

**UNIVERZA V LJUBLJANI
PEDAGOŠKA FAKULTETA**

DIPLOMSKO DELO

NIKA BOŠNJAK

UNIVERZA V LJUBLJANI
PEDAGOŠKA FAKULTETA
Študijski program: Socialna pedagogika

**Teoretični modeli obsesivno-kompulzivne motnje in
praktikov pogled nanje**

DIPLOMSKO DELO

Mentor: dr. Alenka Kobolt
Somentor: dr. Tomaž Vec

Kandidatka: Nika Bošnjak

Ljubljana, september, 2013

ZAHVALA

Zahvaljujem se svojim mentorjema, dr. Tomažu Vecu in dr. Alenki Kobolt, za strokovno pomoč in usmerjanje pri nastajanju diplomskega dela.

Iskrena hvala intervjuvanki za sodelovanje v raziskavi.

Zahvaljujem se svoji družini in prijateljem za podporo in spodbudo.

POVZETEK

V teoretičnem delu diplomskega dela bom predstavila pomembnejše značilnosti pojava anksioznosti in anksioznih motenj, funkcionalnost in nefunkcionalnost anksioznosti ter s tem povezano razliko med anksioznostjo in anksiozno motnjo; nato dejavnike in simptomatiko omenjenih motenj. Anksioznost, vzroke anksioznosti in še posebej obsesivno-kompulzivne motnje bom podrobneje osvetlila z najbolj uveljavljenimi teorijami tega področja. Predstavila bom različne vrste anksioznih motenj in s tem prešla na osrednji del diplomskega dela – predstavitev obsesivno-kompulzivne motnje. Poleg predstavitve mehanizmov delovanja se bom osredotočila predvsem na teoretične razlage te motnje, skozi katere bom predstavila tudi različne vzroke in načine zdravljenja. V empiričnem delu bom predstavila analizo intervjuja s psihoterapevko, ki se ukvarja z zdravljenjem obsesivno-kompulzivne motnje, in njene poglede na mehanizme delovanja motnje, teoretične modele, vzroke ter zdravljenje in ozdravljivost. V interpretaciji rezultatov bom prikazala odgovore intervjuvanke in jih povezala ter primerjala z izsledki teoretičnega dela. Mnenje terapevke je večinoma skladno z ugotovitvami drugih strokovnjakov, ki so predstavljeni v teoretičnem delu. Intervjuvanka je izrazila pozitivno naravnost do psihoanalitičnega, kognitivnega, kognitivno-vedenjskega ter biološkega modela. Pri tem je kognitivno-vedenjski model izpostavila kot tistega, ki velja za najuspešnejšega. Veliko težo je pripisala psihoanalitičnemu pristopu, ki ga izvaja tudi sama in ga ocenjuje kot uspešnega. Intervjuvanka se ni strinjala s temeljnimi postavkami modela splošnega kognitivnega deficita. Njeno mnenje glede teoretičnih modelov motnje je v skladu z mnenji drugih strokovnjakov. Vedenjsko-kognitivni model večina avtorjev (npr. Jenike, Baer in Minichiello, 1998, v Jenike 2004; Taylor, Abramowitz in McKay, 2007) na podlagi izsledkov raziskav ocenjuje kot zelo uspešnega, medtem ko je model splošnega kognitivnega deficita v stroki največkrat opredeljen kot neuspešen (npr. Salkovskis in Kirk, 2007). Terapevka je poudarila, da so vzroki obsesivno-kompulzivne motnje še vedno nejasni, kar je v skladu z ugotovitvami strokovnjakov različnih področij, ki se ukvarjajo z raziskovanjem obsesivno-kompulzivne motnje. Kot učinkovite načine zdravljenja je terapevka izpostavila predvsem kombiniranje farmakoterapije in psihoterapije; kot učinkovite vrste psihoterapije pa psihoanalitično terapijo, kognitivno-vedenjsko terapijo ter logoterapijo.

KLJUČNE BESEDE: anksioznost, tesnoba, obsesivno-kompulzivna motnja, terapevtski pristop, študija primera

SUMMARY

In the theoretical part of the thesis i will present the most important features of anxiety disorders, functionality and non-functionality of anxiety and in relation to that, the difference between anxiety and anxiety disorder. I will also present the factors and symptomatology of discussed disorders. I will treat the theoretical basis of anxiety and theories concerning the causes of anxiety, which will be thoroughly researched in the chapter where obsessive compulsive disorder is presented. I will introduce different types of anxiety disorders, which will lead us to the central part of the thesis - obsessive compulsive disorder. Apart from introducing the mechanisms of activity i will mainly focus on theoretical explanations of the disorder, through which i will also present different causes and treatments. In the empirical part of my thesis, i will present the analysis of the interview done with a psychotherapist, that works with the treatment of obsessive-compulsive disorder, and her insight into the mechanism of disorder functioning, theoretical models, causes, treatment and curability. In the interpretation of results i will present the interviewee`s answers, and connect and compare them with the results of theoretical research. The therapist`s opinion is mostly in accordance with the findings of other experts, which are introduced in the theoretical part of the thesis. The interviewee has expressed a positive attitude towards psychoanalytic, cognitive, cognitive-behavioral, and biological model. She exposed the cognitive-behavioral model as the most successful one. She has highlighted the psychoanalytic approach, which she uses herself, and which she also evaluates as a successful one. The interviewee did not agree with the basic position of general cognitive deficit, but her opinion on the theoretical models of the disorder, is in accordance with the other experts. The cognitive-behavioral model has been evaluated as successful by the majority of authors, (for example Jenike, Baer and Minichiello, 1998, in Jenike 2004; Taylor, Abramowitz and McKay, 2007) oppose to the model of cognitive deficit which is usually evaluated as unsuccessful (for example Salkovskis and Kirk, 2007). The therapist accentuated, that the causes of obsessive compulsive disorder are still unclear, which is in accordance with the findings of experts from different areas, researching the obsessive compulsive disorder. As an efficient treatment, the therapist exposed a combination of pharmatherapy and psychotherapy; and as an efficient type of psychotherapy he exposed the psychoanalytic therapy, the cognitive-behavioral therapy and the logotherapy.

KEYWORDS: anxiety, obsessive-compulsive disorder, therapeutic approach, case study

KAZALO VSEBINE:

I.	UVOD	1
II.	TEORETIČNI DEL.....	3
1	ANKSIOZNOST IN ANKSIOZNE MOTNJE	3
1.1	TESNOBA ALI ANKSIOZNOST IN ANKSIOZNE MOTNJE.....	3
1.2	RAZLIKA MED STRAHOM IN ANKSIOZNOSTJO in ZMEDA V POJMOVANJU ANKSIOZNOSTI	4
1.3	ADEKVATNOST IN NEADEKVATNOST ANKSIOZNOSTI	6
1.4	POMEN ANKSIOZNOSTI IN NJENO STOPNJEVANJE V MOTNJO	7
1.5	KONKRETIZACIJA ANKSIOZNOSTI	9
1.6	TEORETIČNE RAZLAGE ANKSIOZNIH MOTENJ	9
1.7	DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA POJAV IN UTRJEVANJE ANKSIOZNIH MOTENJ	12
1.8	SIMPTOMI ANKSIOZNIH MOTENJ	14
1.9	VRSTE ANKSIOZNOSTI.....	16
	o Generalizirana anksiozna motnja.	16
	o Panična motnja.	17
	o Specifične fobije.....	18
	o Socialna anksioznost.	18
	o Posttravmatski stresni sindrom.....	18
	o Obsesivno-kompulzivna motnja.....	19
2	OBSESIVNO-KOMPULZIVNA MOTNJA.....	19
2.1	DEFINICIJE.....	19
2.2	OBSESIJE	21
2.3	KOMPULZIJE	21
2.4	VPOGLED OSEB Z OKM V SVOJO MOTNJO.....	22
2.5	RAZŠIRJENOST ali EPIDEMIOLOGIJA	23
2.6	POMEN ZGODNJE DIAGNOZE IN USPEŠNOST ZDRAVLJENJA	24
2.7	HETEROGENOST IN VRSTE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE	25
2.7.1	OBSESIVNE MISLI O KONTAMINACIJI IN KOMPULZIVNO UMIVANJE	27
2.7.2	OBSESIJE DVOMA IN KOMPULZIJE PREVERJANJA	27
2.7.3	OBSESIJE IN KOMPULZIJE ZBIRANJA IN KOPIČENJA.....	29

2.8	ETIOLOGIJA IN MODELI OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE.....	29
2.8.1	KARAKTERISTIKE DOBREGA MODELA OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE.....	30
2.8.2	VEDENJSKI MODELI.....	30
2.8.3	KOGNITIVNI MODELI.....	33
2.8.3.1	ZNAČILNOSTI IN VRSTE KOGNITIVNIH OCEN.....	34
2.8.4	KOGNITIVNO-VEDENJSKI MODELI OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE.....	36
2.8.4.1	KOGNITIVNO VEDENJSKI MODEL PREPRIČANJ IN OCEN.....	36
2.8.5	TEORIJE SPLOŠNEGA DEFICITA IN KOGNITIVNI FAKTORJI.....	39
2.8.6	BIOLOŠKI MODELI.....	43
2.9	ZDRAVLJENJE.....	44
III.	EMPIRIČNI DEL.....	48
3	OPREDELITEV PROBLEMA.....	48
4	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	49
4.1	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	49
5	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	50
5.1	VZOREC.....	50
5.2	PRIPOMOČKI.....	50
5.3	POSTOPEK ZBIRANJA IN OBDELAVE PODATKOV.....	51
6	REZULTATI IN INTERPRETACIJA.....	52
6.1	Terapevtkino razumevanje mehanizmov delovanja OKM.....	52
6.2	Pogled terapevte na nekatere teoretične modele OKM.....	57
6.3	Pogled terapevte na vzroke OKM.....	59
6.4	Pogled terapevte na zdravljenje in ozdravljivost.....	63
IV.	ZAKLJUČEK.....	68
V.	VIRI.....	72
VI.	PRILOGA.....	76

KAZALO TABEL:

Tabela 1: Kode 1. in 2. reda za kategorijo mehanizmi delovanja OKM.....	52
Tabela 2: Kode 1. in 2. reda za kategorijo teoretični modeli OKM.....	57
Tabela 3: Kode 1. in 2. reda za kategorijo etiologija.	59
Tabela 4: Kode 1. in 2. reda za kategorije zdravljenje, ozdravljivost in načini zdravljenja. ...	63

I. UVOD

V sodobni družbi so posamezniki in družine pogosto izpostavljeni kompleksnim situacijam in spremembam, s čimer je povezano sprejemanje odločitev ter izbiranje med različnimi potmi in načini življenja. Pri tem se srečujejo s tveganji. Ob spopadanju s kompleksnimi situacijami, s katerimi se srečujejo vsakodnevno, ljudje pogosto občutijo nemoč, zmedenost, strah ter tesnobo. V primerjavi s tradicionalno družbo, kjer je bila prihodnost bolj začrtana in zato varna ter so bili posamezniki v večji meri povezani z družino, je danes poudarjena individualnost posameznika, kar mu po eni strani omogoča svobodo, po drugi strani pa ga sooča s težkimi nalogami.

Milivojević (2008) piše, da je anksioznost ustrezno čustvo v situacijah, ki so povezane s spremembo v sistemu predstav o sebi ali o svetu. Avtorji (npr. Dernovšek, Gorenc in Jeriček, 2006; Erzar, 2007; Milivojević, 2008) anksioznost največkrat na kratko opredeljujejo kot čustveno stanje, čustvo ali občutek vznemirjenosti, kot težko opredeljivo neugodje, notranji nemir, napetost, strah in zaskrbljenost. Milivojević (2008, str. 525) definira anksioznost kot »vrsto strahu, ki nastane, če oseba ocenjuje, da njena celotna življenjska situacija presega njene zmožnosti.« Ocenjujem, da je glede na število sprememb, s katerimi se soočamo danes, anksioznost pogosto čustvo.

Iz anksioznosti se pri določenih posameznikih v določenih okoliščinah lahko razvije anksiozna motnja. Anksiozne motnje pogosto izbruhnejo ob frustracijah ali spremembah oziroma življenjskih prelomnicah, torej v trenutkih, ko je posameznik najbolj občutljiv, in v kombinaciji z drugimi dejavniki, ki prispevajo svoj delež k razvoju motnje.

Obsesivno-kompulzivna motnja, ki jo predstavim v diplomskem delu, je ena izmed vrst anksioznih motenj. Vzroki razvoja obsesivno-kompulzivne motnje še vedno niso jasni. Strokovnjaki govorijo o več dejavnikih, ki delujejo vzporedno, in kot bistvene izpostavljajo različne faktorje: vedenjske, kognitivne, genetske, nevroanatomske, nevrokemične. V skladu s tem obstaja veliko različnih modelov, ki na različne načine razlagajo motnjo, njene mehanizme in etiologijo ter ponujajo različne načine zdravljenja.

Glede na to, da je bila obsesivno-kompulzivna motnja še pred kratkim dokaj neraziskana motnja, se mi zdi pomembno, da se razvijajo različne teorije, ki prispevajo k njenemu razumevanju. Razumevanje narave motnje ter prepoznavanje vzrokov sta namreč nepogrešljiva koraka pri diagnozi in zdravljenju.

Problematična se mi zdi tudi premajhna splošna prepoznavnost anksioznih motenj in obsesivno-kompulzivne motnje. Ena izmed posledic slabe prepoznavnosti je, da posamezniki, ki trpijo za motnjo, ne razumejo, kaj se jim dogaja, in tako ne dobijo ustrezne pomoči. V primeru, da obsesivno-kompulzivna motnja ni ustrezno zdravljena, so posledice lahko hude. Poleg tega slaba prepoznavnost prispeva k ohranjanju predsodkov o motnji. Kot velja za psihične motnje nasploh, so tudi anksiozne motnje podvržene predsodkom.

V diplomskem delu bom raziskala mehanizme delovanja obsesivno-kompulzivne motnje ter predstavila različne teoretične modele, ki razlagajo omenjeno motnjo. Na tej osnovi želim ugotoviti, kateri modeli bolj uspešno konceptualizirajo mehanizme delovanja motnje, bolj utemeljeno razlagajo njene vzroke ter ponujajo učinkovite načine zdravljenja. Slednje bom ilustrirala tudi skozi empirični del naloge, ki ga predstavlja pogovor s terapevtko.

II. TEORETIČNI DEL

1 ANKSIOZNOST IN ANKSIOZNE MOTNJE

1.1 TESNOBA ALI ANKSIOZNOST IN ANKSIOZNE MOTNJE

Izraza *tesnoba* ali *tesnoba* izhajata iz *tesen* ali *tesno, ozko, zoženo*. »Čustvo tesnobe je dobilo ime po specifičnem doživljanju osebe, ki občuti, da ji je »tesno« v prsnem košu, kot da jo nekaj pritiska in teže diha.« (Milivojević, 2008, str. 525)

Izraz *anksioznost* izvira iz lat. *anxietas*, ki pomeni nemir, skrb; iz latinskega korena *angere*, ki označuje stisniti, dušiti, mučiti, oziroma grškega *ankhein* kot stiskati oz. *ankhone*, dušiti, daviti. »Vsi ti izrazi kažejo na specifično doživljanje čustva anksioznosti v prsni.« (Milivojević, 2008, str. 525) Glede na to, da omenjena izraza »izhajata iz iste mentalne predstave«, ju avtor (prav tam) pojmuje kot »prava sinonima«.

Dernovšek, Gorenc in Jeriček (2006, str. 36) tesnobo ali anksioznost definirajo kot »neprijetno čustvo, ki ga po navadi spremljajo telesne in vedenjske spremembe, podobne tistim, ki spremljajo običajen odziv na stres«. Avtorice (prav tam) dodajo, da se tesnoba lahko »pojavi postopoma ali pa se začne nenadno«.

Milivojević (2008, str. 525) definira anksioznost kot »vrsto strahu, ki nastane, če oseba ocenjuje, da njena celotna življenjska situacija presega njene zmožnosti; /.../oseba je anksiozna, če ocenjuje, da ne zmore obvladovati življenjskih težav.« Avtor (prav tam) dodaja še: »Tesnoba motivira osebo, da išče varnost pri drugi osebi.« Vzrok tega čustva je težko določljiv, saj se pojavlja v zelo splošnem kontekstu.

Nekateri ne govorijo o čustvih, temveč o občutkih – Marks (1978, v Rowan in Eayrs, 1987) na primer anksioznost definira kot »neprijeten občutek, ki se povezuje s pričakovano nevarnostjo, ki ostaja za zunanjšega opazovalca neprepoznana«.

Erzar (2007, str. 75) v definiciji tesnobe poudari psihični in telesni vidik napetosti in izpostavi usmerjenost v prihodnost: »tesnoba je neprijetno občutje telesne in psihične napetosti in zaskrbljenosti, usmerjeno na prihodnost.«

Anksioznost je kompleksen pojav in skladno s tem zanjo obstaja veliko različnih definicij. Če jih poskušam povzeti, avtorji (npr. Dernovšek idr. 2006; Erzar 2007; Milivojević 2008) ta pojem največkrat na kratko opredeljujejo kot čustveno stanje, čustvo ali občutek vznemirjenosti, kot težko opredeljivo neugodje, notranji nemir, napetost, strah in zaskrbljenost. V veliko definicijah (npr. Dernovšek idr. 2006; Marks 1978, v Rowan in Eayrs 1987; Erzar 2007) je za opis anksioznosti uporabljen pridevnik neprijetno – neprijetno čustvo ali neprijeten občutek. Milivojević (2008, str. 527) poudari, da je anksioznost »dvojno neprijetna«, saj je najprej »neprijetna sama po sebi«, drugič pa je neprijetna neopredeljenost čustva – oseba ne razume čustva in ne prepozna vzroka.

1.2 RAZLIKA MED STRAHOM IN ANKSIOZNOSTJO in ZMEDA V POJMOVANJU ANKSIOZNOSTI

Pojma anksioznost in strah v vsakdanjem življenju pogosto istovetijo, čeprav je med njima pomembna razlika, ki jo avtorji različno razlagajo, s čimer je povezana tudi zmeda v stroki glede pojma anksioznost.

Na omenjene nejasnosti v stroki, glede razumevanja tega pojma, je opozoril tudi Milivojević (2008), ki je zmedo povezal z razlikovanjem med strahom in anksioznostjo. Po mnenju avtorja (2008, str: 525, 526) je najpogostejša definicija anksioznosti, ki se glasi »anksioznost je neopredeljen strah«, napačna, ker ni dovolj natančna. »Po tej definiciji vsak strah, ki nima očitnega vzroka, ki je 'brez predmeta' ali 'brezobjekten', ki je difuzen in nedoločen, lahko označimo kot anksioznost. Od tod izhajajo besedne zveze, kot je pogosto uporabljen izraz *prosto lebdeča anksioznost*. Nekateri [npr. Latas, 2004] menijo, da gre za čustvo, ki je vselej patološko.« (Milivojević, 2008, str. 526)

Po mnenju psihoanalitikov, ki so prvi začeli razlikovati med obema čustvoma, je temeljna razlika med njima v izvoru nevarnosti: strah ima zunanji izvor; izvor anksioznosti pa je notranji, je v človeku samem. Strah je »reakcija na neko določeno zunanjo nevarnost«; medtem ko pri anksioznosti ni opaziti zunanjega vzroka, zato so ji pripisali notranji vzrok.

(Milivojević, 2008, str. 526) Milivojević (prav tam, str. 526, 527) je mnenja, da v resnici »ne gre za 'notranji' strah, temveč za zunanjega, ki je egodiston, zato so mentalne predstave, ki ga ustvarjajo, potlačene. /.../ Anksioznost je lahko nedoločena bojazen pred zunanjim objektom ali situacijo, kadar se oseba zaveda samo čustva, ne pa mentalizacije, ki je izzvala to čustvo.« Milivojević (2008) glavni problem v določanju vzroka anksioznosti (oziroma v poskusu povezave tega čustva s situacijo ali objektom, ki je čustvo sprožilo) vidi v abstraktnosti in splošnosti konteksta, v katerem čustvo nastaja – življenjski situaciji –, kar je hkrati tudi glavni razlog za zmedo glede pojma anksioznosti.

Tudi Lamovec (1988) opozori na razlike med avtorji pri razlikovanju med anksioznostjo in strahom. Avtorica (prav tam, str. 266) razliko med čustvoma opredeli tako, da povzame, da se o anksioznosti navadno govori, ko »vzrok posameznikove napetosti ni dostopen zavedanju«, medtem ko se izraz strah ponavadi uporablja, ko je »ogrožujoči objekt ali situacija znana«.

Nekateri avtorji se pri razlikovanju med obema čustvoma ukvarjajo z drugimi aspekti. Seligman (1992, str. 112) se na primer opira na (ne)predvidljivost in tako opisuje strah kot »akutno stanje, ki se pojavi, ko signal napove grozeč dogodek«; anksioznost pa kot »kronični strah, ki se pojavi, ko je grozeč dogodek pričakovan, a vendarle nepredvidljiv«. Anksioznost podrobneje razlaga Seligmanova 'hipoteza signalov varnosti': »Ko so travmatični dogodki napovedljivi, je napovedljiva tudi odsotnost travmatičnih dogodkov – z odsotnostjo napovednika travme.« Avtor (prav tam) razlaga, da je v nasprotnem primeru, torej »ko so travmatični dogodki nepredvidljivi«, nepredvidljiva tudi varnost. Osnovna ideja hipoteze signalov varnosti je torej, da neposredno po travmatičnem dogodku, v odsotnosti varnih signalov, organizem ostaja v stanju anksioznosti ali kroničnega strahu. Avtor meni, da živali in ljudje »iščejo napovedovalce neizogibne nevarnosti, saj s poznavanjem teh spoznajo tudi, kaj je varno«.

Fossum (1990, str. 13) se pri razlikovanju med čustvoma opira na dejanskost ali realnost: »gre za oceno o obstoju realne ali potencialne nevarnosti, pri čemer se strah nanaša na dejanski dogodek ali predmet«, anksioznost pa se nanaša na »dušeč občutek – fiziološki in čutni odziv na vznemirjenje in stisko«, je »psihobiološka reakcija na oceno strahu«.

1.3 ADEKVATNOST IN NEADEKVATNOST ANKSIOZNOSTI

Milivojević (2008, str. 131, 132) piše, da je »adekvatno čustvo vsaka emocionalna reakcija, ki po svoji kvaliteti (vrsti emocije), jakosti, trajanju in načinu izražanja ustreza objektivni dražljajski situaciji. Avtor (prav tam) poudarja, da je »katerokoli specifično čustvo lahko adekvatno (v ustreznem kontekstu), lahko pa neadekvatno ali patološko (v neustreznem kontekstu), kar pomeni, da meril za ocenjevanje adekvatnosti ne moremo iskati v sami naravi danega čustva«. Dodaja, da je »vsako čustvo del zapletenega mehanizma«, ki ga imenuje »krožna emocionalna reakcija ali skrajšano KER«. (prav tam, str. 42) Avtor (prav tam, str. 131, 132) navaja merila za adekvatnost (in neadekvatnost) določene emocionalne reakcije v okviru modela KER (krožna emocionalna reakcija).«

»Na podlagi modela KER lahko torej sestavimo šest temeljnih vprašanj za oceno adekvatnosti čustvene reakcije:

1. Adekvatnost percepcije: Ali je človek pravilno zaznal dražljajsko situacijo?
2. Adekvatnost apercipcije: Ali je človek pravilno dojel dražljajsko situacijo?
3. Adekvatnost valorizacije: Ali je človek razumljivo ovrednotil dražljajsko situacijo?
4. Adekvatnost telesne reakcije: Ali sta jakost in trajanje emocionalne reakcije razumljiva?
5. Adekvatnost ozaveščenosti: Ali človek pravilno zaznava in prepozna, kaj občuti in v zvezi s čim?
6. Adekvatnost adaptacije: Ali se človek odzove na spremenljivo ali na nespremenljivo dražljajsko situacijo?
 - 6.a) Adekvatnost aloadaptacije (akcije): Ali človek odraža čustvo na socialno sprejemljiv način in vpliva na spremembo dražljajske situacije?
 - 6.b) Adekvatnost avtoadaptacije (mentalnih operacij): Ali čustvo poganja mentalne operacije, ki v razumnem času vodijo do spremembe referenčnega okvira in do sprejemanja nesprejemljive stimulusne situacije?
 - 6.c) Adekvatnost diaadaptacije (akcije): Ali je osebi, ko je izrazila čustvo na socialno sprejemljiv način, uspelo iz situacije, v kateri jo je ogrožalo nekaj, čemur se ne more zoperstaviti, preiti v situacijo, v kateri ni ogrožena?
 - 6.č) Ustreznost proadaptacije (mentalne operacije in akcije): Ali si človek dovoli občutiti in izraziti prijetna čustva potem, ko je dosegel prilagoditev na višji ravni?

Če je odgovor na katerokoli od zastavljenih vprašanj nikalen, to kaže, da čustvena reakcija ni bila ustrezna. Čim bližje je nikalni odgovor prvemu vprašanju, tem višja je stopnja neadekvatnosti.« (Milivojević, 2008, str. 133)

Milivojević (2008, str. 528, 529) situacije, v katerih je anksioznost »povsem racionalno in ustrezno čustvo«, razvršča v dve skupini: »spremembe v sistemu predstav o sebi in spremembe v sistemu predstav o svetu. /.../ V prvem primeru oseba doživlja, da se je sama spremenila na način, ki ji onemogoča nadaljevati življenje, tako kot je navajena. Sem spadajo številne telesne bolezni, ki jih spremlja splošno občutje bojazni, kajti oseba pravilno ocenjuje, da ni več ista in da jo bolezen omejuje v njenih potencialih in dejanjih. /.../ Druga vrsta anksioznosti izhaja iz neujemanja referenčnega okvira (subjektivega zemljevida sveta) z realnim stanjem v zunanjem svetu.« Primeri so sprememba življenjskega okolja, družbene spremembe itd.

1.4 POMEN ANKSIOZNOSTI IN NJENO STOPNJEVANJE V MOTNJO

Podobno kot Milivojević ocenjuje (ne)adekvatnost čustev glede na objektivno dražljajsko situacijo, Fossum (1990) razlaga razliko med funkcionalno in nefunkcionalno anksioznostjo, pri čemer prvo poimenuje kar strah. Avtorica (prav tam) je mnenja, da omenjeno čustvo v svoji izvorni osnovi izhaja iz osnovnega nagona po preživetju in ohranja pod nadzorom pretirano brezskrbne in zaupljive vedenjske vzorce. »Opremljeni smo z avtomatičnimi regulatorji, ki nas odvrtaajo od tega, da bi šli predaleč.« (prav tam, str. 19) Strah je torej normalna in celo adaptivna reakcija na nevarnost. Avtorica (prav tam, str. 21) razlaga, da »strah signalizira težave, osebo pripravi na ustrezno reakcijo in ji pomaga preživeti«, kar posledično pomeni, da »ponavadi, ko se nevarnost poleže ali izgine, z njo izgine tudi anksioznost«. Funkcioniranje anksioznosti nato primerja s fizično bolečino in zaključuje, da, tako kot bolečina ni bolezen, tudi omenjeno čustvo ni osnovni problem.

Fossum (1990) torej razlaga, da je anksioznost normalna in koristna, kadar obstaja dejanska nevarnost. Ko nevarnosti ni več, naj bi prenehala tudi anksioznost. Avtorica (prav tam, str. 21) na tem mestu pojasnjuje, kdaj to čustvo začne ovirati posameznika: »Ko problem ni dejanska nevarnost, ampak posameznikovo pretiravanje in popačenje realnosti, ni razloga za boj z

nevarnostjo. Anksioznost tako ne samo izgubi svojo funkcionalnost, ampak ovira posameznikovo sposobnost ocenjevanja nevarnosti in izbiranja primerne reakcije.« Tako razloži, kdaj to čustvo torej postane problem (ali postane anksiozna motnja) in 'ovira posameznikovo učinkovito funkcioniranje': »ko posameznik vztrajno zaznava situacije kot grozeče, ko to v resnici niso, ali ko čustvo ostane prisotno tudi potem, ko je nevarnost že minila«. (prav tam) Od tod izhaja, da problem ni v sami anksioznosti, ravno tako kot ni problem v sami bolečini, temveč v izvoru bolečine.

Tudi Resman (2003) razlaga (ne)funkcionalnost tega čustva v okviru kognitivnega modela anksioznosti, pri čemer tako kot Fossum izhaja iz strahu. Strah primerja s fizično bolečino, saj imata v svoji osnovi podobno funkcijo – opozarjata nas, da smo v nevarnosti. Vloga strahu je tako spodbuditi k aktivnosti z namenom reduciranja nevarnosti. »Naše vedenje bo racionalno samo, če prepoznamo pravi vzrok strahu, torej če vemo, kaj je tisto, kar nas v resnici ogroža, in če realno ocenimo stopnjo ogroženosti.« (prav tam, str. 4)

Če povzamem, je anksioznost funkcionalna, kadar ima funkcijo aktiviranja posameznika k spopadanju z nevarnostjo, ki ga ogroža, nefunkcionalna pa, kadar nevarnosti ni, ampak jo posameznik kljub temu zaznava – takrat postane anksiozna motnja. Realnost zaznavanja je torej hkrati tudi eden od kriterijev za določanje stanja anksioznosti ali anksiozne motnje.

Dernovšek idr. (2006, str. 40) pišejo, da je tesnoba ali anksioznost »del vsakdanjega življenja in večina v svojem življenju izkusi epizode neprijetne tesnobe«, ki pa so »najverjetneje kratke in minejo same od sebe«. Avtorice določajo pogoje, ki morajo biti izpolnjeni za postavitev diagnoze bolezenske tesnobe:

- »tesnoba vztraja več kot dva tedna;
- prisotnih je več simptomov anksioznih motenj;
- posamezniku predstavlja zelo veliko breme, moti njegovo običajno delovanje;
- posameznik simptomov ne more nadzorovati.« (Dernovšek idr., 2006, str. 40)

Po mnenju avtoric (prav tam, str. 41) je »bistvo anksioznih motenj« v tem, »da posameznik oceni, da so simptomi, ki jih v stresnih razmerah doživlja večina, tako hudi, nevarni in neprijetni, da tega ne bo zdržal«. Posledica je »izogibanje razmeram, ki so sprožile simptome anksioznih motenj, vendar pa izogibanje strah še dodatno povečuje«.

1.5 KONKRETIZACIJA ANKSIOZNOSTI

Na obrambni mehanizem konkretizacije anksioznosti opozori Milivojević (2008, str. 529): »Anksioznost je pogosto rezultat intuitivne, torej nezavedne ocene subjekta o lastni moči in o svetu, ki ga obkroža, zato je nerazumljiva zavestnemu jazu. K nerazumljivosti še dodatno pripomore dejstvo, da je kontekst, v katerem se doživlja anksioznost, generaliziran, tako da subjekt ne more prepoznati njenega pomena. To stanje postane dodaten vir za anksioznost, ker nerazumljena, abstraktna in splošna anksioznost krepi samo sebe. Doživetje preplavljenosti jaza z anksioznostjo je za subjekt izjemno mučno. Zato si subjekt poskuša to stanje na kakršenkoli način razložiti, da bi ga lahko razumel, lokaliziral in omejil. Ta psihični obrambni mehanizem se po Arietiju (1967, v Milivojević, 2008, str. 529) imenuje konkretizacija.«

Milivojević (2008, str. 527) prav tako piše, da se ljudje »zatekajo h konkretizaciji anksioznosti tako, da jo naknadno napačno povezujejo z določenimi objekti ali situacijami (fobija) ali pa z boleznijo, tako da jo interpretirajo kot strah pred določeno boleznijo (disatribucija na način somatizacije).«

1.6 TEORETIČNE RAZLAGE ANKSIOZNIH MOTENJ

V tem poglavju bom predstavila pomembnejše teoretične razlage anksioznih motenj: kognitivne, vedenjske, psihoanalitične, neoanalitične ter biološke.

»Kognitivna terapija je osnovana na kognitivnem modelu, katerega osnovna ideja je, da so čustva, vedenja ter fiziološki odzivi ljudi osnovani na podlagi njihove percepcije dogodka oziroma situacije in ne situacije same. Način, na katerega ljudje razumejo in interpretirajo situacijo, in ne situacija sama, je tisti, ki determinira čustva, vedenje in fiziološke odzive ljudi.« (Beck, 1964; Ellis, 1962, vsi v Beck, 1995, str. 14)

Beck (1995, str. 15) vpelje pojem avtomatskih misli, ki jih opiše kot hitre, kratke in spontane: 1) »[avtomatske misli] niso rezultat razmišljanja oziroma sklepanja, temveč se pojavljajo avtomatično«; 2) »soobstajajo skupaj z bolj manifestnim tokom misli«; 3) »pogosto so hitre in kratke in se jih komaj zavedamo«; 4) »veliko bolj verjetno je, da se zavedamo čustev, ki sledijo; rezultat je najverjetneje, da jih nekritično sprejmemo kot resnične«.

Beck (1995) prav tako razlaga, da avtomatske misli izhajajo iz človekovih temeljnih prepričanj o svetu in so vedno v skladu z njimi. »Ljudje že od rojstva naprej razvijajo prepričanja o sebi, drugih in svetu, v katerem živijo.« (prav tam, str. 15) Temeljna prepričanja so tako fundamentalna in globoka, da jih ima oseba za absolutno resnico. Avtorica (prav tam, str. 16) piše, da »predstavljajo najbolj osnoven nivo prepričanj; so splošna, rigidna in preveč posplošena«. Iz njih izhajajo avtomatske misli v obliki »besed ali podob, ki gredo skozi človekov um, so situacijsko specifične in predstavljajo najbolj površinski (zunANJI) nivo kognicije. /.../ Temeljna prepričanja vplivajo na razvoj vmesnega razreda prepričanj, ki sestoji iz vedenj, pravil in predpostavk.« Po kognitivnem modelu torej v neki določeni situaciji osnovna in globlje ležeča prepričanja osebe vplivajo na njeno percepcijo, kar se izraža s situacijsko specifičnimi avtomatičnimi mislimi. Te misli vplivajo na čustva osebe.

Na tem mestu Beck (1995) razloži vlogo avtomatskih misli pri anksioznosti in anksioznih motnjah. Če so avtomatske misli racionalne in funkcionalne, nam pomagajo obvladati situacijo, če pa so nerealne in nefunkcionalne, nas ovirajo, saj sprožijo neustrezno čustvovanje in vedenje. Avtorica (prav tam, str. 75) opozarja, da »osebe s psihološkimi motnjami pogosto napačno interpretirajo nevtrarno ali celo pozitivno situacijo in tako so njihove avtomatske misli pristranske.« Disfunkcionalne avtomatske misli so »misli, ki popačijo realnost, so z njo neskladne in so vznemirjujoče, povzročajo stisko in lahko osebo ovirajo pri doseganju njenih ciljev.« (prav tam, str. 76)

Beck (1976, v Kuyken in Beck, 2007, str. 17) našteje naslednje kategorije disfunkcionalnih vzorcev mišljenja, ki so značilni za anksiozne motnje:

- »razmišljanje vse ali nič«: razcepljeno razmišljanje ali vrednotenje dogodkov pomeni izgubo tolerance za negotovost ali dvomljivost ter razmišljanje na *črno-beli* način;
- »generalizacija«: pomeni sklepanje k splošnemu zaključku na podlagi enega samega primera (»oseba vidi en negativen dogodek kot ponavljajoč se vzorec porazov«);
- »mentalni filter: percepcija splošne realnosti osebe postane mračna na podlagi ene negativne podrobnosti«;
- »napovedovanje prihodnosti: oseba podaja negativne napovedi v zvezi s prihodnostjo in se ne zaveda, da so napovedi lahko napačne«;
- »sklepanje na podlagi čustev: oseba domneva, da negativna čustva odražajo dejansko situacijo«;

- »razmišljanje na način *moral bi*«: osebe se poskušajo motivirati s sodbami o tem, kaj bi morali in česa ne bi smeli narediti.
- »personalizacija«: je težnja povezovanja zunanjih dogodkov s samim sabo, čeprav za to ni nobene relevantne osnove (»npr. ljudje v sebi vidijo vzrok za kakšen negativen dogodek, za katerega v resnici niso osebno odgovorni«).

Fossum (1990) navaja, da se v stanju anksioznosti, torej pri anksioznih motnjah, živčni sistem, ki naj bi človeka varoval, obrne proti njemu samemu. Kot sem že omenila pri konceptualizaciji (ne)funkcionalnosti anksioznosti, avtorica vidi funkcijo anksioznih reakcij v pomoči pri preživetju. Pri tem opozarja, da v določenih okoliščinah te reakcije postanejo problem. Pripisovanje prevelikega pomena določenim okoliščinam ali dogodkom pretirano aktivira sistem, namenjen obvladovanju groženj in nevarnosti. To povzroči preobremenitev sistema, kar onemogoči njegovo normalno delovanje do te mere, da podivja. Fossum nadalje pojasnjuje, da je vsa pozornost posameznika, ki trpi za anksiozno motnjo, usmerjena na nevarnost in grožnjo. V takšnem stanju se je zelo težko osredotočiti na delo ali uživati. Zdi se, da je anksiozna oseba »v lasti zelo občutljivega alarmnega sistema«, ki se sproži ob najbolj rahlem gibu in ki torej ne more ločiti resničnega vdora od nenevarnega giba. Oseba tako ostane v stalni pripravljenosti in njene avtomatične misli o nevarnosti se aktivirajo tako hitro in pogosto, da se jih kmalu niti ne zaveda več. (prav tam, str. 21)

Behavioristični avtorji (Müller in Hull, v Lamovec, 1988, str. 270) anksioznost pojmujejo kot »naučeno stanje napetosti, ki izvira iz prirojene težnje po izogibanju bolečin«. Znotraj tega koncepta je anksioznost pojmovana kot »motiv (gon) izogibanja« ali kot »pogojen in generaliziran strah.«

Abramowitz in Deacon (2004) navajata, da vedenjske teorije anksioznih motenj, katerih temeljni predstavnik je Mowrer (1960), temeljijo na pogojevanju. Po vedenjski teoriji so patološki strahovi pridobljeni skozi proces klasičnega pogojevanja in se ohranjajo skozi operativno pogojevanje vedenja izogibanja.

Po mnenju psihoanalitičnih avtorjev je vzrok anksioznosti v »potlačenih instinktivnih impulzih«, ki zaradi »onemogočene sprostitve« povzročajo motnje. (Lamovec, 1988, str. 271)

BOŠNJAK, N (2013). Teoretični modeli obsesivno-kompulzivne motnje in praktikov pogled nanje.

Neonalitični avtorji (Horney in Sullivan, v Lamovec 1988, str. 270) so vzrok za anksioznost videli v »nezadovoljenosti temeljnih potreb« (po varnosti, navezanosti, zaščiti itd.).

Med sodobnimi teoretičnimi modeli anksioznosti velja izpostaviti tudi biološke modele, ki se osredotočajo na telesnost anksioznosti in predlagajo biološke vzroke anksioznih motenj: kemični procesi v možganih, nepravilno delovanje možganov ter dednost. V bioloških modelih je poudarek predvsem na nevroznanosti in genetiki (npr. Jenike, Baer in Minichiello, 1998, v Jenike 2004; Stein, Goldin, Sareen, Zorilla in Brown, 2002, v Schneier 2006; Gorman, Kent, Sullivan in Coplan, 2000, v Katon 2006).

1.7 DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA POJAV IN UTRJEVANJE ANKSIOZNIH MOTENJ

Vzroki anksioznih motenj ostajajo nejasni. Avtorji (npr. Lamovec, 1988; Dernovšek idr., 2006) so enotnega mnenja, da na razvoj omenjenih motenj lahko vpliva več različnih dejavnikov, pri čemer določene dejavnike izpostavljajo kot najpomembnejše. Po mnenju Lamovčeve (1988, str. 271) obstoj večih teorij o izvoru anksiozne motnje kaže na to, da so »njeni vzroki lahko različni«. Različne razlage motnje naj bi kazale na »multiplo kavzalnost« pri njenem nastanku.

Avtorji pogosto razlikujejo med več vrstami vzrokov oziroma dejavnikov: tistimi, zaradi katerih je oseba nagnjena k razvoju anksioznih motenj, sprožilnimi dejavniki in dejavniki, ki motnjo vzdržujejo.

Dernovšek idr. (2006, str. 38, 39) razlikujejo med tremi vrstami dejavnikov anksioznih motenj:

»dejavniki, zaradi katerih je oseba bolj dovzetna za razvoj motenj:

- anksiozne motnje v družini,
- prirojena nagnjenost k tesnobi,
- določene osebnostne lastnosti (perfekcionizem, želja in potreba po nadzoru nad položajem, velika potreba po varnosti, nagnjenost k podcenjevanju lastnih sposobnosti reševanja problemov);

dejavniki, ki sprožijo motnje:

- različni neprijetni dogodki v okolju,
- zdravstvene težave,
- izgube (smrt v družini, prometna nesreča, razpad zveze, denarne težave, izguba delovnega mesta),
- osamljenost;

dejavniki, ki jih vzdržujejo (včasih so ti dejavniki enaki kot pri točkah a in b, navadno pa se jim dodatno pridružijo še težave, ki jih povzroči povečana tesnoba; ta posameznika ovira v vsakodnevnem življenju:

- nezaupanje vase,
- nezaupanje v možnost rešitve,
- težave v medosebnih odnosih,
- težave v službi,
- drugo.«

V literaturi je pogosta tudi delitev na socialne oziroma okoljske, psihosocialne ter biološke vzroke.

Erzar (2007) v socialnih vzrokih, kot so na primer težave v medosebnih odnosih, stres in neuspeh v službi ali šoli ter druge stresne okoliščine v okolju, prepoznava sprožilno funkcijo. Avtorji, ki so raziskovali panično motnjo (Roy-Byrne, Geraci in Uhde, 1986; Manfro, Otto, McArdle, Worthington, Rosenbaum in Pollac, 1996, vsi v Katon, 2006), navajajo, da je približno 80 % oseb s to motnjo poročalo o pomembnih stresnih faktorjih v nedavni preteklosti. Kendler, Neale, Kessler, Heath in Eaves (1992, v Schneier, 2006) prepoznava okoljske vzroke pri razvoju socialne anksioznosti.

Chorpita in Barlow (1998, v Erzar, 2007) med psihosocialnimi vzroki izpostavljata pretirano zaščitniške in vsiljive starše oz. družine. Tudi Rapee in Spence (2004, v Schneier, 2007) pišeta o preveč zaščitniških in preveč kritičnih starših kot dejavniku pri razvoju socialne anksioznosti. Lamovec (1988, str. 271) »pretirano kaznovanje v procesu socializacije, ki deluje po principu pogojevanja« izpostavi kot najpomembnejši vzrok anksioznosti.

Vse več avtorjev (npr. Stein, Goldin, Sareen, Zorilla in Brown, 2002, v Schneier 2006; Gorman, Kent, Sullivan in Coplan, 2000, v Katon, 2006; Toregersen, 1983, v Katon, 2006) opozarja na biološke vzroke anksioznih motenj, pri čemer se v stroki poudarja možnost

nevroloških dejavnikov. Stein, Goldin, Sareen, Zorilla in Brown (2002, v Schneier, 2006) poročajo o nenormalni možganski aktivnosti v povezavi s socialno anksioznostjo, Gorman, Kent, Sullivan in Coplan (2000, v Katon, 2006) o nevroloških faktorjih pri razvoju panične motnje, Jenike, Baer in Minichiello (1988, v Jenike, 2004) pa pišejo o obstoju dokazov o nevroloških osnovah za razvoj obsesivno-kompulzivne motnje.

Eden izmed možnih bioloških vzrokov naj bi bilo kemično neravnovesje v možganih, katerega vzrok je nenormalno delovanje neurotransmitorjev (npr. serotonina). Schneier (2006) navaja izsledke raziskav (Argyropoulos, Bell in Nutt, 2001), ki dokazujejo abnormalnosti, povezane s serotoninskim in dopaminskim delovanjem pri socialni anksioznosti. Zohar in Insel (1987, v Riggs in Foa, 2006) poročata o nenormalnem metabolizmu serotonina kot vzroku obsesivno-kompulzivne motnje.

Vse več avtorjev (npr. Torgersen, 1983, v Katon, 2006; Pauls, Alsobrook, Goodman, Rasmussen in Leckman, 1995, v Jenike, 2004) prepoznava dednost kot dejavnik razvoja anksioznih motenj. O genetskih faktorjih pri razvoju tovrstnih motenj poroča Torgersen (1983, v Katon, 2006). Pauls, Alsobrook, Goodman, Rasmussen in Leckman (1995, v Jenike, 2004) predlagajo možnost genetske osnove za razvoj obsesivno-kompulzivne motnje, medtem ko Kendler, Neale, Kessler, Heath in Eaves (1992, v Schneier, 2006) prepoznava dednost kot vzrok pri razvoju socialne anksioznosti.

1.8 SIMPTOMI ANKSIOZNIH MOTENJ

Avtorji (npr. Fossum, 1990; Lamovec, 1988; Dernovšek idr., 2006; Burningham, 1989; Erzar, 2007) so si enotni v prepoznavanju raznolikosti simptomov, ki se manifestirajo na različnih nivojih. Skupna značilnost raznolikih simptomov je izražanje napetosti in zaskrbljenosti.

Fossum (1990, str. 13) anksioznost opredeli kot »psihobiološki odziv na situacijo, v kateri človek zaznava prisotnost nevarnosti ali grožnje« in našteje nivoje, na katerih se anksioznost manifestira:

- fiziološki sistem (telesni odzivi),
- kognitivni sistem (misli o situaciji),

- emocionalni sistem (čustva, občutki),
- vedenjski sistem (vedenje),
- motivacijski sistem (spodbuda k dejanju).

Če za izhodišče vzamemo zgornjo delitev in si te manifestacije pogledamo nekoliko podrobneje, se anksioznost na fiziološkem nivoju manifestira na naslednje načine: povečana napetost mišic, povečano delovanje žlez znojnic, povečana hitrost in jakost srčnega utripa z občasnimi palpacijami in občutki stiskanja pri srcu, povečan krvni pritisk, hladni udi, kratko in plitvo dihanje, prebavne motnje in težnja po bruhanju. (Lamovec, 1988) Dernovšek idr. (2006) kot možne fizične simptome omenjajo še tresenje, glavobol, vrtoglavico, otrplost, utrudljivost in motnje apetita. Erzar (2007, str. 75) opisuje naslednje telesne simptome tesnobe: »stanje napetosti in nemira se kmalu pokaže s telesnimi simptomi, kot so utrujenost, izčrpanost, utrujenost v mišicah, bolečine v vratu, glavi, prsni in želodcu«. Telesne simptome predstavi kot sekundarne (napor, ki ga oseba doživlja pri spopadanju s tesnobo, se izrazi na telesu) in opozori na možnost dolgotrajnih posledic na telesu. Poleg tega omenja tudi možnost pojavljanja »stereotipnih in mehanično ponavljajočih se gibov, kot so prikimavanje, pokašljevanje, žvečenje, tleskanje z jezikom, popravljanje očal in podobno.« (prav tam, str. 76)

Dernovšek idr. (2006, str. 40) pišejo, da se na emocionalnem nivoju anksioznost kaže v obliki »strahu, panike in tesnobe«. Burningham (1989) govori o širokem razponu simptomov na emocionalnem nivoju: od občutka neprijetnosti ali prestrašenosti do občutka nemirnosti, napetosti ter razdražljivosti. Taylor (1953, v Lamovec, 1988) navaja še naslednje simptome: živčnost, zaskrbljenost, preobčutljivost, zadrega, nestrpnost, občutje ogroženosti in splošno nezadovoljstvo.

Dernovšek idr. (2006) na vedenjskem nivoju omenjajo naslednje simptome: težave s spanjem (nočne more, nespečnost) ter izogibanje situacijam, ki vzbujajo strah, itd. Erzar (2007, str. 75, 76) piše o »zmanjšani sposobnosti za sprostitvev in doživljanje ugodja, manjšem potrpljenju, /.../ povečanem prizadevanju po kontroli nad dogodki in ljudmi, zmanjšani sposobnosti za premagovanje vsakodnevnega stresa in hrupa.«

Na kognitivnem nivoju se anksioznost večkrat izraža v zmanjšani sposobnosti koncentracije in miselnega napora. (Erzar, 2007) Misli so pogosto osredotočene na situacije, ki se jih osebe z motnjo bojijo, ali možne dogodke v prihodnosti. (Burningham, 1989)

1.9 VRSTE ANKSIOZNOSTI

V stroki najdemo različne klasifikacije anksioznih motenj, vendar je najpogostejša delitev na naslednje osnovne oblike: generalizirana anksiozna motnja, panična motnja, posttravmatski stresni sindrom, obsesivno kompulzivna motnja, specifične fobije ter socialna anksioznost.

Appleton (2008) poleg zgoraj omenjenih kot posebno vrsto obravnava še: agorofobijo, separacijsko anksioznost, selektivni mutizem in tesnobo, usmerjeno na zdravje.

Dernovšek (2009) navaja nekoliko drugačno, širšo delitev anksioznih motenj. Pod anksiozne motnje uvršča generalizirano anksiozno motnjo, fobične motnje, panično motnjo, obsesivno kompulzivno motnjo, somatoforne motnje, somatizacijsko motnjo, hipohondrično motnjo, trajno somatiformno bolečinsko motnjo, disociativne motnje, disociativno motorično motnjo ter disociativne konvulzije.

V nadaljevanju bom opisala glavne značilnosti tistih vrst anksioznih motenj, ki jih prepozna večina avtorjev (npr. Dernovšek idr., 2006; Appleton 2008).

○ Generalizirana anksiozna motnja.

Za generalizirano anksiozno motnjo je značilna »stalna prosto lebdeča tesnoba in zaskrbljenost zaradi stvari, ki so za posameznika pomembne in mu predstavljajo vrednote: šolske ocene, uspeh pri športu, točnost in natančnost, družinske zadeve, služba, pohvale, mnenje drugih in zdravje.« (Dernovšek, 2009, str. 236)

Za osebe, ki trpijo za to motnjo, je značilna nagnjenost k perfekcionizmu, postavljanje previsokih zahtev in velikih pričakovanj do sebe. Podcenjujejo možnosti rešitev, svoje sposobnosti, svojo učinkovitost in kakovost svojega dela ter precenjujejo nevarnosti. Fizični simptomi, prisotni pri tej motnji, so: utrujenost, bolečine po telesu, glavoboli, oteženo dihanje,

pospešeno bitje srca, slabost, bolečine v želodcu, potenje, suha usta, pogosto uriniranje, omotičnost, vznemirjenost in razdražljivost. (Dernovšek, 2009, str. 236)

Appleton (2008) generalizirano anksiozno motnjo povezuje s prekomernimi skrbmi, ki se nanašajo na več različnih področij v življenju in ki trajajo vsaj 6 mesecev. Posameznik, ki trpi za to motnjo, skrbi ne more nadzorovati, prisotni pa so tudi fizični simptomi.

○ **Panična motnja.**

Za panično motnjo so značilni »ponavljajoči se, nenadni napadi panike«. (Appleton, 2008, str. 41) »Izkušnja paničnega napada zajema doživetje ekstremnega strahu in groze, misli o smrti in nepremagljive želje po pobegu iz situacije.« (Barlow, 2002 v Appleton, 2008, str. 24) »Možni fizični in kognitivni simptomi med paničnim napadom so: razbijanje srca, potenje, tresenje, zadihanost, občutek dušenja, strah pred smrtjo, bolečine v prsih, slabost, omotica, občutek neresničnosti in depersonalizacije, strah pred norostjo, omrtvičenje ali mravljinčenje, mrzlica ali vročinski oblivi.« (Appleton, 2008, str. 24)

V strokovni literaturi je večkrat omenjena povezava med paničnimi napadi in agorofobijo (npr. Appleton, 2008; Dernovšek, 2009). Ljudje, ki doživijo panični napad, pogosto postanejo zaskrbljeni zaradi potencialnih napadov v prihodnosti in razvijejo agorofobijo. »Gre za anksioznost pred situacijami, v katerih bi bil v primeru paničnega napada pobeg otežen ali bi bile posledice napada posebno vznemirjajoče, in posledično izogibanje prostorov, v katerih bi lahko prišlo do takih situacij.« (Appleton, 2008, str. 24)

Dernovšek (2009, str. 238) kot pogoj za postavitve diagnoze panične motnje določi, da »posameznik doživi vsaj dva panična napada, katerim sledi vsaj en mesec skrbi pred novim napadom.« Dernovšek idr. (2006) pišejo, da se panična motnja razvije zaradi napačne interpretacije reakcije na stres. V primeru, da se posameznik ustraši simptomov stresa (na primer pospešeno bitje srca si razloži kot znak, da mu bo odpovedalo srce), se zaradi povečane pozornosti in strahu ti še ojačajo, kar posameznik razume kot znak, da je v smrtni nevarnosti. Tudi Clark (1996, v Appleton, 2008, str. 41) vzrok paničnih napadov pripisuje »napačni interpretaciji določenih telesnih občutkov« kot potencialno usodnih.

○ **Specifične fobije.**

»Fobija je vztrajen in pretiran oziroma glede na realnost prekomeren strah pred določeno stvarjo, dogodkom ali situacijo: določenimi živalmi, naravnimi pojavi (npr. nevihtami), krvjo, določenimi okoliščinami (temo, dvigali) in drugimi določenimi, posebnimi predmeti.« (Appleton, 2008, str. 41, 42)

Dernovšek (2009, str. 237) kot pogoja za diagnozo fobije omenja trajanje »najmanj šestih mesecev« in »vpliv na posameznikovo vsakdanjost«. Avtorji (npr. Dernovšek, 2009; Burningham, 1989) kot pomembne značilnosti fobičnih motenj izpostavljajo tesnobno reakcijo, izogibanje stvarjem oziroma situacijam, ki so objekt fobije, ter možno zavedanje iracionalnosti svojih strahov (ki pa se jih z razumnimi razlogi kljub temu ne da odpraviti).

V strokovni literaturi (npr. Dernovšek 2009) se pogosto navaja osnovno delitev fobij na enostavne in socialno fobijo; socialno anksioznost se torej večkrat obravnava kot posebno vrsto fobije.

○ **Socialna anksioznost.**

Leary (1983, v Puklek, 2006, str. 10) definira socialno anksioznost kot »kognitivno-afektivni sindrom, ki ga kot vse vrste anksioznosti označuje fiziološko vzburjenje (vzbujenje simpatičnega živčnega sistema) ter zaskrbljenost zaradi možnih negativnih izidov, za katere je oseba prepričana, da jih ne zmore preprečiti«. Puklek (2006, str. 10) piše, da »se simptomi anksioznosti pojavijo v različnih socialnih situacijah«, v katerih ima anksiozna oseba »občutja neugodja in napetosti, negativno razmišlja o svoji socialni pojavnosti ter teži k umiku iz socialne situacije, ki jo zaznava kot ogrožajočo«.

○ **Posttravmatski stresni sindrom.**

»Posttravmatski stresni sindrom je tesnobnost, ki je posledica zelo hude in za posameznika travmatične stresne izkušnje: nasilje, spolna zloraba, rop, ugrabitev, huda nesreča, naravna nesreča ali diagnoza življenjsko ogrožajoče bolezni.« (Dernovšek idr., 2006, str. 37)

Avtorji (npr. Dyregrov in Jule, 2006; Stallard, 2006, vsi v Appleton, 2008; Dernovšek idr., 2006) pod simptome PTSS-ja navajajo nelagodje ob vsem, kar posameznika asociira na travmatično izkušnjo in s tem povzročajo podoživljanje ter poskuse izogibanja tem stvarim. Pogoste so tudi vrinjene misli in slike, povezane s travmatičnim dogodkom, ter nočne more. Pri osebah, ki so preživele travmo, je opaziti tudi povečano občutljivost na dražljaje iz okolja, povečano pazljivost in previdnost ter težave pri koncentraciji. Dernovšek idr. (2006) omenjajo še večjo razdražljivost in napade ter izbruhe jeze.

○ **Obsesivno-kompulzivna motnja.**

»Obsesivno kompulzivna motnja so ponavljajoče se misli (obsesije) ali vedenja (kompulzije), s katerimi nekdo blaži tesnobo in jih ne more nadzirati. Obsesije so neprijetne misli, impulzi ali podobe, ki se posamezniku ne prestopajo v misli kljub velikemu trudu, da bi jih zaustavil (npr. nekdo ves čas misli, da se bo okužil z bakterijami). Kompulzije pa so ponavljajoča se nesmiselna vedenja, s katerimi nekdo poskuša zmanjšati tesnobo, ki je nastala zaradi vsebine obsesivnih misli (npr. zaradi strahu pred okužbo z bakterijami ne prestopajo čisti ali si umiva roke); taka vedenja so nepotrebna in nesmiselna.« (Dernovšek idr., 2006, str. 37)

2 OBSESIVNO-KOMPULZIVNA MOTNJA

2.1 DEFINICIJE

Riggs in Foa (2006, str. 169) navajata, da so »simptomi, ki so značilni za motnjo, ki je zdaj znana kot obsesivno-kompulzivna motnja, v veliko kulturah znani že stoletja. Sindrom OKM (obsesivno-kompulzivne motnje) je kot psihični oziroma zdravniški problem prvič opisal Esquirol leta 1838.«

Ameriško psihiatrično združenje (APA) je leta 2000 (v Taylor, Abramowitz in McKay, 2007) obsesivno-kompulzivno motnjo opredelilo kot motnjo, za katero so značilne obsesije ali kompulzije ali največkrat oboje. Konceptualizacija motnje kot značilnosti OKM že dolga leta zajema tako vsiljive misli in ideje, ki ustvarjajo zaskrbljenost, kot tudi ponavljajoča se

vedenja. »DSM-IV (Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj) v definiciji OKM torej ohranja dvojnost simptomov, čeprav se osebi lahko postavi diagnozo OKM tudi, če so prisotne samo obsesije ali samo kompulzije.« (1994, v Riggs, Foa, 2006 str. 169) DSM-IV (2000, str. 457) definira obsesije kot »vztrajne ideje, misli, impulze ali podobe, ki jih oseba doživlja kot vsiljive in neprijetne in povzročajo anksioznost ali zaskrbljenost« in kompulzije kot »ponavljajoče se vedenje (npr. umivanje rok, urejanje, preverjanje) ali mentalne aktivnosti (npr. ponavljanje molitev, štetje, ponavljanje besed), katerih cilj je preprečiti ali zmanjšati anksioznost ali zaskrbljenost, in ne zagotovitev zadovoljstva oziroma zadovoljitve.«

Foa in Tilmanns (1980, v Riggs in Foa, 2006, str. 169) pišeta, da »DSM-IV kljub podobnosti definicije z zgodnejšim pojmovanjem motnje vpeljuje kar nekaj novih idej«. Avtorja (prav tam) navajata, da definicija DSM-IV »ohranja poudarek DSM-II-R na funkcijskem razmerju med obsesijami in kompulzijami, ki je v tem, da se kompulzije izvajajo z namenom preprečiti škodo ali zaskrbljenost, ki jo povzročijo obsesije«. Riggs in Foa (2006, str. 169) navajata, da je DSM-IV predstavil idejo, da se »kompulzije lahko manifestirajo z očitnimi vedenji (npr. umivanjem) ali miselnimi rituali (npr. tiho ponavljanje molitev)«; funkcija tako očitnih kot prikritih kompulzij pa je v »zmanjševanju stresa oziroma zaskrbljenosti, preprečevanju škode ali ponovnemu vzpostavljanju varnosti«. Avtorja sta opozorila, da je s tem »razlikovanje med obsesijami kot simptomi OKM na miselnem nivoju in kompulzijami kot vedenjskimi simptomi postalo neveljavno«, saj se kompulzije lahko izražajo tako na vedenjskem kot na miselnem nivoju.

V strokovni literaturi pri konceptualizacijah obsesivno-kompulzivne motnje večinoma ni najti pomembnejši odmikov od definicije APA (ameriškega psihiatričnega združenja). Zdi se, da je definicija APA uveljavljena definicija, ki predstavlja osnovo za pojmovanje obsesivno-kompulzivne motnje in njenih simptomov.

Franklin idr. (2003, v Appleton 2008, str. 44) obsesivno-kompulzivno motnjo pojmujejo kot »motnjo, za katero so značilne vsiljive misli in mentalne slike (obsesije), ki vodijo v vedenja in misli (kompulzije) s ciljem nevtraliziranja vsiljivih misli, preprečevanja nadaljnje stiske in nezaželenih posledic.«

Logan (2007, str. 143) navaja definicijo OKM kot motnje, ki »vključuje prisotnost obsesij ali kompulzij ali obojega« in nato obsesije definira kot »vsiljive misli ali podobe (na primer misli

o poškodovanju drugega ali misli o okužbi), kompulzije pa kot »ponavljajoča odkrita vedenja (na primer umivanje rok) ali prikrite mentalne aktivnosti (na primer tiho štetje)«. Tudi Logan (prav tam) opozarja na funkcijsko razmerje med obsesijami in kompulzijami: »obsesije povzročajo vznemirjenost; kompulzije se izvajajo z namenom zmanjševanja vznemirjenosti ali preprečevanja posledic, ki so vsebina obsesij.«

Ugotavljam, da so avtorji pri definiranju OKM razmeroma enotni; večina definicij namreč zajema dvojnost simptomov obsesij in kompulzij, ki jih pojmujejo podobno, ter poudarja funkcijsko razmerje med njimi. V nadaljevanju bom podrobneje predstavila tako obsesije kot kompulzije.

2.2 OBSESIJE

Taylor, Abramowitz in McKay (2007, str. 11) definirajo obsesije kot »vznemirjajoče misli, podobe ali močne želje oziroma potrebe, ki se nepovabljene vsiljujejo v človekov tok zavesti.«

Ameriško psihiatrično združenje (APA; 1994, v Salkovskis in Kirk, 1997, str. 179) v svojem Diagnostičnem in statističnem priročniku duševnih motenj (DSM-IV) definira obsesije kot »ponavljajoče se in dolgotrajne ter trdovratne vsiljive misli, ki niso preprosto pretirane skrbi o življenjskih težavah, kar predstavlja razliko med obsesijami in skrbmi, značilnimi za generalizirano anksiozno motnjo«. APA (prav tam, str. 180) poudarja tudi razliko med obsesijami in psihotičnimi fenomeni, in sicer mora za diagnozo OKM oseba »prepoznati vsiljive misli kot produkt lastnega uma« in jih posledično poskušati »ignorirati, potlačiti ali nevtralizirati«. DSM-IV (2000, str. 457) definira obsesije kot »vztrajne ideje, misli, impulze ali podobe, ki jih oseba doživlja kot vsiljive in neprijetne in povzročajo anksioznost ali zaskrbljenost«.

2.3 KOMPULZIJE

Ameriško psihiatrično združenje v definiciji iz leta 1994 (v Salkovskis in Kirk, 1997, str. 179), pojmuje kompulzije kot »ponavljajoča se vedenja, ki jih oseba izvaja kot odgovor na obsesivne misli ali glede na pravila, za katera verjame, da morajo biti rigidno upoštevana«.

APA kot pogoj za označitev vedenja kot kompulzivnega navaja, da »mora biti to usmerjeno k preprečevanju ali zmanjševanju stresa ali možnosti izida, ki je predmet strahu pri osebi«.

Definicija ameriškega psihiatričnega združenja iz leta 2000 (str. 457) opisuje kompulzije kot »ponavljajoče se vedenje (npr. umivanje rok, urejanje, preverjanje) ali mentalne aktivnosti (npr. ponavljanje molitev, štetje, ponavljanje besed), katerih cilj je preprečiti ali zmanjšati anksioznost ali zaskrbljenost, in ne zagotovitev zadovoljstva oziroma zadovoljitve«. V DSM-IV (prav tam) je navedeno, da se kompulzije ponavadi izvajajo z namenom »zmanjšanja vznemirjenosti ali preprečevanja nekega dogodka, ki se ga oseba boji«. Lahko so »reakcija na obsesije, kot na primer ponavljajoče se umivanje rok, ki je reakcija na obsesije o kontaminaciji«; izvajajo pa se lahko tudi »glede na določeno pravilo«. Taylor idr. (2007, str. 11) navajajo, da so kompulzije lahko »očitne (na primer desetkratno ponavljanje prižiganja in ugašanja luči) ali prikrite (razveljavitev slabe misli z dobro mislijo). /.../ So pretirane ali nimajo realne povezave s tem, kar naj bi preprečile.«

Po mnenju Salkovskisa in Kirka (1997, str. 180) je pri specifičnih definicijah obsesij in kompulzij bistveno dodati, da »obsesije in/ali kompulzije osebo prizadenejo na socialnem in/ali poklicnem področju in povzročajo izrazito stisko«. Ta aspekt definicije OKM je po mnenju avtorjev (prav tam) ključen, glede na to, da so »vsiljive misli vsakdanje med ljudmi, ki nimajo nobenih kliničnih težav«.

2.4 VPOGLED OSEB Z OKM V SVOJO MOTNJO

»Zgodnejše konceptualizacije OKM so predpostavljale, da se osebe s to motnjo zavedajo nesmiselnosti in pretiranosti svojih obsesij in kompulzij.« (Kozak in Foa, 1994, v Riggs in, Foa, 2006, str. 169) Tudi danes v stroki (npr. Jenike, 2004; DSM-IV, 2000) prevladuje mnenje, da ima večina oseb z OKM določen vpogled v svojo motnjo. Jenike (2004) poudarja razliko med osebami, ki trpijo za psihotičnimi boleznimi, in osebami z OKM, ki je ravno v tem, da se slednji po navadi zavedajo ekstremnosti in nelogičnosti svojega vedenja.

Čeprav je dolgo časa veljalo nasprotno, so strokovnjaki sčasoma opozorili na dejstvo, da vse osebe, ki trpijo za OKM, v resnici nimajo realnega vpogleda v svojo motnjo. Mesto na kontinuumu vpogleda prikazuje klinično predstavitev OKM (Kozak in Foa, 1994, v Riggs in

Foa, 2006). Jenike (2004), ki poudarja, da je vpogled oseb z OKM v svojo motnjo razlika med psihotičnimi boleznimi in osebami z OKM, po drugi strani opozarja, da se v ekstremnih primerih vpogled bolnikov z OKM lahko tako močno oslabi, da ti resnično verjamejo, da so njihove obsesivne skrbi upravičene, in se torej ne zavedajo njihove nesmiselnosti. Foa, Abramowitz, Franklin in Kozak (1999, v Riggs in Foa, 2006, str. 169) pišejo, da »vpogled posameznikov z OKM v svoje težave niha glede na čas in situacijo«. Avtorji (prav tam) kot dejavnike, ki naj bi vplivali na vpogled, poleg časa in situacije navajajo še »počutje, prisotnost drugih ljudi in stres. /.../ Tako se lahko osebe z OKM zavedajo nesmiselnosti svojih simptomov, ampak v trenutku soočenja s situacijo, ki se je bojijo, izgubijo vpogled v svojo motnjo. Dejstvo, da so osebe s slabim vpogledom manj odzivne na terapijo izpostavljenosti in reakcije (ERP in ritual prevention), ki sicer velja za najbolj učinkovito zdravljenje OKM, še poudari pomembnost vpogleda oseb z OKM v svojo motnjo.« (prav tam, str. 169)

Motnja posameznikov, ki ne prepoznajo nesmiselnosti svojih obsesij in kompulzij, je v skladu z Diagnostičnim in statističnim priročnikom o duševnih motnjah, 4. izdaja (DSM-IV, 2000), diagnosticirana kot OKM s slabim vpogledom (OCD »with poor insight«). (Jenike, 2004; Foa, Abramowitz, Franklin, in Kozak, 1999, v Riggs, Foa, 2006)

Osebe z OKM s slabim vpogledom, ki torej ne prepoznavajo svojih obsesij in kompulzij kot pretiranih, nerazumnih in neracionalnih in se jim posledično ne poskušajo upreti, predstavljajo manjšino vseh obolelih za to motnjo (DSM-IV, 1994, v Logan, 2007). Lelliot in idr. (1988, v Logan, 2007) so ugotovili, da se 12 % od 49 oseb z OKM, vključenih v raziskavo, ni upiralo izvajanju ritualov in da je tretjina menila, da so njihove obsesivne misli racionalne.

2.5 RAZŠIRJENOST ali EPIDEMIOLOGIJA

Avtorji (npr. Karno, Golding, Sorenson in Burnam, 1988; Rasmussen in Eisen, 1992; Sasson in idr., 1997, vsi v Riggs in Foa, 2006; Robins in idr., 1984, v Salkovskis in Kirk, 1997) so si enotni v poudarjanju, da je motnja včasih veljala za redko, danes pa so raziskave pokazale večjo razširjenost; ugotovitve različnih raziskav, ki jih navajajo avtorji, so razmeroma enotne: ocene razširjenosti OKM med splošno populacijo se gibljejo od 2 do 3 %. Po podatkih Ameriškega psihiatričnega združenja (DSM-IV, 1994, v Jenike, 2004) obsesivno-kompulzivna motnja prizadene 2 do 3 % svetovne populacije.

Robins idr. (1984, v Salkovskis in Kirk, 1997) pišejo, da je obsesivno-kompulzivna motnja do nedavnega veljala za redki klinični problem s stopnjo razširjenosti v populaciji manj kot 0,1 %. Avtorji (prav tam) poročajo, da najnovejše epidemološke študije kažejo na višjo razširjenost OKM v splošni populaciji, kot je bilo to znano prej. Pred kratkim so poročali o stopnji razširjenosti med populacijo 1,9–3,2 %.

Tudi Riggs in Foa (2006, str. 171) navajata mnenje avtorjev (Karno, Golding, Sorenson in Burnam, 1988; Rasmussen in Eisen, 1992; Sasson idr., 1997) ki so si enotni v tem, da je OKM »včasih veljala za redko motnjo, v zadnjih desetletjih pa strokovnjaki ocenjujejo, da za njo na neki točki v svojem življenju trpi 2,5 % odrasle populacije«.

Riggs in Foa (2006, str. 171) navajata izsledke raziskave (Andrews, Henderson in Hall, 2001), v kateri je bila »pogostost kronične oblike, to je motnje, ki traja najmanj dvanajst mesecev, ocenjena na 0,7 %«, in drugih raziskav (Andrews idr., 2001; Rasmussen in Eisen, 1992), ki so ocenile »pogostost motnje kot akutnega stanja od 0,5 % do 1,6 % . /.../ Zadnje epidemiološke študije OKM med otroci in mladostniki kažejo na podobno stopnjo razširjenost kot v odrasli populaciji.« (npr. Flament idr., 1988; Valleni-Basile idr. 1994, vsi v Riggs in Foa, 2006, str.171)

Po podatkih, pridobljenih v študijah, naj bi bila »malenkost več kot polovica odraslih z OKM ženskega spola« (Rasmussen in Tsuang, 1986, v Riggs in Foa, 2006, str. 171), medtem ko naj bi bilo »med otroci razmerje fantov z OKM v primerjavi z dekleti kar 2 proti 1« (npr. Hanna, 1995; Swedo idr., 1989, v Riggs in Foa, 2006, str. 171).

DSIM-IV (1994, v Jenike, 2004) poroča o povprečni starosti 22–36 let ob nastopu OKM. Weissman idr. (1994, v Logan, 2007) navajajo podobno povprečno starost ob prvem nastopu motnje, in sicer obdobje od srednjih ali poznih dvajsetih do zgodnjih tridesetih.

2.6 POMEN ZGODNJE DIAGNOZE IN USPEŠNOST ZDRAVLJENJA

Avtorji (npr. Salkovskis in Kirk, 1997; Maj, Sartorius, Okasha in Zohar, 2002, v Jenike, 2004) velikokrat predstavljajo OKM kot motnjo, s katero oseba živi celo svoje življenje; kot motnjo, ki se jo lahko omili in nadzoruje, a največkrat ne popolnoma ozdravi.

Salkovskis in Kirk (1997, str. 179) pojmujeta obsesivno-kompulzivno motnjo kot resno anksiozno motnjo; kot »trdovratno motnjo, ki zahteva vseživljenjsko zdravljenje«; oziroma »problem, s katerim se živi in na katerega se prilagodi, prej kot ozdravljiv problem«.

Maj idr. (2002, v Jenike, 2004) pojmujejo OKM kot običajno kronično bolezen z obdobji izboljšanja in poslabšanja. Avtorji (prav tam) pišejo, da se z učinkovitim zdravljenjem resnost stanja lahko omili, a običajno nekateri simptomi ostanejo.

Strokovnjaki (The Expert Consensus Panel for Obsessive-Compulsive Disorder, 1997, v Jenike, 2004) opozarjajo, da zgodnja diagnoza in ustrezno zdravljenje OKM zmanjša trpljenje in tveganje za sekundarne težave, kot so depresija, partnerske težave, težave na delovnem mestu itd. OKM je žal pretežno slabo diagnosticirana in zdravljena zaradi različnih razlogov (prikrivanje bolnikov ali pomanjkanje vpogleda v svojo bolezen, neusposobljenost zdravnikov za zdravljenje te motnje, pomanjkanje dostopa do zdravljenja).

Jenike (2004, str. 1) je mnenja, da v primeru »neustrezne obravnave pri večini obolelih za motnjo OKM pride do klinične prizadetosti z obdobji izboljšanja in poslabšanja, torej obdobji omilitve in ojačanja simptomov«. Avtor (prav tam) opozarja, da »se OKM celo z učinkovitim zdravljenjem redko ozdravi v celoti, vendar se stanje lahko izboljša v taki meri, da oseba z OKM živi normalno življenje, torej dela, ima družino in se aktivno udejanja v socialnem življenju«.

2.7 HETEROGENOST IN VRSTE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE

Riggs in Foa (2006; 2007) navajata, da četrta izdaja Diagnostičnega in statističnega priročnika mentalnih motenj Ameriškega psihiatričnega združenja (DSM-IV, 1994) formalno ne razlikuje med podvrstmi obsesivno-kompulzivne motnje, temveč le identificira tiste s slabim vpogledom. Obenem poudarita, da kljub temu več različnih klasifikacijskih shem ljudi z obsesivno-kompulzivno motnjo razvršča v različne kategorije glede na vrsto obrednih aktivnosti – kompulzij. OKM se manifestira na številne načine, zato se posameznike z OKM klasificira glede na njihove najbolj izrazite simptome.

Tudi Purdon (2007, str. 119) je mnenja, da je obsesivno-kompulzivna motnja »heterogena motnja«. Avtorica navaja primer Obsesivno-kompulzivne lestvice Yale-Brown (Goodman idr., 1989, v Purdon, 2007, str. 119), ki poroča »o osmih kategorijah obsesij (39 specifičnih obsesij) in sedmih tipih kompulzij (26 specifičnih kompulzij)«. Omenjena lestvica znotraj vsakega tipa dopušča še druge primere obsesij in kompulzij.

Avtorji McKay, Abramowitz, Calamari, Kyrios, Sookman, Taylor in Wilhelm (2004, v Taylor idr., 2007, str. 11) tako kot Purdon navajajo, da epidemiološke raziskave in faktorske analitične študije kažejo na »simptomatsko heterogeno stanje« obsesivno-kompulzivne motnje. Taylor (2005, v Taylor idr., 2007, str. 11) navaja štiri glavne tipe ali konstelacije obsesivno-kompulzivne motnje:

- »obsesije (agresivne, seksualne, religiozne, somatske) in kompulzije preverjanja;
- obsesije simetrije in kompulzije urejanja, štetja, ponavljanja;
- obsesije o kontaminaciji in kompulzije čiščenja;
- obsesije in kompulzije zbiranja in kopičenja«.

Večina avtorjev (npr. Taylor, 2005; McKay, Abramowitz, Calamari, Kyrios, Sookman, Taylor in Wilhelm, 2004; vsi v Taylor idr., 2007; Purdon, 2007) torej kljub temu, da DSM-IV formalno ne razlikuje med podzvrstmi OKM, na podlagi študij priznava ločevanje med različnimi podtipi motnje.

Riggs in Foa (2006, str. 170) opozarjata, da se »pri večini oseb z OKM motnja manifestira v obliki več obsesij in kompulzij (npr. umivanje, preverjanje, ponavljanje), izjemoma samo z enim tipom kompulzije (npr. umivanje)«. Avtorja (prav tam) navajata, da se »za uvrstitev posameznika z OKM znotraj klasifikacijske sheme lahko uporabi prevladujoči ritual, ampak ker tipične predstavitve motnje vključujejo več oblik ritualov, se bolj pogosto razvršča simptome in ne posameznikov« – npr. oseba, ki ima kompulzije umivanja in ponavljanja.

Avtorja (Riggs in Foa, 2006, str. 170) pišeta tudi o tem, da so »podobna kompulzivna vedenja lahko povezana z različnimi obsesivnimi strahovi«, in to ponazorita s primerom: »ena oseba se lahko kompulzivno umiva, da bi odstranila bakterije in preprečila bolezn, medtem ko se drugi umiva, da bi na primer zagotovil, da na rokah nima semenske tekočine, s katero bi nenamerno oplodil žensko«. V skladu s tem avtorja (prav tam) opozarjata, da je, »kljub temu da je klasificiranje oseb z OKM glede na njihove rituale lahko uporabno, pomembno

identificirati tudi njihove obsesije in zagotoviti celostno razumevanje funkcioniranja njihovih ritualov«.

Najpogostejše vrste obsesivno-kompulzivne motnje so: 1) obsesivne misli o kontaminaciji in kompulzivno umivanje, 2) obsesije in kompulzije preverjanja, ter 3) obsesije in kompulzije zbiranja in kopičenja. (Riggs in Foa, 2006)

2.7.1 OBSESIVNE MISLI O KONTAMINACIJI IN KOMPULZIVNO UMIVANJE

»Ritualistično umivanje je najbolj pogosta kompulzija, ki jo oseba s to podvrsto OKM običajno izvaja z namenom zmanjšanja nelagodja, povezanega z obsesivnimi strahovi pred bakterijami ali boleznimi. Na primer posamezniki, ki se obsesivno bojijo, da bi se okužili z virusom HIV-a, se pretirano umivajo, da bi preprečili, da bi se sami okužili s HIV-om, ali da bi se drugi okužili preko njih. Poleg umivanja sebe nekateri pretirano čistijo tudi svoje okolje. Ritualistično umivanje lahko vključuje večkratno ponavljanje umivanja/čiščenja, radikalna čistila (na primer belilo, alkohol) ali ritualizirane vzorce umivanja.« (Riggs in Foa, 2006, str. 170; 2007, str. 149) »Možno je tudi, da za kompulzijami umivanja ni strahu pred okužbo, ampak stanje nečistosti oziroma kontaminiranosti osebi povzroča ekstremno neudobje brez strahu pred posledicami. Tukaj rituali umivanja prav tako služijo zmanjševanju stresa.« (Riggs in Foa, 2006, str. 170)

2.7.2 OBSESIJE DVOMA IN KOMPULZIJE PREVERJANJA

Druga pogosta obsesivno-kompulzivna motnja je ponavljajoče preverjanje.

Abramowitz in Nelson (2007, str. 169) pišeta, da so za posameznike s tem tipom obsesivno-kompulzivne motnje značilni »obsesivni dvomi glede specifičnih situacij, predmetov ali aktivnosti«. Avtorja (prav tam) naštevata pet kategorij takih obsesivnih misli: obsesije glede škode ali poškodb doma; obsesije glede škode, ki bi jo lahko prizadejali drugim; obsesije o možni že povzročeni škodi (npr. ali je oseba morda zbila pešca); obsesivni dvomi, povezani z zdravjem in identiteto; obsesije, povezane z grehi v določeni religiji. Posledice obsesivnih misli so kompulzije, ki se izvajajo z namenom »nevtraliziranja obsesij ali preprečitve

morebitnih posledic, ki so vsebina obsesij in se jih oseba boji«. (prav tam, 170) Avtorja pod kompulzije, značilne za to vrsto obsesivno-kompulzivne motnje, uvrščata odkrito preverjanje, prikrito ali miselno preverjanje ter iskanje zagotovitev pri drugih.

Riggs in Foa (2006, str. 170) se pri pojmovanju te motnje podobno osredotočata na potrebo po nadzoru nad morebitnimi negativnimi posledicami, ko razlagata, da »osebe s to motnjo pogosto preverjajo, da bi se prepričale, da se katastrofa, ki je vsebina njihovih obsesivnih misli, ne bo zgodila, ali da se še ni zgodila«. Avtorja (prav tam) dodajata, da zaradi »veliko potencialnih nevarnosti, ki bi lahko povzročile različne katastrofe, obsesivno-kompulzivni posamezniki preverjajo najrazličnejše stvari«. »Najbolj pogosta preverjanja naj bi bila naslednja: preverjanje, ali so vrata zaklenjena, pipe zaprte, električne naprave izključene in/ali odklopljene iz vtičnic, preverjanje, ali ima oseba pri sebi še vse pomembne osebne predmete (npr. ključi, denarnica) in preverjanje, da oseba ni zadela pešca, medtem ko je vozila. Tako npr. posamezniki, ki imajo obsesivne strahove pred tem, da bi vlomilec vlomil v njihov dom, vzel dragoceno lastnino in poškodoval njihovo družino, konstantno preverjajo, ali so vrata zaklenjena in okna zaprta, da bi zmanjšali ta strah. Podobno tisti, ki jih je strah, da so povozili pešca, ponavljajo vožnjo po prevoženi poti, da bi preverili, ali so na cesti kakšne žrtve.«

»Drugi rituali, kot so ponavljanje, razvrščanje in štetje, lahko prav tako kot preverjanje služijo namenu preprečiti katastrofo, ampak je mehanizem, preko katerega delujejo, bolj vraževeren ali magičen. Za razliko od ritualov pri pregledovalcih ti rituali ponavadi nimajo logične povezave s posledicami, ki se jih obsesivno-kompulzivne osebe bojijo. Na primer večkratno pregledovanje, ali so okna zaprta, v primeru, da se nekdo boji vloma, ima logično konotacijo, medtem ko med večkratnim štetjem črk v besedah in preprečitvijo smrti bližnjega v nesreči z motorjem ni logične povezave. Veliko obsesivno-kompulzivnih posameznikov, ki ponavljajo, urejajo in štejejo, izvaja rituale, da bi zmanjšali zaskrbljenost ali da bi zagotovili »dober občutek«, in ne toliko, da bi preprečili katastrofo.« (Riggs in Foa, 2006, str. 170)

Ponavljanje in štetje ter v manjši meri tudi preverjanje (v obliki pregledovanja) se lahko manifestira na miselnem nivoju z malo ali brez opaznega vedenja: ponavljanje besed, pesmi, molitev v sebi; tiho štetje; ponavljanje dejanj v mislih, da bi se prepričali, da so dejansko končali oz. pravilno končali nalogo, ki si so jo zadali itd. (Riggs in Foa, 2006, str. 170)

2.7.3 OBSESIJE IN KOMPULZIJE ZBIRANJA IN KOPIČENJA

Frost in Hartl (1996, v Cherian in Frost, 2007, str. 231) pojmujeta kompulzivno kopičenje kot »sindrom potencialnega onemogočenja, ki vključuje naslednje primarne simptome: pridobitev in nezmožnost odkloniti ali se znebiti ogromne količine imetja, ki je neuporabno ali omejene oziroma majhne vrednosti; življenje v neurejenih in zanemarjenih prostorih, ki ima za posledico onemogočeno aktivnost, ki je bila za ta prostor predvidena; znatno vznemirjenje in ovirano funkcioniranje kot posledici kopičenja.«

Riggs in Foa (2006, str. 170, 171) definirata kopičenje kot »vrsto obsesivno-kompulzivne motnje, ki vključuje akumulacijo prevelikih količin materiala«. Obsesivno-kompulzivno motnjo kopičenja je morda bolj ustrezno opredeliti kot izogibajočo, saj je zanjo v večji meri kot kompulzivna dejavnost značilno izogibanje – namesto zbiranja materiala se osebe izogibajo, da bi predmete, s katerimi se srečujejo v vsakdanjem življenju, metale stran, zaradi strahu, da jih ne bi imele pri roki, ko bi jih potrebovale, oziroma da jim v prihodnosti ne bi bili dostopni. Po daljšem času ima lahko konsistentno izogibanje (tudi brez aktivnega zbiranja) za posledico velikanske količine nakopičenega materiala. Obstajajo tudi obsesivno-kompulzivne osebe, ki kompulzivno kopičijo (torej ne gre za izogibanje, ampak aktivno zbiranje) določene materiale (naročanje na številne časopise, prenos prevelikih količin informacij z interneta, kupovanje veliko kopij ali različic nekega predmeta, itd.). Predmet kopičenja lahko predstavljajo predmeti, ki imajo denarno vrednost oziroma potencialno koristnost ali dragocenost ali zbirateljsko vrednost (npr. komplet set neke revije), prav tako kot predmeti brez vrednosti (npr. piščančje kosti, prazni tetrapaki od mleka). Diagnoza OKM je v prvem primeru bolj zapletena, saj temelji bolj na zaskrbljenosti in stiski, povezanima z izgubo ali neuspehom pridobiti predmet zbiranja, ali funkcionalnimi posledicami, ki izhajajo iz dejavnosti, povezanih z zbiranjem (npr. pečica zapolnjena s knjigami, odsotnost na delovnem mestu itd.).«

2.8 ETIOLOGIJA IN MODELI OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE

Tako kot velja za anksiozne motnje nasploh, tudi vzroki obsesivno-kompulzivne motnje še niso jasni. Strokovnjaki skozi različne teoretične modele govorijo o več vzrokih, ki lahko delujejo vzporedno, in pri tem različne med njimi izpostavljajo kot bistvene. Logan (2007, str.

145) navaja, da »etiologija obsesivno-kompulzivne motnje še ni jasno določena, nakazani oziroma predlagani pa so bili genetski, nevroanatomski, nevrokemični, vedenjski in kognitivni faktorji«. Avtorica (prav tam) predlaga pogled na obsesivno-kompulzivno motnjo kot na »sindrom, ki se lahko razvije po več poteh, vključno z genetskimi, infekcijskimi in travmatičnimi potmi«.

Možne vzroke obsesivno-kompulzivne motnje bom predstavila skozi različne modele obsesivno-kompulzivne motnje, ki jih obravnavam v nadaljevanju: kognitivne modele, vedenjske modele, kognitivno-vedenjske modele ter biološke modele.

2.8.1 KARAKTERISTIKE DOBREGA MODELA OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE

Taylor, McKay, Abramowitz idr. (2005b, 2005c, v Taylor idr., 2007, str. 12), opredelijo pogoje, ki bi jih po njihovem mnenju moral izpolnjevati dober model obsesivno-kompulzivne motnje:

- »zagotoviti mora jasen opis procesov in vsebine motnje ter interakcij med temi konceptualnimi elementi, ob čemer je varčen in razumen, kot je to le mogoče;
- zagotoviti mora razlago pomembnih kliničnih karakteristik motnje (obsesij in kompulzij in njihovih medsebojnih razmerij) ter njihovih izvorov in kliničnih potekov;
- razložiti mora heterogenost simptomov obsesivno-kompulzivne motnje (zakaj imajo nekateri na primer kompulzije preverjanja, medtem ko imajo drugi obsesije, ki se navezujejo na kontaminacijo, drugi pa so razvili rituale kopičenja);
- mora biti jasen v svojih napovedih (ne bi sme biti nejasnosti o tem, kaj šteje kot dokaz v prid ali proti modelu);
- privedel naj bi do preverljivo napačnih napovedi;
- imel naj bi pomen zdravljenja (izboljšal naj bi razumevanje trenutnih zdravljenj in predlagal nove načine za izboljšanje rezultatov zdravljenja).«

2.8.2 VEDENJSKI MODELI

Vedenjsko zdravljenje obsesivno-kompulzivne motnje izhaja iz Mowrerjevega (1960, v Summerfeldt, 2007; 1947, 1960, v Salkovskis in Kirk, 2007) dvofaznega modela fobičnega

vedenja (dvofazni model pridobivanja in ohranjanja strahu in vedenja). Avtorji (Summerfeldt, 2007; Salkovskis in Kirk, 2007) navajajo, da Mowrer v svojem dvofaznem modelu strahu in izogibanja anksioznih motenj predpostavlja, da obsesije skozi klasično pogojevanje povzročajo anksioznost (strah v zvezi z določenim dražljajem je pridobljen s klasičnim pogojevanjem), ki se ohranja zaradi vedenja izogibanja in kompulzivnih ritualov, torej skozi proces operativnega pogojevanja.

Dvofaznost modela se torej nanaša na fazo pridobitve in fazo ohranjanja strahu oziroma anksioznosti in vedenja, ki izhaja iz strahu. V fazi pridobitve bistveno vlogo odigra klasično pogojevanje, v fazi ohranjanja pa je ključen proces operativnega pogojevanja, torej negativna okrepitev.

»Dollard in Miller (1950, v Riggs, Foa, 2006, str. 171) sta Mowrerjev (1939, 1960) dvofazni model pridobitve in ohranjanja strahu in vedenja izogibanja predlagala za razlago simptomov OKM. Model predpostavlja, da predhodno nevtralen objekt, dogodek ali stanje lahko postane objekt strahu, ko ga oseba doživi skupaj z dogodkom, ki sam po sebi povzroča anksiozna občutja in vznemirjenost. Strah vzbujajoči lahko skozi pogojevanje postanejo tako mentalni (npr. misli) kot tudi fizični (npr. kopalnice, električne naprave) dogodki. Ko je strah pridobljen, se vzorci vedenja (izogibanje ali beg) razvijejo, da bi zmanjšali strah, in ohranjajo z negativno okrepitvijo zmanjšanja strahu.« Negativna okrepitev vedenj, pomeni, da »s tem, ko blažijo in zmanjšajo anksioznost, preprečijo, da bi anksioznost izzvenela oziroma izginila; tako vedenja krepijo sama sebe«. (Mowrer, 1960, v Summerfeldt, 2007, str. 190)

Dollard in Miller (1950, v Riggs, Foa, 2006, str. 171) v svoji razlagi simptomov OKM skozi koncepte Mowrerjevega modela opozarjata, da »v primeru obsesivno-kompulzivne motnje pasivne strategije izogibanja, ki jih uporabljajo osebe, ki trpijo za fobijo, ne zadostujejo za kontrolo vznemirjenosti, ker se situacijam, ki vzbujajo vznemirjenost, ni lahko izogniti. Tako se razvijejo kompulzije ali aktivne strategije izogibanja, ki se ohranjajo zaradi njihovega uspeha pri zmanjševanju strahu in vznemirjenosti.«

»Priznано je bilo, da Mowrejeva teorija ni adekvatna za razlago pridobitve strahu« (Rachman in Wilson, 1980, v Riggs, Foa, 2006, str. 171), medtem ko je v skladu z ugotovitvami o vzdrževanju kompulzivnih obredov. »Zdi se, da se kompulzije vsaj deloma vzdržujejo zaradi

funkcije zmanjševanja anksioznosti, ki izvira iz obsesij.« (npr. Roper in Rachman, 1976; Roper, Rachman, in Hodgson, 1973, vsi v Riggs, Foa, 2006, str. 171).«

Vedenjski model je podprt z dokazi, da obsesije povzročajo anksioznost in da jo kompulzije reducirajo oziroma zmanjšajo in ublažijo. Kot dokaz v podporo tezi o vzdrževanju kompulzij zaradi funkcije zmanjševanja anksioznosti štejejo psihofiziološke študije, ki kažejo povišano anksioznost kot odziv na obsesivne misli ali izpostavljenosti predmetom, ki so za osebo objekt strahu, npr. kontaminirani predmeti (Boulougouris, Rabavilas in Stefanis, 1977; Hodgson in Rachman, 1972; Hornsveld, Kraaimaat in van Dam-Baggen, 1979, vsi v Riggs in Foa, 2006; Rachman in Hodgson, 1980, v Salkovskis in Kirk, 2007; Hodgson in Rachman, 1972, v Logan, 2007). Nekatere študije so kot pokazatelja povišane anksioznosti navajale pomembno povišan srčni utrip in povečano prevodnost kože (Boulougouris, Rabavilas in Stefanis, 1977; Hodgson in Rachman, 1972; Hornsveld, Kraaimaat in van Dam-Baggen, 1979, vsi v Riggs in Foa, 2006). Pomembno je, da je izvajanje ritualov oziroma kompulzij, ki je sledilo provokaciji potrebe oziroma nuje po ritualiziranju, ponavadi zmanjšalo oziroma ublažilo anksioznosti (Hodgson in Rachman, 1972; Hornsveld idr., 1979; Roper in Rachman, 1976; Roper idr., 1973, vsi v Riggs in Foa, 2006; Rachman in Hodgson, 1980, v Salkovskis in Kirk, 2007; Hodgson in Rachman, 1972, v Logan, 2007).

Teoretične konceptualizacije obsesivno-kompulzivne motnje, zgrajene na Mowrerjevem modelu, so vodile do razvoja vedenjskega zdravljenja: terapije izpostavljenosti in reakcije (ERP – kratica za »exposure and response prevention«), »v kateri je oseba izpostavljena dražljaju, ki sproži obsesivni odziv in naj bi ob strokovni pomoči preprečila odzive izogibanja in pobega (kompulzije)«. (Steketee in Foa, 1985; Salkovskis in Kirk, 1989, vsi v Salkovskis in Kirk, 2007, str. 182)

Kasvikis in Marks (1988, v Salkovskis in Kirk, 2007) sta opozorila na omejitve vedenjske terapije in njen vprašljiv uspeh. Avtorja (prav tam, str. 183) navajata, da je vedenjska terapija namreč »težko izvedljiva pri posameznikih, pri katerih anksioznost temelji na razmišljanju in ki nimajo očitnih obrednih vedenj«. Poleg tega dodajata, da sta zavračanje zdravljenja in osip relativno pogosta, ter za uspeh pri zdravljenju OKM prepoznavata »izboljšanje ali veliko izboljšanje stanja anksiozne osebe; precej manj je tistih, ki okrevajo v celoti«.

»Zaradi omejitev vedenjske terapije se je pojavila potreba po alternativnem pristopu h konceptualizaciji in zdravljenju OKM z ohranjanjem najboljših značilnosti vedenjskega pristopa.« (Salkovskis in Kirk, 2007, str. 183) »Salkovskis je ob upoštevanju dejstva, da obsesivni problemi po definiciji izvirajo iz nenavadnih in izkrivljenih vzorcev mišljenja, razvil kognitivni pristop, ki se je uporabljal predvsem v smislu izpopolnitve obstoječe terapije, osnovane na vedenjskem pristopu.« (1985; 1989 a, b, v Salkovskis in Kirk, 2007, str. 183)

2.8.3 KOGNITIVNI MODELI

Kognitivni model predpostavlja, da »niso dogodki oziroma situacije tiste, ki sprožijo čustva, vedenja ter fiziološke odzive, ampak pomen, ki ga oseba tem dogodkom oziroma situacijam pripiše«. (Beck, 1964; Ellis, 1962, vsi v Beck J., 1995, str. 14) Beck (1976, v Logan, 2006, str. 146) opiše misli v obsesivno-kompulzivni motnji kot »povezane z dejanji, za katere oseba verjame, da bi jih morala ali da jih ne bi smela storiti, ter kompulzije kot pacientovo prizadevanje, da bi reduciral te misli. /.../ Tako je anksioznost povezana s posledico situacije ali misli in ne s prvotno mislijo ali situacijo.«

Nadaljnji kognitivni modeli so pri razlagi delovanja mehanizmov obsesivno-kompulzivne motnje izhajali iz Beckovega. Summerfeldt (2007, str. 191) povzame bistvo kognitivnih modelov: »Prevladujoči kognitivni modeli obsesivno-kompulzivne motnje izhajajo iz predpostavke, da emocionalni odzivi obsesivno-kompulzivne osebe nastanejo zaradi njene problematične interpretacije ali vrednotenja drugače nenevarnih oziroma neškodljivih izkušenj, ki se kažejo v obliki vsiljivih misli. Take ocenitve oziroma vrednotenja naj bi nastala zaradi disfunkcionalnih temeljnih prepričanj ali miselnih shem, pridobljenih na podlagi izkušenj. /.../ Kritična osnovna predpostavka je, da čustva nastanejo kot posledica operacij kognitivnih prepričanj in vrednotenj. Čeprav je vedenjska komponenta modela uporabna za razlago vztrajnosti problema, je glede na to perspektivo (torej perspektivo kognitivnega modela) kognitivna komponenta njegov vir.«

Nekateri kognitivni teoretiki, kot so npr. Carr (1974, v Riggs in Foa, 2006, str. 171) ter McFall in Wollersheim (1979, v Riggs, Foa, 2006, str. 171), se osredotočajo predvsem na negativno konotacijo interpretacij, ki nastanejo na podlagi disfunkcionalnih prepričanj, in

poudarjajo pretiravanje, ko navajajo, da »OKM izvira iz idej o pretiranih negativnih posledicah.« Avtorji (prav tam) so vedenjskim teoretikom ugovarjali s poudarjanjem pomena pretiravanja in disfunkcionalnih prepričanj kot značilnostmi razmišljanja obsesivno-kompulzivnih posameznikov. Po mnenju kognitivnih teoretikov (prav tam), so za obsesivne vsebine navadno značilne »pretirane običajne skrbi (npr. zdravje, smrt, vera, ...) v kombinaciji z napačnimi prepričanji v zvezi s perfekcionizmom, magičnimi močmi ritualov, kaznovanjem neuspeha ...« Riggs in Foa (2006, str. 171) pri tem opozarjata na pomanjkljivost kognitivnih modelov, na katero so pokazale klinične ugotovitve, ki je v tem, da »so napačna prepričanja o nevarnosti in perfekcionizem značilnosti vseh anksioznih motenj.« Na podlagi tega zaključita, da kognitivne teorije tako ne obravnavajo značilnosti OKM, ki motnjo ločujejo od drugih vrst anksioznih motenj.

2.8.3.1 ZNAČILNOSTI IN VRSTE KOGNITIVNIH OCEN

Taylor, Kyrios, Thordarson, Steketee, in Frost (2002, v Purdon, 2007, str. 115) prepoznajo šest načinov vrednotenja, ki spodbujajo razvoj in vztrajanje obsesivno-kompulzivne motnje: »precenjevanje nevarnosti, intoleranca do negotovosti, odgovornost, pripisovanje prevelikega pomena mislim, miselni nadzor ter perfekcionizem«.

Precenjevanje nevarnosti pomeni »nagnjenost k precenjevanju resnosti in verjetnosti zamišljenih negativnih posledic obsesivne misli« (Steketee, Frost in Cohen, 1998, v Purdon, 2007, str. 115) Primeri takih prepričanj so: »Verjamem, da je svet nevaren,« »Meni se slabe stvari dogajajo večkrat kot drugim, »Kadar gre kaj narobe v mojem življenju, je velika verjetnost, da bo pustilo grozne posledice« (Sookman in Pinard, 2002, v Purdon, 2007, str. 115)

Intoleranca do negotovosti je naslednja vrsta prepričanja, značilna za obsesivno-kompulzivne osebe. Purdon (2007, str. 115, 116) razlaga, da se obsesivno-kompulzivne osebe težko soočajo z negotovostjo, saj verjamejo, da je popolna gotovost mogoča in potrebna in jo zato poskušajo doseči: »Če sem negotov, je nekaj narobe z mano«, »Če nisem popolnoma prepričan v nekaj, bom gotovo naredil napako«, »Nujno je, da razmislim o vseh možnih izidih situacije«. Na primer oseba P je imela močan strah pred kontaminacijo. Preden je začela s pripravo hrane je kuhinjski pult očistila z močno antibakterijsko raztopino, ampak kljub temu ni bila popolnoma

prepričana, da je uspela uničiti vso nečistočo. Zaradi občutka negotovosti glede čistosti pulta ni mogla nadaljevati s pripravo hrane.

Za obsesivno-kompulzivno motnjo je značilen tudi premočen občutek odgovornosti. Po modelu Salkovskisa (1985, 1989, 1996, 1998, 1999; Salkovskis, Richards in Forrester, 1995, v Purdon, 2007, str. 116) »se obsesije razvijejo, ko normalne vsiljive misli, ki jih doživljamo vsi, aktivirajo precenjena prepričanja o odgovornosti osebe, da zaščiti sebe in druge pred škodo.« Salkovskis idr. (1992, v Salkovskis in Kirk, 2007) pojmujejo odgovornost kot »prepričanje osebe, da ima moč, ki je ključna za povzročitev ali preprečitev subjektivno izredno pomembnih negativnih izidov«. Salkovskis (1985, v Purdon, 2007, str. 117) navaja primere takih prepričanj: »Misliti misel o dejanju je enako kot izvršiti to dejanje«, »Če ne uspeš preprečiti (ali vsaj poskusiti preprečiti) škode sebi ali drugim, je enako, kot če bi škodo sam povzročil«, »Odgovornost se ne zmanjša zaradi dejstva o vplivu drugih faktorjev (na primer nizka verjetnost pojava)«, »Če ne nevtraliziraš vsiljive misli, je podobno ali enako, kot da bi hotel, da bi se vsebina misli – torej škoda – zgodila«, »Nadzorovanje misli je možno in nujno oz. obvezujoče (mora se)«. Purdon (2007, str. 117) povzema, da gre torej za »prepričanje, da je oseba v primeru, da ima vpliv na negativni izid, dolžna in odgovorna narediti vse v njeni moči, da prepreči ta izid, ne glede na to, kako majhna je verjetnost, da do njega dejansko pride«.

Pripisovanje prevelikega pomena mislim je še ena značilnost razmišljanja obsesivno-kompulzivnih oseb. Purdon (2007, str. 117) navaja Rachmanovo (1998) idejo »*misel-dejanje*, s katero je opisal prepričanje, da imeti nesprejemljivo misel poveča verjetnost, da se negativni dogodek, ki je vsebina misli, dejansko uresniči, ter da je imeti moralno odbijajočo misel z moralnega vidika ekvivalento dejanski zagrešitvi moralno oporečnega dejanja.« Rachman (1997, v Purdon, 2007, str. 118) navaja primere takega načina razmišljanja: »Ta misel odraža mojo dejansko zlobno naravo«, »Če pomislim na to, pomeni, da si želim, da bi se to v resnici zgodilo«, »Razmišljanje o tem poveča možnost, da se to v resnici zgodi«, »Razmišljanje o tem pomeni, da sem blizu tega, da bom izgubil kontrolo nad svojim umom ali vedenjem«.

Purdon in Clark (2002, v Purdon, 2007, str. 118) sta definirala naslednjo vrsto prepričanja – miselni nadzor kot prepričanje, ki se nanaša na »precenjevanje pomembnosti vzpostavitve popolnega nadzora nad vsiljivimi mislimi, podobami ali impulzi in na prepričanje, da je to možno in zeleno«. Purdon (2007, str. 118, 119) navaja primere takih prepričanj: »Če bi

pridobil večjo kontrolo nad svojimi mislimi, bi bil boljši človek«, »Če ne bom sposoben kontrolirati svojih misli, bom zbolel«.

Perfekcionizem je zadnji v nizu načinov vrednotenja, značilnih za obsesivno-kompulzivne osebe. Steketee (1999, str. 146, v Purdon, 2007) je definiral perfekcionizem kot »tendenco k prepričanju, da obstaja popolna rešitev za vse težave, da je možno in želeno delati stvari brez napak in da bodo imele celo manjše napake resne posledice.« Primeri takih misli so: »Če hočem biti zaupanja vredna oseba, moram biti popoln na vseh področjih«, »Stvar moram delati, dokler je ne naredim popolnoma pravilno«, »Obstaja samo en pravi način za narediti določeno stvar«, »Celo manjše napake pomenijo, da delo ni končano«.

2.8.4 KOGNITIVNO-VEDENJSKI MODELI OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE

Taylor idr. (2007, str. 9) pišejo, da samo nekaj izmed različnih teorij obsesivno-kompulzivne motnje zadostuje pogojem dobrega teoretičnega modela, torej »zagotavlja jasen in temeljit opis mehanizma, ki naj bi povzročil omenjeno motnjo«. Po mnenju avtorjev sodobni kognitivno-vedenjski modeli spadajo med najpomembnejše teoretične pristope.

2.8.4.1 KOGNITIVNO VEDENJSKI MODEL PREPRIČANJ IN OCEN

Taylor idr. (2007) pišejo, da so številni teoretiki poudarjali pomen disfunkcionalnih prepričanj pri razvoju obsesivno-kompulzivne motnje. Med najbolj priznanimi je Salkovskisova (1985, 1989, 1996) teorija in teorije, ki so osnovane na njegovem pristopu, npr. teorija avtorjev Frost in Steketee (2002). Salkovskis (prav tam) v svoji teoriji odgovarja na vprašanje, zakaj se samo pri določenih posameznikih vsiljive misli razvijejo v obsesije in nadalje v obsesivno-kompulzivno motnjo. Večina ljudi namreč izkusi kognitivne vdore (misli, podobe in impulze, ki vdirajo v zavest) ali normalne obsesije, vendar le nekateri (posamezniki, oboleli za OKM) izkusijo vdore v obliki kliničnih obsesij (torej miselne vdore, ki so nezaželeni, stresni in težko odstranljivi iz zavesti).

Po modelu Salkovskisa (1985, 1989, 1996, v Taylor idr., 2007, str. 15) kognitivni vdori, želeni ali nezaželeni, odražajo človekove trenutne skrbi, ki nastanejo v »generatorju idej« v

možganih. Skrbi se avtomatično sprožijo ob notranjih ali zunanjih opomnikih. Na primer moteča misel o kontaminaciji se lahko sproži ob pogledu na umazan predmet (na primer koš za smeti). Salkovskis (prav tam) v svojem modelu predlaga, da se kognitivni vdor razvije v klinično obsesijo, samo kadar posameznik kognitivni vdor oceni kot grožnjo oziroma v njem vidi možne resne posledice, za katere je osebno odgovoren. Taka ocena v posamezniku vzbudi vznemirjenost in zaskrbljenost in ga motivira, da poskusi odpraviti ali obvladati oziroma potlačiti neželeni miselni vdor in preprečiti škodljive dogodke, povezane z njim.

Salkovskis (1985, v Salkovskis in Kirk, 1997) torej kot posledico interpretacije miselnega vdora, ki zajema grožnjo in osebno odgovornost za razplet, prepoznava vzgib v posamezniku, da bi poskusil zatreti in nevtralizirati misel, podobo ali impulz. Nevtralizacija je v okviru tega modela opredeljena kot »prostovoljno začeta aktivnost, ki naj bi imela za posledico zmanjšanje zaznane odgovornosti in je lahko odkrita ali zakrita (kompulzivno vedenje ali miselni rituali)«. (prav tam, str. 185) Avtor (prav tam) prepoznava naslednje posledice ali učinke omenjene aktivnosti – nevtralizacije: večja opaznost in večja frekvenca vsiljivih misli, večja dostopnost teh misli in drugih podobnih idej; povečano nelagodje oziroma anksioznost; vedenjski odzivi nevtraliziranja, torej poskusi bega ali izogibanja odgovornosti; verjetnost nadaljnjega nevtraliziranja naraste. Salkovskis (prav tam) sklene svoj model s pojasnilom, da vsak od teh učinkov prispeva ne samo k ohranjanju anksioznosti, ampak tudi k začaranem krogu vsiljivih misli, ki vodijo do neprilagojenih čustvenih, kognitivnih in vedenjskih odzivov.

V okviru tega modela so kompulzije torej pojmovane kot napor, da bi odstranili miselni vdor in preprečili morebitne zaznane škodljive posledice. Salkovskis (1985, 1989, 1996, v Taylor idr., 2007, str. 15) predlaga dva glavna razloga, zakaj postanejo kompulzije stalne, trdovratne in čezmerne:

-»prvič, okrepljene so s takojšnjim zmanjšanjem zaskrbljenosti in začasno odstranitvijo nezaželene misli (negativna okrepitev);

- drugič, osebi preprečujejo, da bi se naučila, da so njene ocene nerealne«.

Kot sem že omenila, Salkovskis (1985, 1989, 1996, v Taylor idr., 2007; 1985, v Salkovskis in Kirk, 2007) opozori tudi na vpliv kompulzij na frekvenco miselnih vdorov. Kompulzije namreč postanejo opomniki za miselne vdore in tako sprožajo njihovo ponovno pojavljanje. Na primer kompulzivno umivanje lahko osebo spomni na možnost okužbe. Poskusi, da bi

oseba odvrnila miselne vdore, lahko torej paradoksalno povišajo njihovo pogostost ponavljanja, ker lahko sami poskusi odvrčanja teh vdorov postanejo opomniki miselnih vdorov. Na isti način poskusi zatreti obsesivno misel, povečajo verjetnost pojavljanja te misli. Salkovskis (1985, 1989, 1996, v Taylor idr., 2007, str. 16) opozori, da lahko »kompulzije prav tako okrepijo občutek odgovornosti«, kar razloži na naslednji način: »Odsotnost posledice, ki se je oseba boji, po izvedbi kompulzije okrepi prepričanje, da je oseba sama odgovorna za odstranitev grožnje.«

Taylor idr. (2007, str. 16) povzemajo bistvo teorije Salkovskisa (1985, 1989, 1996): »Ko oseba miselne vdore oceni kot potencialne grožnje, za posledice katerih je sama osebno odgovorna, postane zaskrbljena in poskuša odstraniti grožnjo in preprečiti zaznane potencialne posledice. Taka reakcija poveča pogostost miselnih vdorov. Tako miselni vdori postanejo stalni, izčrpajoči in vznemirjajoči; z drugimi besedami, zaostrijo se v klinične obsesije. Kompulzije vzdržujejo miselne vdore in osebo odvrčajo od prevrednotenja pravilnosti njenih ocen.«

»Kognitivna hipoteza torej predpostavlja, da problem pri obsesijah ni slab mentalni nadzor, ampak da obsesivni posamezniki napačno interpretirajo vidike svojega mentalnega funkcioniranja, vključno s spominom za delovanje, vsiljivimi obsesivnimi mislimi in dvomi, in rezultat je, da se preveč trudijo izvajati nadzor. Doživeto nelagodje je tako posledica posameznikovih ocen o vsiljivih mislih. Večja frekvenca miselnih vdorov je v veliki meri posledica vedenj (odkritih in prikritih), ki so motivirani z doseženo oceno. Ocene so osnovane na izkrivljenih prepričanjih o odgovornosti. Popačen občutek o odgovornosti, ki jo anksiozna oseba pripisuje njenim aktivnostim, vodi k miselnim naporom, za katere je značilen povečan mentalni nadzor in skrb.« (Salkovskis, 1985, v Salkovskis in Kirk, 2007, str. 186)

Salkovskis (1985, v Salkovskis in Kirk, 2007, str. 187) poudarja bistvo kognitivne formulacije, ki je »v pojavljanju vedenja nevtraliziranja, ki so ga izzvale ocene odgovornosti«. Avtor (prav tam) razlaga: »Če avtomatične misli, ki izhajajo iz miselnih vdorov, ne vključujejo možnosti posameznikove odgovornosti, /.../ potem je malo verjetno, da bo prišlo do nevtraliziranja, in rezultat bo po vsej verjetnosti okrepljena anksioznost in depresija in ne obsesivne težave. /.../ Del te ocene izhaja iz samega pojava vdora v povezavi s prepričanji o sami misli.«

Salkovskis (1985, v Salkovskis in Kirk, 2007, str. 187) pojasnjuje, da je »posledica tega, da so anksiozni posamezniki posebej zaskrbljeni za njihov spomin in proces sprejemanja odločitev, v tem, da se preveč trudijo vzpostaviti kontrolo nad svojimi mentalnimi procesi in aktivnostmi na različne načine, kar ima ravno nasprotni učinek, torej sproža anksioznost«. V nadaljevanju našteje razloge, zaradi katerih »prizadevanja za povečanje nadzora povečajo stisko:

1. direktna in namerna oziroma zavestna pozornost namenjena mentalni aktivnosti lahko spreminja vsebine zavesti;
2. prizadevanja za namerni nadzor vrste mentalnih dejavnosti ne morejo uspeti, ali imajo celo nasprotni učinek;
3. poskusi, da bi preprečili škodo in občutek odgovornost za škodo poveča posameznikove skrbi o škodi;
4. nevtraliziranje usmerjeno k preprečevanju škode hkrati preprečuje tudi, da bi anksiozni posameznik ugotovil, da se njegovi strahovi ne bodo uresničili; to pomeni, da pretirana prepričanja o odgovornosti in škodi ne bodo upadla«.

2.8.5 TEORIJE SPLOŠNEGA DEFICITA IN KOGNITIVNI FAKTORJI

Psihološki modeli deficita so osnovani na hipotezi splošne prizadetosti kognitivnega funkcioniranja. Zelo so si podobni z biološkimi teorijami, katerih osnova je hipoteza, da normalno kognitivno funkcioniranje onemogočijo nevrološki problemi, torej vzrok za motnje kognitivnega funkcioniranja vidijo v nevrologiji. (Salkovskis in Kirk, 2007)

»Teorije splošnega kognitivnega deficita temeljijo na enem izmed naslednjih dveh pogledov:

1. obsesivni pacienti trpijo za splošno napako v kognitivnem nadzoru,
2. obsesivni pacienti imajo slab splošni spomin in sposobnosti odločanja.« (Salkovskis in Kirk, 2007, str. 183)

Avtorja (prav tam) poudarjata, da oba pristopa predstavljata »radikalen odmik od vedenjskih terapij«.

Taylor idr. (2007) razlagajo, da se v teoriji splošnih deficitov pridevnik splošni nanaša na dejstvo, da deficiti vplivajo na vse procesirane informacije, torej tako informacije, povezane z obsesivnimi skrbmi posameznika, kot tudi nevtralne informacije.

Na podlagi ugotovitev raziskav, ki jih bom predstavila v nadaljevanju, so nekateri teoretiki (Pitman, 1987; Reed, 1985, v Taylor idr., 2007) predlagali, da so vzrok OKM odstopanja v splošnem informacijsko-procesnem sistemu ali v disfunkcionalnem procesu razmišljanja. (O'Connor, 2002, v Taylor idr., 2007)

»Foa in Kozak (1985) sta postavila hipotezo, da obsesivno-kompulzivna motnja in anksiozne motnje na splošno odražajo okvare v čustveno spominskih mrežah. Te oslabitve se odražajo v napačnih ocenah ogroženosti oziroma nevarnosti, visokih negativnih ocenah posledic, ki se jih oseba boji, in pretiranih odzivih na dražljaj, ki vzbujata strah. Foa in Kozak (prav tam) sta predlagala, da se obsesivno-kompulzivna motnja razlikuje od drugih anksioznih motenj v dodatnem problemu, ki je v mehanizmih, bistvenih za obdelavo podatkov. Natančneje, šlo naj bi za prizadetost v procesu ali pravilih za interpretiranje grožnje ali škode. Tako obsesivno-kompulzivne osebe pogosto sklenejo, da je situacija nevarna, ker primanjkuje dokazov o nasprotnem, torej o varnosti; medtem ko ostali (ki ne trpijo za motnjo OKM) sklepajo, da je situacija varna, razen če obstaja jasen dokaz o nevarnosti. Na primer, da se obsesivno-kompulzivna oseba počuti varno, zahteva jamstvo, da je sedež toaletne školjke čist (da ni kontaminiran z bakterijami), preden se nanj usede, medtem ko oseba, ki ne trpi za OKM, domneva, da je sedež toaletne školjke čist in varen, razen če bi bilo opaziti kaj, kar očitno namiguje na nevarnost (kot npr. vidni rjavi madeži na školjki). Ker je popolno jamstvo o varnosti nedosegljivo, rituali, ki se izvajajo za doseganje popolne varnosti, nedvomno ne bodo uspeli. Nobena količina ritualov namreč ne more zagotoviti, da je situacija resnično varna, zato je treba rituale znova in znova ponavljati.« (Riggs in Foa, 2006, str. 172)

Riggs in Foa (2006, str. 172) poročata o obstoju dokazov, ki »potrjujejo vlogo težav na kognitivnem področju pri obsesivno-kompulzivni motnji«, in opozarjata, da kljub temu specifični deficiti ali prizadetosti še niso jasno opredeljeni. Nekateri študije so identificirale deficite v splošnem spominu, posebno v neverbalnem spominu (Tallis, Pratt in Jamani, 1999; Zitterl idr., 2001, v Riggs in Foa, 2006). Tudi Taylor idr. (2007) poročajo o rezultatih raziskav (Greisberg in McKay, 2003; Jurado, Junque, Vallejo, Salgado in Grafman, 2002; Woods, Vevea, Chambles in Bayen, 2002), ki so potrdile deficite ali abnormalnosti oseb z obsesivno-kompulzivno motnjo tudi pri določenih nalogah, ki niso direktno povezane z grožnjo ali obsesivnimi skrbmi. Nielen in Den Boer (2003, v Taylor idr., 2007) sta v svoji raziskavi pokazala, da teh deficitov ne povzročata povišana anksioznost ali simptomi obsesivno-kompulzivne motnje. Nekateri avtorji (Enright in Beech, 1993a, 1993b; Enright, Beech in

Claridge, 1995, vsi v Taylor idr., 2007) so pri osebah z obsesivno-kompulzivno motnjo ugotovili oslABLJENO kognitivno inhibicijo, torej oslABLJENO sposobnost inhibiranja odzivov.

Številne študije pa domnevnih splošnih spominskih deficitov niso uspele dokazati (npr. Brown, Kosslyn, Breiter, Baer in Jenike, 1994; Constans, Foa, Franklin in Mathewa, 1995; Foa, Amir, Gershuny, Molnar in Kozak, 1997; McNally in Kohlbeck, 1993; Radomsky in Rachman, 1999; Tolin idr., 2001, vsi v Riggs in Foa, 2006). Constans idr. (1995, v Riggs in Foa, 2006) so v svoji študiji ugotovili, da so si posamezniki z obsesivno-kompulzivno motnjo bolje zapomnili podatke, ki so bili kakorkoli povezani z grožnjo oziroma nevarnostjo, kot nevtralne podatke, medtem ko pri kontrolni skupini omenjene razlike niso zaznali. Študije so večkrat pokazale, da so obsesivno-kompulzivni posamezniki v primerjavi s posamezniki, ki ne trpijo za anksiozno motnjo, manj samozavestni glede svojih sodb, povezanih s spominom (Brown idr., 1994; Foa idr., 1997; MacDonald, Antony, MacLeod in Richter, 1997; McNally in Kohlbeck, 1993; Tolin idr., 2001; Zitterl idr., 2001, vsi v Riggs in Foa, 2006). Nekateri avtorji OKM povezujejo z neodločnostjo (Summerfeldt, Huta in Swinson, 1998, v Riggs in Foa, 2006) in vztrajnim dvomom glede natančnosti spomina za dejanja, ki bi lahko povzročila škodo (Rachman in Hodgson, 1980; Reed, 1976, vsi v Riggs in Foa, 2006). Številne študije so pokazale, da obsesivno-kompulzivni posamezniki potrebujejo več informacij, preden se o nečem dokončno odločijo (Goodwin in Sher, 1992; Milner, Beech in Walker, 1971; Volans, 1976, vsi v Riggs in Foa, 2006). Nedavna študija je pokazala, da potreba po dodatnih informacijah vsaj deloma nastane zaradi stiske in zaskrbljenosti, kar pomeni, da percepcija tveganja lahko vpliva na stopnjo negotovosti v odločitve, ki jih sprejmejo (Foa idr., 2003, v Riggs in Foa, 2006).

Po mnenju Salkovskisa in Kirka (2007, str. 184) je ena izmed glavnih težav teorij splošnega deficita »nezmožnost predstaviti ključne vidike fenomenologije obsesivno-kompulzivne motnje«: osebe, ki trpijo za OKM imajo očitne težave s spominom in sprejemanjem odločitev, ki pa so zelo specifične. Na primer pri obsesivno-kompulzivni motnji, usmerjeni na kontaminacijo, gre za relativno specifično določeno izkušnjo doživljanja nekega predmeta kot kontaminiranega (na primer predmeti določenih ljudi ali vrste ljudi) in ne za splošni problem določanja čistega in umazanega (oziroma odločanja o čistem in umazanem). Po mnenju avtorjev ravno specifičnost teh težav kaže na neutemeljenost teorij splošnega kognitivnega deficita. Podobno velja tudi za težave s spominom. Raziskava Shera in sodelavcev (1989, v Salkovskis in Kirk, 2007) je pokazala povezavo med obsesivno-kompulzivno motnjo

preverjanja in doseganjem nižjih rezultatov na Weschlerjevi lestvici spomina (WMS), vendar samo na področjih, ki so direktno povezana z njihovimi obsesivnimi težavami; zunaj teh področij isti obsesivno-kompulzivni posamezniki niso pokazali nobenih motenj ali težav s spominom. Nastanek teh specifičnih težav in posledično nenehno preverjanje pa se glede na kognitivno-vedenjsko metodo lahko razlaga z nepotrebno in osredotočeno skrbjo za spomin, ki tako postane vzrok za dejanske težave s spominom.

Avtorji (npr. Salkovskis in Kirk, 2007; Taylor idr., 2007) opozarjajo še na eno pomembno pomanjkljivost teorij splošnih deficitov. Te namreč ne morejo razložiti učinkovitosti obstoječega psihološkega zdravljenja – terapije izpostavljenosti in reakcije (ERP), kar pomeni, da omenjene teorije ne morejo veljati za uspešno razlago obsesivno-kompulzivne motnje. Salkovskis in Kirk (2007) svoje mnenje utemeljujeta z argumentom, da postopek, ki zmanjša ponavljanja kompulzivnega vedenja, po vsej verjetnosti ne vpliva na spomin.

Po mnenju Salkovskisa in Kirka (2007, str. 185) teorije deficita v tem trenutku »ne prispevajo k razumevanju obsesivnih kliničnih težav«, saj ne izpolnjujejo dveh pogojev: »ne razlagajo fenomenologije OKM, in ne podpirajo razlage z dokazi, ki bi ovrednotili teoretično pridobljene hipoteze«. Avtorja (prav tam) sta mnenja, da lahko trenutno »le vedenjske in kognitivno-vedenjske teorije zagotovijo celovite in preverljive razlage fenomenologije OKM«.

Salkovskis in Kirk (2007, str. 184) prav tako menita, da je kognitivno-vedenjski model prepričan in ocen v primerjavi s teorijo splošnega kognitivnega deficita »veliko bolj specifičen«. Na tem mestu povzemam bistvo kognitivno-vedenjskega modela prepričan in ocen, s čimer želim poudariti bistveno razliko med omenjenim modelom in teorijami splošnih kognitivnih deficitov. In sicer Salkovskisov kognitivno-vedenjski model obsesivno-kompulzivne motnje ne vidi kot »funkcijo določenih primanjkljajev«, ampak jo razlaga znotraj normalnega funkcioniranja. Teorija poudarja specifičnost problema in nastanek obsesivnih težav razlaga z razvojem »vzorca specifičnih odzivov na ključni dražljaj, na katerega je oseba razvila čustveno občutljivost«. »Prizadetost kognitivnega funkcioniranja (težave s spominom in sprejemanjem odločitev ter neuspeh inhibicije misli) po tej teoriji ni vzrok za obsesivno-kompulzivne težave, ampak nastane kot posledica čustvene vzburjenosti in kontraproduktivnih strategij spoprijemanja, je torej sekundarna. Obsesivni pacienti se torej preveč trudijo, da bi nadzorovali svoje lastno kognitivno funkcioniranje, zato druge

kognitivne funkcije trpijo zaradi konkurence za predelavo virov.« (prav tam) Nekatere novejšje raziskave so podprle to teorijo: na primer Maki idr. (1994, v Salkovskis in Kirk, 2007) so ugotovili, da med skupino posameznikov, ki trpijo za obsesivno-kompulzivno motnjo preverjanja, in kontrolno skupino ni bilo pomembnih razlik v inhibicijski kontroli kognicije. V raziskavi (prav tam) je bilo ugotovljeno, da »obsesivno-kompulzivni 'pregledovalci' sami sebe ocenjujejo kot osebe, ki so bolj nagnjene k okvaram kognitivnega nadzora, kar potrjuje hipotezo, da ti ljudje pretirano poskušajo nadzirati svoje kognitivne funkcije (zaznane pomanjkljivosti na tem področju) tudi v odsotnosti dejanskih napak nadzora«.

2.8.6 BIOLOŠKI MODELI

»Prevladujoči biološki modeli OKM temeljijo na hipotezi, da je vzrok simptomov OKM v nenormalnem metabolizmu serotonina. Prepričljiv argument za to hipotezo predstavlja učinkovitost zaviralcev ponovnega privzema serotonina pri zdravljenju OKM v primerjavi s spojinami, ki niso osnovane na serotoninu, in tableti s placebo učinkom.« (Zohar in Insel, 1987, v Riggs in Foa, 2006, str. 172) Hipotezo o serotoninu podpira tudi raziskava (Insel idr., 1983; Stern, Marks, Mawson in Luscombe, 1980, vsi v Riggs in Foa, 2006), katere rezultati nakazujejo, da funkcije serotonina vplivajo na simptome OKM.

Tudi Jenike, Baer in Minichiello (1998, v Jenike, 2004) poročajo o dokazih za nevrološko osnovo OKM. »Na primer bolniki z OKM imajo občutno več sive možganske snovi in manj bele kot ostali, kar kaže na morebitno razvojno nepravilnost. Nevrološke študije so dokumentirale stalne razlike v regionalnih možganskih aktivnostih med osebami z OKM in kontrolnimi osebami ter izboljšanje nenormalnih aktivnostih pri osebah z OKM po uspešnih vedenjskih terapijah ali zdravljenju z zaviralci ponovnega privzema serotonina.« (prav tam, str. 1) Szechtman in Woody (2004, v Taylor idr., 2007) prav tako predlagata, da je OKM posledica disfunkcije določenih možganskih procesov oziroma sistemov.

Vendar nekatere študije, ki so neposredno raziskovale delovanje serotonina v povezavi z OKM, niso ponudile zadostnih in prepričljivih dokazov o vlogi serotonina (npr. Insel, Mueller, Alterman, Linnoila in Murphy, 1985; Weizman idr., 1986, vsi v Riggs in Foa, 2006). S serotoninsko hipotezo so nekonsistentne tudi ugotovitve o večji učinkovitosti zdravila

klomipramin pri zmanjševanju simptomov OKM v primerjavi s selektivnimi serotoninskimi zaviralci oziroma zaviralci ponovnega privzema serotonina (Greist, Jefferson, Kobak, Katzelnick in Serlin, 1995, v Riggs in Foa, 2006).

Jenike idr. (1998, v Jenike, 2004) pišejo, da v redkih primerih obstaja direktna povezava med poškodbami glave ali možganskimi poškodbami (ki jo lahko povzroči npr. infekcija z bakterijo streptokok) in razvojem OKM. Avtorji (prav tam) opozarjajo na vlogo avtoimunosti v patogenezi obsesivno-kompulzivne motnje, ki nastane zaradi infekcije, ki jo povzroči streptokok. Tudi Swedo (2002, v Taylor idr., 2007) v svojem modelu predlaga, da je OKM v nekaterih primerih posledica infekcije z bakterijo streptokok, ki poškoduje možganske strukture.

Pauls, Alsobrook, Goodman, Rasmussen in Leckman (1995, v Jenike, 2004) predlagajo možnost genetske osnove OKM. Avtorji (Pauls in sod., 1995; Alsobrook, Pauls, 1998; Nestadt, Samuels, Riddle in sod., 2000, vsi v Jenike, 2004) idejo o genetski osnovi dokazujejo s podatki o večji razširjenosti OKM med sorodniki bolnikov z OKM v primerjavi s sorodniki oseb kontrolne skupine.

Avtorji (npr. Purdon, 2007; Taylor idr., 2007) poudarjajo, da je obsesivno-kompulzivno motnjo potrebno nadalje raziskati, pri čemer Taylor idr. (2007) izpostavijo potrebo po razširitvi raziskovanja tako v konceptualnem kot empiričnem smislu. Ob tem avtorji (prav tam) predlagajo tudi možnost ustreznega apliciranja različnih teoretičnih modelov na različne podtipe obsesivno-kompulzivne motnje.

2.9 ZDRAVLJENJE

Vsak model OKM v skladu s teoretičnim pojmovanjem mehanizmov delovanja motnje, njene etiologije, simptomatike itd. ponuja tudi svoj način zdravljenja. V nadaljevanju bom predstavila izsledke raziskav o učinkovitosti posameznih načinov zdravljenja.

Jenike idr. (1998, v Jenike, 2004) navajajo, da za učinkovite pristope zdravljenja OKM veljajo naslednji: vedenjska terapija, kognitivna terapija in medikamentozna terapija. Za večino oseb z OKM je najbolj učinkovit pristop kombinacija kognitivno-vedenjske terapije in uporabe

zdravil (Steketee, 1993; Swinson, Antony, Rachman in Richter, 1998, v Jenike, 2004). Po mnenju Jenike idr. (1998, v Jenike, 2004) naj bi nevrokirurgija predstavljala zadnjo možnost.

Standardno zdravljenje OKM je vedenjska terapija, znana pod imenom terapija izpostavljenosti in reakcije (ERP) (Steketee, 1993; Foa, Franklin in Moser, 2002, vsi v Jenike, 2004). Deacon in Abramowitz (2004) navajata, da se je ravno z razvojem vedenjske terapije ERP (Meyer, 1966, v Deacon in Abramowitz, 2004) prognoza obsesivno-kompulzivne motnje, ki je do leta 1960 veljala za neodzivno na psihoterapevtsko zdravljenje, bistveno izboljšala. Številne študije so dokazale visoko učinkovitost vedenjske terapije izpostavljenosti in reakcije pri zdravljenju obsesivno-kompulzivne motnje (npr. Franklin, Abramowitz, Kozak, Levitt in Foa, 2000, v Deacon in Abramowitz, 2004). Jenike (2004, str. 1) poroča, da je več kot 30 odprtih in nadzorovanih raziskav (Steketee, 1993; Swinson, Antony, Rachman in Richter, 1998; Lindsay, Crino in Andrews, 1997; Hohagen, Winkelmann, Rasche- Ruchle idr., 1998; OConnor, Todorov, Robillard idr., 1999; Steketee in Frost, 1998) pokazalo, da je vedenjska terapija »zelo učinkovita pri vzpostavljanju nadzora nad obsesijami«. Nekatere od njih (vsi v Jenike, 2004, str. 1) so dokazale, da je »pristop izpostavljenosti in reakcije učinkovitejši od zdravljenja z zdravili [Swinson idr. 1998; Steketee in Frost, 1998; Kobak, Greist, Jefferson idr., 1998; Balkom, Oppen, Vermeulen idr., 1994]. /.../ V številnih študijah, ki so bile sestavljene iz vsaj 10 do 20 terapevtskih obravnav, je prišlo do izboljšanja pri 85 % udeležencev takoj po zdravljenju in pri 55 % udeležencev do velikega in zelo velikega izboljšanja – to pomeni izboljšanja za več kot 50 % [Steketee in Frost, 1998]. /.../ Ob spremljanju stanj posameznikov, vključenih v študije, je stopnja izboljšanja ostala visoka: v povprečju 75 % za tiste, ki so med zdravljenjem dosegli veliko izboljšanje, in 50 % za tiste, ki so dosegli zelo veliko izboljšanje [Steketee in Frost, 1998; Marks, Hodgson, Rachman, 1975].«

Veliko raziskav je temeljilo na primerjavi posameznih vrst terapij. Na primer Purdon (2007) povzema rezultate različnih raziskav (npr. Rhéaume in Ladouceur, 2000; Eddy, Dutra, Bradley in Weston, 2004 vsi v Purdon, 2007), ki so učinkovitost kognitivne terapije primerjale z učinkovitostjo vedenjske in kognitivno-vedenjske terapije, in zaključili, da je bila ugotovljena približno enaka učinkovitost omenjenih terapij.

Abramowitz (1997, v Jenike, 2004, str. 1) poroča, da je »kombinirana analiza številnih randomiziranih študij, ki so primerjale uspešnost vrste zdravljenja OKM (zdravila,

psihodinamska psihoterapija, vedenjska terapija (ERP) in kognitivna terapija), pokazala veliko učinkovitost tako vedenjske kot tudi kognitivne terapije pri zmanjševanju simptomov OKM«.

Jenike (2004) ugotavlja, da terapevti pri svojem delu večinoma združujejo kognitivno in vedenjsko terapijo. Kognitiven del terapije zajema izpodbijanje napačnih prepričanj, vedenjski del ali terapija izpostavljenosti in reakcije pa načrtno, organizirano in nadzorovano izpostavljanje dražljajem, ki v osebi stimulirajo anksioznost (po hierarhični lestvici od dražljajev, ki v najmanjši meri stimulirajo anksioznost, do dražljajev, ki najbolj stimulirajo anksioznost).

Salkovskis in Kirk (2007) navajata številne študije (npr. Headland in MacDonald, 1987; Salkovskis, 1983; Salkovskis in Westbrook, 1989; Roth in Church, 1994), ki poročajo o učinkovitosti kognitivno-vedenjske terapije.

Obstajajo tudi dokazi o učinkovitosti medikamentozne terapije pri zdravljenju OKM. »Številne randomizirane, dvojno slepe študije, ki so kontrolirale placebo efekt, so podprle uporabo zaviralcev ponovnega privzema serotonina pri odraslih in otrocih.« (Jenike idr., 1998; Swinson, Antony, Rachman in Richter, 1998; Dougherty, Rauch, 1997, vsi v Jenike, 2004, str.1) »Približno 40 do 60 % bolnikov se odziva na inhibitor ponovnega privzema serotonina, s 20 do 40 % povprečnim izboljšanjem simptomov.« (Jenike idr., 1998; Pigott, Seay, 1999, vsi v Jenike, 2004, str. 1) Nekater študije (Pato, Zohar-Kadouch, Zohar, Murphy, 1988; Fontaine, Chouinard, 1989; Leonard, Swedo, Lenane idr., 1991; Pato in Chakravorty, 1998; Pato, Hill in Murphy, 1990; Mundo, Bareggi, Pirola, Bellodi in Smeraldi, 1997; Ravizza, Barzega, Bellino, Bogetto in Maina, 1996, vsi v Jenike, 2004, str. 1) so dokazale, da »v nasprotju s kognitivno vedenjsko terapijo, po kateri se manj kot 25 % bolnikom ponovi bolezensko stanje, prekinitiv zdravljenja z zaviralci ponovnega privzema serotonina povzroča visoko stopnjo recidive«. V eni od študij se je skoraj 90 % bolnikom, ki so jih zdravili z zdravili brez kognitivno vedenjske terapije po dvojno slepi prekinitvi zdravljenja, bolezen ponovila (Pato idr., 1988, v Jenike, 2004). Steketee (1993, v Jenike, 2004, str. 1) navaja, da »vzporedna vedenjsko-kognitivna terapija lahko zmanjša tveganje za ponovitev bolezni«. Kot primer služi »študija, v kateri se je v obdobju enega leta samo 23 % pacientom ponovila bolezen«. (Fontaine in Chouinard, 1989, v Jenike, 2004, str. 1)

Riggs in Foa (2006) povzemata rezultate različnih raziskav, ki so dokazale večjo učinkovitost klomipramina (npr. Clomipramine Collaborative Group, 1992; DeVeugh-Geiss, Landau in Katz, 1992, vsi v Riggs in Foa, 2006) in nekaterih zaviralcev ponovnega privzema serotonina, kot so fluoksetin, sertralin, paroksetinid. (npr. Geller idr., 2001; March idr., 1998, vsi v Riggs in Foa, 2006), v primerjavi s placebo tabletami.

Jenike idr. (1998, v Jenike, 2004) poročajo o spodbudnih rezultatih majhnih, nenadzorovanih študij, ki so preverjale učinkovitost določenih zdravil za uničenje avtoproteles ter preprečevanje naknadnih okužb in nadaljnje škode. Avtorji (prav tam) poudarjajo, da so za natančno oceno učinkovitosti takih terapij potrebne nadaljnje raziskave in več podatkov.

Za primere neodzivnosti na standardna in uveljavljena zdravljenja obsesivno-kompulzivne motnje se izvaja več vrst operacij možganov. V opazovalnih, prospektivnih študijah dveh tovrstnih operacij se je približno 45 % pacientom zmanjšala resnost simptomov za najmanj 35 % (Cosgrove in Rauch, 1995, v Jenike, 2004). Avtorji (prav tam) opozarjajo na stranske učinke, ki so bili opaženi med raziskavo: napadi, pridobitev telesne teže, glavoboli; negativni učinki na kognicijo ali osebnost so bili redki.

»Podatki iz nenadzorovanih raziskav kažejo, da globoka stimulacija možganov (s kirurško vsajenimi elektrodami, ki jih je mogoče vklopiti in izklopiti z namenom spodbujanja ali zaviranja dejavnosti v okolici možganskega tkiva), ki se uporablja za zdravljenje Parkinsonove bolezni in lajšanje hudih bolečin, učinkuje tudi pri zdravljenju OKM.« (Gabriels, Cosyns, Nuttin, Demeulemeester in Gybels, 2003, v Jenike, 2004, str. 1)

Jenike (2004, str. 1) navaja, da »do sedaj še ni bilo izvedenih študij, ki bi primerjale relativno učinkovitost in varnost različnih nevrokirurških postopkov«, in opozarja, da je »z nastopom novih kirurških naprav, ki omogočajo nevrokirurgijo brez nujne predhodne kraniotomije (npr. »gamma nož«), zdaj mogoče izvajati etične, dvojno slepe placebo operacije¹«.

¹ Placebo operacija je ponarejen kirurški poseg, ki oponaša operacijo; poseg v resnici ni izveden. (Psychology Dictionary)

III. EMPIRIČNI DEL

3 OPREDELITEV PROBLEMA

Obsesivno-kompulzivna motnja je anksiozna motnja, ki jo DSM-IV (1994) opredeljuje kot motnjo, za katero so značilne obsesije ali kompulzije ali največkrat oboje. DSM-IV (2000, str. 457) obsesije definira kot »vztrajne ideje, misli, impulze ali podobe, ki jih oseba doživlja kot vsiljive in neprijetne in povzročajo anksioznost ali zaskrbljenost« in kompulzije kot »ponavljajoče se vedenje ali mentalne aktivnosti, katerih cilj je preprečiti ali zmanjšati anksioznost ali zaskrbljenost«.

Vzroki obsesivno-kompulzivne motnje še niso jasni; strokovnjaki govorijo o več dejavnikih, ki delujejo vzporedno, in kot bistvene izpostavljajo vedenjske, kognitivne, genetske, nevroanatomske in nevrokemične faktorje. V skladu s tem obstaja več teoretičnih modelov, ki na različne načine razlagajo mehanizme delovanja motnje ter etiologijo motnje in na podlagi tega predlagajo različne pristope k zdravljenju. Najpomembnejši teoretični pristopi so: *vedenjski model* (Mowrer, 1960, v Summerfeldt, 2007; Dollard in Miller, 1950, v Riggs in Foa, 2006; Rachman in Wilson, 1980, v Riggs in Foa, 2006); *kognitivni model* (Beck, 1976, v Logan, 2006; Summerfeldt, 2007; Carr, 1974, v Riggs in Foa, 2006; McFall in Wollersheim, 1979, v Riggs in Foa, 2006); *kognitivno-vedenjski model* (Salkovkis, 1985, 1989, 1996, v Taylor idr., 2007); *teorije splošnega deficita in kognitivni faktorji* (Foa in Kozak, 1985, v Riggs in Foa, 2006); ter *biološki modeli* (Pauls, Alsobrook, Goodman, Rasmussen in Leckman, 1995, v Jenike, 2004; Jenike idr., 1998, v Jenike, 2004). Razumevanje narave motnje ter prepoznavanje vzrokov motnje sta nepogrešljiva koraka pri prepoznavanju in zdravljenju obsesivno-kompulzivne motnje.

Problem diplomskega dela je raziskati mehanizme delovanja obsesivno-kompulzivne motnje ter različne teoretične modele, ki razlagajo obsesivno-kompulzivno motnjo, na podlagi česar želim ugotoviti, kateri modeli bolj uspešno konceptualizirajo mehanizme delovanja motnje, bolj utemeljeno razlagajo vzroke motnje ter ponujajo učinkovite načine zdravljenja.

4 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je predstaviti in raziskati obsesivno-kompulzivno motnjo, pri čemer se bom osredotočila predvsem na mehanizme delovanja motnje, različne teoretične modele motnje in vzroke motnje. Vse to sem predstavila v teoretičnem delu ter s tem oblikovala natančen pregled dosedanjega razumevanja obsesivno-kompulzivne motnje: mehanizme delovanja, simptomatiko, heterogenost, teoretične razlage nastajanja in vzdrževanja motnje ter tudi pristope k zdravljenju.

Teoretični del bom dopolnila s kvalitativno raziskavo, s katero želim dobiti večji vpogled predvsem v teoretične modele, možne vzroke motnje ter zdravljenje. Empirični del zajema intervju s terapevtko, ki se ukvarja z zdravljenjem obsesivno-kompulzivne motnje, ter kvalitativno analizo intervjuja.

Cilj diplomskega dela je predstaviti obsesivno-kompulzivno motnjo (simptomatiko, etiologijo, delovanje mehanizmov motnje), podrobneje predstaviti in analizirati različne teoretične modele motnje, skozi modele predstaviti tudi različne možne vzroke motnje ter različne načine zdravljenja, ki izhajajo iz posameznih modelov, ter ugotoviti, kateri od modelov uspešneje razlaga motnjo in ponuja učinkovitejši način zdravljenja. Želim dobiti tudi vpogled v doživljanje motnje.

4.1 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Raziskovalno vprašanje št. 1

Na kakšen način si terapevтка razlaga pomembne mehanizme delovanja obsesivno-kompulzivne motnje.

Raziskovalno vprašanje št. 2

Kakšen je pogled terapevtko na nekatere sodobne pristope oziroma teoretične modele (teorije, prakse) obsesivno-kompulzivne motnje.

Raziskovalno vprašanje št. 3

Pogled terapevtke na vzroke obsesivno-kompulzivne motnje in s katerimi teorijami je njen pogled najbolj povezan.

Raziskovalno vprašanje št. 4

Pogled terapevtke na zdravljenje in ozdravljivost obsesivno-kompulzivne motnje in katere načine zdravljenja terapevtka vidi kot učinkovite ter kako to utemeljuje.

5 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Zaradi narave tematike sem se odločila za kvalitativno metodologijo raziskovanja.

5.1 VZOREC

V raziskavo sem vključila terapevtko, ki se ukvarja z obsesivno-kompulzivno motnjo.

Intervjuvanka je psihoterapevtka psihoanalitične smeri, ki se tri leta aktivno ukvarja z zdravljenjem obsesivno-kompulzivne motnje. V svoji klinični praksi dela s posamezniki in skupinami – poleg individualne psihoterapevtske pomoči vodi prvo terapevtsko skupino za obsesivno-kompulzivno motnjo v Sloveniji.

5.2 PRIPOMOČKI

V kvalitativni raziskavi sem uporabila raziskovalni, individualni polstrukturirani intervju z odprtimi tipi vprašanj. Cilj raziskovalnega intervjuja je »zbiranje podatkov oziroma informacij v raziskovalne namene«. (Sagadin, 1995, v Vogrinc, 2008 str. 104) Individualni intervju je intervju, v katerem »spraševalec sprašuje posameznega vpraševanca«. (Mužić, 1968, v Vogrinc, 2008, str. 105) Polstrukturiran intervju je intervju, pri katerem si »raziskovalec poleg splošne sestave intervjuja, v kateri postavi cilje, ki naj bi jih z intervjujem dosegel, vnaprej pripravi tudi nekaj bistvenih vprašanj, navadno odprtega tipa, ki jih postavi

BOŠNJAK, N (2013). Teoretični modeli obsesivno-kompulzivne motnje in praktikov pogled nanje.

vsakemu vpraševancu, preostala vprašanja pa oblikuje sproti med potekom intervjuja«. (Sagadin, 1995 b; Drever, 1997, vsi v Vogrinc, 2008 str. 109)

Pred intervjujem sem pripravila vprašanja, ki so se mi zdela ključna glede na problem in cilje raziskovanja. Med intervjujem sem glede na odgovore intervjujanke postavljala podvprašanja.

Za intervju s terapevtko, ki se ukvarja z zdravljenjem obsesivno-kompulzivne motnje, in ne z osebo, ki trpi za omenjeno motnjo, sem se odločila zato, ker sem ocenila, da bom glede na osrednjo temo raziskovanja diplomskega dela več informacij dobila od osebe s strokovnim pogledom na motnjo.

5.3 POSTOPEK ZBIRANJA IN OBDELAVE PODATKOV

Prvotni cilj je bil opraviti intervju z osebo, ki trpi za obsesivno-kompulzivno motnjo. Stik z njo sem nameravala vzpostaviti preko terapevta, ki se ukvarja z zdravljenjem te motnje. Na forumu sem zasledila ime terapevte, ki se individualno in skupinsko ukvarja z zdravljenjem obsesivno-kompulzivne motnje, in jo kontaktirala preko elektronske pošte, kjer sem jo prosila, če bi mi lahko omogočila stik z osebo, ki trpi za omenjeno motnjo. Tekom pisanja diplomskega dela sem ugotovila, da bom glede na opredeljen problem, cilj in namen dela več informacij, ki jih potrebujem, dobila od strokovne osebe z izkušnjami z zdravljenjem motnje. Tako sem se s terapevtko, ki mi je v tem času že odgovorila, da je pripravljena sodelovati z menoj, dogovorila za intervju. 21. maja 2013 sva s psihoterapevtko izpeljali intervju, ki sem ga posnela, prepisala in nato analizirala podatke v skladu z načeli kvalitativnega raziskovanja.

6 REZULTATI IN INTERPRETACIJA

6.1 Terapevtkino razumevanje mehanizmov delovanja OKM

Na kakšen način si terapevtka razlaga pomembne mehanizme delovanja obsesivno-kompulzivne motnje.

Tabela 1: Kode 1. in 2. reda za kategorijo mehanizmi delovanja OKM.

Kode 1. reda	Kode 2. reda	Kategorija
obsedenost z mislimi ali dejanji	simptomi	MEHANIZMI DELOVANJA OKM
simptomi se povečujejo s stisko		
ojačanje simptomov		
pojavljanje novih simptomov		
izražanje potlačenih vsebin preko simptomov		
obsedenost z mislimi	obsesije	
nezmožnost oceniti misel kot nepomembno		
pri osebah, ki nimajo motnje OKM, vsiljive misli pridejo in grejo		
konstantno ponavljanje		
nezmožnost reguliranja vsiljivih misli		
potlačena jeza se izraža v obliki obsesivnih misli z agresivno vsebino		
pripisovanje pomena nepomembnim stvarem	kompulzije	
ponavljanje dejanj		
heterogenost kompulzij		
ena oseba ima več različnih kompulzij		
OKM kot paradoks: simptomi se krepijo s tem, ko blažijo anksioznost		
strinjanje z Mowrejevimi dvofaznim modelom		
močan občutek odgovornosti		
prevzemanje močnega občutka za odgovornost		
odgovornost, da ne bi zaradi njih trpel kdo drug		
strinjanje s Salkovskisovo kognitivno teorijo OKM		
odgovornost kot karakterna lastnost, genska preddispozicija		

Kode 1. reda	Kode 2. reda	Kategorija
občutek krivde	osebne značilnosti in doživljanje/ odnos do sebe in motnje	MEHANIZMI DELOVANJA OKM
občutek krivde in slabo počutje ob obsesijah, da bi kaj slabega naredili drugim ali sebi		
nezmožnost in nemoč pomagati si kljub vpogledu v motnjo		
OKM večinoma nimajo ljudje z osebnostnimi motnjami, ampak gre za nevrotične strukture		
niso nevarni za druge, so nevarni sebi, so samodestruktivni		
primer samomora iz prakse terapevtke		
samokaznovanje v odraslosti za morebitne napake		
odsotnost samozaupanja		
ni razvitega zaupanja do sebe in samostojnosti		
preverjanje specifičnih stvari, zaradi občutka nevarnosti		
preverjanje zaradi strahu pred napako		
razvoj motnje v otroštvu	razvoj motnje	MEHANIZMI DELOVANJA OKM
nekateri simptomi prisotni že v otroštvu		
izbruh motnje ob frustracijah		
izbruh motnje ob življenjskih prelomnicah, spremembah, ob odsotnosti varnosti		
različnost pojavljanja simptomov		
obsesije in kompulzije so vsem odveč	vpogled v motnjo in motnja kot ovira	
osebe z OKM imajo vpogled v svojo motnjo		

Pod razlago najpomembnejših mehanizmov delovanja OKM je terapevtka izpostavila misli in dejanja, torej obsesije in kompulzije. Zanimivo se mi je zdelo, da ni omenila ali vsaj ne posebej izpostavila vzročno-posledične povezave oziroma funkcijskega razmerja med obsesijami in kompulzijami, kot je to največkrat navedeno v literaturi (npr. DSM-IV, 2000; Logan, 2007). DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994, v Riggs in Foa, 2006 str. 169) »v svojih definicijah obsesivno-kompulzivne motnje vseskozi ohranja dvojnost simptomov«, pri čemer pa poudarja, da se »diagnozo lahko postavi tudi, če so prisotne samo obsesije ali kompulzije«; največkrat naj bi se torej pojavljalo oboje.

V povezavi z mislimi in dejanji je terapevtka izpostavila ponavljanje le teh, pri čemer je poudarila časovni vidik, torej konstantnost ponavljanja. Izpostavila je obsedenost in nemoč v smislu nezmožnosti prekinitve ponavljanja dejanj ali opustitve misli. V zvezi s tem je poudarila tudi razliko med vsiljivimi mislimi, ki jih doživljamo vsi, in kliničnimi obsesijami, ki jih doživljajo obsesivno-kompulzivni posamezniki. Pri zdravem posamezniku vsiljiva misel mine ravno tako, kot je prišla, obsesivno-kompulzivni posameznik pa neke določene misli ne more prepoznati ali oceniti kot nepomembne, ali pa nepomembnim stvarjem pripisuje velik pomen in posledica je konstantno ponavljanje te misli. Terapevtka je to označila kot nezmožnost reguliranja vsiljivih misli.

Omenila je tudi možnost ojačanja simptomov ali pojavljanje novih ob že obstoječih, prepozna torej heterogenost obsesij in kompulzij pri eni osebi (*»Ena oseba ima lahko različne kompulzije...«*). Podatek o heterogenosti motnje pri eni osebi sem zasledila tudi v literaturi – Riggs in Foa (2006, str. 170) opozarjata, da se »pri večini oseb z OKM motnja manifestira v obliki več obsesij in kompulzij (npr. umivanje, preverjanje, ponavljanje), izjemoma samo z enim tipom kompulzije (npr. umivanje)«.

Terapevtka se je strinjala z Mowrerjevimi (1939, 1960) dvofaznim modelom, katerega sta za razlago simptomov OKM predlagala Dollard in Miller (1950, v Riggs in Foa, 2006, str. 171). Po omenjenem modelu, iz katerega izhaja vedenjsko zdravljenje, so »kompulzivna vedenja negativno okrepljena«, kar pomeni, da s funkcijo blaženja anksioznosti krepijo sama sebe. Ob tem je terapevtka obsesivno-kompulzivno motnjo označila kot paradoks: simptomi se krepijo s tem, ko blažijo anksioznost, kar je njihov prvotni namen.

Potrdila je tudi Salkovskisov (1985, 1989, 1996, v Taylor idr., 2007) kognitivno-vedenjski model, po katerem veliko vlogo pri razvoju obsesivno-kompulzivne motnje odigra odgovornost. Zaradi odgovornosti, ki jo oseba čuti v zvezi z vsebino misli, ki ima morebitne negativne posledice, razvije kompulzivna vedenja. Terapevtka je ob tem poudarila, da obsesivno-kompulzivne osebe čutijo odgovornost do tega, da bi zaradi njih trpel kdo drug. Pri tem je izpostavila še, da po njenem mnenju ta močan občutek odgovornosti izvira iz družin, v katerih je bilo prepovedano narediti napako, oziroma so bile osebe z zelo močnim občutkom odgovornosti kot otroci veliko kritizirane in kaznovane. V zvezi s tem je kasneje v intervju dodala, da ti ljudje v odraslosti sami sebe kaznujejo za morebitne napake; eden izmed načinov za to je obsesivno-kompulzivna motnja (samokaznovanje se izraža preko simptomov,

značilnih za obsesivno-kompulzivno motnjo – *»potlačene vsebine z njimi zrastejo in se potem izražajo preko simptomov«*).

Terapevtka je potrdila možnost, da ima povečan občutek odgovornosti karakterni osnovo, da je torej lahko tudi karakterni lastnost. Pri tem je opozorila, da gre pri obsesivno-kompulzivni motnji večinoma za nevrotične strukture in ne osebnostne motnje, s čimer je povezan tudi občutek krivde. Intervjuvanka je večkrat omenila občutek krivde, s katerim se soočajo obsesivno-kompulzivni posamezniki, še posebej tisti, ki doživljajo obsesivne misli z agresivno vsebino usmerjeno navzven, torej da bi nekomu naredili nekaj slabega. Pri tem je opozorila, da kljub njihovem strahu te osebe drugim dejansko niso nevarne, obstaja pa možnost, da škodijo sebi; omenila je primer samomora iz njene prakse.

Na drugem mestu v intervjuju je terapevtka izpostavila, da se obsesivne misli z agresivno vsebino pogosto pojavljajo pri osebah, ki so bile v preteklosti spolno zlorabljene. (*»Al agresijo na sebe, al pa agresijo na druge. In to je tista potlačena jeza, nemoč, ko ne vejo, kaj bi z njo in se potem seli iz enga objekta na drug objekt ane. Sej nobenmu nič ne naredijo, ampak je tko zlo zanimivo, da je skor pr vseh isti vzorc.«*)

Intervjuvanka je zatrdila, da imajo osebe z obsesivno-kompulzivno motnjo večinoma vpogled v motnjo, se torej zavedajo, da so njihove obsesije in kompulzije pretirane in nesmiselne. Terapevtka je pri tem opozorila na nemoč, torej da si kljub zavedanju ne morejo pomagati. Med pregledovanjem literature sem ugotovila, da med strokovnjaki (npr. Jenike, 2004; DSM-IV, 2000) nasploh prevladuje mnenje, da imajo osebe z OKM določen vpogled v svojo motnjo, čeprav se vse pogosteje opozarja na dejstvo, da to ne velja za vse osebe s to motnjo. Foa, Abramowitz, Franklin in Kozak (1999, v Riggs in Foa, 2006, str. 169) opozarjajo na odvisnost vpogleda od časa in situacije. DSM-IV (2000) motnjo posameznikov, ki ne prepoznajo nesmiselnosti svojih obsesij in kompulzij, diagnosticira kot OKM s slabim vpogledom (OCD *»with poor insight«*). (Jenike, 2004; Foa, Abramowitz, Franklin, in Kozak, 1999, v Riggs, Foa, 2006)

Glede razvoja motnje je povedala, da v večini primerov začetek sega že v otroštvo, do izbruha pa navadno pride ob frustrirajočih situacijah v življenju. Po njenih besedah se začetek razvoja motnje kaže z nekaterimi simptomi, ki so ponavadi prisotni že v otroštvu. Kasneje je omenila raznolikost pojavljanja simptomov pri obsesivno-kompulzivnih posameznikih: nekateri so

torej prisotni že zelo zgodaj v življenju, njihov razvoj pa se lahko ustavi ali pa se ojačajo in izbruhnejo novi. Do izbruha obsesivno-kompulzivne motnje navadno pride ob frustracijah ob življenjskih prelomnicah, spremembah, ob odsotnosti varnosti. To je skladno z avtorji, na primer Dernovšek idr. (2006, str. 39), ki pod dejavniki, ki sprožijo motnjo, naštevajo: »različne neprijetni dogodke v okolju, zdravstvene težave, izgube (smrt v družini, prometna nesreča, razpad zveze, denarne težave, izguba delovnega mesta), osamljenost«.

Poleg že omenjenega občutka krivde, nemoči, samodestruktivnosti in samokaznovanja, je terapevtka kot značilnosti oseb z obsesivno-kompulzivno motnjo poudarila še nezaupanje vase, s čimer so povezani tudi ostali simptomi: strah pred napako, preverjanje (kot vrsta kompulzije, ki je posledica strahu pred napako) in nesamostojnost. Osebe naj ne bi razvile zaupanja do sebe in samostojnosti zaradi nezaupanja in pomanjkanja občutkov varnosti v otroštvu.

6.2 Pogled terapevtke na nekatere teoretične modele OKM

Kakšen je pogled terapevtke na nekatere sodobne pristope oziroma teoretične modele (teorije, prakse) obsesivno-kompulzivne motnje.

Tabela 2: Kode 1. in 2. reda za kategorijo teoretični modeli OKM

Kode 1. reda	Kode 2. reda	Kategorije
terapevtka sama izvaja psihoanalitično terapijo	psihoanalitični model	TEORETIČNI MODELI OKM
osredotočenost na vzroke pri psihoanalitični terapiji		
uspešnost psihoanalitičnega pristopa ob zdravljenju OKM: uporaba prostih asociacij, občutkov in sanj		
poglobljeno raziskovanje občutkov v psihoanalitični terapiji		
strinjanje terapevtke s tem, da je problem v napačni interpretaciji, ki je posledica disfunkcionalnih prepričanj	kognitivni model	
strinjanje terapevtke s tem, da lahko nevtralen objekt s pogojevanjem postane objekt strahu	vedenjski model	
primer »relationship OKM«		
prpisovanje pomena nepomembnim stvarem		
nestrinjanje z idejo, da bi imeli obsesivni pacienti slab splošni spomin	teorije kognitivnih deficitov	
strinjanje z biološkimi modeli	biološki modeli	

Terapevtka se je strinjala s konceptom kognitivnih modelov, ki temelji na ideji, da emocionalni odzivi oseb nastanejo zaradi problematične interpretacije izkušenj oziroma misli, kar naj bi bila posledica disfunkcionalnih temeljnih prepričanj, razvoj katerih se lahko začne že v otroštvu. (Summerfeldt, 2007) Pri tem je dodala, da so v otroštvu ob nekih dogodkih prisotne fantazije, ki se ponotranjijo. Čeprav tega ni razvijala naprej, sklepam, da je s tem nakazala, da te ponotranjene fantazije nato vplivajo na oblikovanje temeljnih prepričanj, na podlagi katerih interpretiramo izkušnje, misli itd.

Intervjuvanka je izrazila nestrinjanje z idejo kognitivnih deficitov (Foa in Kozak, 1985, v Riggs in Foa, 2006) o slabem splošnem spominu obsesivnih pacientov. Omenila sem, da so nekateri avtorji (npr. Sher idr., 1989, v Salkovskis in Kirk, 2007) teorijam kognitivnih deficitov ugovarjali z argumentom, da gre pri obsesivno-kompulzivnih pacientih za slab spomin samo za specifične stvari, torej v zvezi z dejanji, ki so njihove kompulzije (npr. ali so

zaklenili vrata). Terapevtka meni, da ne gre za slab spomin, ampak za občutje ne-varnosti, torej da preverjajo, ker se ne počutijo varne in poskušajo preprečiti nevarnost. Na primer kompulzivno preverjanje zaklepanja vrat naj bi bilo povezano s strahom, da bi kdo vdrl v njihovo intimo. V nadaljevanju je dodala še, da preverjajo zaradi strahu pred napako, in poudarila, da osebe poročajo o tem, da vejo, da so na primer zaklenili vrata, ampak zaradi strahu, da bi naredili napako, enostavno morajo preverjati, ali so jih res zaklenili; torej jih k preverjanju ne motivira slab spomin, ampak strah pred napako.

Terapevtka se je strinjala z idejo prevladujočih bioloških modelov (Zohar in Insel, 1987, v Riggs in Foa, 2006, str. 172), ki govorijo o nenormalnem delovanju določenih kemičnih procesov v možganih oziroma o nenormalnem metabolizmu serotonina. Ob tem je še dodala, da se možgani v fiziološkem smislu oblikujejo vzajemno s psihološkim razvojem, iz česar sledi, da travmatične izkušnje in frustracije vplivajo na razvoj možganov.

Poleg tega je potrdila tudi idejo vedenjskega modela o tem, da lahko nevtralen objekt s pogojevanjem postane objekt strahu (Dollard in Miller, 1950, v Riggs in Foa, 2006), in navedla primer »relationship OKM«, pri katerem so obsesije osredotočene na partnerja, ki tako postane objekt obsesivno-kompulzivne motnje. To se mi je zdelo zanimivo, saj Rachman in Wilson (1980, v Riggs in Foa, 2006) navajata priznane ugotovitve, da Mowrejeva teorija ni adekvatna za razlago pridobitve strahu, medtem ko je v skladu z ugotovitvami o vzdrževanju kompulzivnih obredov.

Ob omembi uspešnosti psihoanalitičnega pristopa, ki ga terapevtka izvaja tudi sama, je povedala, da se pri tem pristopu osredotoča predvsem na vzroke; pristop sam pa zajema uporabo prostih asociacij, občutkov in sanj. Poudarila je globino pristopa (*»Ker tuki gremo zelo globoko v te občutke.«*).

6.3 Pogled terapevtke na vzroke OKM

Pogled terapevtke na vzroke obsesivno-kompulzivne motnje in s katerimi teorijami je njen pogled najbolj povezan.

Tabela 3: Kode 1. in 2. reda za kategorijo etiologija.

Kode 1. reda	Kode 2. reda	Kategorija
dejanski vzroki niso jasni	nejasnost vzrokov	ETIOLOGIJA
genetika	biološki vzrok	
infekcija		
oblikovanje možganov skozi razvoj		
serotonin ali genetika kot vzrok OKM s psihiatričnega vidika		
bakterija streptokok, kot možen vzrok OKM		
nerazrešen konflikt v nezavednem	psihološki vzrok	
vzrok je v disfunkcionalnih prepričanjih	disfunkcionalna prepričanja	
nevarnost, nezaupanje, odsotnost bazične varnosti	vzrok v družini oziroma okolju (v katerem je oseba odraščala)	
nedovoljena napaka v otroštvu		
OKM izhaja iz družin, kjer ni bila dovoljena napaka		
prepoved napake s strani staršev ali oseb samih		
osebe, ki so bile v otroštvu veliko kritizirane in kaznovane		
družina navzven izgleda funkcionalna, v resnici veliko destrukcije		
odsotnost potrditve, topline, varnosti v otroštvu		
v večini zgodb, s katerimi se terapevtka srečuje, je bil problem v družini		
možnost zunanjega problema in odsotnost zaščite s strani družine		
prikrita problematika znotraj družine		
mejna osebnostna motnja pri mamah oseb z OKM		
terapevtka v svojih primerih ni zasledila ostalih vzrokov razen razvojnih		

Kode 1. reda	Kode 2. reda	Kategorija
OKM pri osebah, ki so bile spolno zlorabljene	travma kot vzrok	ETIOLOGIJA
vpliv travm na razvoj možganov		
težke zgodbe oseb z OKM		
zgodnejša je travma, hujša je patologija		
travme pustijo posledice na možganih		
terapevtka ne pozna primera OKM, kjer ni bilo travmatične izkušnje		
umiritev in ublažitev motnje ob soočanju z vzroki	pomen soočanja z vzroki in razreševanje vzrokov	
zaradi disfunkcionalnih prepričanj, ki izvirajo iz otroštva je potrebno razreševanje vzrokov		

Intervjuvanka je poudarila nejasnost dejanskih vzrokov motnje (*»psihiatrično gledano, oni pravijo, da mam osumljence, nimamo pa dejanskih vzrokov te obsesivno-kompulzivne motnje«*). Omenila je različen pogled na vzroke glede na stroko – tako je v sklopu medicinskega oziroma psihiatričnega vidika omenila biološke vzroke: genetika, infekcija, ki jo povzroči bakterija streptokok, nenormalen metabolizem serotonina; s psihoanalitičnega vidika pa je simptome obsesivno-kompulzivne motnje razložila kot izraz nerazrešenih konfliktov v nezavednem (iz česar logično sledi, da je vzrok motnje v konfliktih v nezavednem), do katerih pride zaradi odsotnosti bazične varnosti ter pomanjkanja varnosti in zaupanja. Glede na to, da je intervjuvanka psihoanalitik, je razumljivo, da se njeno mnenje ujema z mnenjem psihoanalitičnih in neoanalitičnih avtorjev. Prvi vzrok anksioznosti prepoznavajo v »potlačenih instinktivnih impulzih«, ki zaradi »onemogočene sprostitve« povzročajo motnje (Lamovec, 1988, str. 271), medtem ko neonalitični avtorji (Horney in Sullivan, v Lamovec, 1988, str. 270) vzrok za anksioznost vidijo v »nezadovoljenosti temeljnih potreb« (po varnosti, navezanosti, zaščiti itd.).

Ob moji omembi močnega občutka odgovornosti, ki ima po teoriji Salkovskisa (1985, 1989, 1996, v Taylor idr., 2007) velik pomen pri razvoju obsesivno-kompulzivne motnje, je terapevtka izrazila strinjanje in poudarila, da po njenih izkušnjah ta občutek izvira iz okolja, navadno iz družine (*»To pa izhaja, po mojih izkušnjah z delom z ljudmi, tm, kjer ni bila dovoljena napaka v otroštvu.«*). V nadaljevanju je terapevtka razložila, da so bile osebe, ki so razvile OKM, v otroštvu veliko kritizirane in kaznovane za napake. Tudi Lamovec (1988, str.

271) kot najpomembnejše vzroke anksioznosti izpostavi »pretirano kaznovanje v procesu socializacije, ki deluje po principu pogojevanja«.

Intervjuvanka je kot eno izmed možnosti potrdila idejo kognitivnega modela (Summerfeldt, 2007), po katerem je problem obsesivno-kompulzivnih oseb v problematičnih interpretacijah izkušenj in misli, ki izhajajo iz temeljnih prepričanj, katera imajo lahko izvor že v otroštvu. Na tem mestu je opozorila na pomen razreševanja vzrokov, ki ga izpostavljajo tudi številni drugi strokovnjaki. Nanj želim opozoriti tudi sama v diplomskem delu. Definiranje vzroka, ki je lahko disfunkcionalno prepričanje, namreč lahko omogoči ponovno vrednotenje in izpodbijanje le tega, ter zamenjavo z novim, bolj funkcionalnim prepričanjem. Na spodbijanju disfunkcionalnih temeljnih prepričanj temelji kognitivno zdravljenje in kognitivni element v kognitivno-vedenjskem zdravljenju obsesivno-kompulzivne motnje. (Jenike, 2004) Poleg tega terapevtka poroča tudi o umiritvi in ublažitvi simptomov motnje ob soočenju z vzroki.

Intervjuvanka je ponovno opozorila na pomen soočenja z vzroki, ko je povedala, da pacienti vpogled v svojo motnjo sicer imajo, ampak si kljub temu ne morejo pomagati. Izpostavila je nemoč pacientov, da bi preprečili ali se uprli obsesijam in kompulzijam, in nato dodala, da se stanje umiri šele ob soočenju z vzroki. Iz tega sklepam, da že samo soočenje lahko predstavlja pomemben korak na poti do ozdravitve.

Ob omembi bioloških modelov, s katerimi se je terapevtka strinjala, je opozorila na povezavo med biološkimi in psihološkimi vzroki. Nepravilno funkcioniranja kemičnih procesov v možganih lahko predstavlja vzrok za razvoj obsesivno-kompulzivne motnje. Vzrok za nepravilno funkcioniranje možganov pa po mnenju sogovornice lahko najdemo v okolju, v katerem je oseba odraščala, torej v travmah in frustracijah, s katerimi se je soočala, saj naj bi travme pustile posledice na možganih. Možgani v fiziološkem smislu se torej oblikujejo vzajemno s psihološkim razvojem, iz česar sledi, da travmatične izkušnje in frustracije vplivajo na razvoj možganov (*»In več je frustracij, manj mirno je okolje, manj varni so otroci, drugače se razvijajo možgani.«*). V tem smislu je torej odveč dilema, ali je vzrok za motnjo v bioloških dejavnikih ali v travmah, torej dejavnikih okolja, saj je po mnenju terapevtke eno povezano z drugim. Travma je tako lahko posreden vzrok in nenormalno funkcioniranje možganov neposreden vzrok za obsesivno-kompulzivno motnjo. Na tem mestu je terapevtka opozorila, da gre lahko za travmo kot enkratni dogodek ali pa akumulativno travmo, to je več manjših travm in pri tem poudarila še časovni vidik, in sicer zgodnejša, kot je travma, hujša je

patologija. Veliko avtorjev (Roy-Byrne, Geraci in Uhde, 1986; Manfro, Otto, McArdle, Worthington, Rosenbaum in Pollac, 1996, vsi v Katon, 2006; Dernovšek idr., 2006), tako kot intervjuvanka, prepoznava travmo kot dejavnik, ki vpliva na pojav in razvoj anksioznih motenj.

Terapevtka je na več mestih v intervjuju poudarila, da so zgodbe oseb z OKM-om težke, da so torej te osebe doživele marsikaj, pri čemer je izpostavila otroštvo in družino. Ko sem jo vprašala o primerih, kjer v otroštvu in v družini ni bilo travmatične izkušnje, je odvrnila, da ne pozna takega primera, in dodala, da je lahko družina, ki navzven zgleda funkcionalna, v resnici zelo destruktivna. Večkrat je omenila prikrito problematiko v družinah, pri čemer je kot problem navedla predvsem pomanjkanje potrditve, topline in varnosti.. Priznava možnost zunanjega problema, ampak dodaja, da je bistvena zaščita s strani družine in če ta umanjka, so posledice lahko hude. Omenila je tudi, da ima veliko mam oseb z OKM mejno osebnostno motnjo, kar lahko pusti posledice na otroku. Chorpita in Barlow (1998, v Erzar, 2007) med psihosocialnimi vzroki prav tako poudarjata družino, ampak za razliko od intervjuvanke izpostavljata pretirano zaščitniške in vsiljive starše oz. družine.

Pri govoru o drugih možnih vzrokih, ki jih intervjuvanka priznava kot možne povzročitelje obsesivno-kompulzivne motnje, je omenila, da teh v svojih primerih ni zasledila in da se v svoji praksi srečuje predvsem z *»razvojnimi primeri«*.

Terapevtka je pri debati o možnih vzrokih izhajala predvsem iz svoje prakse, kot je izrazila tudi sama, in tako večkrat izrazila stališče, da je vzrok v družini, ob omembi drugačnega primera pa se je strinjala, da je lahko v določenih primerih vzrok tudi drugje, le da se ona pri svojem delu s takšnim vzrokom še ni srečala.

6.4 Pogled terapevte na zdravljenje in ozdravljivost

Pogled terapevte na zdravljenje in ozdravljivost obsesivno-kompulzivne motnje in katere načine zdravljenja terapevtka vidi kot učinkovite ter kako to utemeljuje.

Tabela 4: Kode 1. in 2. reda za kategorije zdravljenje, ozdravljivost in načini zdravljenja.

Kode 1. reda	Kode 2. reda	Kategorije
psihiatri včasih ne prepoznavajo OKM – neprepoznavnost motnje	ovire pri zdravljenju	ZDRAVLJENJE
neustrezno zdravljenje		
slabšanje zaradi neustreznega zdravljenja		
primer samomora kot možne posledice neustreznega zdravljenja		
sekundarna korist motnje: nekateri potrebujejo motnjo za funkcioniranje		
sekundarna korist motnje: lažje živeti z motnjo kot se soočiti z vzrokom težave		
neučinkovitost zdravljenja zaradi sekundarne koristi motnje		
nesprejemanje rešitev v primeru sekundarne koristi		
številni posamezniki z OKM sami iščejo pomoč	iskanje pomoči in motivacija za zdravljenje	
osebe, ki poiščejo pomoč, so večinoma motivirane za zdravljenje		
pomoč iščejo osebe, ki so dobro funkcionirale v življenju, a jih motnja pri tem začne ovirati		
pomoč iščejo osebe, ki si želijo povrniti kvaliteto življenja in so motivirane za zdravljenje		
cilj je izboljšanje kvalitete življenja in integracija oseb z OKM v družbo	cilj zdravljenja	
odnosi lahko predstavljajo podporo ali ne	podporni dejavniki	
bistveno je, da oseba sprejme samo sebe in verjame v napredovanje		
težje je osebam, ki so same in nimajo podpore bližnjih		
ob pravočasnem iskanju pomoči večja uspešnost zdravljenja	uspeh in prognoza zdravljenja	OZDRAVLJIVOST
uspeh je, če lahko oseba normalno funkcionira v življenju		
ni dobre prognoze za ozdravljivost v smislu izginotja simptomov		

Kode 1. reda	Kode 2. reda	Kategorije
strinjanje s tem, da je OKM motnja, s katero se živi	uspeh in prognoza zdravljenja	OZDRAVLJIVOST
čakanje, če bodo simptomi izzveneli	spontana ozdravitev/ prehodnost motnje	
možnost prehodnosti motnje		
dobri rezultati ob kombinaciji zdravil in psihoterapije	kombiniranje farmakoterapije in psihoterapije	NAČINI ZDRAVLJENJA
terapevtka vidi rezultate pri svojih pacientih, še posebej vidni so ob sodelovanju s psihiatrijo, torej uspešnost kombinacije ustrezne psihoterapije in farmakoterapije		
kombinacijo farmakoterapije in psihoterapije terapevtka ocenjuje kot uspešno		
posvetovanje s psihiatrom		
možnost hitrega okrevanja z zdravili	farmakoterapija	
koristnost zdravil		
večja uspešnost zdravljenja brez zdravil v primeru pravočasnega zdravljenja (v otroštvu ali mladosti)		
primernost kognitivno-vedenjske terapije za zdravljenje OKM	kognitivno-vedenjska terapija	
kognitivno-vedenjska terapija velja za najbolj uspešno terapijo		
terapevtka prepoznava psihoanalizo kot zelo uspešno pri zdravljenju OKM	psihoanalitična terapija	
terapevtka vidi rezultate pri svojih pacientih		
primernost logoterapije za zdravljenje OKM	logoterapija	
tako individualna kot tudi skupinska terapija sta lahko koristni	individualna in skupinska terapija	
učinkovitost posameznega načina zdravljenja je odvisna od posameznika	potrebe posameznika	
raziskovanje motnje preko simptomov	simptomi	

Terapevtka je kot kvalitetne sodobne načine zdravljenja izpostavila kognitivno-vedenjsko terapijo, logoterapijo ter psihoanalitično terapijo, pri čemer je poudarila, da kognitivno-vedenjski pristop velja za najbolj uspešnega, sama pa glede na svojo prakso kot zelo uspešno prepoznava tudi psihoanalitično terapijo. V strokovni literaturi se kot učinkovite pri zmanjševanju simptomov OKM izpostavlja kognitivno, vedenjsko ter kognitivno-vedenjsko terapijo, kar potrjujejo tudi raziskave (npr. Rhéaume in Ladouceur, 2000; Eddy, Dutra, Bradley in Weston, 2004, vsi v Purdon, 2007; Abramowitz, 1997, v Jenike, 2004).

Terapevtka je izpostavila sodelovanje s psihiatrijo, saj se v primeru obsesivno-kompulzivne motnje vedno posvetuje s psihiatrom. Potrdila je, da vidi rezultate pri svojih pacientih, pri čemer je izpostavila, da so v sodelovanju s psihiatrijo najboljši rezultati. Večkrat je poudarila, da so pri kombinaciji ustrezne farmakoterapije in psihoterapije rezultati zelo dobri, torej da uspešno zdravljenje vključuje ustrezna zdravila, kar je v skladu z mnenjem veliko avtorjev (npr. Steketee, 1993; Swinson, Antony, Rachman in Richter, 1998, vsi v Jenike, 2004), ki navajajo, da je za večino oseb z OKM najbolj učinkovit pristop kombinacija kognitivno-vedenjske terapije in uporabe zdravil. Pri tem kot učinkovite ni izrecno izpostavila samo ene vrste terapije, niti se ni opredelila do tega, katera daje najboljše rezultate, ampak je omenila več terapij (kognitivno-vedenjsko, logoterapijo, psihoanalizo itd.) in dodala, da se bo v prihodnosti pokazalo, katera od psihoterapij je najbolj učinkovita. Na moje vprašanje, če misli, da bo dejansko ena prepoznana kot najbolj učinkovita ali je učinkovitost vseeno odvisno od posameznika, je potrdila drugo možnost, torej da je zelo odvisno od posameznika.

Glede na pomen, ki ga pripisuje farmakoterapiji, me je zanimalo, če se ji zdi možno, da se OKM ozdravi brez zdravil. Izpostavila je predvsem časovni vidik, oziroma pomen pravočasne diagnoze in ustrezne pomoči, torej da je uspešno zdravljenje brez zdravil možno v primeru, ko je motnja odkrita in zdravljena dovolj zgodaj (*»V otroštvu se da še marsikej narest, no al pa puberteta, ta zgodnja, zgodnja dvejseta. Tud brez zdravil. To tud psihiatri podprejo«*).

Terapevtka ima izkušnje tako z individualno kot skupinsko terapijo. Podobno kot nobenega teoretičnega modela psihoterapije ne izpostavi kot najbolj učinkovitega, je tudi glede individualne in skupinske terapije mnenja, da sta lahko koristni obe.

Ko je terapevtka povedala, da je učinkovitost posameznega načina zdravljenja odvisna od posameznika, je poudarila pomen motiviranosti posameznika. V zvezi s tem je omenila sekundarno korist motnje (*»vse te bolezni imajo lahko tud zadaj sekundarno korist ... Določeni ljudje tud potrebujejo neko določeno motnjo za funkcioniranje...«*), ki jo je pojasnila z naslednjimi besedami: *»lažje živet na ta način, kokr pa se spopast s tistim vzrokom«*. V primeru, da motnjo sovrzdržuje sekundarna korist, je zdravljenje seveda oteženo: *»enostavno ne sprejmejo nobene rešitve. Niti se ne potrudjo /.../«*, saj ni nujno potrebne motivacije za zdravljenje.

Intervjuvanka je večkrat poudarila pomen ustrezne motivacije za učinkovito zdravljenje. Po njenih besedah pomoč iščejo osebe, ki so dobro funkcionirale v življenju, a jih pri tem motnja začne ovirati. Povod za zdravljenje je tako ovirano funkcioniranje v življenju. Dodala je še, da pomoč v terapiji iščejo osebe, ki si želijo povrniti kvaliteto življenja in so motivirani za zdravljenje.

Opozorila je tudi na probleme pri diagnosticiranju in zdravljenju obsesivno-kompulzivne motnje, saj obstaja možnost zamenjave za drugo bolezen; intervjuvanka je dala primer zamenjave za psihoze. Posledica nepravilne diagnoze je seveda neustrezno zdravljenje in tako se stanje bolezni, ki se da po besedah intervjuvanke s pravimi odmerki ustreznih zdravil hitro pozdraviti, zaradi neustreznega zdravljenja še poslabša. Ob omembi samomora kot skrajnem primeru samodestruktivnosti je komentirala, da mogoče ni bilo ustreznega zdravljenja. Tudi v literaturi obstaja veliko gradiva o problemu diagnosticiranja in zdravljenja: OKM je žal pretežno slabo diagnosticirana in zdravljena zaradi različnih razlogov (prikrivanje bolnikov ali pomanjkanje vpogleda v svojo bolezen, neusposobljenost zdravnikov za zdravljenje te motnje, pomanjkanje dostopa zdravljenja). (The Expert Consensus Panel for Obsessive-Compulsive Disorder, 1997, v Jenike, 2004)

Poleg pomena pravilne diagnoze je terapevtka izpostavila tudi pomen pravočasne diagnoze. Po njenem mnenju je v primeru, da je motnja diagnosticirana dovolj zgodaj, nasploh večja možnost uspešnega zdravljenja, saj se razvoj motnje začne v otroštvu. Tudi v literaturi sem zasledila poudarjanje pomena zgodnje diagnoze, ustrezne obravnave in opozarjanje na posledice nezdravljenja ali neustreznega zdravljenja. Strokovnjaki opozarjajo, da zgodnja diagnoza in ustrezno zdravljenje OKM zmanjša trpljenje in tveganje za sekundarne težave, kot so depresija, partnerske težave, težave na delovnem mestu itd. (The Expert Consensus Panel for Obsessive-Compulsive Disorder, 1997, v Jenike, 2004)

Terapevtka je opozorila tudi na omejitve ustreznega zdravljenja in kot cilj zdravljenja navedla vključitev v življenje in normalno funkcioniranje. Jenike (2004, str. 1), navaja, da se »celo z učinkovitim zdravljenjem OKM redko ozdravi v celoti, vendar se stanje lahko izboljša v taki meri, da oseba z OKM živi normalno življenje, torej dela, ima družino in se aktivno udejanja v socialnem življenju«. Avtorji (npr. Salkovskis in Kirk, 1997; Maj, Sartorius, Okasha in Zohar, 2002, v Jenike, 2004) predstavljajo OKM kot motnjo, s katero oseba živi celo svoje življenje; kot motnjo, ki se jo lahko omili in nadzoruje, a največkrat ne popolnoma ozdravi.

Intervjuvanka je omenila tudi možnost prehodnosti motnje, torej da motnja izgine prav tako iznenada, kot se pojavi (*»Lahko pa tko kot pride, tudi zgine.«*). Ob omembi njenega sodelovanja s psihiatrijo je dodala, da v primeru omenjene motnje pri zgodnji starosti z zdravljenjem nekoliko počakajo, če bodo simptomi izzveneli sami od sebe.

Zanimali so me še odnosi oseb z obsesivno-kompulzivno motnjo, predvsem partnerski odnosi. Terapevtka je povedala, da je veliko samskih, od tistih, ki so v odnosu, pa nekateri partnerji osebo z OKM razumejo in v tem primeru lahko predstavljajo podporo, medtem ko drugi lahko motnjo zanikajo in tako seveda ne morejo nuditi ustrezne podpore.

Pri tem je poudarila, da je ključen odnos do sebe in motnje, torej bistveno je, da oseba sprejme sama sebe in verjame v svoje napredovanje. Terapevtka je dodala, da socialna mreža kljub temu predstavlja podporni dejavnik in da je torej lažje tistim, ki imajo nekoga, ki jim nudi podporo, in težje tistim, ki so sami.

IV. ZAKLJUČEK

V diplomskem delu sem raziskala mehanizme delovanja obsesivno-kompulzivne motnje ter različne teoretične modele, ki razlagajo obsesivno-kompulzivno motnjo. Na podlagi tega sem želela ugotoviti, kateri modeli bolj uspešno konceptualizirajo mehanizme delovanja motnje, bolj utemeljeno razlagajo vzroke motnje ter ponujajo učinkovite načine zdravljenja. Tako sem predstavila vrsto modelov, ki to motnjo elaborirajo, in v empiričnem delu teoretske vire dopolnila z izkušnjami psihoanalitične terapevtke, ki se s tovrstnimi motnjami ukvarja.

Po besedah intervjuvanke je za obsesivno-kompulzivne osebe značilna nezmožnost reguliranja vsiljivih misli in nezmožnost ocenjevanja vsiljivih misli kot nepomembnih. Iz tega razloga se iz vsiljivih misli, ki jih doživljamo vsi, razvijejo klinične obsesije. Terapevtka se je strinjala z Mowrejevimi (1960, v Summerfeldt, 2007; 1947, 1960, v Salkovskis in Kirk, 2007) modelom negativne okrepitve in OKM označila kot paradoks: simptomi se krepijo s tem, ko blažijo anksioznost. Terapevtka se je strinjala tudi s pomenom pretiranega občutka odgovornosti pri razvoju obsesivno-kompulzivne motnje, ki ga je v svoji kognitivni teoriji poudaril Salkovskis (Salkovskis 1985, 1989, 1996, v Taylor idr., 2007). Poleg odgovornosti je intervjuvanke kot značilnost oseb z obsesivno-kompulzivno motnjo izpostavila še občutek krivde in nemoč, ki ju doživljajo ob soočanju z obsesijami in kompulzijami. Terapevtka je mnenja, da imajo osebe z obsesivno-kompulzivno motnjo vpogled v svojo motnjo, se torej zavedajo nesmiselnosti svojih obsesij in kompulzij. O razvoju motnje je povedala, da se začne že v otroštvu, izbruhne pa največkrat ob frustracijah, spremembah, življenjskih prelomnicah. O izbruhu anksioznih motenj ob različnih spremembah poročajo tudi drugi strokovnjaki (npr. Dernovšek idr., 2006; Erzar, 2007).

Terapevtka je izrazila pozitivno naravnost do psihoanalitičnega modela, kognitivnega modela, kognitivno-vedenjskega modela ter biološkega modela. Psihoanalitični pristop, ki ga izvaja tudi sama, ocenjuje kot uspešnega pri zdravljenju obsesivno-kompulzivne motnje. V zvezi z njim je poudarila osredotočenost na vzroke ter poglobljeno raziskovanje občutkov. Strinjala se je s temeljno idejo kognitivnih modelov (Summerfeldt, 2007) o pomenu disfunkcionalnih prepričanj in iz njih izhajajočih napačnih interpretacij pri obsesivno-kompulzivni motnji. Terapevtka je podprla Mowrerjev (1939, 1960) koncept vedenjskega modela (Dollard in Miller 1950, v Riggs in Foa, 2006, str. 171) o pridobitvi strahu pred določenim objektom preko pogojevanja. Teorija kognitivnih deficitov (Foa in Kozak, 1985, v

Riggs in Foa, 2006) je torej edina od teorij, omenjenih z moje strani, ki je terapevtka ni podprla oziroma je izrazila nestrinjanje z idejo teorije splošnega kognitivnega deficita o slabšem spominu obsesivno-kompulzivnih pacientov. Kognitivno-vedenjski model in iz njega izhajajoče zdravljenje je izpostavila kot model, ki velja za najuspešnejšega.

Iz prebrane literature lahko zaključim, da je na podlagi izsledkov raziskav večina avtorjev vedenjsko-kognitivni model (npr. Jenike, Baer, Minichiello, 1998, v Jenike, 2004; Taylor, Abramowitz in McKay, 2007) ocenila kot zelo uspešnega, nasprotno pa je model splošnega kognitivnega deficita v stroki največkrat opredeljen kot neuspešen (Salkovskis in Kirk, 2007).

Terapevtka je poudarila, da so vzroki obsesivno-kompulzivne motnje še vedno nejasni, kar je popolnoma v skladu z ugotovitvami strokovnjakov različnih področij, ki se ukvarjajo z raziskovanjem obsesivno-kompulzivne motnje. Avtorji (npr. Logan, 2007; Taylor idr., 2007) ob poudarjanju nejasnosti glede etiologije, OKM velikokrat predstavijo kot motnjo, ki se je razvila zaradi več vzporedno delujočih dejavnikov, ali pa poudarjajo, da gre lahko pri različnih primerih za različne vzroke. Logan (2007, str. 145) na primer predlaga pogled na obsesivno-kompulzivno motnjo kot na »sindrom, ki se lahko razvije po več poteh, vključno z genetskimi, infekcijskimi in travmatičnimi potmi«. Intervjuvanka je kot možne vzroke omenila biološke (genetika, infekcija, abnormalnosti v možganih in njihovem delovanju) ter psihološke (nerazrešen konflikt v nezavednem), največji poudarek pa je dala socialnim oziroma okoljskim vzrokom, natančneje družini oziroma okolju, v katerem je oseba odraščala, in travmatičnim izkušnjam. Intervjuvanka je večkrat izpostavila, da so bile osebe z obsesivno-kompulzivno motnjo v otroštvu navadno veliko kritizirane in kaznovane, saj prihajajo iz družin, v katerih je bila prepovedano narediti napako. Na to je navezala tudi travmo kot vzrok obsesivno-kompulzivne motnje. Rapee in Spence (2004, v Schneier, 2006) prav tako pišeta o vplivu preveč kritičnih staršev na razvoj anksioznih motenj. Lamovec (1988, str. 271) pa podobno kot intervjuvanka družino in »pretirano kaznovanje v procesu socializacije« označi kot najpomembnejši dejavnik pri razvoju anksioznosti. Nekateri avtorji (npr. Rapee in Spence, 2004, v Schneier, 2006; Chorpita in Barlow, 1998, v Erzar, 2007) poleg preveč kritičnih staršev kot vzrok za razvoj anksioznosti izpostavljajo še preveč zaščitniške starše oziroma družine. Čeprav sem vedela, da je problematika v družini eden izmed dejavnikov, ki lahko prispevajo k razvoju motnje, me je presenetil poudarek, ki ga je terapevtka dala prav temu specifičnemu vzroku. Na podlagi študija literature ne bi mogla izpostaviti vzroka, ki bi ga večina teoretikov izpostavila kot najpomembnejšega.

Pogled intervjuvanke je najbolj povezan s psihoanalitičnim modelom, kar je glede na to, da je psihoterapevka psihoanalitične smeri, povsem razumljivo. Ker je velikokrat poudarila koristnost zdravil in uspešnost kombiniranja farmakoterapije in psihoterapije, lahko zaključim, da je njen pogled v precejšnji meri povezan tudi z biološkimi modeli (npr. Zohar in Insel, 1987, v Riggs in Foa, 2006), ki kot vzroke obsesivno-kompulzivne motnje navajajo kemijsko neravnovesje v možganih in abnormalnosti v funkcioniranju možganov ter tako v svojem zdravljenju predvidevajo medikamentozno terapijo.

Kot učinkovite načine zdravljenja je terapevka izpostavila predvsem kombiniranje farmakoterapije in psihoterapije; kot učinkovite vrste psihoterapije pa je izpostavila psihoanalitično terapijo, kognitivno-vedenjsko terapijo ter logoterapijo.

Kot ovire pri zdravljenju je intervjuvanka omenila problem neprepoznavnosti motnje in posledično neustrezno zdravljenje. Velikega pomena pri zdravljenju je motivacija, ki ponavadi pri posameznikih, ki sami poiščejo pomoč, ni problem, saj so motivirani z željo, da bi si povrnili kvaliteto življenja. Razlog za iskanje pomoči je po mnenju intervjuvanke v tem, da motnja začne ovirati normalno funkcioniranje v življenju. Pomoč naj bi tako iskale osebe, ki so dobro funkcionirale v življenju, a jih je motnja pri tem začela ovirati. Intervjuvanka je, tako kot navajajo tudi številni drugi strokovnjaki (Jenike, 2004; Salkovskis in Kirk, 1997; Maj, Sartorius, Okasha in Zohar, 2002, vsi v Jenike, 2004), mnenja, da je OKM motnja, ki se jo lahko z ustreznim zdravljenjem ublaži in omili, ne pa popolnoma ozdravi. Avtorji (Salkovskis in Kirk, 1997; Maj idr., 2002, vsi v Jenike, 2004) navajajo, da je OKM motnja, s katero se živi.

Poleg zanimanja za to temo me je k pisanju o motnji spodbudilo dejstvo o slabi splošni prepoznavnosti anksioznih motenj in posledicah, ki iz tega izhajajo. Tudi intervjuvanka je opozorila na posledice neustreznega zdravljenja, ki izhajajo iz slabe prepoznavnosti motnje. Poleg osveščanja o sami motnji se mi zdi pomembno tudi odpravljanje predsodkov, povezanih z iskanjem pomoči v primeru soočanja s psihičnimi problemi, ter o samem zdravljenju motenj. Na tem področju lahko veliko prispeva tudi socialna pedagogika. Vloga socialnega pedagoga je zmanjševanje predsodkov v zvezi s psihičnimi motnjami nasploh. Socialni pedagog se lahko z anksioznimi motnjami sreča pri delu z različnimi uporabniki, zato je pomembno, da motnjo in njene simptome pozna, saj jo le tako lahko prepozna in uporabniku pomaga poiskati ustrezno pomoč. Poleg tega, da posamezniki včasih ne razumejo, kaj se jim

dogaja, obstaja tudi možnost namernega prikrivanja motnje (prikritost je odvisna od posameznika in narave motnje) zaradi sramu, povezanim z motnjo in njenimi simptomi. Motnjo je tako možno prepoznati šele z natančnim opazovanjem in poznavanjem simptomov.

Raziskavo bi lahko izboljšala tako, da bi jo razširila, torej vanjo vključila mnenja večih terapevtov, ali pa bi jo dopolnila z intervjujem osebe, ki trpi za OKM. Čeprav sem se poskušala temu izogniti, so bila morda nekatera vprašanja malenkost sugestivna. Poleg tega bi lahko z dodatnimi vprašanji v večji meri razjasnila kakšno temo, ki je ostala nekoliko odprta. Pri kvalitativni analizi sem se včasih soočila z dilemo, pod katero kategorijo uvrstiti določeno kodo, saj bi nekatere lahko spadale pod več kategorij. S težavo sem na primer postavila mejo med kategorijama sodobnih teoretičnih modelov in načinov zdravljenja, saj se ti vsebinsko zelo prepletata, kar je bilo zaznati tudi pri odgovorih terapevtke. Kljub naštetemu ocenjujem, da sem v diplomskem delu uspela v precejšnji meri odgovoriti na vprašanja, ki sem si jih zastavila v začetku, in tako dobila večji vpogled v obsesivno-kompulzivno motnjo. Poleg tega sem skozi raziskovanje in analizo različnih teoretičnih modelov spoznala različne poglede na mehanizme delovanja, simptomatiko, etiologijo in načine zdravljenja motnje.

V. VIRI

Abramowitz, J. S. in Deacon, B. (2004). Cognitive and Behavioral Treatments for Anxiety Disorders: A Review of Meta-analytic Findings. *Journal of Clinical Psychology*. 60(4), 429–441. Pridobljeno s http://www.uwanxietylab.com/uploads/7/6/0/4/7604142/cbt_meta-analysis.pdf.

Abramowitz J. S. in Nelson C. A. (2007). Treating Doubting and Checking Concerns. V M. M. Antony, C. Purdon, & L. J. Summerfeldt (ur.), *Psychological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. Fundamentals and Beyond* (str. 169–186). Washington, DC: American Psychological Association. 2007.

Appleton, P. (2008). Anxiety Disorders in Children and Adolescents: A Brief Outline. V P. Appleton (Ur.), *Children's Anxiety* (str. 40–50). London: Routledge.

Beck J. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press.

Burningham, S. (1989). *Not on Your Own*. London: Penguin Books.

Cherian A. in Frost R. O. (2007). Treating Compulsive Hoarding. V M. M. Antony, C. Purdon, & L. J. Summerfeldt (ur.), *Psychological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. Fundamentals and Beyond* (str. 169–186). Washington, DC: American Psychological Association. 2007.

Dernovšek M. (2009) Anksiozne motnje. V P. Pregelj in Kobentar R. (ur.), *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju: učbenik*. (str. 235-244). Ljubljana: Rokus Klett, 2009.

Dernovšek, M., Gorenc, M., in Jeriček, H. (2006). *Ko te stresa stres. Kako prepoznati in zdraviti stresne, anksiozne in depresivne motnje*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

DSM-IV (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

BOŠNJAK, N (2013). Teoretični modeli obsesivno-kompulzivne motnje in praktikov pogled nanje.

Erzar, T. (2007). *Duševne motnje. Psihopotologija v zakonski in družinski terapiji*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.

Fossum, L., (1990). *Managing Anxiety*. London: Kogan Page.

Jenike M. A. (2004). Obsessive-Compulsive Disorder. *The New England Journal of Medicine*. 350: 259-265. Pridobljeno s <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp031002>. DOI: 10.1056/NEJMcp031002

Katon, W. J. (2006). Panic Disorder. *The New England Journal of Medicine*. 354:2360-2367. Pridobljeno s <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp052466>. DOI: 1056/NEJMcp052466

Kuyken W. in Beck A. T. (2007). Cognitive Therapy. V C. Freeman & M. Power (ur.), *Handbook of Evidence-Based Psychotherapies. A Guide for Research and Practice* (str. 143–158). Chichester: J. Wiley, cop. 2007.

Lamovec, T. (1988). *Priročnik za psihologijo motivacije in emocij*. Ljubljana: Filozofska fakulteta Univerze v Ljubljani.

Logan K. (2007). Obsessive Compulsive Disorder. V C. Freeman & M. Power (ur.), *Handbook of Evidence-Based Psychotherapies. A Guide for Research and Practice*. (str. 143–158). Chichester: J. Wiley, cop. 2007.

Purdon C. (2007). Cognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. V M. M. Antony, C. Purdon, & L. J. Summerfeldt (ur.), *Psychological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. Fundamentals and Beyond* (str. 9–30). Washington, DC: American Psychological Association.

Psychology Dictionary. Pridobljeno s: <http://psychologydictionary.org/sham-surgery/> Riggs D. S. in Foa E. B. (2006). Obsessive-Compulsive Disorder. V F. Andrasik, M. Hersen, J. C. Thomas (ur.), *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology* (str. 169–186). New Jersey: John Wiley & Sons. 2006.

BOŠNJAK, N (2013). Teoretični modeli obsesivno-kompulzivne motnje in praktikov pogled nanje.

Riggs D. S. in Foa E. B. (2007). Treating Contamination Concerns and Compulsive Washing. V M. M. Antony, C. Purdon, & L. J. Summerfeldt (ur.), *Psychological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. Fundamentals and Beyond* (str. 149–168). Washington, DC: American Psychological Association. 2007.

Puklek, M. (2006) *Socialna anksioznost v otroštvu in mladostništvu: razvojni, šolski in klinični vidiki*. Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete.

Resman, D. (2003). Kognitivno vedenjska terapija anksioznih in depresivnih motenj pri bolnikih s koronarno boleznijo. *Krka v medicini in farmaciji*, 24 (str. 24-36).

Rowan, D., Eays, C. (1987). *Fears and Anxieties*. New York: Longman.

Salkovskis, P. M., in Kirk, J. (2007). Obsessive-compulsive disorder. V D. M. Clark, & C. G. Fairburn (ur.), *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy* (str. 179–208). New York: Oxford University Press.

Seligman, M., (1992). *Helplessness*. New York: W. H. Freeman and Company.

Schneier, F. R. (2006). Social Anxiety Disorder. *The New England Journal of Medicine*. 355: 1029-1036. Pridobljeno s <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp060145>. DOI: 10.1056/NEJMcp060145

Summerfeldt L. J. (2007). Treating Incompleteness, Ordering, and Arranging Concerns. V M. M. Antony, C. Purdon, & L. J. Summerfeldt (ur.), *Psychological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. Fundamentals and Beyond* (str. 9–30). Washington, DC: American Psychological Association.

Taylor, S., Abramowitz, J. S., in McKay, D. (2007). Cognitive-Behavioral Models of Obsessive-Compulsive Disorder. V M. M. Antony, C. Purdon, & L. J. Summerfeldt (ur.), *Psychological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. Fundamentals and Beyond* (str. 9–30). Washington, DC: American Psychological Association.

BOŠNJAK, N (2013). Teoretični modeli obsesivno-kompulzivne motnje in praktikov pogled nanje.

Vogrinc J. (2008). Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju. Pedagoška fakulteta, Univerza v Ljubljani.

VI. PRILOGA

DOBESEDEN PREPIS INTERVJUJA	KODE 1. REDA
<p>Najprej me zanima, kako bi vi razložili najpomembnejše mehanizme delovanja obsesivno-kompulzivne motnje? Torej kako bi razložili obsesije, kompulzije...</p> <p>Lahko so vsiljivke, misli, lahko so pa kot dejanja, ane. <u>Ljudje se ne morejo tega osvobodit in ¹počnejo nonstop eno in isto zadevo: al se umivajo, al pospravljajo, al prčkajo al ravnaajo...</u> ²<u>Al so pa obsedeni z nekimi mislimi, recimo, da bojo naredili nekaj sebi, drugim... Velikrat se zgodi po porodu, ker mamice dobijo dojenčka, pa majo občutek, da mu bojo nekaj nardile... Ne, tko da to je ubistvu tak splošen vtis tega, ne.</u> ³<u>Nekaj, ene misli, nas obsedejo, al pa dejanja, ki v principu niso škodljiva okolici. Ampak trpi pa sam posameznik, ki to motnjo ima. Uglavnem misli ga obsedejo.</u> ⁴<u>Ne more si rečt to ni pomembno, ne. Recimo, zdej ⁵mi, ki te motnje nimamo, se nam zgodi, da na primer gremo v hribe, pogledamo v prepad in si rečemo: u kaj bi blo, če bi se vrgla dol. Ampak to je tist moment in gre... Pri njih je pa to na potenco milijon.</u> ⁶<u>skoz se ponavlja, skoz.</u> In potem imajo občutek, da bojo to nardil. Al pa ne vem, recimo, se peljemo po cesti in pomislimo: o kaj če bi tega zadela, ne. A veste, včasih take misli prletijo, ne. Pri njih je pa to nenormalno, ne. In oni začnejo že temu vrjet. To je razlika med ostalimi posamezniki in osebami, ki trpijo za to motnjo.</p> <p>No, te kompulzije se s sčasom ponavadi razvijajo in krepijo. Oziroma vsaj ne izzvenijo same od sebe. Torej, na primer nekdo z obsesivnimi mislimi o kontaminaciji, si roke umiva vedno bolj pogosto,..</p> <p>Ja.</p> <p>Oziroma vsaj si jih ne preneha umivat.</p> <p>Tako.</p>	<p>¹ponavljanje dejanj</p> <p>²obsedenost z mislimi</p> <p>³obsedenost z mislimi ali dejanji</p> <p>⁴nezmožnost oceniti misel kot nepomembno</p> <p>⁵pri osebah, ki nimajo motnje OKM vsiljive misli, pridejo in grejo</p> <p>⁶konstantno ponavljanje</p>

<p>Ja, in to začne vplivat na funkcioniranje v vsakdanjem življenju.</p> <p>Tako.</p> <p>Kako si vi razlagate, da pride do tega? Torej do kompulzij in do tega, da se kompulzije krepijo?</p> <p><u>Glejte, psihiatrično gledano, pravijo, da ⁷imamo osumljence, nimamo pa dejanskih vzrokov te obsesivno-kompulzivne motnje. Psihiatri pravijo, da je mal ⁸gensko, lahko je povezano z ⁹infekcijo v otroštvu, ane,... ¹⁰Psihoanalitično gledano je pa to nek konflikt v nezavednem, ki ga oseba ne more razrešit in se pojavlja preko simptomov. ¹¹Simptomi se povečujejo s stisko. To lahko povem iz moje prakse, ane. ¹²Stisko, z nevarnostjo, nezaupanjem... V bistvu pri vseh simptomih pridemo do vzroka, do neke bazične varnosti, ki je ni.</u></p> <p>Ahm.</p> <p><u>Amm. Zdej pa te simptomi, so pa tko veste, so triki, ne. ¹³Lahko se pojačajo, ¹⁴lahko se pa novi priklaplajo zraven, ane. Recimo, si umivajo roke, potem se pa priklopi še zapiranje okna pa ravnanje postelje,... Tko da je tko kot en vlakec, ki se... ane, prklaplja gor. Tko da je na nek način, pri hujših oblikah, ¹⁵z zdravili in terapijo, so lahko zelo dobri rezultati.</u></p> <p>Torej so lahko kompulzije različne?</p> <p><u>¹⁶Ja, različne so, različne.</u></p> <p>Ena oseba ima lahko različne kompulzije?</p> <p><u>Tako. Različne. ¹⁷Ena oseba ima lahko različne kompulzije, ane. Recimo, ima preverjanje, lahko preverjanje plina, potem strah pred kakšnimi bakterijami, umazanijo, zlo se izogibajo vsega... Am, potem je strah pred napako, ne vem, da bojo napačno mail poslal, recimo, to je tudi obsesija... Potem vse preverjajo in tako naprej. Tko, da zdej, različne stvari se... Tko da to je en tak cocktail. Tako. <u>Nikol nimajo samo ene</u></u></p>	<p>⁷dejanski vzroki niso jasni</p> <p>⁸genetika</p> <p>⁹infekcija</p> <p>¹⁰nerazrešen konflikt v nezavednem</p> <p>¹¹simptomi se povečujejo s stisko</p> <p>¹²nevarnost, nezaupanje, odsotnost bazične varnosti</p> <p>¹³ojačanje simptomov</p> <p>¹⁴pojavljanje novih simptomov</p> <p>¹⁵dobri rezultati ob kombinaciji zdravil in psihoterapije</p> <p>¹⁶heterogenost kompulzij</p> <p>¹⁷ena oseba ima več različnih kompulzij</p>
---	---

<p><u>stvari. Vedno sta vsaj dve al pa tri, obvezno, ne.</u></p> <p>Aha. Vedenjsko zdravljenje obsesivno-kompulzivne motnje izhaja iz Mowrejevega dvofaznega modela. Dolaard in Miller sta Mowrejev model predlagala za razlago simptomov OKM. Model predpostavlja, da predhodno nevtralen objekt, dogodek ali stanje, lahko postane objekt strahu preko pogojevanja. Ko je strah pridobljen, se razvijejo kompulzivna vedenja, ki so negativno okrepljena, kar pomeni, da s tem, ko blažijo anksioznost, ki se pojavlja ob obsesiji, krepijo sama sebe. Torej v smislu, ko bo oseba prvič začutila, da ji to, da si recimo umije roke, pomaga vsaj malo umirit tisto misel, da bo kontaminirana, da ravno to, kar ji pomaga, povzroči to, da si potem ona še naprej in še večkrat umiva roke.</p> <p>Ahm, ja.</p> <p>Kaj mislite o tej teoriji? Ali se s tem strinjate?</p> <p><u>¹⁸Se strinjam, ker to je paradoks. OKM je paradoks, ane. Ubistvu, ti simptomi so zato, da blažijo neko stisko, ki je globoko nezavedna, nek strah, ki je zadaj pa je neprepoznan, ane, hkrati se pa simptomi večajo in so še v večji stiski. Tko da to je...</u> ¹⁹<u>Se povsem strinjam.</u></p> <p>Kako bi pa razložil, to ste prej omenil tudi sami, da občasno vsi doživljamo te misli? Kako bi razložil to razliko med temi mislimi pa med mislimi, ki jih doživljajo obsesivno-kompulzivne osebe? Oziroma kako pride do tega, da iz teh misli nastanejo klinične obsesije?</p> <p>Ahm. <u>Ja, problem je v tem, da mi enostavno lahko reguliramo te misli,</u> ²⁰<u>oseba z OKM-jem pa ne more tega regulirat. To je to, ane. In zdej na nek način oni, ker se tok pojavlja to, temu že verjamejo. Potem se tuki pri teh osebah pojavlja pa še ena zadeva.</u> ²¹<u>OKM pri obsesivkah, ni vedno prepoznaven, psihiatri ga ne prepoznavajo.</u> ²²<u>In so bili ljudje</u></p>	<p>¹⁸OKM kot paradoks: simptomi se krepijo s tem, ko blažijo anksioznost</p> <p>¹⁹strinjanje z Mowrejevim dvofaznim modelom</p> <p>²⁰nezmožnost reguliranja vsiljivih misli</p> <p>²¹psihiatri včasih ne prepoznavajo OKM</p>
---	---

<p><u>leta narobe zdravljeni, ane. Za psihoze, recimo, dostikrat se zamenjajo za psihozo. In so bli leta narobe zdravljeni. Tko da v principu, je to spet en tak paradoks, ane.</u> ²³<u>Stvar, ki se da lepo hitro popraviti z nekimi odmerki, zdravili, ni bila prepoznana in</u> ²⁴<u>so jim predpisal napačna zdravila in se jim je še slabšal.</u></p>	<p>²²neustrezno zdravljenje ²³možnost hitrega zdravljenja z zdravili ²⁴slabšanje zaradi neustreznega zdravljenja</p>
<p>Avtor Salkovksis, ki je vedenjski teoriji dodal kognitivni vidik, razlaga, da se kognitivni vdori oziroma normalne obsesije razvijajo v klinične, kadar se oseba počuti odgovorno za preprečitev negativnih posledic, ki so vsebina teh obsesij. Ima po vašem mnenju odgovornost res tako velik pomen?</p>	
<p>Ahm. ²⁵<u>Ja.</u> To pa izhaja, po mojih izkušnjah z delom z ljudmi, od tam, ²⁶<u>kjer ni bila dovoljena napaka v otroštvu.</u></p>	<p>²⁵močan občutek odgovornosti</p>
<p>Ahm. ²⁷<u>Ti ljudje so prevzel eno ogromno odgovornost. Se počutijo zelo odgovorni. Recimo zdej preverjanje plina in tako naprej, ane, je vedno</u> ²⁸<u>odgovornost, da bo zaradi njihove napake trpelo tok in tok ljudi.</u> ²⁹<u>Tko da to dejansko podpiram, ampak bi dodala še to, da</u> ³⁰<u>velik OKM-a prihaja iz družin, kjer ni bla dovoljena napaka.</u></p>	<p>²⁶nedovoljena napaka v otroštvu ²⁷prevzemanje močnega občutka za odgovornost ²⁸odgovornost, da ne bi zaradi njih trpel kdo drug ²⁹strinjanje s Salkovskisovo kognitivno teorijo OKM</p>
<p>Aha. Ja, <u>prepoved napake.</u> To sem velikrat opazila že v teh simptomih.</p>	<p>³⁰OKM izhaja iz družin, kjer ni bila dovoljena napaka</p>
<p>Aha. Torej vzgoja. Ja, tako okolje. Veste, ³¹<u>ali so bli starši na nek način v takih službah, ali si sami niso pustil napake...</u> Uglavnm ³²<u>ti ljudje so bili v otroštvu zelo kritizirani. In tud, če so nardil napako so bili kaznovani. Zdej, al je blo to psihično al fizično, pač ne bomo šli v to, no, ampak bla je vedno kazen, ane. In zdej,</u> ³³<u>ko so odrasli, oni sami sebe kaznujejo za napake, ki bi jih lahko nardil, ki jih sploh še niso.</u></p>	<p>³¹prepoved napake s strani staršev ali oseb samih ³²osebe, ki so bile v otroštvu veliko kritizirane in kaznovane ³³samokaznovanje v odraslosti za morebitne napake</p>
<p>Ahm.</p>	

<p>Ne, tko da na nek način, te ³⁴<u>potlačene vsebine z njimi zraстеjo in se potem izražajo preko simptomov.</u></p> <p>Ali je možno, da bi bila neka oseba že karakterno bolj nagnjena k odgovornosti?</p> <p>³⁵<u>Ja lahko, seveda, to je pač genska preddispozicija, ne.</u> Lahko je to, absolutno. Lahko. Je pa tko, da ³⁶<u>več al mn so to nevrotične strukture, ne. OKM, po večini, mislim praviloma, nimajo ljudje z nekimi osebnostnimi motnjami, ne. To so ljudje, ki imajo, ..., ki so, pač te obrambni mehanizmi povsem nevrotični, ane, potlačevanje, zanikanje in tako naprej.</u> ³⁷<u>In nosjo tud močno krivdo zaradi tega, ne.</u></p> <p>Kaj pa vpogled v motnjo? Bi lahko rekli, da ima večina vaših pacientov vpogled v svojo motnjo, v smislu, da se zavedajo nesmiselnosti in ekstremnosti svojih obsesij in kompulzij? Ali bi rekli, da je večina prepričana, da je to kar oni delajo, smiselno in potrebno, torej, da je na primer potrebno, da si človek toliko umiva roke?</p> <p>Vsem je odveč.</p> <p>Aha.</p> <p>³⁸<u>Vsem je to odveč.</u> ³⁹<u>Imajo vpogled, ja imajo.</u></p> <p>Aha. In se zavedajo, da je v njih tisti problem?</p> <p><u>Ja, imajo.</u> ⁴⁰<u>To zavedanje je, ampak ne morjo si pomagat. Ne morjo si pomagat. Ubistvu, ⁴¹to se umiri šele potem, ko oni na nek način začnejo s temi vzroki se soočat. Se soočat z vzroki in vidjo, kje so odraščal, zakaj se je to vzpostavilo in tko naprej, da se to blaži. Ampak se zavedajo tega, ja.</u> ⁴²<u>Ker velikrat veste, kadar so tiste obsesivke, da bi nekomu drugmu kej nardil, ne, to je grozen občutek krivde. Zelo, zelo slabo se počutjo. In je veliko stisk tukaj, ane. Ali pa če bi nardil sebi. Tud, je grozn občutek.</u></p> <p>Aha. V resnici pa niso nevarni?</p> <p>⁴³<u>Drugim ne. Sebi pa.</u> ⁴⁴<u>Je tud primer že samomora. Tud jz ga poznam iz svoje prakse, na žalost. Mogoče ni bilo pravilno</u></p>	<p>³⁴izražanje potlačenih vsebin preko simptomov</p> <p>³⁵odgovornost kot karakterna lastnost, genska preddispozicija</p> <p>³⁶OKM večinoma nimajo ljudje z osebnostnimi motnjami, ampak gre za nevrotične strukture</p> <p>³⁷občutek krivde</p> <p>³⁸obsesije in kompulzije so vsem odveč</p> <p>³⁹osebe z OKM imajo vpogled v svojo motnjo</p> <p>⁴⁰nezmožnost in nemoč pomagati si kljub vpogledu v motnjo</p> <p>⁴¹umiritev in ublažitev motnje ob soočanju z vzroki</p> <p>⁴²občutek krivde in slabo počutje ob obsesijah, da bi kaj slabega naredili drugim ali sebi</p> <p>⁴³niso nevarni za druge, so</p>
--	---

<p><u>zdravljeno, no.</u></p> <p>Naslednje stvar, ki me zanima, so različni sodobni pristopi oziroma teoretični modeli, ki motnjo poskušajo razložiti, prepoznati dejavnike, ki vplivajo na njen pojav in razvoj, predlagajo načine zdravljenja... Poznamo vedenjske, kognitivne, kognitivne-vedenjske, biološke... Zanima me katere od teh ocenjujete kot kvalitetne in kako to utemeljujete?</p> <p>Glejte, ⁴⁵<u>kognitivno-vedenjska terapija je definitivno izjemno primerna za to.</u> Iz mojih izkušenj je ⁴⁶<u>primerna tudi logoterapija.</u> To se prav po Victorju Franklu. Pri logoterapiji gre za to, da se sooča s tem simptomom. ⁴⁷<u>Jz pa izvajam psihoanalitično terapijo.</u> To se prav, ⁴⁸<u>mi gremo dejansko na vzroke. Na razvoj, kakšne ponotranjene figure so, kaj se je zgodil s tem z odraščanjem, in koga nosijo ti ljudje s sabo, kot simbolno mamo in očeta, ane, da se jim te stvari dogajajo.</u></p> <p>Zdej tko: ⁴⁹<u>baje je vedenjsko-kognitivna najbolj uspešna.</u></p> <p>⁵⁰<u>Ampak jz vidm, da je psihoanaliza tudi zelo uspešna.</u> Kar pa pravzaprav niti se ne govori, niti ni člankov o tem, ne. Tko zelo malo stvari je okol tega. Tko da, moja izkušnja, kot skupina in individualno, je psihoanaliza tuki zelo uspešna. Sej a veste, dejansko tista klasična analiza, da ti daš nekoga na stol, pa da je sam s sabo tuki tudi ne deluje. ⁵¹<u>Ampak kot psihoanalitični pristop, da se ukvarjamo s temi zadevami, da velik uporabljamo proste asociacije, da velik uporabljamo občutke, da uporabljamo sanje, je pa tukej zelo uspešno.</u> To je to. Ja.</p> <p>Torej bi lahko rekli, da vidite rezultate pri svojih pacientih?</p> <p>⁵²<u>Absolutno. Absolutno. Sploh pri teh težjih motnjah OKM-a. V sodelovanju s psihiatrijo, so najboljši rezultati. Zelo dobri rezultati so. Ne, da je prava farmakoterapija, ki jo zdravnik predpiše in da se mi ukvarjamo tuki pač z nekimi vzroki... Je</u></p>	<p>nevarni sebi, so samodestruktivni</p> <p>⁴⁴primer samomora kot možne posledice neustreznega zdravljenja</p> <p>⁴⁵primernost kognitivno-vedenjske terapije za zdravljenje OKM</p> <p>⁴⁶primernost logoterapije za zdravljenje OKM</p> <p>⁴⁷terapevtka sama izvaja psihoanalitično terapijo</p> <p>⁴⁸osredotočenost na vzroke pri psihoanalitični terapiji</p> <p>⁴⁹KVT velja za najbolj uspešno terapijo</p> <p>⁵⁰terapevtka prepozna psihoanalizo kot zelo uspešno pri zdravljenju OKM</p> <p>⁵¹uspešnost psihoanalitičnega pristopa ob zdravljenju OKM: uporaba prostih asociacij, občutkov in sanj</p> <p>⁵²terapevtka vidi rezultate pri svojih pacientih, še posebej vidni so ob sodelovanju s psihiatrijo, torej uspešnost</p>
---	---

<p><u>zelo zelo uspešno.</u></p> <p>No, to je bilo eno izmed mojih pripravljenih vprašanj. Kaj mislite o zdravilih? V literaturi sem večkrat zasledila, da naj bi bila kombinacija kognitivno-vedenjske terapije in zdravil zelo uspešna. Zanima me ali se vam zdi, da se OKM lahko ozdravi tudi brez zdravil? In kakšen pomen imajo za vas ta zdravila?</p> <p>⁵³<u>Glejte, če pride nekdo dovolj zgodaj, se da marsikaj narest. Če so pa te stvari zastarane, kot temu rečemo, je pa že malo bolj problem.</u> ⁵⁴<u>Zdravila so definitivno zelo koristna. Zdej tuki gre iz druge strani. Pač jz dobivam v terapijo ljudi, ki so že na zdravilih, ane. Ampak sem pa pridejo tud taki, ki še niso na zdravilih, pa imajo to težavo pa sploh ne vejo, da jo imajo, ne. To je tko zelo zanimivo no, da pravzaprav odkar sem se začela ukvarjat z OKM-om, ⁵⁵<u>velik posameznikov pride. Ja, sami od sebe, ane.</u> Sploh nič v povezavi s psihiatrijo in tko naprej. Tko da na nek način se da marsikaj narest. Odvisno ane, kok je to močno. ⁵⁶<u>V otroštvu se da še marsikaj narest, no al pa puberteta, ta zgodnja, zgodnja dvejseta. Tudi brez zdravil. To tud psihiatri podprejo. ⁵⁷<u>Ker če dobim primer, recimo, da vidim, da je OKM, se posvetujem vedno s psihiatrom kaj narest. ⁵⁸<u>In pol vedno rečemo, nič dejmo počakat, mogoče bojo simptomi izzveneli, ker bojo razrešili neko težavo, ane.</u></u></u></u></p> <p>Aha, torej tudi psihiater ponavadi ni za to, da bi se takoj predpisala zdravila?</p> <p>Ne, ja zdey odvisno kdo, s temi ki jaz sodelujem ne. Na primer tudi doktorici x in y se zelo veliko s tem ukvarjata in sta tudi zelo uspešni, ne. In tudi ta skupina je v navezi... Ta eksperimentalna skupina OKM je v navezi s psihiatrijo. Tam so več al manj vsi na tabletah.</p> <p>Torej, če sem prav razumela, se vam pa zdi uspešno zdravljenje možno tudi brez zdravil, če je dovolj zgodaj?</p>	<p>kombinacije ustrezne psihoterapije in farmakoterapije</p> <p>⁵³ob pravočasnem iskanju pomoči večja uspešnost zdravljenja</p> <p>⁵⁴koristnost zdravil</p> <p>⁵⁵številni posamezniki z OKM sami iščejo pomoč</p> <p>⁵⁶večja uspešnost zdravljenja brez zdravil v primeru pravočasnega zdravljenja (v otroštvu ali mladosti)</p> <p>⁵⁷posvetovanje s psihiatrom</p> <p>⁵⁸čakanje, če bodo simptomi izzveneli</p>
--	--

<p>Če je dovolj zgodaj, ja. ⁵⁹<u>Zato ker ta motnja se vedno razvije v otroštvu, ne.</u> Pol se spomnijo recimo al, da so vedno pazil, da ne stopjo na črto, če so se dotaknli tega zidu, se je blo treba še družga, ne. ⁶⁰<u>Taki znaki so bli, ane.</u> Al so skoz neki ravnal in tko naprej. ⁶¹<u>Ampak pol se pokaže šele v kasnejši dobi pri kakšnih frustracijah, ki pridejo. Se pokaže pol; simptomi pridejo.</u></p> <p>Torej bi rekli, da ob stresu?</p> <p>⁶²<u>Ja, ob kakšnih življenjskih prelomnicah. To se zna zgodit, ane. Recimo pri ženskah porod, ne, poroka, selitve, prehod iz najstniškega obdobja v odraslo dobo, ne vem, ko grejo na faks, pa niso izbral pravga faksa, ko iščejo sami sebe...</u> <u>Takrat, ko se varnost zamaje. Ko pride sprememba.</u></p> <p>Ampak v bistvu, bi vi rekli, da takrat pride šele ven, je pa to že ves čas v človeku?</p> <p>⁶³<u>Ja, je. Nekateri simptomi so prisotni že prej, pri nekaterih se nikol ne razvijejo do konca, pri nekaterih pa butne ven, ane.</u> Tko da to je v bistvu zelo zanimivo no, pol to ⁶⁴<u>raziskovat preko simptomov nazaj.</u></p> <p>Ahm.</p> <p>⁶⁵<u>OKM se velik pojavlja tud pri ljudeh, ki so bili zlorabljeni, veste, spolno. To je tud zelo zanimivo, ane.</u> ⁶⁶<u>In večinoma, po mojih izkušnjah, se pojavlja v obsesivkah, ane, mislih. Da bi neki... Al agresijo na sebe, al pa agresijo na druge. In to je tista potlačena jeza, nemoč, ko ne vejo, kaj bi z njo in se potem seli iz enga objekta na drug objekt ane. Sej nobenmu nič ne nardijo, ampak je zelo zanimivo, da je skoraj pri vseh isti vzorc.</u></p> <p>Pa imajo ozaveščeno, kaj se jim je zgodilo, ali je tok potlačeno, da se oseba niti spomne ne, in pride ven šele v terapiji?</p> <p>Ja, v terapiji pride ven, ja, v terapiji. Potlačeno je. Jz mislm, da je nek občutek, ampak je potlačen. Tko globoko je, pol v</p>	<p>⁵⁹razvoj motnje v otroštvu</p> <p>⁶⁰nekateri simptomi prisotni že v otroštvu</p> <p>⁶¹izbruh motnje ob frustracijah</p> <p>⁶²izbruh motnje ob življenjskih prelomnicah, spremembah, ob odsotnosti varnosti</p> <p>⁶³različnost pojavljanja simptomov</p> <p>⁶⁴raziskovanje motnje preko simptomov</p> <p>⁶⁵OKM pri osebah, ki so bile spolno zlorabljene</p> <p>⁶⁶potlačena jeza se izraža v obliki obsesivnih misli z agresivno vsebino</p>
---	---

<p>terapiji pa pride vn. In kr, kšno leto terapije, pa pride vn.</p> <p>⁶⁷<u>Ker tuki gremo zelo globoko v te občutke.</u></p> <p>Po prevladujočih kognitivnih modelih, emocionalni odzivi OKM oseb nastanejo zaradi problematične interpretacije izkušenj oziroma misli. Problem naj bi bil torej, da si te osebe narobe interpretirajo izkušnje oz. misli. Taka vrednotenja naj bi nastala zaradi disfunkcionalnih temeljnih prepričanj, pridobljenih na podlagi izkušenj, ki so jih lahko razvili že v otroštvu. Kaj menite o tem?</p> <p>⁶⁸<u>Ja, se strinjam, ja. Ja, ja.</u></p> <p>Torej je problem v disfunkcionalnih prepričanjih?</p> <p>⁶⁹<u>Tudi seveda, ja.</u> ⁷⁰<u>Sej v otroštvu so v nekih dogodkih prisotne fantazije, ki jih mi razvijemo kot otroci, ane. In to se ponotranji. Tko da definitivno se strinjam s tem. Ja. Zato je pa treba vzroke razrešvat. A veste, zelo pomembno je to. Zdej, individualno gre precej globoko, ker je tud intimno, v skupini je pa več zrcal, tko da vidjo več.</u> ⁷¹<u>Tko da obe terapiji sta lahko zelo koristni.</u></p> <p>Kaj pa mislite o teorijah kognitivnih deficitov, ki temeljijo na enem izmed naslednjih dveh pogledov oziroma mnenj: obsesivni pacienti trpijo za splošno napako v kognitivnem nadzoru ali obsesivni pacienti imajo slab splošni spomin in sposobnosti odločanja?</p> <p>⁷²<u>Ne bi rekla, da imajo slab spomin. Jz nimam te izkušnje.</u></p> <p>Nekateri avtorji so ugovarjali, da imajo osebe z OKM slab spomin prav specifično za tisto, kar je njihova kompulzija, recimo ali so zaklenili vrata ali ne, v tem smislu.</p> <p>⁷³<u>Aja, ampak ne vem, če je to slab spomin, mislim, da je to ne-varnost. Ker če pustijo vrata odprta lahko nekdo vdre v njihovo intimo. Ane. In morajo preverjat. Ne vem, če gre tuki za spomin, ne bi rekla, da gre za spomin.</u></p> <p>Torej ne bi rekli, da imajo že tako al tako neko napako, ki</p>	<p>⁶⁷poglobljeno raziskovanje občutkov v psihoanalitični terapiji</p> <p>⁶⁸strinjanje terapevtke s tem, da je problem v napačni interpretaciji, ki je posledica disfunkcionalnih prepričanj</p> <p>⁶⁹vzrok je v disfunkcionalnih prepričanjih</p> <p>⁷⁰zaradi disfunkcionalnih prepričanj, ki izvirajo iz otroštva je potrebno razreševanje vzrokov</p> <p>⁷¹tako individualna kot tudi skupinska terapija sta lahko koristni</p> <p>⁷²nestrinjanje z idejo, da bi imeli obsesivni pacienti slab splošni spomin</p> <p>⁷³preverjanje specifičnih stvari, zaradi občutka nevarnosti</p>
---	---

<p>potem to povzročča?</p> <p><u>⁷⁴Ne, jz to ne bi rekla. Je pa res, da vsi poročajo o tem, da vejo, da so zaklenil vrata, da vejo, da je likalnik ugasnjen, da vejo, da je plin ugasnjen, ampak si ne morjo kej, da grejo prevert, ker je tok... ta strah pred napako.</u></p> <p>Kaj pa mislite o bioloških modelih, ki temeljijo na hipotezi, da je vzrok simptomov v nenormalnem metabolizmu serotonina? Torej neki kemični procesi v možganih naj bi enostavno narobe funkcionirali in zato naj bi prihajalo do tega?</p> <p><u>⁷⁵Ma jz mislim, da to drži. ⁷⁶Zato ker se naši možgani oblikujejo vzajemno z razvojem, psihološko, ne, razvojem. In več je frustracij, manj mirno je okolje, manj varni so otroci, drugače se razvijajo možgani. Tko, da to se mi zdi, da...</u></p> <p>Aha, tako, da eno z drugim.</p> <p>Tako, eno z drugim gre, stoprocentno. Zato, ker tuki je tudi, a veste, sej depresija je tudi serotoninski problem ane. Pa bipolarna motnja tudi pa tko naprej, ne. In pri takih ljudeh vedno ugotovimo, da ni blo ugodno otroštvo ane. Da je blo velik težkih stvari. ⁷⁷Tuki pri OKM-u so zelo težke stvari v ozadju. Zelo, zelo težke stvari. Tko da, a veste, če ni ugodno otroštvo, se možgani spremenijo. Al je travma kot travma, da se neki hudga zgodi, al je pa akumulativna travma, ne, da se mali dogodki nabirajo v eno hujšo travmo. ⁷⁸Ampak zgodbe so vse težke. Zato bi jz to kar potrdila. Pri študiju psihoanalize je poudarjeno, da moramo terapevti obvladati nevroznanost. Glejte sej, romunske sirote... Ko so te otroke opazval, ki so bli brez staršev, ki so bli v sirotišnici pa tko naprej, ko so jih dal na magnet, tam kjer so centri za čustva, so bile črne lise. Ne more se razvit neki, če ni ugodnega pogoja. ⁷⁹Zgodnejša je travma, hujša je patologija. ⁸⁰To se prav, to pusti na možganih posledice. Tko da definitivno se strinjam s tem, bi kr potrdila.</p>	<p>⁷⁴preverjanje zaradi strahu pred napako</p> <p>⁷⁵strinjanje z biološkimi modeli</p> <p>⁷⁶oblikovanje možganov skozi razvoj</p> <p>⁷⁷vpliv travm na razvoj možganov</p> <p>⁷⁸težke zgodbe oseb z OKM</p> <p>⁷⁹zgodnejša je travma, hujša je patologija</p> <p>⁸⁰travme pustijo posledice na</p>
---	--

<p>Kaj pa bi rekli o teh primerih, kjer ni blo travmatične izkušnje, torej je bila družina v redu, itd. Se vam zdi to možno?</p>	<p>možganih</p>
<p><u>⁸¹Jz ne poznam primera. ⁸²A veste mogoče na ven zgleda funkcionalna družina, ampak ko pogledamo podrobno, je pa ogromno neke destrukcije, a veste. Al niso bili dovolj dobri, al so jih vzgajal v to, da more bit perfekcija, uglavnm niso se počutil dovolj dobri. In to je travma. ⁸³Če otrok ne dobi potrditve, če ne dobi neke topline, neko zrcaljenje, da je dovolj dober. V končni fazi ne zgleda, kot travma, da bi bilo neki hudga, ampak z leti se nabere in ko ni varnosti, ⁸⁴ni niti samozaupanja.</u></p>	<p>⁸¹terapevtka ne pozna primera OKM, kjer ni bilo travmatične izkušnje ⁸²družina navzven izgleda funkcionalna, v resnici veliko destrukcije ⁸³odsotnost potrditve, topline, varnosti v otroštvu ⁸⁴odsotnost samozaupanja</p>
<p>Je možno, da bi na primer ta občutek, da niso dovolj dobri dobili kje drugje, od kakšnih drugih bližnjih? Ali pa bi bila oseba recimo karakterni nagnjena k temu, da je bolj zahtevna do sebe?</p>	
<p>Hm... Ne, v bistvu ne. Nobenga primera ne poznam tazga. <u>⁸⁵Več al manj so vse zgodbe, ki jih jz poznam, so težje in je problem v familiji. ⁸⁶Lahko je nekje drugje, lahko, ampak problem ni v tem, da se je zunaj familije neki zgodil, problem je v tem, ker ga družina ni zaščitla. A veste, in je zanikala nek dogodek. Ne, to je recimo... Ampak kje je pol problem – v družini al v drugih? ⁸⁷Ne si zde predstavljat, da morjo bit alkoholiki al pa...</u></p>	<p>⁸⁵v večina zgodb, s katerimi se terapevtka srečuje, je bil problem v družini ⁸⁶možnost zunanje problema in odsotnost zaščite s strani družine ⁸⁷prikrita problematika znotraj družine</p>
<p>Ne, sej razumem, ja.</p> <p><u>⁸⁸Velik mam oseb z OKM-om ima mejno osebnostno motnjo. To je hud problem, ker te mame skoz uporabljajo ta splitting, razcep, in so zelo nepredvidljive in v bistvu zelo destruktivne. In se pol razvijejo take stvari. Čeprov te mame na vn zgledajo perfektne.</u></p>	<p>⁸⁸mejna osebnostna motnja pri mamah oseb z OKM</p>
<p>No, naslednja stvar, ki me zanima so vzroki. Že kar nekaj ste mi povedali o tem, mogoče samo, da še malo strneva. Torej, kateri so po vašem mnenju vzroki te motnje</p>	

<p>oziroma, kako pride do tega, da se motnja razvije?</p> <p>⁸⁹<u>Glejte, zdej psihiatrično glejte kot serotoninsko al gensko...</u></p> <p>⁹⁰<u>Če pa gledava psihoanalitično, je pa pomanjkanje varnosti in zaupanja. To se prav, to je zgodba otroštva, deficita, ane.</u></p> <p>⁹¹<u>Otrok ni razvil zaupanja do sebe, ni razvil samostojnosti, ni razvil občutka sebe, ane, in potem se to vrne. Zarad nekih določenih stvari, k so v familiji. In več al manj se vsi strokovnjaki s tem strinjajo.</u></p> <p>Ja, avtorica Logan predlaga, da se motnja lahko razvije po različnih poteh - genetsko, infekcijsko, travmatično...</p> <p>Vse to naj bi bilo možno... Kaj menite o tem?</p> <p>⁹²<u>Infekcijsko tudi, ja...</u></p> <p>Gre za bakterijo streptokok, ne?</p> <p>⁹³<u>Ja, ta bakterija lahko naredi problem, lahko pa ne.</u> ⁹⁴<u>Čeprav jz tega pravzaprav nisem zasledila pri teh svojih primerih. V mojih primerih gre za razvojne primere...</u> V bistvu, presenečena sem, da gre za tko zelo težke zgodbe.</p> <p>Torej obstaja primer infekcije, kjer pa seveda ne bi mogli najti vzroka v družini.</p> <p>Ja, v tem primeru pa ne. Seveda.</p> <p>Vi pa nimate takih izkušenj.</p> <p>Ne. So me zlo presenetle te težke zgodbe. Nism pričakvala, da bo tok težko. Zato, ker, v principu je tko, to je prva OKM skupina v Sloveniji, ane. Nihče se tega prej ni lotil. Jz dolg časa nism vedla, zakaj se niso lotil, zdej mi je pa jasno ne.</p> <p>Ker je tako ozadje?</p> <p>Ja, ni lahko, no.</p> <p>Še nekaj v zvezi z vedenjskim modelom me zanima, po katerem obsesije skozi pogojevanje povzročajo anksioznost. Model predpostavlja, da predhodno nevtralen objekt, dogodek ali stanje, torej karkoli, kar je bilo prej nevtravno, postane objekt strahu, potem ko ga oseba doživi skupaj z neko stvarjo, ki po svoji naravi</p>	<p>⁸⁹serotonin ali genetika, kot vzrok OKM s psihiatričnega vidika</p> <p>⁹⁰pomanjkanje varnosti in zaupanja kot vzrok OKM s psihoanalitičnega vidika</p> <p>⁹¹ni razvitega zaupanja do sebe in samostojnosti</p> <p>⁹²infekcija</p> <p>⁹³bakterija streptokok, kot možen vzrok OKM</p> <p>⁹⁴terapevtka v svojih primerih ni zasledila ostalih vzrokov razen razvojnih</p>
--	--

<p>vzbuja strah. Se s tem strinjate?</p> <p>⁹⁵<u>Absolutno. Seveda.</u> ⁹⁶<u>To recimo se dogaja v »relationship OKM«. Objekt, kot objekt partner, povzroči neke take strašne obsesije, ljubezenskega značaja, a ima rad, al nima, al kaj, ne, da je to res neki neverjetnega. Tko da to je primer tega.</u></p> <p>⁹⁷<u>Seveda, neke stvari, ki so v bistvu čist nepomembne lahko vzbujajo tako zelo velik strah. Kr nek pomen jim dajo. In potem to tko kot pride, tud lahko izzveni. Ampak v tistem momentu se oni pač s tem ukvarjajo.</u></p> <p>No potem me pa zanima še zdravljenje in ozdravljivost. Kaj mislite o ozdravljivosti?</p> <p>⁹⁸<u>Ja... Zdej odvisno kaj mislimo z ozdravljivostjo. Zdej to, da oseba s tem lahko živi, da se zmanjša, da zmore službo, da zmore družino, glejte to je že super, ne.</u> ⁹⁹<u>Zdej pa če gledamo ozdravljivost, kot da izginejo ti simptomi, pa ni neki dobre prognoze, ne.</u> ¹⁰⁰<u>Tko da tudi v tej skupini, ki jo imamo, imamo cilj izboljšati kvaliteto življenja. To se pravi, da se bojo lahko osebe z OKM-om kvalitetno vklopile v družbo in funkcionirale. To je cilj tega ne. Jz mislm, da kej več ne moremo pričakovat.</u></p> <p>Torej, se strinjate z avtorji, ki so mnenja, da je to motnja s katero se živi, ne popolnoma ozdravi.</p> <p>¹⁰¹<u>Ja, tako.</u> ¹⁰²<u>Lahko pa tako kot pride, tudi zgine. Tud to sem že slišala.</u></p> <p>Aha.</p> <p>Tudi so take izkušnje.. Kot neke psihoze, ki lahko pridejo enkrat in se nikol več ne vrnejo. Tko da tud tuki je lahko taka situacija. ¹⁰³<u>Ampak na splošno, večji procent, pa se mi zdi, da če zmorejo s to boleznijo življenje, odnose, službo, ma se mi zdi to super, ne.</u></p> <p>O načinih zdravljenja sva že veliko govorili. Zanima me kateri način zdravljenja se vam zdi najučinkovitejši?</p> <p>¹⁰⁴<u>Ja, jz bi kombinirala farmakoterapijo in psihoterapijo. To</u></p>	<p>⁹⁵strinjanje terapevtke s tem, da lahko nevtralen objekt s pogojevanjem postane objekt strahu</p> <p>⁹⁶primer »relationship OKM«</p> <p>⁹⁷pripisovanje pomena nepomembnim stvarim</p> <p>⁹⁸uspeh je, če lahko oseba normalno funkcionira v življenju</p> <p>⁹⁹ni dobre prognoze za ozdravljivost v smislu izginotja simptomov</p> <p>¹⁰⁰cilj je izboljšanje kvalitete življenja in integracija oseb z OKM v družbo</p> <p>¹⁰¹strinjanje s tem, da je OKM motnja s katero se živi</p> <p>¹⁰²možnost prehodnosti motnje</p> <p>¹⁰³uspeh je normalno funkcioniranje</p> <p>¹⁰⁴kombinacijo</p>
--	---

<p><u>se men zdi zelo uspešno. Zdej pa a veste a je to KVT ali je to psihoanaliza al kaj, to pa zdej ne morm rečt. To bomo pa povedal čez kakšnih 10 let.</u></p> <p>Mislite, da bo dejansko ena, ki bo prepoznana kot najbolj učinkovita, ali je odvisno od posameznika?</p> <p>¹⁰⁵<u>Jz mislm, da je odvisno do posameznika. Zelo odvisno od posameznika. Tud kok je motiviran za zdravljenje.</u> ¹⁰⁶<u>Sej veste, da imajo vse te bolezni lahko zadaj sekundarno korist. Določeni ljudje tud potrebujejo neko določeno motnjo za funkcioniranje, ane. In dokler to ne odkrijemo, vprašanje kaj ...</u></p> <p>A bi lahko kaj več povedali o tem?</p> <p>¹⁰⁷<u>Sekundarna korist pomeni, da ljudje potrebujejo neko bolezen, da so v bolniški, ne morjo se vrnt nazaj v življenje in tako naprej. To je treba vedno pogledat kaj je tuki uzadi, ne. Zakaj nekdo potrebuje, potrebuje v narekovajih, depresijo, da se je oklepa...</u></p> <p>Torej, da se v bistvu skriva pred nečim.</p> <p>Ja. Neki ne more razrešit in potem mora to... ¹⁰⁸<u>Lažje živet na ta način, kot pa se spopast s tistim vzrokom.</u></p> <p>Torej potem, si predstavljam, da je pri takih osebah motnjo težje ozdravit?</p> <p>Jaa, ja.</p> <p>Torej imajo motivacijo, da se ne ozdravijo?</p> <p>Tako ja. Temu rečemo sekundarna korist od bolezni.</p> <p>Kaj pa v tem primeru potem?</p> <p>¹⁰⁹<u>To je potem problem, a veste, ker se bolniške daljšajo, recimo na psihiatriji taki nočjo it z oddelka ven in tako naprej, se oklepajo tega. Tko da tud to je lahko...</u> ¹¹⁰<u>Ampak več al manj ljudje, ki pridejo v psihoterapijo in ki so v skupinah, pa se s tem soočjo pa redno hodijo, nimajo tega sindroma. Več ali manj so ti kar uspešni, ker se potrudjo, si hočjo pomagat.</u></p>	<p>farmakoterapije in psihoterapije terapevtka ocenjuje kot uspešno</p> <p>¹⁰⁵učinkovitost posameznega načina zdravljenja je odvisna od posameznika</p> <p>¹⁰⁶sekundarna korist motnje</p> <p>¹⁰⁷sekundarna korist motnje</p> <p>¹⁰⁸sekundarna korist motnje</p> <p>¹⁰⁹neučinkovitost zdravljenja zaradi sekundarne koristi motnje</p> <p>¹¹⁰osebe, ki poiščejo pomoč so večinoma motivirane za zdravljenje</p>
---	---

<p>Pa je težko to prepoznati, če ima oseba neko sekundarno korist, je možno, da je to zakrito ali se vidi?</p> <p><u>¹¹¹Ne, se vidi, ker enostavno ne sprejmejo nobene rešitve. Niti se ne potrudijo, a veste, vedno so izgovori, tko da to se kr prepozna. S tem se pol tud klinični psihologi ukvarjajo.</u></p> <p>Kaj je po vašem mnenju tisto, kar osebo pripravi do tega, da pride po pomoč, da torej poišče strokovno pomoč?</p> <p><u>¹¹²Ja, to so po navadi ljudje, ki so sicer dobro funkcionirali, pa se nekje ustavijo. ¹¹³In si želijo nazaj normalno življenje. Ti pridejo v terapijo in so motivirani, zato mi tukaj nimamo tok sekundarnih koristi. Sem pridejo ljudje, ki so res pripravljeni na sebi nekaj narest in se tud zelo trudijo. Želijo si povrniti kvaliteto življenja nazaj.</u></p> <p>Zanimajo me še odnosi oseb, ki trpijo za to motnjo. Oziroma vpliv te motnje na odnose, predvsem na partnerske odnose.</p> <p><u>¹¹⁴Ja, to je zdej zelo odvisno, velik je samskih, ti, ki pa imajo odnose, nekateri imajo »support«, nekateri ga pa nimajo, se morajo pa sami spopadat s tem. Tko da to je zelo odvisno, ne morem potegniti ene vzporednice. Nekateri partnerji razumejo in osebo podpirajo, nekateri pa to zanikajo. Ker je vseeno to psihična bolezen. ¹¹⁵Ampak bistveno je, da oseba sama sebe sprejme. Da sebe sprejme in da verjame, da bo napredovala, da si pridobi zaupanje, da ne razmišlja, da je to najhuje na svetu. Je bistvo, da potem gradijo občutek sebe. Take so moje izkušnje. ¹¹⁶Težje je tem ljudem, ki so sami. Lažje je, če imajo partnerja, ki se z njimi ukvarja, bistveno lažje. Ta socialna mreža, da te razumejo, al pa starši pa tko naprej. Veliko težje je, če nimajo tega.</u></p>	<p>¹¹¹nesprejemanje rešitev v primeru sekundarne koristi</p> <p>¹¹²pomoč iščejo osebe, ki so dobro funkcionirale v življenju, a jih pri tem začne ovirati motnja</p> <p>¹¹³pomoč iščejo osebe, ki si želijo povrniti kvaliteto življenja in so motivirane za zdravljenje</p> <p>¹¹⁴odnosi lahko predstavljajo podporo, lahko pa ne</p> <p>¹¹⁵bistveno je, da oseba sprejme sama sebe in verjame v napredovanje</p> <p>¹¹⁶težje je osebam, ki so same, ki nimajo podpore bližnjih</p>
---	--