

TEORETIČNA ZASNOVA METODE INTERPRETACIJE SIMPTOMOV OBSESIVNO- KOMPULZIVNE MOTNJE (OKM)

Urška Battelino¹

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). Zaradi dobre odzivnosti sestavljajo zdravljenje prve izbire selektivni zaviralci ponovnega privzema serotonina in vedenjsko-kognitivna psihoterapija z metodo izpostavljanja in preprečevanja odziva. Visoko učinkovitost v klinični praksi kaže tudi psihoanalitično zdravljenje, vendar ostaja slabo raziskano in poznano le ožjemu krogu strokovnjakov. V članku je predstavljena psihiatrična in psihoanalitična formulacija OKM in patogeneza s poudarkom na psihoanalitični teoriji. Poudarek je na teoretični zasnovi psihoanalitične obravnave OKM z uvajanjem teorije konceptualne metafore, na podlagi katere se predlaga 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 in z OKM povezane simptomatike.

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

1. Magistra psihoterapije, psihoanalitična psihoterapevtka, asistentka; Fakulteta za psihoterapevsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani, Trubarjeva cesta 65, 1000 Ljubljana
E-naslov: ubattelino@gmail.com
Moška slovnična oblika zapisa v prispevku je uporabljena kot nevtralna za ženski in moški spol.

1 UVOD

Freud (1926) je obsesivno nevrozo pred slabim stoletjem označil kot najzanimivejši, vendar nerazrešeni predmet analitičnega raziskovanja. Esman (1989) je desetletja pozneje ugotavljal, da postaja problematika obsesivno-kompulzivne motnje (v nadaljevanju 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 študije dolgotrajnih izidov ugotavljajo majhen odstotek popolne remisije (Baldessarini, 2013; Bloch in sod., 2013; Micali in sod., 2010). Širok nabor alternativnih medicinskih, psihoterapevtskih in psihosocialnih metod zdravljenja OKM kaže, da ostaja motnja delno odzivna na različne vrste intervencij, kot so kognitivna psihoterapija, izpostavljanje ob preprečevanju odziva, terapija čuječnosti in sprejemanja, družinske nastanitvene intervencije, nukleotidna in alternativna zdravljenja, funkcionalna nevrokirurgija, globoka možganska stimulacija, različni intenzivni pristopi zdravljenja itn. (Bloch, 2017). V preglednem članku predstavim teoretično zasnovo psihoanalitične obravnave OKM z uvajanjem teorije konceptualne metafore, na podlagi katere predlagam razvoj modela za interpretacijo manifestne vsebine obsesivno-kompulzivne simptomatike.

2 PSIHIATRIČNI MODEL OKM

OKM velja za eno najpogostejših psihiatričnih motenj z eno najbolj obremenilnih simptomatik (Stein in Fineberg, 2015; Torres in sod., 2015). Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj (DSM) OKM opredeljuje z obsesijami (vztrajne in ponavljajoče se neprijetne misli) in kompulzijami (prisilna dejanja, katerih cilj je zmanjšati tesnobo), 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 za ceno 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 običajno razlaga kot biološko pogojeno, saj raziskave kažejo konsistentne povezave med specifičnimi živčnimi potmi in živčnimi prenašalci, prav tako pa povezave klinično izražene simptomatike s pacientovo genetsko zasnovo

(Burguiere in sod., 2015; Gabbard, 2001; Kullgard in sod., 2013; Nakao, Okada in Kanba, 2014; Pauls, 2018; Pauls in sod., 2014; Stein in Fineberg, 2015; Taylor, 2016). Psihiatrična priporočila za zdravljenje OKM vključujejo zdravljenje s selektivnimi zaviralci vnovičnega privzema serotonina in/ali vedenjsko-kognitivno terapijo z izpostavljanjem in preprečevanjem odziva (Gabbard, 2001; Kullgard in sod., 2013; McKay in sod., 2015; Öst in sod., 2015; Stein in Fineberg, 2015).

3 PSIHOANALITIČNA FORMULACIJA OKM

Tudi psihoanalitična teorija OKM pogosto obravnava in jo definira kot pojav simptomov, obsesivnih misli in prisilnih vedenj, ki nastanejo zaradi psihičnih konfliktov ali potlačevanja neželenih vsebin. Klasična psihoanaliza OKM razlaga kot posledico anksioznosti, ki nastane okoli 3. leta starosti, in sicer zaradi nerazrešenega Ojdipovega kompleksa. Ta povzroča regresijo pacienta do analnofaznih obrambnih mehanizmov, vključno z reakcijsko tvorbo, vzdejanjem (angl. *acting-out*) in izničevanjem ter izolacijo vpliva. Do regresije v analno fazo prihaja zaradi analnih fiksacij, ki nastanejo med toaletnim treningom (Gabbard, 2001). Povezanost trme, natančnosti, nagnjenosti h kopičenju pri obsesivno-kompulzivnem odraslem z odporom otroka med učenjem nadzora nad odvajanjem je psihološki sliki nadela ime analni karakter (Kernberg, 1984; McWilliams, 2017). Psihoanalitične teorije poleg OKM obravnavajo tudi OKOM, ki jo umeščajo med osebne sindrome (Kernberg, 1984; Kullgard in sod., 2013; McWilliams, 2017). OKOM povezujejo z visokimi stopnjami agresije in krutim nadjazom, ki sta posledica vrojene ali zatrte jeze in čezmernega nadzorovanja otroka z vzbujanjem sramu in krivde ob neizpolnjevanju pričakovanj (Kernberg, 1984; Lingiardi in McWilliams, 2017; McWilliams, 2017). OKOM je okarakterizirana z močno potrebo po nadzoru in avtonomiji, s togostjo v funkciji zaščite in upravljanja z doživljanjem in z uporabo obrambnih mehanizmov, kot so izolacija, reakcijska tvorba in izničevanje (Blatt, Auerbach in Levy, 1997; Kullgard in sod., 2013; Levy, Blatt in Shaver, 1998). Medtem ko sta OKM in OKOM tradicionalno obliki iste pojavnosti na kontinuumu, sodobnejši teoretični konstrukti in klinične izkušnje kažejo, da gre za dve različni entiteti (Baer in sod., 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, razlikovanje pa je pomembno pri odločanju o terapevtskem pristopu (Gabbard, 2001; Lingiardi in McWilliams, 2017; Pinto, Steinglass, Greene, Weber in Simpson, 2014).

Ključna razlika med OKM in OKOM je prisotnost t. i. pravih obsesij in kompulzij pri OKM (Georgiva, Panayotov in Valentino, 2014). Pacient z OKM simptomatiko

običajno doživlja kot egodistono, ob njej doživlja večje stiske in zaradi simptomov poišče pomoč. Nasprotno so simptomi OKOM pogosto egosintoni in neredko večjo stisko kot pacientu samemu povzročajo okolici, pomoč pa oseba prej poišče zaradi posledičnih konfliktov z okolico (Gabbard, 2001; Georgiva, Panayotov in Valentino, 2014; McCullough in Maltzberger, 1995; Rasmussen in Eisen, 1989). Pacient z OKM dejanjem in ritualom namenja veliko več svojega časa, resnost simptomov pa skozi čas niha, medtem ko je simptomatika OKOM manj obremenilna, vendar je motnja večinoma trajna (Georgiva, Panayotov in Valentino, 2014). Za OKOM so značilni preokupacija s podrobnostmi, perfekcionizem, pretirana predanost delu, nefleksibilnost, kopičenje, težave z zaupanjem in sodelovanjem z drugimi, varčnost in/ali trma. Simptomi OKM pa zajemajo različne specifične oblike, med obsesijami pogosto strah pred umazanijo ali kontaminacijo z mikroorganizmi, strah pred napakami, potrebo po redu, simetriji ali natančnosti, med kompulzijami pa kopanje, prhanje ali umivanje rok, zavračanje rokovanja in dotikanja kljuk, preverjanje naprav, pripomočkov in predmetov in stalno urejanje stvari na določen način (Georgiva, Panayotov in Valentino, 2014).

4 PATOGENEZA IN ZDRAVLJENJE OKM V PSIHOANALITIČNI PSIHOTERAPIJI

Psihoanalitični koncepti simptome že obravnavajo z vzročnega in pomenskega vidika, osrednja delovna metoda pa je s prostimi asociacijami ozavestiti in ubesediti potlačene nezavedne vsebine. Semantiko simptomov povezujemo z njihovo etiologijo, ki se nanaša na dve patogenetski poti: na travmo ali konflikt (Stanghellini in Mancini, 2017). Klasična psihoanalitična teorija občutke anksioznosti povezuje s konfliktom med nezavednimi potrebami in zahtevami realnosti, nezavedno obrambo, ki se izraža v obliki simptoma, pa razlaga kot kompromisno razrešitev tega konflikta (Freud, 2001). Psihoanalitični pristop predpostavlja: 1) da je vsak duševni dogodek pogojen vsaj z enim duševnim vzrokom, ki ga je mogoče razložiti na psihološki osnovi, 2) ima lahko vsak duševni dogodek za pacienta psihološki pomen in 3) moramo pri razlagi pomena upoštevati obstoj dinamičnega nezavednega (Brakel, 2009). Simptomatika je s tem razumljena kot eksplicitni izraz soočanja in spoprijemanja z izkušnjami, simptomi pa niso izolirani pojavi, zato zgolj njihovo odpravljanje ne prinaša dolgotrajnega in celostnega ozdravljenja (Lingiardi in McWilliams, 2017).

Simptoma v psihoanalitični obravnavi ni dovolj le prepoznati in odstraniti, ampak razumeti njegovo latentno sporočilo in se nanj ustrezno odzivati (Stanghellini

in Mancini, 2017). Simptom razumemo kot način pacientove komunikacije med nezavednim in zavednim in kot znak znak - eksplisitni (angl. *signifier*), ki zastopa implicitno duševno vsebino - označeno (Lacan, 2005). Branje simptomov je ključna komponenta zdravljenja, zato je pomemben razvoj interpretativnih orodij, ki razbiranje pomena simptomov olajšajo. V ta namen je v nadaljevanju predstavljena teorija konceptualnih sistemov, ki pojasnjuje povezanost organizacije človekovega duševnega delovanja na ravni procesiranja, organizacije in reprezentacije dražljajev, informacij, pomenov, vsebin in njihovih medsebojnih povezav (Barsalou, 2012; Mahon, 2015). Opazovanje pacientove konceptualne govorice, ki se odraža v jezikovnih vsebinah, govoricah sanj, njegovih dejanjih in vedenju, nam pomaga prepoznavati nezavedne vsebine njegovega notranjega sveta in preteklosti (Barsalou, 2012; Frank, 1986; Lakoff in Johnson, 1980; Malt in sod., 2015).

5 KONCEPTUALNA METAFORA V PSIHOANALITIČNI PSIHOTERAPIJI

Psihoanalitični pristop se razvija z zavedanjem, da je velik del duševnega življenja mogoče opazovati in razumeti skozi prizmo simbolizma oz. metaforike (Hopkins, 2002). Ozko razumevanje zgolj estetske funkcije metafore je razširila kognitivnolingvistična perspektiva, ki je odkrila temeljno funkcijo metafore v človekovem procesiranju abstraktnih pojavov in jo prepoznala kot neizogibni vidik človeškega duševnega delovanja (Lakoff in Johnson, 1980). Iz teh spoznanj izhajajoča teorija konceptualne metafore pojasnjuje, da metaforika ni arbitrarna, nemotivirana, retorična ali umetniška, ampak je vgrajena v človekovo zaznavanje, osmišljanje, pripisovanje pomenov, ustvarjanje in sporazumevanje (Bratož, 2010; Gentner, Bowdle, Wolff in Boronat, 2001; Radman, 2015). Jezikovne uresničitve kažejo, da ljudje življenje dojemamo kot potovanje (nekam odhajamo, smo na razpotju), čas kot tekočino (ure in dnevi tečejo), čustva kot rastline (čustva gojimo) in si tako s pomočjo konkretnih konceptov, ki so nam senzorično dostopnejši, olajšamo ravnanje z abstraktnimi koncepti. Metafora je v tem kontekstu temeljni, konstruktivni in naravni duševni proces, s katerim človek konceptualizira svet in svojo življenjsko izkušnjo na način preslikavanja konceptov s področja abstraktnega na področje konkretnega (Wallerstein, 2011).

Delo z metaforo kot takšno čezpodročno preslikavo je osnovna komponenta psihoanalitičnega kliničnega pristopa (Lakoff, 1997). Čeprav Freud (2001) ni uporabljal termina metafora, sta njegova pojma premeščanje in kondenzacija osnovna metaforična procesa. Namesto o metaforah je govoril o simbolih (ki no-

sijo univerzalne kulturne pomene), čeprav se je zanimal predvsem za osebne in idiosinkratične pomene, torej prej za metafore (Modell, 2009). Predpostavil je, da je simboličnost (tj. metaforičnost) karakteristika nezavednega kot takega, zaradi česar se stalno manifestira v kulturnih pojavih, vseprisotno naravo metaforičnih mehanizmov v zavednih in nezavednih duševnih procesih pa potrjuje sodobna kognitivna znanost (Freud, 2001; Lakoff, 1997, 2016; Petrovna, 2017; Radman, 2015). Pri nezavednem in zavednem procesiranju konceptualni metaforični sistem med drugimi opravlja generativno vlogo, kar pomeni, da manifestne oblike izrazov nastajajo s konceptualno preslikavo latentnih pomenov (Lakoff, 2016).

Tudi psihoterapija je v svojem bistvu metaforična aktivnost. Pacient z manifestno, metaforično govorico v obliki besed, ravnanj in simptomov izraža svoje zaznave, izkušnje in doživljanja in posreduje svoja nezavedna in zavedna sporočila, psihoterapevt pa skuša vsebine razumeti v diskurzu pacientovega konceptualnega sistema in izrazom pripisati ustrezne pomene (Arlow, 1979; Lakoff, 2016). Razumevanje metaforične narave človekovega kognitivnega in afektivnega procesiranja olajša interpretacijo govornice simptomov duševnih motenj, med katerimi je OKM z vidika raznovrstnosti in spremenljivosti simptomatike še posebej specifična (Lakoff, 2016; Leckman in sod., 1997; Summerfeldt in sod., 1999; Wallerstein, 2011). Heterogena simptomatika se pri vsakem pacientu manifestira drugače, zato številni poskusi klasifikacije in kategorizacije niso dosegli konsenza glede determinant vsebine simptomov (García-Soriano, 2011; Leckman in sod., 1997; McKay in sod., 2004; Summerfeldt in sod., 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 in sod., 2014; Stein in Fineberg, 2015).

Interpretacijo pomena pacientovega simptoma z identifikacijo čezpodročne preslikave lahko ponazorimo na primeru strahu pred okužbo, ki predstavlja eno tipičnih kategorij simptomov OKM (McKay in sod., 2015). Okužba je pojav s področja konkretnega in zajema naselitev mikroorganizma v organizmu gostitelja, kar prinaša koristi za mikroorganizem in povzroča škodo gostitelju (Legan in sod., 2019). Pri simptomu OKM se koncept okužbe s področja konkretnega (delovanja organizma) prenese na področje abstraktnega, psihičnega. Strah pred okužbo lahko interpretiramo kot sporočilo o vdoru aktivne zunanje žive vsebine v posameznikov duševni prostor. Koncept gostiteljevega organizma se preslika na človekov psihični prostor, koncept mikroorganizma pa na objekt. Čezpodročna preslikava zajema izkoriščevalsko aktivnost mikroorganizma oz. objekta, ki mikroorganizmu oz. objektu koristi, gostitelju oz. subjektu pa

škoduje. Iz preslikave razberemo tudi koncept nevidnosti mikroorganizma, ki se preslikava na subtilnost posega objekta v subjektivni prostor. Z nadaljnjim razkrivanjem komponent čezpodročne preslikave interpretiramo pacientov simptom in odkrivamo pacientove notranje konflikte, potlačene spomine, nezaveščena dogajanja. Odkrivanje konceptualnih povezav spodbuja ozaveščanje in podoživljanje patogenih vsebin, njihovo postopno desenzitizacijo in deaktivacijo (Akhtar, 2007; Novey, 1962; Stolorow in Atwood, 1984).

6 ZAKLJUČEK

OKM je duševna motnja z visoko prevalenco in (možno) visoko stopnjo obremenitvenosti, kar že več desetletij spodbuja razvoj različnih načinov zdravljenja. Čeprav se z nevropsihiatričnega vidika kaže kot relativno homogena in psihoanalitična teorija opisuje univerzalne procese nastanka, sta za simptomatiko OKM značilni posebej visoka raven raznovrstnosti in spremenljivosti. Slednji motivirata poskuse klasifikacije in kategorizacije simptomov in odkrivanje mehanizmov njihovega nastajanja. V psihoanalitični obravnavi si ne prizadevamo za neposredno odpravljanje simptomov, ampak se osredotočamo na interpretacijo njihovega pomena, ki nas vodi do izvorov patologije OKM in spodbuja deaktivacijo patogenih vsebin. V članku je predstavljen osnutek teoretičnega okvira za razvoj interpretacijskega instrumentarija, ki temelji na teoriji konceptualnih sistemov. Skladno s teoretičnimi izhodišči navajam, 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 in razreševanje patogenih vsebin pa pogojujem z odkrivanjem čezpodročnih preslikav.

Literatura

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Pub; 2013.
- Adams TG, Kelmendi B, Brake CA, Gruner P, Badour CL, Pittenger C. The role of stress in the pathogenesis and maintenance of obsessive-compulsive disorder. *Chronic stress*. 2018; 2(1): 1–11.
- Akhtar, S. Diversity without fanfare: Some reflections on contemporary psychoanalytic technique. *Psychoanal Inq*. 2007; 27(5): 690–704.
- Arlow JA. Metaphor and the psychoanalytic situation. *The Psychoanal Q*. 1979; 48(3): 363–385.

- Baer L, Jenike MA, Ricciardi JN, Holland AD, Seymour RJ, Minichiello WE, Buttolph ML. Standardized assessment of personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1990; 47(9): 826–830.
- Baldessarini RJ. *Chemotherapy in psychiatry*. New York: Springer Press; 2013.
- Barsalou LW. The human conceptual system. In: Spivey JM, McRae K, Joanise MF, eds. *The Cambridge handbook of psycholinguistics*. Cambridge: Cambridge University Press; 2012: 239–258.
- Blatt SJ, Auerbach JS, Levy KN. Mental representations in personality development, psychopathology and the therapeutic process. *Rev Gen Psychol*. 1997; 1(4): 351–374.
- Bloch MH. Natural history and long-term outcome of OCD. In: Pittenger C, ed. *Obsessive-compulsive Disorder: phenomenology, pathophysiology and treatment*. Oxford: Oxford University Press; 2017: 51–59.
- Bloch MH, Green C, Kichuk SA, Dombrowski PA, Wasylink S, Billingslea E, Coric V, et al. Long-term outcome in adults with obsessive-compulsive disorder. *Depression and anxiety*. 2013; 30(8): 716–722.
- Bono JJ. Science, discourse, and literature: the role/rule of metaphor in science. In: Peterfreund S, ed. *Literature and science: theory and practice*. Boston: Unwin Hyman; 1990: 59–89.
- Brakel LA. *Philosophy, psychoanalysis and the a-rational mind*. Oxford: Oxford University Press; 2009.
- Brander G, Pérez-Vigil A, Larsson H, Mataix-Cols D. Systematic review of environmental risk factors for obsessive-compulsive disorder: A proposed roadmap from association to causation. *Neurosci Biobehav Rev*. 2016; 65(1): 36–62.
- Bratož, S. *Metafore našega časa*. Koper: Fakulteta za management; 2015.
- Burguiere E, Monteiro P, Mallet L, Feng G, Graybiel AM. Striatal circuits, habits, and implications for obsessive-compulsive disorder. *Curr Opin Neurobiol*. 2015; 30(1), 59–65.
- Buttolph ML, Holland AD. Obsessive-compulsive disorders in pregnancy and childbirth. In: Jenike MA, Baer L, Minichiello WE, ed. *Obsessive-compulsive disorders: theory and management*. Chicago: Year Book Medical Pub; 1990: 89–95.
- Coles ME, Pinto A, Mancebo MC, Rasmussen SA, Eisen JL. OCD with comorbid OCPD: a subtype of OCD? *J Psychiatr Res*. 2008; 42(4), 289–296.
- Čeh Steger J. Pogledi na metaforo. *Jezik in slovstvo*. 2005; 50(3/4), 75–86.
- Elliott A. *Psychoanalytic theory: an introduction*. Macmillan International New York: Higher Education; 2015.
- Esman AH. Psychoanalysis and general psychiatry: obsessive-compulsive disorder as paradigm. *J Am Psychoanal Assoc*. 1989; 37(2): 319–336.
- Finatto MJB. Metaphors in scientific and technical languages: challenges and perspective. *Delta: documentação de estudos em lingüística teórica e aplicada*. 2010; 26(1): 645–656.
- Furray A, Focseneanu M, Pittman B, McDougale CJ, Epperson CN. Onset and exacerbation of obsessive-compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71(8): 1061–1068.

- Frank JD. Psychotherapy – the transformation of meanings: discussion paper. *J Royal Soc Med.* 1986; 79(6): 341–346.
- Freud, S. Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose. *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschung.* 1909; 1(2): 357–421.
- Freud, S. Inhibicija, simptom in tesnoba. *Problemi: revija za kulturo in družbena vprašanja.* 2001; 39(1/2), 7–90.
- Freud, S. Inhibitions, symptoms and anxiety. *The complete psychological works of Sigmund Freud.* London: Hogarth Press; 1926.
- Gabbard GO. Psychoanalytically informed approaches to the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychoanal Inq.* 2001; 21(2): 208–221.
- García-Soriano G, Belloch A, Morillo C, Clark DA. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: From normal cognitive intrusions to clinical obsessions. *J Anxiety Disord.* 2011; 25(4): 474–482.
- Gentner D, Bowdle B, Wolff P, Boronat C. Metaphor is like analogy. In: Gentner D, Holyoak KJ, Holyoak KJ, Kokinov BN, ed. *The analogical mind: Perspectives from cognitive science.* Massachusetts: MIT Press; 2001: 199–253.
- Georgiva GN, Panayotov PK, Valentinova GS. Obsessive compulsive disorder vs obsessive compulsive personality disorder. *Современная наука: теоретический и практический взгляд.* 2014; 29(1): 227–229.
- Hopkins J. Psychoanalysis, metaphor and the concept of mind. In: Levine M, ed. *Analytic Freud.* London: Routledge; 2002: 23–47.
- Johnson SM. *Humanizing the narcissistic style.* Menlo Park: WW Norton & C.; 1987.
- Katz SM. *Metaphor and fields: common ground, common language, and the future of psychoanalysis.* London: Routledge; 2013.
- Kernberg O. *Object-relations theory and clinical psychoanalysis.* New York: Jason Aronson; 1984.
- Kullgard N, Persson P, Möller C, Falkenström F, Holmqvist R. 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. *Psychoanal Psychother.* 2013; 27(2): 154–169.
- Lacan J. Sintom. *Problemi: revija za kulturo in družbena vprašanja.* 2007; 45(4/5): 139–162.
- Lakoff G. How unconscious metaphorical thought shapes dreams. In: Stein DJ, ed. *Cognitive science and the unconscious.* New York: American Psychiatric Pub; 1997: 89–120.
- Lakoff G. How metaphor structures dreams. In: Bulkeley K, ed. *Dreams.* New York: Palgrave Macmillan; 2016: 265–284.
- Lakoff G, Johnson M. The metaphorical structure of the human conceptual system. *Cogn Sci.* 1980; 4(2), 195–208.
- Leckman JF, Grice DE, Boardman J, Zhang H, Vitale A, Bondi C, Goodman WK. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 1997; 154(7): 911–917.
- Legan M, Petrovič D, Sket D. *Slovenski medicinski slovar.* Ljubljana: Medicinska fakulteta; 2019.

- Leichsenring F, Steinert C. Psychodynamic therapy of obsessive compulsive disorder: principles of a manual guided approach. *World psychiatry*. 2016; 5(3), 293–294.
- Levy KN, Blatt SJ, Shaver PR. Attachment styles and parental representations. *J Pers Soc Psychol*. 1998; 74(2): 407–419.
- Lingiardi V, McWilliams N. *Psychodynamic diagnostic manual*. New York: Guilford Press; 2017.
- Mahon BZ. Missed connections: A connectivity constrained account of the representation and organization of object concepts. In: Margolis E, Laurence S, eds. *The conceptual mind: new directions in the study of concepts*. Massachusetts: MIT Press; 2015: 79–116.
- Malt BC, Gennari SP, Imai M, Ameel E, Saji N, Majid A. Where are the concepts? What words can and can't reveal. *The conceptual mind: new directions in the study of concepts*. Massachusetts: MIT Press; 2015: 291–326.
- Masterson JF. *The search for the real self: Unmasking the personality disorders of our age*. London: Taylor & Francis; 1988.
- McCullough PK, Maltsberger T. Obsessive-compulsive personality disorder. In: Gabbard GO, ed. *Treatments of psychiatric disorders*. Washington: American Psychiatric Press; 1995: 1851–1861.
- McKay D, Abramowitz JS, Calamari JE, Kyrios M, Radosky A, Sookman D, Wilhelm S, et al. A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: symptoms versus mechanisms. *Clin Psych Rev*. 2004; 24(3): 283–313.
- McKay D, Sookman D, Neziroglu F, Wilhelm S, Stein DJ, Kyrios M, Veale D. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2015; 225(3): 236–246.
- McWilliams N. *Psihoanalitična diagnostika*. Ljubljana: UMCO; 2017.
- Micali N, Heyman I, Perez M, Hilton K, Nakatani E, Turner C, Mataix-Cols D. Long-term outcomes of obsessive-compulsive disorder: follow-up of 142 children and adolescents. *Br J Psychiatry*. 2010; 197(2): 128–134.
- Modell AH. Metaphor, the bridge between feelings and knowledge. *Psychoanal Inq*. 2009; 29(1): 6–11.
- Nakao T, Okada K, Kanba S. Neurobiological model of obsessive-compulsive disorder: evidence from recent neuropsychological and neuroimaging findings. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2014; 68(8): 587–605.
- Neziroglu F, Anemone R, Yaryura-Tobias JA. Onset of obsessive-compulsive disorder in pregnancy. *Am J Psychiatry*. 1992; 149(7): 947–950.
- Novey S. The principle of "working through" in psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 1962; 10(4): 658–676.
- Okada K, Nakao T, Sanematsu H, Murayama K, Honda S, Tomita M, Kanba S, et al. Biological heterogeneity of obsessive-compulsive disorder: A voxel based morphometric study based on dimensional assessment. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2015; 69(7), 411–421.
- Öst LG, Havnen A, Hansen B, Kvale G. Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014. *Clin Psychol Rev*. 2015; 40(1): 156–169.

- Pauls DL. The genetics of obsessive compulsive disorder: a review of the evidence. *Am J Med Genet C: Sem Med Gene*. 2018; 148(2): 133–139.
- Pauls DL, Abramovitch A, Rauch SL, Geller DA. Obsessive-compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. *Nat Rev Neurosci*. 2014; 15(6): 410.
- Petrovna PT. *Metaphor in cognitive sciences*. Moskva: Moscow State University; 2017.
- Pinto A, Steinglass JE, Greene AL, Weber EU, Simpson HB. Capacity to delay reward differentiates obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive personality disorder. *Biol Psychiatry*. 2014; 75(8): 653–659.
- Pitman RK, Jenike MA. Normal and disordered compulsivity: evidence against a continuum. *J Clin psychiatry*. 1989; 50(12): 450–452.
- Radman Z. *From a metaphorical point of view: a multidisciplinary approach to the cognitive content of metaphor*. Berlin: Walter de Gruyter GmbH & Co KG.; 2015.
- Rasmussen SA, Eisen JL. Clinical features and phenomenology of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Ann*. 1989; 19(2): 67–73.
- Russell EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2013; 74(4), 377–385.
- Stanghellini G, Mancini M. The meaning of symptoms in the psycho-dynamic paradigm. In: Stanghellini G, Mancini M, ed. *The therapeutic interview in mental health: a values-based and person-centered approach*. Cambridge: Cambridge University Press; 2017: 21–24.
- Stein DJ, Hollander E. The spectrum of obsessive-compulsive related disorders. In: Hollander E, ed. *Obsessive-compulsive related disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1993: 241–270.
- Stein DJ, Fineberg N, Reghunandan S. *Obsessive-compulsive and related disorders*. Oxford: Oxford Psychiatry Library; 2015.
- Stolorow RD, Atwood GE. *Psychoanalytic phenomenology: Toward a science of human experience*. *Psychoanal Inq*. 1984; 4(1): 87–105.
- Summerfeldt LJ, Richter MA, Antony MM, Swinson RP. Symptom structure in obsessive-compulsive disorder: a confirmatory factor-analytic study. *Behaviour research and therapy*. 1999; 37(4): 297–311.
- Taylor S. Disorder-specific genetic factors in obsessive compulsive disorder: A comprehensive meta-analysis. *Am J Med Genet B: Neuropsychiatr Genet*. 2016; 171(3); 325–332.
- Torres AR, Fontenelle LF, Shavitt RG, Hoexter MQ, Pittenger C, Miguel EC. Epidemiology, comorbidity and burden of OCD. In: Pittenger C, ed. *Obsessive-compulsive disorder: phenomenology, pathophysiology, and treatment*. Oxford: Oxford University Press; 2017: 156–189.
- Upadhyaya SK, Sharma A. Onset of obsessive compulsive disorder in pregnancy with pica as the sole manifestation. *Indian J Psychol Med*. 2012; 34(3): 276–278.
- Wallerstein RS. Metaphor in psychoanalysis: Bane or blessing? *Psychoan Inq*. 2011; 31(2): 90–106.