

<https://doi.org/10.52444/nr.4.2.2>

Primljeno: 20. svibnja 2023.

Prihvaćeno: 6. prosinca 2023.

Stručni članak

OPSESIVNO-KOMPULZIVNI POREMEĆAJ U DJECE I ADOLESCENATA

Antonija Abaz, mag. med. techn.

Klinički bolnički centar Zagreb

Kišpatićeva 12, 10 000 Zagreb

Klinika za psihijatriju

Zavod za dječju i adolescentnu psihijatriju i psihoterapiju

antonija.abaz@gmail.com

Ana Mutić, mag. med. techn.

Škola za medicinske sestre Vinogradska

Vinogradska cesta 29, 10 000 Zagreb

ana.mutic2709@gmail.com

Suzana Avgustinović, mag. med. techn.

Škola za medicinske sestre Vinogradska

Vinogradska cesta 29, 10 000 Zagreb

suzanaavgustinovic@gmail.com

SAŽETAK

Opsesivno-kompulzivni poremećaj spada u skupinu anksioznih poremećaja, a karakteriziran je pojavom opsesivnih misli i kompulzivnih radnji. Prvi simptomi ovog poremećaja najčešće se javljaju u dobi od 9 do 13 godina. U Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB -10) nalazi pod oznakom F.42. MKB-10 dijeli OKP na tri oblika: oblik s prevladavajućim opsesijama, oblik s prevladavajućim kompulzijama i mješoviti oblik, koji je ujedno i najčešći. Opsesije ili obuzetosti objašnjavamo kao ponavljajuće i perzistentne misli, doživljaje ili osjećanje koje osoba doživljava kao intruzivne i neprimjerene, a uzrokuju anksioznost ili nelagodu. Kompulzije ili prisile su pak ponavljane radnje ili ponašanje koje osoba smatra nužnima izvršiti kao odgovor na opsesiju te koje služe smanjenju anksioznosti. Sadržaj opsesija i kompulzija mijenja se s dobi djeteta, opsesivna zabrinutost oko redoslijeda i simetrije javlja se kod 2/3 predškolske djece, u osnovnoškolskoj dobi prevladavaju opsesivne misli i kompulzivne radnje vezane za školu. Adolescenti kao najčešću opsesiju navode strah od trovanja i misli o ozljeđivanju sebe ili nekih poznatih osoba, a najčešće kompulzije su rituali vezani za pranje, čišćenje, provjeravanje i uređivanje. OKP se prema težini kliničke slike može podijeliti na tri oblika: lakši, srednji i teški. Brojne su teorije o etiologiji OKP-a, u biološkoj teoriji spominju se poremećaji u količini pojedinih neurotransmitera, strukture, elektrofiziološke i neuroendokrine promjene te u novije vrijeme neuroimunološka teorija koja povezuje OKP s infekcijom beta-hemolitičkim streptokokom u djetinjstvu, kao i psihološke i sociološke. Različiti su načini liječenja OKP-a, farmakoterapijski, psihoterapijski, kao i drugi. Istraživanja pokazuju vrlo dobre rezultate korištenja samo kognitivno – bihevioralne terapije, iako se u praksi nerijetko koristi kombinacija psihoterapije i lijekova. Tijek bolesti je kroničan, a oporavak može biti dug i spor ovisno o težini bolesti i odgovoru na terapiju.

Ključne riječi: opsesivno-kompulzivni poremećaj; djeca; adolescenti; dijagnostika; farmakoterapija; bihevioralno-kognitivna terapija

UVOD

Opsesivno-kompulzivni poremećaj je jedan od najtežih anksioznih poremećaja kojega obilježavaju misli, porivi ili slike koje stvaraju strah ili brigu (opsesije) ili bihevioralne ili mentalne akcije kojih se pojedinac osjeća prisiljen poduzimati na ponavljajući, sistemski način kako bi smanjio strah ili izbjegao zastrašujući ishod (kompulzije). Dijagnosticira se osobama koje pokazuju samo opsesije ili samo kompulzije, međutim većina pacijenata ima i opsesije i kompulzije. Simptomi OKP-a prvi puta su opisani u sedamnaestom stoljeću kada je svećenik iz Oxforda opisao slučaj jednog bolesnika u svom kompendiju Anatomija melankolije. Moderno shvaćanje OKP-a počelo se razvijati u devetnaestom stoljeću u Njemačkoj i Francuskoj kada su opsesije razlučene od deluzija, a kompulzije od impulzivnog ponašanja. Krajem devetnaestog stoljeća OKP je svrstan u široku kategoriju neurastenija. Početkom dvadesetog stoljeća usporedno s razvojem neuroanatomije, farmakoterapije, neurofiziologije i teorije učenja razvilo se poimanje etiologije i liječenja OKP-a. Razvojem modernih neuroslikovnih i neurobiokemijskih metoda počinje se shvaćati biologija ovog poremećaja.

Povijesno je OKP bio dio anksioznih poremećaja jer je često bio strah povezan s OKP simptomima, radi slične psihodinamike te zbog toga što se primjenjivala slična terapija kao i kod anksioznih poremećaja. U novije vrijeme je tendencija da se izdvoji iz grupe anksioznih poremećaja, posebno radi neurobiološke baze i drugih čimbenika. Dva glavna simptoma OKP-a kako mu i ime govori su prisilne misli (opsesije) i prisilne radnje (kompulzije). Kod djece u odnosu na odrasle osobe OKP ima razlike, posebno se to odnosi na to da je dječji OKP češće povezan s tikovima i hiperkinetskim sindromom. (tzv. Touretteova trijada). Češće postoji u obitelji u prvom koljenu osoba s OKP-om, dječaci pretežu u odnosu na djevojčice. Liječenje

OKP-a u dječjoj psihijatriji se smatra jednim od najkompleksnijih radi svoje tendencije kroničnosti, rezistentnosti simptoma, dugotrajnosti poremećaja te komorbiditeta. Zadnja desetljeća doprinijela su brojnim uspješnim metodama liječenja OKP-a, od farmakoloških do psihoterapijskih.

Cilj ovoga rada je detaljno opisati opsesivno – kompulzivni poremećaj kod djece i adolescenata što uključuje detaljnu analizu svih simptoma koji se pojavljuju kod ovog poremećaja, opis njegovog tijeka

i prognoze, navođenje mogućih uzroka njegovog nastanka te mogućnosti tretmana ovog poremećaja.

DIJAGNOSTIKA

Dijagnoza opsesivno – kompulzivnog poremećaja je obično jasna no ponekad ju je teško razlikovati od depresije, psihoze, fobije ili teškog opsesivno – kompulzivnog poremećaja ličnosti. Za konačnu dijagnozu, prema klasifikaciji MKB-10, opsesivni simptomi, kompulzivne radnje ili oboje moraju biti prisutni najmanje dva tjedna te moraju biti izvor patnje ili biti ometajući za bolesnikove aktivnosti.

Karakteristike simptoma: misli ili impulsi trebaju biti prepoznati kao vlastiti; mora postojati bar jedna misao ili radnja koja se ponavlja (unatoč otporu), misao ili radnja koja se ponavlja ne smije sama po sebi biti ugodna; misli, slike ili impulsi moraju biti neugodno ponavljajući (Orellana Kovačević, 2019).

OKP je u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10), (*International Classification of Diseases – ICD*) svrstan u skupinu neurotskih, sa stresom povezanih i somatoformnih poremećaja te se nalazi pod oznakom F42. Oblik s predominantno opsesivnim mislima i ruminacijama nalazi se pod šifrom F42.0, dok je oblik s predominantno kompulzivnim radnjama

pod šifrom F42.1. Najčešći oblik, s prisustvom i opsesija i kompulzija nalazi se pod šifrom F42.2.

Prema DSM-5 OKP definiramo kao prisustvo opsesija i kompulzija. DSM-5 navodi sljedeće kriterije za OKP: Kriterij A. Prisutnost opsesije i kompulzije ili oboje. Opsesije su definirane kao 1 i 2:

1. Ponavljajuće i stalne misli, impulsi, ili slike koje se doživljavaju, tijekom poremećaja, kao intruzivne i neželjene, kod većine izazivaju značajnu tjeskobu ili distres;

2. Pojedinaac pokušava ignorirati ili zaustaviti takve misli, impulse ili slike, ili ih pokušava neutralizirati s drugim mislima ili akcijom (provedbom kompulzije).

Kompulzije su definirane s 1 i 2:

1. Repetitivno ponašanje (npr. pranje ruku, čišćenje, provjeravanje) ili mentalne čini

(molitva, brojanje, tiho izgovaranje riječi) koje pojedinac osjeća da mora provesti kao odgovor na opsesiju ili u odnosu na pravila koja se moraju primjenjivati rigidno;

2. Ponašanje ili mentalne čini imaju za cilj prevenciju ili smanjenje tjeskobe ili distresa, ili prevenciju nekog zastrašujućeg događaja ili situacije; međutim, ova ponašanja ili mentalne čini nisu povezana na realističan način da bi se nešto

neutraliziralo ili preveniralo, ili su izuzetno ekscesivni.

Mala djeca ne mogu verbalizirati (artikulirati) ciljeve ovakvog ponašanja ili mentalnih čini. Kriterij B navodi da opsesije i kompulzije zahtijevaju puno vremena (npr. više od jedan sat tijekom dana) ili uzrokuju značajni distress ili oštećenje u socijalnom, radnom ili drugom važnom okruženju funkcioniranja (npr. škola). Slijede kriteriji C i D koji se odnose na druga medicinska stanja (Begovac I. i suradnici, 2021).

Kod djece je najčešći simptom opsesivni strah od zaraze koji često prate ritualizirano kompulzivno pranje ruku i izbjegavanje «zaraženih objekata». Opsesivna briga oko sigurnosti, najčešće sebe ili roditelja i kompulzivno provjeravanje (npr. jesu li su vrata zatvorena, jesu li članovi obitelji na sigurnom i sl.) drugi su česti oblici simptoma. Opsesivne sumnje da su učinili nešto loše mogu djecu tjerati u stalno provjeravanje toga kroz «ispovijesti» roditeljima od kojih očekuju da ih oslobode njihovih sumnji. Ponavljajuće brojenje, pisanje, čitanje, dodirivanje ili slaganje u jasno određenim obrascima mogu biti vezani uz izbjegavanje neugodne napetosti i brige ili nerijetko uz potrebu da se nešto ponovi toliko puta dok se ne osjeti da je učinjeno „baš kako treba“. Slično tome

mentalni rituali (kompulzije) mogu se sastojati od misaonih ponavljanja, brojenja ili razmišljanja o nečemu na neki poseban način sve dok se ne osjeti da je «baš tako dobro».

Za razliku od većine odraslih djeca često ne znaju objasniti što bi se loše desilo kada ne bi izvršili svoje kompulzivne radnje. Nerijetko djeca i mladi skrivaju svoju potrebu za prisilnim ponašanjem koju, uz priličan napor, mogu na kraće vrijeme kontrolirati (Barišić i suradnici, 2019).

OBILJEŽJA OPSESIVNO-KOMPULZIVNOG POREMEĆAJA

Temeljno obilježje opsesivno-kompulzivnog poremećaja su opsesivne prisilne misli ili prisilne (kompulzivne) radnje koje se učestalo ponavljaju i gotovo uvijek uzrokuju nelagodu. Bolesnik je obično svjestan besmislenosti prisilnih misli i radnji i želi im se oduprijeti no ako se odupire, anksioznost koja je gotovo uvijek prisutna, se pogoršava. Prisilne misli mogu imati oblik ideja, predodžbi ili poticaja na određeni čin i sadržajem su gotovo uvijek neugodne. Prisilne radnje (opsesivni rituali) najčešće se odnose na brojanje, urednost i čistoću ili ponovno provjeravanje a usmjerene su sprečavanju potencijalne opasnosti ili izbjegavanju

neugode i anksioznosti (Barišić N. i suradnici, 2019). Od ovog poremećaja obolijeva 1 do 3 % populacije. Podjednako je zastupljen kod muškaraca i žena. Među adolescentima dječaci su češće zahvaćeni nego djevojčice (Orellana Kovačević, 2019).

OPSESIJE

DSM- 5 definira opsesije kao ponavljajuće i stalne misli, impulse (engl. *urges*) ili slike (predodžbe) koje se doživljavaju kao intruzivne i neželjene. Dakle, karakteristične su opsesivne misli, opsesivne predodžbe (slike) i opsesivni impulsi. Pojedinaac ih doživljava da zaokupiraju pojedinca, on ih doživljava kao ometajuće, besmislene, neugodne, otežavajuće i u odnosu prema osobi strane (ego- distone). Pojedinaac se bori protiv njih, te osjeća veliki strah ili napetost kada se oni ipak pojave. On ih doživljava kao vlastite misli (ili radnje) te barem djelomično smatra da su besmisleni i pretjerani, i bori se da ima «protu-misli» da bi ih se riješio. Osobe s OKP-om povremeno provode sate u danu zaokupirani svojim opsesijama, tako da gube puno vremena za to. DSM-5 navodi «besmislenost» misli (i radnji) u kontinuumu od većeg doživljaja besmislenosti do lošijeg uvida (*with absent*

insight/delusional). Ove precijenjene ideje mogu biti blizu sumanutim mislima, međutim nemaju perzistenciju kao sumanute misli.

Najčešće opsesivne misli uključuju četiri teme: čistoća, simetrija, skupljanje i zabranjene misli.

Opsesivne misli mogu uključivati kontaminaciju (zaraza, misli na nečistoću, urin, feces, kemikalije, zračenja, bakterije, viruse); patološku sumnju (jesam li nešto napravio dobro te hoće li to imati katastrofične posljedice?) (ako sam pokazao svoje osjećaje, hoće li se nešto loše desiti ili moram sebe kazniti?), simetriju i dovođenje u red (obično na geometrijski način), religiju (misli o grješnosti, antagonizam Boga i đavla, obscenost, blasfemija obično imaju veze s pubertalnom masturbacijom i gađenjem od seksualnosti i prljavoga), seksualni impulsi (pomisao o vlastitoj homoseksualnosti ili pedofilničnim sklonostima; nastaje razvojno u pubertetu kao strah od genitalnosti, promjene, odrastanja i separacije), agresivni impulsi (skočiti s mosta, nauditi vlastitom djetetu, autom pregaziti biciklista, kao i magično mišljenje (vlastitim mislima utjecati na sudbinske događaje ili prevenirati neku potencijalnu katastrofu npr. ako pet puta kucne u stol neće se ništa desiti ukućanima, kojih ima upravo pet). Kod dječje dobi mogu dominirati opsesivna

pitanja te opsesivno psovanje. Povremeno djeca mogu imati osjećaj da je ono što je mišljeno, zapravo učinjeno (nema granice između misli i akcije), odnosno ovdje se radi o moći misli.

KOMPULZIJE

Kompulzije se prema DSM-5 definiraju kao repetitivna ponašanja ili mentalne čini (*mental acts*) (npr. npr. brojanje, moljenje, ponavljanje tiho brojeva itd.), koje je pojedinac prinuđen učiniti, kao odgovor na opsesiju ili u odnosu na pravila koja se moraju rigidno sprovesti. Kompulzije obično uključuju aktivnosti, rituale te radnje kontroliranja (npr. jesu li vrata zaključana, je li plin isključen itd.); pranja/čišćenja (npr. prevencija kontaminacije); brojanje (npr. jednostavnije brojanje stuba; ili kompleksne rituale npr. šest puta treba nešto napraviti); ponavljajuće radnje (npr. više puta ustajanje iz kreveta, kompulzivno prepisivanje zadaće), dovođenje u red (npr. Slaganje knjiga, tepiha, ili na kompleksni način). Ponavljajuće brojenje, pisanje, čitanje, dodirivanje ili slaganje u jasno određenim obrascima mogu biti vezani uz izbjegavanje neugodne napetosti i brige ili nerijetko uz potrebu da se nešto ponovi toliko puta dok se ne osjeti da je učinjeno «baš kako treba». Ako se ovi rituali ne sprovedu, obično dolazi do paničnog

napadaja ili izljeva bijesa koji mogu trajati satima.

Za razliku od većine odraslih djeca često ne znaju objasniti što bi se loše dogodilo kada ne bi izvršili svoje kompulzije. Nerijetko djeca i mladi skrivaju svoju potrebu za prisilnim ponašanjem koju, uz priličan napor, mogu na kraće vrijeme kontrolirati. Nisu rijetka stanja da djeca primoravaju svoje roditelje da sudjeluju u njihovim kompulzijama, npr. kada dijete nešto pita roditelji moraju uvijek na isti način odgovarati.

Sadržaj opsesija i kompulzija mijenja se s dobi djeteta. Opsesivna zabrinutost oko redoslijeda i simetrije javlja se kod 2/3 predškolske djece, a najintenzivnije u dobi od druge do četvrte godine. Mnoga predškolska djeca imaju rituale vezane za uspavlivanje (njihanje, sisanje prsta, zahtjev da svjetlo ostane upaljeno, i sl.) koji služe smanjenju anksioznosti u vrijeme separacije ili osjećaja nesigurnosti. U osnovnoškolskoj dobi prevladavaju opsesivne misli i kompulzivne radnje vezane za školu (skakutanje, brojenje u sebi, ponavljanje određenih riječi u situacijama napetosti). Kao najčešću opsesiju adolescenti navode strah od trovanja i misli o ozljeđivanju sebe ili nekih poznatih osoba, a najčešće kompulzije su rituali vezani za pranje, čišćenje,

provjeravanje i uređivanje (Vulić-Prtorić i Galić, 2003).

Prevalencija opsesivno-kompulzivnih simptoma u populaciji djece i adolescenata je 12%. Prvi simptomi ovog poremećaja najčešće se javljaju u dobi od 9 do 13 godina. U literaturi se navode dva razdoblja tijekom kojih je prevalencija najveća: od 12. do 14. godine i od 20. do 22. godine. Podaci o razlikama u prevalenciji s obzirom na spol su prilično nekonzistentni: u nekim istraživanjima utvrđen je veći broj dječaka s dijagnozom opsesivno kompulzivnog poremećaja: odnos između dječaka i djevojčica od 2:1 do 3:1, dok je se u drugima ta razlika nije pokazala značajnom (Vulić-Prtorić i Galić, 2003). U dječaka se ovi simptomi javljaju ranije – uglavnom u predpubertetu, a kod djevojčica kasnije- u pubertetu i adolescenciji. Iako je utvrđen postupni napredak poremećaja, bilo je slučajeva kada su se simptomi javili iznenada. U oko 1 od 3 slučajeva dolazi do potpunog oporavka, dok 1 od 10 slučajeva ima progresivan tijek pogoršanja. Procjenjuje se da 1/3 opsesivno-kompulzivnih odraslih osoba ima simptome ovog poremećaja već u djetinjstvu.

Kod odraslih ovaj poremećaj je uglavnom povezan s depresijom, a kod djece s anoreksijom nervozom. Repetitivna, perfekcionistačka ponašanja i rituali

uobičajeni su i očekivani u različitim stadijima razvoja djece, pa u procjeni opsesivno-kompulzivnih simptoma treba napraviti razliku između normalnih, razvojno primjerenih ponašanja i zabrinutosti, od onih rituala i opsesivnih misli koji predstavljaju simptome poremećaja i koji djetetu otežavaju svakodnevno funkcioniranje. Za razliku od svakodnevnih rituala, opsesivnokompulzivni simptomi najčešće su praćeni snažnom anksioznošću i krivnjom, a dijete je velik dio vremena zaokupljeno njima. Prolazne opsesije i kompulzije osrednjeg intenziteta relativno su uobičajene u općoj populaciji. Najčešće opsesije vezane su za strah od nečistoće (u 35% slučajeva), zatim od samoozlijeđivanja (30%), a najčešće kompulzije su vezane za rituale pranja i čišćenja (70%), provjeravanja (40%) i uređivanja (35%). su u uzorku od 861 ispitanika u dobi od 16 godina utvrdili slijedeće opsesivno-kompulzivne simptome: vezane za čistoću (72% ispitanika), slaganje po određenom redoslijedu (49%), ritualizirana ponašanja (34%), ponavljanje (30%), repetitivna ponašanja (27%), ometajuće misli (8%), intruzivne slike (6%).

U ispitivanom uzorku samo je 3,5% ispitanika navelo da su ti simptomi za njih uznemirujući i da ih ometaju u

svakodnevnom životu (Vulić-Prtorić i Galić, 2003).

Oko 60% djece i adolescenata s opsesivnokompulzivnim poremećajem imaju u anamnezi tikove u rasponu od jednostavnih, osrednjih i prolaznih tikova, pa sve do Tourettovog poremećaja. U tom smislu posebno se značajno pokazalo razlikovati dva podtipa opsesivno-kompulzivnog poremećaja: podtipa u kojem je opsesivno-kompulzivni poremećaj povezan s tikom i onog koji nije povezan s tikom.

Ova dva tipa razlikuju se s obzirom na kliničku fenomenologiju, neurobiološku osnovu, reagiranje na farmakološki tretman, dob javljanja, broj simptoma, te spol djeteta. Prvi tip- s tikom povezan opsesivno-kompulzivni poremećaj uglavnom se javlja ranije (u predpubertetu), češće kod dječaka, ima veći broj komorbidnih poremećaja, a s obzirom na sadržaj najčešće ga opisuje potreba za dodirivanjem, treptanje, pretjerana zabrinutost za simetriju i točnost, osjećaj nedovršenosti, intruzivne agresivne misli i slike. Djeca s ovim tipom opsesivno-kompulzivnih poremećaja uglavnom slabije reagiraju na farmakoterapiju selektivnim inhibitorima ponovnog unosa serotonina. S druge strane drugi tip koji nije povezan s tikom javlja se kasnije (pubertet),

kompulzivni rituali su vezani za opsesivne misli, a dominira zabrinutost za čistoću i kompulzije čišćenja. Osim po specifičnoj simptomatologiji opsesivnokompulzivni poremećaji razlikuju se od ostalih anksioznih poremećaja po još nekim obilježjima. Kod djece s opsesivno-kompulzivnim poremećajima postoje selektivna oštećenja u funkcioniranju: u školskim i vanškolskim aktivnostima su uglavnom uspješni, međutim kvaliteta odnosa s vršnjacima je vrlo promjenjiva (Vulić-Prtorić i Galić, 2003).

Većina djece troši velike napore da sakriju i kontroliraju svoje kompulzije u javnosti, ali smanjuju tu kontrolu kod kuće. To ponekad navodi roditelje na pomisao da dijete ustvari može voljno kontrolirati svoje kompulzije i da stoga njegovo ponašanje dožive kao izraz neposluha.

TIJEK I PROGNOZA

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

pojavljivanjem češće javlja u žena s prisilama čišćenja (Bojanić, Čulo, Ivaniš, Maravić, Topić i Hotujac, 2013).

Tijek može biti epizodičan ukoliko se radi o stresnim okolnostima te umjereno kroničan, kada se primjenjuje psihoterapija (mjeseci do godine), te konačno može biti dulji kronični tijek. Ishodi su u manjem broju «potpuno izlječeni», njih oko 20%. Doduše, oko 80% pokazuju određeno poboljšanje, međutim od njih oko 40% pokazuju i dalje dijagnozu OKP, odnosno loš ishod (eventualni prijelaz u psihotični poremećaj); dok ostali 40% pokazuju subkliničke forme OKP poremećaja. Bolji prediktori su lagano izražena simptomatologija, te raniji početak liječenja. Lošiji prediktori su dodatni komorbiditeti (npr. depresija), anankastična premorbidna ličnost, veći broj anksioznih simptoma kod pacijenta i roditelja (parentalna psihopatologija), slab odgovor na liječenje u početku, kronični tijek (a ne intermitirajući tijek), razvoj prije 20 godine kod dječaka, kao i magično mišljenje i rituali (Begovac i suradnici, 2021).

Najteži oblici OKP-a su kronični i refraktorni na psihoterapiju i farmakoterapiju, ali ponekad i na neurokirurške zahvate, koji se rijetko kad preporučuju. Osoba prestaje raditi, prekida

emocionalne i obiteljske veze te je stalno opsjednuta mislima i radnjama.

Funkcioniranje i kvaliteta života tih bolesnika mogu biti narušeni više nego kod osoba s težim psihijatrijskim bolestima (npr. kod shizofrenih osoba). Tako se osoba s teškim oblikom OKPa može konstantno prati i tuširati više sati na dan te time ozbiljno oštetiti kožu što će dovesti do toga da će morati potražiti pomoć liječnika druge specijalnosti (Begić, 2013).

ETIOLOGIJA

Opsesivno kompulzivni poremećaj je složena bolest na čiji nastanak utječe mnogo čimbenika koji su biološki, psihološki ili socijalni.

Biološki čimbenici

U biološku teoriju nastanka OKP-a uključeni su neurotransmiteri i neuroimunološki faktori (PANDAS sindrom), strukturne i elektrofiziološke promjene u središnjem živčanom sustavu te genetski utjecaj.

Neurotransmiteri

Smanjena funkcija serotoninergičkog sustava jedna je od hipoteza u nastanku opsesija i kompulzija. U prilog tome govori činjenica da se lijekovima za povećanje razine serotonina postižu dobri rezultati u

liječenju OKP-a. Također se navodi povećana glutaminička aktivnost.

Neuroimunologija

Smatra se kako su neki slučajevi oboljenja povezani s infekcijom β – hemotoličkim streptokokom grupe A. Taj se sindrom naziva pedijatrijski autoimuni neuropsihijatrijski poremećaj povezan sa streptokokom – PANDAS. Radi se o poremećajima koji uključuju nagli nastanak opsesivno-kompulzivnog poremećaja (OKP) ili tikova kod djece nakon streptokokne infekcije, najčešće streptokokne angine ili šarlaha. PANDAS je podijelio liječnike i istraživače u dva tabora, jedni su navodili da je to opasno stanje koje se prečesto ne dijagnosticira, odnosno previdi se točna dijagnoza, a drugi su smatrali da nema povezanosti između streptokokne infekcije i simptoma koji se javljaju u PANDAS-u.

PANDAS je prvi put opisala američka pedijatričarka dr. Susan Swedo 1998. godine, koja je s kolegama proučavala opsesivno-kompulzivne poremećaje kod djece i otkrila taj novi tip. Hipoteza PANDAS-a još je kontroverzna te se sustavno istražuje je li to drugačiji entitet koji se razlikuje od drugih slučajeva Touretteova sindroma ili nije. U radu objavljenom 2011. Singer predlaže novi širi koncept dječjih akutnih

neuropsihijatrijskih simptoma mičući neke od kriterija PANDAS-a, no i dalje s posebnim naglaskom na nagli početak simptoma.

PANDAS se javlja rijetko, no neki rezultati govore o jednom od deset novih slučajeva OKP-a kod djece svake godine. Prava učestalost nije poznata jer dio slučajeva nije dijagnosticiran. Tipično je da kod djece s PANDAS-om simptomi počinju naglo, dramatično, „preko noći“. Mogu se javiti jedan ili više nevoljnih pokreta ili glasovni tikovi, kao i opsesivne ili kompulzivne smetnje (ili oboje). Neka djeca znatno promijene raspoloženje i postanu razdražljiva, teško se odvajaju od najbližih, javljaju se promjene kod hranjenja ili problemi sa spavanjem ili s kontrolom mokrenja. Još uvijek je nepoznato zašto se kod neke djece javlja

PANDAS nakon streptokokne infekcije, no istražuje se teorija prema kojoj je mehanizam nastanka simptoma sličan onome kod reumatske groznice, još jednog autoimunog poremećaja koji je također potaknut streptokoknom infekcijom ((Begovac i suradnici, 2021).

Kod bilo koje bakterijske infekcije organizam proizvodi antitijela protiv mikroba koji ga napadaju. Nažalost, neke bjelančevine na vanjskoj opni streptokoka nalikuju nekim bjelančevinama na ljudskim

stanicama, što može „zbuniti“ imunosni sustav. Kod PANDAS-a antitijela mogu napasti bazalne ganglije (dio mozga odgovoran, među ostalim, za kontrolu pokreta), što bi moglo objasniti nagli nastanak tikova ili opsesivno-kompulzivnog ponašanja.

Sljedeće na što možemo pomisliti jest hiperkinetski sindrom (tzv. Touretteova trijada).

Mogu biti prisutni i drugih psihički simptomi i poremećaji, međutim u manjoj mjeri: opozicionalno ponašanje, poremećaji spavanja, separacijski anksiozni poremećaj, poremećaji raspoloženja, disgrafija, enureza i drugi poremećaji. Smatra se da je rijedak poremećaj.

Klinička slika se očituje sljedećim simptomima: nastup OKP-a ili tikovi ili neka druga specifična simptomatologija; nagli nastup s epizodama, kao i s remisijama i relapsima; abnormalni dodatni neurološki simptomi s pojavljivanjem OKP-a ili tikova; početak između treće godine i puberteta; relativna vremenska povezanost infekcije streptokoka sa simptomima (bris grla; preboljeli šarlah, antistreptolizinski titar).

Dijagnostika je slična drugim psihičkim poremećajima npr. OKP ili tikovi. Važno je učiniti i pedijatrijsku i neuropedijatrijsku obradu. Od dijagnostičkih testova

antistreptolizinski titar ovdje može biti važan, odnosno praćenje dinamike titra, treba uzeti barem dvije vrijednosti titra, i to barem u razmaku od 4-6 tjedana. Diferencijalno dijagnostički nekada nije lako razlikovati od Chore-e, kao i drugih poremećaja. Liječi se slično osnovnom psihičkom poremećaju. Npr. kod OKP simptomatologije se liječi integracijom psihoterapije i medikamentozne terapije. Kontroverzna je uporaba antibiotika, daju se u slučaju dokazane infekcije streptokokom. Ishodi su varijabilni, bitno je utjecati na smanjenje manifestne psihijatrijske simptomatologije (Begovac i suradnici, 2021).

STRUKTURNE, ELEKTROFIZIOLOŠKE I NEUROENDOKRINE PROMJENE

Funkcionalne neuroslikovne studije pokazale su povećanu aktivnost orbitofrontalnog korteksa, prednjeg cingularnog korteksa i nukleusa kaudatusa kod osoba s OKP-om što se uglavnom uzima kao dokaz da hiperaktivnost navedenih područja generira simptome OKP-a.

S druge strane, neki autori te rezultate povezuju s mogućnošću da su navedene regije postale hiperaktivne kao posljedica postojanja opsesivnog sadržaja.

Genetski čimbenici

Rodbina oboljelih od OKP-a ima četiri do pet puta više prevalenciju OKP-a od opće populacije, što govori u korist genetske podloge u nastanku OKP-a (Browne, Gair, Scharf, Grice, 2014).

Istraživanja blizanaca pokazala su da važnu ulogu u razvoju OKP-a ima nasljeđe. Utvrđen je viši stupanj podudarnosti za OKP među jednojajčanim blizancima, nego dvojajčanim te češća pojava OKP-a kod rođaka bolesnika s ovim poremećajem. Također se pokazalo da su kod djece simptomi OKP-a nasljedni uz utjecaj gena u rasponu 45 - 65%, dok je kod odraslih taj raspon 27-47% (Browne H., Gair S., Scharf J., Grice D., 2014).

Bihevioralna teorija

U bihevioralnoj teoriji opsesije se smatraju uvjetovanim podražajem. Neutralan podražaj postaje povezan sa strahom ili anksioznošću tijekom odgovora na događaje koji mogu biti štetni ili uzrokovati anksioznost. Tako ranije neutralizirane misli, postaju uvjetovani podražaj koji je sposoban da izazove anksioznost ili nelagodu. Kompulzija nastaje tako što bolesnik otkriva kako neka aktivnost smanjuje anksioznost povezanu s opsesivnim mislima. Nakon određenog vremena kompulzija zbog učinkovitosti

postaje naučeni obrazac ponašanja koji smanjuje anksioznost.

Kognitivna teorija

Kognitivna teorija ukazuje na precjenjivanje mogućnosti javljanja nepovoljnih ishoda. Obuhvaća i koncept pretjerane odgovornosti, oboljeli preuveličavaju vlastitu odgovornost za događaje. Osobe s OKP-om pridodaju veću vjerojatnost opasnosti situacijama koje su relativno sigurne. Tako na primjer osoba s OKP-om vjeruje da ako dodirne kvaku i nakon toga temeljito ne opere ruke, bakterije s kvake mogu uzrokovati tešku bolest njoj i/ili drugim osobama s kojima je ona u kontaktu. Također osobe s OKP-om precjenjuju težinu nepovoljnih ishoda koji se mogu dogoditi, tako osoba s OKP-om običnu prehladu shvaća kao ozbiljnu bolest.

Psihoanalitička teorija

U klasičnoj psihoanalitičkoj teoriji OKP se smatra regresijom na analnu fazu psihoseksualnog razvoja. Simptomi koji se javljaju su rezultat borbe između ida i obrambenih mehanizama ega, gdje nekada prevladava id, a nekad obrambeni mehanizmi. Obrambeni mehanizmi koji se najčešće koriste su izolacija, poništenje i reaktivna formacija. Izolacija je mehanizam obrane u kojem su elementi što pripadaju jedan drugome odvojeni i tako se posebno doživljavaju. Koristeći se poništenjem

osoba pokušava "poništiti" destruktivne ili prijeteće misli suprotnim ponašanjem.

Kada se bolesnici s OKP-om osjećaju ugroženim anksioznošću, povlače se iz edipske u izrazito ambivalentnu analnu fazu. Ambivalenciju karakterizira istodobna prisutnost ljubavi i mržnje prema istom objektu što bolesnike ostavlja paraliziranim sumnjom i neodlučnošću.

Jedno od glavnih obilježja OKP-a je preokupacija agresijom ili čistoćom.

Socijalni čimbenici

U ove čimbenike spadaju: odgojni stilovi s prekomjernim naglaskom na odgovornost i perfekcionizam te čvrsta moralna formacija s nefleksibilnim razlikovanjem između onoga što je ispravno i onoga što nije ispravno. Pojava određenim stresnih životnih događaja kod ranjivih ljudi može potaknuti početak bolesti. Ti događaji mogu biti gubitak voljene osobe, preseljenje, odlazak u drugi grad na studij, vojna služba, novi posao ili gubitak posla i slično.

EPIDEMIOLOGIJA

Prema različitim epidemiološkim studijama prevalencija OKP-a u djece i mladih iznosi 2-4%. OKP se može pojaviti rano u djetinjstvu, najčešće u dobi od 7-12 godina. Dob u kojoj se poremećaj javlja pokazuje bimodalnu distribuciju s najučestalijom

pojavom poremećaja u ranom djetinjstvu („rani nastup“ – prije sedme godine života) i ranoj adolescenciji („kasni nastup“). Karakteristike su ranog nastupa poremećaja veća učestalost muškog spola i pozitivna obiteljska anamneza što ukazuje na veću ulogu genetskih faktora.

U djece i mladih poremećaj je u smislu komorbiditeta često praćen smetnjama u vidu anksioznih poremećaja, smetnji pažnje, poremećaja u raspoloženju, poteškoća u učenju i / ili tikovima. Longitudinalne studije utvrdile su da i nakon 14 godina po nastupu poremećaja u djetinjstvu u 50-70% slučajeva su i dalje prisutni simptomi OKP-a. Nastup OKP-a nakon encefalitisa, epilepsije ili traume glave, kao i njegova povezanost s Touretteovim sindromom i Sydenhamovom koreom govori u prilog hipotezi da OKP-a ima neurobiološku podlogu.

Različite farmakološke i biokemijske studije ukazuju na abnormalnosti u aktivnosti i senzitivnosti serotonergičkog sustava. U prilog tome govori činjenica da antidepresivi koji inhibiraju ponovnu pohranu serotonina su najefikasniji lijekovi u liječenju OKP-a (Barišić i suradnici, 2019).

TRETMAN OPSESIVNO-KOMPULZIVNOG POREMEĆAJA

Iako OKP nije teško prepoznati ponekad prođe dosta vremena do traženja liječničke pomoći. Roditelji mogu tolerirati ponašanje kako bi izbjegli poteškoće s djetetom i konačno tražiti pomoć kada ponašanje značajno ometa funkcioniranje obiteljskog života. Prvi korak u liječenju OKP-a obično je educiranje pacijenta i njegove obitelji o bolesti i mogućnostima liječenja.

Stupnjevi liječenja uključuju sljedeće: stupanj usmjeren na liječenje akutne epizode bolesti i stupanj liječenja usmjeren na prevenciju budućih epizoda OKP-a.

Edukacija je 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.

Liječenje OKP najčešće se provodi kognitivno – bihevioralnom terapijom, dok se kod težih slučajeva preporučuje kombinacija farmakoterapije i kognitivno –

bihevioralne terapije. Iako su istraživanja pokazala da nema značajnije razlike u učinkovitosti kombiniranog pristupa u liječenju OKP-a u odnosu na korištenje same psihoterapije odnosno kognitivno – bihevioralnog pristupa, često se prvo koriste psihofarmaci kako bi se stabiliziralo stanje pacijenta, a zatim se kreće sa psihoterapijom.

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

Opći ciljevi liječenja su sljedeći: poboljšanje razvoja autonomije, spontanosti, kreativnosti, vlastite inicijative, inicijative za odlučivanjem, spontanosti izražavanja (tjelesno – osjećajnog), dozvoljavanje mržnje, ljubavi i osjećajnosti i agresivnosti u smislu vlastite obrane, učenje boljeg testiranja realiteta, bez iskrivljavanja, učenje rješavanja problema, predvidjeti vlastite posljedice djelovanja, naučiti tolerirati suprotnosti i različitosti te dozvoljavati

vlastite neuspjehe i pogreške (Begovac i suradnici, 2021).

FARMAKOLOŠKI TRETMAN

Farmakološki tretman uključuje lijekove iz skupine antidepresiva, koji su se pokazali učinkovitim u reduciranju simptoma OKP-a. Danas se najčešće koriste inhibitori ponovne pohrane serotonina. Teški i refraktorni slučajevi se liječe još i antipsihoticima, elektro – konvulzivnom terapijom te kada ostali tretmani ne pomažu i neurokirurškim postupcima (Orellana Kovačević, P.A., 2019). Kao i kod primjene ovih lijekova u slučaju depresivnog poremećaja tako i u liječenju opsesivno-kompulzivnog poremećaja valja imati na umu moguće nuspojave, posebno u slučaju komorbiditeta u vidu depresivnog poremećaja koji se javlja u 20 % djece s OKP-om (Barišić i suradnici, 2019).

Klomipramin je prvi opsežnije proučavani lijek na liječenje OKP-a, on je snažan inhibitor ponovne pohrane serotonina sa slabom blokadom ponovne pohrane noradrenalina.

Niz je različitih istraživanja nedvojbeno potvrdilo učinkovitost klomipramina u smanjivanju simptoma OKP-a (Eddy, Dutra, Bradley i Westen, 2014). Međutim, klomipramin se u mnogim zemljama više ne koristi niti se preporuča, a tako ni u Hrvatskoj.

Poboljšanje klomipraminom je razvidno sporo, uz maksimalnu učinkovitost nakon pet do dvanaest tjedana liječenja. Jednako je učinkovit kod osoba koje imaju samo opsesije ili kompulzije, za razliku od bihevioralne terapije koja nije toliko učinkovita kod pacijenata koji imaju samo opsesije.

Američko udruženje psihijatara kao lijek izbora navodi selektivne inhibitore ponovne pohrane serotonina (SSRI – prema engl. *Selective Serotonin Reuptake Inhibitors*) među kojima ističu fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin i sertralin. Preporuča se je započeti liječenje uobičajenim dozama SSRI-a, a poboljšanje se može očekivati za četiri do šest tjedana. Kod pojedinaca do poboljšanja dokazi tek za deset do dvanaest tjedana (Bojanić, Čulo, Ivaniš, Maravić, Topić i Hotujac, 2013).

Kao lijekovi trećeg izbora navode se ostali antidepresivi poput venlafaksina i mirtazapina, a ako liječenje antidepresivima ne bude dostatno učinkovito, preporuča se upotreba antipsihotika, morfin sulfata, buspirona, pindolola, riluzola, D-amfetamina te inhibitora monoamino oksidaze. Doze SSRI-a su u liječenju OKP-a znatno više nego pri liječenju depresivnih ili anksioznih poremećaja.

PSIHOTERAPIJSKE METODE LIJEČENJA OKP-a

Sve do sredine šezdesetih godina dvadesetog stoljeća smatralo se da je OKP terapijski rezistentan unatoč primjeni psihofarmakoterapije uz psihoanalitičku terapiju. Do preokreta dolazi primjenom kognitivno – bihevioralne terapije koja je i danas jedna od najučinkovitijih terapija. Najčešće vrste terapije OKP-a koje se primjenjuju su sljedeće: psihoedukacija, savjetovanje, kognitivno-bihevioralna terapija, psihodinamska terapija (psihodrama), psihofarmakoterapija, rad s roditeljima i obiteljska terapija (Begovac i suradnici, 2021).

S obzirom na čestu ambivalenciju djece i roditelja za liječenjem, važno je uspostaviti dobru terapiju alijansu. U obzir dolaze i drugi terapijski okviri i metode, kao što su psihoedukacija, grupna psihoterapija, dnevno – bolničko liječenje te stacionarno liječenje. Potrebno je raditi također i s roditeljima. Posebno osjetljivo pitanje je kada roditelji sudjeluju u ritualima djece, načelno to treba minimalizirati, iako to roditeljima često pada. Roditelji ne bi smjeli sprečavati opsesivne rituale djece, čak i ako u njima sudjeluju.

BIHEVIORALNA TERAPIJA

Bihevioralna liječenja OKP-a sastoje se od dvije komponente: postupci izlaganja pomoću kojih se pokušava umanjiti anksioznost vezane uz opsesije ili uz suočavanje s opsesivnim strahovima te tehnike sprječavanja odgovora pomoću kojih se pokušava umanjiti učestalost rituala ili opsesivnih misli. Terapije izlaganja mogu biti u opsegu od sustavne desenzibilizacije uz kratkotrajno izlaganje zamišljanjem do preplavlivanja kod kojega produženo izlaganje stvarnim podražajima, koji izazivaju rituale, dovodi do velike nelagode. Putem ove tehnike želi se, kroz navikavanja, smanjiti anksioznost vezana uz podražaje koji izazivaju opsesije pa se tako klijenta izlaže nekom podražaju, zamišljenom ili stvarnom koji pokreće opsesivne misli, a ponavljanjem postupka dolazi se do habituacije na određeni podražaju. Pri tome se poštuje klijentova hijerarhija simptoma, a počinje se s onim što klijent smatra najmanje ugrožavajućim.

Kod bihevioralne terapije, pacijent najprije dobiva domaće zadatke kojih se treba pridržavati, a tek ako u tome ne uspije u pomoć dolazi terapeut. Druga komponenta bihevioralne terapije odnosi se na tehnike sprječavanja odgovora pomoću kojih se pokušavaju ublažiti opsesivnosti i reducirati broj kompulzija te koje uključuju

suočavanje klijenta s podražajima kojih se boji (npr. Kemikalije, prljavština) bez prekomjernog pranja ruku ili podnošenje misli (npr. „Jesu li vrata zaključana?“) bez prekomjernog provjeravanja. Početni zadaci uključuju odgađanje izvođenja rituala, no poslije su ti zadaci orijentirani tako da se klijent u potpunosti odupre kompulzijama (Hollander, DeCaria,, Nitescu, Cooper, Stover, Gully, Klein i Liebowitz, 2006). Najbolji se rezultati postižu kombinacijom tehnikama izlaganja i tehnikama sprječavanja odgovora. Do 85 posto klijenata koji su koristili tu kombinaciju izjavili su znatno poboljšanje simptoma (Hawton, Salkovskis, Krik i Clark, 2008). Prediktori lošijeg ishoda bihevioralnim liječenjem OKP-a uključuju depresiju na početku, teži OKP na početku, dulje trajanje ovog poremećaja te manju motivaciju za liječenje (Kisely Hall, Siskind, Frater, Olson, Crompton, 2014).

KOGNITIVNA TERAPIJA

Kognitivna terapija je iduća terapija koja se preporučuje u liječenju OKP-a. Strategije ovog pristupa su prvenstveno usmjerene na neugodu povezanu s opsesijama i potrebu da ih se popravi ili neutralizira. Klijente se uči kako da prihvate opsesije bez pokušaja da ih zaustave ili neutraliziraju kako bi tijekom vremena došlo do smanjenja anksioznosti, krivnje i tuge povezane s

opsesivnim mislima. Promjenom klijentovih shema opasnosti i pretjerane odgovornosti, kognitivno rekonstruiranje pomaže pacijentima vidjeti da nisu odgovorni za svoje opsesivne misli te da one ne predstavljaju prijetnju i da ne moraju voditi do djelovanja.

Kognitivne tehnike također pomažu osobama utvrditi stresne okidače koji mogu pojačati simptome OKP-a (Leahy, Holland i McGinn, 2014).

KOGNITIVNO- BIHEVIORALNA TERAPIJA

Kao što je i već ranije spomenuto, najučinkovitija terapija u liječenju OKP-a je ona koja uključuje kognitivno-bihevioralnu terapiju. Koristi se psihoedukacija, postupna ekspozicija s praćenjem reaktivnosti, metakognitivna terapija, kao i obiteljske i roditeljske intervencije.

Meyer je izvijestio o uspješnom tretmanu OKP-a postupkom koji je nazvao „izlaganje i prevencija reakcije“. 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.

Također ih se dodatno potiče da drugačije gledaju na svoje misli, kao neugodne, ali ne i opasne. Pacijenta se uči prihvatiti svoje opsesije i anksioznost koju opsesije izazivaju, ali bez kompulzija ili izbjegavanja (Jakić, 2017).

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, to je tehnika koja pomaže osobama s OKP-om da osvijeste opsesije i kompulzije kao lažne signale i simptome bolesti. 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.“

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. Provedena 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“. Rezultati dobiveni analizom 77 djece u dobi između sedam i sedamnaest godina pokazali su značajna smanjenja u dijagnostičkom statusu neposredno nakon završetka bihevioralno-kognitivnog tretmana i na dodatnoj seansi šest mjeseci kasnije. Kognitivno-bihevioralna terapija izlaganjem i prevencijom reakcije pokazala se učinkovitom u tretmanu djece s OKP-

om. U istraživanju se kognitivno-bihevioralna terapija koja se provodila samostalno ili u kombinaciji s lijekovima pokazala kao sigurna, prihvatljiva i učinkovita za djecu i adolescente s OKP-om. Martin i Thienemann evaluirali su tretman djece u dobi od 8 do 14 godina. Djeca i njihovi roditelji sudjelovali su u tretmanu prema programu Murch i Mulle prilagođenom radu u grupama. Rezultati pokazuju smanjenje OKP simptoma kod djece dok su roditelji izvijestili o značajnom smanjenju oštećenja u funkcioniranju uzrokovanom OKP-om nakon tretmana (Jakić, 2017).

DRUGE PSIHOTERAPIJE

Opsesivno-kompulzivni poremećaj jedan je od najtežih psiholoških problema s obzirom na njegovo liječenje. Međutim, suprotan učinak pokazuje u liječenju akutnih slučajeva i slučajeva ograničenih simptoma u klijenata koji su psihološki orijentirani i motivirani za istraživanje svojih konflikata. Terapija je vrlo djelotvorna u liječenju opsesivnih crta ličnosti: perfekcionizma, odugovlačenja, dvoumljenja i neodlučnosti. Pri tome se naglašava važnost aktivnijeg usmjeravanja tijekom razgovora s klijentom, ohrabriranje i poticanje da se odrekne svojih ego obrambenih mehanizama kompulzivnog djelovanja. No konačni cilj

terapije ostaje uvid u nesvjesne odrednice ponašanja.

Osobama s OKP-om potrebna je suportivna terapija čak i kada se primjenjuje farmakoterapija ili KBT. Zbog njihove sklonosti pretjeranom sumnjanju, potrebno im je mnogo uvjerenja tijekom ranih faza liječenja koja se izvrsno postižu u suportivnim grupama. Postoji više vrsta suportivnih grupa, one koje vode stručnjaci i one koje su klijenti sami osnovali („samoinicijative“). Susreti koje vode stručnjaci odnosno liječnici, psiholozi, terapeuti ili njegovateljsko osoblje organizirani su tako da oni imaju ulogu moderatora te da strukturiraju redosljed i zajedno sa sudionicima određuju koncept za susret, dok u samoinicijativama oboljeli samo razrađuju koncept susreta. Postupak u takvim grupama nije jedinstven, no ciljevi su zajednički: izgraditi grupu koja dobro funkcionira, povećati sposobnost za suradnju sudionika, pojačati sposobnost za užitek, poboljšati kvalitetu življenja, promijeniti opterećujuće životne situacije, povećati socijalnu kompetentnost, razraditi strategije rješavanja problema te primijeniti naučene sposobnosti na stvarne životne situacije. Intenzivnija suportivna terapija koja potiče preuzimanje rizika pomaže oboljelima da žive uz anksioznost i da se usmjeravaju na sadašnjost (Klepsch i Wilcken, 2005).

Učenje usmjeravanja na sadašnjost pomaže oboljeloj osobi da savlada prisilne misli. Osim toga, ono pridonosi i boljoj koncentraciji, smanjuje anksioznost i poboljšava san (Fairfax, Easey, Fletcher i Barifield, 2014). Edukativne suportivne grupe za oboljele i njihove obitelji pokazale su se vrlo uspješnim u njihovom liječenju. Već nakon četiri do pet susreta pedeset posto klijenata primijeti izrazito pozitivne promjene u različitim područjima života, dok preko osamdeset posto njih izjavi takva poboljšanja samo onda kada su kontinuirano sudjelovali u grupama. Jedan od razloga zašto su suportivne grupe toliko učinkovite jest međusobna podrška odnosno zajedništvo. Osim toga, tu je i razmjena informacija pomoću kojih klijenti imaju mogućnost bolje razumjeti vlastiti poremećaj i vježbe koje ih uče stručnjaci i koja pomažu u pronalaženju rješenja za aktualne probleme učeći nove oblike ponašanja. Potrebno je educirati i pružiti potporu i članovima obitelji jer nerijetko dolazi do poremećenog funkcioniranja u obitelji, gdje se većina roditelja ili bračnih partnera prilagođava ili uključuje u njihove rituale kako bi smanjili anksioznost ili srdžbu koju oboljeli usmjeravaju prema njima. Pružajući im informacije o tome što predstavlja pomoć za oboljele od prisile i kako se treba odnositi prema promijenjenim oblicima ponašanja uče

kako ne podržavati oboljelog pri izvođenju njezinih simptoma. Na taj način shvaćaju da je njihova uloga ohrabriti osobu u bilo kojem obliku otpora prema prisilama

Također, danas postoje i brojne knjige samopomoći koje detaljno opisuju bolest te pružaju razne upute kako postati sam svoj terapeut i na taj si način oboljela osoba može pomoći.

ZAKLJUČAK

Opsesivno-kompulzivni poremećaj jedan je od najtežih psiholoških problema kada je u pitanju njegovo liječenje i kako uistinu otežava svakodnevno funkcioniranje osobe. Opsesije i kompulzije, kojima se osoba ne može oduprijeti, oduzimaju puno vremena i dovode do izrazite anksioznosti. Potrebno je pronaći izvor opsesijama i kompulzijama kako bi se mogla odrediti pravilna metoda njihova liječenja. Opsesivno-kompulzivni poremećaj kod djece i adolescenata je vrlo složena bolest koja liječnicima ne predstavlja dijagnostički problem ali mnogo puta roditelji zatraže stručnu pomoć dosta vremena kasnije nakon pojave prvih simptoma, što utječe na tijek liječenja i prognozu.

Ne postoji jasan uzrok koji dovodi do ovog poremećaja ali možemo govoriti o rizičnim čimbenicima koji su s njim povezani, poput: poremećaja u neurotransmiterima

(poremećaj serotonina, dopamina), genetska predispozicija, psihosocijalni čimbenici te način na koji osoba nauči reagirati na okolinu oko sebe. Zbog toga je tretman OKP-a vrlo težak i dugotrajan. Pronalaskom pravog uzroka poremećaja pronašao bi se i pravi način njegova liječenja koji bi mogao dovesti i do potpunog izlječenja.

U liječenju se koriste lijekovi i psihoterapija, a najbolji rezultati se postižu kombinacijom oba pristupa. Lijekovi iz skupine antidepresiva su se pokazali učinkovitim u reduciranju simptoma OKP-a, a od terapijskih pristupa najbolje se pokazala kognitivno – bihevioralna terapija. Kognitivno – bihevioralna terapija

se pokazala učinkovitom i kad se nisu primjenjivali lijekovi, što znači da osoba može poboljšati svoje stanje samo vježbanjem kontrole svoga uma i tijela. Tijekom tretmana OKP-a kod djece i adolescenata izuzetno je važna podrška i empatija roditelja i članova obitelji.

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

LITERATURA

1. Orellana Kovačević, P. A., 2019., Opsesivno-kompulzivni poremećaj kod djece i adolescenata, *Vjesnik Zavoda za javno zdravstvo Dubrovačko-neretvanske županije*, svibanj 2019., br. 50, 14-16.
2. Begovac I. i suradnici, 2021. *Dječja i adolescentna psihijatrija*. Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet.
3. Barišić N. i suradnici, 2009. *Pedijatrijska neurologija*. Zagreb. Medicinska naklada.
4. Vulić-Prtorić A., Galić S., 2003., Opsesivno-kompulzivni simptomi u djetinjstvu i adolescenciji. *Medica Jadertina*, br. 33, 41-51.
5. Bojanić, M., Čulo, I., Ivaniš, A., Maravić, A., Topić, J. i Hotujac, LJ., 2013. Obuzetoprislilni poremećaj. *Socijalna psihijatrija*, br. 41, 123-127.
6. Begić, D., 2013. *Psihopatologija*. Zagreb. Medicinska naklada.

7. Browne H., Gair S., Scharf J., Grice D., , 2014. Genetics of obsessive-compulsive disorder and related disorders. *Psychiatric Clinics, North Am*, 37, 319-335.
8. Eddy, K.T., Dutra, L., Bradley, R. i Westen, D., 2014. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder, *Clinical psychology*, 24,1011-1030.
9. Hollander E, DeCaria C, Nitsescu A, Cooper T, Stover B, Gully R, Klein DF, Liebowitz MR., 2006. Noradrenergic function in obsessive-compulsive disorder: behavioral and neuroendocrine responses to clonidine and comparison to healthy controls, *Psychiatry Res*, 37,161-77.
10. Hawton, K., Salkovskis, P. M., Krik, J. i Clark, D. M., 2008. *Kognitivno-bihevioralna terapija za psihijatrijske probleme – vodič za praktičan rad*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
11. Kisely, S., Hall, K., Siskind, D., Frater, J., Olson, S, Crompton, D., 2014. Deep brain a stimulation for obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis, *Psychol Med.*, 25, 1-10.
12. Leahy, R. L., Holland, S. J. i McGinn, L. K., 2014. *Planovi tretmana i intervencije za depresiju i anksiozne poremećaje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
13. Jakić, M., 2017. Kognitivno-bihevioralni pristup liječenju opsesivno-kompulzivnog poremećaja kod djece. *Soc. Psihijat*, 45(2), 139-148.
14. Klepsch, R. i Wilcken, S., 2005. *Prisilne radnje i prisilne misli: Kako izaći iz vlastitog začaranog kruga*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
15. Fairfax, H., Easey, K., Fletcher, S. i Barifield, J., 2014. Does Mindfulness help in treatment of Obsessive Compulsive Disorder (OCD)? An audit of client experience of an OCD group, *The British Psychological Society*, 29(3), 17-27.

SUMMARY

OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Obsessive-compulsive disorder belongs to the group of anxiety disorders, and is characterized by the appearance of obsessive thoughts and compulsive actions. The first symptoms of this disorder most often occur between the ages of 9 and 13. In the International Classification of Diseases (ICD -10), it is under the designation F.42. ICD-10 divides the OCD into three forms: a form with the prevailing obsessions, the form with the prevailing compulsions and the mixed form, which is also the most common. Obsessions or obsessions are explained as repetitive and persistent thoughts, experiences or feelings that a person perceives as intrusive and inappropriate, and cause anxiety or discomfort. Compulsions or compulsions are repeated actions or behaviors that a person deems necessary to perform in response to obsession and that serve to reduce anxiety.

The content of obsessions and compulsions changes with the age of the child, obsessive concerns about order and symmetry occur in 2/3 of preschool children, in primary school age obsessive thoughts and compulsive actions related to school prevail. Adolescents cite the fear of poisoning and thoughts of harming themselves or some celebrities as the most common obsession, and the most common compulsions are rituals related to washing, cleaning, checking and editing. According to the severity of the clinical picture, OCD can be divided into three forms: lighter, medium and heavy. There are numerous theories about the etiology of OCD, biological theory mentions disorders in the amount of individual neurotransmitters, structure, electrophysiological and neuroendocrine changes, and more recently neuroimmunological theory that connects OCD with infection with beta – hemolytic streptococcus infection in childhood, as well as psychological and sociological. There are different ways of treating OCD, pharmacotherapeutic, psychotherapeutic.

Research shows very good results of using only cognitive – behavioral therapy, although in practice a combination of psychotherapy and medication is often used. The course of the disease is chronic, and recovery can be long and slow depending on the severity of the disease and the response to therapy.

Key words: obsessive-compulsive disorder, children, adolescents, diagnostics, pharmacotherapy, behavioral-ognitive therapy