

Kognitivno-bihevioralni pristup liječenju opsesivno-kompulzivnog poremećaja kod djece

/ Cognitive-Behavioural Approach to the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder in Children

Manda Jakić^{1,2}

¹Osnovna škola Runović, Runović; ²Osnovna škola Zmijavci, Zmijavci, Hrvatska

¹Elementary School Runović, Runović; ²Zmijavci Elementary School, Zmijavci, Croatia

Opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP) je anksiozni poremećaj karakteriziran mislima koje izazivaju strah (opsesije ili prisilne misli) i/ili ponašanja ili mentalne predodžbe koje osoba radi kako bi smanjila strah ili izbjegla strašnu posljedicu (kompulzije). Opsesivne misli obično izazivaju kompulzivne radnje. OKP se obično javlja između rane adolescencije i rane odrasle dobi, ali može se pojaviti i u djetinjstvu. Cilj ovog rada jest prikazom psihoterapijskog tretmana djevojčice s OKP-om iznijeti osnovu razumijevanja, konceptualizacije, primjene tehnika i evaluacije u kognitivno-bihevioralnom pristupu.

Opisana je 11-godišnja djevojčica koja je u psihoterapijskom tretmanu bila godinu i pol. Ciljevi psihoterapijskog tretmana bili su educirati djevojčicu i njezinu majku o OKP-u, adekvatnijem suočavanju s opsesivnim mislima, odgađanjem ili odustajanjem od prisilnih radnji, poboljšati svakodnevno funkcioniranje povećanjem broja situacija s kojima se suočava. Primijenjene tehnike uključivale su niz bihevioralnih i kognitivnih intervencija usmjerenih na postupno izlaganje i kognitivno restrukturiranje s posebnim naglaskom na metodu 4 koraka.

Kognitivno-bihevioralnom terapijom postignuto je bolje svakodnevno funkcioniranje djevojčice u svim područjima.

/ Obsessive-compulsive disorder (OCD) is an anxiety disorder characterized by thoughts that cause fear (obsessions or intrusive thoughts) and/or behaviour or mental rituals performed in order to reduce fear or to avoid terrible consequences (compulsions). Obsessive thoughts usually cause compulsive actions. OCD usually occurs between early adolescence and early adulthood; however, it appears in childhood as well. The aim of this article was to present the basis of understanding, conceptualization, techniques and evaluation in the cognitive-behavioural approach through the description of psychotherapeutic treatment of a girl with OCD.

This case study describes an 11-year-old girl who was in psychotherapy treatment for a year and a half. The goals of psychotherapy treatment were to educate the girl and her mother about OCD, encourage more adequate coping with obsessive thoughts, delay or cancel the compulsions and improve daily functioning by increasing the number of situations with which the girl was faced. Applied techniques included a range of behavioural and cognitive interventions with the purpose of gradual exposure and cognitive restructuring, with particular emphasis on the four-step method. Cognitive-behavioural therapy achieved better daily functioning in all areas.

ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Manda Jakić, mag. psych.
 Osnovna škola Runović
 Runović 211
 21 261 Runović, Hrvatska
 E-pošta: mandababic@gmail.com

KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:

Opsesivno kompulzivni poremećaj
 / *Obsessive compulsive disorder*
 Kognitivno-bihevioralna psihoterapija
 / *Cognitive-behavioural psychotherapy*

UVOD

Opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP) jedan je od najtežih anksioznih poremećaja, koji obilježavaju misli, porivi ili slike koje stvaraju strah ili brigu (opsesije) ili bihevioralne ili mentalne akcije koje se pacijent osjeća prisiljen poduzeti na ponavljajući, sistematski način kako bi smanjio strah ili izbjegao zastrašujući ishod (kompulzije) (1). Opsesivne misli obično se odnose na strahove od zaraze (bakterije, virusi, nečistoća, otrov i sl.), strahove od ozljeđivanja drugih ili sebe, strahove od govorenja ili činjenja nečeg neprihvatljivog u suprotnosti sa svojim sustavom vrijednosti. Kompulzije mogu biti određena ponašanja ili misaone radnje koje se izvode pretjerano često ili „ritualno“ točno određenim redosljedom. Najčešće kompulzije su pranje, čišćenje, provjeravanje, gomilanje stvari, ponavljanje riječi, rečenica, molitvi, brojanje i sl. OKP se dijagnosticira osobama koje pokazuju samo opsesije ili samo kompulzije, međutim većina pacijenata ima i opsesije i kompulzije.

Prevalencija i životni tijek

Epidemiološka istraživanja ukazuju na prevalenciju tijekom života između 1,9 % i 3 % (2). OKP je podjednako prisutan kod muškaraca i žena, dok je u dječjoj dobi prisutniji kod dječaka. OKP se obično javlja između adolescencije i rane odrasle dobi. Kod muškaraca početak je obično u adolescenciji, dok je kod žena u ranoj odrasloj dobi. Smatra se da je oko 1/3 odraslih s OKP-om imalo simptome OKP-a u djetinjstvu. Tijekom života simptomi mogu biti

slabiji ili jači ali OKP-a je općenito kroničan. Stres može precipitirati prvu pojavu simptoma i kasnije pogoršanje bolesti (1).

Opsesivno-kompulzivni poremećaj u djetinjstvu

Prevalencija opsesivno-kompulzivnih simptoma u populaciji djece i adolescenata je 1-2 % (3). Prvi simptomi OKP-a obično se javljaju između devete i trinaeste godine, dok je prevalencija najveća od dvanaeste do četrnaeste godine. Neki od simptoma mogu se javiti i u ranoj dječjoj dobi. Tijekom dječjeg rasta i razvoja uobičajena su ponavljajuća ili ritualna ponašanja, posebno u dobi od druge do četvrte godine. Tako dijete želi da ga mama spremi za spavanje točno određenim slijedom, igračke trebaju biti složene po točno određenom principu i sl. Osnovna razlika takvih ponašanja i kompulzija je što su kompulzije praćene strahom, krivnjom i dijete je veći dio vremena zaokupljeno njima te mu otežavaju svakodnevno funkcioniranje. Najčešće opsesije adolescenta su strah od otrovanja i misli o ozljeđivanju sebe ili nekih poznatih osoba, a najčešće kompulzije su rituali vezani za pranje, čišćenje, provjeravanje i uređivanje (4). Kod djece s OKP-om postoje selektivna oštećenja u funkcioniranju: u školskim i izvanškolskim aktivnostima su uglavnom uspješni, međutim kvaliteta odnosa s vršnjacima je jako promjenjiva (5). Naime, većina djece s OKP-om trudi se da u javnosti (najčešće u školi) funkcionira kao svako drugo dijete te se jako trudi prikriti svoje kompulzije. S druge strane, kod kuće se „opuste“ i smanjuju kon-

trolu nad kompulzijama, često roditelje, braću i sestre „iritiraju“ zahtjevima (npr. kako trebaju sjediti, što ne smiju dirati, kako trebaju nešto prati i sl.). U istraživanju Vulić i Galić pokazalo se da su djeca sa simptomima OKP-a uglavnom iznadprosječno inteligentna djeca koja imaju rigidne moralne vrijednosti, visoko izražen osjećaj krivnje i potrebu za kontrolom (5).

Genetički i biološki činitelji

Opsesivno-kompulzivni poremećaj je djelomično nasljedan na što ukazuje pojavljivanje u obiteljima i istraživanja na blizancima. Jednoljajčani blizanci imaju veći postotak poklapanja za OKP od dvojajčanih. U različitim studijama je pokazano da konkordancija OKP-a kod jednoljajčanih blizanaca može biti 80 % (6), 87 % (7) ili 68 % (8), a kod dvojajčanih blizanaca 50 % (6), 47 % (7) ili 31 % (8). Meta-analiza u kojoj su se obrađivali podatci sakupljeni pomoću neuroslikovnih metoda [pozitronska emisijska tomografija (PET) i jednofotonska emisijska kompjutorizirana tomografija (SPECT, engl. *single-photon emission computed tomography*)] na oboljelima od OKP-a je pokazala povećanu aktivnost u glavi nukleusa kaudatusa i orbitofrontalnoj moždanoj kori u odnosu na zdrave kontrole (9). Dodatno je kod oboljelih od OKP-a pokazana i povećana aktivnost prednje cingularne moždane kore. Iako točni mehanizam uključenosti navedenih regija mozga u nastanak OKP-a još nije dovoljno razjašnjen, mnogi autori drže da veze između moždane kore – bazalnih ganglija – talamusa – moždane kore koje uključuju orbitofrontalnu i prednju cingularnu moždanu koru, dovode do nastanka OKP-a (10).

Bihevioralno kognitivni model opsesivno-kompulzivnog poremećaja

Bihevioralna konceptualizacija OKP-a ističe ulogu uvjetovanja u razvoju i održavanju poremećaja. Pojedinaac pokušava izbjeći misli i situacije koje stvaraju anksioznost i doživlja-

va olakšanje, što dovodi do još većeg izbjegavanja. Budući da su opsesije nametljive, bijeg obično nije dovoljan za smanjivanje anksioznosti pa pojedinci razvijaju aktivna ponašanja - kompulzije - kako bi smanjili anksioznost izazvanu opsesivnim mislima.

Osobe s OKP-om čine puno toga kako bi izbjegli situacije koje izazivaju anksioznost što vodi do velikih ograničenja. Primjerice, osobe koje se boje zaraze mogu izbjegavati dodire i kontakte s drugim ljudima što značajno ograničava njihov socijalni život. Kada pojedinac izbjegne situaciju koja je za njega stresna, osjeća olakšanje što je potkrepljujuće. Međutim, olakšanje traje kratko i kad se opsesivna misao ponovno javi, opet mora ponoviti isto izbjegavanje ili ponašanje koje postaje ritual. S vremenom rituali i izbjegavanja oduzimaju sve više vremena i osoba se osjeća prisiljena to napraviti kako bi opet došlo do kratkotrajnog olakšanja. Istodobno se ne suočava sa svojim strahovima što samo učvršćuje uvjerenja u točnost opsesivnih misli. Primjerice, osoba koja se boji zaraze i izbjegava dodire s drugim ljudima (ili učestalo pere ruke i čisti stan) i ne pokušava se uvjeriti da se ne bi zarazila da dodirne druge ljude i da ne opere ruke. Umjesto toga, strahovi od zaraze samo se učvršćuju.

Najobuhvatniju kognitivnu konceptualizaciju OKP-a ponudili su Salkovskis i sur. (11) te van Oppen i Arntz (12). Naime, prema tim modelima nametljive misli su normalna pojava, međutim pojedinci s OKP-om doživljavaju više neugode i nastoje te misli potisnuti, što dovodi do još veće nelagode i povećanja opsesivnih misli. Prema tim modelima osobe s OKP-om imaju sustav vjerovanja ili sheme koje obilježavaju opasnost, odgovornost i samookrivljavanje (1). Sustav vjerovanja pojedinaca s OKP-om karakterizira osjećaj savršenosti, rigidnosti i moralizma (13). Vjerovanja te vrste dovode do toga da je osoba pretjerano zabrinuta oko preciznosti, točnosti, ispravnosti što posljedično uzrokuje sve veću anksioznost.

Kognitivno-bihevioralna terapija

OKP se dugo smatrao otpornim na tretman. Meyer (1966.) je izvijestio o uspješnom tretmanu OKP-a postupkom koji je nazvao „izlaganje i prevencija reakcije“ (IPR) (14). Naime, pacijent se u više navrata izlaže opsesivnim mislima i istodobno pokušava ne izvršiti kompulzije. Na taj način razbija se „začarani krug“ koji održava OKP. Kognitivnim intervencijama pacijente se uči osvješćivati svoje misli, ali da ih pri tome ne pokušavaju neutralizirati. Dodatno ih se potiče da drugačije gledaju na svoje misli, kao neugodne, ali ne i opasne. Pacijenta se uči da prihvati svoje opsesije i anksioznost koju opsesije izazivaju, ali bez kompulzija ili izbjegavanja.

Metoda četiri koraka

Metoda četiri koraka jedna je od tehnika koje se koriste u kognitivno-bihevioralnom tretmanu OKP-a. Metodu četiri koraka prvi je opisao Schwartz u svojoj knjizi *Brain Lock* (15). To je tehnika koja pomaže osobama s OKP-om da osvijeste opsesije i kompulzije kao lažne signale i simptome bolesti. Nadalje, uči ih se da opsesije pripišu patološkim procesima u mozgu i preusmjere pozornost od nametljivih misli na neko konstruktivno ponašanje. Na kraju ponovno procjenjuju svoje opsesije i kompulzije i uviđaju da one nisu realistične. Koraci su: preimenovanje, pripisivanje, preusmjerenje pozornosti i ponovno procjenjivanje. U prvom koraku – „preimenovanje“, pacijente se uči da kad im se jave misli koje potiču strah to sami sebi osvijeste i imenuju npr.: „*Misao da je netko zaražen je samo opsesivna misao*“. Drugi korak – „pripisivanje“, pacijente se uči da opsesije i kompulzije ne gledaju kao dio sebe već kao simptom bolesti koje imaju, npr.: „*To nisam ja, to je samo moj OKP*“. U trećem koraku – „preusmjerenje pozornosti“, pacijent odgađa izvršavanje kompulzije 15 minuta tijekom kojih svoju pažnju usmjerava na neku

korisnu aktivnost, npr.: „*Kad dobijem poriv oprati ruke, 15 minuta ću se fokusirati na čitanje knjige i vidjet ću da vremenom taj poriv postaje sve manji i da se ništa strašno neće dogoditi ako ne operem ruke*“. U posljednjem, četvrtom koraku – „ponovno procjenjivanje“ - procjenjuje se realističnost opsesija, npr.: „*Znam što je stvarno. OKP je samo u mojoj glavi i nema nikakvog uporišta u stvarnosti, suočavat ću se s tim koristeći naučene tehnike*“. Težina ovog prikaza slučaja leži u činjenici da je korištena metoda četiri koraka, „koja se je uz početne poteškoće pokazala učinkovitim i u radu s djecom“. Tehnika je prilagođena potrebama same djevojčice i njezinom razvojnom stupnju.

Učinkovitost terapije

Istraživanja pokazuju da preko 80 % osoba koje završe kognitivno-bihevioralni tretman za OKP imaju umjereno do izvrsno poboljšanje. Pacijenti koji su svakodnevno koristili terapijske vježbe, odnosno bili sami svoji terapeuti, imali su niži postotak recidiva (1). Rađena je studija učinkovitosti kognitivno-bihevioralne terapije OKP-a koja je prilagodila najpoznatiji program za OKP u djece „*Kako sam otjerao opsesivno kompulzivni poremećaj sa svoje zemlje*“ (16). Rezultati dobiveni analizom 77 djece u dobi između 7 i 17 godina pokazali su značajna smanjenja u dijagnostičkom statusu neposredno nakon završetka bihevioralno-kognitivnog tretmana i na dodatnoj seansi šest mjeseci kasnije (17). Kognitivno-bihevioralna terapija izlaganjem i prevencijom reakcije pokazala se učinkovitim u tretmanu djece s OKP-om (18). U istraživanju March i sur. (16) kognitivno-bihevioralna terapija koja se provodi samostalno ili u kombinaciji s lijekovima pokazala se kao sigurna, prihvatljiva i učinkovita za djecu i adolescente s OKP-om. Martin i Thienemann (19) evaluirali su tretman djece u dobi od 8 do 14 godina. Djeca i njihovi roditelji sudjelovali su

u tretmanu prema programu Murch i Mulle (20) prilagođenom radu u grupama. Rezultati pokazuju smanjenje OKP simptoma kod djece dok su roditelji izvjestili o značajnom smanjenju oštećenja u funkcioniranju uzrokovanom OKP-om nakon tretmana.

Metakognitivni model OKP-a

Kognitivno-bihevioralni model OKP-a uvijek je uključivao metakognitivne elemente, ali tek novija istraživanja potvrđuju sve veću važnost metakognicija u održavanju, ali i tretmanu OKP-a (21). Prema metakognitivnom modelu autora Wellsa (22,23) razmišljanja o vlastitim mislima i metakognitivne strategije su ključ razumijevanja nastanka i održavanja OKP-a. Model obuhvaća tri tipa metakognicija: vjerovanja o tijeku misli, vjerovanja o nužnosti činjenja kompulzija i vjerovanja o kriterijima za prekidanje kompulzija. U istraživanju Solema i sur. (24) pronađena je pozitivna povezanost OKP simptoma sa sva tri metakognitivna konstrukta. U istraživanju Myersa i sur. (25) studentima je dana uputa da će se elektroencefalografijom (EEG) mjeriti aktivnost hipotalamusa koja može biti veća ako razmišljaju o alkoholu. Studenti s većom razinom opsesivnih misli imali su više nametljivih misli o alkoholu, više su vremena proveli razmišljajući o tim nametljivim mislima i izvještavali su o većoj razini neugode nego studenti s manjom razinom opsesivnih misli, što ukazuje u prilog metakognitivnom modelu. U studiji Fishera i sur. (26) nakon tretmana metakognitivnom terapijom četiri pacijenta s OKP-om imala su klinički značajno poboljšanje koje se održalo i nakon šest mjeseci.

CILJ RADA

Cilj ovog rada je opisati kognitivno-bihevioralni tretman OKP-a 11-godišnje djevojčice te prikazati učinke takvog tretmana.

PRIKAZ DJEVOJČICE S OKP-om

Opći podatci

Djevojčica Ivana ima 11 godina i pohađa 5. razred osnovne škole. Živi s roditeljima, starijim bratom (20 godina) i sestrom (19 godina). Sestra je radi studiranja otišla u veći grad i od tada se ne viđa često s ostatkom obitelji. Ivana je oduvijek bila vesela i svi u obitelji su šokirani njezinim sadašnjim stanjem. Majka surađuje i educira se o njezinim poteškoćama. Ivana je inače odlična učenica i dobro prihvaćena u razredu. Ivanina majka mi se obratila, jer sam stručni suradnik psiholog u školi koju Ivana pohađa, objasnila sam i predložila kognitivno-bihevioralni tretman i majka je prihvatila. Tražila sam nalaz kliničkog psihologa i uputila ju dječjem psihijatru. Dječji psihijatar u početku nije propisivao farmakološku terapiju, jer je bilo napretka kognitivno-bihevioralnim tretmanom. Kasnije, kad je došlo do pogoršanja uvodi farmakološku terapiju. Djevojčica i roditelji pristali su na objavu iznesenih činjenica u ovom radu, a ime djevojčice za potrebe prikaza je izmijenjeno.

Opis problema

Razvoj problema. Sve je počelo u studenom 2014. Djevojčica ne voli da joj netko dira knjige, a dječak koji je u nju zaljubljen uzeo joj udžbenik iz njemačkog i nije joj ga htio vratiti 5 minuta. Kad joj ga je vratio, pomislila je kako je sad taj udžbenik prljav. Od tada ili nekoliko dana nakon toga (nije sigurna) poslije učenja njemačkog prala bi ruke (unutrašnjost knjige bila je podnošljiva, ali ne korice). U školi počela prati ruke nakon njemačkog jezika, a postupno nakon svakog pisanja domaće zadaće te na svakom malom odmoru. U prosincu 2014. izbjegavala je dirati udžbenik njemačkog jezika i učiti njemački te je stoga loše riješila ispit (dobila je ocjenu dovoljan). Mama je počela primjećivati da često pere ruke i da udžbenik

iz njemačkog pakira u vrećicu i tako ga stavlja u torbu kako ne bi kontaminirao ostale knjige. Moli mamu da više ne ide na njemački jezik (neposredno prije zimskih praznika). Od tada razvija niz ponašanja izbjegavanja i kompulzija.

Ponašanja izbjegavanja. Ne dolazi na satove njemačkog jezika, odbija učiti nastavno gradivo njemačkog jezika, ne dira udžbenik i bilježnicu iz njemačkog jezika. Ne dira tuđe knjige, ne stavlja knjige na stol u učionici u kojoj je bio njemački i ako netko posudi nešto iz njezine pernice, to više ne dira. Izbjegava dirati kutomjer i ručku od torbe nakon što ju je dirao drugi dječak. Iritira ju kad je netko dotakne i pogoršani su joj socijalni odnosi - udaljava se od druge djece zbog straha da će dodiranjem prenijeti *njemački*, sigurnije se osjeća dok s nekim priča na telefon. Kod kuće izbjegava dirati kvake na vratima, daljinski upravljač, police i sl.

Kompulzije. U školi pere ruke nakon svakog sata više puta. Kod kuće često pere ruke i čim dođe iz škole tušira se i pere kosu (traje jako dugo, jer to radi „temeljito“). Često se presvlači.

Kognitivno-bihevioralna formulacija problema

Precipitanti. U listopadu 2014. sestra za koju je jako vezana otišla je na fakultet (sestra je s njom učila njemački jezik). U lipnju je preminuo djed kojem je bila jako privržena (dugo godina radio u Njemačkoj i odlično govorio njemački). Prelazak u peti razred.

Modulirajuće varijable. Kod kuće problem izraženiji, tu joj je lakše i tu bolje i temeljitije pere ruke. U školi je anksioznija u sljedećim situacijama: utorkom 5. sat (glazbeni), neki učenici rješavaju domaću zadaću iz njemačkog jezika; srijeda 1. sat tehnički - održava se u učionici u kojoj se održava i njemački. Petkom, subotom i nedjeljom opuštenija. Kada radi nešto što voli,

manje je okupirana mislima o nečistoći. Ima opsesivne misli o nečistoći i prelasku njemačkog na druge knjige, učenike i sl. Dominiraju anksioznost, strah od *njemačkog* i prelaska *njemačkog* na nešto, osjeti olakšanje kad opere ruke. Pomaže joj razgovor s mamom i seštom preko *Skypea*, tada manje razmišlja o nečistoći i manje pere ruke.

Sigurnosna ponašanja. Udžbenik iz njemačkog jezika sprema odvojeno od drugih knjiga. Ima veći broj olovki, kutomjera, trokuta i gumica jer ako je neki od učenika upita da posudi nešto od toga ne želi da ispadne nepristojna pa radije posudi jednu od rezervnih stvari ali ju ne uzima natrag ili je kasnije baci. U školi nosi svezanu kosu kako nitko ne bi taknuo njezinu kosu.

Psihijatrijska povijest. Djed s očeve strane imao OKP što je Ivanina majka uvidjela tek educiranjem o OKP-u, djed nikad nije bio u nikakvom psihoterapijskom ili farmakološkom tretmanu. Ivana u tretmanu dječjeg psihijatra i uzima medikamentoznu terapiju.

Procjena. U svrhu procjene korišteni su inicijalni KBT intervju, Skala strahova i anksioznosti za djecu i adolescente - SKAD-62 (27) i Skala suočavanja sa stresom za djecu i adolescente - SUO (28). Dobiveni su povišeni rezultati na skalama anksioznosti, primarno opsesivno-kompulzivna dimenzija. Na skali suočavanja sa stresom kao najčešće korištena strategija izdvaja se izbjegavanje, ispitanica procjenjuje izbjegavanje kao efikasnu strategiju suočavanja sa stresom.

Ciljevi tretmana

Ciljevi psihoterapijskog tretmana bili su educirati djevojčicu i njezinu majku o OKP-u, adekvatnije suočavanje s opsesivnim mislima, odgađanje ili odustajanje od prisilnih radnji, poboljšati svakodnevno funkcioniranje povećanjem broja situacija s kojima se suočava.

Tijek tretmana i primijenjene tehnike

Tretman je trajao godinu i pol i tijekom tog razdoblja održano je 50 susreta. Prva četiri mjeseca susreti su se održavali jednom tjedno u trajanju od 60 minuta, zatim je uslijedila stanka od dva mjeseca (ljetni praznici); nakon toga susreti su se održavali jednom tjedno u trajanju od 45 minuta, s prekidom od tri tjedna (zimski praznici). Nakon zimskih praznika susreti su se održavali dva mjeseca jednom tjedno, zatim smo ih prorijedili na jednom u dva tjedna do ljetnih praznika. U rujnu 2016. susreli smo se dva puta.

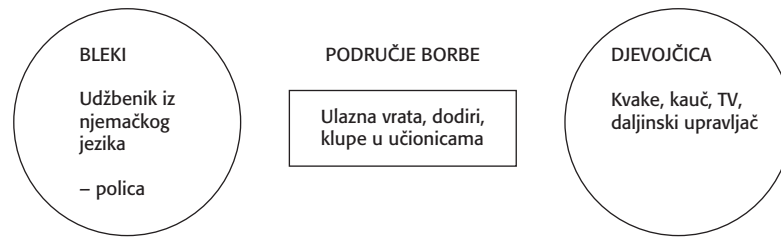
Tijekom tretmana primijenjene su sljedeće bihevioralne i kognitivne tehnike: upoznavanje s tretmanom; popis misli, kompulzija i izbjegavanja; hijerarhija kompulzija i izbjegavanja; tehnike relaksacije (abdominalno disanje, progresivna mišićna relaksacija); postupno izlaganje; pita-tehnika; lanac događaja; procjena straha; davanje nadimka OKP-u; metoda četiri koraka; strategija borbe i pozitivan samogovor.

Na početku tretmana pacijentica i njezina majka *upoznate su s tretmanom*, educirane su o OKP-u, o kognitivno-bihevioralnom pristupu u liječenju OKP-a te važnosti aktivnog sudjelovanja u terapijskom procesu. Napravljen je *popis misli, kompulzija i izbjegavanja te hijerarhija kompulzija i izbjegavanja*. Pacijentica je poučena i *tehnika relaksacije* (abdominalno disanje, progresivna mišićna relaksacija). Nakon toga slijedila je bihevioralna tehnika postupnog *izlaganja* situacijama izbjegavanja. Kao kognitivne intervencije korištene su *pita-tehnika* u svrhu procjene koliko prvo, drugo i treće pranje pridonose čistoći ruku, *lanac događaja* u svrhu procjene vjerojatnosti kontaminacije. Djeci ova vježba pomaže da navedu sve karike u lancu koje moraju biti prisutne prije nego bi do događaja moglo doći. Kod kuće je trebala odgađati pranje ruku što više, smanjiti broj pranja ruku (prala bi ruke po tri puta sapunom) i smanjiti učesta-

lost pranja ruku. Radili smo *procjenu straha* na ljestvici od 1-10, tzv. *termometar straha*. Dijete se uči da na taj način mjeri svoju anksioznost i bude realističnije te prati kako se anksioznost smanjuje. Ova tehnika se koristi prilikom izlaganja. *Davanje nadimka OKP-u* je važno radi eksternalizacije OKP-a, naime kada dijete koristi nadimak OKP postaje „neprijatelj“ a ne samo „loša navika“ zbog koje dijete može osjećati krivnju. Tako je Ivana svoj OKP nazvala *Bleki*.

Prema tretmanu autora Schwartz (15), poučena je *metodi 4 koraka* (1. preimenovanje, 2. pripisivanje, 3. preusmjerenje pozornosti, 4. ponovno procjenjivanje) i kako ju primjenjivati kad se jave opsesivne misli. Imala je veliki otpor prema metodi 4 koraka, govorila je da je duga, beskorisna i dosadna. Majka bi joj kod kuće čitala 4 koraka. Prilikom izlaganja poticala sam da na glas govori metodu 4 koraka koju smo skratili, međutim ni to nije išlo. Nakon puno seansi sveli smo metodu 4 koraka na 4 rečenice koje sebi treba reći i to je dovelo do većeg pomaka. Tako je metoda sada glasila ovako: 1. korak: *Misao da je njemački prešao na nešto je nametljiva misao*; 2. korak: *To nisam ja, to je Bleki*; 3. korak: *Pričekat ću 15 minuta, raditi nešto i ništa mi se strašno neće dogoditi ako ne napravim što Bleki želi*; 4. korak: *Znam što je stvarno, to što me uznemiruje je Bleki, on je samo u mojoj glavi i nema uporišta u stvarnosti, suočavat ću se s njim i primjenjivat ću tehnike koje sam naučila na terapiji*.

Prema bihevioralno-kognitivnom tretmanu autora March i Mulle (20) razvili smo *strategiju borbe* (sl. 1.). Naime, svaku seansu nacrtala bi dva kruga i most između njih. U jednom krugu bile su situacije u kojima je Ivana šef, dok su u drugom krugu bile situacije u kojima je *Bleki* šef. Prostor između njih je popis situacija u kojima je nekad djevojčica šef, a nekad *Bleki* i to se zove područje borbe. Tim situacijama se postupno izlagala na terapijskoj seansi i svakod-



SLIKA 1: Strategija borbe

neveno kod kuće uz vodstvo majke. Objašnjeno je da smo mi njezini navijači i njezin tim.

S Ivaninom majkom sam bila u redovitom kontaktu i naglašeno je da obitelj ne treba raditi zahtjeve OKP-a. Primjerice, Ivana bi tražila od majke da dodatno nešto očisti ili opere, što bi ispočetka radila kako bi Ivani bilo lakše. Kasnije, međutim, odbijala je dodatno nešto oprati. Ponekad bi Ivana sama to oprala, a ponekad bi odustala od toga.

Također smo vježbali pozitivan samogovor, upotrebu humora, odgovaranje opsesivnim mislima i sl. Primjerice dijete može na opsesivne misli odgovoriti: „*Ja sam šef, ne trebam to raditi!*“. Ivana je poučena da osvijesti misao i procijeni je li to opsesivna misao. Važan je pozitivan samogovor, jer djeca često misle „*ja to neću moći, što ako bude još gore*“. Tako smo nabrajali ohrabrujuće misli, primjerice: „*bit će teško ali mogu to podnijeti, koristit ću naučene tehnike*“.

Za prevenciju povrata simptoma - upute su da uvijek radi suprotno od onog što OKP „zahtijeva“. Nastaviti s izlaganjem i „izbjegavati izbjegavanja“.

Evaluacija

Promjene tijekom tretmana. Nakon osme seanse djevojčica je smanjila pranje ruku u školi (sa 6 puta na 2 puta/dan). Smanjila je učestalost pranja ruku i kod kuće. Tušira se tri puta tjedno tijekom radnih dana na večer (tuširala se i prala kosu čim bi došla iz škole svaki dan). Dira upravljač i postupno i kvake u kući,

smanjila je učestalost presvlačenja. Općenito opuštenija, tolerantnija na tuđe dodire (prije bi plakala). Ivana i dalje ne stavlja knjige na stol u učionici u kojoj bude njemački i ne dira kvaku u mom uredu (jer dolaze djeca koja uče njemački). Izbjegava zbor jer su tu djeca iz razreda, a i povukla se od druge djece jer se boji da bi je mogli dotaknuti (a oni uče njemački). Strah od njemačkog na ljestvici od 1 do 10 (1 - nimalo se ne bojim, 10 - izrazito se bojim) je i dalje 10. Tijekom ovog razdoblja odlazi na preglede dječjem psihijatru koji ne daje medikamentnu terapiju jer je psihoterapijom došlo do poboljšanja.

Tijekom ljetnih praznika nije bila u tretmanu i došlo je do pogoršanja. Ljeto je smatrala čistim razdobljem i nije ga željela *uprljati*. Nije željela dirati ništa vezano za školu, izbjegavala druženja s drugom djecom, povukla se u kuću i razvila čitav niz izbjegavanja u samoj kući (televizijski upravljač, dio kauča, police, zavjese, prozore, stol na kojem uči) uz obrazloženje da je sve to koristila za vrijeme škole. Dječji psihijatar uvodi medikamentnu terapiju. Tijekom rujna 2015. uključila sam mamu još aktivnije te sam joj na svakoj seansi zadavala tjedni raspored izlaganja u kući. To je uz medikamente dovelo do poboljšanja te su izlaganja uz primjenu metode 4 koraka ubrzo opet dovela do značajnijeg napretka. U školi gotovo da nije bilo ništa što bi izbjegavala osim „namjernih dodira“ druge djece.

Tijekom božićnih blagdana došlo je do pogoršanja. Prilikom kićenja bora javila se opsesivna misao „*Te kuglice si dirala dok si učila nje-*

mački prošle godine“. Nakon toga se okupala i nije željela da je diraju članovi obitelji, jer su dirali kuglice. Izbjegavala je dirati gotovo sve u kući, jer je sad sve kontaminirano. Naučili smo da se s OKP-om nikad ne smije opustiti i da mu treba stalno „prkositi“ inače „zagospodari“ većinom toga u njezinom životu. Tijekom siječnja 2016. nastavila je terapijom i ubrzo je počela slobodno dirati većinu stvari u kući, a u školi se počela više družiti s djevojčicama. Ubrzo se vratila na zbor i poslije škole se počela družiti s drugom djecom. S majkom redovito radila izlaganja uz prevenciju odgovora kod kuće prema tjednom rasporedu.

Završna evaluacija. Na kraju školske godine javljaju se značajni znakovi poboljšanja. Naime, Ivana dira sve klupe, ne pere ruke kao odgovor na opsesije, družiti se s drugom djecom posebno s jednom djevojčicom. Radili smo pripremu za ljetne praznike kako ne bi došlo do pogoršanja, majka je radila izlaganja s njom tijekom ljeta. Tako se Ivana i tijekom ljetnih praznika družila s prijateljima iz škole. Majka primjećuje značajan napredak, primjećuje da je djevojčica veselija i sama traži društvo druge djece. Prema riječima majke, poboljšanje primjećuju ostali članovi obitelji i uža rodbina. Ostvareni su svi ciljevi tretmana. Ponovno su primijenjene Ljestvica strahova i anksioznosti za djecu i adolescente - SKAD-62 (27) gdje su dobiveni prosječni rezultati na svim ljestvicama i Ljestvica suočavanja sa stresom za djecu i

adolescente - SUO (28) gdje se pokazalo da najčešće koristi strategiju rješavanje problema. Izbjegavanje rijetko koristi i više to ne smatra učinkovitom strategijom. Ivana izvještava da i dalje svakodnevno koristi metodu 4 koraka i radi izlaganja uz prevenciju reakcije. Postupno se ukida medikamentna terapija. Upisala je prvi razred pripreme glazbene škole. Općenito se bolje osjeća, zadovoljstvo životom na ljestvici od 1-10 je 9. Ivana kaže da se *Bleki* i dalje *javlja* ali da ga ne sluša kao prije, sad je ona šef *Blekiju*.

ZAKLJUČAK

Kognitivno-bihevioralna terapija opsesivno-kompulzivnog poremećaja djevojčice Ivane bila je dugotrajna, ali uspješna. Ponekad se činilo kao da je sav trud uzaludan, *osvojili* bi jedno područje a *Bleki* bi već *zagospodario* nečim drugim. Kao terapeut često sam se osjećala bespomoćno. U tretmanu opsesivno-kompulzivnog poremećaja u dječjoj dobi nužna je suradnja s roditeljima. Roditelj kod kuće mora bit koterapeut. Bez suradnje s Ivaninom majkom terapija ne bi bila uspješna, jer je od velike važnosti da pacijent u svojoj svakodnevnicu koristi tehnike koje radi na terapiji. Djeca to teško mogu bez podrške roditelja. Ishodi tretmana bili su dobri i mogu biti poticaj terapeutima koje se bave opsesivno-kompulzivnim poremećajem.

LITERATURA

1. Leahy RL, Holland SJ, McGinn LK. Planovi tretmana i intervencije za depresiju i anksiozne poremećaje. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2014.
2. Kessler RC, McGonagle K, Zhao S i sur. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994; 51: 8-19.
3. Carr A. The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. London, New York: Routledge, 1999.
4. AACAP - American Academy for Child and Adolescent Psychiatry Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. J Am Acad Child Adoles Psychiatry 1998; 37: 27S-45S.
5. Vulić-Prtorić A, Galić S. Opsesivno-kompulzivni simptomi u djetinjstvu i adolescenciji. Medica Jadertina 2003; 33: 41-51.
6. Inouye E. Similar and dissimilar manifestations of obsessive-compulsive neuroses in monozygotic twins. Am J Psychiatry 1965; 121: 1171-5.
7. Carey G, Gottesman II. Twin and family studies of anxiety, phobic, and obsessive disorders. Anxiety: New research and changing concepts. U: Klein DF, Rabkin JG, ur. Anxiety: New research and changing concepts. Raven Press; New York: 1981: 117-36.
8. Nestadt G, Grados M, Samuels JF. Genetics of OCD. Psychiatr Clin North Am 2010; 33: 141-58.

9. Whiteside SP, Port JD, Abramowitz JS. A meta-analysis of functional neuroimaging in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2004; 132: 69-79.
10. Maia TV, Cooney RE, Peterson BS. The neural bases of obsessive-compulsive disorder in children and adults. *Dev Psychopathol* 2008; 20: 1251-83.
11. Salkovskis PM, Krik J. Obsessive-compulsive disorder. U: Clark DM, Fairburn CG, ur. *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford: Oxford University Press, 1997, 179-208.
12. van Oppen P, Arntz A. Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Therapy* 1994; 31: 79-87.
13. Steketee GS. *Treatment of obsessive compulsive disorder*. New York: Guilford Press, 1993.
14. Meyer V. Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behav Res Therapy* 1966; 4: 273-80.
15. Schwartz JM, Beyette B. *Brain Lock: Free Yourself from Obsessive-Compulsive Behavior*. Regan Books: New York, 1997.
16. March JS, Mulle K, Herbel B. Behavioral psychotherapy for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: an open trial of a new protocol-driven treatment package. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 333-41.
17. Stallard P. Misli dobro, osjećaj se dobro: kognitivno-bihevioralna terapija u radu s djecom i mladim ljudima. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2010.
18. Franklin ME, Kozak MJ, Cashman LA, Coles ME, Rheingold AA, Foa EB. Cognitive-Behavioral Treatment of Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: An Open Clinical Trial. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 412-19.
19. Martin JL, Thienemann M. Group cognitive behaviour therapy with family involvement for middle-school-age children with obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *Child Psychiatry Hum Dev* 2005; 36: 113-27.
20. March JS, Mulle K. *OCD in Children and Adolescents: A Cognitive-Behavioral Treatment Manual*. New York: The Guilford Press, 1998.
21. Rees CS, Anderson RA. A Review of Metacognition in Psychological Models of obsessive-compulsive Disorder. *Clin Psychologist* 2013; 17: 1-8.
22. Wells A. *Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley, 1997.
23. Wells A. *Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley, 2000.
24. Solem S, Myers SG, Fisher PL, Vogel PA, Wells A. An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Replication and extension. *J Anxiety Disord* 2010; 24: 79-86.
25. Myers SG, Wells A. An Experimental Manipulation of Metacognition: A Test of the Metacognitive Model of Obsessive-Compulsive Symptoms. *Behav Res Ther* 2013; 51: 177-84.
26. Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2008; 39: 117-32.
27. Vulić-Prtorić A. Priručnik za Skalu strahova i anksioznosti za djecu i adolescente (SKAD-62). Jastrebarsko: Naklada Slap, 2004, 84.
28. Vulić-Prtorić A. Priručnik za Skalu suočavanja sa stresom za djecu i adolescente (SUO). Jastrebarsko: Naklada Slap, 2002, 62.