

VILNIAUS UNIVERSITETAS

MEDICINOS FAKULTETAS

Baigiamasis darbas

Obsesinis kompulsinis asmenybės sutrikimas ir obsesinis kompulsinis sutrikimas.

Literatūros apžvalga

OCPD and OCD. Literature Review

Viktorija Pitiulevič VI kursas, 12 gr.

Klinikinės medicinos institutas

Psichiatrijos klinika

Darbo vadovas

Doc. dr. Rima Viliūnienė

Klinikos vadovas

prof. dr. Sigita Lesinskienė

2023-05-20

viktorija.pitiulevic@mf.stud.vu.lt

SANTRAUKA

Obsesinis kompulsinis sutrikimas ir obsesinis kompulsinis asmenybės sutrikimas – skirtingos diagnozės, besiskiriančios savita etiologija, simptomais, diagnostiniais kriterijais bei gydymo metodais. Tarp minėtų sutrikimų galima rasti panašumų – abu susiję su pernelyg griežtais mąstymo ir elgesio modeliais. Abiems sutrikimams būdingas asmens kontrolės jausmo praradimas, kurio rezultatas - įkyrios mintys ir veiksmai. Obsesiniam kompulsiniam sutrikimui būdingos įkyrios ir nuolat besikartojančios mintys (obsesijos) ir/arba nesuvaldomas, persistuojantis elgesys (kompulsijos). Obsesiniam kompulsiniam asmenybės sutrikimui būdingas perfekcionizmas, susirūpinimas tvarka bei kontrole. Obsesinio kompulsinio sutrikimo atveju, obsesijos gali būti įvairios kilmės: religinės, seksualinės, pasireikšti kaip nepagrįsta užterštumo baimė ar kaip noras daiktus sudėti specifiška, simetriška tvarka. Obsesijos susijusios su kompulsijomis: dažnu rankų plovimu, specifiniais skaičiavimo metodais, kontrole, griežtų taisyklių laikymusi ar ritualais, pasireiškiančiais kaip tam tikrų frazių pakartojimas ar skaičiavimas iki konkretaus skaičiaus. Asmenims, kenčiantiems nuo obsesinio kompulsinio asmenybės sutrikimo, būdingas rigidiškas mąstymas, nelankstumas, polinkis pirmenybę teikti darbui, o ne asmeniniams santykiams, tačiau nebūdingas toks pasikartojantis elgesio modelis, kaip obsesinio kompulsinio sutrikimo atveju. Tokį asmenybės tipą turintys asmenys - nepasiduodantys emocijoms, perdėtai motyvuoti bei siekiantys būti nepriekaištingais. Obsesinio kompulsinio sutrikimo pagrindinės gydymo galimybės apima kognityvinę - elgesio terapiją bei medikamentinį gydymą. Obsesinio kompulsinio asmenybės sutrikimo gydymo galimybės apima psichoterapiją, gyvenimo būdo ir elgesio korekciją bei, esant reikalui, simptominių medikamentinių gydymą. Šių dviejų būklių diagnostika yra problematiška, todėl būtina atsižvelgti į tam įtaką darančius veiksnius: asmens vertinimo problematiką, tapačius simptomus, komorbidiškumą, kultūrinius bei religinius veiksnius.

SUMMARY

Obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive personality disorder are two distinct diagnoses, differing in specific etiology, symptoms, diagnostic criteria and treatment methods. However, similarities can be found between these two disorders where both involve overly rigid patterns of thinking and behaviour. Research has noted that person's loss of sense of control that prevails as uncontrollable and obsessive behaviour that is demonstrated in both conditions. Obsessive compulsive disorder characterized by intrusive and persistent thoughts (obsessions) and/or uncontrollable, persistent behaviour (compulsions) as well as an obsessive-compulsive disorder characterized by perfectionism, preoccupation with order and control. Obsessions can be

of various origins: religious, sexual, manifested as an unreasonable fear of contamination or as a desire to put things in a specific, symmetrical order. However, this study notes that obsessive compulsive disorder obsessions are related to compulsions like: frequent hand washing, specific counting methods, repetition of things. Whereas people that suffer with obsessive-compulsive personality are more drawn towards perfectionism, preoccupation with order and control and possibly less repetition in their behaviour. Finally, this study found that a form of therapy can be effective when treating both disorders, where obsessive-compulsive disorder is explored via cognitive-behavioural therapy and obsessive-compulsive personality include psychotherapy, lifestyle and behaviour modification. Interestingly treatments using medication are more often offered for obsessive-compulsive disorder whereas obsessive-compulsive personality patient would be medicated only if appears to be heavily symptomatic. The diagnosis of these two conditions can be problematic, so it is necessary to take into account the factors that influence it: the problem of personal assessment, similar symptoms, comorbidity, cultural and religious factors.

RAKTAŽODŽIAI: obsesinis kompulsinis sutrikimas (OKS), obsesinis kompulsinis asmenybės sutrikimas (OKAS), asmenybės sutrikimas.

KEY WORDS: obsessive compulsive disorder (OCD), obsessive compulsive personality disorder (OCPD), personality disorder.

ĮVADAS

Obsesinis kompulsinis sutrikimas ir obsesinis kompulsinis asmenybės sutrikimas - psichikos sveikatos sutrikimai, turintys panašumų obsesijų ir kompulsijų atžvilgiu, tačiau ženkliai besiskiriantys tarpusavyje. Obsesinis kompulsinis sutrikimas ir obsesinis kompulsinis asmenybės sutrikimas paveikia įvairaus amžiaus, lyties ir kultūros atstovus. Obsesinis kompulsinis sutrikimas yra vienas labiausiai paplitusių psichikos sveikatos sutrikimų pasaulyje (1). Šio sutrikimo paplitimas pasauliniu mastu siekia 1.6–2.3% (2). Obsesinis kompulsinis asmenybės sutrikimas – taip pat vienas dažniausiai pasireiškiančių asmenybės sutrikimų pasaulyje, kurio paplitimas pasauliniu mastu siekia 2-8% (3). Galimas šių sutrikimų pasireiškimas kartu arba lygiagrečiai su nerimo sutrikimu, depresija, fobijomis bei kitais asmenybės sutrikimais. Nors šie du sutrikimai turi tam tikrų tapačių požymių, tai vis dėlto yra skirtingos patologijos, kurių diagnostikos kriterijai, etiologija bei gydymo metodai ženkliai skiriasi. Taigi šiame baigiamajame darbe aprašoma šių sutrikimų epidemiologija, etiologija, simptomai, diagnostiniai kriterijai, psichodinamika, gydymo metodai bei diagnostikos problemos.

Šio darbo tikslas yra atlikti literatūros apžvalgą, kurioje apžvelgiami obsesinis kompulsinis sutrikimas ir obsesinis kompulsinis asmenybės sutrikimas bei įvardyti šių sutrikimų galimas diagnostikos problemas.

Darbo uždaviniai:

1. Obsesinio kompulsinio sutrikimo epidemiologijos, etiologijos, simptomų, psichodinamikos, diagnostinių kriterijų bei gydymo metodų aprašymas.
2. Obsesinio kompulsinio asmenybės sutrikimo epidemiologijos, etiologijos, simptomų, psichodinamikos, diagnostinių kriterijų bei gydymo metodų aprašymas.
3. Obsesinio kompulsinio sutrikimo ir obsesinio kompulsinio asmenybės sutrikimo palyginimas.
4. Obsesinio kompulsinio sutrikimo ir obsesinio kompulsinio asmenybės sutrikimo diagnostikos problemų įvardijimas.

LITERATŪROS ŠALTINIŲ ATRANKOS STRATEGIJA

Publikacijų paieška atlikta naudojantis PubMed, MEDLINE, Cochrane duomenų bazėmis. Literatūros apžvalga atlikta laikotarpiu nuo 2023m. sausio 30 iki gegužės 5 dienos. Publikacijų leidimo metai neriboti. Naudota bibliografijos tvarkymo programa „Zotero“.

Obsesinis kompulsinis sutrikimas

Obsesinį kompulsinį sutrikimą charakterizuoja nekontroliuojamų įkyrių minčių (obsesijų) ir/arba pasikartojančio elgesio (kompulsijų) pasireiškimas (4). Remiantis DSM-5, obsesijos apibrėžiamos kaip vis pasikartojančios mintys, potraukiai ar vaizdiniai, kurie yra nepageidaujami ir sukeltantys nerimą (5). Asmuo gali ignoruoti ar bandyti tokias mintis neutralizuoti kita mintimi ar poelgiu (atlikdamas prievartą) (6). Kompulsijos, pagal DSM-5, apibūdinamos kaip pasikartojančio elgesio veiksmai, kuriuos asmuo jaučiasi privalantis atlikti dėl patiriamų obsesijų ar dėl savitų, sukurtų taisyklių (5). Vis dar tebevyksta diskusijos, besiaiškinančios ar kompulsijos tai obsesijų rezultatas, ar atvirkščiai – kompulsijos sukelia obsesijas. Galima daryti prielaidą, kad obsesijos gali ne tik iššaukti kompulsijas, bet ir būti kompulsyvaus elgesio pasekme (7). Tokiu elgesio modeliu siekiama sumažinti sukeltą afektą – baimę, gėdą, nerimą (8). Daugelis sergančiųjų obsesiniu kompulsiniu sutrikimu pasižymi disfunkciniais įsitikinimais, pasireiškiančiais kaip: perdėta grėsmės baimė, nežinomybės netoleravimas, pernelyg didelis dėmesys skiriamas asmeninėms mintims (5). OKS simptomų sunkumo amplitudė laviruoja nuo lengvų iki itin sunkių, priklausomai nuo paties sergančiojo suvokimo apie savo įsitikinimus, bei tų minčių realizavimo.

Būdingas lėtinis ligos pasireiškimas, turintis didelės įtakos kasdieniam asmens gyvenimui, trukdantis atlikti įprastines veiklas ar palaikyti santykius (9). OKS reikia diferencijuoti su kitomis ligomis: generalizuotu nerimo sutrikimu, panikos atakomis, fobijomis, obsesiniu kompulsiniu asmenybės sutrikimu ir hipochondrija (10).

Epidemiologija

Obsesinis kompulsinis sutrikimas paveikia apie 2% pasaulio populiacijos (11). Nors pirmųjų ligos požymių pasireiškimas ankstyvoje vaikystėje yra labiau būdingas, simptomai gali atsirasti ir nepriklausomai nuo asmens amžiaus (6). Vidutinis sergančiųjų amžius – 19.5 metų, o naujų ligos atvejų išsivystymas po 30 metų yra ypač retas (9). Didžiajai daliai pacientų, ypač vyrų, būdingas ankstyvas simptomų pasireiškimas (iki 10 metų) (12). Moterims būdingas vėlesnis simptomų pasireiškimas (po 10 metų). Moterims, lyginant su vyrais, rizika susirgti OKS išlieka didesnė visą gyvenimą (12). Jau gimdžiusioms moterims iki dviejų kartų didesnė tikimybė susirgti OKS nei bendrajai moterų populiacijai (9). Maždaug 90% sergančiųjų OKS turi gretutinių psichikos sveikatos sutrikimų, iš kurių dažniausiai pasireiškiantys yra nerimo sutrikimai (9). Taip pat, remiantis klinikiniais tyrimais, nustatyta, kad dalis pacientų, kenčiančių nuo OKS, patiria minčių apie savižudybę, o vidutinis bandymų nusižudyti procentas siekia 14,2% (13). Iki 30% asmenų, sergančių OKS, visą gyvenimą pasireiškia tikai (5). Dažniausiai tikai stebimi tarp vyrų, kuriems obsesinis kompulsinis sutrikimas pasireiškė jau vaikystėje (14).

Etiologija

Obsesinis kompulsinis sutrikimas yra sudėtinga, heterogeniška psichopatologija, kurios išsivystymui įtakos turi:

Biologiniai veiksniai. Specifinės prefrontalinės žievės zonos yra atsakingos už obsesijų pasireiškiamą obsesinio kompulsinio sutrikimo atvejų (15). Remiantis neurovizualiniais tyrimais, kortiko-striato-thalamo-kortikalinės kilpos grandinė yra susijusi su OKS patologine fiziologija (16). Frontalinės-subkortikalinės smegenų srities disfunkcija, ypač kortiko-striato-thalamo-kortikalinėje kilpoje, yra atsakinga už motorinės ir kognityvinės funkcijos integracijos sutrikimą (17). OKS atveju, stebimas priekinės orbitofrontalinės žievės ir dryžuotojo kūno (*striatum*) hiperaktyvumas (16). Svarbų vaidmenį OKS patologinėje fiziologijoje atlieka struktūros ir funkcijos pokyčiai gumbure bei migdoliniame kūne, kuris yra svarbus emocijų reguliavimo procesų vykdyme (15). Remiantis tyrimų duomenimis, nustatyta, kad OKS išsivystymui įtakos turi ir limbinė sritis, daranti įtaką emocijoms, elgesiui bei motyvacijoms (18). OKS atsiradimui taip pat reikšmės turi nenormalus serotonino metabolizmas smegenyse, veikiantis kaip

mediatorius OKS simptomų ekspresijoje (17). OKS atveju, ramybės būsenos funkcinis magnetinio rezonanso tyrimas neparodė sustiprėjusio funkcinio ryšio *precuneus* (OKAS atveju – stebėtas sustiprėjęs funkcinis ryšys *precuneus*) (19).

Genetiniai veiksniai. OKS pasireiškimui būdingas genetinis paveldimumas, ypač tarp pirmos eilės giminaičių (20). Suaugusiųjų, sergančių šiuo sutrikimu, pasireiškimo dažnis tarp pirmos eilės giminaičių yra du kartus didesnis nei suaugusiųjų, neturinčių sutrikimo, pirmos eilės giminaičių (5). Pasireiškimo dažnis yra 10 kartų didesnis tarp pirmos eilės giminaičių, kuriems OKS pasireiškė jau vaikystėje ar paauglystėje (5).

Aplinkos veiksniai. Nepalankūs perinataliniai reiškiniai ar gimdymo traumos – rizikos veiksnys obsesinio kompulsinio sutrikimo pasireiškimui (21). Remiantis tyrimų duomenimis, moterų, kurių nėštumas buvo apsunkintas (vaistais indukuotas gimdymas, užsitęsęs gimdymas, naudotos gimdymo žnyplės) – vaikai dažniau sirgo OKS (22). Taip pat asmenys, patyrę trauminius įvykius vaikystėje, tokius kaip prievarta, patyčios ar nepriežiūra, yra labiau linkę sirgti obsesiniu kompulsiniu sutrikimu (23). Stresiniai gyvenimo įvykiai (tėvų skyrybos ar išsiskyrimas su antrąja puse, akademinės nesėkmės) yra susiję su paauglystėje prasidėjusiu OKS (24).

Simptomai

Obsesinį kompulsinį sutrikimą charakterizuojantys simptomai yra obsesijos ir/arba kompulsijos. Dažniausiai pasireiškia abu simptomai – tiek obsesijos, tiek kompulsijos (5). Atlikus kompulsijas jaučiamas palengvėjimas, sumažėja nerimas, išvengiama panikos atakų (5). Asmenys, turintys obsesinį kompulsinį sutrikimą, gali patirti įvairių tipų obsesijas, dažniausiai pasireiškiančias kaip:

Mikroorganizmų, nešvaros ar ligos baimė. Tokio tipo obsesijoms būdinga iracionali bakterijų, virusų, kancerogenų, nuodų ir toksinų baimė (25). Jaučiamas nerimas ir baimė besiliečiant su bet kuo, kas suprantama kaip užterštumas ar nešvarumas. To rezultatas – kompulsyvus elgesys, kuriuo siekiama visiškai išvengti arba minimaliai sumažinti galimą tokio pobūdžio kontaktą. Būdingas perdėtas susirūpinimas, pernelyg griežtų priemonių taikymas: vengiama socialios aplinkos, viešųjų erdvių (5). Pasireiškia ir kompulsiniai ritualai, apimantys besaikį rankų plovimą, valymą ar neadekvatų dezinfekcijos naudojimą, taip pat pasikartojančius elgsenos patikrinimus, siekiant užtikrinti nepatekimą į jokus galimus užteršimo šaltinius (26).

Tikrinimai. Šio tipo obsesijos pasireiškia kaip baimė pakenkti sau arba kitiems. Būdinga baimintis įvairios kilmės nelaimingų atsitikimų. Charakteringas ryžtas ir noras užkirsti kelią

galimoms nutikti nelaimėms (27). Išsivysto obsesijų sukeltas specifiskas elgesys: pastovus tam tikrų daiktų tikrinimas (langų, durų, viryklių, banko kortelių, pravažiuoto kelio) (28).

Religinės kilmės obsesijos. Pasireiškiančios mintys yra susijusios su religinės kilmės aspektais (21). Tokio tipo obsesijos pasireiškia kaip mintys, susijusios su šventvagyste, nuodėme ar morale, perdėtu susirūpinimu religiniais ritualais, maldomis ar tekstais. Dažniausiai jos yra susijusios su baime padaryti nuodėmę, „nepatikti Dievui“ arba būti nubaustam už savo mintis ar veiksmus, dėl to, priverstinai atliekami tam tikri ritualai, kuriais siekiama išvengti žalos sau arba užtikrinti išsigelbėjimą (29).

Seksualinės kilmės obsesijos. Šios kilmės obsesijos – mintys, susijusios su seksualiniu smurtu, kraujomaiša, pedofilija ar seksualine orientacija (30). Asmeniui šios nepageidaujamos mintys yra varginančios ir nesuderinamos su jų vertybėmis ar seksualine tapatybe. Gali būti jaučiamas kaltės jausmas ar gėda, baimė realizuoti šias mintis, net jei neturima ketinimo ar noro tą padaryti (29).

Ruminacija. Skatinamas tokio elgesio modelio išsivystymas, kuris pasireiškia kompulsiniais ritualais: „blogų“ minčių neutralizavimo „geromis“ mintimis, tam tikro sakinio ar žodžio pakartojimais (31).

Simetrija ir tvarka. Būdingas daiktų išdėliojimas, besilaikant tam tikros tvarkos taisyklių ir simetrijos. Simetrijos palaikymas OKS atveju susijęs su prastesne ligos prognoze, didesne rizika kitoms psichinėms ligoms pasireikšti bei prastesniu atsaku į gydymą (32).

Simptomų manifestacijoje stebimas skirtumas tarp moteriškos ir vyriškos lyties atstovų. Vyrams labiau būdingos agresyvios, seksualinės kilmės *tabu* mintys bei noras išlaikyti simetriją (5). Moterims charakteringos tvarkos, švaros palaikymo apraiškos (5).

Obsesinio kompulsinio sutrikimo psichodinamika

Pagrindiniai afektai. Nuo obsesinio kompulsinio sutrikimo kenčiantys pacientai gali patirti skirtingą ligos pasireiškimą. Asmens samprata apie ligą taip pat gali skirtis. Dėl šių priežasčių, pacientų patiriamos emocijos neabejotinai skiriasi. Jausmas, kad susidoroti su patiriamais simptomais sekasi prastai – gali būti depresijos ir suicidinių minčių pasireiškimą priežastis (33). Ši komplikacija labiau būdinga pacientams, turintiems geresnę įžvalgą apie savo ligą. Pacientams, turintiems prastesnę įžvalgą apie savo ligą, būdingas noras izoliuoti save nuo kitų, net pačių artimiausių žmonių (33). Tokie pacientai nesupranta savo simptomų, save laiko keistais žmonėmis, patiria vidinę kančią. Kai suvokimo apie ligą visiškai nėra bei pasireiškia kliedesinis mąstymas – asmuo gali tapti agresyvus bei projektuoti patiriamą agresiją į kitus asmenis (33).

Kuomet asmenims, sergantiems OKS, nepavyksta atlikti kompulsijų ar tam tikrų ritualų – jie gali išsigąsti, jausti nerimą, paniką ar tapti suirzę bei pikti, prarasti kontrolės jausmą (33).

Kognityviniai modeliai. Būdingos egodistoniškos obsesijos – jos susijusios su gera ligos įžvalga bei suvokiamu simptomų liguistumu. Egosistoniškos obsesijos susijusios su prasta ligos įžvalga (33). Kompulsijos gali būti traktuojamos kaip magiško mąstymo apraiška (33). Asmenys, turintys OKS, gali įtikinti save pasąmonėje, kad savo mintimis nusikalsta. Savo kaltės jausmą gali bandyti numalšinti atliekamais ritualais, kurie atspindi jų gynybos mechanizmus (33).

Somatiniai simptomai. Pacientams, sergantiems OKS, dažnai pasireiškia sujaudinimas bei somatiniai nerimo simptomai (33). Pacientų, kurių obsesijos susijusios su irracionaliomis užterštumo baimėmis, odoje gali būti stebimos infekcijos, odos pažeidimai ar išskyros (dėl priverstinio ir dažno valymo, prausimosi ar perteklinio apsaugos priemonių naudojimo) (33). Taip pat pacientai gali skųstis lėtiniu nuovargiu, gali pasireikšti motorinis sujaudinimas, tikai (33).

Santykių modeliai. Obsesijos ir kompulsijos paveikia asmens gyvenimo kokybę bei pablogina socialinę integraciją. Obsesinį kompulsinį sutrikimą turintys asmenys, linkę palaikyti santykius, jei jie gali kontroliuoti partnerį (33). Jie taip pat gali pasirinkti reikšmingus žmones, kurie aktyviai nuramina juos ar net tampa jų kompulsinių ritualų dalyviais (33).

Diagnostika

Obsesinio kompulsinio sutrikimo diagnostika yra pagrįsta klinikiniu vertinimu. Svarbi išsami anamnezė, simptomų trukmė, intensyvumas, dažnis, obsesijų ir kompulsijų turinys. Diagnostikoje naudojami klausimynai: Y-BOCS skalė, depresijos ir/ar nerimo klausimynas (27). Y-BOCS skalė padeda įvertinti simptomų sunkumą, pasireiškiant tiek obsesijoms, tiek kompulsijoms. Gautas įvertis nusako ar OKS pasireiškimas yra ikikliniškas, silpnas, vidutinis, sunkus ar itin sunkus (34). Taip pat diagnostikai svarbu trigerių, kurie skatina įkyrumų ir kompulsijų pasireiškimą, išsiaiškinimas. Diagnostikai naudinga paprašyti paciento atpasakoti paskutinę situaciją, kuomet kilo obsesijos ir/ar kompulsijos.

Pagal DSM-5 vertinami šie aspektai (5):

- 1. Obsesijų ir/ar kompulsijų buvimas.** Obsesijos nėra malonios ar sukeltos savo noru. Asmuo gali bandyti obsesijas užgniaužti savyje ar jų vengti – vengdamas trigerių (kitų žmonių, viešos erdvės). Bandyti jas neutralizuoti – atlikdamas tam tikrus elgesio veiksmus (kompulsijas). Kompulsijos gali pasireikšti kaip pasikartojantys elgesio veiksmai (rankų plovimas, daiktų tikrinimas), specifiniai poelgiai (skaičiavimai, maldos kartojimas).

2. **Obsesijos ir kompulsijos pasisavina nemažą dalį paros laiko (bent 1h per dieną) bei sukelia neigiamas emocijas, trukdo užsiimti kasdienine veikla.** Šis kriterijus padeda atskirti OKS nuo įprastų, retkarčiais pasikartojančių minčių, OKS nesergančiųjų asmenų tarpe. Įprastos mintys (ar tikrai užrakintos durys, ar tikrai išjungtas lygintuvas) – nesutrikdo kasdienės veiklos ir neatima daug papildomo laiko. Obsesijų ir kompulsijų dažnis ir sunkumas asmenims, sergantiems OKS, skiriasi. Lengvo ar vidutinio sunkumo simptomai pasisavina apie 1-3h paros laiko. Esant sunkiems simptomams – įkyrios mintys ir kompulsijos gali būti nuolatinės bei atimti dar daugiau laiko.
3. **Obsesijų ir kompulsijų atsiradimas nėra kitos ligos ar psichoaktyvių medžiagų vartojimo padarinys.**
4. **Simptomų negalima paaiškinti, remiantis kito sutrikimo simptomais.** Nerimas – nepaaiškinamas generalizuotu nerimo sutrikimu, susirūpinimas savo išvaizda - kūno dismorfiniu sutrikimu, plaukų rovimas – trichotilomanija, odos gnybimas – dermatilomanija. Stereotipiniai judesiai – nepaaiškinami stereotipinių judesių sutrikimu, o specifiniai valgymo ritualai – valgymo sutrikimais. Seksualinės fantazijos – nėra parafilijos atvejais, kaltės ruminacijos – nėra depresijos epizodo padarinys. Minčių įterpimas ir kliesdinis elgesys – nepaaiškinamas šizofrenija ar kitomis psichinėmis ligomis, o pasikartojantis stereotipiškas elgesys – nėra paaiškinamas autizmu.

Patikslinti jeigu (5):

- Asmuo atpažįsta, kad OKS sukeltos mintys yra neteisingos arba nevisai teisingos.
- Asmuo mano, kad OKS sukeltos mintys galbūt yra teisingos.
- Asmuo visiškai įsitikinęs, kad OKS sukeltos mintys yra teisingos.
- Asmens anamnezėje stebima arba stebėti praeityje tikai.

Gydymo metodai

Psichoedukacija. Tinkamos informacijos pacientui nurodymas ir visapusiškas palaikymas. Tiek pacientai, tiek jų šeimos nariai edukuojami apie galimą lėtinę OKS eigą bei savarankiškų įgūdžių lavinimą (9). Įkyrių minčių bei kompulsyvaus elgesio validizavimas ir normalizavimas, pasitelkiant įvairias technikas (sąrašo sudarymas, garso įrašas ar kt.). Kognityvinio OKS modelio pristatymas pacientui bei pagalba prie jo adaptuojantis.

Kognityvinė elgesio terapija. Pagrindinė užduotis - identifikuoti bei modifikuoti neigiamas mintis, galinčias tapti kompulsijų trigeriais (35). Obsesijų ir kompulsijų hierarchijos sudarymas -

obsesijos ir kompulsijos fiksuojamos sąrašo pavidalu. Fiksuojama data, laikas bei patirto nerimo lygis. Nuomonės apie jaučiamas mintis bei elgesį išsiaiškinimas.

Ypač veiksmingas metodas – **poveikio ir atsako prevencija**. Tai pirmo pasirinkimo, įrodymais pagrįstas, OKS gydymo būdas (36). Šis metodas apima paciento edukaciją, taip padedant susidoroti su baimėmis ar diskomfortu, susijusiu su jo įkyriomis mintimis (ekspozicija), ir paciento priverstiniu pasipriešinimu prievartai (reakcijos prevencija) (36). Pacientai, veikiami nerimą sukeliančiais dirgikliais, išmoksta reaguoti į kompulsinį elgesį (37). Terapijos metu pacientai susiduria su realiomis (ekspozicija in vivo) arba įsivaizduojamomis situacijomis (įsivaizduojamoji ekspozicija) bei fiziniais pojūčiais, sukeliančiais diskomfortą (interoceptinė ekspozicija) (36). Tikslas – stebėti paciento reakciją į dirgiklius bei išmokyti, kad šie dirgikliai yra saugūs.

Taip pat taikomas **emocijų terapijos metodas**, kurio metu vyksta gilinimasis į savus jausmus. Skatinamas dėmesio nukreipimas į pačią emociją, o ne į faktus ar elgesį. Tai naujos emocinės patirties empatiškas atspindėjimas.

Magnetinė stimuliacija: gilioji smegenų ir transkranialinė magnetinė stimuliacija yra veiksminga sergant sunkios formos OKS, kuomet kognityvinė elgesio terapija ir farmakologinė terapija - nėra efektyvus gydymo būdas. Tai perspektyvus papildomas gydymas, tačiau tikslų tyrimų duomenų efektyvumui įvertinti, vis dar trūksta (38).

Farmakologinis gydymas: nerimas yra dažniausias ne tik obsesinio kompulsinio sutrikimo, bet ir kitų psichikos sveikatos sutrikimų simptomas (39). Gydant nerimą psichotropiniais vaistais, svarbu atsižvelgti į galimus šalutinius poveikius – akatiziją (39). Tikslinga gydyti būtent nerimą sukėlusią ligą, o ne taikyti simptominių nerimo gydymą (39). Esant reikalui nerimą gydyti simptomiškai, rekomenduojama skirti trumpalaikį, trunkantį mažiau nei 2 savaites, gydymą benzodiazepiniais (39).

Selektyvieji serotonino reabsorbcijos inhibitoriai (SSRI) – pirmo pasirinkimo vaistai sergant obsesiniu kompulsiniu sutrikimu (40). Pagrindinis jų veikimo mechanizmas yra serotonerginės (5-HT) sistemos sužadinimas, taip didinant serotonino ir kitų neuromediatorių koncentraciją (41). Geresnių rezultatų galima pasiekti vartojant SSRI ir kartu taikant kognityvinę elgesio terapiją (42).

Obsesinis kompulsinis asmenybės sutrikimas

Obsesinis kompulsinis asmenybės sutrikimas – tai asmenybės sutrikimo tipas, kuriam būdingas perdėtas susirūpinimas tvarka, perfekcionizmo bei kontrolės modelis (5). Charakteringas taisyklių, struktūros ir rutinos poreikis visose gyvenimo srityse, įskaitant asmeninius santykius, darbą bei

laisvalaikio veiklą (5). OKAS turintys asmenys gali pasirodyti labai pasitikintys savimi, organizuoti bei motyvuoti, logika besivadovaujantys asmenys. Tačiau, kaip ir bet kurio kito asmenybės sutrikimo atveju, pernelyg išreikšti simptomai sukelia disfunkciją (43). Stebimas polinkis viską permąstyti ir pernelyg didelis logikos naudojimas. Būdinga pasireikšti iracionali nešvarumų ir užterštumo baimė (44). Asmenys, kenčiantys nuo OKAS, gali būti pernelyg atsidavę darbui, smulkmenoms, taisyklėms ar tvarkaraščiams (5). Tokio tipo asmenims gali būti sunku koreguoti įprastą dienos rutiną ar deleguoti užduotis kitiems. Jiems būdingas ypač didelis nelankstumas - nenoras keisti planų ar prisitaikyti prie naujų situacijų, būtinybė kontroliuoti visus galimus rezultatus (45). Tokio tipo asmenys linkę kelti aukštus reikalavimus ne tik sau, bet ir kitiems. Tokie asmenys – savikritiški, siekia būti „tobuli“, bei to paties tikisi ir iš kitų (44). Taigi asmenys, turintys OKAS, linkę save laikyti logiškais ir racionaliomis asmenybėmis, tokiomis, kurių neveikia emocijos (44). Asmenys, kenčiantys nuo OKAS, gali turėti sunkumų išreiškiant savo emocijas – paklausti kaip jaučiasi, gali atsakyti ką galvoja. Tokie asmenys – paprastai suvaržyti, jiems sunku išreikšti savo norus ar pyktį (44). Save linkę vaizduoti emociškai stipriais ir viską kontroliuojančiais, nepaisant patiriamo nerimo bei nesaugumo jausmo (44). Diferencinė diagnostika apima: obsesinį kompulsinį sutrikimą, kaupimo sindromą, kitus asmenybės sutrikimų tipus, kitus psichikos sveikatos sutrikimus, bei psichotropinių medžiagų vartojimą (5).

Epidemiologija

Obsesinis kompulsinis asmenybės sutrikimas – vienas labiausiai paplitusių asmenybės sutrikimo tipų pasaulyje (46). Šis asmenybės sutrikimas paveikia apie 2,1-7,8% pasaulio populiacijos (47). Kaip ir kitų asmenybės sutrikimų atveju, būdingas pasireiškimas vaikystėje ar ankstyvoje paauglystėje (19). Dėl lyties predispozicijos šio asmenybės sutrikimo atveju, nuomonės išsiskiria. Vieni tyrimų duomenimis teigiama, kad lyties predispozicija nestebima (48). Kitų tyrimų duomenimis teigiama, kad būdingesnis pasireiškimas tarp vyriškos lyties atstovų (49). Remiantis DSM-5, nurodoma, kad OKAS diagnozuojamas du kartus dažniau būtent tarp vyriškos lyties atstovų negu tarp moterų (5). Taip pat OKAS yra rizikos veiksnys, didinantis suicidinių minčių bei suicidinio elgesio riziką (50).

Etiologija

Obsesinio kompulsinio asmenybės sutrikimo etiologija nėra aiškiai žinoma, bet kaip ir daugelis kitų tokios kilmės sutrikimų, turi sąsajos su biologiniais, genetiniais ir aplinkos veiksniais (51):

Biologiniai veiksniai. Stebimi pokyčiai ši asmenybės sutrikimo tipą turinčių asmenų smegenų funkcinėje veikloje ir struktūroje. Pokyčiai stebimi tose smegenų struktūrose, kurios atsakingos

už sprendimų priėmimą, impulsų kontrolę bei emocijų reguliavimą, todėl OKAS turintys asmenys pasižymi rigidiška sąžine ir mąstymu, pernelyg didele savikontrolė, jiems trūksta empatijos jausmo (52). Asmenys, priklausantys C klasterio asmenybės sutrikimams, pasižymi padidėjusiu žievės storiu dešinėje prefrontalinėje žievėje, sumažėjusiu ventraliniu tūriu dryžuotame kūne (*striatum*) bei padidėjusiu paviršiaus plotu uodeguotojo branduolio uodegoje (53). Šie struktūriniai pakitimai turi įtakos kognityvinių, motyvacinių bei sprendimų priėmimo funkcijų pasireiškime. Pacientų, turinčių OKAS, ramybės būsenos funkcinis magnetinio rezonanso tyrimas parodė sustiprėjusį funkcinį ryšį *precuneus*, turintį įtakos perfekcionizmo ir ruminacijos pasireiškimui OKAS atveju (19).

Genetiniai veiksniai. Rizika išsivystyti OKAS didėja, šeimoje esant sergančiųjų nerimo sutrikimais (54). Remiantis tyrimų duomenimis, tėvų, kurių vaikai serga OKS, rizika susirgti OKAS didėja (19). OKAS būdingas šeiminis paplitimas, indikuojantis tam tikrų genų įtaką šio sutrikimo išsivystyme (55).

Aplinkos veiksniai. Būdingas pasireiškimas asmenims, ankstyvoje vaikystėje patyrusiems traumą, nepriežiūrą ar netgi prievartą. Augimas ypač griežtoje ir viską kontroliuojančioje aplinkoje, taip pat gali turėti įtakos OKAS pasireiškimui (56).

Simptomai ir diagnostika

Pagrindiniai obsesinio kompulsinio asmenybės sutrikimo simptomai yra: perfekcionizmas, perdėtas griežtumas, lankstumo trūkumas ir susirūpinimas detalėmis (39). OKAS turintys asmenys yra dalykiški, uždari ir pasižymi rigidišku mąstymu (39). Charakteringas neryžtingumas bei keblumai priimant sprendimus, net pačius nereikšmingiausias (39). Perfekcionizmas gali OKAS paveiktiems asmenims trukdyti užbaigti pradėtas užduotis, kadangi pernelyg koncentruojamasi į neesmines detales (39).

Pagal DSM-5 (5) vertinami šie aspektai:

Būdingas susirūpinimo tvarka, perfekcionizmo, protinės ir emocinės kontrolės modelis. Būdingi keturi (arba daugiau) šių bruožų:

- 1. Susirūpinimas smulkmenomis, taisyklėmis, sąrašais, tvarkos palaikymu, tvarkaraščiais.** Dėl perdėto gilinimosi į detales pagrindinė veiklos užduotis gali likti nuošalyje ir užduotis nebus atlikta iki galo.
- 2. Perfekcionizmas, trukdantis atlikti tam tikrą užduotį.** Užduotys gali būti neatliekamos iki galo, dėl užsibrėžtų pernelyg griežtų standartų.

3. **Pernelyg didelis atsidavimas darbui.** Didelis produktyvumas, trukdantis atrasti laiko laisvalaikiui bei artimų santykių palaikymui. Akivaizdi ekonominė būtinybė tokiam darbo našumui nėra stebima.
4. **Perdėtas sąžiningumas ir griežtumas moralės, religiniais ar etiniais klausimais.** Svarbu atsižvelgti į tai, kad tai nėra kultūriniai ar religiniai ypatumai.
5. **Negalėjimas atsisakyti nusidėvėjusių ar beverčių daiktų.** Sunku atsisakyti bet kokių daiktų, net neturinčių konkrečios ar sentimentalios vertės.
6. **Asmuo nelinkęs deleguoti užduočių kitiems arba dirbti su kitais, nebent jie paklūsta būtent jo sudarytomis taisyklėms.**
7. **Išlaidų ribojimas tiek sau, tiek kitiems.** Pinigų taupymas nenumatytiems atvejams, ateities nelaimėms.
8. **Rigidiškas mąstymas ir užsispyrimas.**

Obsesinės kompulsinės asmenybės sutrikimo psichodinamika

Pagrindiniai afektai. Daugumos afektų išraiškas OKAS turintys pacientai laiko nebrandžiomis ir savo emocijų išraiškos itin vengia (33). Emocijas, OKAS turintys asmenys, linkę užgožti savomis mintimis (57). Tokie asmenys linkę pervertinti racionalumą. Kuomet jaučiasi pasielgę vaikiškai ir nebrandžiai – išgyvena vidinę kančią ir savęs pažeminimą (33). Kai emocija yra logiškai paaiškinama arba morališkai pateisinama – tik tada sugeba ją priimti (33).

Kognityviniai modeliai. Asmenims, kenčiantiems nuo obsesinės kompulsinės asmenybės sutrikimo, būdingos egosistoniškos mintys ir veiksmai. Asmenys, turintys OKAS, gali atrodyti besistengiantys bendradarbiauti, bet iš tikrųjų slapta priešintis jų emocinio pasaulio tyrinėjimui, todėl aplinkiniams gali būti sunku juos perprasti (33). Psichoterapija taip pat gali kelti tam tikrų iššūkių. Pacientas gali nesąmoningai priešintis psichoterapijai: dažnai vėluoti, pamiršti susimokėti, subtiliai pertraukti psichoterapeutą (33).

Santykių modeliai. Būdingas drastiškas elgesio ir moralinių taisyklių laikymasis bei to paties tikimasi ir iš kitų. Jeigu kiti asmenys tokių griežtų taisyklių nesilaiko, OKAS paveikti žmonės gali bandyti juos paveikti ar visaip kontroliuoti. Jeigu kitų asmenų kontrolė nėra sėkminga - gali pradėti tų žmonių vengti ar visiškai nustoti bendrauti (39).

Somatiniai simptomai. Kuomet nepavyksta priimti teisingų sprendimų, kontroliuoti kitų asmenų – OKAS turintiems asmenims kyla nerimastingumas (39). Dėl tos pačios priežasties gali lydėti ir kiti sutrikimai, dažniausiai tai valgymo ir nuotaikos sutrikimai (39).

Lentelė nr. 1 Pagrindiniai obsesinės kompulsinės asmenybės bruožai (33)

Konstituciniai-raidos aspektai	Agresyvumas, dirglumas, tvarkingumas.
Pagrindiniai afektai	Pyktis, kaltė, gėda, baimė
Būdingas patologinis savęs paties įsivaizdavimas	“Jausmai yra pavojingi ir juos būtina kontroliuoti”
Gynybos mechanizmai	Afekto izoliacija, reakcijos formacija, intelektualizavimas, moralizavimas.

Gydymo metodai

Psichoedukacija. Tikslas – sumažinti stigmą, dažnai lydinčią asmenybės sutrikimus bei motyvuoti pacientą gydymuisi. Siekiama sukurti bendrą supratimą apie paciento elgesio modelį - jo perfekcionizmą ir mąstymo nelankstumą (58). Dažniausiai OKAS turinčiam pacientui rekomenduojama psichoterapija. Pacientui reikėtų apibūdinti siūlomą psichoterapijos rūšį, leisti jam apsispręsti pačiam dėl psichoterapijos lankymo (39).

Kognityvinė elgesio terapija. Orientuota į netinkamas mintis, jausmus ir elgesį. Skatinama savimonė ir veiksmų laisvė - tiek sesijų metu, tiek atliekant namų darbus, kuriuose pagrindinis dėmesys skiriamas įgūdžių ugdymui, emocijų pažinimui. Gydymo trukmė nustatoma, atsižvelgiant į klinikinį sunkumą bei paciento norą įsitraukti, pasitikėjimą bei norą priimti save (59).

Psichodinaminė terapija. Padeda suprasti raidos ypatumų bei aplinkos faktorių įtaką asmenybės formavimuisi. Pagrindinis tikslas – savivokos ugdymas.

Farmakologinė terapija. Pagrindinis vaistų vaidmuo šiuo atveju yra gretutinių ligų valdymas. Medikamentinis gydymas skiriamas siekiant koreguoti gretutinių būklių sukeltus simptomus. Dažniausiai tai - depresijos ir nerimo simptomų gydymas (39). Siekiama, kad pacientas būtų pakankamai stabilus ir galėtų suvaldyti OKAS simptomus. Karbamazepinas ir fluvoksaminas gali padėti sumažinti OKAS simptomus. Citalopramas gali būti naudingas asmenims, kenčiantiems nuo OKAS ir depresijos simptomų (58).

Obsesinio kompulsinio sutrikimo ir obsesinio kompulsinio asmenybės sutrikimo palyginimas

Lentelė nr. 2 Obsesinio kompulsinio sutrikimo ir obsesinio kompulsinio asmenybės sutrikimo skirtumai

		Obsesinis kompulsinis sutrikimas	Obsesinis kompulsinis asmenybės sutrikimas
Pagal DSM-5 priskiriamas prie		Obsesinių kompulsinių sutrikimų	Asmenybės sutrikimų
Simptomų pasireiškimas		<ul style="list-style-type: none"> • Simptomai gali pasireikšti bet kuriame amžiuje. • Būdingas simptomų pasireiškimas vaikystėje ar ankstyvoje paauglystėje. • Vyrams būdingas - ankstyvas simptomų pasireiškimas (iki 10 metų). • Moterims būdingas - vėlesnis simptomų pasireiškimas (po 10 metų). 	<ul style="list-style-type: none"> • Būdingas simptomų pasireiškimas vaikystėje ar ankstyvoje paauglystėje.
Lyties predispozicija		Moterims, ypač gimdžiusioms, didesnė rizika susirgti.	Vyrams diagnozuojamas du kartus dažniau negu moterims.
Etiologija	Biologiniai veiksniai	Struktūriniai ir funkciniai pakitimai prefrontalinėje žievėje, ypač kortiko-striato-thalamo-kortikalinėje kilpoje.	Struktūriniai ir funkciniai pakitimai prefrontalinėje žievėje, dryžuotame kūne ir uodeguotame branduolyje.
	Genetiniai veiksniai	<ul style="list-style-type: none"> • Būdingas šeiminis paveldimumas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Būdingas šeiminis paveldimumas.

			<ul style="list-style-type: none"> Rizika didėja esant sergančiųjų nerimo sutrikimais šeimoje.
	Aplinkos veiksniai	Riziką didina: nepalankūs perinataliniai reiškiniai, gimdymo traumos, stresiniai gyvenimo įvykiai.	Riziką didina: prievarta, nepriežiūra, vaikystė viską kontroliuojančioje, griežtoje aplinkoje.
Diagnostiniai kriterijai		Obsesijos ir kompulsijos.	Kognityvinė ir emocinė kontrolė, perfekcionizmas, perdėtas susirūpinimas tvarka.
Obsesijos ir kompulsijos	Potipiai	<ul style="list-style-type: none"> Obsesijos, susijusios su užterštumo baime, sukeliančios kompulsinį elgesį, pasireiškiantį besaikiu valymu ir plovimu Religinės kilmės obsesijos ir kompulsijos Seksualinės kilmės obsesijos ir kompulsijos Simetrijos palaikymo obsesijos, su tvarkymūsi susijusios kompulsijos Obsesijos susijusios su baime pakenkti sau ir kitiems, 	<ul style="list-style-type: none"> Obsesinis potipis: svarstantis, racionalus, savigarba priklauso nuo mąstymo ir intelektualių pasekmių (60). Kompulsinis potipis: užimtas, smulkmeniškasis, perfekcionistiškasis, savigarba priklauso nuo darymo, nuo praktinių pasiekimų (60).

		pasireiškiančios besaikio tikrinimo kompulsijomis.	
	Elgesio modelis	Elgesys, motyvuotas noro numalšinti obsesijų sukeltą diskomfortą.	Elgesys, kuris yra besaikio perfekcionizmo ir noro viską kontroliuoti pasekmė.
	Psichodinamika	Kompulsijos gali būti atsakas į obsesijas arba kompulsinis elgesys gali sukelti obsesijas.	Kompulsijos nėra atsakas į obsesijas.
		Obsesijos ir kompulsijos yra egodistoniškos.	Obsesijos ir kompulsijos yra egosistoniškos.
		Obsesijos ir kompulsijos yra iracionalios, sukeltos ne savo noru.	Specifinės mintys ir elgesys gali atrodyti pozityvus, gali būti nesuprantama, kad tai neracionalu ir nesveika.

Obsesinio kompulsinio sutrikimo ir obsesinio kompulsinio asmenybės sutrikimo diagnostikos problemos

Obsesinio kompulsinio sutrikimo ir obsesinio kompulsinio asmenybės sutrikimo diagnostikoje svarbu įvertinti sekančius veiksnius:

Tapatūs kitų ligų simptomai. Panašūs kitų ligų simptomai kelia iššūkius diferencinei diagnostikai. Daugelis asmenų, sergančių OKS arba OKAS, gali atitikti ir kitų sutrikimų diagnostinius kriterijus. Apie 60% pacientų sergančių OKS, atitinka ne tik OKS, bet ir depresijos diagnostinius kriterijus (61). Bendrų simptomų galima atrasti ir tarp ortoreksijos, anoreksijos, OKS, OKAS, somatinės kilmės ligų, nerimo sutrikimų ir kitų (62).

Komorbidiškumas. OKS būdingas pasireiškimas kartu su depresija, įvairios kilmės fobijomis (ypač socialine fobija), valgymo sutrikimais, priklausomybe psichotropinėms medžiagoms, panikos priepuoliais ir Tureto sindromu (63). Esant OKAS taip pat būdingas komorbidiškumas – dažniausiai tai depresija, nerimo ar valgymo sutrikimai. Taigi gretutinės ligos tiek OKS, tiek OKAS atveju yra dažnos ir turi esminių klinikinių ir terapinių pasekmių. Tinkamo gydymo plano pritaikymui svarbu įvertinti gretutines patologijas bei atlikti išsamų kognityvinės elgsenos vertinimą (63).

Obsesinio kompulsinio sutrikimo ir obsesinio kompulsinio asmenybės sutrikimo pasireiškimas kartu. Remiantis tyrimų duomenimis, OKAS pasireiškimas tarp sergančiųjų OKS yra dažnas ir siekia 30-52% (64). OKAS pasireiškimas OKS kontekste labiau būdingas vyriškos lyties atstovams (64). Įtakos gali turėti ir vyresnis paciento amžius, vyresniame amžiuje pasireiškęs OKS bei patiriami ne tokie sunkūs OKS simptomai (64).

Asmens vertinimo problematika. OKS ir OKAS diagnostikoje naudojami klausimynai ir savęs vertinimo anketos – tai naudinga informacijos surinkimo priemonė, tačiau ne visada tiksliai atspindinti tikrąsias asmens emocijas ar mintis. Kylančios problemos:

- **Asmenys sergantys OKS ar OKAS gali nepripažinti arba slėpti patiriamus simptomus.** OKS sergantys asmenys gali save kaltinti dėl patiriamų seksualinės, religinės ar smurtinės kilmės obsesijų. Tokio pobūdžio obsesijos yra susijusios su blogesniais gydymo rezultatais, kadangi sukelia gėdą, nenorą tuo dalintis (65). Dėl ekspresyvaus turinio ir pasikartojančio pobūdžio OKS simptomai gali atrodyti keisti ir nesuprantami kitiems asmenims, dėl to sergančiajam gali atsirasti gėdos jausmas dėl patiriamų simptomų ir juos gali būti bandoma nuslėpti nuo kitų bei vėlai kreipiamasi pagalbos (66). OKAS turintys asmenys, gali manyti, kad jų patiriami simptomai nėra problematiški ir pagalbos nesikreipti.
- **Asmenys sergantys OKS ar OKAS gali nesuprasti patiriamų simptomų sunkumo ir daromos įtakos jų gyvenimui.** Patologinis elgesys gali būti suvokiamas kaip tinkamas tam tikrai situacijai ar netgi būtinas. Nesuvokiama kokias neigiamas pasekmes atneša toks elgesio modelis bei, kodėl tokio tipo elgesys atrodo problematiškas kitiems. Tokio elgesio pavyzdys: asmenys, kenčiantys nuo OKAS, gali būti ypač atsidavę darbui (nors tam nėra ekonominės būtinybės), taip visiškai išbraukdami iš gyvenimo artimus draugus, nerasdami laisvo laiko atlikti kitą malonią laisvalaikio veiklą (5).

Kultūriniai ir religiniai veiksniai. Diagnozuojant OKS ir OKAS svarbu tinkamai įvertinti asmens kilmę bei religinių veiksnių įtaką šių sutrikimų diagnostikai. Kylančios problemos:

- **Patiriamos obsesijos ir kompulsijos gali būti suprantamos kaip dvasinė ar moralinė problema, o ne kaip sutrikimas.** Religingo paciento, sergančio OKS, obsesijos ir kompulsijos galimai bus susijusios su jo religiniu pasauliu. Tokie pacientai būtų linkę pagalbos ieškoti ne medikų tarpe, o pirmiausia kreiptųsi į savo religijos atstovus. Pacientas žydas ortodoksas pagalbos kreiptųsi į rabiną ir tik gavęs jo rekomendaciją ir leidimą – kreiptųsi į medikus (67). Svarbu atsižvelgti, kad ne visi gydymo metodai tam tikrose

kultūrose gali būti priimtini. Pacientui žydui ortodoksui kognityvinė elgesio terapija gali būti prieštaraujanti jo įsitikinimams, todėl jis, nepaisant rekomendacijų, geriau rinktųsi tik medikamentinę terapiją (67).

- **Perfekcionizmas gali būti skatinamas.** Perfekcionizmas skirstomas į teigiamą ir neigiamą perfekcionizmą. Teigiamas perfekcionizmas apibūdinamas kaip toks elgesys, kuriuo siekiama palankių ir motyvuotų rezultatų, neigiamas – elgesys, kurio pagrindinis siekis yra išvengti galimų nesėkmių (68). Teigiami perfekcionistai turi geresnius prisitaikymo prie kintančių gyvenimo sąlygų įgūdžius: nepavykus pasiekti tam tikrų užsibrėžtų rezultatų, jie gali modifikuoti savo tikslus arba dirbti dar daugiau, kad susidorotų su nesėkmėmis (69). Neigiamas perfekcionizmas – daro žalą kasdieniam gyvenimui, sukelia stresą ir nerimą. Remiantis atliktų tyrimų duomenimis, asmenys, turintys didelį neigiamą perfekcionizmą, kelia pernelyg aukštus standartus sau ir kitiems, siekia nepraktiškai aukštų tikslų, kurie dažnai baigiasi nesėkme ir yra streso bei nerimo priežastis (68). Perfekcionizmas – gali būti nelaikomas patologiniu elgesiu, o, atvirkščiai, būti skatinamu tam tikrų kultūrų gretose. Ryškių perfekcionizmo atspindžių galima atrasti Japonijos kultūroje, kur ypač vertinami šeimos narių akademiniai bei finansiniai pasiekimai. Motyvacija pasiekti kuo aukštesnių pasiekimų gali sukelti vidinę kančią, nepasitikėjimą savimi, depresiją ar net suicidines mintis. Remiantis tyrimų duomenimis, Japonijoje pagrindiniai suicidinio elgesio rizikos veiksniai: depresija, nerimas, pervargimas, santykių problemos (70). Taigi galima daryti prielaidą, kad neigiamas perfekcionizmas gali būti ne tik OKAS simptomas, bet ir kultūrinis veiksnys.

IŠVADOS

Obsesinis kompulsinis sutrikimas ir obsesinis kompulsinis asmenybės sutrikimas – skirtingos patologijos, paveikiančios asmens gyvenimo kokybę - integraciją bei funkcionavimą socialinėje, profesinėje ir asmeninėje erdvėje. Šie sutrikimai gali pasireikšti ne tik su kitais psichikos sveikatos sutrikimais (nerimu, depresija, fobijomis), bet ir koegzistuoti kartu. Išsamus klinikinis paciento įvertinimas ir tiksli diferencinė diagnozė svarbūs efektyvaus gydymo planavimui. Kognityvinė elgesio terapija, ypač poveikio ir atsako prevencija – pirmo pasirinkimo obsesinio kompulsinio sutrikimo gydymas, efektyvus simptomų mažinimui. Obsesinio kompulsinio asmenybės sutrikimo atveju – psichoedukacija ir psichoterapija yra efektyvios priemonės, siekiant išmokyti pacientą adaptacijos bei įveikos būdų. Psichikos sveikatos specialistai turėtų atsižvelgti į galimą obsesinio kompulsinio sutrikimo ir obsesinio kompulsinio asmenybės sutrikimo pasireiškimą kartu bei įvertinti galimas gretutines patologijas, siekdami užtikrinti, kad pacientai gautų tinkamą ir individualų gydymą. Vis dar aktualu šiuos sutrikimus geriau pažinti, siekiant sumažinti stigimą,

didinti supratimą bei palengvinti ankstyvą simptomų atpažinimą. Platesnis šių sutrikimų ištyrimas žymiai pagerintų pacientų gyvenimo kokybę bei suteiktų efektyvesnio gydymo galimybes.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Ziegler S, Bednasch K, Baldofski S, Rummel-Kluge C. Long durations from symptom onset to diagnosis and from diagnosis to treatment in obsessive-compulsive disorder: A retrospective self-report study. *PloS One*. 2021 m.;16(12):e0261169.
2. Brock H, Hany M. Obsessive-Compulsive Disorder. *StatPearls* [Prieiga per internetą]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [žiūrėta 2023 m. balandžio 20 d.]. Adresas: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553162/>
3. Obsessive-Compulsive Personality Disorder (OCPD) - Psychiatric Disorders [Prieiga per internetą]. *MSD Manual Professional Edition*. [žiūrėta 2023 m. gegužės 16 d.]. Adresas: <https://www.msmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/personality-disorders/obsessive-compulsive-personality-disorder-ocpd>
4. Goodman WK, Grice DE, Lapidus KAB, Coffey BJ. Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2014 m. rugsėjo 1 d.;37(3):257–67.
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Prieiga per internetą]. *DSM Library*. [žiūrėta 2023 m. gegužės 1 d.]. Adresas: <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
6. Stein DJ, Costa DLC, Lochner C, Miguel EC, Reddy YCJ, Shavitt RG, ir kt. Obsessive-compulsive disorder. *Nat Rev Dis Primer*. 2019 m. rugpjūčio 1 d.;5(1):52.
7. Gillan CM, Robbins TW. Goal-directed learning and obsessive-compulsive disorder. *Philos Trans R Soc B Biol Sci*. 2014 m. lapkričio 5 d.;369(1655):20130475.
8. Richter PMA, Ramos RT. Obsessive-Compulsive Disorder. *Contin Minneap Minn*. 2018 m. birželio;24(3, BEHAVIORAL NEUROLOGY AND PSYCHIATRY):828–44.
9. Fenske JN, Petersen K. Obsessive-Compulsive Disorder: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 2015 m. lapkričio 15 d.;92(10):896–903.
10. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1992 m. balandžio;53 Suppl:4–10.

11. Sasson Y, Zohar J, Chopra M, Lustig M, Iancu I, Hendler T. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a world view. *J Clin Psychiatry*. 1997 m.;58 Suppl 12:7–10.
12. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2010 m. sausio;15(1):53–63.
13. Albert U, De Ronchi D, Maina G, Pompili M. Suicide Risk in Obsessive-Compulsive Disorder and Exploration of Risk Factors: A Systematic Review. *Curr Neuropharmacol*. 2019 m.;17(8):681–96.
14. Conelea CA, Walther MR, Freeman JB, Garcia AM, Sapyta J, Khanna M, ir kt. Tic-Related Obsessive-Compulsive Disorder (OCD): Phenomenology and Treatment Outcome in the Pediatric OCD Treatment Study II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014 m. gruodžio;53(12):1308–16.
15. Ahmari SE, Rauch SL. The prefrontal cortex and OCD. *Neuropsychopharmacology*. 2022 m. sausio;47(1):211–24.
16. Parmar A, Sarkar S. Neuroimaging Studies in Obsessive Compulsive Disorder: A Narrative Review. *Indian J Psychol Med*. 2016 m.;38(5):386–94.
17. Lewin AB, Storch EA, Geffken GR, Goodman WK, Murphy TK. A neuropsychiatric review of pediatric obsessive-compulsive disorder: etiology and efficacious treatments. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2006 m. kovo;2(1):21–31.
18. Hazari N, Narayanaswamy JC, Venkatasubramanian G. Neuroimaging findings in obsessive-compulsive disorder: A narrative review to elucidate neurobiological underpinnings. *Indian J Psychiatry*. 2019 m. sausio;61(Suppl 1):S9–29.
19. Marincowitz C, Lochner C, Stein DJ. The neurobiology of obsessive-compulsive personality disorder: a systematic review. *CNS Spectr*. 2022 m. gruodžio;27(6):664–75.
20. Pauls DL. The genetics of obsessive-compulsive disorder: a review. *Dialogues Clin Neurosci*. 2010 m. birželio;12(2):149–63.
21. Pauls DL, Abramovitch A, Rauch SL, Geller DA. Obsessive-compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. *Nat Rev Neurosci*. 2014 m. birželio;15(6):410–24.

22. Geller DA, Wieland N, Carey K, Vivas F, Petty CR, Johnson J, ir kt. Perinatal Factors Affecting Expression of Obsessive Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2008 m. rugpjūčio;18(4):373–9.
23. Destrée L, Brierley MEE, Albertella L, Jobson L, Fontenelle LF. The effect of childhood trauma on the severity of obsessive-compulsive symptoms: A systematic review. *J Psychiatr Res*. 2021 m. spalio;142:345–60.
24. Krebs GC, Hannigan LJ, Gregory AM, Rijdsdijk FV, Maughan B, Eley TC. Are punitive parenting and stressful life events environmental risk factors for obsessive-compulsive symptoms in youth? A longitudinal twin study. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. 2019 m. vasario;56:35–42.
25. Brady RE, Badour CL, Arega EA, Levy JJ, Adams TG. Evaluating the mediating effects of perceived vulnerability to disease in the relation between disgust and contamination-based OCD. *J Anxiety Disord*. 2021 m. balandžio 1 d.;79:102384.
26. Calleo JS, Hart J, Björgvinsson T, Stanley MA. Obsessions and worry beliefs in an inpatient OCD population. *J Anxiety Disord*. 2010 m. gruodžio 1 d.;24(8):903–8.
27. Hirschtritt ME, Bloch MH, Mathews CA. Obsessive-Compulsive Disorder: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA*. 2017 m. balandžio 4 d.;317(13):1358–67.
28. Radomsky AS, Alcolado GM, Dugas MJ, Lavoie SL. Responsibility, probability, and severity of harm: An experimental investigation of cognitive factors associated with checking-related OCD. *Behav Res Ther*. 2022 m. kovo 1 d.;150:104034.
29. Buchholz JL, Abramowitz JS, Riemann BC, Reuman L, Blakey SM, Leonard RC, ir kt. Scrupulosity, Religious Affiliation and Symptom Presentation in Obsessive Compulsive Disorder. *Behav Cogn Psychother*. 2019 m. liepos;47(4):478–92.
30. Grant JE, Pinto A, Gunnip M, Mancebo MC, Eisen JL, Rasmussen SA. Sexual obsessions and clinical correlates in adults with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2006 m. rugsėjo 1 d.;47(5):325–9.
31. Wahl K, van den Hout M, Heinzl CV, Kollárik M, Meyer A, Benoy C, ir kt. Rumination about obsessive symptoms and mood maintains obsessive-compulsive symptoms and depressed mood: An experimental study. *J Abnorm Psychol*. 2021 m. liepos;130(5):435–42.

32. Lochner C, McGregor N, Hemmings S, Harvey BH, Breet E, Swanevelder S, ir kt. Symmetry symptoms in obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic correlates. *Braz J Psychiatry*. 2015 m. rugpjūčio 18 d.;38(1):17–23.
33. PDM-2.pdf [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2023 m. gegužės 9 d.]. Adresas: <https://static1.squarespace.com/static/5d4ae1056a02d00001cbc927/t/5ff8fb0f7f5beb333be6a83d/1610152722116/PDM-2.pdf>
34. Diagnosis [Prieiga per internetą]. *Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. [žiūrėta 2023 m. gegužės 6 d.]. Adresas: <https://med.stanford.edu/ocd/about/diagnosis.html>
35. Wilhelm S, Steketee GS. *Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: A guide for professionals*. Oakland, CA, US: New Harbinger Publications; 2006. x, 245 p. (Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: A guide for professionals).
36. Law C, Boisseau CL. Exposure and Response Prevention in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: Current Perspectives. *Psychol Res Behav Manag*. 2019 m. gruodžio 24 d.;12:1167–74.
37. Reid JE, Laws KR, Drummond L, Vismara M, Grancini B, Mpavaenda D, ir kt. Cognitive behavioural therapy with exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Compr Psychiatry*. 2021 m. balandžio 1 d.;106:152223.
38. Rapinesi C, Kotzalidis GD, Ferracuti S, Sani G, Girardi P, Del Casale A. Brain Stimulation in Obsessive-Compulsive Disorder (OCD): A Systematic Review. *Curr Neuropharmacol*. 2019 m. rugpjūčio;17(8):787–807.
39. TIRATH SINGH GILL, DORIS TIU TAN, HANI RAOUL KHOUZAM. PSICHIATRIJOS VADOVAS.
40. Nezgovorova V, Reid J, Fineberg NA, Hollander E. Optimizing first line treatments for adults with OCD. *Compr Psychiatry*. 2022 m. gegužės 1 d.;115:152305.
41. Gołyszny M, Obuchowicz E. Are neuropeptides relevant for the mechanism of action of SSRIs? *Neuropeptides*. 2019 m. birželio 1 d.;75:1–17.

42. Del Casale A, Sorice S, Padovano A, Simmaco M, Ferracuti S, Lamis DA, ir kt. Psychopharmacological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *Curr Neuropharmacol*. 2019 m. rugpjūčio;17(8):710–36.
43. Rowland TA, Jain AK, Panchal R. Living with obsessional personality. *BJPsych Bull*. 2017 m. gruodžio;41(6):366–7.
44. Shedler J. The Personality Syndromes. Feinstein RE, sudarytojas. *Personality Disorders* [Prieiga per internetą]. Oxford University Press; 2021 [žiūrėta 2023 m. gegužės 8 d.]. p. 3–32. Adresas: <https://academic.oup.com/book/40219/chapter/345271914>
45. Diedrich A, Voderholzer U. Obsessive–Compulsive Personality Disorder: a Current Review. *Curr Psychiatry Rep*. 2015 m. sausio 24 d.;17(2):2.
46. Grant JE, Chamberlain SR. Obsessive compulsive personality traits: Understanding the chain of pathogenesis from health to disease. *J Psychiatr Res*. 2019 m. rugsėjo 1 d.;116:69–73.
47. Walking on eggshells: A life defined by obsessive–compulsive personality disorder. [žiūrėta 2023 m. gegužės 8 d.]; Adresas: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.12805>
48. Grant JE, Mooney ME, Kushner MG. Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Psychiatr Res*. 2012 m. balandžio 1 d.;46(4):469–75.
49. Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J Psychiatry*. 2006 m. gegužės;188(5):423–31.
50. Diaconu G, Turecki G. Obsessive-Compulsive Personality Disorder and Suicidal Behavior: Evidence for a Positive Association in a Sample of Depressed Patients. *J Clin Psychiatry*. 2009 m. liepos 14 d.;70(11):13040.
51. Marincowitz C, Lochner C, Stein DJ. The neurobiology of obsessive–compulsive personality disorder: a systematic review. *CNS Spectr*. 2022 m. gruodžio;27(6):664–75.
52. Lei H, Huang L, Li J, Liu W, Fan J, Zhang X, ir kt. Altered spontaneous brain activity in obsessive-compulsive personality disorder. *Compr Psychiatry*. 2020 m. sausio 1 d.;96:152144.

53. Payer DE, Park MTM, Kish SJ, Kolla NJ, Lerch JP, Boileau I, ir kt. Personality disorder symptomatology is associated with anomalies in striatal and prefrontal morphology. *Front Hum Neurosci.* 2015 m.;9:472.
54. Gordon OM, Salkovskis PM, Oldfield VB, Carter N. The association between obsessive compulsive disorder and obsessive compulsive personality disorder: Prevalence and clinical presentation. *Br J Clin Psychol.* 2013 m.;52(3):300–15.
55. Riddle MA, Maher BS, Wang Y, Grados M, Bienvenu OJ, Goes FS, ir kt. Obsessive–Compulsive Personality Disorder: Evidence for Two Dimensions. *Depress Anxiety.* 2016 m.;33(2):128–35.
56. Pinto A, Greene AL, Storch EA, Simpson HB. Prevalence of Childhood Obsessive-Compulsive Personality Traits in Adults with Obsessive Compulsive Disorder versus Obsessive Compulsive Personality Disorder. *J Obsessive-Compuls Relat Disord.* 2015 m. sausio 1 d.;4:25–9.
57. Raimundas Milašiūnas, Eugenijus Laurinaitis, Liudmila Andrikienė. Psichoanalitinė psichoterapija.
58. Finch EF, Choi-Kain LW, Iliakis EA, Eisen JL, Pinto A. Good Psychiatric Management for Obsessive–Compulsive Personality Disorder. *Curr Behav Neurosci Rep.* 2021 m. gruodžio 1 d.;8(4):160–71.
59. Kyrios M. A cognitive-behavioral approach to the understanding and management of obsessive-compulsive personality disorder. *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders: Handbook of theory and practice.* New York, NY, US: John Wiley & Sons Ltd; 1998. p. 351–78.
60. Raimundas Milašiūnas, Darius Leskauskas, Rima Viliūnienė. Psichodinaminė psichiatrija.
61. Cludius B, Landmann S, Külz AK, Takano K, Moritz S, Jelinek L. Direct and indirect assessment of perfectionism in patients with depression and obsessive-compulsive disorder. *PLOS ONE.* 2022 m. spalio 13 d.;17(10):e0270184.
62. Koven NS, Abry AW. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015 m. vasario 18 d.;11:385–94.

63. Pampaloni I, Marriott S, Pessina E, Fisher C, Govender A, Mohamed H, ir kt. The global assessment of OCD. *Compr Psychiatry*. 2022 m. spalio 1 d.;118:152342.
64. Pozza A, Starcevic V, Ferretti F, Pedani C, Crispino R, Governi G, ir kt. Obsessive-Compulsive Personality Disorder Co-occurring in Individuals with Obsessive-Compulsive Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Harv Rev Psychiatry*. 2021 m. balandžio 1 d.;29(2):95–107.
65. Visvalingam S, Crone C, Street S, Oar EL, Gilchrist P, Norberg MM. The causes and consequences of shame in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 2022 m. balandžio;151:104064.
66. Laving M, Foroni F, Ferrari M, Turner C, Yap K. The association between OCD and Shame: A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Psychol*. 2023 m. kovo;62(1):28–52.
67. Vinker M, Jaworowski S, Mergui J. [Obsessive compulsive disorder (OCD) in the ultra-orthodox community--cultural aspects of diagnosis and treatment]. *Harefuah*. 2014 m. rugpjūčio;153(8):463–6, 498, 497.
68. Wang H, Li J. Positive perfectionism, negative perfectionism, and emotional eating: The mediating role of stress. *Eat Behav*. 2017 m. rugpjūčio 1 d.;26:45–9.
69. Stoeber J, Otto K. Positive Conceptions of Perfectionism: Approaches, Evidence, Challenges. *Personal Soc Psychol Rev*. 2006 m. lapkričio 1 d.;10:295–319.
70. Onishi K. Risk Factors and Social Background Associated with Suicide in Japan: A Review. *Jpn-Hosp J Jpn Hosp Assoc*. 2015 m. liepos;(34):35–50.