

FOBIČNE, ANKSIOZNE IN OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE

Vladislava Stamos

UVOD

Noben simptom ali znak bolezni ni v klinični medicini tako pogosto prisoten, kot je anksioznost (tesnoba, bojazen). Anksioznost je simptom, ki ga pacient prezentira, ali znak, ki ga je moč opazovati. Do nedavnega se je na anksioznost gledalo kot na unitarni fenomen. V zadnjih desetletjih pa se gleda na anksioznost kot na stanje, ki se izraža skozi tri različne vedenjske sisteme:

- motorično vedenje,
- jezikovno izražanje,
- fiziološko stanje.

To je tako imenovani trisistemski model strahu in anksioznosti. Problem, ki ostaja, je problem identifikacije povzročitelja anksioznosti.

Najpogostejši motorični odgovor na anksioznost povzročujoči stimulus je izogibanje. Opaža se še povečana ali zmanjšana gestikulacija, spremembe v položaju telesa, tresenje itd.

Komponenta jezikovnega izražanja se nanaša na tako imenovane "kognitivne dogodke" oziroma na verbalno poročanje o teh dogodkih. Če gledamo širše, sodijo sem spomini, misli in podobe kot tudi raporti o tesnobi, strahu, paniki, grozi, pritožbe o skrbeh ipd.

Fiziološko komponento anksioznosti povezujejo s povečano aktivnostjo simpatičnega živčnega sistema, kar se odraža na hitrem bitju srca, povečani respiraciji, znojenju, mišičnem tonusu itd. V medicinski literaturi opisujejo normalno in patološko anksioznost. Opozarjajo na pomembnost ločitve med eno in drugo. Treba je vedeti, da je tesnoba spremljevalka številnih bolezenskih stanj.

NORMALNA ANKSIOZNOST

Občutek bojzani izkusimo prav vsi ljudje. Bojazni so običajne spremljevalke človeškega razvoja, sprememb v življenju, vsega novega in še nepreverjenega, spremljajo iskanje lastne identitete in smisla življenja. Značilno za občutenje bojzani je difuzen, neprijeten občutek zle slutnje, pogosto spremljan z vegetativnimi simptomi, kot so znojenje, palpitacija, nemir, omotičnost, tresenje itd.

Anksioznost vpliva na proces mišljenja, percepcijo in učenje. Povzroči zmedenost in distorzijo percepcije ne samo v času in prostoru, temveč v prepoznavanju ljudi in tolmačenju dogodkov. Zaradi distorzij je učenje moteno, koncentracija je lahko znižana, nastajajo motnje v spominjanju.

Bojazen in strah predstavljata opozorilni signal. Oba opozarjata osebo na grozečo nevarnost, ta je lahko zunanja ali notranja. Osebi omogočita, da se umakne iz nevarne situacije. Bojazen se pojavi kot odgovor na grozečo nevarnost, ki je neznana, notranja, nejasna. O strahu pa, ko je grozeča nevarnost znana, zunanja in jasna. Ali bo oseba zaznala določen dogodek kot stresni, je odvisno o narave dogodka in pomena, ki mu ga oseba pripisuje, psiholoških obrambnih mehanizmov ter njene iznajdljivosti pri soočanju s problemi. Za razliko od normalne tesnobe patološka predstavlja odgovor na stimulus, ki je neutrezen v intenziteti in trajanju.

V zadnjih 15 letih se je psihiatrija zaradi vse številnejših spoznanj o biologiji anksioznosti usmerila stran od psihodinamskih konceptov neuroze. To je rezultiralo v opustitvi terminusa neuroza iz uradne nomenklature in v delitvi med anksioznimi motnjami na podlagi zanesljivih kliničnih spoznanj. V MKB 10 najdemo nevrotske motnje, razdeljene na fobično anksiozne motnje, druge anksiozne motnje in obsesivno-kompulzivno motnjo.

FOBIČNE ANKSIOZNE MOTNJE

Pri tej skupini motenj bojazen izzovejo dobro definirani objekti, situacije in aktivnosti, ki v splošnem niso nevarni. Že pričakovanje približevanja fobične situacije lahko sproži prezgodnjo bojazen. Posledica je, da se oseba takim situacijam izogiba. Običajno se osredotočijo osebe na

posamezne simptome, kot so palpitacije, občutki omedlevice in podobno, ter na sekundarno nastale bojzani, kot so bojzani pred smrtjo, izgubo kontrole in pred norostjo. Če te motnje ostanejo neprepoznane, lahko nastopijo nadaljnje psihiatrične komplikacije: velika depresivna motnja, druge anksiozne motnje, odvisnosti od alkohola in drog.

Agorafobija

Pod agorafobijo ne razumemo samo strah pred odprtimi prostori, temveč se vključuje tudi strah pred zapuščanjem doma, stopanjem v javne prostore, množico, strah, ko potuje oseba sama z javnimi prevoznimi sredstvi itd. Ker se v teh situacijah lahko pojavi napad panike ali njej podobni simptomi, se agorafobiki izogibajo fobogeničnim okoliščinam ali si poiščejo spremstvo. Opažamo pogosto prisotnost depresivnih, obsesivnih simptomov in simptomov socialne fobije. V številnih primerih napad agorafobije sledi travmatskemu dogodku.

Razširjenost te motnje variira od 0,6% do 6%.

Agorafobija lahko obstaja brez panične motnje v anamnezi ali pa kot panična motnja z agorafobijo. Agorafobija brez panične motnje je kronična in osebo onesposablja trajno. Če je združena s panično motnjo, katero tudi zdravimo, sta tok in prognoza agorafobije ugodna.

Socialna fobija

Za socialno fobijo (tudi socialna anksiozna motnja) je značilna pretirana bojazen pred ocenjevanjem drugih ljudi in pred njihovo kritiko. Epidemiološke študije so pokazale, da je prizadetih več žensk kot moških, kar pa klinično ni bilo dokazano. Motnja se pokaže že zelo zgodaj, pogosto med adolescenco. Osebe, ki so samske, ločene ali neporočene, pogosteje trpijo zaradi socialne fobije.

Prevalenca socialne fobije se giblje med 3-13%.

Socialno fobične osebe so preobčutljive na kritiko, negativno vrednotenje ali zavrnitev. Njihov nivo samospoštovanja je nizek. Pogosto je prisotna tudi vegetativna simptomatika kot palpitacije, tresenje, potenje, zardevanje, slabosti v želodcu itd. Osebe so pogosto prepričane, da so sekundarne manifestacije anksioznosti primarni problem. Zaradi pojavljanja omenjene simptomatike, ki se lahko stopnjuje do paničnih napadov, se osebe izogibajo vseh situacij, v katerih bi ta utegnila nastopiti.

Motnjo diagnosticiramo, kadar osebe prepoznajo svoje bojzani kot pretirane in nerazumljive in kadar je simptomatika tako intenzivna, da se

takim situacijam izogibajo. V izjemnih primerih vodi tako izogibanje v popolno socialno izolacijo. Pri mlajših od 18 let diagnosticiramo motnjo samo, kadar je prisotna več kot 6 mesecev.

Specifične (izolirane) fobije

Specifična fobija (prej imenovana tudi preprosta - simple - fobija po DSM-III-R) se omejuje na zelo specifične okoliščine, kot na primer bližino določenih živali, višino, grmenje, letenje, zaprte prostore, uriniranje ali deficiranje v javnih straniščih in podobno ali nesrečo. Strah pred določenim objektom je povezan s pričakovano nevarnostjo, ki naj bi prihajala od objekta. Te okoliščine lahko sprožijo paniko tako kot pri agorafobiji ali socialni fobiji.

Specifična fobija je pogostejša od socialne fobije in najpogostejša duševna motnja pri ženskah ter druga najpogostejša pri moških. Šestmesečna prevalenca te motnje je 5-10%, življenjska med 10 in 13%. Pojavljati se začne lahko zgodaj med 5 do 9 letom ali kasneje sredi dvajsetih let.

Tako kot pri ostalih fobijah se osebe poskušajo izogniti fobičnim stimulusom.

Predispozicijski faktorji vključujejo travmatske dogodke, lahko tudi opazovanje oseb med travmatskimi dogodki, prenos informacij (starši pretirano opozarjajo otroke na nevarnosti).

Strah pred specifičnimi boleznimi, kot na primer pred aidsom ali srčnimi boleznimi, se klasificira pod hipohondrično motnjo.

DRUGE ANKSIOZNE MOTNJE

To so motnje, pri katerih je manifestacija bojzani glavni simptom. Niso omejene na kako posebno zunanjo okoliščino. Lahko so prisotni tudi depresivni in obsesivni simptomi ter posamezni elementi fobičnih bojzani, če so jasno sekundarni in manj izraziti. Med anksiozne motnje štejemo: panično motnjo, generalizirano anksiozno motnjo in mešano depresivno in anksiozno motnjo.

Panična motnja (epizodična paroksizmalna anksioznost)

Bistvena značilnost te motnje so ponavljajoči se napadi hude panike, ki se ne omejujejo na kake posebne okoliščine in se jih zato ne da napovedati. Posameznim napadom sledi vsaj mesec dni trajajoča skrb o ponovitvi napada ali skrbi, vezane na posledice napada.

Stopnja prevalence pri panični motnji je od 1,5-3%. Menijo, da je stopnja razširjenosti motnje večja. Panična motnja se razvije v zgodnji odrasli dobi pri starosti okoli 20 let. Panična motnja in agorafobija se lahko razvijeta pri katerikoli starosti.

Običajno se panični napad začne z intenziviranjem simptomatike. Pojavi se hud strah in občutek gozeče smrti. Osebe niso sposobne imenovati vzroka strahu, so zmedene in imajo težave s koncentracijo. Pojavljajo se tahikardija, palpitacije, dispnea in znojenje. Osebe poskušajo najti pomoč. Napad ponavadi traja 20 do 30 minut, redko pa več kot eno uro. V psihičnem statusu najdemo ruminacije, težave z izražanjem, motnje spominjanja. Simptomi izginevajo hitro ali pa postopoma. Med napadi je pozornost osebe osredotočena na somatske manifestacije napada. Oseba verjame, da bo umrla.

Sinkopa se pojavi v 20%. Pogosto iščejo zdravniško pomoč. V takem primeru je treba poleg anamneze in fizičnega pregleda opraviti še laboratorijske preglede, ki vključujejo poleg hemograma, elektrolitov, krvnega sladkorja še določitev koncentracije kalcija, jetrne teste, ureo in kreatinin, ščitnične hormone. Tudi EKG, analize urina in analize na droge ne bi smeli pozabiti.

Pri diferencialni diagnostiki je treba pomisliti na kardiovaskularne, pulmonalne, nevrološke, endokrine bolezni, intoksikacijo z drogami, odtegnitev od drog in druga stanja (elektrolitske motnje, sistemske infekcije, uremije itd.).

Panična motnja je kroničnega poteka. Dolgoletne raziskave poteka motnje razkrivajo, da je 30 do 40% pacientov brez simptomov, 50% jih ima srednje težke simptome, ki pa bistveno ne vplivajo na njihovo življenje, 10-20% pacientov pa ima hudo simptomatiko.

Frekvenca paničnih napadov in njihova intenzivnost lahko fluktuirata, lahko se pojavljajo večkrat na dan ali manj kot enkrat mesečno. Pretiran vnos kofeina ali nikotina lahko sproži panični napad. Depresija, ki se pojavlja pri paničnem napadu v 40 do 80%, lahko maskira simptomatiko napadov. Pri 20 do 40% pacientov s paničnimi napadi so ugotovili tudi zlorabo alkohola in drugih substanc.

Osebe z dobrim premorbidnim funkcioniranjem in s kratko trajajočimi simptomi imajo dobro prognozo.

Generalizirana anksiozna motnja

Za generalizirano anksiozno motnjo je značilna pretirana, trajna in generalizirana bojazen, ki ni omejena na kako posebno zunanjo okoliščino. Pravimo, da je prosto lebdeča. Kot primarni simptomi se pojavljajo nervoznost, tresenje, mišična napetost, potenje, omotičnost, vrtoglavost, palpitacija, epigastrično neugodje, težave pri koncentraciji, skrbi pred bodočnostjo. Simptomi anksioznosti morajo biti prisotni večina dni skozi več tednov ali več mesecev.

Osebe s tako simptomatiko pogosto iščejo pomoč zaradi somatskih simptomov. Pri izražanju anksioznosti je pomembno upoštevati kulturološko ozadje osebe, saj se pri nekaterih kulturah izraža anksioznost preko somatskih simptomov, v drugih pa preko kognitivnih.

Razširjenost motnje se ocenjuje na 3-5%. To vrsto motnje najpogosteje najdemo skupaj z drugimi anksioznimi motnjami in afektivnimi motnjami. Zaradi visoke komorbidnosti je težko opredeliti njen potek in prognozo.

Motnja je prisotna pri obeh spolih, več obolevajo ženske kot moški. Ena tretjina ljudi išče pomoč pri psihiatrih, vsi ostali se zatečejo po pomoč k zdravnikom druge specialnosti. Večina oseb, ki so se zdravile, je poročala, da se je motnja pojavila v otroštvu ali adolescenci. Potek je kroničen in fluktuirajoč, ob stresu se stanje poslabša. Podatki kažejo, da pojavljanje hudih življenjskih dogodkov pospeši nastanek motnje.

Mešana anksiozna in depresivna motnja

Za postavitev te diagnoze je potrebna prisotnost simptomov anksiozne in afektivne motnje, vendar nobeden od njih ne prevladuje toliko, da bi opravičeval individualno diagnozo. Lahko so prisotni tudi simptomi hiperaktivnosti avtonomnega živčnega sistema. Iz kliničnih podakov je razvidno, da imajo osebe prominentne simptome ene ali druge motnje ali mešanico obojih. V poteku bolezni se simptomatika menjava.

Epidemiološki podatki za to motnjo niso na voljo. Nekateri raziskovalci in kliniki menijo, da je razširjenost motnje v splošni populaciji 10%, konzervativnejša mnenja pa jo ocenjujejo na 1%. Pogosto se osebe z mešano anksiozno in depresivno motnjo zatečejo k splošnemu zdravniku, še več je pa takih, ki nikoli ne pridejo do splošnega zdravnika ali psihiatra.

Mnenja o tem, ali biološke spremembe pogojujejo psihične in obratno, so deljena. Eni menijo, da so merljive biološke spremembe pri osebah z anksioznimi motnjami rezultat psiholoških konfliktov, drugi pa trdijo, da biološke spremembe prednjačijo pred psihološkimi. Možen je obstoj obeh pri nekaterih biološko občutljivih ljudeh s simptomatiko anksioznih motenj.

Stimulacija avtonomnega živčnega sistema povzroči določene simptome, ki so pogosto prisotni pri anksioznih motnjah. Splošno je znano, da anksioznost centralnega živčnega sistema nastopi pred perifernimi manifestacijami anksioznosti.

Nevrotransmiterji, ki jih povezujejo z anksioznostjo, so: norepinefrin, serotonin in GABA (gama-aminobutirična kislina). Našli so zvišane metabolite norepinefrina (MHPG). Znižane koncentracije GABA povročijo hiperaktivnost centralnega živčnega sistema. Povišane vrednosti serotonina lahko povzročijo anksioznost. Tudi povišano dopaminergično aktivnost povezujejo z nastankom anksioznosti.

V preiskavah, ki so jih opravili s PET, SPECT, EEG, so opazili abnormnosti v frontalnem korteksu, okcipitalnih in temporalnih predelih.

Različne psihoanalitične šole se v razlagi izvora in narave anksioznosti razlikujejo. Tako nekateri pripisujejo genezo anksioze travmi ob rojstvu, drugi pa poudarjajo pomen odnosa med materjo in otrokom in materin prenos anksioze na otroka.

Psihoanalitična teorija govori o pojavljanju nezavednih impulzov (seksualnih, agresivnih) v zavesti, s čimer sprožijo pojav anksioznosti. Psihični obrambni mehanizmi preprečujejo nezavednim impulzom vdr v zavest. Če obramba popusti, pride do pojavljanja simptomatike, ki se manifestira v simbolični obliki. Pri različnih motnjah so vedno na delu različni, manj zreli obrambni mehanizmi.

Po TEORIJI UČENJA, iz katere je izpeljana vedenjska teorija, sledi, da je anksioznost naučena. Anksioznost je pogojevan odgovor na specifični stimulus.

SOCIALNA TEORIJA UČENJA pa pravi, da je anksioznost naučena z identifikacijo in imitacijo anksioznih vzorcev, ki jih starši ali nadomestne osebe posedujejo.

Zdravljenje obsega uporabo psihofarmakov, kar je predstavljeno na drugem mestu, in kognitivnih, vedenjskih in psihoanalitsko orientiranih psihoterapij.

Kognitivna terapija je osnovana na premisi, da je slabo prilagojeno vedenje sekundarno in se nanaša na primarno distorzijo mišljenja, ki ga imajo ljudje o sebi in o tem, kako jih doživljajo drugi ljudje. Zdravljenje je kratkotrajno, aktivno in osredotočeno na popraviljanje napačnih predpostavk ter na konfrontiranje in raziskovanje tistih situacij, ki povzročajo anksioznost in depresivnost.

Vedenjska terapija stoji na stališču, da lahko pride do sprememb, ne da bi bilo potrebno razumevanje globljih vzrokov motnje. Uporabljajo se različne tehnike, kot so pozitivna in negativna ojačitev, kaznovanje, sistemska desenzitizacija in druge.

Cilj analitično orientiranih psihoterapij je povečati razumevanje za psihološki konflikt, povečati toleranco za anksioznost, ki je definirana kot sposobnost, izkusiti anksioznost, ne da bi jo sprostili.

Cilji grupne terapije so lahko različni. Omejeni so lahko le na suport in na povečanje socialnih spretnosti, lahko so osredotočeni na olajšanje specifičnih simptomov ali se osredotočajo na uvid in razrešitev intrapsihičnih konfliktov. Poudarek je na posamezniku v kontekstu skupine, na interakcijah, ki se pojavljajo med člani v skupini ali grupi kot celoti.

Pri paničnih motnjah so študije pokazale, da je kombinacija kognitivne, vedenjske terapije skupaj z uporabo psihofarmakov bolj učinkovita kot posamezno aplicirana terapija. Pri tej motnji se uporabljajo tudi relaksacijske tehnike.

Kombinacija kognitivne, suportivne ali analitsko orientirane psihoterapije skupaj s psihofarmaki pa se je izkazala najbolj učinkovita pri generalizirani anksiozni motnji.

Pri fobičnih motnjah se uporabljajo analitske psihoterapije, ki pomagajo razumeti vzrok fobije in fenomenov sekundarne dobiti, in hipnoza s sugestijo, da fobični objekt ni nevaren. Suportivna terapija pa pripomore, da se oseba aktivno sooči s fobičnim objektom.

Najpogosteje uporabljeno zdravljenje pri specifičnih fobijah je vedenjska terapija. Uporabljajo tehnike sprostitve, kontrole dihanja in kognitivne pristope k situacijam.

Kot najbolj učinkovita za zdravljenje socialne fobije se je izkazala kombinacija kognitivno-vedenjske terapije s psihofarmaki.

Do 80-tih let tega stoletja je obsesivna kompulzivna motnja (v nadaljevanju OKM) veljala za redko in na zdravljenje rezistentno motnjo. V zadnjih dveh desetletjih pa ji posvečajo vse več pozornosti in ugotavljajo, da je to motnja, katere simptomatika interferira s socialnimi aktivnostmi posameznika, njegovim delom in medosebnimi odnosi. Motnja konzumira ogromno posameznikovega časa.

Življenjska prevalenca OKM v splošni populaciji se ocenjuje na 2-3%. Po zlorabi substanc, afektivnih motnjah in fobijah je OKM četrta najbolj razširjena motnja.

Moški in ženske so enako prizadeti. Motnja se pojavlja pri moških okoli 19.leta, pri ženskah pa okoli 22.leta. Pri adolescentih so fantje bolj prizadeti kot dekleta. Med osebami z OKM najdejo več samskih kot poročenih. V njihovi osebnosti je opaziti anankastične poteze.

Potek motnje je kroničen, simptomatika pojenjuje in ponovno vzplamteva, posebno še, če je oseba pod stresom.

Po definiciji so obsesije ponavljajoče se, vsiljive misli, impulzi in podedbe, ki z vztrajnostjo in trdovratnostjo povzročajo hudo tesnobo. Osebe jih poskušajo ignorirati, zatreti ali nevtralizirati z drugo mislijo ali dejanjem (kompulzija). Čeprav so vsiljive misli neprostovoljne in pogosto odbijajoče, jih oseba prepozna kot svoje lastne misli.

Kompulzivna dejanja ali rituali so stereotipno ponavljajoča se vedenja, (na primer umivanje rok) ali mentalni akti (na primer molitev). Cilj kompulzije je preprečiti tesnobo ali kak nezaželen dogodek, za katerega se oseba boji, da se bo zgodil. Kompulzije so pretirane in niso namenjene zadovoljitvi. V ničemer niso povezane z realnostjo, ko gre za njihovo funkcijo nevtralizacije ali prevencije. Tako vedenje oseba sama prepozna kot nesmiselno in neučinkovito in se mu poskuša zoperstaviti. Gledano dolgoročno je tak odpor minimalen.

Skupne poteze obsesij in kompulzij so njihovo vztrajno vsiljevanje v človekovo zavest, spremljajoča tesnoba pa spodbuja zoperstavljanje določenim idejam in impulzom. Oseba jih prepozna kot absurdne in iracionalne (razen pri otrocih, ki niso sposobni razsojanja). Kadar se jim zoperstavijo, se tesnoba pojača. Izvajanje kompulzij pa je za osebo sproščujoče.

Prezentacija obsesij in kompulzij je pri odraslih dokaj pestra. Najpogostejša vsiljivka je kontaminacija (umazati si roke z rokovanjem), kar

vodi do pretiranega umivanja rok in umikanja objektom, za katere oseba misli, da so kontaminirani. Emocionalni odgovor je anksioza, sram, gnus.

Naslednja pogosta vsiljivka je dvom, kateri sledi kompulzija preverjanja (preverjanje, ali sem pogasil luči, zaklenil vrata itd.).

Potreba, da so stvari urejene, vodi v počasnost, saj oseba s tako vsiljivko neprestano stvari ureja.

Pretiranih skrbi, vezanih na vsakdanje probleme, ki se nam prav tako vsiljujejo v misli, ne smemo enačiti z obsesijami.

Najpogostejša kompulzivna dejanja so preverjanje, umivanje, štetje, potreba po simetriji in točnosti in druga.

Pri otrocih in adolescentih pa so najpogostejše vsiljivke vezane na umazanijo, na strah, da se bo komu od bližnjih kaj hudega zgodilo. Med kompulzivnimi dejanji so najpogostejša ritualna umivanja rok, telesa, ritualna gibanja, kot preskakovanje stopnic, pragov, pa tudi preverjanja, štetje in druga.

Obsesivno kompulzivno motnjo najdemo hkrati lahko pri sindromu odvisnosti od alkohola, pri drugih anksioznih motnjah, pri motnjah hranjenja in obsesivno-kompulzivni osebnostni motnji.

Obstaja tesna povezava med obsesivnimi simptomi, posebno med obsesivnimi mislimi in depresijo. Pozamezniki z OKM imajo pogosto depresivne simptome in osebe s ponavljajočimi depresivnimi epizodami imajo obsesivne misli. Razlikovanje med obsesivno-kompulzivno in depresivno motnjo je lahko težavno, saj se simptomi obeh motenj lahko pojavljajo sočasno. Depresijo ponavadi spremlja vztrajno razglabljanje o neprijetnih dogodkih, počutju, kar je kongruentno s čustvovanjem in je prej del depresije kot pa del obsesivne motnje.

V diferencialni diagnostiki je treba misliti tudi na generalizirano anksiozno motnjo, pri kateri so pretirane skrbi vezane na realne življenjske okoliščine, v čemer se tudi razlikujejo od obsesivnih.

Pri hiponodrični motnji je prisoten pretiran strah, da ima oseba hudo bolezen, ki pa je osnovana na napačni interpretaciji telesnih simptomov. Če so prisotni rituali in strah, da se bo bolezen razširila na druge, je indicirana dodatna diagnoza OKM.

Obsesivne simptome najdemo tudi pri shizofreniji, Tourettovem sindromu in organskih motnjah. Tretiramo jih kot del teh motenj.

Obsesivne misli in kompulzivni akti običajno soobstojajo. Diferenciacija dominantnega simptoma nam pomaga pri načrtovanju zdravljenja.

V MKB 10 se obsesivno-kompulzivne motnje diferencirajo na pretežno obsesivne misli ali ruminacije, pretežno kompulzivna dejanja in mešane obsesivne misli in dejanja.

Biološki faktorji

V zadnjem času je pogosto omenjen nevrottransmitter serotonin, za katerega menijo, da je vpleten v nastanek obsesij in kompulzij.

Magnetna resonanca in CT razkrivata morfološke spremembe na bazalnih ganglijah. Številne študije pozitronske emisijske tomografije so pokazale povečan metabolizem v bazalnih ganglijah. V frontalni regiji in gyrus cingulumu pa povišan (znižan) metabolizem (razlike pri raznih avtorjih).

Genetske študije kažejo visoko stopnjo obolevnosti pri bližnjih sorodnikih oseb z OKM. Stopnja konkordance OKM pri monozigotnih dvojčkih je višja kot pri dvozigotnih.

Kognitivno-vedenjski model

Salkovsky meni, da se vsiljive misli pogosto pojavljajo pri normalnih ljudeh. Te vsiljive misli lahko postanejo obsesije, ko osebe začutijo vsiljivko kot potencialno nevarno in prevzamejo odgovornost za grozečo nevarnost. Pojavi se anksioznost, ki se s pomočjo nevtralizacije (odkrito ali prikrito) reducira (anksioznost). Ključni element so negativne avtomatske misli, ki postanejo moteče, ko pride do interakcij med njimi in posameznikovim sistemom verovanja.

Izkušnje v preteklosti so pokazale, da je to motnja s slabo prognozo.

V zadnjih 25 letih je bil v razumevanju in zdravljenju obsesivno kompulzivne motnje narejen velik napredek. Zdravljenje s psihodinamsko orientirano psihoterapijo in psihoanalizo ni prineslo velikih uspehov. Dokazov, da je nastanek OKM biološko pogojen, je vse več. Vse bolj se pri zdravljenju uporabljajo psihofarmaki in vedenjska terapija, ki uporablja različne tehnike. V zadnjem času dobiva svoje mesto pri zdravljenju OKM tudi kognitivna terapija, vse bolj se uveljavlja tudi že nekoliko pozabljena

suportivna terapija. Ta ima svoje mesto predvsem za tiste osebe z OKM, ki so še zaposlene in zmožne socialnega prilagajanja. Redni kontakti z empatičnim terapevtom osebi pomagajo pri premagovanju vsakdanjika. Če se simptomi intenzivirajo, pa svetujejo hospitalizacijo.

ZAKLJUČEK

Izkušnja tesnobe je skupna vsem ljudem. Verjetno je to ena od najpogostejših pritožb, ki jo zdravniki slišimo v svoji praksi. Vemo, kako se anksioznost manifestira, vendar nas lahko vedno znova preseneti tudi pri nas samih. Kakor se zdi prepoznava anksioznih in obsesivno-kompulzivnih motenj lahko preprosta, je pa njihovo poglobljeno razumevanje in zdravljenje težje. Pristop k obravnavi obeh motenj naj bi bil sistemski in hkrati individualno usmerjen. Pri diferencialni diagnostiki je treba imeti v mislih tako somatske kot psihiatrične bolezni. Za diagnostiko in zdravljenje motenj še najbolj ustreza kombinacija psihodinamskih, vedenjskih in bioloških pristopov.

LITERATURA

1. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical description and diagnostic guidelines, World Health Organisation, Geneva 1992.
2. Kaplan Harold I., Sadock Benjamin J., Grebb Jack A., Kaplan and Sadock' s Synopsis of Psychiatry, Behavioural sciences. Clinical psychiatry. 7th edition. Baltimore: Williams&Wilkins 1994; 573-606.
3. Edelmann Robert J. Anxiety, Theory, Research and Intervention in Clinical and Health Psychology. Chicester: John Wiley and Sons LTD. 1995
4. Durham C. Robert, Murphy Tom, Allan Therese, Richard Karen, Treliving Linda R., and Fenton George W. Cognitive Therapy, Analytic Psychotherapy and Anxiety Management Training for Generalised Anxiety Disorder, Br J Psychiatry, 1994; 165:315-323

5. Wieller E., Bisserbe C., Boyer P., Lepine J-P and Lecrubier Y. Social Phobia in General Health Care, An Unrecognized Undertreated Disabling Disorder. *Br J Psychiatry* 1996; 168-74
6. James Ian A. and Blackburn Ivy-Marie. Cognitive Therapy with Obsessive-Compulsive Disorder. *Br J psychiatry* 1995; 166:444-450.
7. Holmes Jeremy. Supportive Psychotherapy, The Search for Positive Meanings. *Br J Psychiatry* 1995; 167:439-445.
8. Milčinski Lev, Psihiatrično izrazje, Ljubljana SAZU in Psihiatrična klinika Ljubljana, 1993.
9. Prochaska James O., Norcross Johnc.; *Systems of Psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Pacific Grove, California: Brooks/Cole Publishing company, 1994; 263-311; 313-345.