

Mag. Urška Battelino¹

Teoretična zasnova metode interpretacije simptomov obsesivno-kompulzivne motnje (OKM)

The theoretical concept of the interpretation
of symptoms of obsessive-compulsive disorder (OCD)

POVZETEK

Obsesivno-kompulzivna motnja (OKM) je pogosta duševna motnja (prevalenca 2–3 %) z visoko obremenilno in spremenljivo simptomatiko, ki se izraža v obliki ponavljajočih se vsiljivih misli (obsesij) in ritualnih dejanj (kompulzij) (World Health Organization, 2003). Pacienti z OKM se dobro odzivajo na zdravljenje s serotonergičnimi antidepresivi; zdravljenje prve izbire predstavljajo selektivni zaviralci ponovnega privzema serotonina ter vedenjsko-kognitivna psihoterapija z metodo izpostavljanja in preprečevanja odziva (Olatunji idr., 2013). Kljub temu da se je psihoanalitično zdravljenje OKM v klinični praksi izkazalo kot visoko učinkovito, ostaja psihoanalitično zdravljenje OKM slabo raziskano in posledično poznano le določenemu deležu strokovnjakov, ki se z njim srečujejo v vsakodnevni praksi. V članku predstavljam psihiatrično in psihoanalitično formulacijo OKM ter patogenezo s poudarkom na psihoanalitični teoriji. V drugem delu članka se osredotočam na teoretično zasnovo psihoanalitične obravnave OKM z uvajanjem teorije konceptualne metafore, na podlagi katere predlagam razvijanje modela za interpretacijo manifestne vsebine obsesivno-kompulzivne simptomatike. Prepoznavanje in razumevanje abstraktnih pomenov posameznikovega konceptualnega sistema lahko služi kot orodje, ki predvsem v psihoanalitični terapiji pomembno prispeva k bolj usmerjeni in konsistentni interpretaciji simboličnega pomena simptomov OKM. Članek predstavlja osnovo za nadaljnje raziskovanje na področju diagnostike in zdravljenja OKM ter z OKM povezane simptomatike.

Ključne besede: obsesivno-kompulzivna motnja, OKM, psihoanaliza, teorija konceptualne metafore, interpretacija simptomov

¹ Magistra psihoterapije Urška Battelino je psihoanalitična psihoterapevtka, supervizorka in učna analitičarka, asistentka na specialističnem študiju psihoanalize na Fakulteti Sigmunda Freuda v Ljubljani.

Urška Battelino MA. Pth is a Psychoanalytical Psychotherapist, supervisor, training analyst and assistant at the Psychoanalytical course at Sigmund Freud University Ljubljana.

Urška Battelino, Cesta na Brdo 109, Ljubljana ; (+386) 41 650 734; ubattelino@gmail.com

ABSTRACT

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a common mental disorder (prevalence 2-3 %) with a highly stressful and variable symptomatology which expresses itself in the form of repetitive and intrusive thoughts (obsessions) and ritual actions (compulsions) (World Health Organization, 2003). Patients with OCD respond well to treatment with serotonergic antidepressants; the first choice of treatment being a combination of selective inhibitors for reuptake of serotonin and cognitive behavioural psychotherapy with the method of exposure and prevention of response (Olatunji etc., 2013). Even though the psychoanalytic treatment of OCD in clinical practice has proven itself as highly effective, the psychoanalytic treatment of OCD is poorly researched and subsequently known only to a handful of experts that face OCD on a daily basis. This paper will present a psychiatric and psychoanalytic formulation of OCD and its pathogenesis with an emphasis on psychoanalytic theory. The second part of the paper focuses on the theoretical concept behind the psychoanalytic treatment of OCD by introducing the conceptual metaphor theory which is my suggested basis for developing a model for the interpretation of obsessive-compulsive symptomatology. Recognition and understanding of the abstract meanings of an individual's conceptual system can serve as a tool that, especially during psychoanalytic therapy, makes an important contribution towards a more oriented and consistent interpretation of the symbolic meaning of OCD symptoms. The paper also highlights the basis for further research into the diagnosis and treatment of OCD and into the symptomatology that is linked with OCD.

KeyWords: obsessive-compulsive disorder, OCD, psychoanalysis, conceptual metaphor theory, interpretation of symptoms

EXTENDED ABSTRACT

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) represents one of the most common and one of the most stressful mental disorders (Stein and Fineberg, 2015; Torres etc., 2015; WHO, 2003). Research has over time developed various explanations as to the origins of the disorder, from psychodynamic to neurobiological, and yet today we still do not have a reliable method of treatment because the disorder has only a partial response to a wide range of different interventions (Baldessarini, 2013; Bloch, 2017; Burguiere etc., 2015; Pauls etc., 2014). In this article I introduce the theoretical concept underpinning the psychoanalytic treatment of OCD which is derived from the conceptual metaphor theory and is based on the interpretation of the manifest content of obsessive-compulsive symptomatology with the purpose of accessing the original unconscious conflicts and determining how to solve them.

The psychiatric model usually explains OCD as being biologically conditioned because research has constantly shown consistent neurobiological patterns alongside the connection with genetic heredity. The results of neurological research of OCD patients have shown that there is a consistent connection between specific nerve pathways and neurotransmitters. In comparison to a healthy subject OCD patients have increased metabolism in the orbitofrontal cortex, front cingulate cortex and basal core (Burguiere etc., 2015; Gabbard, 2001; Nakao, Okada and Kanba, 2014; Pauls, 2018; Taylor, 2016). Treatment of the disorder in the psychiatric model consists of serotonergic antidepressants

and/or cognitive behavioural therapy, often with exposure and prevention of a response (Gabbard, 2001; McKay etc., 2015; Kullgard etc., 2013; Olatunji etc., 2004; Öst etc., 2015).

The psychoanalytic model links the development of OCD with the suppression of psychological conflicts or unwanted content into the unconscious. It also explains the disorder as a consequence of anxiety during childhood and an unresolved Oedipus complex which causes the patient's regression towards defence mechanisms of the anal phase such as reactive formation, acting-out, nullification and isolation of the affect (Gabbard, 2001). Alongside OCD psychoanalytic theory also introduces obsessive-compulsive personality disorder (OCPD) which is explained by modern psychoanalysis as a consequence of poor balance between high degrees of aggression and a harsh superego (Kernberg, 1984; Kullgard etc., 2013; McWilliams, 2017). While OCD and OCPD traditionally represent the same incidence in the continuum some theoretical constructs and clinical experiences separate them (Gabbard, 2001; Pitman and Jenike, 1989; Baer etc. 1990; Stein and Hollander, 1993). Differentiation between OCD and OCPD is important when deciding about the therapeutic approach. A key research criterion is authenticity of what are termed real obsessions and compulsions within OCD which are egodystonic. A patient with OCD with compulsions usually decreases anxiety due to contentious and causally unrelated obsessive thoughts while a patient with OCPD uses obsessive strategies with arguments of efficiency and experiences them as egosyntonic (Gabbard, 2001; Georgiva, Panayotov and Valentino, 2014; Lingardi and McWilliams, 2017; McCullough and Maltsberger, 1995).

The psychoanalytic approach treats mental disorder symptoms through both a sample approach as well as semantic approach and the central working concept is to use a free association method to be aware of and to articulate suppressed unconscious contents (Stanghellini and Mancini, 2017). Psychoanalytic treatment connects each mental event with at least one psychological cause. It attributes significance for a patient to all mental events and while doing so it takes into account the existence of the dynamic unconscious (Brakel, 2009). In psychoanalytical treatment the symptom is understood as a communication and as a sign (signifier) that represents mental content (signified). The treatment goal that is derived from this is to reach an understanding of the latent symptom message. In this context the symptom can express suppressed anger, is the product of a defence mechanism or it exists as a non-mentalized fragment of emotions and experience (Lacan, 2005; Stanghellini and Mancini, 2017). We observe and understand the mental life of the patient in the psychoanalytical paradigm through the prism of symbolism and metaphors. The correctness of such an approach is confirmed by the findings of modern cognitive science that concrete concepts, which are sensorially inaccessible to a person, can be accessed with abstract concepts (Hopkins, 2002). Modern cognitive science accepts that metaphorical language is not arbitrary, unmotivated, rhetorical or artistic but encompasses a person's perception, thinking, attribution of meanings, creation and everyday communication (Bratož, 2010; Gentner, Bowdle, Wolff and Boronat, 2001; Radman, 2015). Metaphor theory illustrates that the metaphor is a fundamental constructive mental process with which humans conceptualize their experiences (Wallerstein, 2011). These concepts are in line with metaphor work as a cross-field translocation which is the base component of the psychoanalytic clinical approach (Lakoff, 1997).

The metaphor can be understood as a basic human way of organizing experiences, imagination and behaviour. Metaphors are used to facilitate the understanding of more

or less complex abstract concepts for instance in science atoms may be illustrated as beads, light as fluid or in everyday life seeing crossroads in life, nourishing feelings like plants (Bono, 1990; Finatto, 2010; Wallerstein, 2011). In psychotherapy the patient uses symbolic language to convey his unconscious and conscious messages to the psychotherapist which are then translated into a frame of reference for the patient's current circumstances and past experiences by means of the psychotherapist's interpretation. Sometimes whole segments of a psychotherapist's work can become focused on understanding a few of the patient's leading metaphors which reflect a certain early experience that stayed dynamically active and causes suffering in the form of symptoms in an adult person (Arlow, 1979; Lakoff, 2016). The work with a metaphor or cross-field translocation has always been a basic component of the psychoanalytic clinical approach although other terms are traditionally used to describe the same phenomena, e.g. translocation and condensation as well as term symbol instead of metaphor (Lakoff, 1997; Modell, 2009).

Utilising knowledge of the conceptual language of the patient's inner world we can understand a patient's mental experience and, consequently, the language of symptoms (Frank, 1986; Lakoff and Johnson, 1980). One of the implications of the metaphorical nature of a person's cognitive and affective processing is also the interpretation of diverse and variable OCD symptomatology (Lakoff, 2016; Leckman etc., 1997; Summerfeldt etc., 1999; Wallerstein, 2011). The characteristics of OCD symptomatology are changeability and variety which have limited several attempts at categorization of symptoms without accepted consensus (García-Soriano, 2011; Leckman etc., 1997; McKay etc., 1999; Summerfeldt etc., 1999). OCD symptoms can show as fear of dirt or contamination with microorganisms, fear of mistakes, the need for order, symmetry or precision as well as frequent washing and cleaning, refusal of handshakes and touching of things, accessories and objects and constant arranging of things in a certain way (Georgiva, Panayotov and Valentino, 2014). For all these symptoms the neurobiological paradigm finds the same neurobiological equivalents, which points toward individual and specific determinants of their design (Okada, 2015; Pauls etc., 2014; Stein and Fineberg, 2015). The psychoanalytic tradition of interpretation with regard to the elements of the modern conceptual metaphor theory offers tools for searching for individual and specific determinants with the identification of cross-field translocations.

In the article I illustrate the interpretation of the meaning of a patient's symptoms with the identification of cross-field translocation in a case that is based on a fear of infection which represents one of the typical OCD symptom categories (McKay etc., 2015). Infection is a phenomenon from a concrete area and covers settlement of microorganisms in the host's organism which brings benefits to the microorganism and causes harm to the host (Legan etc., 2019). With the OCD symptom, the meaning of infection is transferred from a concrete field of the operating organism to the abstract field of the psychological. The fear of infection can be interpreted as a message about invasion by some outside living content into a person's mental space and its harmful consequences. The meaning of the host's organism is translocated onto a person's psychic space and the meaning of the microorganism is translocated onto an object. Cross-field translocation also covers the microorganism's or object's ability to exploit which benefits the microorganism or the object but harms the host or the subject. The translocation also shows the meaning of the microorganism's invisibility which translates to subtlety or implicitness of the object's invasion into the subject's space. With the further disclosure

of cross-field translocation's components we can interpret the patient's symptom and discover the patient's inner conflicts, repressed memories and unconscious happenings.

During psychoanalytic treatment there is no striving for indirect symptom removal but rather there is a focus on interpretation of their meaning which leads us to the source of the OCD pathology. The method is based on the associative nature of a person's conceptual operation and the discovery of conceptual connections encourages awareness and reliving of pathogenic content and their gradual desensitization and deactivation (Akhtar, 2007; Novey, 1962; Stolorow and Atwood, 1984). This theoretical framework of symptom interpretation with the use of cross-field translocation gives opportunities to research specific and individual determinants of symptoms' formation. Even though OCD shows itself as relatively homogenous in a neurobiological way and all the universal processes of creation are explained within psychoanalytic theory the high variety and variability without known mechanisms of manifestation on the symptomatic level are characteristic for OCD symptomatology. The research into the origin and transference of OCD symptoms as a translocation mechanism from a concrete field to an abstract field opens up possibilities to discover laws of manifestation of unconscious pathology on the level of specific symptoms.

»Perhaps symptoms are messengers of meaning and will vanish only when their message is comprehended.«

Irvin D. Yalom, *When Nietzsche Wept* (1992)

UVOD

Freud (1926) je obsesivno nevrozo pred slabim stoletjem označil kot najzanimivejši, vendar nerazrešeni predmet analitičnega raziskovanja. Esman (1989) več desetletij pozneje ugotavlja, da postaja problematika obsesivno-kompulzivne motnje (OKM) teoretično vse kompleksnejša, medtem ko na področju njenega zdravljenja ni večjega napredka. Psihiatrična paradigma je z identifikacijo nevrobioloških karakteristik pacientov z obsesivno-kompulzivno simptomatiko v zadnjih dveh desetletjih napovedovala uspešno farmakološko obvladovanje in zdravljenje OKM, vendar pa študije dolgotrajnih izidov ugotavljajo majhen odstotek popolne remisije (Baldessarini, 2013; Bloch idr., 2013; Micali idr., 2010). Širok nabor alternativnih medicinskih, psihoterapevtskih in psihosocialnih metod zdravljenja OKM kaže, da ostaja motnja delno odzivna na različne vrste intervenc, kot so kognitivna psihoterapija, izpostavljanje ob preprečevanju odziva, terapija čuječnosti in sprejemanja, družinske nastanitvene intervence, nukleotidna in alternativna zdravljenja, funkcionalna nevrokirurgija, globoka možganska stimulacija, različni intenzivni pristopi zdravljenja itn. (Bloch, 2017). Stein in Fineberg (2015) kot priporočila za zdravljenje OKM navajata selektivne zaviralce vnovičnega privzema serotonina ter vedenjsko-kognitivno psihoterapijo z izpostavljanjem in preprečevanjem odziva. Sama v preglednem članku predstavljam teoretično zasnovo psihoanalitične obravnave OKM z uvajanjem teorije konceptualne metafore, na podlagi katere predlagam razvijanje modela za interpretacijo manifestne vsebine obsesivno-kompulzivne simptomatike.

Psihiatrični model OKM

OKM velja za eno najpomembnejših psihiatričnih motenj, saj epidemiološke raziskave kažejo, da gre za eno najpogostejših in najbolj obremenilnih simptomatik (Stein in Fineberg, 2015; Torres idr., 2015). Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj (DSM) OKM opredeljuje z diagnostičnimi kriteriji prisotnosti obsesij (vztrajnih in ponavljajočih se neprijetnih misli) in kompulzij (prisilnih dejanj, katerih cilj je zmanjšanje tesnobe), ki zahtevajo več kot uro časa dnevno, povzročajo klinično pomembno stisko ali otežujejo opravljanje vsakdanjih obveznosti. OKM se razlikuje od obsesivno-kompulzivne osebnostne motnje (OKOM), ki jo DSM opredeljuje kot širok osebnostni vzorec preokupacije s perfekcionizmom, redom in nadzorom nad odnosi ter duševnim delovanjem za ceno človekove učinkovitosti, fleksibilnosti in odprtosti. Ključni razlikovalni kriterij med motnjama je ta, da je simptomatika OKM egodistona, simptomatika OKOM pa egosintona (American Psychiatric Association, 2013).

Klasična psihiatrija OKM po navadi razlaga kot biološko pogojeno motnjo, saj so rezultati nevroloških raziskav pokazali, da pri pacientih z OKM obstajajo konsistentne povezave med specifičnimi živčnimi potmi in živčnimi prenašalci (Burguiere idr., 2015; Nakao, Okada in Kanba, 2014; Pauls idr., 2014; Stein in Fineberg, 2015). Prav tako so nevroznanstvene raziskave potrdile povezavo med klinično izraženo simptomatiko OKM in pacientovo genetsko zasnovo (Gabbard, 2001; Kullgard idr., 2013; Pauls idr., 2014; Pauls, 2018; Taylor, 2016). Raziskave kažejo, da imajo pacienti z OKM v primerjavi z zdravimi

preiskovanci povečan metabolizem v orbitofrontalnem korteksu, prednjem cingulatnem korteksu in repatem bazalnem jedru (Gabbard, 2001). Psihiatrična priporočila za zdravljenje OKM praviloma vključujejo farmakološko zdravljenje s selektivnimi zaviralci vnovičnega privzema serotonina in/ali vedenjsko-kognitivno terapijo, pri čemer se je v dosedanjih raziskavah zdravljenje z izpostavljanjem in preprečevanjem odziva izkazalo kot najučinkovitejše (Gabbard, 2001; McKay idr., 2015; Kullgard idr., 2013; Olatunji idr., 2004; Öst idr., 2015). Glede na to, da je učinkovitost vedenjsko-kognitivne psihoterapije najbolj raziskana, moramo pri interpretaciji rezultatov tovrstnih raziskav upoštevati predvsem pristranskost njihovega prednostnega financiranja (McWilliams, 2017).

Psihoanalitična formulacija OKM

Zgodovina psihoanalitičnega razumevanja in zdravljenja OKM sega vse od Freudovega (1909) opisa Podganarja. Prva objava obsesivno-kompulzivne nevroze je v psihoanalitično literaturo vnesla bogato psihodinamično formulacijo nastanka in OKM je ena od duševnih motenj, ki jih psihoanalitična teorija najpogosteje obravnava. Psihoanaliza OKM definira kot pojav bolezenskih simptomov, obsesivnih misli in prisilnih vedenj, ki nastanejo zaradi potlačevanja psihičnih konfliktov ali neželenih vsebin v nezavedno. Klasična psihoanaliza pojav simptomov OKM razlaga kot posledico anksioznosti, ki nastane v otroški dobi (okoli 3. leta starosti), in sicer zaradi nerazrešenega Ojdipovega kompleksa. Ta povzroča regresijo pacienta do analnofazne vzpostavitve obrambnih mehanizmov, vključno z reakcijsko tvorbo, vzdejanjem (ang. acting-out) in izničevanjem ter izolacijo vpliva. Do regresije v analno fazo prihaja zaradi prisotnosti analnih fiksacij, ki nastanejo zaradi motenj med fazo toaletnega treninga (Gabbard, 2001). Freud je jasno opazil povezanost trme, natančnosti, nagnjenosti h kopičenju pri obsesivno-kompulzivnem odraslem ter odpor otroka med učenjem nadzora nad odvajanjem. Povezanost je tej specifični psiho-loški sliki nadela ime »analni karakter« (Kernberg, 1984; McWilliams, 2017).

Psihoanalitične teorije OKM se za razliko od psihiatričnih modelov tradicionalno manj osredotočajo na specifično obsesivno-kompulzivno simptomatiko, namesto tega pa več predvsem na OKOM (Kullgard idr., 2013). OKOM pogosto umeščajo v nevrotični spekter in med osebnostne sindrome, za katere so značilni manj kritični simptomi (Kernberg, 1984; McWilliams, 2017). Sodobni psihoanalitični diskurz OKOM pojasnjuje kot posledico slabega ravnovesja med visokimi stopnjami agresije in krutim nadjazom, ki temelji na identifikaciji s pomembnimi drugimi, pri čemer je agresija lahko vrojena ali pa je posledica zatrite jeze. Pri slednji je razvoj zanjo značilnega osebnostnega sloga pogojen s prekomernim starševskim ali skrbniškim nadzorovanjem otroka. Ti od otroka pričakujejo prehitro zrelost ter mu vzbujajo občutke sramu in krivde, če njihovih pričakovanj ne izpolnjuje (Kernberg, 1984; Lingiardi in McWilliams, 2017; McWilliams, 2017). Po sodobni psihoanalitični teoriji sta za OKOM značilni lastnosti togost in trma, ki sta namenjeni zaščiti in upravljanju z doživljanjem, hkrati pa tudi izražanju sovražnih želja z uporabo obrambnih mehanizmov, kot so izolacija, reakcijska tvorba in izničevanje. Poskusi upravljanja z agresivnimi impulzi se izražajo kot kompulzivno vedenje, neuspeh pri tem pa spodbuja povečano rigidnost ter močno potrebo po nadzoru in avtonomiji (Blatt, Auerbach in Levy, 1997; Kullgard idr., 2013; Levy, Blatt in Shaver, 1998).

Pri odločanju o terapevtskem pristopu upoštevamo, da je pomembno razlikovanje osebnosti od simptomatskih sindromov, organskih možganskih sindromov in motenj psihotičnega spektra (Lingiardi in McWilliams, 2017; Pinto, Steinglass, Greene, Weber

in Simpson, 2014). Ritualizirano vedenje lahko na primer odraža OKM, ki ni povezana z osebnostjo, lahko predstavlja pervazivno OKOM, lahko izraža psihotično blodnjo ali pa je kompulzivno izvajanje ritualov posledica organskega možganskega sindroma (Lingiardi in McWilliams, 2017). Medtem ko sta OKM in OKOM tradicionalno obliki iste pojavnosti na kontinuumu, nekateri teoretični konstrukti in klinične izkušnje kažejo, da gre za dve različni entiteti (Baer idr., 1990; Gabbard, 2001; Pitman in Jenike, 1989; Stein in Hollander, 1993). Ocenjeno je, da okoli 6 % pacientov z OKM izpolnjuje tudi diagnostične kriterije za OKOM (Gabbard, 2001).

Simptomi OKM zajemajo različne oblike, in sicer so med obsesijami pogosti strah pred umazanijo ali kontaminacijo z mikroorganizmi, strah pred napakami, potreba po redu, simetriji ali natančnosti, med kompulzijami pa kopanje, prhanje ali umivanje rok, zavračanje rokovanja in dotikanja kljuk, preverjanje naprav, pripomočkov in predmetov ter stalno urejanje stvari na določen način. Za OKOM sta značilna preokupacija z urejenostjo in perfekcionizmom, a za potrditev diagnoze praviloma pričakujemo prisotnost štirih od naslednjih simptomov: preokupacija s podrobnostmi; perfekcionizem, ki posega v dokončanje nalog; pretirana predanost delu; nefleksibilnost glede moralnih in etičnih vprašanj; kopičenje neuporabnih predmetov; težave pri zaupanju nalog drugim in sodelovanju z drugimi; varčnost in/ali trma (Georgiva, Panayotov in Valentino, 2014).

Ključna razlika med OKM in OKOM je prisotnost t. i. pravih obsesij in kompulzij pri OKM. Medtem ko pacient z OKM s kompulzijami zmanjšujejo tesnobo zaradi praviloma vsebinsko in kavzalno nepovezanih obsesivnih misli, oseba z OKOM obsesivne strategije uporablja z argumentom učinkovitosti (Georgiva, Panayotov in Valentino, 2014). Pacienti z OKM svojo simptomatiko pogosteje doživljajo kot egodistono, ob njej doživljajo večje stiske ter pomoč poiščejo zaradi simptomov OKM. Nasprotno so simptomi OKOM pogosto ego-sintoni in neredko večjo stisko kot pacientu samemu povzročajo okolici, oseba pa pomoč poišče prej zaradi posledičnih konfliktov z okolico (Gabbard, 2001; Georgiva, Panayotov in Valentino, 2014; McCullough in Maltzberger, 1995; Rasmussen in Eisen, 1989). Motnji se razlikujeta tudi v tem, da pacienti z OKM dejanjem in ritualom namenjajo veliko več svojega časa, resnost simptomov pa skozi čas niha, medtem ko je simptomatika OKOM manj obremenilna, vendar je motnja kronična in večinoma trajna. Oseba z OKOM po navadi ne poišče pomoči, dokler simptomatika ne začne bistveno vplivati na kakovost življenja, zdravljenje pa največkrat zahteva dolgotrajno psihoterapijo. Zdravila so lahko v pomoč pri posebej težavnih simptomih, ki močno ovirajo normalno funkcioniranje posameznika ter povzročajo hudo stisko (Georgiva, Panayotov in Valentino, 2014).

Patogeneza in zdravljenje OKM v psihoanalitični psihoterapiji

Čeprav sta etiologija in patogeneza obsesivno-kompulzivne simptomatike jasno pogojeni z genetskimi procesi (Pauls, 2008; Taylor, 2016), so ključnega pomena pri razvoju in izražanju simptomov tudi psihosocialni stresorji. Klinično delo s pacienti z OKM kaže, da povečan stres ali vračanje izhodiščnih pacientovih konfliktov lahko poslabša simptome, medtem ko jih zmanjšanje napetosti lahko ublaži (Adams idr., 2018; Brander idr., 2016; Gabbard, 2001). Dva izmed situacijskih faktorjev, ki pogosto pogojujejo razvoj OKM, sta na primer nosečnost in nega otroka (Buttolph in Holland, 1990; Forray, Focseneanu, Pittman, McDougle in Epperson, 2010; Neziroglu, Anemone in Yaryura-Tobias, 1992; Russell, Fawcett in Mazmanian, 2013; Upadhyaya in Sharma, 2012). Ne glede na to, ali so obsesivno-kompulzivni simptomi biološkega izvora ali ne, za pacienta vedno predstavljajo

nezavedne pomene, ki lahko pogojujejo visoko motivacijo za vzdrževanje simptomov. Karakterne značilnosti pacientov z OKM v nekaterih primerih tudi zmanjšujejo prizadevanje pacientov za zdravljenje. V teh primerih psihoanalitična psihoterapija pomembno doprinese k razreševanju simptomatike in etiologije. Prisilna vedenja in obsesivne misli namreč prinašajo pomene, ki jih je treba obravnavati (Gabbard, 2001).

Psihoanalitični koncepti že od Freuda naprej simptome duševnih motenj obravnavajo tako z vidika vzroka kot z vidika njihovega pomena, pri čemer je osrednji delovni koncept psihoanalize z metodo prostih asociacij ozavestiti in ubesediti potlačene nezavedne vsebine. Etiologija in semantika simptomov sta pri tem povezani ter se nanašata na dve patogenetski poti: simptom kot posledica travme ali simptom kot posledica konflikta (Stanghellini in Mancini, 2017). Klasična psihoanalitična teorija občutke anksioznosti povezuje s konfliktom med nezavednimi potrebami in zahtevami realnosti, medtem ko nezavedno obrambo, ki se izraža v obliki simptoma, razlaga kot kompromisno razrešitev tega simptoma (Freud, 2001). Psihoanalitični pristop obravnava simptome v okviru treh osnovnih predpostavk: (1) da je vsak duševni dogodek pogojen vsaj z enim duševnim vzrokom, ki ga je mogoče razložiti na psihološki osnovi; (2) da vsi duševni dogodki lahko imajo za pacienta psihološki pomen ter (3) da moramo upoštevati obstoj dinamičnega nezavednega, saj sicer duševni dogodki niso niti psihološko razložljivi niti psihološko pomembni (Brakel, 2009). Vzorce simptomov lahko razumemo izključno v kontekstu pacientove osebnosti in njegovega duševnega delovanja, saj je simptomatika eksplicitni izraz njegovega načina soočanja in spoprijemanja z življenjskimi izkušnjami. Psihoanalitični pristop simptomov tako ne obravnava kot izoliranih pojavov ter predpostavlja, da njihovo odpravljanje ne prinaša dolgotrajnega in celostnega ozdravljenja (Lingiardi in McWilliams, 2017).

Za razliko od medicinske paradigme, katere cilj klinične obravnave je simptom prepoznati, razložiti in odstraniti, je torej cilj psihoanalitične obravnave simptom razumeti z vidika latentnega sporočila, ki ga prenaša (Stanghellini in Mancini, 2017). Simptom v psihoanalitični obravnavi namreč razumemo kot način pacientove komunikacije med nezavednim in zavestnim ter kot znak (označevalec, *signifier*), ki zastopa duševno vsebino (označeno, *signified*) (Lacan, 2005). Medtem ko nekateri simptomi izražajo potlačeno željo in so proizvod delovanja obrambnih mehanizmov, drugi obstajajo kot nementalizirani fragmenti čustev in doživljanja (Stanghellini in Mancini, 2017). Pri razumevanju pomena simptomov se lahko opremo na teorijo konceptualnih sistemov, ki pojasnjuje konceptualno govorico pacientovega notranjega sveta (Barsalou, 2012; Lakoff in Johnson, 1980). Ta namreč odraža način organizacije pacientovega lastnega duševnega delovanja, kar vključuje način procesiranja, organizacije in reprezentacije dražljajev oz. informacij, pomenov, vsebin in njihovih medsebojnih povezav tako na duševni kot nevronske ravni (Barsalou, 2012; Mahon, 2015). Z uporabo spoznanj konceptualne govorice pacientovega notranjega sveta torej lahko razumemo pacientovo duševno doživljanje in posledično govorico simptomov OKM (Frank, 1986; Lakoff in Johnson, 1980). Tako kot se človekov osebni način konceptualizacije in organizacije doživljanja ter delovanja odraža v nekaterih jezikovnih vsebinah, se odraža tudi v govorici sanj, v njegovih dejanjih in vedenju (Lakoff in Johnson, 1980; Malt idr., 2015).

Konceptualna metafora v psihoanalitični psihoterapiji

Psihoanalitični pristop se že od svojih začetkov razvija z zavedanjem, da je velik del duševnega življenja mogoče opazovati in razumeti skozi prizmo simbolizma in metaforike v širšem pomenu (Hopkins, 2002). Freud je temeljno pravilo psihoanalitične tehnike in klinično situacijo ponazoril z metaforo: kot da bi potnik na vlaku svojemu sopotniku na sosednjem sedežu poročal o tem, kaj opazi, ko gleda skozi okno (Wallerstein, 2011). Psihoanalitiki so v razvoju teoretičnih konceptov dodatno oblikovali številne druge pomembne metafore, na primer prikaz človekove duševnosti kot ledene gore in treh komponent psihičnega aparata (ono, jaz, nadjaz), lupinasto strukturo narcisističnega selfa itn. (Elliott, 2015; Johnson, 1987; Masterson, 1988). Psihoanalitična teorija ni bila osamljeni primer pri oblikovanju metafor, saj so za namene ponazoritev abstraktnih konceptov s prispodobami prepredene tudi druge znanstvene discipline: atome v kemiji ponazarjamo kot kroglice; svetlobo v fiziki ponazarjamo kot delce ali valujočo tekočino, besedam v jezikoslovju določamo korene, tako tudi rastlinam ipd. (Bono, 1990; Finatto, 2010). Kljub temu je metafora v filozofiji, teoriji jezika in na različnih znanstvenih področjih dolgo veljala za sredstvo, uporabljeno v posebne komunikacijske namene, ter bila kot govorna figura predmet teoretičnih diskusij o umetnosti in retoriki (Čeh Steger, 2005; Modell, 2009; Wallerstein, 2011).

Ozko razumevanje pojavnosti in funkcije metafore je ob koncu 20. stoletja presegla kognitivno-lingvistična perspektiva. Lakoff in Johnson (1980) sta v okviru kognitivnega jezikoslovja opredelila osnovne karakteristike metafore in pojasnila, da je temeljna funkcija metafore olajšati ali sploh omogočiti razumevanje abstraktnih pojavov. Dodatno sta pojasnila, da metafora po navadi nima umetniške ali estetske vloge ter da jo neopazno in brez truda v vsakdanjem jeziku uporabljajo vsi govorniki. Avtorja sta prav tako poudarila, da metafora ni jezikovni okrask, pač pa neizogibni in bistveni vidik človeškega govora, mišljenja in sklepanja.

V današnjem času kognitivna znanost sprejema, da metaforični jezik ni arbitraren, nemotiviran, retoričen ali umetniški, pač pa vgrajen v človekovo zaznavanje, osmišljanje, pripisovanje pomenov, ustvarjanje in vsakdanje sporazumevanje (Bratož, 2010; Gentner, Bowdle, Wolff in Boronat, 2001; Radman, 2015). Wallerstein (2011) v prispevku »Metafora v psihoanalizi: breme ali blagoslov?« razloži, da ljudje življenje dojemamo kot potovanje (na primer: *kam odhajamo, smo na razpotju*), čas kot tekočino (na primer: *ure in dnevi tečejo*), čustva kot rastline (na primer: *čustva gojimo*). Na ta način si s pomočjo konkretnih konceptov, ki so nam senzorično dostopnejši, olajšamo ravnanje z abstraktnimi koncepti. Kognitivno-lingvistična teorija metafore ponazarja, kako metafora ni duševni proizvod, temveč temeljni, konstruktivni in naravni duševni proces, s katerim človek konceptualizira svet in svojo življenjsko izkušnjo (Wallerstein, 2011). Modell (2009) dodaja, da je metafora izraz istega nevrofiziološkega procesa, kot je jezik sam, in da oba procesa, tako metaforo kot jezik, pogojujejo iste kognitivne in afektivne kapacitete.

Delo z metaforo kot čezpodročno preslikavo je že od nekdaj osnovna komponenta psihoanalitičnega kliničnega pristopa (Lakoff, 1997). Čeprav Freud (2001) sam ni uporabljal termina metafora, sta njegova pojma premeščanje in kondenzacija, ki ju je opredelil kot temeljna mehanizma sanj in značilnost delovanja nezavednega, pravzaprav osnovna procesa metafore. Pri interpretaciji sanj je namesto o metaforah govoril o simbolih, ki se v semiotiki od metafore razlikujejo po univerzalnosti. Simbole opredeljujemo kot

brezosebne metafore, katerih pomen je (implicitno) dogovorjen in izhaja iz kulturne konvencije. Tako Freud kot njegovi nasledniki pa se v resnici zanimamo za osebne in idiosinkratične pomene, torej pravzaprav za metafore (Modell, 2009). Freud (2001) je na primer predpostavil, da simbolizem ni specifična sanjske funkcije, ampak karakteristika nezavednega kot takega, zaradi česar se tudi stalno manifestira v ljudski folklori, mitih in legendah, jezikovnih idiomih, pregovorih in vsakdanjih šalah. Ugotovitve sodobne kognitivne znanosti ter izsledki več desetletij trajajočega raziskovanja konceptualnih metaforičnih sistemov potrjujejo vseprisotno naravo metaforičnih mehanizmov, in sicer tako v nezavednih kot v zavestnih duševnih procesih (Lakoff, 1997, 2016; Petrovna, 2017; Radman, 2015).

Pri tvorbi sanj ima metaforični sistem generativno vlogo, kar pomeni, da manifestna oblika sanj nastane s konceptualno preslikavo njenih latentnih pomenov. Za percepcijo in izražanje abstraktnega v budnem stanju ljudje uporabljamo isti naravni mehanizem in tako abstraktne pomene povezujemo s konkretnimi pomeni (Lakoff, 2016). Metaforo je s tem mogoče razumeti kot temeljni vidik načina, kako človeška misel združuje izkušnje in organizira realnost. Tako v budnem stanju kot med sanjanjem potekajo nezavedni metaforični procesi, katerih temeljni funkciji sta obdelava in organizacija doživljanja ter ravnanja. Tudi psihoterapija je v svojem bistvu metaforična aktivnost. Pacient v terapiji (kot tudi v vsakdanjem življenju) namreč ubesedi svoje zaznave, izkušnje in doživljanja s pomočjo metafor, medtem ko poskuša psihoterapevt pacientov metaforični jezik razumeti ter v diskurzu pacientovega konceptualnega sistema izrazom pripisati ustrezne pomene (Arlow, 1979). Pacient torej z manifestno, simbolično govorico posreduje psihoterapevtu svoja nezavedna in zavestna sporočila, ki jih psihoterapevt s pomočjo interpretacije prenaša v pomenski okvir pacientovega trenutnega doživljanja in njegovega doživljanja preteklosti (Arlow, 1979; Lakoff, 2016). Nemaokrat se v psihoterapiji terapevtska dinamika razvije na način, da postanejo celotni segmenti psihoterapevtskega dela osredotočeni na razumevanje le nekaj vodilnih pacientovih metafor, saj te pogosto odsevajo določeno pacientovo zgodnjo izkušnjo, ki je ostala dinamično aktivna in pri odraslem povzroča trpljenje v obliki telesnih in/ali duševnih simptomov (Arlow, 1979).

Razumevanje metaforične narave človekovega kognitivnega in afektivnega procesiranja odpira možnost različnih implikacij v psihoterapiji (Lakoff, 2016; Wallerstein, 2011). Ena izmed teh je interpretacija govorice simptomov duševnih motenj, med katerimi je OKM še posebej specifična z vidika raznovrstnosti in spremenljivosti simptomatike (Leckman idr., 1997; Summerfeldt idr., 1999). Heterogena simptomatika se pri vsakem pacientu manifestira drugače in različni poskusi klasifikacije ter kategorizacije obsesivno-kompulzivnih simptomov niso dosegli konsenza glede determinant njihove vsebine (García-Soriano, 2011; Leckman idr., 1997; McKay idr., 2004; Summerfeldt idr., 1999). Tudi biološka paradigma ne oblikuje predpostavk glede vrste, oblike ali manifestne vsebine obsesivno-kompulzivnega simptoma, pač pa ugotavlja enake nevrobiološke ekvivalente različnih simptomatskih slik (Okada, 2015; Pauls idr., 2014; Stein in Fineberg, 2015). Možnosti tovrstnega raziskovanja ponujata bogata psihoanalitična tradicija interpretacije pomenov in sodobna teorija konceptualnih metaforičnih sistemov duševnega delovanja z identifikacijo čezpodročnih preslikav.

Primer interpretacije pomena pacientovega simptoma z identifikacijo čezpodročne preslikave lahko ponazorimo na hipotetičnem primeru strahu pred okužbo, ki predstavlja eno glavnih kognitivnih dimenzij simptomov OKM (McKay idr., 2015). Okužba

na konkretnem področju biološkega delovanja predstavlja naselitev mikroorganizmov v organizmu gostitelja v namen izkoriščanja gostiteljevih virov za potrebe mikroorganizma, kar ima za organizem gostitelja škodljive posledice (Legan idr., 2019). Če vsebino pomena okužbe s konkretnega področja biološkega delovanja preslikamo na abstraktno področje psihičnega, simptom lahko interpretiramo kot strah pred vdorom zunanje žive vsebine v človekov zasebni psihični prostor ter škodljivo aktivnost te zunanje žive vsebine v človekovem psihičnem prostoru. Vsebina konkretnega pomena gostiteljevega organizma se preslika na vsebino abstraktnega pomena človekovega psihičnega prostora, vsebina konkretnega pomena mikroorganizma pa na vsebino abstraktnega pomena zunanjega objekta. Prav tako se čezpodročno preslika dejavnost, in sicer izkoriščevalska aktivnost mikroorganizma oz. zunanjega objekta, ki mikroorganizmu oz. zunanjemu objektu koristi, organizmu gostitelja oz. subjektu pa škoduje. Iz preslikave lahko razberemo tudi pomen nevidnosti mikroorganizma, ki se preslika na pomen subtilnosti in implicitnosti poseganja objekta v subjektov psihični prostor. V psihoanalitični psihoterapiji identificiramo nadaljnje mikrokomponeente preslikave ter skušamo odkrivati, na katere pacientove objektne odnose se preslikava nanaša, na katere spomine, dogodke ali situacije ipd.

Identifikacija čezpodročne preslikave nam tako pomaga pri interpretaciji pacientovega simptoma, ki nas usmerja v odkrivanje njegovih notranjih konfliktov, potlačenih spominov in neozaveščenega dogajanja. Osnovna psihoanalitična metoda spodbuja asociativno naravo delovanja človekovega konceptualnega sistema ter pacientu odpira širok prostor za odkrivanje konceptualnih povezav, ozaveščanje vsebin in podoživljanje, kar omogoča postopno desenzitizacijo in deaktivacijo patogenih vsebin (Akhtar, 2007; Novey, 1962; Stolorow in Atwood, 1984). Psihoanalitična obravnava si tako ne prizadeva za neposredno odpravljanje simptomov, pač pa se osredotoča na interpretacijo njihovega pomena in geneze. Raziskovanje pomena in geneze simptoma vodi do izvorov in vzrokov patologije, zdravljenje pa temelji na principu spodaj-gor (Leichsenring in Steinert, 2016). Dostop do patogenih nezavednih vsebin lahko poteka s kratko ponazorjeno metodo identifikacije čezpodročnih preslikav, ki nas vodi od manifestne do latentne vsebine, nosilke patologije. V članku predstavljeni teoretični okvir ponuja konceptualno podlago za prenos metode v prakso in s tem odpira možnosti za nadaljnje empirično raziskovanje.

Zaključek

OKM je duševna motnja z visoko prevalenco in (možno) visoko stopnjo obremenilnosti, ki že več desetletij spodbujata aktivni razvoj različnih pristopov zdravljenja. Z nevropsihiatričnega vidika se za zdaj OKM kaže kot relativno homogena, za njeno simptomatiko pa sta značilni posebej visoka raven raznovrstnosti in spremenljivosti, ki motivirata poskuse klasifikacije in kategorizacije simptomov. Čeprav nevropsihiatrična paradigma opisuje nekatere enoznačne etiološke determinante in psihoanalitična teorija univerzalne procese nastanka motnje, mehanizmi manifestacije niso pojasnjeni na ravni vsebine simptomov. V preglednem članku predstavljam osnutek teoretičnega okvira za razvoj interpretacijskega instrumentarija simptomov OKM. Za interpretacijo simptomov predlagam uporabo pristopov teorije konceptualnih sistemov, ki so v psihoanalitični psihoterapiji že prisotni kot principi interpretacije sanj in se ponujajo kot metoda empiričnega raziskovanja simptomov OKM. V zasnovo uvajam teorijo konceptualne metafore ter predlagam, da je nastanek in premeščanje simptomov OKM mogoče pojasniti z mehanizmi čezpodročnih preslikav posameznikovega konceptualnega sistema. Pri oblikovanju predloga izhajam iz

predpostavke generativne vloge konceptualnih sistemov pri tvorbi simptomatike OKM, razumevanje nastanka simptomov pa pogojujem z identifikacijo čezpodročnih preslikav.

LITERATURA

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatric Pub.
- Adams, T. G., Kelmendi, B., Brake, C. A., Gruner, P., Badour, C. L., in Pittenger, C. (2018). The role of stress in the pathogenesis and maintenance of obsessive-compulsive disorder. *Chronic stress*, 2(1), 1–11.
- Akhtar, S. (2007). Diversity without fanfare: Some reflections on contemporary psychoanalytic technique. *Psychoanalytic Inquiry*, 27(5), 690–704.
- Arlow, J. A. (1979). Metaphor and the psychoanalytic situation. *The psychoanalytic quarterly*, 48(3), 363–385.
- Baer, L., Jenike, M. A., Ricciardi, J. N., Holland, A. D., Seymour, R. J., Minichiello, W. E., in Buttolph, M. L. (1990). Standardized assessment of personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*, 47(9), 826–830.
- Baldessarini, R. J. (2013). *Chemotherapy in psychiatry*. New York: Springer Press.
- Barsalou, L. W. (2012). The human conceptual system. Spivey, J. M., McRae, K., Joanise, M. F. (ur.), *The Cambridge handbook of psycholinguistics* (239–258). Cambridge: Cambridge University Press.
- Blatt, S. J., Auerbach, J. S., in Levy, K. N. (1997). Mental representations in personality development, psychopathology and the therapeutic process. *Review of general psychology*, 1(4), 351–374.
- Bloch, M. H. (2017). Natural history and long-term outcome of OCD. V Pittenger, C. (ur.), *Obsessive-compulsive Disorder: phenomenology, pathophysiology and treatment* (51–59). Oxford: Oxford University Press.
- Bloch, M. H., Green, C., Kichuk, S. A., Dombrowski, P. A., Wasyluk, S., Billingslea, E. ... in Coric, V. (2013). Long-term outcome in adults with obsessive-compulsive disorder. *Depression and anxiety*, 30(8), 716–722.
- Bono, J. J. (1990). Science, discourse, and literature: the role/rule of metaphor in science. V Peterfreund, S. (ur.), *Literature and science: theory and practice* (59–89). Boston: Unwin Hyman.
- Brakel, L. A. (2009). *Philosophy, psychoanalysis and the a-rational mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Brander, G., Pérez-Vigil, A., Larsson, H., in Mataix-Cols, D. (2016). Systematic review of environmental risk factors for obsessive-compulsive disorder: A proposed roadmap from association to causation. *Neuroscience & biobehavioral reviews*, 65(1), 36–62.
- Bratož, S. (2015). *Metafore našega časa*. Koper: Fakulteta za management.
- Burguiere, E., Monteiro, P., Mallet, L., Feng, G., in Graybiel, A. M. (2015). Striatal circuits, habits, and implications for obsessive-compulsive disorder. *Current opinion in neurobiology*, 30(1), 59–65.
- Buttolph, M. L., in Holland, A. D. (1990). Obsessive-compulsive disorders in pregnancy and childbirth. V Jenike, M. A., Baer, L., in Minichiello, W. E. (ur.), *Obsessive-compulsive disorders: theory and management* (89–95). Chicago: Year Book Medical Pub.
- Coles, M. E., Pinto, A., Mancebo, M. C., Rasmussen, S. A., in Eisen, J. L. (2008). OCD with comorbid OCPD: a subtype of OCD? *Journal of psychiatric research*, 42(4), 289–296.
- Čeh Steger, J. (2005). Pogledi na metaforo. *Jezik in slovstvo*, 50(3/4), 75–86.
- Elliott, A. (2015). *Psychoanalytic theory: an introduction*. Macmillan International New York: Higher Education.
- Esman, A. H. (1989). *Psychoanalysis and general psychiatry: obsessive-compulsive disorder as*

- paradigm*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 37(2), 319–336.
- Finatto, M. J. B. (2010). Metaphors in scientific and technical languages: challenges and perspective. *Delta: documentação de estudos em lingüística teórica e aplicada*, 26(1), 645–656.
- Forray, A., Focseneanu, M., Pittman, B., McDougle, C. J., in Epperson, C. N. (2010). Onset and exacerbation of obsessive-compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period. *The journal of clinical psychiatry*, 71(8), 1061–1068.
- Frank, J. D. (1986). Psychotherapy – the transformation of meanings: discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 79(6), 341–346.
- Freud, S. (1909). Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose. *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschung*, 1(2), 357–421.
- Freud, S. (2001). Inhibicija, simptom in tesnoba. *Problemi: revija za kulturo in družbena vprašanja*, 39(1/2), 7–90.
- Freud, S. (1926). *Inhibitions, symptoms and anxiety*. The complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth Press.
- Gabbard, G. O. (2001). Psychoanalytically informed approaches to the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychoanalytic inquiry*, 21(2), 208–221.
- García-Soriano, G., Belloch, A., Morillo, C., in Clark, D. A. (2011). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: From normal cognitive intrusions to clinical obsessions. *Journal of anxiety disorders*, 25(4), 474–482.
- Gentner, D., Bowdle, B., Wolff, P., in Boronat, C. (2001). Metaphor is like analogy. V Gentner, D., Holyoak, K. J., Holyoak, K. J., in Kokinov, B. N. (ur.), *The analogical mind: Perspectives from cognitive science* (199–253). Massachusetts: MIT Press.
- Georgiva, G. N., Panayotov, P. K., in Valentinova, G. S. (2014). Obsessive compulsive disorder vs obsessive compulsive personality disorder. *Современная наука: теоретический и практический взгляд*, 29(1), 227–229.
- Hopkins, J. (2002). Psychoanalysis, metaphor and the concept of mind. V Levine, M. (ur.), *Analytic Freud* (23–47). London: Routledge.
- Johnson, S. M. (1987). *Humanizing the narcissistic style*. Menlo Park: WW Norton & Co.
- Katz, S. M. (2013). *Metaphor and fields: common ground, common language, and the future of psychoanalysis*. London: Routledge.
- Kernberg, O. (1984). *Object-relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.
- Kullgard, N., Persson, P., Möller, C., Falkenström, F., in Holmqvist, R. (2013). Reflective functioning in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD)-preliminary findings of a comparison between reflective functioning (RF) in general and OCD-specific reflective functioning. *Psychoanalytic psychotherapy*, 27(2), 154–169.
- Lacan, J. (2007). Sintom. *Problemi: revija za kulturo in družbena vprašanja*, 45(4/5), str. 139–162. (1975–76). Paris: Seuil.
- Lakoff, G. (1997). How unconscious metaphorical thought shapes dreams. V Stein, D. J. (ur.), *Cognitive science and the unconscious* (89–120). New York: American Psychiatric Pub.
- Lakoff, G. (2016). How metaphor structures dreams. V Bulkeley, K. (ur.), *Dreams* (265–284). New York: Palgrave Macmillan.
- Lakoff, G., in Johnson, M. (1980). The metaphorical structure of the human conceptual system. *Cognitive science*, 4(2), 195–208.
- Leckman, J. F., Grice, D. E., Boardman, J., Zhang, H., Vitale, A., Bondi, C. ... in Goodman, W. K. (1997). Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *American journal of psychiatry*, 154(7), 911–917.

- Legan, M., Petrovič, D., in Sket, D. (2019). *Slovenski medicinski slovar*. Ljubljana: Medicinska fakulteta.
- Leichsenring, F., in Steinert, C. (2016). Psychodynamic therapy of obsessive compulsive disorder: principles of a manual guided approach. *World psychiatry*, 15(3), 293–294.
- Levy, K. N., Blatt, S. J., in Shaver, P. R. (1998). Attachment styles and parental representations. *Journal of personality and social psychology*, 74(2), 407–419.
- Lingiardi, V., in McWilliams, N. (2017). *Psychodynamic diagnostic manual*. New York: Guilford Press.
- Mahon, B. Z. (2015). Missed connections: A connectivity constrained account of the representation and organization of object concepts. V Margolis, E., in Laurence, S. (ur.), *The conceptual mind: new directions in the study of concepts* (79–116). Massachusetts: MIT Press.
- Malt, B. C., Gennari, S. P., Imai, M., Ameel, E., Saji, N., in Majid, A. (2015). Where are the concepts? What words can and can't reveal. *The conceptual mind: new directions in the study of concepts* (291–326). Massachusetts: MIT Press.
- Masterson, J. F. (1988). *The search for the real self: Unmasking the personality disorders of our age*. London: Taylor & Francis.
- McCullough, P. K., in Maltzberger, T. (1995), Obsessive-compulsive personality disorder. V Gabbard, G. O. (ur.), *Treatments of psychiatric disorders* (1851–1861). Washington: American Psychiatric Press.
- McKay, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Kyrios, M., Radomsky, A., Sookman, D. ... in Wilhelm, S. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: symptoms versus mechanisms. *Clinical psychology review*, 24(3), 283–313.
- McKay, D., Sookman, D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Stein, D. J., Kyrios, M. ... in Veale, D. (2015). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*, 225(3), 236–246.
- McWilliams, N. (2017). *Psihoanalitična diagnostika*. Ljubljana: UMCO.
- Micali, N., Heyman, I., Perez, M., Hilton, K., Nakatani, E., Turner, C., in Mataix-Cols, D. (2010). Long-term outcomes of obsessive-compulsive disorder: follow-up of 142 children and adolescents. *The British journal of psychiatry*, 197(2), 128–134.
- Modell, A. H. (2009). Metaphor – The bridge between feelings and knowledge. *Psychoanalytic inquiry*, 29(1), 6–11.
- Nakao, T., Okada, K., in Kanba, S. (2014). Neurobiological model of obsessive-compulsive disorder: evidence from recent neuropsychological and neuroimaging findings. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 68(8), 587–605.
- Neziroglu, F., Anemone, R., in Yaryura-Tobias, J. A. (1992). Onset of obsessive-compulsive disorder in pregnancy. *American journal of psychiatry*, 149(7), 947–950.
- Novey, S. (1962). The principle of “working through” in psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 10(4), 658–676.
- Okada, K., Nakao, T., Sanematsu, H., Murayama, K., Honda, S., Tomita, M. ... in Kanba, S. (2015). Biological heterogeneity of obsessive-compulsive disorder: A voxel based morphometric study based on dimensional assessment. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 69(7), 411–421.
- Olatunji, B. O., Cottraux, J., Rosenfield, D., Tart, C. D., Powers, M. B., Smits, J. A. J. (2013). Behavioral Versus Cognitive Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: An Examination of Outcome and Mediators of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(3), 415–428.
- Öst, L. G., Havnen, A., Hansen, B., in Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014. *Clinical psychology review*, 40(1), 156–169.
- Pauls, D. L. (2018). The genetics of obsessive compulsive disorder: a review of the evidence. *American journal of medical genetics part C: seminars in medical genetics*, 148(2), 133–139.
- Pauls, D. L., Abramovitch, A., Rauch, S. L., in Geller, D. A. (2014). Obsessive-compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. *Nature reviews neuroscience*, 15(6), 410.
- Petrovna, P. T. (2017). *Metaphor in cognitive sciences*. Moskva: Moscow State University.
- Pinto, A., Steinglass, J. E., Greene, A. L., Weber, E. U., in Simpson, H. B. (2014). Capacity to delay reward differentiates obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive personality disorder. *Biological psychiatry*, 75(8), 653–659.
- Pitman, R. K., in Jenike, M. A. (1989). Normal and disordered compulsivity: evidence against a continuum. *The journal of clinical psychiatry*, 50(12), 450–452.
- Radman, Z. (ur.). (2015). *From a metaphorical point of view: a multidisciplinary approach to the cognitive content of metaphor*. Berlin: Walter de Gruyter GmbH & Co KG.
- Rasmussen, S. A., in Eisen, J. L. (1989). Clinical features and phenomenology of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric annals*, 19(2), 67–73.
- Russell, E. J., Fawcett, J. M., in Mazmanian, D. (2013). Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. *The journal of clinical psychiatry*, 74(4), 377–385.
- Stanghellini, G., in Mancini, M. (2017). The meaning of symptoms in the psycho-dynamic paradigm. V Stanghellini, G., in Mancini, M. (ur.), *The therapeutic interview in mental health: a values-based and person-centered approach* (21–24) Cambridge: Cambridge University Press.
- Stein, D. J., in Hollander, E. (1993). The spectrum of obsessive-compulsive related disorders. V Hollander, E. (ur.), *Obsessive-compulsive related disorders* (241–270). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Stein, D. J., Fineberg, N., in Reghunandan, S. (2015). *Obsessive-compulsive and related disorders*. Oxford: Oxford Psychiatry Library.
- Stolorow, R. D., in Atwood, G. E. (1984). Psychoanalytic phenomenology: Toward a science of human experience. *Psychoanalytic inquiry*, 4(1), 87–105.
- Summerfeldt, L. J., Richter, M. A., Antony, M. M., in Swinson, R. P. (1999). Symptom structure in obsessive-compulsive disorder: a confirmatory factor-analytic study. *Behaviour research and therapy*, 37(4), 297–311.
- Taylor, S. (2016). Disorder specific genetic factors in obsessive compulsive disorder: A comprehensive meta analysis. *American journal of medical genetics part B: neuropsychiatric genetics*, 171(3), 325–332.
- Torres, A. R., Fontenelle, L. F., Shavitt, R. G., Hoexter, M. Q., Pittenger, C., in Miguel, E. C. (2017). Epidemiology, comorbidity and burden of OCD. V Pittenger, C. (ur.), *Obsessive-compulsive disorder: phenomenology, pathophysiology, and treatment* (156–189). Oxford: Oxford University Press.
- Upadhyaya, S. K., in Sharma, A. (2012). Onset of obsessive compulsive disorder in pregnancy with pica as the sole manifestation. *Indian journal of psychological medicine*, 34(3), 276–278.
- Wallerstein, R. S. (2011). Metaphor in psychoanalysis: Bane or blessing? *Psychoanalytic inquiry*, 31(2), 90–106.
- World Health Organization (2003). *Global programme on evidence for health policy. Guidelines for WHO guidelines*. Geneva: World Health Organization.