

Suportivna grupna terapija opsesivno-kompulzivnog poremećaja

Ivana Jurić, prof., doc. dr. sc. Slađana Štrkalj Ivezić

Psihijatrijska bolnica Vrapče i Udruga Svitjanje

Grupe psihološke podrške imaju važnu ulogu u sustavu liječenja anksioznih poremećaja i održavanju zadovoljavajućeg stupnja mentalnog zdravlja. Zbog lake primjene, ekonomičnosti i visoke motivacije učesnika neprocjenljive su u sustavu liječenja. U Psihijatrijskoj bolnici Vrapče provode se već neko vrijeme kao tzv. grupe samopomoći (vođene od oboljelih uz superviziju stručnjaka) i kao grupe podrške koje vode stručnjaci. U radu je prikazan rad grupne podrške za oboljele od opsesivno-kompulzivnog poremećaja vođene prema posebno propisanom protokolu, potvrđenom u praksi, koji predstavlja kombinacija triju terapijskih komponenata: psihoedukacijske, psihoterapijske (KBT) i farmakološke

Opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP) obično uključuje i opsesije i kompulzije, iako neke osobe s OKP-om imaju samo jedan oblik smetnji. Opsesije su misli, impulsi ili slike koje se opetovano ponavljaju, osoba ih ne može kontrolirati i izazivaju neugodne osjećaje poput straha, gađenja, sumnje i sl. Osoba ne želi imati takve ideje, doživljava ih kao ometajuće i nametljive, te obično prepoznaje da nemaju smisla.

Kompulzije su ponašanja, radnje ili mentalne predodžbe koje kod osobe ostavljaju osjećaj smanjenja napetosti ili vjerovanje da će tako izbjeći neke zastrašujuće događaje ili situacije (najčešće smanjuju neugodu koja je produkt opsesija). To su radnje (rituali) koje osoba opetovano ponavlja. U TABlici 1 nalazi se lista najčešćih opsesija i kompulzija.

Simptomi OKP-a izazivaju napetost i neugodu, pacijentu oduzimaju puno vremena i energije, u velikoj mjeri ometaju njegovo radno i socijalno funkcioniranje. Nekada se mislilo da je OKP rijeđak poremećaj, međutim ispitivanja pokazuju da mu je prevalencija između 1,9 i 3,2%, što ga prema učestalosti čini četvrtim psihijatrijskim problemom u SAD-u.¹ Simptomi OKP-a mogu se pojaviti kod osoba svih dobi (od predškolske do odrasle), u najvećem broju slučajeva pojavljuje se u dobi od 17. do 20. godine života. Jedna trećina do jedna polovica odraslih osoba s OKP-om iznosi da se poremećaj pojavio u djetinjstvu. Tijek mu je obično kroničan

s remisijama i egzacerbacijama. Čini se da stres pogoduje egzacerbacijama.¹

Najčešći rituali su provjeravanje i čišćenje (pojavljuju se u 53, odnosno 50% bolesnika s OKP-om). Podaci o učestalosti drugih rituala su sljedeći: u 36% slučajeva rituali brojanja, 31% rituali ispitivanja ili ispovijedanja, 28% rituali simetričnosti, 18% rituali sakupljanja. U 19% slučajeva pojavljuju se opsesije bez kompulzija, u 48% slučajeva pojavljuju se multipli rituali, a u 60% slučajeva multiple opsesije.¹

Općenito, smatra se da genetski faktori igraju malu, ali značajnu ulogu u nastanku poremećaja.¹

Između 28 i 38% bolesnika s OKP-om udovoljava kriterijima za veliki depresivni poremećaj. Česti su i anksiozni poremećaji, posebno specifične fobije i panični poremećaj. Najčešći poremećaji osobnosti koji se pojavljuju u komorbiditetu su izbjegavajući, ovisnički i histrionski. Opsesivno-kompulzivni poremećaj osobnosti javlja se u manje od 25% bolesnika s OKP-om.¹

Nažalost, OKP se u velikom broju slučajeva ne prepoznaje. Studije pokazuju kako osobe s OKP-om u prosjeku promijene tri do četiri liječnika i potroše više od 9 godina u pronalasku adekvatnog pristupa u liječenju prije nego što dobiju točnu dijagnozu. Neke studije također pokazuju da od početka pojavljivanja OKP-a do dobivanja adekvatne terapije u prosjeku prođe 17 godina. OKP se u velikom broju slučajeva prepoznaje kasno ili se uopće ne prepoznaje. Osobe s OKP-om često taje svoje simptome ili nemaju uvid u svoju bolest. Stručnjaci nisu dovoljno educirani o prepoznavanju i mogućnostima liječenja ovog poremećaja. Rezultati istraživanja pokazuju kako se najbolji rezultati u liječenju OKP-a postižu kombiniranjem farmakoterapije i kognitivno-bihevioralne psihoterapije.²

Diferencijalna dijagnoza

Opsesivne misli karakteristične za OKP treba razlikovati od razmišljanja tipičnih za depresiju, kao i osjećaja tjeskobe u generaliziranom anksioznom poremećaju. U depresiji su misli sukladne raspoloženju i egosintonične, a u generaliziranom anksioznom poremećaju one se doživljavaju kao pretjerana zabrinutost zbog stvarnih životnih događanja. Suprotno tome, opsesije u OKP-u su egodistonične i zato im se bolesnik opire. One se obično i prepoznaju kao nestvarne.

Ako su opsesivne misli usredotočene samo na predmet koji se odnosi na drugi psihički poremećaj, treba postaviti dijagnozu tog poremećaja (npr. specifična fobija, hipohondrija i sl.). Međutim, ako uz navedene postoje i druge opsesije ili kompulzije, može se dijagnosticirati i OKP.

Tablica 1. Tipični simptomi opsesivno kompulzivnog poremećaja

Uobičajene opsesije
Strah od zaraze bakterijama, prljavštinom i sl.
Strah da će povrijediti sebe ili druge
Strah od gubitka kontrole ili navale agresije
Ometajuće seksualne misli
Neumjerene religijske ili moralne sumnje
Zabranjene misli
Potreba da se nešto ispriča, pita, prizna
Uobičajene kompulzije
Pranje, čišćenje
Ponavljanje
Provjeravanje
Dodirivanje
Brojanje
Redanje/razvrstavanje
Skupljanje zaliha
Molitva

Ako bolesnik ne prepoznaje da su opsesivne misli pretjerane i nerealne ili ako su one bizarne kvalitete, treba razmotriti dijagnozu nekog psihotičnog poremećaja. Stereotipna ponašanja koja su egosintonična i nisu prepoznata kao nerealna vjerojatno su simptom shizofrenije, a ne OKP-a.¹

Diferencijalna dijagnostički postupnik za opsesivno-kompulzivni poremećaj prikazan je na **HEMA 1**.

Liječenje

Prvi korak u liječenju OKP-a obično je educiranje pacijenta i njegove obitelji o bolesti i mogućnostima liječenja. Posljednjih 20-ak godina razvijena su dva efektivna načina liječenja OKP-a: kognitivno-bihevioralna psihoterapija i liječenje SSRI antidepressivima.

Stupnjevi liječenja uključuju sljedeće:

- stupanj usmjeren na liječenje akutne epizode bolesti
- stupanj liječenja usmjeren na prevenciju budućih epizoda OKP-a.

Komponente liječenja

Edukacija. Ključna pri osposobljavanju pacijenata i njihovih obitelji kako se najbolje nositi s OKP-om te kako prevenirati komplikacije. S obzirom da se radi o kroničnom poremećaju, u velikom broju slučajeva s doživotnim trajanjem, bitno je da bolesnik i članovi njegove obitelji nauče što više o OKP-u. Edukacija uključuje čitanje knjiga, pohađanje predavanja, razgovor s liječnikom ili terapeutom, sudjelovanje u grupama podrške i sl.

Psihoterapija. kognitivno-bihevioralna psihoterapija je sastavni dio liječenja većine pacijenata s OKP-om. Pomaže pacijentu pri internalizaciji strategija odupiranja OKP-u, a samim time doživotno je korisna. Bihevioralni dio terapije pomaže ljudima u učenju mijenjanja njihovih misli i osjećaja tako da prvo promijene svoje

ponašanje. Bihevioralna terapija za OKP uključuje izlaganje (koje općenito dovodi do smanjivanja anksioznosti i broja opsesija) i sprječavanje odgovora (koje je primjereno pri smanjivanju broja kompulzivnih radnji).

Izlaganje se zasniva na pretpostavci da će se anksioznost uzrokovana opsesijama smanjiti ukoliko im se osoba dovoljno dugo izlaže. Ponavljanjem izlaganja opsesijama postupno dolazi do smanjenja anksioznosti. Optimalno je ako se uz izlaganje paralelno provodi i sprječavanje odgovora kojim se blokira izvođenje radnji. Pacijent tada obično uviđa kako je do redukcije anksioznosti došlo unatoč tome što nije izvršio/la radnju. Unatoč višegodišnjoj borbi sa simptomima OKP-a, većina pacijenata relativno lako prihvaća postupak izlaganja i sprječavanja odgovora kad ih se na pravilan način u njih uvede. Naime, nipošto nije dobro pacijenta odmah na početku podvrgnuti ovim tehnikama. Bitno je prethodno adekvatno prilagoditi osobu liječenju, educirati je o bolesti i tehnikama/vježbama opuštanja, motivirati za nastavak liječenja.

Kognitivna terapija druga je komponenta ovog pristupa. Njome se često nadopunjuju ranije opisane bihevioralne metode, s ciljem reduciranja katastrofičnog mišljenja i naglašenog osjećaja odgovornosti koji je karakterističan za osobe s OKP-om.

Lijekovi. OKP se liječi antidepressivima (inhibitorima ponovne pohrane serotonina), u većim dozama nego kod depresivnih ili anksioznih poremećaja.

Grupe podrške i grupe samopomoći u PB Vrapče. Uključivanje u grupe podrške i/ili grupe samopomoći smatra se višestruko korisnim. Podijeliti brige i vlastita iskustva s drugima koji su prolazili kroz slične probleme može biti vrlo olakšavajuće, motivirajuće i od velike koristi. Takve grupe pružaju osjećaj da nismo sami i jedini s određenim problemom, a ujedno nam pružaju priliku učenja neke nove strategije ili tehnike za nošenje s poremećajem.

U Psihijatrijskoj bolnici Vrapče i Udruzi Svitanje provode se već neko vrijeme kao tzv. grupe samopomoći (vođene od oboljelih uz superviziju stručne osobe – najčešće zaposlenika bolnice) i kao grupe podrške koje vode stručne, za to educirane osobe. Za rad s navedenom populacijom bolesnika u našoj ustanovi odlučili smo se na grupe podrške koje su vođene po programu koji je kombinirao nekoliko ranije već spomenutih metoda: psihoedukacijsku, psihoterapijsku (elemente KBT-a) i farmakološku. Za ovu vrstu pristupa potrebna je raspoloživost psihijatra i grupnog voditelja. Naime, ukoliko se radi o dvije različite osobe, korisno je da su one u kontaktu zbog međusobnog konzultiranja i praćenja terapijskog procesa.

Selekciju članova grupe i dijagnostičku obradu obavio je psihijatar.

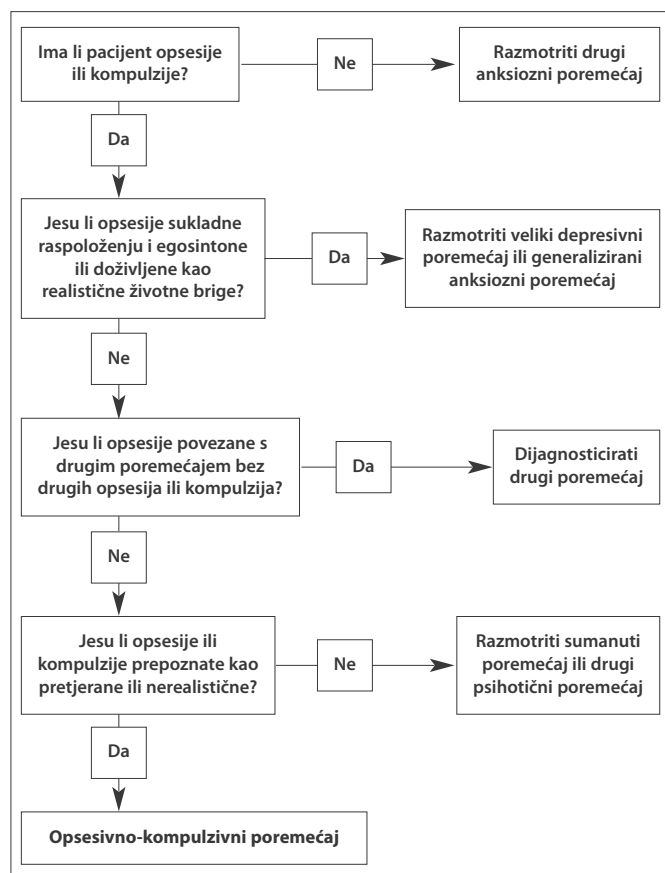
U prvim nekoliko susreta grupe članovi se međusobno upoznaju te usvajaju pravila rada grupe, educira ih se o grupama podrške i prezentira što će se odvijati u radu grupe; članovi se informiraju o trajanju i broju susreta grupe. U našem slučaju najavljeno je 20-ak susreta s trajanjem od 60 minuta. U početku rada grupe također je potrebno razraditi, a zatim i definirati ciljeve rada grupe kao cjeline, te ciljeve i motive pojedinih članova. Ciljevi moraju biti konkretni, realni, provedivi i u skladu s mogućnostima članova. Na taj način postiže se motivacija za daljnje dolaženje na grupu i rad na problemu.

Na jednom od početnih satova potrebno je educirati članove o opsesivno-kompulzivnom poremećaju te o mogućnostima liječenja ovog poremećaja. U našem slučaju pokušalo se dati odgovore na sljedeća pitanja:

- što je opsesivno-kompulzivni poremećaj
- koji su uzroci pojavljivanja opsesivno-kompulzivnog poremećaja
- kako se opsesivno-kompulzivni poremećaj razvija
- mogu li lijekovi pomoći u liječenju
- koje su druge metode liječenja
- što se očekuje od pacijenata.

Educiranje također djeluje motivirajuće na članove grupe, podiže im samopouzdanje u liječenju. Informacije o poremećaju mogu se

Schema 1. Prikaz dijagnostičkog tijeka za opsesivno-kompulzivni poremećaj



Adaptirano prema izvoru: Leahy RL, Holland SJ. Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders. New York: The Guilford Press, 2000.¹

pružiti i u pismenoj formi, a korisno je i savjetovati im da pročitaju neku od knjiga koje se bave ovim područjem.^{3,4}

U jednom od idućih sastanaka grupe članovi se informiraju o nekim od postavki kognitivno-bihevioralnog modela:

- prisilne misli koje izazivaju nelagodu normalna su pojava
- načini kojima se bolesnici obično služe da im se odupru (najčešće je to izbjegavanje ili neutralizacija misli ritualima) zapravo povećavaju anksioznost
- prepuštanje neugodnim mislima bez izvođenja rituala smanjuje anksioznost, opsesivne misli postupno se prorjeđuju, a potreba za ritualima smanjuje.

Ukoliko usvoje i primjene ova načela, mogu očekivati značajno smanjenje simptoma i poboljšanje kvalitete života; međutim potrebno je naglasiti da će neki simptomi vjerojatno ostati i dalje. Na taj način pacijentima pružamo nadu, ali i realna očekivanja od rezultata liječenja.

Uvođenje navedenih pretpostavki vrlo je zahtjevno za pacijente, traži puno vremena i energije, te podnošenje znatne anksioznosti (posebno u početku). U svrhu motiviranja za nastavkom liječenja od članova grupe se može tražiti ispisivanje svih prednosti i nedostataka liječenja te onda zajedno raspraviti o njima. Jedan ili više susreta grupe dobro je posvetiti temi „samonagrađivanja“ i načina motivacije samog sebe za zadatke koji nisu ugodni, ali su korisni.

Na jednom od susreta grupe članovi se podučavaju tehnikama relaksacije (tehnicama abdominalnog disanja, progresivne mišićne relaksacije i sl.) koje se uvježbavaju na kraju svakog susreta. Cilj ovih tehnika je osvještavanje veze između fizičke i psihičke napetosti, te spoznavanje kako je moguće svjesno kontrolirati napetost tijela. Bitno je napomenuti kako u slučaju OKP-a tehnike relaksacije nikako nije poželjno uvoditi prije ili u vezi s izlaganjem prisilnim mislima, jer u protivnom postoji rizik od pretvaranja tih korisnih tehnika u kompulzivne radnje.

Nakon usvajanja tehnika relaksacije optimalno je uključiti pacijenta u individualan program kognitivno-bihevioralne terapije, jer to je stadij kada se obično uvodi izlaganje opsesivnim mislima i sprječavanje prisilnih radnji. Grupna podrška može motivirati članove za ustrajanje u daljnjem liječenju, pri suočavanju s poteškoćama u procesu liječenja.

Tijekom daljnjih susreta uglavnom se govori o napretku, tj. procesu liječenja i specifičnim problemima koji se pojavljuju kod nekih članova. Povremeno je potrebno ponavljati i propitkivati ranije prezentirane informacije o poremećaju.

U jednom od susreta grupe potrebno je otvoriti temu mogućnosti recidiva i uzroka koji mogu dovesti do njega. Stres je najčešći uzrok recidiva te je stoga korisno unaprijed pripremiti članove na prepoznavanje mogućih uzroka stresa te ih educirati o načinima savladavanja i nošenja sa stresom. Potrebno je uputiti članovima poruku da recidiv nije dokaz neuspješnosti liječenja, već je u tom slučaju potrebno primijeniti naučene vještine, a ukoliko ne uspiju u tome, zatražiti ponovnu stručnu pomoć.

Zaključak

Oboljeli od opsesivno-kompulzivnog poremećaja mogu se uključiti u grupe podrške već u fazi liječenja akutne epizode bolesti. Uključivanje u takve grupe višestruko je korisno: na sudionike djeluje olakšavajuće jer pruža osjećaj da nisu jedini s problemom, članovi su u prilici učenja novih strategija i tehnika nošenja s poremećajem, a samim time raste i njihova motivacija za sudjelovanje u daljnjem procesu liječenja. ■

LITERATURA

1. Leahy RL, Holland SJ. Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders. New York: The Guilford Press, 2000.
2. Swinson RP, Martin MA, Rachman S, Richer MA, eds. Obsessive-Compulsive Disorder. New York: The Guilford Press, 1998.
3. Klepsch R, Susanne W. Prisilne radnje i prisilne misli. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2005.
4. Foa EB, Wilson R. Stop Obsessing! How to overcome your obsessions and compulsions. New York: Bantam Doubleday Dell, 1991.