

— Mojca Zvezdana DERNOVŠEK, Petra JELENKO ROTH, Urška BATTELINO

Obsesivno-kompulzivna motnja – psihiatrija in psihoterapija z roko v roki

Obsessive-compulsive disorder - psychiatry and psychotherapy hand in hand

POVZETEK

Za obsesivno kompulzivno (OKM) motnjo so značilne bodisi obsesivne misli ali ponavljajoča se dejanja – kompulzije, prisotne večino dneva vsaj dva tedna. V Sloveniji se pacientom z OKM posveča zelo malo pozornosti, zato smo izdelali algoritem obravnave, ki smiselno poveže dostopne oblike pomoči. Namen algoritma je postopen razvoj pristopa, ki naj bi temeljil na že uveljavljenih pristopih, pa tudi ovirah organizacije zdravstvenega varstva in psihoterapije v Sloveniji. Bistvo algoritma je konstanten fokus na pacientovih potrebah, ter individualna obravnava za vsakega pacienta posebej, kar obsega farmakoterapijo, vedenjsko kognitivno terapijo, skupinsko in individualno psihoanalitično psihoterapijo. Algoritem definira pričakovanja vseh treh sodelujočih (pacienta, psihiatra in psihoanalitičnega psihoterapevta). Rezultati dveh let delovanja po algoritmu so bistveno boljši kot smo pričakovali, saj je 15 od 19 pacientov vključenih v skupinsko terapijo, 20 pacientov od 21, pa v individualno terapijo. Vsi pacienti, ki so vključeni v zdravljenje klinično izkazujejo napredek.

KLJUČNE BESEDE

obsesivno kompulzivna motnja, psihoanalitična psihoterapijo, skupinska psihoterapijo, farmakoterapija, psihiatrija, algoritem

ABSTRACT

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is characterized by obsessive thoughts or repetitive actions - compulsions present most of the day for at least two weeks. In Slovenia, patients with OCD get very little clinical attention and there is no special treatment regime for their needs. Therefore, we created a treatment algorithm for OCD that includes cooperation between psychiatrist and psychotherapist to introduce holistic care for patients with OCD. We included current knowledge in the algorithm

and the availability of treatment modalities was taken in account. The essence of the algorithm is a constant focus on patient needs and individual treatment for each patient, which includes pharmacotherapy, cognitive behavioural therapy, group and individual psychoanalytic psychotherapy. The algorithm defines the expectations of all three participants (patient, a psychiatrist and psychoanalytic psychotherapist). The results of two years of experiences of the algorithm are much better than we expected, because 15 of the 19 patients included in group therapy and 20 out of 21 patients (in individual therapy?) remained in therapy. All patients who remained in the treatment are clinically improved.

KEY WORDS

obsessive-compulsive disorder, psychoanalytic psychotherapy, group psychotherapy, pharmacotherapy, psychiatry, algorithm

EXTENDED ABSTRACT

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is characterized by obsessive thoughts or repetitive actions - compulsions present most of the day for at least two weeks. A person tries to resist because these thoughts and compulsive actions are disruptive (WHO, 2003). The significance of symptoms can vary or they can repeat periodically; however, they can re-emerge after a successful treatment and even years after remission (Torres et al., 2000; Kessler et al., 1994). The cause of OCD is unknown. Genetics is supposed to play an important role, with environmental influences being of equal importance (Mataix-Cols, Rosario-Campos and Leckman, 2005; Miguel et al., 2005). Life prevalence is up to 2.3%, 1-year prevalence is up to 1.2% of the population older than 18 (Kessler et al., 1994). OCD significantly decreases the quality of an individual's life; it interferes with their social contacts, puts pressure on family dynamics, decreases the success of the education process and the possibility of successful employment (Hollander et al., 1997).

Studies show that on average patients suffer from the disorder for more than seven years before they receive adequate treatment (Dell'Osso et al., 2014). Research shows the effective approaches of certain pharmacological and psychotherapeutic treatment (Biondi and Picardi, 2005; Sharma, Thennarasu and Reddy, 2014): treatment with antidepressants from SSRI group, cognitive behavioural therapy and dynamics oriented psychotherapy. Data in Slovenia for 2009 show that only 434 persons with OCD sought the help of the medical services, this number represents 3.10% of the expected number of patients from the calculation based on 0.7% to 1% annual prevalence (Šprah, Novak and Dernovšek, 2011).

In 2013, the authors of this article came to the conclusion that OCD patients in Slovenia need a different approach to improve the accessibility of treatment, and we called it »Algorithm for the improvement of OCD treatment« which includes the cooperation between a psychiatrist and a psychoanalytical psychotherapist. The purpose of this article is to present the algorithm and our experiences over the period of two years. We would like to emphasize that the aim of this article is not a presentation of research

of the modality efficiency but the presentation of acceptability and suitability of the modality in our therapeutic environment.

The algorithm for the improvement of OCD treatment (hereinafter referred to as the algorithm) was prepared by the authors of this article, taking into account in its preparation the already established methods of OCD treatment worldwide (Marks, Hodgson and Rachman, 1975; Simpson et al., 2013; Storr, 2014; Van Ameringen et al. 2014). We based our work on the selection of available methods of treatment in Slovenia, which comprises pharmacotherapy (medicines available in Slovenia are prescribed, as well as medicines which OCD patient can buy abroad), cognitive behavioural therapy, group and individual psychoanalytical therapy. The focus of the algorithm is on the OCD patient's needs to which the treatment is constantly adjusted.

The first part of the algorithm defines the responsibility of all three cooperating parties:

The psychiatrist is responsible for the diagnosis of OCD, for any additional diagnostics of potential accompanying mental or physical diseases; and for referring to additional examinations and therapy with medicines. After OCD is confirmed, a psychiatrist informs the patient about the treatment possibilities – pharmacotherapy, cognitive behavioural therapy, psychoanalytically oriented therapies, group or individual. A psychiatrist also takes over basic cognitive behavioural interventions, advising a patient when he/she is stable enough to begin with exposure, and how to prevent reactions, how to begin, how to gradually increase exposure and how to help him/herself with those closest to him/her.

A psychotherapist is responsible for the organization of a group and individual sessions with patients. Analytical group psychotherapy enables (facilitates?) patients' integration into a social matrix; in a group patients integrate experience of interaction with other group members; later with this integrated experience they function more successfully in all relationships outside the group.

If during a patient's first contact with a psychotherapist he/she has not yet been diagnosed with OCD, a psychotherapist refers him/her to a psychiatrist. OCD diagnosis with explained symptoms is the first confrontation and the possibility (opportunity?) to speak about the symptoms on a different emotional and cognitive level, (acquiring thus a new experience (becomes an invaluable part of the?) for psychotherapeutic process. The explanation of a symptom is the first exposure which is later in the process put into words by a patient, and all accompanying feelings are explored. All exposures are a significant content for both group and individual work.

A patient's responsibility is keeping therapeutic activity in exposure, taking medicines and attending psychotherapy, developing new abilities for staying healthy, as well as acquiring information on the possibilities of OCD treatment.

In February 2012 we first began the applied use of the Algorithm and patients were included in a group which was open for new members during the first months.

The results are presented in two forms – as numerical data and as three case studies.

Of 42 OCD patients, 24 accepted the invitation to participate in the treatment in accordance with the algorithm which represents 57.14% response. Their assessment of the presence of symptoms: 1 patient with mild presence of symptoms, 12 patients with moderate presence of symptoms, 10 patients with potential presence of symptoms and 1 patient with extreme presence of symptoms. The remaining 19 patients refused the invitation for different reasons, among them the distance to the place of therapy from their home was the most frequent (9 patients). The next reason was that they did not need additional therapy since they were in a state of satisfactory remission (5 patients). Other patients claimed that they could not talk about OCD to other patients (2 patients), that they did not believe in a therapy through conversation (1 patient), and that they would not be able to participate regularly due to numerous rituals before leaving home which exhaust them completely (2 patients). With patients who refused the invitation, the assessment of symptoms was as follows: 11 patients with mild presence of symptoms, 4 patients with moderate presence of symptoms, 2 patients with strong presence of symptoms and 2 patients with extreme presence of symptoms.

Out of 24 patients, 19 patients joined group therapy; after two years, 15 patients still attend the group (sustenance in the treatment is 78.95%). More women than men participate in the group. Three patients quit attending the group for accompanying mental disorders: bipolar disorder (2 patients) and organic mood disorder (1 patient). In individual therapy, 21 patients joined gradually, and after two years 20 patients still continue the process (sustenance in treatment is 95.24%). Also among these patients, the number of women prevails. One of the patients quit individual psychotherapy because his condition improved, but then he stopped taking medicines and the condition worsened again.

We have reliable data about the clinical condition at the outset and after two years for 13 out of 15 patients who are included in group psychotherapy and psychiatric treatment. Data for two patients who joined the therapy a bit later are missing, and there was not enough time for observation. The information about clinical improvement of patients who were included in individual psychotherapy as well as psychiatric treatment are not part of the analysis for a similar reason – observation time varies a lot, for some it is even longer than two years, and for some shorter than one year.

The presentation includes analyses for 13 patients, 3 are male and 10 female. A small sample and disproportionate distribution among genders does not provide a reliable statistical analysis by gender therefore the data is presented for the whole group.

The average age of patients was 34.69 years ($SD=5.49$). The initial value of CGI was on average 4.15 ($SD=1.28$), after two years on average 2.46 ($SD=1.19$). The difference between the average is statistically significant ($t=5.5$; degree of freedom for error 12; $p=0.000$).

Case studies - the patients are treated with medicines, they are members of a group and they attend individual therapy. They all had traumatic childhood, they all have depressive structures, and they never feel good enough. The therapy focuses on the awareness of the aggressive, self-realizing part of their personality, since it was suppressed due to their traumatic childhood; above all it is hard for them to accept the fact that they do not have this part of personality. During the process they mourn for their lost

childhood.

OCD patients expect their problems to disappear after OCD symptoms decrease or completely disappear. Once OCD symptoms withdraw, they are left in scary emptiness and new exposure to the reality of here and now. OCD symptoms had a strong influence on their social life, they caused a lot of suffering, and they were intense and long lasting. All that they missed cannot be compensated in one night, therefore disappointment is an indispensable(inevitable?) part of the therapeutic process and it represents a significant step in rehabilitation. The next important step in their rehabilitation is acceptance of what they missed because of OCD, and the decision as to what of this would be important to catch up. The group offers support and motivation for treatment through social help and models of other group members. It is necessary to give sense to »normal life » without OCD symptoms with new values which include awareness, understanding and accepting themselves with all their experience, knowledge and memories, as well as potential for the future.

By offering a more organized and holistic OCD treatment, we tried to provide OCD patients treatment which is long lasting and which patients seem to accept. In September 2014, the first psychotherapeutic group continued its work (third year), in October 2014 a new psychotherapeutic group for OCD was established, because interest in the treatment is enormous. Patients continue to be monitored regularly.

In Slovenia, OCD patients get very little clinical attention and there is no special treatment regime for their needs. Therefore, we created a treatment algorithm for OCD that includes cooperation between a psychiatrist and a psychotherapist to introduce holistic care for patients with OCD.

Predstavitev

Za obsesivno- kompulzivno motnjo (OKM) so značilne bodisi obsesije (ponavljajoče se, moteče, neželene misli, impulzi ali predstave) in /ali kompulzije (ponavljajoča se neželena, moteča in neproduktivna dejanja) , po navadi pa je kombinacija obeh prisotna pretežen del dneva v trajanju vsaj 14 dni. Oseba se jim poskuša upreti, saj so obsesivne misli ali kompulzivna dejanja zanjo moteča (WHO, 2003). Izraženost simptomov lahko niha ali pa je pojav simptomov epizodičen, s tem da je ponovitev možna po že uspešnem zdravljenju in leta dolgi remisiji (Torres in sod, 2000; Kessler in sod., 1994).

Vzrok OKM še ni znan. Pomembno vlogo naj bi igrala genetika, prav tako pa so pomembni vplivi okolja (Mataix-Cols, Rosario-Campos in Leckman, 2005; Miguel in sod., 2005). Moderne slikovne funkcionalne raziskave možganov (fMRI) so pokazale značilno drugačno odzivnost nekaterih delov možganov v času akutne simptomatike (povečana frontoparietalna in zmanjšana limbična aktivnost) in normalizacijo v času remisije (Breucke in sod., 2014; Gottlich in sod., 2014).

Življenjska prevalenca je do 2,3%, 1 - letna prevalenca je do 1,2% populacije, starejše od 18 let (Kessler in sod., 1994). OKM spada med najpogostejše duševne motnje pri otrocih, mladostnikih in mlajših odraslih (Kessler in sod., 1994; Ruscio in sod., 2010). Manjši delež pacientov z OKM prvič zboli v zgodnji odrasli dobi (Hollander, 1997). OKM se pri večini prične v otroštvu, se ponovno pojavi v obdobju mladostništva in v odrasli dobi, to je v času, ko naj bi bil posameznik najbolj dejaven v izobraževalnem procesu, se osamosvajal, pridobival socialne veščine, si ustvarjal družino in se vključeval v pridobitne dejavnosti (Hollander, 1997). OKM pomembno manjša kakovost življenja posameznika, moti njegove socialne stike, obremenjuje družinske odnose, slabša uspešnost izobraževanja in manjša možnost uspešne zaposlitve (Hollander in sod., 1997).

Študije kažejo, da v povprečju pacienti trpijo za motnjo tudi po 7 let in več, preden so deležni pravilne obravnave (Dell'Osso in sod., 2014). Razlogi za dolg interval med začetkom simptomov in zdravljenjem so številni: simptomi se nenehno spreminjajo in so včasih bolj včasih manj izraženi, pacienti in svojci menijo, da ne gre za duševno motnjo, pacienti ocenijo, da bodo motnjo premagali sami, simptomi jih ne motijo zelo in stigma (Poyraz in sod., 2015). Pogosto ob prvem iskanju pomoči pacienti ne dobijo prave diagnoze, saj se OKM pogosto zamenjuje s psihozo, depresijo, anksioznimi motnjami in posledično so deležni neustreznega zdravljenja (Hollander, 1997).

Pomembno je, da OKM kar najhitreje prepoznamo in hitro in učinkovito ukrepamo, saj se s trajanjem nezdravljene OKM pojavljajo vse večje težave na vseh področjih življenja (Hollander in sod., 1997).

Obstajajo raziskave o učinkovitih pristopih farmakološkega in psihoterapevtskega zdravljenja (Biondi in Picardi, 2005; Sharma, Thennarasu in Reddy, 2014): zdravljenje z antidepresivi iz skupine zaviralcev ponovnega privzema serotonina, kognitivno vedenjska terapija in dinamsko orientirana psihoterapija. Raziskav glede učinkovitega zdravljenja OKM je na primer v mednarodni zbirki MEDLINE od leta 1964 (v tem letu prvi zapis) do danes 7634 v primerjavi s številom raziskav zdravljenja shizofrenije, ki

jih je od leta 1948 (v tem letu prvi zapis) kar 50 624. Pred raziskovalci je še mnogo izzivov. Zanimivo je razmišljanje, da prihaja do prekrivanja konceptov do pred kratkim dokaj ločenih modalitet kognitivno vedenjske terapije in psihoanalitične terapije: na eni strani imamo objektivne odnose in z ambivalenco prežete mentalne reprezentacije in na drugi strani imamo kognitivno afektivne sheme sebe in drugih (Kempke in Luyten, 2007). Med kognitivno vedenjskimi pristopi je najbolj uveljavljeno izpostavljanje s preprečevanjem odziva, ki pomeni, da se pacient načrtno sooča z obsesijami in nato na različne načine preprečuje, da bi izvedel kompulzijo (Marks, 1997).

Najpomembnejše klinične smernice za zdravljenje OKM so tiste, ki jih je izdal Nacionalni inštitut za klinično odličnost iz združenega kraljestva (NICE, 2005) in tiste, ki jih je izdalo Ameriško psihiatrično združenje (APA, 2012). Oba dokumenta poudarjata, da za diagnozo OKM potrebno upoštevati zahteve klasifikacij in da se izraženost klinične slike oceni z dodatno klinično lestvico. Nadalje klinične smernice govorijo tudi o prilagoditvi terapije posameznemu pacientu.

Še najboljši prikaz dolgoročnega izida je v meta analizi 17 raziskav s povprečnim spremljanjem 4,91 let in 1265 vključenimi pacienti. Remisijo je mogoče pričakovati pri nekaj več kot polovici pacientov in dejavniki tveganja slabšega izida so moški spol, zgodnji nastanek simptomov, daljše trajanje bolezni in večja izraženost bolezni ob začetku zdravljenja (Sharma, Thennarasu in Reddy, 2014).

Podatki v Sloveniji za leto 2009 kažejo, da je samo 434 oseb z OKM poiskalo pomoč zdravstvenih služb, to število predstavlja 3.10% pričakovanega števila pacientov iz izračuna, kateri temelji na 0.7% do 1% letne prevalence (Šprah, Novak in Dernovšek, 2011).

Avtorice prispevka smo se zato v letu 2013 odločile, da potrebujejo pacienti z OKM v Sloveniji drugačen pristop, ki jim bo izboljšal dostopnost do zdravljenja in smo ga poimenovali »Algoritem za izboljšanje zdravljenja OKM«, ki vključuje sodelovanje med psihiatrom in psihoanalitičnim psihoterapevtom. Namen članka je predstavitev algoritma in naših dvoletnih izkušenj. Poudarjamo, da namen članka ni predstavitev raziskave učinkovitosti pristopa, pač pa predstavitev sprejemljivosti in primernosti pristopa v našem terapevtskem prostoru.

Predstavitev Algoritma za izboljšanje zdravljenja OKM

Algoritem za izboljšanje zdravljenja OKM (v nadaljevanju algoritem) smo izdelale avtorice prispevka in pri izdelavi upoštevale vse v svetu že uveljavljene načine zdravljenja OKM (Marks, Hodgson in Rachman, 1975; Simpson in sod., 2013; Storr, 2014; Van Amerigen in sod. 2014). Izhajale smo iz nabora v Sloveniji dostopnih načinov terapije, kar obsega farmakoterapijo (predpišemo zdravila, ki so na voljo v Sloveniji in tudi zdravila, ki jih pacient z OKM kupi v tujini), vedenjsko kognitivno terapijo, skupinsko in individualno psihoanalitično terapijo.

Upoštevali smo ovire organizacije zdravstvenega varstva v Sloveniji (nimamo specialistov psihiatrov in specialistov klinične psihologije, ki bi se posebej posvečali OKM, nimamo slovenskih kliničnih smernic za obravnavo OKM, nimamo posebnih oddelkov v bolnišnicah, kjer bi se izvajala diagnostika in zdravljenje OKM in je zato vsak strokovnjak pravzaprav prepuščen lastni iznajdljivosti in iskanju informacij). Upoštevali

smo trenutno stanje psihoterapije v Sloveniji, saj nimamo dostopnih vseh modalitet psihoterapije, ki so učinkovite za OKM, nimamo posebej za OKM specializiranih psihoterapevtov in nimamo smernic. Vemo, da sodelovanje med psihoterapevti, ki po svoji osnovni izobrazbi niso specialisti psihiatri ali specialisti klinične psihologije in specialisti psihiatri trenutno ni zelo uveljavljeno. Prav zaradi dejstva, da je na voljo zelo malo psihoterapevtov, ki bi delali kognitivno vedenjsko psihoterapijo, kaj šele, da bi se posebej specializirali za OKM, smo med dostopnimi metodami dolgotrajne pomoči za naš algoritem izbrali tisto, ki je bila na voljo – psihoanalitično modaliteto. Kognitivno vedenjske intervencije sta prevzela specialist psihiater in pacient sam.

V središču algoritma so potrebe pacienta z OKM, ki se ji obravnava ves čas prilagaja

Prvi del algoritma definira odgovornost vseh treh sodelujočih:

a) Psihiater je odgovoren za diagnozo OKM, dodatno diagnostiko morebitnih pridruženih duševnih motenj oziroma telesnih bolezni, napotovanje na dodatne preiskave in terapijo z zdravili. Standardna psihiatrična ocena je razširjena z Yale-Brown klinično lestvico (Y-BOCS). Namenjena je meritvi in prepoznavanju resnosti simptomov OKM za več kot 50 različnih tipov obsesivnih misli in kompulzij (Goodman in sod., 1989). Ocena klinične izraženosti simptomov je vsota postavk zadnjega dela instrumenta: 0–7 klinično komaj pomembni simptomi, 8–15 blago izraženi, 16–23 zmerno izraženi, 24–31 močno izraženi, 32–40 ekstremno izraženi simptomi. Po potrditvi OKM motnje psihiater pacienta informira o možnostih zdravljenja – farmakoterapija, kognitivno vedenjska terapija, psihoanalitično usmerjene terapije, skupinske ali individualne. Psihiater prevzame tudi osnovne kognitivno vedenjske intervencije. Pacientu svetuje, kdaj je že dovolj stabilen za začetek izpostavljanja s preprečevanjem odziva, kako naj prične, kako naj stopnjuje izpostavljanje in kako naj si pomaga z bližnjimi. Pričakovanja psihiatra do psihoterapije v skupini so, da ima pacient možnost na skupini razumeti svoje specifično stanje, ga normalizirati, raziskovati, ter uvideti prednosti terapije za premagovanje bremena bolezni, se učiti od ostalih članov, predvsem pa razviti zaupanje do sebe za premagovanje težav. V individualni psihoterapiji ima možnost izgovoriti zanj zelo boleče in sramotne občutke, o katerih ne more spregovoriti pred člani skupine. Intenzivna individualna in skupinska psihoterapija omogočata, da pacient sproti predeluje vse mogoče izkušnje, ki jih doživlja pred izpostavljanjem s preprečevanjem odziva, v času izpostavljanja in po izpostavljanju. Te izkušnje so: vznemirjenost, nelagodje, uspehi/neuspehi, strahovi, upanje, njihove lastne razlage, zamisli...

b) Psihoterapevt je odgovoren za organizacijo skupine in individualna srečanja s pacienti. Analitična skupinska psihoterapija pacientom omogoča integracijo v socialni matriks, v skupini ponotranjijo izkušnje interakcije z drugimi člani skupine, nato s to integrirano izkušnjo bolj uspešno delujejo v vseh odnosih zunaj nje. Predelajo, delijo med seboj in normalizirajo nelagodja in hude stiske, ki jih doživljajo ob soočanju s preprečevanjem odziva. Pacienti, kateri so zaradi svojih simptomov obtičali v hudi in onespособljajoči psihosocialni stiski, jih nove izkušnje motivirajo, da prevzamejo življenje v svoje roke in se ponovno aktivirajo. To jim omogoči prve spremembe in osebnostno rast. V individualni terapiji pacient lažje spregovori o najbolj intimnih in travmatičnih izkušnjah, katerih ne zmore deliti s skupino. Naloga terapevta je, da mu te teme niso

neznanka, jih razume in mu ne povzročajo neugodja, s tem pacienta opogumi, da raziskuje dele svoje osebnosti, za katere sploh ni vedel, da obstajajo ali pa so bile zanj nesprejemljive. Psihoterapevtova pričakovanja do psihiatra so: stabilno terapevtsko okolje, stabilizacija simptomov OKM z ustreznimi zdravili, svetovanje in vodenje izpostavljanja s preprečevanjem odziva in možnost konzultacij v nujnih primerih. V primeru, da je pacient najprej v stiku s psihoterapevtom in še nima postavljene diagnoze OKM, ga psihoterapevt napoti k psihiatru. Diagnoza OKM z razloženimi simptomi je prvo soočenje in je možnost, da o simptomih spregovori na drugačni čustveni in kognitivni ravni, ter s tem dobi novo izkušnjo za psihoterapevtski proces. Obrazložitev simptoma je prvo izpostavljanje, kar pacient kasneje v procesu ubesedi in raziše vse spremljajoče občutke. Vsa izpostavljanja so pomembna vsebina za delo skupine in individualno.

c) Pacientova odgovornost je vzdrževanje terapevtske aktivnosti pri izpostavljanju, jemanju zdravil in obiskovanju psihoterapije, ohranjanje zdravja, ter razvijanje novih sposobnosti za vzdrževanje zdravja, ter pridobivanje informacij o možnostih zdravljenja OKM. Pacientova pričakovanja do psihiatra in psihoterapevta so velika – prejeti ustrezno pomoč, razumevanje in podporo. Mnogi med njimi imajo različne izkušnje, na primer pri mnogih OKM leta ni bila prepoznana in so bili deležni napačnega zdravljenja in predvsem nerazumevanja. Namen zdravljenja ni samo premagati simptome OKM, ampak izgradnja nove socialne mreže in razvijanje novih osebnih dejavnosti.

Metode

V februarju 2012 smo začeli z uporabo Algoritma in pacienti so se vključevali v skupino, ki je bila prve mesece odprta za prihod novih članov.

Beležile smo število povabljenih in tistih, ki so se odzvali. Njihovo stanje smo na začetku ocenili z Y-BOCS in na začetku in po drugem letu po Lestvici splošnega kliničnega vtisa (CGI) (Guy, 1976). Ocena kliničnega stanja po CGI ima tri dele, ki se lahko uporabljajo samostojno. Uporabile smo prvi del, ki se imenuje Stopnja bolezni in pomeni, da ocenjevalec oceni glede na izkušnje dela s podobnimi bolniki, kako močno je izražena bolezen v trenutku ocenjevanja. Možne so naslednje ocene: 0= stanje ni bilo ocenjeno; 1= popolna remisija simptomov; 2= klinično komaj pomembni simptomi; 3= lažje bolan; 4= srednje bolan; 5= hudo bolan; 6= zelo hudo bolan; 7= je med najhujše bolnimi pacienti.

Ocenjevali smo tudi obstanek v zdravljenju.

Podatke smo analizirali z IBM SPSS Statistics 20. Uporabili smo parni t-test. Ničelno hipotezo smo zavrnil pri manj kot 0.1%.

Rezultati

Rezultate predstavljamo v dveh oblikah – numerične podatke in kot prikaze treh primerov obravnave.

Od 42 pacientov z OKM se jih je 24 odzvalo povabilu, da sodelujejo v zdravljenju po algoritmu, kar predstavlja 57,14% odziv. Njihova ocena izraženosti simptomov je

bila pri 1 blago izraženi simptomi, pri 12 pacientih zmerno izraženi simptomi, pri 10 pacientih možno izraženi simptomi in pri 1 ekstremno izraženi simptomi. Preostalih 19 pacientov je povabilo odklonilo z različnimi razlogi, najpogosteje zaradi oddaljenosti mesta terapije od doma (9 pacientov). Naslednji razlog je bil, da ne potrebujejo dodatne terapije, saj je njihovo stanje zadovoljiva remisija (5 pacientov). Preostali pacienti so navedli, da se o OKM ne bi pogovarjali z drugimi (2 pacienta), da ne verjamejo v pogovorne terapije (1 pacient) in da ne bi mogli zagotoviti rednega prihajanja, ker imajo toliko ritualov za odhod od doma, da jih to čisto izčrpa (2 pacienta). Pri pacientih, ki so odklonili povabilo, je bila ocena izraženosti simptomov pri 11 pacientih blago izraženi simptomi, 4 pacienti so imeli zmerno izražene simptome, 2 sta imela močno izražene simptome in 2 pacienta ekstremno izražene simptome.

Od 24 pacientov se je v skupinsko terapijo vključilo 19 pacientov, 15 jo še vedno obiskuje po dveh letih (obstanek v zdravljenju je 78,95%). Skupino obiskuje več žensk kot moških. Trije pacienti so prenehali obiskovati skupino zaradi pridruženih duševnih motenj: bipolarni motnje razpoloženja (2 pacienta) in organske razpoloženske motnje (1 pacient). V individualno terapijo se je postopoma vključilo 21 pacientov in po dveh letih jo obiskuje 20 pacientov (obstanek v zdravljenju je 95,24%). Tudi med temi pacienti je več žensk kot moških. Eden od pacientov je prenehal hoditi na individualno psihoterapijo, ker se mu je stanje izboljšalo, nato je opustil zdravlila in stanje se mu je ponovno poslabšalo. Podrobnejše podatke prikazuje Razpredelnica 1.

Razpredelnica 1. Število pacientov v različnih oblikah zdravljenja. $N = 21$ pacientov na začetku (2012) in po dveh letih (2014).

Terapija	2012 (n)	2014 (n)
Skupinska psihoterapija in obravnava pri psihiatru	19	5
Individualna psihoterapija in obravnava pri psihiatru	3	5
Skupinska in individualna psihoterapija ter obravnava pri psihiatru	2	5
Skupinska in individualna psihoterapija	0	5
Skupaj	24	20

Verodostojne podatke o kliničnem stanju na začetku in po dveh letih imamo za 13 od 15 pacientov, ki so vključeni v skupinsko psihoterapijo in so vodeni pri psihiatru. Manjkajo podatki za dva pacienta, ki sta v skupinsko terapijo vstopila nekoliko kasneje in je opazovani čas prekratek. Podatki o kliničnem izboljšanju pacientov, ki so vodeni v individualni psihoterapiji in pri psihiatru v analizo nismo vključili iz podobnega razloga – opazovano obdobje je zelo različno, za nekatere celo daljše od dveh let, za nekatere pa krajše od enega leta.

Predstavljamo analize za 13 pacientov, 3 so moškega spola in 10 je ženskega spola. Majhen vzorec in nesorazmerna porazdelitev med spoloma onemogoča verodostojno statistično analizo posebej po spolu, zato prikazujemo podatke za celotno skupino.

V povprečju so bili pacienti stari 34,69 let ($SD=5,49$). Začetna vrednost CGI je bila povprečno 4,15 ($SD=1,28$), po dveh letih povprečno 2,46 ($SD=1,19$). Razlika med povprečjema je statistično značilna ($t=5,5$; stopinje prostosti 12; $p=0,000$).

Prikazi primerov

Miha, 33 let – OKM je razvil v lažji obliki že v otroštvu, pred šestimi leti, ob pričakovanju prvega otroka je zaznal močne obsesivne misli. Vsebina njegovih obsesivnih misli so bili samomorilni impulzi, poiskal je psihiatra in dobil diagnozo depresija z suicidalnimi ideacijami. Po rojstvu drugega otroka se je vsebina obsesivnih misli spremenila v misli, da je pedofil, čeprav ga otroci nikoli niso spolno privlačili in se je teh misli ustrašil, sam sebi se je gnusil. Dvakrat je bil hospitaliziran, vendar je njegova diagnoza, s tem pa tudi terapija ostala nespremenjena. Po samoiniciativnem iskanju podatkov na internetu in dostopni literature je posumil na OKM, ter poiskal drugega psihiatra. Psihiater je potrdil njegovo diagnozo OKM, prilagodil farmakoterapijo in ga napotil na skupinsko terapijo. V drugem letu je Miha prejemal višje odmerke SSRI (sertralin 450 mg dnevno), ki dodatno augmentacijo z risperidonom (3 mg dnevno) z zelo dobrim odzivom. Po nekaj mesecih je bil zmožen izpostavljanja s preprečevanjem odziva – preverjal je svoje pedofilne obsesivne misli s tem, da je na hitro s pogledom oplazil otroke in mladostnike. Pred tem si otrok in mladostnikov sploh ni upal pogledati, kar pomeni, da se je izogibal in krepil tesnobo. Z olajšanjem je ugotovil, da ob pogledu na otroke in mladostnike ne doživlja nobene spolne želje in hrepenenja in da pravzaprav ni razloga za strah. Namesto obsesivnih misli, da je pedofil, so v ospredje stopile druge obsesivne misli, da ga bo bog kaznoval. Sledil je nov način soočanja s preprečevanjem odziva – misli je opazoval in se nanje odzival. Po določenem času je ugotovil, da izpostavljanje več ni učinkovito, zato se je psihiater odločil nižati odmerke SSRI, dokler nižji odmerek ni potrdil, da izpostavljanje ponovno deluje. Miha je vzpostavil razumevanje nastanka simptomov in ugotovil, da so se simptomi pojavili, ko je postal oče. Figura očeta zanj pomeni nevarnost za svoje otroke. Njegov oče je imel težave z alkoholom in je bil do svoje družine zelo nasilen, grozil jim je, da jih bo pobil. Miha je bil kot 6 letni fantek spolno zlorabljen.

Beno, 25 let – obsesivne misli so se pri razvile po tem, ko se preseli od staršev v svoje lastno stanovanje. Beno ni bil sposoben sprejeti odločitve pri povsem preprostih zadevah, kot so nakup športnih čevljev ali pisalne mize. Njegova kompulzija ga je vedno znova "prisilila" da je stvari vračal v trgovino in jih menjal, ter ob tem občutil sram. Sram ni zmanjšal kompulzije, samo povečal jih je. Na skupino ga je povabila druga članica, začel je obiskovati skupino in bil ves čas preplavljen s svojimi simptomi, tako da sploh ni mogel sodelovati. Psihoterapevt ga je poslal k psihiatru, prejel je majhen odmerek sertralina. Beno je prejemal nizek odmerek SSRI (sertralin 25 mg dnevno) približno dva meseca. Z zdravili se je komaj strinjal in najbolj si je zapomnil, da njegova OKM ne traja zelo dolgo in da lahko z lastno dejavnostjo vpliva, da zdravil ne bo več treba jemati. Odločil se je, da bo spremenil življenjski slog. Preselil je delo v bratovo pisarno, namesto da bi delal od doma, začel z športnimi aktivnostmi in druženjem. Trenutno je v skupini edini član brez zdravil. Beno je mlad, motiviran, stanje OKM motnje ni kronično, tudi ni znakov drugih bolezni. Beno je na skupini povedal, da je

odraščal z oblastno in kaznovalno mamo, ter očetom copato, ter da tudi vedno bolj razume svoje simptome, kar dodatno predeluje na individualni terapiji.

Lidija, 42 let – je razvila obsesijo pred kontaminacijo hiše dve leti po tem, ko so se z družino vselili v nov dom. Kompulzivno je čistila hišo in sebe, ter to prenašala na hči in moža. Polnih 12 let je obiskovala psihiatra, dobila diagnozo OKM in jemala paroksetin. Simptomi so ostali nespremenjeni vsa leta. Začela je obiskovati skupino in po upokojitvi njene psihiatrinje je poiskala drugega psihiatra. Lidija sedaj jemlje fluvoksamin (300 mg dnevno in zdravilo kupuje v Italiji). Obiskuje skupino in individualno terapijo, ter počasi napreduje, predvsem poroča o manjši anksioznosti, ter zmožnosti večjega reševanja vsakdanjih težav. Lidijin prevladujoč občutek je, da je bila v otroštvu vsem odveč. Oče, s katerim je živela do 4 leta, jo je zelo pretepal. Mama jo je najprej zapustila, potem pa vzela k sebi v svojo novo družino. Moževa družina je po njenih besedah zelo posesivna do njenega moža in hčere, zato Lidija meni, da potrebuje OKM simptome, saj si s tem zagotavlja mir, sicer ji moževa družina vdira v njeno zasebnost.

Pacienti so zdravljeni z zdravili, so člani skupine in obiskujejo individualno terapijo. Miha, Lidija in Beno so imeli travmatično otroštvo, vsi trije so depresivne strukture, nikoli se ne počutijo dovolj dobri. Terapija poteka na ozaveščanju njihovega agresivnega, samo uveljavitvenega dela osebnosti, saj so ga zaradi travmatičnega otroštva potlačili, predvsem pa se težko sprijaznijo, da ta del osebnosti sploh imajo. Vzporedno v procesu poteka žalovanje za izgubljenim otroštvom.

Pacienti z OKM pričakujejo, da da bodo njihove težave izginile potem, ko se bodo simptomi OKM zmanjšali ali popolnoma izginili. Ko se simptomi OKM umaknejo, nastane strašljiva praznina in novo izpostavljanje resničnosti tukaj in zdaj. Simptomi OKM so imeli močan vpliv na njihovo socialno življenje, povzročili so nemalo trpljenja, bili so intenzivni in dolgotrajni. Vsega, kar so zamudili, ni mogoče nadoknaditi čez noč, zato je razočaranje obvezen spremljevalec terapevtskega procesa in predstavlja pomemben korak pri okrevanju. Sprejemanje, kaj vse so zaradi OKM zamudili in odločitev, kaj od tega bi bilo pomembno nadoknaditi, je naslednji pomemben korak pri okrevanju. Skupina nudi podporo motivaciji za zdravljenje preko podpore in zgleda ostalih članov skupine. »Normalno življenje« brez simptomov OKM je potrebno ponovno osmisliti in nadaljevati z novimi vrednotami, kamor spada tudi zavedanje, razumevanje in sprejemanje samega sebe, z vsemi svojimi izkušnjami, znanji in spomini, pa tudi potenciali za prihodnost.

Zaključek

Avtorice se lotevajo razvoja celostnega pristopa zdravljenja pacientov z OKM in izhajajo iz nerazumljivo nizkega števila v psihiatrične službe vključenih pacientov z OKM in popolne odsotnosti celostne obravnave OKM v Sloveniji. Algoritem je rezultat pregleda literature ter temelji na že uveljavljenih posameznih terapevtskih pristopih, upoštevajoč vse ovire in pasti organizacije zdravstva in psihoterapije v Sloveniji. Algoritem razvija na pacienta usmerjen pristop. Rezultati algoritma zadnjih dveh let so presenetljivo boljši kot je bilo pričakovati na začetku, saj je bil odziv na povabilo blizu 60%, obstanek v zdravljenju v skupinski psihoterapiji pa blizu 80%, v individualni

psihoterapiji pa praktično 100%. Ti podatki govorijo, da je za paciente, ki se povabijo odzovejo, obravnava sprejemljiva. Pri pacientih smo ugotavljali klinično pomembno izboljšanje, kar pomeni, da velja nadaljevati z delom po algoritmu in v analizo učinkovitosti vključiti večje število pacientov. Čeprav je OKM bistveno bolj izražena pri moških, je presenetljivo, da smo v obravnavo po algoritmu vključili več žensk kot moških in da je tudi pri iskanju pomoči pravzaprav več žensk kot moških. Razmisliti bi veljalo, kako v zdravljenje pritegniti več pacientov moškega spola.

V literaturi je malo raziskav o dolgoročnem izidu zdravljenja OKM, vendar se vse nagibajo k sklepu, da je dolgotrajno zdravljenje za paciente koristno. Raziskava, kjer so paciente po 12 tedenski terapiji (zdravilo fluoksetin versus skupinska kognitivno vedenjska terapija) spremljali 21 mesecev kažejo, da je dolgoročna stabilnost odvisna predvsem od trajanja terapije (pacienti so se ves čas spremljanja izboljševali), ne pa od zgodnjega odziva na zdravljenje in modalitete zdravljenja (Jakubovski in sod., 2013). V isti raziskavi so ugotovili, da je neugoden izid pričakovati pri tistih, ki imajo pridružene motnje razpoloženja, anksiozne motnje v družinski anamnezi in daljše trajanje bolezni. Spremljanje izida v naturalističnem okolju klinične prakse je pokazalo, da so ponovitve pogoste in da zgolj zdravljenje z zdravili ni dovolj za dolgoročno stabilnost, vendar da potrebujemo večje raziskave za bolj natančno sklepanje (Peselow, Pizano in IsHak, 2015).

S ponudbo bolj organizirane in celostne obravnave OKM smo skušali pacientom z OKM ponuditi zdravljenje, ki je dolgoročno, kar pacientom očitno ustreza. V septembru 2014 prva psihoterapevtska skupina nadaljuje svoje delo (tretje leto), v oktobru 2014 pa je ustanovljena nova psihoterapevtska skupina za OKM motnjo, saj je zanimanje za zdravljenje precejšnje. Paciente še naprej redno spremljamo.

Literatura

American Psychiatric Association (APA). (2012). *Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder*. Arlington (VA), American Psychiatric Association (APA).

Biondi, M., Picardi, A. (2005). Increased maintenance of obsessive-compulsive disorder remission after integrated serotonergic treatment and cognitive psychotherapy compared with medication alone. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 123-128.

Dell'Osso, B., Benatti, B., Oldani, L., Spagnolin, G., Altamura, A.C. (2014). Differences in duration of untreated illness, duration, and severity of illness among clinical phenotypes of obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrum*, 26, 1-5.

Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen S.A., Mazure, C., Fleischmann, R.L., Hill, C.L., Heninger, G.R., Charney, D.S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.

Guy, W. (1976). *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. Rockville, MD, U.S. Department of Health, Education, and Welfare.

Jakubovski, E., Diniz, J.B., Valerio, C., Fossaluza, V., Belotto-Silva, C., Gorenstein, C., Miguel, E., Shavitt, R.G. (2013). Clinical predictors of long-term outcome in obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 30, 763-772.

Kempke, S., Luyten, P. (2007). Psychodynamic and cognitive-behavioral approaches of obsessive-compulsive disorder: is it time to work through our ambivalence? *Bulletin of The Menninger Clinic*, 71, 291-311.

Marks, I.M., Hodgson, R., Rachman, S. Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in-vivo exposure. A two year follow-up and issues in treatment. (1975) *British Journal of Psychiatry*, 127, 349-346.

Marks, I. (1997) Behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: a decade of progress. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 1021-1027.

National Institute for Health and Clinical Excellence. *Obsessive-compulsive disorder. Core interventions in the treatment of obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder*. (2005). <http://pathways.nice.org.uk>

Peselow, E.D., Pizano, D.R., IsHak, W.W. (2015). Maintenance treatment for obsessive-compulsive disorder: findings from a naturalistic setting. *Annals of Clinical Psychiatry*, 27, 25-32.

Poyraz, C.A., Turan, Ş., Sağlam, N.G., Batun, G.Ç., Yassa, A., Duran, A. (2015). Factors associated with the duration of untreated illness among patients with obsessive compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 88-93.

Sharma, E., Thennarasu, K., Reddy, Y.C. (2014). Long-term outcome of obsessive-compulsive disorder in adults: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75, 1019-1027.

Simpson, H.B., Foa, E.B., Liebowitz, M.R., Huppert, J.D., Cahill, S., Maher, M.J., McLean, C.P., Bender, J. Jr., Marcus, S.M., Williams, M.T., Weaver, J., Vermes, D., Van Meter, P.E., Rodriguez, C.I., Powers, M., Pinto, A., Imms, P., Hahn, C.G., Campeas, R. (2013). Cognitive-Behavioral Therapy vs Risperidone for Augmenting Serotonin Reuptake Inhibitors in Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 70, 1190-1199.

Sprah, L., Novak, T., Dernovsek, M.Z. (2011). *Elaborat – Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije. Analiza tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije v posameznih statističnih regijah s pomočjo prilagojene metodologije Indeksa boljšega življenja*. Ljubljana, Družbenomedicinski inštitut Znanstvenoraziskovalnega centra Slovenske akademije znanosti in umetnosti.

Storr, A. (2014). *Umetnost psihoterapije*. UMco d.d. Zbirka preobrazba, 202-209.

Van Ameringen, M., Simpson, W., Patterson, B., Dell'Osso, B., Fineberg, N., Hollander, E., Hranov, L., Hranov, G., Lochner, C., Karamustafalioglu, O., Marazziti, D., Menchon, J.M., Nicolini, H., Pallanti, S., Stein, D.J., Zohar, J. (2014). Pharmacological treatment strategies in obsessive compulsive disorder: A cross-sectional view in nine international OCD centers. *Journal of Psychopharmacology*. January 15, , doi: 10.1177/0269881113517955

World Health Organization. (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders-Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization,