
APLIKACIJA BIOPSIHOSOCIALNEGA MODELA PRI ZDRAVLJENJU OBSESIVNO KOMPULZIVNE MOTNJE iracionalnega imperativa racionalnih ljudi

Matej Jazbec, Znanstveni licej France Prešeren, Trst

Biopsihosocialni model zdravja in bolezni, ki ga je leta 1977 teoretiziral George L. Engel predpostavlja primarno paradigmo zahodne psihiatrije ter meni, da na nastanek, izbruh ter potek bolezni sovpivajo biološki, psihološki in socialni dejavniki; zdravje torej najbolje razlagamo kot produkt treh komponent. V nasprotju z biomedicinskim modelom človeka določa celostno (ne pojmuje ga kot stroj), raspravlja o determinantah zdravja (katerakoli kombinaciji dejavnikov, ki neposredno ali posredno povzroči spremembo v zdravstvenem stanju), in na slednje se tudi osredotoča (ne pa na bolezen). Pomembno je poudariti, da obravnavani model ne ponuja enostavne, prilagodljive šablone za pojasnjevanje interakcij ali naključnih vplivov posamezne komponente, a kvečjemu splošen okvir za usmerjanje teoretičnega in empiričnega raziskovanja.

Aplikacija

Biopsihosocialni model najpogosteje apliciramo pri zdravljenju psihopatologij ali mentalnih motenj. Kot primer bi navedel obsesivno kompulzivno motnjo (OMK), o kateri se sicer kljub številnim raziskavam le malo ve, v zadnjih letih pa kar veliko govori: Med književniki in kinematografi je postala kar priljubljena in večkrat jo lahko zasledimo v vsakodnevnih

nanizankah ali nadaljevankah. Najpogosteje nam je v pop-kulturi predstavljena kot bizarno in nelogično vedenje, zaradi česar humorno, katere najznačilnejši fenomen je germofobija ali obsedenost čistoče. Preden se pa spustimo v kritiko rabe in zlorabe take psihopatologije v razvedrilne namene, si razjasnimo za kaj pravzaprav gre.

Opis psihopatologije

Po mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih stanj za statistične namene je OKM uvrščena v samosvojo podkategorijo nevrotičnih, s stresom povezanih in somatoformnih motenj, znotraj obširnejše kategorije motenj tesnobe. Gre za ponavljanje prisilnih misli ali obsesij in prisilnih dejanj ali kompulzij. Prve so misli, katere jih človek dojema kot lastne ideje, potrebe, zamisli in impulze, ki se stereotipno vedno znova ponavljajo v človeški zavesti. Lahko so to besede, stavki, figure ali impulzi, da bi nekaj naredil. Skoraj vedno so po vsebini mučne, zoprne, v nasprotju s siceršnjimi nagibi, nagnjenji ali vrednotami, kljub temu jih pa vendar prepoznava za svoje, ter si običajno neuspešno prizadeva za njihovo odstranitev. Ravno tako neuspešno je prizadevanje, da bi preprečil njihovo ponovno ponavljanje. Ker se jih ne more znebiti, mu v nenehni ponavljajči neprijetnosti povečujejo občutek tesnobe. Kompulzije so podobno v svojem bistvu neprijetno ponavljajoče se vedenje, postopki in rituali (katerih izpolnitev ne

pomeni kakega koristnega dela), ki se človeku vsiljuje s funkcijo preprečevanja objektivno nezaželenega dogodka, škode, nevarnosti (torej tistega česar se posameznik boji, da bi se lahko pripetilo), njihovo izpolnjevanje pa prinese le trenutno olajšanje tesnobe. Večinoma si ljudje ponavljanje ritualov razlagajo kot poskus, da bi z njimi preprečili nekaj neugodnega (na primer nesrečo v prihodnosti), ali zmanjšali tesnobo, v primeru da so slednji vezani na neko vsebino obsesije (npr. umivanje rok ob obsesiji, da je vse umazano). Navedena obnašanja privedejo do motnje takrat, ko je človek v svojem funkcioniranju oviran.

Naknadna značilnost OKM je prepoznavanje kompulzivnega vedenja kot nesmiselnega, neučinkovitega, absurdnega, brez prave koristi [Cobb (1978) – 78% pacientov], a se ob poskusu upora občutek tesnobe bolnikom poveča, in zato s poskušanjem odnehajo ter se mu prepustijo. Avtokritika je glavni razlog, zaradi katerega ne iščejo pomoči, v strahu, da bi jih drugi imeli za nore; iz podobnih razlogov jim pa tudi večino kompulzij uspeva pred drugimi zakrivati, kar diagnozo oteškoča. Tretjina poročevalcev priznava, da so se jim prve motnje pojavile že v otroštvu, kakorkoliže pa niso bile opažene.

Po podatkih lahko sklepamo, da za OKM boleha 2-3% prebivalstva, enakomerno moški in ženske [podatki so nekoliko sporni: angleški viri navajajo od 1-3%], z razliko, da se pri prvih običajno pojavi med šestim in petnajstim letom starosti, pri drugih pa je najpogostejši začetek motnje med dvajsetim in devetindvajsetim. Večinoma se simptomi pojavijo ali okrepijo ob stresnih življenjskih dogodkih, ob spremembah, žalovanju ali spremembi življenjskih vlog (npr. po porodu), v glavnem se pa s časom spreminjajo oz. je njihova izraženost epizodična, z obdobji brez simptomov. Značilni so še drastični napadi depresije.

Manifestacija OKM je pri posameznikih različna, lahko jo pa razvrstimo po tipologiji oz. prevalenci obsesije oz. kompulzij. Med najpogostejšimi so:

OBSESIJE

obsesivno čiščenje – obsesija umazanije in kontaminacije

obsesije pred okužbami

obsesivni dvomi – najpogosteje na področju zdravja in varnosti

obsesivno premišljevanje (rumination) – notranje debatiranje s samimi seboj

obsesivni impulzi

obsesije s potrebo po natančnosti in simetričnosti

agresivne obsesije

religiozne obsesije

somatske obsesije

KOMPULZIJE

kompulzivno čiščenje, umivanje

kompulzivno preverjanje – običajno sledijo obsesivnim dvomom ter terjajo preverjanje

kompulzije štetja

kompulzije urejanja in razvrščanja

kompulzivno zbiranje in kopičenje (hording)

kompulzivni rituali – specifična rigoroznost in togost v redu ter opravljanju operacij

mešane kompulzije

Vzroki

Razvoj OKM je kompleksen in raznolik. Ker nam o točnih vzrokih še vedno ni jasno, se pri njihovem preučevanju pogosto aplicira biopsihosocialni model, ki simptome preučuje iz različnih perspektiv. Primarni vprašanji sta za znanstvenike kako se pojavi v možganih in katere so biološke zasnove motnje. Najpogosteje se raziskave odvijajo v smeri razlage mehanizma ponavljanja misli ali njihove vsebine. Medtem ko je razlaga mehanizma preko raziskav bolj uspešna na področju nevroznanosti, vsebino misli lažje razumemo s pomočjo konvencionane psihoanalize z diskutiranjem ozadja, strahov in prepričanj bolnikov. Čeprav zgleda, da je biološka zasnova OKM pri vseh enaka, se vsebine pestro razlikujejo.

Nevedel bom glavne študije s področja biologije in psihologije, iz katerih psihiatri in psihoterapevti izhajajo pri zdravljenju.

Biološki vzroki

Genetske narave

Na podlagi razvoja genetike vemo, da imajo mnoge bolezni in motnje genetsko komponento: potemtakem velja prepričanje, da bi lahko ob skupini povezanih psihiatričnih bolezni slednjo imela tudi OKM. Kljub

temu, da so raziskave dokazale večjo pogostost razvoja OKM v družinah, v katerih član/-i že bolehajo [Lenane (1990) – 30% odstotkov sorodnikov prve stopnje], specifičnega gena še niso odkrili.. Velja omeniti še študije na dvojčkih [Hoaker & Schnurr (1980)], ki so ugotovile 50-60% ujemanje pri monozigotnih in da sorodniki običajno “podedujejo” splošno naravo OKM, ne pa natanko enakih simptomov (spet nakazuje na verjetnost delno dedne, delno okoljske osnove) ter leta 1998 [Billet et al] po pregledu štirinajstih študij zaključili, da je pri enojajčnih dvojčkih sovpadnost 67.5%, medtem ko pri heterozigotnih 37.5%. Leta 2003, so pod vodstvom Dr. Dennisa Murphyja analizirali 170 primerov DNA ljudi, 30 katerih z diagnozo OKM. Iskali so mutacije človeškega gena za transport serotonina, ki urejuje premikanje neurotransmiterja med živčnimi celicami v možganih ter ugotovili, da je 6 primerov kandidatov na 7 iz dveh različnih družin, z gensko mutacijo imelo OKM, medtem ko so pri štirih bolnikih z najhujšimi simptomi beležili še drugo mutacijo istega gena.

Biokemijske narave

Na podlagi individualnih raziskav, mnoge katerih temeljijo na rabi zdravil, laho zelo verjetno trdimo, da je OKM pogojena od pomankanja serotonina ali nepravilnega delovanja metaboličnih procesov slednjega (npr. blokiranih receptorjev) ter nenavadne hiperaktivnosti dopamina v specifičnih predelih možganov.

Dovoljšnja količina serotonina omogoča zadovoljstvo in dobro raspoloženje, spoščenost ter nasploh boljše počutje; v obratnem primeru se naše raspoloženje hitro poslabša in v skrajnosti privede do agresivnosti. Natančneje naj bi do omenjenega pomanjkanja prišlo v bazalnih ganglijih. Tekom let so študije dokazale, da so nekatera triciklična zdravila, ki zavirajo ponovni privzem serotonina some tricyclic drugs inhibit the re-uptake of serotonin koristila 60% testirancem [Zohar et al (1996)]; podobno pa lajšajo simptome tudi SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor – zaviralci povovnega privzema serotonina) ki preprečujejo reapsorbicijo serotonina.

Dopamin spodbuja mišljenje: če ga je veliko lahko vodi tudi v prekomerno domišljijo. Znano nam je, da vpliva na motivacijo in zadovoljstvo. V primeru OKM naj bi do povečane aktivnosti prihajalo v frontalnem korteksu.

Kakorkoliže zdravila simptome le delno omilijo, kar pomeni, da niso popolnoma učinkovita terapija [Lydiard et al (1996)].

Nevroanatomske narave

Raziskave nudijo naknadne podatke, ki pozornost usmerjajo v anomalije bazalnih ganglijev. OKM je pogosto prisotna pri bolnikih Parkinsonove ali Huntingtonove bolezni in Tourettovega sindroma: v vseh je soudeležen omenjen predel možganov [Wise & Rapoport 1989]. Ob tem nam je tudi znano, da lahko rane bazalnih ganglijev, nastale kot posledice poškodbe glave, privedejo do OKM [Max et al 1994] in da kirurški poseg ločitve bazalnih ganglijev ter frontalnega korteksa prinaša olajšave pri hujših primerih [Rapoport et al 1994].

Iz radioloških študij so še ugotovili, da sta pri bolnikih OKM posebno aktivni dve strukturi, ki z bazalnimi gangliji komunicirata: čelni ali frontalni reženj možganske skorje in prednji cingulatni girus limbične skorje. Poleg tega opažajo povečani volumen sive materije v predelih bazalnih ganglijev, medtem ko pomanjšani v prednjem cingulatnem girusu in frontalnem režnju možganske skorje [Menzies et al (2007)], (zadnja imata regulacijsko vlogo).

Frontalni reženj možganske skorje je preko zanke povezan z repatim jedrom in talamus (oba sta predela bazalnih ganglijev). Teorije obtožujejo kot možnega krivca repato jedro, in sicer nesposobnost slednjega pri vsklajanju tranzicije skrbi in povezanih impulzov med čelnim režnjem možganske skorje in talamusom, kar povzroči alteriran odgovor odločitev in dejanj na kaptirane informacije.

Druga teorija domneva, da je OKM posledica prevelike stimuliranosti prednjega cingulatnega girusa in frontalnega režnja možganske skorje, ki posledično okrepita svojo sposobnost odkrivanja napak ter se lahko nepotrebno aktivirata, kar privede do pošiljanja velikega števila zgrešenih sporočil (bazalnim ganglijem).

Tudi miši, katerim je bil s tehnikami genetskega inženiringa modificiran predel bazalnih ganglijev (striatum – nadzoruje načrtovanje in izbiranje primerne ravnanja), so razvile značilnosti OKM kot tesnobo in nadpovprečno čiščenje dlake.

Komentar

Kljub temu, da so biološke razlage obetavne, nam trenutno ne nudijo še popolne razlage. V največjo oporo jim je uspeh zdravil, katera pa niso pri vseh oz. popolnom uspešna; simptomi se ob tem po prenehanju njihovega uživanja ponovno pojavijo. Primankuje nam tudi dokazov, da so nivoji serotonina različni pri bolnikih OKM [Pigott et al 1996]. Največji izziv biloškim razlagah je pa nedvomno uspeh psihološke

terapije.

Psihološki vzroki

OKM po mnenju mnogih pogojujejo psihološke ranljivosti, kot so pomankanje nadzora nad stresom, interpretacije okolja in notranja prepričanja.

Psihodinamična razlaga

Freud je bil na podlagi svojih teorij prepričan, da se OKM razvije zaradi konfliktov oz. fiksacij v analni fazi razvoja. Otroci spejmejo željo staršev po urejenosti in čistoči, če je pa v otroku želja po neurejenosti prevelika in so pravila roditeljev prestriktna, razvije fiksacijo, ki se pojavlja na ravni podzavesti. Obsesije so obrambni mehanizem, ki zasedajo psiho s ciljem preprečitve bolj motečih misli. Konflikt poteka med Id-om in obrambnimi mehanizmi.

Adler (1930) mu nasprotuje in predlaga razvoj OKM kot posledico preprečitve otrokom razvoja občutka sposobnosti.

Kognitivno-vedenjska razlaga

Rachman in Hodson (1980) sta poudarila, da se vsem občasno pojavljajo vsiljive misli, ki jih uspešno in z dokajšnjo lahkoto odstranimo ter se jih razbremenimo: pacienti OKM so v tem neuspešni. K temu sta dodala, da če ljudi obremenjuje stres, tesnoba in depresija jim je obravnavana operacija še težje izvedljiva. Rachman (1977) je namignil, da se obsesije pojavljajo ko ljudje zgrešeno interpretirajo vsiljive misli.

Behavioristi zagovarjajo tezo OKM kot ekstremnega naučenega izogibanja learned avoidance: najprej je dogodek asociiran s tesnobo ali strahom, posledica oz. izogibajoče obnašanje sprva olajša strah, nadaljno se pa prelevi v pogojno reakcijo [Superstition Hypothesis (Skinner, 1948)].

V kolikor pa simptomi OKM, med drugimi tudi preprečitveno vedenje proti vsiljivim mislim, večajo nelagodje, je nekoliko težavno zagovarjati idejo, da se ljudje takih odzivov naučijo z namenom, da bi se strahov znebili; bolnik OKM se strategij poslužuje, da bi odgnal moreče misli, a trud ki ga v tako aktivnost vlaga privede še do zakrbljenosti s slednjo.

Behavioristične terapije so izredno učinkovite: Baxter et al (1992) in Schwartz et al (1996) sta odkrila, da ne le milijo in manjšajo število simptomov, temveč privedejo do sprememb v biokemijski aktivnosti možganov.

Kognitivno-vedenjska terapija

Kognitivno-vedenjska terapija temelji na kognitivnem modelu: naša čustva in vedenje niso neposredno odvisni od zunanjih dogodkov, temveč ima pri slednjih velik vpliv pomen, ki jih ti dogodki imajo za nas, kako se dojemamo v posamezni situaciji oz. naši miselni procesi. KVT je dokazano učinkovita: pri blago izraženih simptomih pogosto zadostuje, če so pa slednji hujši jo izvajajo ob rednem jemanju zdravil. Poteka v obliki individualnih, skupinskih ali družinskih srečanj, enkrat tedenso, za običajno število 13.-20. Pomaga vzpostaviti nadzor nad obsejmi in kompulzijami tako, da manjša njihovo incidenco na vsakodnevno življenje.

Socialni vzroki

Ključni koncept razumevanja razvoja OKM je tudi vloga, ki jo socialne iskušnje igrajo. Po Albertu Banduri (1997), glavnemu utemeljitelju teorije socialnega učenja, se posamezniki naučijo kako razmišljati in delovati na podlagi opazovanja drugih. Natančneje nam obravnavana teorija predlaga, da se lahko ljudje naučijo primerne obnašanja posredno, brez da bi sploh sami imeli kako katerokoli iskušnjo: odziva na specifično situacijo se naučimo z opazovanjem odzivov drugih. Tak koncept ima pri OKM pomembno vlogo. Po takem sklepanju bi se lahko bolniki tesnobe občutka naučili preko stikov z drugimi ljudmi, v primeru otrok recimo skrbnikov, ki s podajanjem informacij ali dejanji posredujejo, da so določene situacije ali predmeti nevarni in se jih zato morajo izogibati. Otrok se nauči podobnega odzivanja, ne pa vedno dojame vzrokov zaradi katerih in kdaj je občutek nevarnosti sploh potreben.

Ob družini je pa še širše socialno okolje, ki predstavlja z religijo, tabuji, etiko in splošno kulturo pomemben dejavnik v razvoju prepričanj o sebi in posebnostih sposobnosti in torej našemu kognitivnemu vrednotenju sveta. Mediji recimo prispevajo k kulturnim standardom pomena zunanjega videza in njegove brezhibnosti.

Zaključki

Zadnje raziskave kažejo, da psihoterapija in zdravila koristita vsaj 70% oseb z OKM. Pri odzivu zdravila lahko pričakujemo za vsaj 40-60% manj simptomov; pri osebah, ki se odzivajo že na KVT pa poročajo od 60% do 80% umika.

Moderne znanstvene teorije se pri opisovanju kompleksnosti naravnega sveta poslužujejo izrazov kot

so omrežja, sistemi, informacija in kontrola, kaos ter samoorganizirajoči se sistemi. Tudi zdravniki se pogosto poslužujejo teorije za posodabljanje medicinskih praks; sodobni bio-psiho-socialni model bi torej lahko s teoretično rigoroznostjo še naknadno nadgradili. Poleg tradicionalnimih področij termodinamike bi s pomočjo novejših, katerih primer bi lahko bili nelinearni dinamični sistemi, med katere uvrščamo teorijo kaosa in znanost kompleksnih sistemov, lahko podkrepili ter nadgradili naše dosedanje razumevanje kompleksnosti človeškega zdravja in bolezni.

- [14] <http://www.livestrong.com/article/307232-ocd-dopamine/>
- [15] <http://www.psihoterapija-ordinacija.si/sl/psihoterapija/psihoterapevtski-pristopi/54-individualna-vkt.html>

Literatura

- [1] Dr. Mojca Z. Dernovšek, Predavanje "Vse, kar ste želeli vedeti o OKM, pa si niste upali vprašati", pomlad 2013, <http://www.karakter.si/images/pdf/Zapis%20predavanja%20OKM.pdf>
- [2] <http://aqabpsychology.co.uk/2010/07/obsessive-compulsive-disorder-introduction-explanations-and-treatments/>
- [3] http://www.karakter.si/images/pdf/OKM_Mylan.pdf
- [4] Stefan Topolski MD, Understanding health from a complex systems perspective, *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 15 (2009) 749-754;
- [5] <http://aqabpsychology.co.uk/2010/07/obsessive-compulsive-disorder-introduction-explanations-and-treatments/>
- [6] <http://info.emergencehealthnetwork.org/poc/viewdoc.php?type=doc&id=52487&cn=6>
- [7] [network.org/poc/viewdoc.php?type=doc&id=52489&cn=6](http://info.emergencehealthnetwork.org/poc/viewdoc.php?type=doc&id=52489&cn=6)
- [8] <http://info.emergencehealthnetwork.org/poc/viewdoc.php?type=doc&id=52490&cn=6>
- [9] <http://info.emergencehealthnetwork.org/poc/viewdoc.php?type=doc&id=52491&cn=6>
- [10] <http://hope4ocd.com/neurobiology.php>
- [11] http://en.wikipedia.org/wiki/Obsessive%E2%80%93compulsive_disorder
- [12] <http://www.healthline.com/human-body-maps/caudate-nucleus>
- [13] <http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780198565741.001.0001/acprof-9780198565741>