoročne i dugoročne ciljeve. Bitno je da klijent ostane motiviran tokom cijelog tretmana. Stoga na primjer kratkoročni ciljevi se mogu postići u dvije do četiri sesije, na taj način klijent ima uvid u promjene, te motivaciju da ostvari ostale postavljene ciljeve. Srednjoročni ciljevi se mogu ostvariti do kraja terapije i dugoročni ciljevi se odnose na ono što bi klijent želio da radi u narednim godinama. Kod postavljanja ciljeva terapeut treba objasniti klijentu da je nedostižan cilj riješiti se svih nametljivih misli, jer postojanje takvih misli je normalno i uobičajeno (Salkovskis, 1999).

Prema Salkovskis (1999) neki od ciljeva koje terapeut i klijent mogu postaviti su na primjer: cilj terapije je pomoći klijentu da shvati da iako ga opsesivne misli muče, nisu relevantne za druge aktivnosti i situacije. Drugi cilj bi mogao biti na primjer da se putem terapije nastoji promijeniti način razumijevanja pojave opsesivnih misli, te koji je drugi alternativni put za razumijevanje njihova problema.

4.1.4. Psihoedukacija

Kada klijent kaže „ja sam duboko u sebi, užasna osoba.“ takve izjave ukazuju na razinu samooptuživanja i samokritičnost koju neki klijenti pokazuju. U tom slučaju terapeut treba započeti sa psihoedukacijom, i pojašnjenju samog poremećaja. Ranija istraživanja su pokazala da educiranje o OKP-u igra važnu ulogu u samom procesu liječenja. Educiranje treba prilagođavati svakom klijentu i njegovom ličnom iskustvu budući da se radi o heterogenom poremećaju. Ovo je također dobra prilika da se OKP predstavi kao eksternalizirajući poremećaj, i na taj način nauče nove vještine kako upravljati OKP-om (Berman i sur. 2015).

Edukacija klijenata o OKP-u i tretmanu KBT-a ne predstavlja posebnu fazu terapije, nego se tokom procjene klijent uvodi u sam koncept liječenja, te se kroz nastavak liječenja vrši detaljnije objašnjenje. Baza svake edukacije predstavlja objašnjenje nametljivih misli i o njihovoj normalnosti. Klijenti obično nisu upoznati sa terminologijom o nametljivim mislim,

stoga je cilj psihoedukacije na prvim sesijama objašnjenje tih misli, te objašnjenje njihovog odnosa sa opsesijama (Berman i sur. 2015).

Obzirom da klijent može biti zbunjen, za početak zadatak terapeuta jeste da klijentu pokaže spisak nametljivih misli koje su uobičajene za osobe sa OKP-om. Nakon što se klijentu pokaže spisak, njegov zadatak jeste da odabere ili označi nametljivu misao kojoj ne daje na značaj, a zatim nametljivu misao koja izaziva reakciju. Prema istraživanjima većina osoba s OKP-om smatra da je srž problema sama opsesija. Klijente treba educirati da nametljive misli, slike, ideje, ili impulsi nisu samo normalne, nego da su i bezopasne (Clark 2013). Tokom psihoedukacije terapeut i klijent bi trebali zajedno identificirati koji je to najučestaliji trigger za opsesiju i kompulziju. Psihoedukacija o adaptivnoj ulozi anksioznosti može biti od neprocjenjive vrijednosti za klijentovo razumijevanje i posvećenost terapijskom radu (Berman i sur. 2015).

Zbog prevelike usmjerenosti na opsesije i razmišljanja da li su opsesije istinite, te da li će uslijediti katastrofa, klijent nije u stanju da opaža opsesiju iz druge perspektive. Ovo se smatra najizazovnijim dijelom psihoedukacije. Kada je u pitanju psihoedukacija iz KBT perspektive ona se odnosi na edukaciju o ulozi kompulzija, neutralizacije, izbjegavanja i drugih strategija kontrole. Nakon predstavljanja koncepta o strategijama, diskusija se vodi o kratkoročnim i dugoročnim efektima navedenih strategija (Himle i sur. 2009).

Pored upoznavanja termina nametljive misli, naredni izazov sa kojim se susreću klijenti jeste educiranje o kontroli, budući da su klijenti često ubijedjeni da imaju slabu samokontrolu, te se uključuju u liječenje zbog razvoja strategija koje će im omogućiti kontrolisanje opsesija. Prema KBT modelu, glavni problem OKP-a je taj što klijenti smatraju da trebaju vršiti kontrolu nad svojim opsesijama. Za početak jedan od ciljeva može biti poticanje klijenta da odustane od namjere kontrole opsesija (Himle i sur 2009).

Tehnika eksperiment suzbijanja bijelog medvjeda se pokazala učinkovitijom nego korištenje verbalnih uvjeravanja kada je u pitanju promjena klijentovog pogleda na kontrolu. Kada je u pitanju ova tehnika radi se o eksperimentu suzbijanja, a cilj je pokazati moć mentalne kontrole. Ova tehnika se sastoji od dvije faze. U prvoj fazi zadatak klijenta jeste da razmišlja o bijelom medvjedu dvije minute. Da bi bilo učinkovito i da bi se postigla koncentracija klijentu se preporučuje da zatvori oči. Ako klijent krene preusmjeravati misli sa misli o bijelom medvjedu, potrebno je da podigne prst kao signal da je došlo do preusmjeravanja. Za to vrijeme terapeut bilježi broj prekida u razdoblju od dvije minute, a zatim će uslijediti diskusija o

poteškoćama s kojim se klijent susreće. U drugoj fazi, od klijenta se traži da ne razmišlja o bijelom medvjedu također dvije minute, te ako se pojavi ta misao da signalizira podizanjem prsta. U slučaju da klijent ima poteškoća u ovoj drugoj fazi, eksperiment se može ponoviti. Od klijenta se traži da se potruži ne razmišljati o bijelom medvjedu. Nakon uspješno obavljenog eksperimenta vrši se usporedba broj "upada medvjeda" pod normalnim i uvjetima dodatnog napora (Himle i sur. 2009).

Psihoedukacija bi se trebala završiti diskusijom o razlozima liječenja. Nakon toga klijentu se treba dati objašnjenje da će se tokom terapije usmjeriti na promjenu njegovih reakcija na opsesije. Kroz tretman klijent će se upoznavati sa različitim strategijama koje imaju za cilj pomoći klijentu da na različite načine tumači ili razumije opsesije. Na taj način klijent će naučiti kako da opsesije percipira kao manju prijetnju. Jedan od ciljeva može biti razviti različite načine odgovaranja na opsesije, te kako smanjiti upotrebu kompulzija, neutralizacije ili drugih metoda koje je do tada klijent koristio. Psihoedukacija ima nekoliko ciljeva, pored pružanja osnovnih informacija o poremećaju, bitno se posvetiti razvoju funkcionalnog odnosa ovdje i sada između opsesija i rituala. Kroz tretman klijent će naučiti kako se na vrijeme zaustaviti da ne bi zapeo u prisilnim ritualima. Pored zadataka koje će obavljati tokom seansi, potrebno je naglasiti da će biti niz zadataka samopomoći koje će morati obavljati između sesija (Himle i sur 2009).

4.1.5. Izlaganje i prevencija odgovora

Meyeru je 1966 godine prvi informisao o uspješnom liječenju OKP-a. Klijente je izravno izlagao podražajima koji izazivaju tjeskobu a zatim ih spriječio u provođenju njihovih prisilnih rituala. Ovaj postupak liječenja postao je poznat kao prevencija izloženosti i odgovora, u nastavku (ERP) (Foa, 2010).

Izlaganje uključuje namjerno izazivanje tjeskobe izravnim suočavanjem sa situacijama koje kod klijenta izazivaju strah (npr. dodirivanje prljave kvake), dok pokazuje nepostojanje strahovitih posljedica. Prevencija odgovora uključuje suzdržavanje od ritualnog ili nekog drugog kompulzivnog ponašanja (npr. nema pranja ruku ostatak dana) (Foa, 2010).

Ritualna prevencija se odnosi na usmjeravanje klijenta da se suzdrži od ritualiziranja za koja vjeruje da će spriječiti katastrofu od koje se plaši, ili da će smanjiti nevolju koju stvara opsesija (npr. pranje ruku nakon dodirivanja poda i strah od zaraze bolešću). Prakticiranjem ritualne prevencije klijent se uči da se tjeskoba smanjuje bez ritualiziranja i da se strahovite posljedice neće dogoditi (Foa, 2010).

Obrada se odnosi na diskusiju o klijentovom iskustvu za vrijeme, ili nakon izlaganja i prevenciju odgovora, te kako to iskustvo potvrđuje ili pobija klijentova očekivanja (npr. dotakli ste pod i niste oprali ruke oko 1 sat; je li vaša razina uznemirenosti tako visoka kao na početku izlaganja? Koliko su jaki vaši porivi za pranjem? Jesu li jaki koliko ste očekivali? Ako niste, što ste naučili iz ovog iskustva? (Foa, 2010).

Prema Himle i sur. (2009) osnovni cilj ERP-a jeste pomoći osobi da razumije kako se trenutno održavaju njihovi rituali. Naglasak je usmjeren na pomoć osobi da shvati da opsesije uzrokuju nevolju, a kompulzije smanjuju nevolju, te da je svako ponašanje osmišljeno da smanji tu nevolju. Nakon što se klijent pridruži ERP-u, važno je prikupiti informacije o "trigerima" anksioznosti, te pomoći klijentu da prepozna svoje rituale, a često prepoznavanje rituala može izazvati teškoće budući da su rituali kod nekih pacijenata postali tako uobičajeni da možda nisu svjesni svoje izvedbe.

Pomoć klijentu u procesu prepoznavanja trigeri i rituala vrši se kroz kombiniranje intervjua s kliničarem i samokontrole. Himle i sur. (2009) navode da obrasci za samokontrolu služi za bilježenje i prepoznavanje rituala. Za vrijeme popunjavanja obrasca za samokontrolu važno je ne bilježiti samo vrijeme, već učestalost i trajanje obreda, ali i zabilježiti kontekstualne faktore kao i informacije o opsesijama (tj. strahovite posljedice) kako bi se trigeri OKP-a mogli identificirati.

Na samom početku liječenja, neophodno je upoznati klijenta sa metodom prepoznavanja anksioznosti. To se postiže pomoću skale subjektivnih jedinica stresa (SUDS). Ova skala se odnosi na postupak u kojem klijent ocjenjuje anksioznost na skali od 0 do 100, pri čemu 0 označava da nema uznemirenosti a 100 označava najveću nevolju. SUDS skala se može koristiti za određivanje nivoa tjeskobe izazvane zbog opsesija, te daje značajnu ulogu kada se vrši konstrukcija hijerarhije straha (Himle i sur 2009).

Kada se uspostavi hijerarhija, klijent počinje sa izlaganjem, od najlakših podražaja do najtežih. Zadaci izlaganja provode se tokom sesije uz pomoć terapeuta, ali veći dio izlaganja vrši se između sesija koje klijent dobiva kao domaću zadaću, a izvršava ih bez pomoći terapeuta (Himle i sur 2009).

Posljednjih nekoliko sesija, posvećeno je prevenciji recidiva. Ove se sesije mogu provoditi jednom sedmično, dva puta sedmično ili svakodnevno u programu intenzivnog liječenja, ovisno o težini simptoma (Foa, 2010).

Pored ERP-a gdje se klijent izlaže in vivo (izlaganje predmetima iz stvarnog života), neki terapeuti koriste imaginarni postupak izlaganja. Za klijente koji su podvrgnuti izlaganju i odgovoru prevencije, učinci ovog tretmana često traju najmanje do 2 godine (Abramowitz, 1996).

Pri imaginarnoj izloženosti, klijent se suočava sa tjeskobom koju izazivaju opsesivne slike (npr. zlostavljanje djeteta), misli (npr. smrt voljene osobe) i sumnje (npr., “možda sam greškom povrijedio/la nedužnu osobu”). Izlaganje i prevencija znači suzdržavanje od nastupa. Prvenstveno se koristi za pomoć klijentima u suočavanju s katastrofalnim posljedicama za koje se boje da će se dogoditi ako ne obave rituale (Foa, 2010).

Na primjer, klijent koji se boji broja 13 jer će donijeti lošu sreću, klijent bi u praksi ispisivao ovaj broj i zamišljao izazivanje loše sreće. Klijent bi se trebao suzdržavati od obavljanja bilo kakvih rituala (na primjer molitva) kako bi smanjio tjeskobu ili šanse za lošu sreću. Cilj izlaganja i prevencije odgovora bi bio naučiti klijenta da njegova anksioznost ne traje beskonačno, a izbjegavanje prisilnih rituala su neophodni za odvratanje od štete. Ovisno od težine simptoma ponekad su neophodne motivacijske intervencije klijenta. Također jedan od oblika imaginarnog izlaganja je i igranje uloga, gdje terapeut i klijent vrše konstrukciju neke uznemirujuće situacije (Abramowitz, 1996).

Prema Clark (2013) tokom provedbe tehnike ERP-a može se očekivati ponavljanje simptoma, te neuspjeh. Prema istraživanju mali je broj klijenata koji neće doživjeti povrat simptoma nakon izlaganja. Zbog toga je potrebno naglasiti klijentu da će njihove opsesije i dalje postojati, ali u manjoj mjeri. Pojačanje simptoma uslijediti će kada je klijent izložen stresu, depresivnom raspoloženju, zdravstvenim problemima i tako dalje. Pored navedenih stavki klijent se može suočavati sa novim situacijama, ili događajima koji izazivaju najstrašnije posljedice. S toga je potrebno s klijentima razgovarati o novim načinima suočavanja sa opsesijama, a da te strategije neće dovesti do neuspjeha.

Clark (2013) navodi da je nakon provedbe ERP-a neophodno da klijenti prihvate ERP kao životni pristup, jer na taj način kroz razne prilike uče kako da se suoče sa strahom, te da ga ne izbjegavaju. Kada uslijedi pojava opsesivnih misli potrebno je da se klijent namjerno uključi u ERP kako ne bi došlo do izbjegavanja opsesivnih trigeri ili da ne bi uslijedili kompulzivni rituali. Od ključne važnosti je naglasiti klijentu da identifikuje sve prepreke koje mu stvaraju nelagodu u svakodnevnom životu. Na primjer klijent sa fizičkom kontaminacijom OKP-a, kada je u pitanju izloženost svakodnevnim situacijama značilo bi da klijent može koristiti toaleta u

zračnoj luci kada putujete, ili da bude prva osoba koja otvara vrata golim rukama. Na ovaj način klijent spoznaje da ERP nije strategija koja je vremenski ograničena na samo tretman, nego da je novi način života.

Kada su u pitanju kompulzivni rituali klijent ih opisuje kao kratke, diskretne, te ih koristi onog momenta kada mu je potreban osjećaj sigurnosti. Najčešći oblici kompulzivnih rituala koje navode klijenti su pranje ruku, često gledanje u retrovizor, nošenje narukvice ili uvijek ista jutarnja rutina. Važno ih je identificirati i suočiti se s njima kroz izlaganje novim situacijama (Clark 2013).

Nakon provedbe ERP-a kada se klijent vrati svojim svakodnevnim aktivnostima, klijent se obično odlučuje na naknadne sesije. Radi se o takozvanim sesijama „jačanja“ putem kojih se očuvaju rezultati liječenja, a ujedno kako bi se smanjila i mogućnost za pojavu recidiva. Ove sesije pružaju priliku da terapeut vidi koliko je klijent napredovao nakon tretmana. Prva sesija „jačanja“ obično se zakazuje četvrtu ili šestu sedmicu nakon tretmana. Zahvaljujući ovim sesijama klijent se ohrabruje na svakodnevnu upotrebu ERP-a, te prevencija zbog ranih znakova pojave recidiva (Clark, 2013).

4.1.6. Kognitivna restrukturacija i bihevioralni eksperiment

Kognitivna restrukturacija se odnosi na identifikaciju i evaluaciju negativnih automatskih misli. Kod anksioznosti automatske misli održavaju percepciju situacije kao prijetnju i opasnost, dok sekundarne misli nastoje izbjegavati i neutralizirati opasnost. Kod anksioznih osoba identifikacija automatskih misli je otežana budući da oni vrše kognitivno izbjegavanje. Kada se misli identificiraju osoba se uči da provjerava i mijenja svoje negativne misli na različite načine (Clark, 2013).

Nakon što se klijent nauči kako da prepozna svoje pogrešne procjene i vjerovanja, uz kognitivna restrukturiranja, uvodi se i bihevioralni eksperiment. Kada je bihevioralni eksperiment dobro dizajniran, onda je moguće mijenjati uvjerenja, a to znači da se eksperiment može kretati u rasponu od promjene pažnje, potiskivanja misli, utjecaja provjeravanja, do intenzivnijeg izlaganja kao što su najopasnije situacije za tu osobu. Bitno obilježje bihevioralnog eksperimenta jeste pomoći osobi da shvati i nauči kako njen OKP stvarno funkcioniše. Kada terapeut nauči klijenta da su nametljive misli normalne, slijedeći korak je otpuštanje istih. Anksioznost je normalan slijed na tu konstataciju, ali će vremenom proći. Iako ishodi mogu biti neizvjesni, neizvjesnost je nužno tolerisati kako bi se prevladao problem. Za

mnoge klijente ova faza može biti teška jer klijenti mogu doživljavati patnju kao rezultat izloženosti njihovim najgorim strahovima. Pozitivna strana je to što osobe koje se odluče na liječenje spremne su da tolerišu razne nevolje, a sve u cilju učinkovitog liječenja (Bream i sur. 2017).

U odnosu na metodu prevencije izloženosti i odgovora, bihevioralni eksperiment koji je karakterističan za kognitivnu teoriju, razlikuje se po tome što fokus klijenta nije smanjenje anksioznosti kao kod tehnike prevencije izloženosti i odgovora, nego izazivanje. Na taj način klijent uči kako detektirati i preispitati uvjerenja o potencijalnim posljedicama upuštanja u kompulzivna ponašanja ili suzdržavanja od njih. Cilj bihevioralnog eksperimenta jeste provoditi aktivnosti koje izazivaju ritualiziranje, a kojim klijent neće pristupiti, te sve u cilju obaranja uvjerenja o uzroku bolesti i njenim posljedicama. Na primjer od klijenta se traži da dotakne niz prljavih predmeta bez pranja ruku i da vodi evidenciju o tome koliko često nakon toga će uslijediti bolest (Grant, 2014).

Prvi korak bihevioralnog eksperimenta jeste dati objašnjenje klijentu što će se raditi za vrijeme tog procesa. Klijentu treba objasniti da je svrha eksperimenta preuzeti ulogu naučnika, te tretirati uvjerenja i tumačiti ih kao provjerljive hipoteze. Na osnovu prikupljenih informacija (tj. podataka) koji će se testirati, valjanost klijentovih predviđanja naglašava nepodudarnost između očekivanih i iskustvenih rezultata. Tokom bihevioralnog eksperimenta, klijenta treba podsjetiti da je on taj koji kreira eksperiment, te da je potrebno definirati ciljeve, hipoteze i postupke na početku eksperimenta. Uloga terapeuta se ogleda u tome da će on pomoći klijentu da kreira studiju, prikupi podatke, te da ih evaluira. Kao terapeut važno je naglasiti da klijent treba zauzeti skeptičan stav, jer na taj način prilikom tumačenja rezultata doći će do izražaja u objektivnosti koja je neophodna za tačnost dokaza (Berman i sur. 2015).

Isti autori navode da se drugi korak ogleda u procijeni situacije koju klijent izbjegava zbog toga što je percipira opasnom. Na taj način se određuje postavka bihevioralnog eksperimenta. Za početak najbolje je odabrati situaciju koja je umjerena i koja zapravo ima najjaču domenu uvjerenja.

Treći korak se ogleda kroz pomoć terapeuta da odredi strahovita predviđanja klijenta koja se odnose na izbjegavanje situacije. Primjer tih strahova može biti: "povratit ću za 24 sata," "tjeskoba će me natjerati da izgubim kontrolu, što se ogleda kroz vrištanje, osoba postane jarko crvena, a zatim se onesvijesti" ili "razvit ću teški kašalj do kraja ove sedmice ako moja majka koristi neorganska sredstva za čišćenje" (Berman i sur. 2015). U razvoju hipoteze koja se može

provjeriti, važno je odrediti vremenska ograničenja za posljedice od kojih se strahuje. Ako posljedice ne mogu odmah promatrati ili vidjeti kao na primjer (rak ili tumor mozga), potrebno je odrediti proksimalne posljedice (u ovom slučaju kada je rak u pitanju potrebno je obavljati fizički pregled kod doktora jednom godišnje). U slučaju da se proksimalna posljedica ne može odrediti, strah od razvoja raka bi se tada drugačije definirati kao na primjer "potreba za sigurnošću". Radi se o drugačijoj domeni uvjerenja, a budući da se radi o drugačijoj domeni, nju karakterizira i drugačije ponašanje koje se može provesti kroz eksperiment (Berman i sur. 2015).

Operacionalizacija postupka je posljednji korak u postavljanju eksperimenta. Temelj eksperimenta je biti što konkretniji, i što bolje definisati uvjerenja, jer na taj način se postupak može replicirati i klijent može utvrditi da li je eksperiment bio uspješan. Terapeut treba razgovarati sa klijentom i objasniti mu da se uspjeh eksperimenta ne ogleda u tome da li će predviđanje biti tačno, jer u konačnici rezultati mogu potvrditi ili opovrgnuti stara uvjerenja. Bez obzira na ishod važno je naglasiti klijentu da uvijek postoji nešto novo što može naučiti (Berman i sur. 2015).

4.1.7. Metod četiri koraka i kružni dijagram

Pored navedenih tehnika metoda četiri koraka se pokazala učinkovitom u liječenju OKP-a. Metoda četiri koraka se može primjenjivati na gotovo svim ponašanjima koja se žele odstraniti ili promijeniti. Zahvaljujući ovoj metodi osoba može spoznati i razumjeti razvoj opsesivnih misli i kompulzija. Putem ove metode osoba se uči da opsesije percipira kao patološke simptome, te da preusmjeri pažnju sa nametljivih misli na druge konstruktivne radnje. Metoda četiri koraka se sastoji od navedenih koraka, a to su: a) preimenovanje, b) pripisivanje, c) preusmjeravanje pažnje d) ponovno procjenjivanje (Benazon i sur., 2002).

U prvom koraku metode četiri koraka osoba koja pati od OKP-a treba svoje neželjene misli, porive i ponašanja koja uzrokuju uznemirenost i strah imenovati opsesijama i kompulzijama. Na primjer, ako osoba vjeruje kako će dobiti tešku neizlječivu bolest, tada osoba treba razumjeti da je njena misao o neizlječivoj bolesti opsesija, te na primjer, poriv da prođe deset puta kroz određena vrata, zapravo kompulzija, te da će obavljanjem navedenih radnji zapravo smanjiti njenu anksioznost. Cilj prvog koraka jeste pomoći osobi da nadvlada vlastite misli i kompulzije, te da bude svjesna da su ta vjerovanja zapravo simptomi poremećaja. U prvom koraku neće doći do prekida opsesija i kompulzija, nego će omogućiti osobi da osvijesti

opsesije i kompulzije, te da promijeni svoju reakciju na njih i sam način razmišljanja (Schwartz, 1996).

U drugom koraku koji se odnosi na pripisivanje Schwartz (1996) navodi da je potrebno objasniti klijentu da se njegove opsesije i kompulzije pripisuju neurobiološkim stanjima njihova mozga, te da se njihova struktura mozga razlikuje od osoba koje nemaju razvijen OKP. Prema dosadašnjim istraživanjima dokazano je da je mozak osoba oboljelih od OKP-a specifičan, te da postoje određene disfunkcije koje osobu tjeraju da se ponaša na određeni način. Zadatak terapeuta u ovom koraku jeste pomoći klijentu da svoje neželjene misli, porive i uvjerenja pripiše neurobiološkim promjenama mozga. Kada klijent promijeni svoja uvjerenja i razmišljanje, mijenja se i reakcija na neželjene misli, te na taj način opsesije dolaze pod kontrolu. Prva dva koraka se odvijaju u kombinaciji jer služe osobi kao obrambeni mehanizam budući da se osoba suočava sa vlastitim uvjerenjima.

Preusmjeravanje pažnje je treći korak, a odnosi se na preusmjeravanje pažnje sa poriva na neko korisnije ponašanje, a da drugo ponašanje nije povezano sa opsesijom. Iako osoba preusmjerava pažnju na drugu aktivnost, ne bi trebala biti pasivna. Da bi se izbjegla pasivnost primjenjuje se pravilo 15 minuta. Pravilo 15 minuta podrazumijeva odgađanje obavljanja neželjenih kompulzija kroz 15 minuta uz aktivno pronalaženje druge aktivnosti. Tokom pronalaska alternativne aktivnosti osoba će shvatiti kako su njene opsesije nerealne, te da neće uslijediti ostvarenje istih ako osoba nije izvršila kompulziju. Nakon izvođenja ove aktivnosti potrebno je naglasiti osobi da što više preusmjerava pažnju s opsesija i kompulzija, porivi će vremenom nestajati, a na taj način dolazi do neurohemijskih promjena mozga (Schwartz, 1996).

Ponovno procjenjivanje je zadnji korak ove metode. U ovom koraku osoba treba da procijeni realističnost opsesija. Kada osoba ponovo procijeni patologiju, tada će biti svjesna da njene opsesije nisu realistične. Na taj način promijeniti će način reagiranja, što će u konačnici rezultirati lakšim uvidom u opsesije i kompulzije, a na kraju što je i cilj terapije doći će do smanjenja simptoma (Schwartz, 1996).

Kružni dijagram ili torta dijagram je kognitivna tehnika koja se često koristi za prenapuhanu odgovornost. Ova tehnika počinje sa terapeutovim pitanjem koje glasi: "koji je postotak odgovornosti koju osjećate za strahovit ishod koji je povezan sa vašom opsesijom?" Naglasak je na tome kakav je osjećaj na vrhuncu opsesivnog iskustva. Nakon toga se crta krug to jeste „tortni dijagram“ u koji se upisuju svi sudionici za koje klijent smatra da mogu imati udio odgovornosti u njegovoj zabrinutosti (Bream i sur. 2017).

4.1.8. Tehnika igra uloga i dvostrukih standarda

Igra uloga je također još jedna tehnika koja se pokazala učinkovitom u procesu liječenja OKP-a. Ova tehnika je predstavljena u vidu sudnice, gdje je klijent u ulozi sudije, što znači da može koristiti samo empirijske dokaze, kako bi mogao dokazati da su izvan razumnosti njegov osjećaj krivnje ili odgovornosti za neki negativan događaj. Nakon toga klijent uz pomoć terapeuta ulazi u ulogu advokata koji se zalaže za nevinost klijenta, jer sudija nije uspio dokazati odgovornost izvan razumne sumnje. Nakon provedbe ove tehnike terapeut i klijent diskutuju o stavovima, činjenicama i dokazima koje su iznijeli sudija i advokat. Na ovaj način klijent se može upoznati sa alternativnim objašnjenjima o svojim opsesijama. Ova tehnika se može primjenjivati s početka nekoliko puta da bi klijent uvidio korist. Važno je da se ova tehnika provodi na empatičan način pun razumijevanja kako se ne bi razvila debata između klijenta i terapeuta (Bream i sur. 2017).

Prema Bream i sur. (2017) kroz tehniku dvostrukih standarda terapeut izrađuje formular od dva stupca. U te stupce klijent navodi sve razloge zbog kojih je odgovoran za opsesije. U prvom stupcu upisuje se zabrinutost a zatim u drugom stupcu upisuje sve razloge za koje smatra da bi određeni prijatelj ili član porodice bio odgovoran za opsesiju. Zahvaljujući ovoj tehnici terapeut ima priliku otkriti ima li klijent jedan standard za sebe i realniji standard za druge. Zatim terapeut crta liniju na kojoj je 0% pozicionirano na lijevoj strani, što znači da klijent nije odgovoran, 50% se nalazi na sredini, što znači da je klijent umjereno odgovoran, to jeste odgovornost je podijeljena, te 100% koji se nalazi na desnoj strani, a to znači da je klijent u potpunosti odgovoran. Od klijenta se traži da navede sva iskustva koja se mogu rangirati kao 0%, 50% i 100% lične odgovornosti. Putem ove tehnike terapeut može ukazati klijentu da normalno razmišlja o svojoj odgovornosti, kao i da može na racionalan način tumačiti svoja svakodnevna iskustva.

Zahvaljujući vođenim otkrivanjem klijent uz pomoć terapeuta otkriva kako percepcija o njihovim opsesijama može imati iskrivljeno rasuđivanje. Kognitivne tehnike koje se također mogu koristiti za osporavanje procjena pretjerane važnosti su: tehnika mudrog uma, putem kojeg terapeut pomaže klijentu da uhvati svoje pristrano razmišljanje, te da ga zamijeni sa mješavinom racionalnog i emocionalnog razmišljanja. Metafora je tehnika koja služi da pokaže kako zamišljanje nečeg može stvoriti osjećaj, a da nije stvarno. Putem tehnike strelica prema dolje terapeut istražuje što je to najgore što se može dogoditi, na taj način ukazuje klijentu na

iracionalnost nečijeg mišljenja. Cilj navedenih tehnika jeste pomoći klijentu da promijeni perspektivu da je opsjednutos značajna ukoliko je česta (Bream i sur. 2017).

4.1.9. Kraj terapije

KBT predstavlja lepezu vještina koje osoba može primijeniti u bilo kojoj situaciji koja za njega predstavlja izazov u svakodnevnom životu. Kada su u pitanju automatske misli mogu se primijeniti razne kognitivne tehnike kao na primjer zapisivanje misli, vršiti eksperimentisanje, te istraživanje. Pred kraj samog tretmana terapeut od klijenta može tražiti da osmisli plan realizacije raznih akcija kada je u pitanju njihov život, te povrat životnim aktivnostima. Tokom izlaganja plana terapeut može pomoći klijentu u prepoznavanju prepreka sa kojima se može susresti (Bream i sur. 2017).

Bream i sur. (2017) navode da mnogi KBT smatraju kao oblik samopomoći, budući da su bilješke, te snimke sa terapije od velikog značaja u procesu izlaska iz tretmana. Pred kraj terapije potrebno je posvetiti dio u predviđanju svih teških situacije koje bi mogle biti stresne u budućnosti, te kako da ponovo ne dođe do opsesivnih simptoma. Tokom tretmana kroz rad sa klijentom cilj je da do kraja tretmana klijent ima razvijene tehnike za suočavanje sa OKP-om. Od velikog značaja pokazalo se pravljenje bilješki tokom tretmana. Elementi koje je klijent zabilježio mogu mu pomoći u kreiranju plana za život, kao i potreba za razumijevanjem i učvršćivanjem tih elemenata. Bilješke mogu poslužiti u slučaju da se osoba treba ponovo uključiti u terapijski proces zbog povrata problema.

Spoznaja da su sesije vremenski ograničene može biti od pomoći u motiviranju ljudi da se posvete terapiji, ali može izazvati i nelagodu ukoliko sama promjena traje duže nego što su se nadali terapeut i klijent. Sam otpust obično uključuje pisanje sažetka o liječenju, a to uključuje sve preporuke za buduće liječenje u slučaju da se identifikuju ponovno simptomi, ili davanje uputnice za daljnje liječene (Bream i sur. 2017).

4.2. Grupna kognitivno – bihevioralna terapija

Zbog same dostupnosti i cijene pojedinačnih seansi KBT-a razvijena je grupna kognitivno bihevioralna terapija (u nastavku GKBT). Na osnovu ranijih istraživanja i rezultata GKBT pokazala se veoma učinkovitom u liječenju OKP-a-. GKBT se sastoji od dvanaest sesija, u trajanju od dva sata. Kao i kod pojedinačnih sesija, u GKBT klijenti su dobivali informacije o OKP-u, te kako identifikovati simptome, također izloženi su ERP-u, te nakon četvrte sesije upoznawali su se sa kognitivnim tehnikama. U završnim sesijama klijenti su podučavani strategijama samonadzora, te kako prepoznati i spriječiti simptome recidiva. Za vrijeme seansi svi oni koji su uključeni u terapiju potaknuti su na saradnju, razmjenu iskustva, davanje informacija, prijedloga, te pružanje pomoći drugima tokom obavljanja zadatka. Rezultati su pokazali da su klijenti sa dobrim uvidom u simptome postizali bolje rezultate (Raffin i sur. 2009).

4.3. Liječenje farmakoterapijom

Nakon što se klijent upozna sa KBT pristupom i liječenjem putem farmakoterapije, neki se odluče na liječenje samo lijekovima ili samo na prevenciju izloženosti i odgovora. Najučinkovitiji pristup liječenja putem farmakoterapije OKP-a pokazao se inhibitor ponovne pohrane serotonina (SRI). Ranija istraživanja su pokazala da 40 do 60% pacijenata reaguje na SRI, te da je došlo do smanjenja simptoma. Iako se ova farmakoterapija pokazala učinkovitom na OKP, SRI se koristi pri liječenju i drugih poremećaja. Osnovna razlika u korištenju SRI kod OKP-a u odnosu na druge poremećaje leži u doziranju. Istraživanja su pokazala da se veća doza SRI koristi kod OKP-a nego kod drugih poremećaja. Na primjer u liječenju depresije lijekovi se koristi tokom dvije do šest sedmica, dok kod OKP-a traje nešto duže u rasponu od deset do dvanaest sedmica, pri čemu se odmah preporučuje da se krene sa povećanom dozom kako bi se što prije izazvale reakcije. Kada se ostvari željeni efekt smanjuje se doza lijekova na razinu koja je učinkovita za klijenta (Dougherty i sur. 2004). Istraživanja su pokazala kada se kombinuje terapija izloženosti i upotreba lijekova, da se postižu najbolji rezultati u odnosu na to kada se upotrebljavaju samo lijekovi. Također terapija izloženosti ima bolje efekte smanjena simptoma kada se sama upotrebljava u odnosu na to kada se upotrebljavaju samo lijekovi (Grant, 2014).

5. ZAKLJUČCI

Na osnovu istraživanja i proučavane literature da se zaključiti da OKP predstavlja specifičan psihološki poremećaj, a zbog svog spektra i težine predstavlja problem pri pronalasku adekvatnog pristupa liječenju. OKP predstavlja začarani krug zbog konstantne potrebe za neutraliziranjem opsesivnih misli kroz izvršavanje kompulzija.

Budući da se često javlja u komorbiditetu sa drugim poremećajima na primjer depresije, OKP ostane nezapažen, stoga ljudi često smatraju da njihov OKP nije važan, te izbjegavaju se podvrgnuti liječenju, što u konačnici iziskuje mnogo vremena za postavljanje dijagnoze i početka terapije.

Iako su OKPL i OKP slični po nazivu i nekim simptomima, kroz rad je navedena razlika između njih. Glavna razlika između OKPL-a i OKP-a se ogleda u tome što opsesije i kompulzije nisu prisutne kod OKPL-a. S druge strane sličnost se ogleda u perfekcionizmu i gomilanju.

Iako je poželjno da se priča o ovom poremećaju to može da izazove kontraproduktivan efekt. Nastoji se smanjiti stigma, ali zbog pogrešne predstave kroz medije, ljudi su često skloni sami sebi dijagnosticirati OKP, te stvarati sliku kako je to normalno i poželjno, budući da mnogi OKP povezuju sa čišćenjem i perfekcionizmom. Na taj način ljudi kojima je zaista potrebna pomoć srame se tražiti istu.

Kroz rad je navedeno da se KBT pokazao učinkovitom terapijom liječenja OKP-a, ali također potrebno je dodatno istražiti uzroke za nastanak ovog poremećaja kako bi se moglo adekvatno pristupiti liječenju, kako bi u konačnici došlo do potpunog ozdravljenja. Također važno je naglasiti da je podrška porodice i okoline ključna u samom procesu liječenja.

Zbog toga je potrebna edukacija populacije o osobama sa OKP-om, te na taj način dovesti do poboljšanja unutar društva i smanjiti stigmatizaciju osoba sa navedenim poremećajem, te im olakšati suočavanje i svakodnevno funkcionisanje unutar društva.

6. LITERATURA

Abramowitz, J. S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: *A meta-analysis. Behavior Therapy, 27*(4), 583–600.

Abramowitz, J. S., Blakey, S. M., Reuman, L., i Buchholz, J. L. (2018). New Directions in the Cognitive-Behavioral Treatment of OCD: Theory, Research, and Practice. *Behavior Therapy, 49*(3), 311–322.

Američka psihijatrijska udruga (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM 5)*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Belus, J. M., Baucom, D. H., i Abramowitz, J. S. (2014). The effect of a couple-based treatment for OCD on intimate partners. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 45*(4), 484–488.

Benazon, N. R., Ager, J. i Rosenberg, D. R. (2002). Cognitive behavior therapy in treatment-naïve children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: an open trial. *Behaviour Research and Therapy, 40*(5), 529-539.

Berman, N. C., Fang, A., Hansen, N., & Wilhelm, S. (2015). Cognitive-based therapy for OCD: Role of behavior experiments and exposure processes. *Journal of Obsessive- Compulsive and Related Disorders, 6*, 158-166.

Bojanić, M., Čulo, I., Ivaniš, A., Maravić, A., Topić, J. i Hotujac, LJ. (2013). Obuzeto-prisilni poremećaj. *Socijalna psihijatrija, 41*, 123-127.

Bream, V., Challacombe, F., Palmer, A., & Salkovskis, P. (2017). *Cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder*. Oxford University Press.

Clark, D. A. (2013). Cognitive restructuring. *The Wiley handbook of cognitive behavioral therapy*, 1-22.

Clark, D. A. (2019). *Cognitive-behavioral therapy for OCD and its subtypes*. Guilford Publications.

Cordioli, A. V. (2008). Cognitive-behavioral therapy in obsessive-compulsive disorder. *Brazilian Journal of Psychiatry, 30*, s65-s72.

- Cuijpers P, Berking M, Andersson; Gerhard, Quigley L, Kleiboer A, Keith ;,i sur.. A Meta-Analysis of Cognitive-Behavioural Therapy for Adult Depression, Alone and in Comparison With Other Treatments *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376-385.
- Emmelkamp, P. M. G., & De Lange, I. (1983). Spouse involvement in the treatment of obsessive-compulsive patients. *Behaviour Research and Therapy*, 21(4), 341–346.
- Fisher, P. L., i Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive–compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour research and therapy*, 43(12), 1543-1558
- Foa, E. B. (2010). Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*, 12(2), 199-207.
- Foa EB, Kozak MJ. (1985) Treatment of anxiety disorders: implications for psychopathology. *Anxiety and the Anxiety Disorders*. Hillsdale
- Grant, J. E. (2014). Obsessive–Compulsive Disorder. *New England Journal of Medicine*, 371(7), 646–653.
- Himle, M. B., & Franklin, M. E. (2009). The more you do it, the easier it gets: Exposure and response prevention for OCD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(1), 29-39.
- Jakić M. (2017): Kognitivno-bihevioralni pristup liječenju opsesivno-kompulzivnog poremećaja kod djece. *Soc. psihijat. Vol. 45 Br. 2*, 139-148.
- Jalal, B., Chamberlain, S. R., & Sahakian, B. J. (2023). Obsessive-compulsive disorder: etiology, neuropathology, and cognitive dysfunction. *Brain and behavior*, 13(6), e3000
- James, S. C., Farrell, L. J., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2017). Description and prevalence of OCD in children and adolescents. *The Wiley handbook of obsessive compulsive disorders*, 1, 5-23.
- Jenike, M. A. (2004). Obsessive–compulsive disorder. *New England Journal of Medicine*, 350(3), 259-265.
- Kempke, S., & Luyten, P. (2007). Psychodynamic and cognitive–behavioral approaches of obsessive–compulsive disorder: Is it time to work through our ambivalence?. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71(4), 291-311.

Keeley, M. L., Storch, E. A., Merlo, L. J., & Geffken, G. R. (2008). Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review, 28*(1), 118–130.

Klepsch, R. i Wilcken, S. (2005). Prislne radnje i prislne misli: Kako izaći iz vlastitog začaranog kruga. Jastebarsko: Naklada Slap.

Kober Vrbat, A. Kordić (2021) : “Distant but Still Connected” – Cognitive Behavioural Therapy in the Treatment of Obsessive Compulsive Disorder During a Health Crisis. *Soc. psihijat. Vol. 49* No. 3, 228-244.

Kolada, J. L., Bland, R. C., & Newman, S. C. (1994). Obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 89*, 24-35.

Leahy, R.L., Holland, S.J. i McGinn, L.K. (2014). Planovi tretmana i intervencije za depresiju i anksiozne poremećaje. Jastebarsko: Naklada Slap.

Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Grant, J. E., & Rasmussen, S. A. (2005). Obsessive compulsive personality disorder and obsessive compulsive disorder: clinical characteristics, diagnostic difficulties, and treatment. *Annals of Clinical Psychiatry, 17*(4), 197-204.

Mataix-Cols, D., do Rosario-Campos, M. C., & Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 162*(2), 228-238.

McKay, D., Sookman, D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Stein, D. J., Kyrios, M., ... Veale, D. (2015). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research, 225*(3), 236–246.

Molly L. Choate-Summers, Jennifer B. Freeman, Abbe M. Garcia, Lisa Coyne, Amy Przeworski, & Henrietta L. Leonard. (2008). Clinical Considerations When Tailoring Cognitive Behavioral Treatment For Young Children With Obsessive Compulsive Disorder. *Education and Treatment of Children, 31*(1), 395–416.

Pollak, J. M. (1979). Obsessive-compulsive personality: A review. *Psychological Bulletin, 86*(2), 225.

Raffin, A. L., Guimarães Fachel, J. M., Ferrão, Y. A., Pasquoto de Souza, F., & Cordioli, A. V. (2009). Predictors of response to group cognitive-behavioral therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry, 24*(5), 297–306.

- Rosa-Alcázar, Á., Rosa-Alcázar, A. I., Olivares-Olivares, P. J., Parada-Navas, J. L., Rosa-Alcázar, E., & Sánchez-Meca, J. (2019). Family involvement and treatment for young children with Obsessive-Compulsive Disorder: Randomized control study. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 19*(3), 218–227
- Rotge, J. Y., Guehl, D., Dilharreguy, B., Tignol, J., Bioulac, B., Allard, M., ... i Aouizerate, B. (2009). Meta-analysis of brain volume changes in obsessive-compulsive disorder. *Biological psychiatry, 65*(1), 75-83.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive—compulsive disorder. *Behaviour research and therapy, 37*, S29-S52.
- Samuel, D. B., Riddell, A. D., Lynam, D. R., Miller, J. D., & Widiger, T. A. (2012). A five-factor measure of obsessive—compulsive personality traits. *Journal of Personality Assessment, 94*(5), 456-465.
- Schwartz, J. M. (1996). Brain lock. Free yourself from obsessive-compulsive behavior
- Veale, D., i Roberts, A. (2014). Obsessive-compulsive disorder. *Bmj, 348*(apr07 6), g2183–g2183.
- Wetterneck, C. T., Little, T. E., Chasson, G. S., Smith, A. H., Hart, J. M., Stanley, M. A., & Björgvinsson, T. (2011). Obsessive—compulsive personality traits: How are they related to OCD severity?. *Journal of anxiety disorders, 25*(8), 1024-1031.