

A kényszeres zavarok kognitív viselkedésterápiája

2022.09.28.

Zinner-Gérecz Ágnes

Semmelweis Egyetem ÁOK

Klinikai Pszichológia Tanszék



SEMMELWEIS
EGYETEM 1769

A kényszerbetegség kényszergondolatok, kényszercselekvések vagy mindkettő együttes fennállásával jellemezhető zavar (APA, 2014).

Obszessziók

- az obszessziók **visszatérő és tartósan fennálló**, akaratlanul a tudatba betörő **gondolatok, képek vagy készletések**
- **szorongást és feszültséget** váltanak ki az egyénben
- igyekszik **elnyomni, figyelmen kívül hagyni, semlegesíteni**
- felismeri, hogy saját **pszichéje terméke és irracionálisak**



Kompulziók

- **visszatérő viselkedések** vagy **mentális tevékenységek**, amelyek végrehajtására a személy **késztetést érez** valamilyen kényszergondolatra adott válaszként, vagy olyan szabályoknak megfelelően, amelyeket mereven be kell tartani
- célja a szorongás, szenvedés **megelőzése** vagy **csökkentése**, vagy valamilyen rettegett esemény bekövetkeztének **megakadályozása**
- **repetitív, célirányos** cselekvések
- a cselekvések, rituálék **eltúlzott mértékével** a beteg is tisztában van
- interferálnak a napi rutinnal, kapcsolatokkal, munkával, a betegnek jelentős szenvedést okoznak
- **napi 1 óránál** több időt vesz igénybe
- **preventív** (baj megelőzésére, pl. ellenőrzés) - **restauratív** (baj helyrehozására, pl. tisztálkodás)



Diagnosztikai fázis

DSM-V. Kényszeres és kapcsolódó zavarok



OCD

Testdiszmorfiás zavar

Trichotillomania
(hajtépkedési zavar)

Gyűjtögetési zavar

Bőrkapirgálás
(bőrtépkedés) zavar

Egyéb meghatározott
kényszeres és kapcsolódó
zavar: testre irányuló
repetitív viselkedészavar
(körömrágás,
ajakharapdálás, arc
harapdálása belülről);
kényszeres féltékenység

Belátóképesség:
Jó vagy megfelelő belátás
Rossz belátás
Hiányzó belátás/téveszmés
hiedelmek
Tikkel összefüggő

BNO-11

- BNO-11-ben OCRD csoport tartalmazza obszesszív-compulzív zavart, test diszmorfiás zavart, olfactory reference disorder, hypochondriasis és felhalmozási/gyűjtögetési zavart. Ezen kategóriák a 10-ben más csoportokban helyezkednek el.
- OCRD-ben található a testre irányuló repetitív viselkedés zavar mint a trichotillomania és a bőrtépkedés/bőrkapirgálás zavar
- OCD-ben megszűntek a BNO-10-re jellemző altípusok, mivel a páciensek többsége kényszergondolatokról-és cselekedetéről is beszámolnak
- BNO-10 nem adott lehetőséget a depresszív zavar és OCD egyidejű diagnosztizálására, ez BNO-11-ben megszűnt, mivel gyakori az együttes előfordulásuk

Pszichodiagnosztikai eszközök

- **Y-BOCS**
- **Kérdőívek:**
 - Diszfunkcionális Attitűd Skála
 - STAI
 - Hamilton-D PSWQ (The Penn State Worry Questionnaire)
 - VOCI (Vancouver Obsessional Compulsive Inventory)
- **Rorschach**
- Gyermek vagy serdülő: **CY-BOCS** (Children's Yale Brown Obsessive Compulsive Scale), **heteroanamnézis** (kiterjesztett kényszer)



A kényszerbetegség differenciáldiagnosztikája (Csigó, 2015)

Betegség	Hasonlóságok	Különbözőségek
Szkizofrénia	bizarr gondolatok, extrém szorongás	pszichotikus tünetek jelenléte
Major depresszió	önvádolás, bűnösséggel kapcsolatok gondolatok	gondolatokkal kongruens hangulati nyomottság
Mániás depresszió	valamely tevékenység markáns felfokozódása	hangulati emelkedettség, betegségbelátás hiánya
Evészavar (anorexia)	rituális étkezési szokások	nem jellemző a tünetekkel szembeni ellenállás, vagy a tünetek értelmetlennek tartása
Autizmus	sztereotíp viselkedés	a sztereotípiákkal szemben nincs ellenállás
Hipochondria	egészséggel kapcsolatos aggodalmak	nincs más kényszer tünet
Testdiszmorfiás zavar	valamely testi elváltozással való foglalkozás	nincs más kényszer tünet
Fóbiák	szorongás, elkerülő magatartás	jól körül írható a szorongás tárgya
PTSD	betörő, automatikus gondolatok, melyek szorongást váltanak ki	a kiváltó stresszor a PTSD-nél azonosítható
Tourette-szindróma	ismétlődő mozgások, hangadások	nincs más kényszer tünet
Szexuális preferencia rendellenességei	a szokványostól eltérő szexuális fantáziák	nincs más kényszer tünet
Trichotillománia	hajtépegetés	nincs más kényszer tünet
Kényszeres személyiségzavar	rendszeretet, felhalmozás, gyűjtögetés	nincs markáns kényszercselekvés vagy kényszergondolat

Az egyes obszesszió- és kompulzió típusok gyakorisága (Rasmussen & Eisen, 1992)

Obszessziók	%	Kompulziók	%
Beszennyeződés, megfertőződés	45	Ellenőrzés	63
Kóros kételkedés	42	Tisztálkodás	50
Szomatizáció	36	Számolás	36
Rend, szimmetria	31	Kérdezés, beismerés	31
Agresszivitás	28	Szimmetria és precizitás	28
Szexualitás	26	Gyűjtögetés	18
Egyéb	13	Többszörös kompulziók	48
Többszörös obszessziók	60		



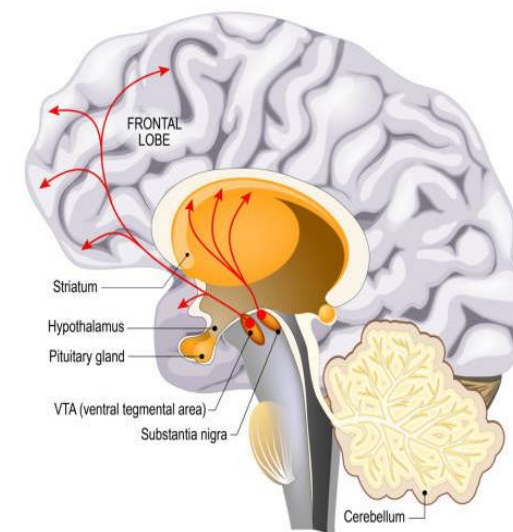
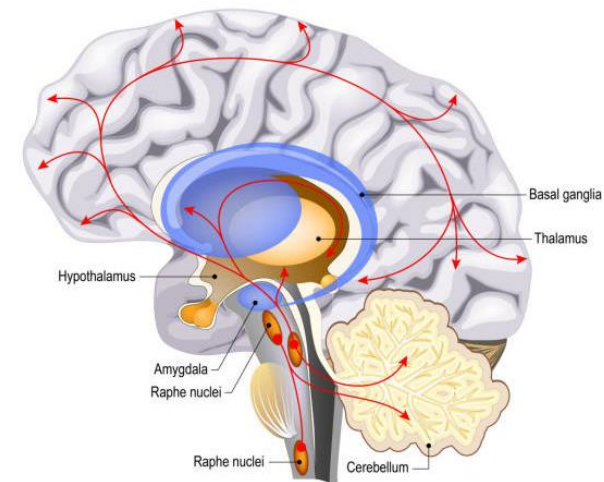
A kényszerbetegség epidemiológia

Prevalencia

- **negyedik** leggyakoribb pszichiátriai betegség, a lakosság **2,5-3%-át** érinti az élete folyamán (Németh & Treuer, 2001)
- a kényszerbetegség prevalenciája gyermekeknél és serdülőknél is magas: 1-2% (Gádoros, 2000)
- **OCD élettartam prevalenciája 0,9%-2,8%** között található (Williams & Steever, 2015)
- férfiak és a nők körében az OCD előfordulási aránya a legtöbb nemzetközi vizsgálat alapján szinte azonos arányú (Jaisoorya és mtsai, 2017)
- a **férfiakra a korai betegségkezdet (16 év előtti)** jellemzőbb, gyermek és serdülőkori OCD esetén a fiúgyermek megbetegedésének aránya nagyobb a lány gyermekekhez képest, ugyanakkor a **nők** esetében a kényszerbetegség **indulása későbbi életkorra** tehető, valamint az OCD felnőttkori nemi aránya is a nők felé billen el (Fontenelle & Hasler, 2008)
- **komorbiditás** az élet folyamán: depresszió 70%, pánik 12%, fóbia/szoc.fóbia 20-20%, evészavavar 17%
- nőknél **első szülés után** gyakori indulás
- nem függ társadalmi-gazdasági helyzettől, szocioökonómiai státusztól, intellektustól, iskolai végzettségtől, vallási/kulturális hovatartozástól

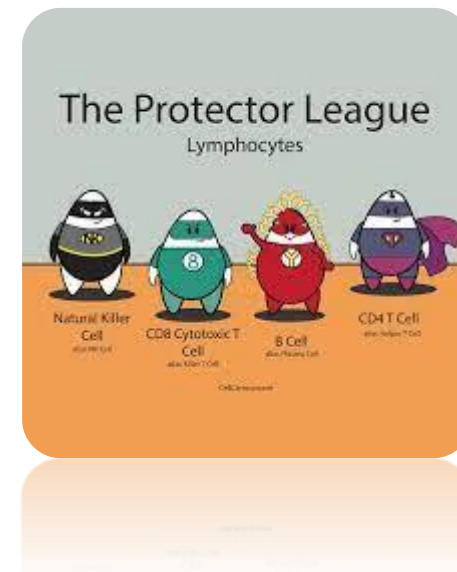
Neurokémiai, neuroanatómiai és funkcionális agyi eltérések

- **szerotnerg rendszer** diszfunkciója, elsősorban a posztzinaptikus receptorok (5-HT1A, 5-HT2A, 5-HT1b) **túlérzékenysége** (Gross és mtsai, 1998)
- **fokozott dopaminerg aktivitást** találtak a **prefrontális kéreg** és a **bazális ganglionok** területein (Kim és mtsai, 2007)
- Az OCD patogenezisének neurokémiáját tehát – mai legjobb tudásunk szerint - a legpontosabban a **két neurotranszmitter rendszer egyensúlyának felbomlásával** írható le
- **glutamát rendszer** (Carlsson, 2001).
- **prefrontális lebeny**, ezen belül elsősorban az orbito-frontális, a dorzolaterális-prefrontális kéreg és az anterior cingulum érintettsége: a végrehajtott funkciók, mint a **tervezés**, a **kognitív organizáció**, a **válaszgátlás** és a korábban **végrehajtott cselekvések megerősítéséért** felelősek (Nakao és mtsai, 2014).
- **striatum, amygdala, thalamus** – funkcionális körkapcsolatokat képeznek, amelyek sérülése vezethet az OCD további jellegzetes tüneteihöz, mint a **gondolkodási és magatartási perszeverációk**, **meglassultság** vagy akár a **folyamatos hibaélmény** (Harsányi, 2015).



Neuroimmunológiai eltérések

- **PANDAS1 betegségecsoport:** ezen betegségek tehetőek felelőssé a **bazális ganglionok** (döntéshozatal, célirányos mozgás, viselkedési váltás, és munkaemlékezet) sorvadásáért, mely már gyerekkorban megkezdődik, az inflammátoros antitestek miatt.
- azon OCD-s betegeknekél akiknél szerepel a PANDAS valamelyik válfaja az anamnézisben, azoknál nagyobb arányban találhatóak kóros vizelési kényszerek, hiperaktivitás, impulzivitás, írás- és iskolai teljesítményproblémák valamint motoros és vokális tic-ek.
- azon OCD-seknél, ahol a PANDAS nem volt felfedezhető, nagyobb arányban mutattak szociális és szeparációs fóbiát (Swedo és Grant, 2005)



Genetika

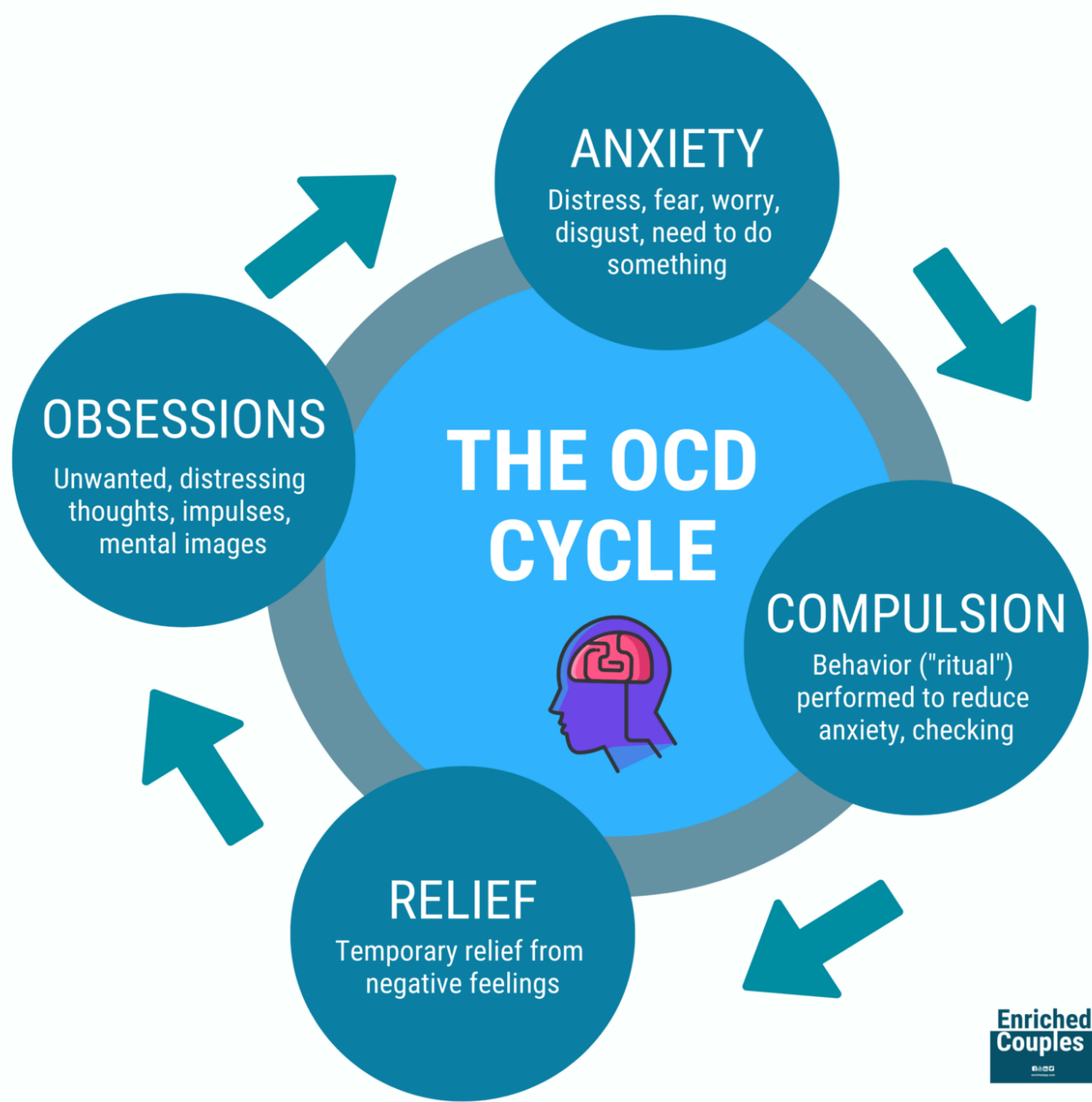


- az első fokú rokonok között az OCD prevalenciája lényegesen nagyobb, mint az átlag populációban, továbbá a konkordancia egypetéjű ikrek esetében is nagyobb, mint a kétpetéjű ikreknél (Nestadt és mtsa, 2010)
- ikerkutatások eredményei alapján arra lehet következtetni, hogy a kényszeres zavarok **közepes fokú, 27-47%-os öröklődést** mutatnak, amiből az is következik, hogy **53-73%-os** lehet a környezeti tényezők szerepe (van Grootheest, 2007).
- nemi különbséget nem találtak öröklődés szempontjából
- gyermekkori kezdet esetén a genetikai meghatározottság fokozottabb
- az OCD kialakulásában egyértelműen szerepet játszó gént sokáig nem sikerült azonosítani, az öröklés menete (monogénes vagy poligénes) szintén vitatott (Rajkai, 2015)

Fejlődéslélektani aspektusok tanuláslélektani szempontból

- ún. fejlődési kényszerek
- jóvátételi viselkedés
- átzsilipelő cselekedetek
- motoros aktivitás (agresszió) fejlődése
- túlméretezett, minden v.semmi büntetés
- kellő diszkriminatív inger hiánya
- a modell problémái: személye bizonytalanság, büntető, következetlen nevelés, normák absztrakt közlése konkrét viselkedésmódok hiányával
- jel és zaj, gondolat és cselekvés határának bizonytalansága





A kényszerbetegség kognitív-tanuláslélektani modellje I.

- **aktív elkerülő viselkedésmód:** bizonyos cselekvésekkel fenyegető, averzív következményeket előzhet meg (Mórotz, 2019). Elkerülő viselkedés fennmaradása - az adott cselekvés újból és újból megerősítést nyer azáltal, hogy az **averzív konzekvencia nem következik** be.
- **bizonytalanság** érzése: valóban megtették-e azt, amit elterveztek, illetve, amit nem akartak csinálni, az nem valósult-e meg valamiképpen (Mórotz, 2019)
- **folyamatos kétellyel** küzdenek, hogy átléptek-e a **szándék-cselekvés határán**, aminek a következménye, hogy megbizonyosodást keresnek arra vonatkozóan, hogy végrehajtani vagy éppen ellenkezőleg, elkerülni kívánt viselkedés megtörtént-e
- az OCD kognitív beállítódásának két legfontosabb jellemzője az **abnormális kockázatbecslés** és az **irreális felelősségérzés** (Salkovskis, 2000)
- **minősítő folyamatok** kulcsszerepe: betolakodó gondolatok egyrészt veszélyjelzéssel ruházódnak fel, másrészt az egyén saját magát teszi felelőssé a katasztrófa elhárításáért
- A „normális”, a legtöbb emberre jellemző intruzív gondolatok és a kényszerbetegek betolakodó gondolatai közti különbség: **szorongással és büntudattal kísért értelmezés** jellemzi.
- **kognitív gátlás zavara:** saját mentális folyamataikat értékelik, és arra törekszenek, hogy ezek fölött *excesszív kontrollt* gyakoroljanak
- **kognitív szupresszió** (Salkovskis, 1977): a **felelősség torzult értelmezése** tekinthető az intruzív kogníciók és a megélt diszkomfort, valamint a kényszeres, neutralizáló viselkedés közti összekötő kapocsnak. A **kognitív szupresszió** egyfajta „**rebound-hatás**” révén a kiszorítani vágyott tudattartalmak megjelenésének valószínűségét növeli meg (Salkovskis, 1977).

Kognitív organizáció

Macfall és Wollersheim'79



- **Irreális személyes felelősségérzet** (belső lelkiismereti, büntudati szigor; omnipotencia érzés - „mindenért én vagyok a felelős”)
- **Gondolat/Cselekvés fúziója** (amit gondolok, az vagyok; amit gondolok azt akarom/fogom csinálni; misztikus gondolkodás)
- **Kontroll fokozott igénye** (a negatívumok kizárása, a kívánatos cselekvések elvégzése, tökéletes megoldás kell)
- **Biztonság fokozott igénye** (nincs véletlenszerűség; csak az egyértelmű az elfogadható; az egymással összeegyeztethetetlen jelenségek elszigetelése egymástól)
- **Veszély, kockázat túlbecslése** (a legkisebb hiba is végzetes)
- **Kétkedés, dilemmák** (egyértelmű garanciák keresése)
- **Befejezettség igény** (teljesség igény, a befejezetlenséggel, lezáratlansággal, hiánnyal intolerancia)

A kényszerbetegség kognitív-tanuláslélektani modellje II.

A kényszeres intruziók hatásai

1. fokozott **diszkomfort, szorongás és depresszió**
2. fokozódó **összpontosító figyelem az intrúziókra**
3. az eredeti és azzal társuló gondolatok előtérbe kerülése
4. aktív próbálkozás **a gondolat redukálására, a felelősség csökkentésére vagy levezetésére** (Salkovskis, 2000).



Jellegzetes feltevések (Salkovskis, 1985)

- „Egy tetre gondolni annyi, mint megcselekedni azt.”
- „A veszély bekövetkezése egyenértékű azzal, amit az ember saját maga követett el.”
- „Az embernek kontrollálni kell a gondolatait.”
- „Minden helyzetre létezik egy tökéletes megoldás.”
- „Az önmagad vagy másik ellen irányuló ártalom megakadályozásának kudarca olyan, mintha te okoztad volna a kárt.”

Következtetéseikben a **logikai sorrend felborul**, és **saját hipotéziseiket, szabályrendszerüket tekintik irányadónak**, ahelyett, hogy tapasztalataikra támaszkodva az ok-okozati összefüggések levonnál (O'Connor és Robillard, 1995).

Jellegzetes diszfunkcionális hiedelmek (Clark és Beck, 2011)

Hiedelem által érintett jelenség	Definíció
Felfokozott felelősségérzet	Ha egy esemény kimenetelére befolyással lehetünk, az egyben azt is jelenti, hogy felelősek vagyunk érte.
A gondolatok jelentőségének túlértékelése	Egy gondolat felbukkanása megnöveli annak megvalósulási lehetőségét.
A veszély túlbecsülése	A veszély valószínűségének és súlyosságának vélelme.
A gondolatok kontrolljának jelentősége	Az intruzív gondolatok, képek, készletések feletti teljes kontroll igénye, azzal a feltevéssel, hogy mindez szükséges és lehetséges.
A bizonytalansággal kapcsolatos intolerancia	Mindig biztosnak kell lenni, félelem a nem bejósolható eseményekkel megbirkózás képtelensége miatt, nem egyértelmű helyzetek kezelésének nehézségei.
Perfekcionizmus	A betegeknél gyakran megfigyelhető az a vélekedés, hogy minden helyzetre vonatkozóan létezik abszolút korrekt megoldás, s ennek a megtalálása lehet a biztonság alapja, amely nem csak lehetséges, de nélkülözhetetlen is.

Kognitív disztorziók

- Perfekcionizmus, maximalizmus
- Perszonalizáció
- Önkényes következtetés /jövendölés
- Negatívumok maximalizálása, pozitívumok diszkvalifikálása
- Nagyítás, katasztrofizálás (veszély, felelősség)
- Minden – semmi gondolkodás
- Túlzás – a gondolat jelentőségének túlértékelése
- Kell állítások

A kényszerbetegség kezelésének alapelvei a NICE Guidelines alapján

- **enyhe zavar**, amennyiben általános működésbeli károsodással jár vagy maga a beteg kifejezetten a rövid terápiás beavatkozást preferálja: az alacsony intenzitású, **maximum 10 alkalmas** pszichológiai intervenciót
 - rövid egyéni **ingerexpoziációt** és **válaszgátlást** magában foglaló kognitív viselkedésterápia (CBT),
 - rövid egyéni **telefonos CBT**,
 - kognitív **viselkedésterápia csoportterápia** keretein belül.
- **közepes funkcionális** károsodás: elsőként az SSRI vagy/és intenzív CBT kezelést kell felajánlani.
- **súlyos károsodás** esetén: a kezdő terápia SSRI és CBT együttes alkalmazását jelenti.
 - amennyiben a beteg CBT helyett más jellegű pszichológiai intervenciót szeretne igénybe venni, szükséges informálni arról, hogy ezek hatékonysága egyelőre nem bizonyított.
- **farmakoterápia:** elsőként választandó kezelés az SSRI medikáció. A remissziót követő fenntartókezelés **minimum 12 hónap**. Nem kielégítő hatás esetén dóziszemelés, majd **másik SSRI** készítményre vagy **clomipraminera** váltás szükséges.
- antipszichotikus (riperidon, aripiprazole) medikáció: egy multidiszciplináris teamnek kell felülvizsgálnia a kezelést és meghatározni a további irányvonalat
- A NICE Guidelines nem tünteti fel ajánlott intervenciók között az **idegsebészeti beavatkozásokat**, azokra kizárólag a **beteg saját kérésére, súlyos terápia rezisztens** esetekben, **szigorú orvos-etikai előírások és protokoll betartása mellett** kerülhet sor. Ezek lehetnek reverzibilis és irreverzibilis műtétei beavatkozások, melyek alapvető célja az OCD-ben túlműködő területek kikapcsolása vagy tartós gátlása (Valálik, 2010).

Az OCD kognitív viselkedésterápiája



- **első találkozások** fő célja: közös munkára való ráhangolódás, a beteg szociálizációja a terápiás munkamódra.
- **kulcstényező:** a páciens tudomást szerezzen arról, hogy a problémája hátterében egy betegség áll, tehát tünetei nem róla, hanem a betegségről szólnak.
- **tünetek megismerésének szakasza:** gondolatkísérletet vagy viselkedési próbát tenni - javíthatja a beteg kooperációs készségét, és a terápia sikerességébe vetett bizalmát.



A beteggel való kapcsolat nehézségei

- Ambivalens, szkeptikus
- Szégyelli, titkolja tüneteit
- Alulmotivált, a terápia egyes lépéseit nem fogadja el
- Hozztilis, makacs, rivalizál
- Az aktív motiváció felkeltése és fenntartása a terápia fontos része.

Kívánalmak a terapeuta iránt

- Egyes gyakorlatok közös megbeszélése
- Beteg teherbírásához igazodás
- Legkisebb eredményt is értékelni, pozitívan megrősíteni.
- Empatikus, bátorító, jutalmazó, de következetes
- Rövid-, kp.- és hosszútávú célok pontos megfogalmazása
- Kontroll biztosítása

Viselkedésközpontú eljárások

- **ingerexpoziáció és válaszmegelőzés** (Mórotz, 2019): **feltérképezzük** a beteggel a kényszerek szempontjából kulcsfontosságú helyzeteket, és felállítjuk ezek **hierarchikus sorrendjét**, majd fokozatosan **konfrontáljuk** a beteget a szorongáskeltő helyzetekkel, de a **megszokott válaszreakciót megakadályozzuk**.
 - a kényszergondolat növeli, a kényszercselekvés pedig csökkenti a szorongást, a szorongást növelő kényszergondolatoknál az inger expoziációra, míg a szorongást csökkentő kényszercselekedetekenél a válaszmegelőzésre helyezzük a hangsúlyt.
- az expoziációs technika akkor sikeres, ha a beteg mindaddig benne marad a helyzetben, amíg a szorongása túlhalad a csúcsponton → a feszültség redukcióját nem csak a kényszercselekvés kivitelezésével lehet elérni (Montgomery & Zohar, 1999).
- mérlegelni, hogy a technikák mikor és milyen mértékben terjesszük ki a beteg természetes környezetére, amelynek alapvető eleme az **önkontrollos házi feladatok** adása.
- **kényszerválasz módosítása** (pl. túlcerebronizálás): kényszeres cselekvés **viselkedésláncolatának** módosítása (viselkedés szervezettségi szintjét vagy kontextusát) .
- az inger-válasz együttjárások megváltoztatása kihat a viselkedés konzekvenciájára → beteg saját önkényesen alkotott konzekvencia-hipotéziseit felülvizsgálja (Mórotz, 2019).
- **habituációs tréning**: az obszessziókat a páciens előre meghatározott időben felidézi és leírja, vagy lerajzolja, amíg a gondolat egyre kevésbé fenyegetővé, majd semlegessé nem válik.

Expozíció és válaszmegelőzés

- **Cél:** megakadályozni a páciens a rituális kényszercselekedeteinek a kivitelezésében, miközben a páciens folyamatosan olyan környezetben van – azaz olyan ingerfeltételek között – amelyek szokásosan aktiválják a kényszercselekedeteket.
- **Lépései:** kezelés előtt a beteggel együtt feltérképezzük a kényszerek provokálása szempontjából kulcsfontosságú ingerhelyzeteket, s felállítjuk e **helyzetek hierarchikus rangsorát**. Fontos az alapos felmérés, az expozíciós terápia hatékonysága szempontjából meghatározó.
- **Alapelv:** a terápiás foglalkozás csak akkor fejezhető be, ha az exponált inger keltette szorongás- és diszkomfortérzés már túlhaladta a csúcspontot, s ennek következtében a beteg azzal az élménnyel távozik, hogy a feszültség redukációjához nem a kényszerek kivitelezésével, hanem a helyzetben maradással tudott eljutni.
- A terápiás konfrontáció után a páciens olyan aktivitásba vonjuk bele, amelynek feltétele korábban a kényszerviselkedés elvégzése volt.

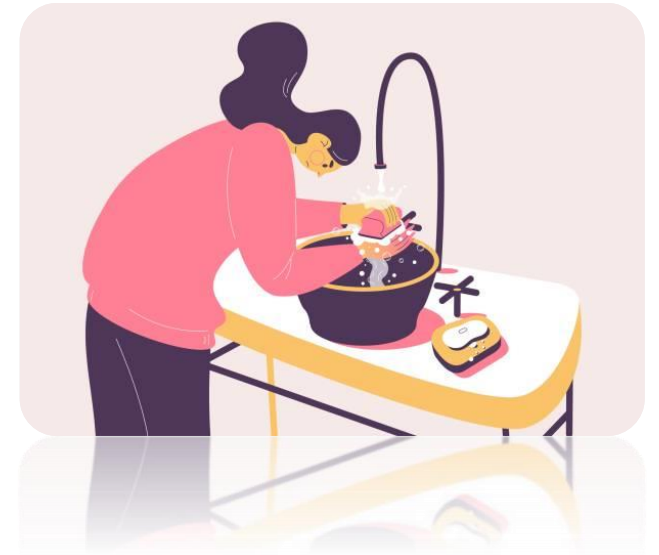
Tisztálkodási kényszerek

Eset: tisztasági kényszerben szenvedő nőbeteget, aki attól félt, hogy a közlekedési járműveken vagy egyéb zsúfolt helyeken súlyos betegségekkel fertőződhet meg, ezért elkerülte a kilincseket, kapaszkodó érintését és hazaérve órákig tartó, szigorú forgatókönyv szerint zajló tisztálkodási és tisztogatási ceremóniákat végzett.

• **Expozíciós feladatokat:**

- kesztyű nélkül kapaszkodjon a buszon, otthon két órával késleltesse a kézmosást, amely csak egyszeri beszappanozásból állhat
- a kapaszkodó által „beszennyezett” kezével csomagolja ki a vásárolt élelmiszert
- hazatérve ne öltözzön át, 2 óráig maradjon utcai ruhában
- a mosáshoz használt fertőtlenítőszer arányát napról-napra csökkentse, és ne vegyen új flakont
- saját ruháit mossa együtt a családtagok ruháival

• **Fő hangsúly:** *elkerülő viselkedés kiiktatása!!!*



Ellenőrzési kényszer

Hiedelem: „Komoly és vállalhatatlan veszély előidézőivé válok, ha nem ellenőrzöm kínos aggályossággal külső és belső környezetemet.”

- Klinikai körülmények között részlegesen reprodukálhatók a szorongáskeltő helyzetek → a betegek otthonában, **önkontrollos formában** minél többször tegye ki magát azoknak a helyzeteknek, amelyeket a rendelőben gyakorolunk.

Eset: Ellenőrzési kényszerben szenvedő páciens, központi problémája a csapok elzárásának ellenőrzése.

- **Expozíciós feladat:** (1) sorra nyissa ki a rendelőben található csapokat, majd (2) csukott szemmel, egy mozdulattal zárja el azokat, miközben verset szaval, (3) és közben válaszol a terapeuta kérdéseire, mindezt gyorsan.



Eset: nő páciens, súlyos ellenőrzési kényszerben szenved, melynek következtében képtelen elhagyni lakását, illetve amennyiben sikerül, 2-3 órás ellenőrzési ceremóniát követően képes csak elindulni, akkor is gyakran le kell szállnia a buszról és vissza kellett mennie újra ellenőrizni.

Beavatkozás: a terápia során a páciens arra kérjük, hogy készítsen egy **térképet a lakásáról**, és ezen **jelölje meg a kontrollfolyamat állomásait**, sorrendjét, a megnyugváshoz szükséges **ellenőrzések számát**, tüntesse fel a megbizonyosodást segítő **érzékszervi garanciákat**, valamint azt, hogy gondolatban mire ügyel ezekben a helyzetekben.

Terápiás intervenció: válaszmegelőzés

- **Az ellenőrzésre fordított idő szűkítése:** az ellenőrzési pontokon tölthető időt fokozatosan csökkentettük úgy, hogy eleinte minden második helyszínen a szokásos idő felét lehetett eltölteni, majd ezt az időkorlátozást kiterjesztettük az összes helyszínre, az időt ismét rövidítettük stb.
- **Egyes ellenőrzési pontok kiiktatása:** előzetesen megállapítottuk az ellenőrizendő helyzetek szorongáskeltő hierarchiáját, s a relatív csekélyebb súlyú helyzet – adott esetben ez a hűtőszekrény ajtajának ellenőrzése volt – kontroll-láncolatból való kiiktatásával kezdtük.
- **Érzékszervi kontroll korlátozása:** a beteg számos érzékszervi garanciát igényel ahhoz, hogy az ellenőrzést megbízhatónak tartsa. A válaszprevenció során a betegnek napszemüveget kellett viselnie, az adott tárgyat csak egyszer volt szabad megnéznie stb.
- **A mentális állapot befolyásolása:** a kontrollműveletek alatt a beteg „ideális, zavarmentes, tiszta” tudatállapotot igényel. Ez egyfelől fokozott – mozdulatlanságban is megnyilvánul – figyelmet jelentett, továbbá azt a törekvést, hogy ne jusson eszébe semmi zavaró, egy idő után úgy módosul, hogy közben semmire ne gondoljon. A terápia során a betegnek az ellenőrzés közben állandóan mozognia kellett, verseket kellett szavalnia, majd később hangos zenét hallgatnia.
- **Lakásba való visszatérés időpontjának késleltetése:** fokozatosan növekedett az az időtartam, amely eltelt után a beteg hazamehetett.
- **Későbbi biztonsági viselkedésmódok szűkítése, majd kiiktatása:** a kontrollkényszerben szenvedő betegek egyik legfőbb törekvése, hogy feltámadó kételyeik esetére filmszerűen fel tudják idézni az ellenőrzött szituációt, a betegek szinte „digitalizálni” szeretné a látottakat. E törekvést vagy úgy tudtuk korlátozni, hogy a beteget az otthonából való eltávozást követően ingerekkel árasztottuk el, pl. hangos zene, vagy olyan sűrű programba vontuk bele, amely nem tette lehetővé, hogy koncentráltan felidézze a szükséges képességeket.

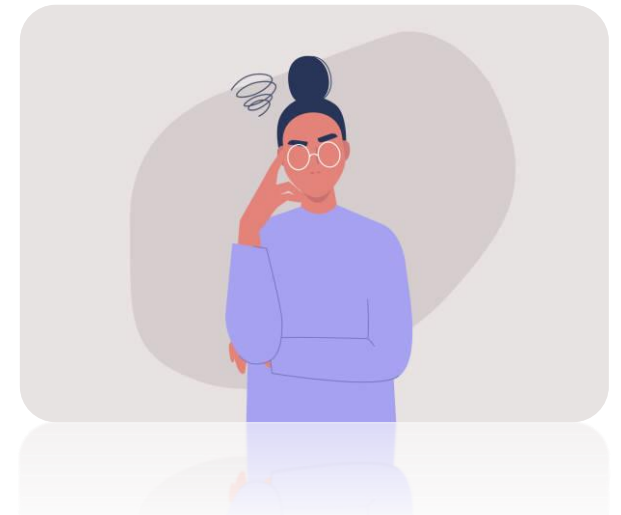
Rendteremtési kényszerek

- **Expozíciós feladatok:**

- Hagyja a földön az újságokat és ruhákat a hálósobában egy hétig.
- Változtassa meg a tárgyak helyzetét a fürdőszobapolcon teljesen véletlenszerűen.
- Keverje össze az eszközöket a fiókban.
- Állítsa ferdére a szőnyeget, a képeket a falon.
- Hagyja nyitva a szekrényajtókat.
- Hagyjon morzsákat az asztalon.
- Egész nap hordjon olyan inget, amelynek az egyik ujja fel van gyűrve a másik nem.

Kételkedési és megbizonyosodási kényszerek: olyan szituációkat kell megjeleníteni, amelyekben a **betegnek magának kell döntenie, nincs mód a döntés felülvizsgálatára,** sem pedig annak helyességét illetően megbizonyosodásra, amely rendszerint mások kikérdezése által valósul meg.

1. Két perc alatt el kell döntenie, milyen ruhát vesz fel.
2. A terapeutától nem szabad ismételten megkérdeznie a következő kezelés időpontját.
3. Az aznapra szükséges holmikat 3 perc alatt kell beraknia a táskába, ezt követően nem szabad a táska tartalmát ellenőriznie.
4. Egy hétig nem szabad karórát viselnie.



Túlceremonizálás

- jegyzőkönyvezéssel kísértén, folyamatos önmonitorozás mellett történik. A **kényszerválasz paramétereinek felülírását** is jelenti, amelynek során a beteg az „elszenvedő” státuszból a változtatható szabályokat **felállító és alkalmazó státuszba** kerülhet.
- ellenőrzési kényszer: a beteget arra kérjük, ne a szokásos időtartamban végezze kényszereit hanem pl. **minden egyes aktusra 5-5 percet szánjon** rá, amelynek elteltét stopperrel ellenőrizze, megtörténtét kipipálással vagy bármely egyéb módszerrel könyvelje el.
- a kényszer által diktálnál is **szigorúbb feltételekhez** kötjük a kényszercselekedetet:
 - arra kérjük a beteget, hogy (1) kézmosás előtt ötször számolja meg a csempét a falon, (2) rajzolja le a mosdót és a csapot, (3) készítsen mozdulattervet a kézmosásra, stb.

Habituációs tréning

- lényege, hogy a nemkívánatosnak ítélt obszesszív gondolatokat **akaratlagosan, előre meghatározott időpontban és időtartamban, kontrollált feltételek között jeleníti meg** a beteg.
- megjelenítés lehet **szóbeli, írásbeli**, esetleg ölthet **rajzos** formát is.

Lépései:

- a kezelés előtt a beteget megismertetjük az obszessziók kognitív elméletével a beteg képzettsége és jártasságának megfelelő színvonalon.
- el kell mondanunk, hogy maga az, hogy valakinek az eszében akarata ellenére néha nagyon is kellemetlen tartalmú gondolatok, készletések és képek bukkannak fel, teljesen természetes, az emberek 90-100%-ánál előfordul
- a **probléma** nem az, hogy ilyen gondolatok felbukkannak, hanem az, hogy a beteg úgy érzi, **felelős ezekért a gondolatokért**, s ha nem tesz meg mindent, hogy kiűzze vagy esetlegesen megvalósulásukat elhárítsa, akkor veszélynek teszi ki önmagát és/vagy környezetét
- éppen ez a gondolat visszaszorítása vagy neutralizálására irányuló törekvés az, amely miatt ezek a gondolatok nemhogy távolodnának, inkább nagyobb erővel bukkannak fel.

- **Terápiás konfrontáció:** jelenítse meg sokszor egymást követően félelmetesnek tartott kényszergondolatait. Megtörténik, hogy a gondolat témája olyannyira iszonyatos a beteg számára, hogy képtelen kimondani őket. Ilyenkor megkísérelhetjük óvatosan körüljárni a valószínű témát, példákat mondhatunk más beteg kényszergondolataiból, esetleg meg is mutathatjuk azokat írásos formában.
- A forszírozott megjelenítést **addig folytatjuk, amíg a gondolat közömbössé nem válik.** Néha a „szöveg” feletti rendelkezés élményét azzal is fokozzuk, hogy **hol nagybetűvel, hol kicsivel íratjuk, egyes szavakat külön írásmóddal íratunk,** esetenként a szöveget az utolsó szóval kezdve balról-jobbra szerkesztjük meg, macskakörmozünk egy-egy szövegrészletet stb.

Önkontrollós alkalmazás

- a beteggel egy **füzetet rendszeresítünk**, amelybe szükség esetén a fenti **elveknek megfelelően sokszor leírja gondolatait**
- a gondolat váratlan megjelenését illető félelmet csökkenthetjük azzal, ha azt kérjük, hogy **minden fél órában a beteg akaratlagosan idézze fel szokásos kényszergondolatait és azokat egyenként írja le 20-szor.**

Posztponáció

- az **obszessziók feletti kontroll kialakításában** jó stratégia, mely során a beteg észleli a kényszergondolatait, félreteszi őket azzal, hogy majd a szokásos módon foglalkozik velük: **„majd a füzet”** gondolattal tudták elhalasztani a kényszer sürgetését.
- a beteggel megszámoztatjuk visszatérő obszesszióikat, és a jelentkezéskor csak regisztrálni kell őket képzeletbeli kipipálással vagy **„á, itt a kettes!”** típusú gondolati reflexióval

Kognitív szempontú intervenciók I.

- a kliens gondolati torzításainak feltérképezése, majd azok fokozatos módosítása
- kiemelt szerep: edukáció, gondolat kísérletek, sókratészi-dialógus, a diszfunkcionális attitűdök átstrukturálása és az előny-hátrány elemzés
- a gondolatok jelentőségének túlértékelésében (**disztorzív kartéziánus gondolkodásmód**) hatékony eljárás, ha a beteget informáljuk róla, hogy az obszessziók megjelenésének gyakoriságát éppen az elnyomásukra tett mentális manőverek fokozzák
- a **gondolat-cselekvés fúzió** (Rachman, 1998) módosításával kapcsolatban érdemes a pácienseket olyan gondolat kísérletbe bevonni, amely demonstrálni fogja, hogy attól, hogy valamire gondol, még nem fog az esemény bekövetkezni pl. Teréz anyja
 - 1) **valószínűségi**: amennyiben az ember gondol valamire, az megnöveli az abban foglaltak bekövetkezésének valószínűségét;
 - 2) **morális**: az egyént az az – esetenként vallásos meggyőződésből is származó – feltevés vezeti, hogy valamit elgondolni egyenértékű azzal, hogy megvalósítjuk azt, amit gondolunk



Kognitív szempontú intervenciók II.

- **a túlzott felelősségérzet**
 - **kumulatív valószínűség** (Tallis, 1994, 1995): megvizsgáljuk, mely feltételek egymásra épülő sorozatának kell teljesülnie ahhoz, hogy a vélt katasztrófális esemény bekövetkezzen, majd megbecsüljük az egyes események bekövetkeztének valószínűségét és összegezzük ezeket (Tallis, 1995)
- kognitív átstrukturálás, gondolat-stop (Vizin & Csigó, 2015)
- Schwartz-féle négylépcsős önkontroll terápia (Schwartz, 1996)
- DIRT-program (Jones & Menzies, 1998) mosakodási kényszerben szenvedő pácienseknek

A gondolatok jelentőségének túlértékelése

- ***gondolat-cselekvés fúzió***, szélsőséges esetben pedig mint mágikus, babonás gondolkodási forma.
- ***disztorzív karteziánus gondolkodásmód*** – pusztán az, hogy valamely gondolat megjelenik, már jelzi a benne foglaltak jelentőségét:
„Fontosnak kell lennie, hiszen gondolkodom rajta, és gondolkodnom kell rajta, mert fontos.” vagy *„Ez a gondolat fejezi ki azt, valójában ki is vagyok, mi is a valódi természetem.”*
- **korrekció első lépésében** a betegnek vázoljuk, hogy a gondolatok szupressziójára való törekvés miképpen járul hozzá e gondolatok erőteljesebb felbukkanásához. Ezt azzal a jól ismert **kísérlettel demonstrálhatjuk**, amelyben a beteget felszólítjuk, **hogy a következő 5 percben nem szabad a csíkos elefántra gondolnia**.
- „ez fontos kell hogy legyen, hiszen gondolkodom rajta” típusú feltevés megkérdőjelezése és cáfolata érdekében a beteget arra kérjük, hogy **meghatározott ideig figyelje és regisztrálja átfutó gondolatait**, s hamarosan rájön, hogy mennyi jelentéktelen töredék fut végig a fején, akár egészen rövid idő alatt.

Valószínűségi hipotézisen alapuló gondolat-cselekvés fúzió

Eset: egy 55 éves nőbeteg gyakran élt át unokájára vonatkozó kényszergondolatokat, amelyek képileg is megjelenítették a kisgyermek rettenetes rákos betegségét. A nagymama ilyenkor úgy érezte, hogy imádkoznia kell, nehogy ez megtörténjen.

Terápiás beavatkozás:

1. megkérjük a klienst, hogy egy működőképes háztartási gépről naponta 100-szor gondolja el, hogy elromlik, s ennek végén ellenőrizze annak állapotát
2. megkérjük a klienst, hogy hosszú időn keresztül koncentráljon arra, hogy az akváriumban lévő egyik aranyhal elpusztul esetleg azért, mert egy egészen különleges, kívülről is látható színes daganatot kap.

Fokozott felelősség

(1) a klienst arra kérjük, figyelje önmagát, milyen állapotok azok, amelyekben személyes felelősségét rendkívül nagyra értékeli.

(2) a klienst arra kérjük, hogy vádolja meg önmagát, amennyiben igyekszik bebizonyítani, hogy gondolatai miatt felelős valamely súlyos balesetért,

(3) majd ezt követően igyekezzék bizonyítani, mennyire abszurd a feltételezés, hogy azért omlott össze a Pólus Center, mert neki az jutott eszébe, mi lenne, ha nyitva hagyná a mosdó csapjait és a kiömlő víz alámosná az egész épületet.

Perfekcionizmus

- hiedelem: létezik hibátlan, tökéletes megoldás
- szimmetria, a befejezettség, a sorba-rendeződés, a változatlanság stb
- **Gondolatmenet korrekciója:**
 - (1) az első lépés a dichotóm gondolkodásmód megkérdőjelezése lehet: igaz-e, hogy ha nem értek valamit, akkor az már azt jelenti, hogy semmit nem értek.
 - (2) olyan áttekintés használható, amely összehasonlítja annak a helyzetnek az előnyeit és hátrányait, amikor mindent tökéletesen akarunk érteni.
- **Viselkedéses kísérlet:**
 - 1) a kliensnek egy újság kivágását adjunk s mellékelünk egy vastag fekete filctollat.
 - 2) először elolvastatunk a beteggel egy szakaszt úgy, ahogy ő azt rögzítés és a megértés szempontjából jónak gondolja
 - 3) egy következő szakaszt úgy kell olvasnia, hogy az elolvasott részt folyamatosan a filctollal befeketíti
 - 4) ezután összehasonlítjuk a két olvasásmódot a felidézés pontosságát tekintve,
 - 5) eredmény: a kliens feltevése a megértéshez szükséges extra erőfeszítésről megalapozatlan volt

A Schwarz-féle néglépcsős önkontrollos terápia (Scwartz, 1996)

- 1) **Átcímkezés.** A beteg kutatási eredmények, esetleírások, személyes tapasztalatok alapján eljut oda, hogy intruzív gondolatait mint a betegség tünetét kezelje. E szakasz fő **jelszava**: *„Ez nem én vagyok, ez az én kényszerbetegségem”*. Vagyis ahelyett, hogy a beteg ezt az értelmezést adná: *„Úgy érzem, meg kell mosni a kezem, pedig tudom, hogy nincs értelme”*, a következő megfogalmazást kell adnia: *„Kompulzív késztetésem van. Zavar ez a kompulzió.”* *„Üldöz engem ez a kényszergondolat.”*
- 2) **Reattribúció.** Ennek során a betegnek ezt kell magáévá tennie: *„Minden azért zavar engem, mert betegségem van, amit OCD-nek hívnak. Tünetem egy betegség tünete.”*
- 3) **Fókuszváltás.** E lépésben olyan aktivitásformák felelevenítését szorgalmazzák, amelyek alkalmasak a **figyelem elterelésére** a kényszergondolatokról: *„Foglalkozz mással.”*
- 4) **Átértékelés.** A folyamat végére a beteg megérti, hogy intruzív gondolataival nem kell semmit tennie: *„Ez csak egy értelmetlen obszesszió.”*

DIRT- program (Jones és Menzies, 1998)

- Mosakodási kényszerben szenvedő pácienseknek dolgozták ki.

Cél: veszéllyel és fenyegető kimenetellel kapcsolatos kogníciók kezelése.

Lépései:

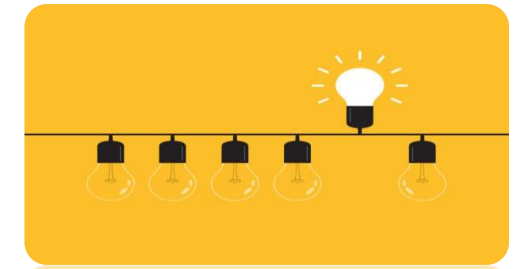
- 1) **Kognitív restrukturálás:** az irracionális hiedelmek feltárása és realisztikusabb hiedelmek ösztönzése.
- 2) **Video-demonstráció:** 10 perces videófilmekben olyan foglalkozásokat űző egyéneket mutatunk be, akik könnyen beszennyeződhetnek, mégis egészségesek maradnak, pl. kertészek, nyomdászok.
- 3) **Mikrobiológiai kísérletek:** a tiszta és piszkos kéz mikrobiológiai vizsgálatának eredményeit mutatják be, amelynek eredményei azonosak.
- 4) **Katasztrófa-valószínűség becslése:** hasonlóan a kumulatív valószínűség becsléséhez a rettegett eseményhez szükséges változók valószínűségének becslése útján eredményként a rendkívüli valószínűtlenséget kapjuk.
- 5) **A figyelmi fókuszt áthelyezése:** relaxáció, alternatív tartalmak keresésével.



Hatékonyságvizsgálatok

- csoportterápiás alkalmazás: fMRI vizsgálatok a terápia hatására az egyes OCD-ben érintett agyi területek megváltozott aktivitását mutatták ki (Freyer és mtsai, 2011; Safak és mtsai, 2014)
- a betegek 50%-a mutat javulást kognitív viselkedésterápiás beavatkozásokra, farmakoterápiás kombinációban ez az arány a 80%-ot is elérheti (Sookman, 2005). (Montgomery, 1999).
- a relapszusok aránya alacsonyabb, mint a kizárólag gyógyszeres kezelésben részesülőké (Simpson, 2013).
- a pszichoterápiás beavatkozásra a különböző típusú kényszerrel küzdő betegek nem egyformán reagálnak: a **legrosszabb prognózisra gyűjtögetési tünetek**, illetve **vallási/szexuális obszessziók** esetén számíthatunk (Mataix-Cols, 2005).
- az egyéb pszichoszociális változók közül a magasabb szorongásszint, a párkapcsolat, saját család hiánya és a munkanélküliség jeleznek rosszabb prognózist (Knopp és mtsai, 2013).

Új hullámok



- SÉMATERÁPIA:

- A sématerápia a hagyományos kognitív viselkedésterápiát azzal egészítette ki, hogy **nagyobb hangsúlyt** kaptak a pszichológiai problémák **gyermek- és serdülőkori eredetének feltárása, imaginatív technikák, a terapeuta-páciens kapcsolata és a maladaptív megküzdési stílusok** (Young és mtsai, 2003).
- Vizsgálati eredmények szerint a kényszerbetegeknél megfigyelhetőek bizonyos tipikus sémák és sémamódok. Kényszerbetegségben a **Szociális Izoláció, a Sérülékenység/Veszélyeztetettség és a Pesszimizmus/Negativizmus** sémák jelennek meg gyakrabban (Atalay és mtsai, 2008).
- A legfontosabb sématerápiás intervenció kényszerbetegség esetén a **páciens edukációja a sémamódokról, a terápiás kapcsolat kialakítása és fenntartása, valamint az élmény alapú imaginációs és Gestalt terápiás beavatkozások**. Ezek a módszerek segítenek abban, hogy az **Elidegenedett Védelmező és a Perfekcionista/Túlkontrolláló Módokat elimináljuk és lehetővé tegyük azt, hogy a páciens képes legyen együttműködni az expozíciós eljárásokkal** (Gross és mtsai, 2012).

- **METAKOGNITÍV TERÁPIA**

- vizsgálat 6 hónapos utánkövetés során igazolta a kényszeres tünetek csökkenését a terápiában résztvevőknél (Fisher & Wells, 2008).
- a módszer csoportos alkalmazásának hatékonysága is igazolást nyert (Ress és Koesveld, 2008).

- **MINDFULNESS ALAPÚ KOGNITÍV VISELKEDÉSTERÁPIA**

- a kényszeres gondolatokat és cselekedeteket az **egyén részének tekinti** ahelyett, hogy különválasztaná azokat az egyén személyiségétől (Singh és mtsai, 2004)
- **célja**, nem a kényszeres gondolatok és cselekedetek megszüntetése, hanem a **megnövekedett frekvencia és intenzitás tudatosítása mindfulness gyakorlatokkal**
- lehetővé teszi az egyén számára, hogy a kényszerbetegség tüneteit **semlegesen detektálja és elfogadja azok jelenlétét**, ahelyett, hogy ítélkezne ezek miatt saját maga felett (Fairfax, 2008).
- lehetővé teszi az egyén számára, hogy tüneteit szélesebb kontextusban lássa, így kevésbé érezze azokat problémának, fokozódhat kompetencia érzése azok megváltoztatására (Singh és mtsai, 2004).
- Hanstede és munkatársai (2008): kontrollált, 8 üléses, csoportos mindfulness terápia során a résztvevők körében számottevően csökkentek a kényszeres tünetek és az ún. gondolat-cselekvés fúzió a résztvevő kontrollcsoporthoz képest.

KÖSZÖNÖM A FIGYELMET!

