



Obsessive Compulsive Disorder (OCD)

Khafifah Ali^{1*}, Malawati²

¹Mahasiswa Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh, Lhokseumawe, 24351, Indonesia

²Departemen Ilmu Kesehatan Jiwa, RSJ Aceh, Banda Aceh, 23126, Indonesia

*Corresponding Author: khafifah.180610097@mhs.unimal.ac.id

Abstrak

Gangguan obsesif-kompulsif/ Obsessive compulsive disorder (OCD) adalah gangguan kejiwaan ini ditandai dengan obsesi dan kompulsi, yang menghabiskan banyak waktu dan menyebabkan tekanan dan gangguan yang nyata. Wanita juga sekitar 1,6 kali lebih mungkin terkena gangguan tersebut daripada pria. Etiologi OCD itu kompleks, meliputi berbagai faktor, termasuk elemen kognitif, genetik, molekuler, lingkungan, dan saraf. Bukti dari studi kembar menunjukkan predisposisi genetik yang signifikan dengan estimasi heritabilitas sekitar 48%. Diagnosis OCD dengan melakukan penilaian klinis, kriteria diagnostic OCD dan pemeriksaan status mentak. Penatalaksanaan OCD yaitu selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) yang direkomendasikan sebagai obat lini pertama karena khasiat, keamanan, dan tolerabilitasnya yang terbukti. Gangguan obsesif-kompulsif yang dikaitkan dengan gejala menimbun barang secara umum menghasilkan prognosis yang lebih buruk.

Kata Kunci : Gangguan obsesif kompulsif

Abstract

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a psychiatric disorder characterized by obsessions and compulsions that are time-consuming and cause significant distress and impairment. Women are also approximately 1.6 times more likely to be affected than men. The etiology of OCD is complex, involving multiple factors, including cognitive, genetic, molecular, environmental, and neural elements. Evidence from twin studies suggests a significant genetic predisposition with an estimated heritability of approximately 48%. OCD is diagnosed by clinical assessment, OCD diagnostic criteria, and mental status examination. Treatment of OCD involves selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), which are recommended as first-line medications due to their proven efficacy, safety, and tolerability. Obsessive-compulsive disorder associated with hoarding symptoms generally carries a poorer prognosis.

Keyword: *Obsessive compulsive disorder*



1. PENDAHULUAN

Gangguan Obsesif-Kompulsif (OCD) adalah gangguan kejiwaan yang umum terjadi dan memengaruhi 1% hingga 3% dari populasi global, ditandai dengan pikiran yang mengganggu, yang dikenal sebagai obsesi, dan tindakan berulang, atau kompulsi. Gejala-gejala ini memengaruhi pasien tidak hanya dengan menghabiskan sebagian besar waktu mereka, tetapi juga dengan menyebabkan tekanan yang nyata dan gangguan fungsional. Etiologi OCD yang kompleks melibatkan faktor kognitif, genetik, dan saraf, membuat diagnosis kondisi tersebut menantang dan mengharuskan pengecualian kondisi kejiwaan lain yang muncul dengan cara yang sama. Yang lebih memperumit masalah, OCD sering kali muncul bersamaan dengan gangguan kejiwaan lainnya, yang memerlukan identifikasi dan pengobatan yang komprehensif untuk hasil klinis yang optimal. Meskipun kombinasi pengobatan dan psikoterapi umumnya efektif, bukti yang muncul mendukung penggunaan teknik neuromodulasi (misalnya, stimulasi otak dalam dan stimulasi magnetik transkranial) untuk kasus-kasus yang resistan terhadap pengobatan.

2. TINJAUAN PUSTAKA

A. Definisi

Gangguan obsesif-kompulsif (OCD) adalah yang diperkirakan mempengaruhi 1% hingga 3% individu sepanjang hidup mereka. (1)(2) Gangguan kejiwaan ini ditandai dengan obsesi dan kompulsi, yang menghabiskan banyak waktu dan menyebabkan tekanan dan gangguan yang nyata. Obsesi mengacu pada pikiran, dorongan, atau gambaran mental yang mengganggu dan berulang yang sulit dikendalikan. Pikiran-pikiran ini sering kali tidak memiliki tujuan yang jelas dan disertai dengan tekanan. Kompulsi melibatkan tindakan berulang atau peristiwa mental yang membuat individu dengan OCD merasa terpaksa untuk melakukannya untuk meringankan tekanan yang disebabkan oleh obsesi atau untuk mencegah konsekuensi yang ditakutkan terjadi. Selain itu, individu dengan OCD juga dapat terlibat dalam perilaku penghindaran dari situasi yang memicu obsesi.(3)(4)

B. Epidemiologi

OCD merupakan penyebab utama morbiditas kejiwaan di seluruh dunia, yang memengaruhi 1% hingga 3% dari populasi. Seringkali, OCD dikaitkan dengan kondisi kejiwaan komorbid.(3)(5)(6) OCD sering kali timbul di awal kehidupan dan umumnya memiliki penyebab kronis. Rentang demografi yang paling umum terkena adalah dari usia

18 hingga 29 tahun. Menariknya, hampir seperempat pria menunjukkan gejala sebelum usia 10 tahun, sedangkan gangguan tersebut biasanya muncul selama masa remaja untuk wanita. (3) Selain itu, fase peripartum dan postpartum ditandai sebagai periode peningkatan risiko bagi wanita, dengan kejadian OCD selama masa-masa ini melebihi pada wanita yang tidak hamil. Wanita juga sekitar 1,6 kali lebih mungkin terkena gangguan tersebut daripada pria. (7)(8) Sebanyak 90% individu dengan OCD memenuhi kriteria untuk setidaknya satu gangguan kejiwaan tambahan, dengan gangguan kecemasan, gangguan suasana hati, gangguan pengendalian impuls, dan gangguan penggunaan zat menjadi kondisi komorbiditas yang paling umum. Meskipun gangguan tersebut berdampak signifikan, OCD sering kali tidak terdiagnosis dan tidak diobati, dengan hanya sebagian kecil pasien yang menerima perawatan medis yang tepat. (3)(8)

C. Etiologi

Etiologi OCD itu kompleks, meliputi berbagai faktor, termasuk elemen kognitif, genetik, molekuler, lingkungan, dan saraf. Bukti dari studi kembar menunjukkan predisposisi genetik yang signifikan dengan estimasi heritabilitas sekitar 48%. (5)(9) Namun, estimasi ini berkurang menjadi 35% ketika efek maternal (misalnya, paparan prenatal terhadap stres atau infeksi) dipertimbangkan. (10) Namun, meskipun ada upaya signifikan melalui studi asosiasi gen kandidat, penanda genetik yang dapat direproduksi untuk OCD masih sulit dipahami. Banyak dari studi ini berfokus pada jalur neurotransmitter yang melibatkan serotonin, dopamin, dan glutamat tanpa hasil yang pasti. Meskipun demikian, gen SLC1A1, yang bertanggung jawab untuk mengkodekan transporter glutamat neuronal EAAT3, telah muncul sebagai kandidat yang berpotensi signifikan. (9)(11)

Studi terbaru menunjukkan bahwa OCD pada dasarnya adalah gangguan berbasis jaringan. Lingkaran kortiko-striato-talamo-kortikal (CSTC) telah menjadi kerangka penting untuk memahami patofisiologinya. Lingkaran CSTC melibatkan serangkaian sirkuit yang saling berhubungan yang memungkinkan korteks prefrontal berkomunikasi dengan struktur subkortikal (misalnya, striatum dan talamus). Lingkaran ini memiliki 2 jalur yang berbeda: langsung dan tidak langsung. Jalur langsung memfasilitasi inisiasi perilaku, sedangkan jalur tidak langsung menghambat atau memodulasi perilaku ini. (12) Pada OCD, hiperaktivitas pada jalur langsung relatif terhadap jalur tidak langsung telah diamati. Hal ini menciptakan ketidakseimbangan yang dapat menyebabkan pikiran berulang, mengganggu, dan tindakan kompulsif. Studi neuroimaging terbaru menunjukkan peningkatan konektivitas dan aktivasi dalam

lingkaran CSTC pada OCD. (5)(13) Selain itu, OCD dapat terjadi bersamaan dengan kondisi neurologis lain yang memengaruhi sirkuit CSTC, termasuk penyakit Parkinson, korea Sydenham, cedera otak traumatis, sindrom Tourette, penyakit Huntington, dan epilepsi.(14)(15)

Temuan awal tentang efektivitas clomipramine, yang memiliki penghambatan reuptake serotonin yang kuat yang diamati selama pengobatan, menekankan peran serotonin dalam patogenesis OCD. Namun, model yang berpusat pada serotonin ini telah menghadapi pengawasan karena agen modulasi serotonin lainnya seperti buspirone dan ondansetron belum terbukti efektif dalam OCD. Studi yang muncul menunjukkan sistem glutaminergik dalam timbulnya dan perkembangan OCD.(5) Agen farmakologis seperti riluzole dan troriluzole, yang memengaruhi neurotransmisi glutaminergik, telah menunjukkan manfaat awal.(16)(17) Kemajuan obat antipsikotik ketika digunakan untuk augmentasi pada OCD menunjukkan peran dopamin dalam patologi OCD. (6) Studi pencitraan menguatkan hal ini dengan menunjukkan peningkatan konsentrasi dopamin di ganglia basal pasien dengan OCD. Selain itu, agonis dopamin dapat menginduksi perilaku seperti OCD pada hewan dan manusia. Menariknya, peningkatan dopamin kortikal juga menunjukkan hasil yang menjanjikan dalam meringankan gejala OCD. (18) Namun, temuan ini masih dalam tahap awal dan belum memiliki bukti langsung.

Etiologi autoimun memberikan dimensi menarik lain pada OCD, khususnya pada Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections (PANDAS) dan Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome (PANS). PANDAS dianggap sebagai bagian dari PANS. Tidak seperti OCD, timbulnya PANDAS dan PANS sering kali tiba-tiba dan parah, disertai gejala tambahan, termasuk kemunduran tulisan tangan, labilitas emosional, dan perjalanan penyakit episodik. Kondisi ini dimediasi oleh respons autoimun yang dipicu oleh infeksi, reaksi inflamasi, atau toksin lain dan memiliki kesamaan dengan gangguan neuropsikiatri autoimun lainnya (misalnya, korea Sydenham). Penelitian awal menunjukkan bahwa interneuron kolinergik striatal mungkin merupakan target seluler dari respons autoimun ini. (19)

Model kognitif dan berbasis pembelajaran dari OCD menyatakan bahwa keyakinan maladaptif memicu kecemasan obsesif, yang mengarah pada perilaku kompulsif yang bertujuan untuk mengurangi kecemasan tersebut. (6) Beberapa gangguan kognitif telah diidentifikasi sebagai penyebab kecemasan obsesif, termasuk:

- Tanggung jawab yang meningkat
- Terlalu menekankan pada pikiran

- Mengendalikan pikiran
- Estimasi ancaman yang berlebihan
- Perfeksionis
- Intoleransi terhadap ketidakpastian

Bukti empiris mendukung efektivitas model-model ini; paparan terhadap stimulus yang terkait dengan obsesi meningkatkan kecemasan sementara terlibat dalam ritual kompulsif menurunkannya. Selain itu, model berbasis pembelajaran berpendapat bahwa mekanisme pembelajaran yang mendasarinya tidak secara inheren bersifat patologis. Hal ini sejalan dengan pengamatan bahwa populasi nonklinis juga mengalami pikiran-pikiran seperti obsesi tanpa tekanan. Model-model ini telah berperan penting dalam mengembangkan terapi psikologis untuk OCD, yang memperkuat kegunaan teoritis dan praktisnya. (6)

D. Patofisiologi

Meskipun OCD secara umum dianggap berasal dari campuran beberapa faktor etiologi, beberapa contoh dapat dikaitkan secara eksplisit dengan penyebab neurologis yang melibatkan ganglia basal. (9) Bukti terperinci mendukung hal ini dari laporan kasus yang terkait dengan kondisi seperti korea Sydenham dan kejadian iskemik. Kondisi ini mengakibatkan gangguan pada daerah ganglia basal seperti globus pallidus dan kaudatus, yang menyebabkan perilaku obsesif-kompulsif. (5) Dalam penelitian yang dilakukan oleh konsorsium Enhancing Neuro Imaging Genetics through Meta-Analysis (ENIGMA), tidak ada perbedaan struktural otak yang nyata yang terlihat antara pasien dengan OCD dan kontrol sehat kecuali dengan mempertimbangkan status pengobatan.(20) Studi postmortem, meskipun terbatas, telah mengungkapkan kelainan pada korteks orbitofrontal pasien dengan OCD. Secara khusus, salah satu studi tersebut menemukan bukti ekspresi gen sinaptik rangsang yang lebih rendah di korteks orbitofrontal subjek (N=8) jika dibandingkan dengan kontrol yang tidak terpengaruh. (21) Namun, penelitian ini memiliki keterbatasan, termasuk ukuran sampel yang kecil.

E. Diagnosis

Diagnosis OCD didasarkan pada penilaian klinis yang menentukan apakah kriteria DSM-5 TR terpenuhi, yang menyatakan bahwa obsesi atau kompulsi harus ada, perilaku harus memakan waktu, memakan waktu ≥ 1 jam per hari, dan secara signifikan mengganggu kehidupan sehari-hari.(3)

Kriteria Diagnostik Gangguan Obsesif-Kompulsif

Dalam DSM-5 TR, diagnosis OCD didasarkan pada kriteria berikut.

- Kehadiran obsesi, kompulsi, atau keduanya yang memenuhi definisi berikut:
 - **Obsesi**
 - Pikiran, dorongan, atau gambaran yang berulang dan terus-menerus yang dialami pada suatu waktu selama gangguan tersebut bersifat mengganggu dan tidak diinginkan dan, pada sebagian besar individu, menyebabkan kecemasan atau tekanan yang nyata.
 - Individu tersebut mencoba menekan pikiran, dorongan, atau gambaran tersebut dengan pikiran atau tindakan lain (yakni dengan menggantinya dengan suatu kompulsi).
 - **Kompulsi**
 - Perilaku berulang atau tindakan mental yang membuat seseorang merasa harus melakukannya sebagai respons terhadap obsesi atau menurut aturan yang harus diterapkan secara kaku.
 - Perilaku atau tindakan mental tersebut bertujuan untuk mengurangi rasa cemas atau tertekan atau mencegah terjadinya situasi yang menakutkan. Akan tetapi, perilaku atau tindakan mental tersebut tidak sesuai dengan tujuan sebenarnya atau justru berlebihan.
- Obsesi tersebut memakan waktu lama atau menyebabkan tekanan atau gangguan yang signifikan secara klinis dalam bidang sosial, pekerjaan, atau area fungsional penting lainnya.
- Gejala obsesif-kompulsif tidak timbul akibat efek fisiologis suatu zat (misalnya, obat yang disalahgunakan, pengobatan) atau kondisi medis lainnya.
- Gejala gangguan mental lain tidak menjelaskan gangguan tersebut dengan lebih baik. Diagnosis banding harus dipertimbangkan sebelum diagnosis OCD dibuat. Gejala-gejala ini tidak boleh dikaitkan dengan gangguan kejiwaan atau medis lainnya. Kepercayaan bahwa obsesi menyebabkan kompulsi adalah umum; namun, hubungan antara kondisi tersebut tidak selalu jelas. Secara teoritis, obsesi dan kompulsi dapat terjadi secara independen satu sama lain. Pasien dengan OCD biasanya mencari perawatan rawat jalan dan sering memiliki wawasan tentang kondisi mereka, meskipun ada pengecualian pada anak-anak atau kasus yang parah. Orang-orang ini biasanya mengalami tekanan karena sifat ego-distonik dari gejala mereka.

Penilaian klinis

Riwayat medis menyeluruh dan pemeriksaan status mental sangat penting dalam mendiagnosis kondisi tersebut, membedakan OCD dari gangguan lain, menilai prognosis, dan menyusun rencana perawatan. Selama penilaian, menentukan apakah pasien bergulat dengan obsesi, kompulsi, atau keduanya sangat penting. Gejala juga harus dikategorikan ke dalam dimensi spesifik berikut.

- **Kontaminasi** : obsesi kebersihan dan kompulsi pembersihan
- **Pikiran yang merugikan** : ketakutan menyebabkan kerugian dan pemeriksaan kompulsif
- **Pikiran terlarang** : obsesi agresif, seksual, atau religius dengan ritual mental yang sesuai; sering kali menunjukkan prognosis yang lebih buruk.
- **Simetri** : kompulsi (misalnya mengulang, mengatur, dan menghitung)

Penilaian keselamatan juga dilakukan untuk mencari risiko langsung bagi pasien atau orang lain. Skrining untuk kondisi komorbid, termasuk depresi, gangguan bipolar, dan gangguan kecemasan lainnya, harus dilakukan, dan riwayat medis umum dan psikiatrik pasien sebelumnya harus ditinjau. Semua pengobatan, suplemen, dan alergi atau kepekaan yang diketahui juga harus diperoleh. Lebih jauh, dokter harus mengumpulkan informasi yang relevan tentang latar belakang psikososial pasien, termasuk hubungan keluarga, pemicu stres, dan riwayat pendidikan. Riwayat keluarga yang berfokus pada OCD dan kondisi psikiatrik lainnya juga diperoleh untuk memberikan pandangan holistik tentang kesehatan pasien.

Selain itu, OCP mungkin memiliki nuansa khusus dalam penyajiannya, seperti halnya OCD pascapersalinan, yang harus dipahami oleh dokter. Misalnya, beberapa ibu baru mungkin mengalami pikiran obsesif yang mengganggu tentang menyakiti bayi mereka dan mungkin enggan mengungkapkannya karena takut dihakimi atau konsekuensinya. Dalam kasus yang sensitif seperti itu, membangun hubungan baik dan memastikan lingkungan yang rahasia dan tidak menghakimi untuk pengungkapan menjadi sangat penting. Namun, dokter harus dengan waspada menilai keselamatan pasien dan anak. Rencana perawatan individual untuk setiap pasien harus dibuat menggunakan pendekatan yang komprehensif.(3)

Pemeriksaan Status Mental

Pemeriksaan status mental (MSE) untuk pasien dengan OCD dapat berbeda-beda, tergantung pada tingkat keparahan gejala, manifestasi spesifik gangguan, dan kondisi yang menyertainya. Berikut ini adalah beberapa temuan MSE yang umum ditemukan selama penilaian klinis.

- **Penampilan dan perilaku:** Pasien umumnya tampak rapi tetapi menunjukkan kecemasan yang nyata. Manifestasi OCD, seperti sering mencuci tangan, memeriksa sesuatu, atau menata ulang benda, sering diamati selama wawancara dan berfungsi sebagai indikator diagnostik.
- **Aktivitas psikomotorik:** Individu diamati melakukan tindakan berulang-ulang (misalnya mengetuk, memeriksa, atau terus-menerus mencuci tangan). Perilaku ini dilakukan secara kompulsif, bahkan ketika menyebabkan tekanan yang tampak pada pasien.
- **Ucapan:** Meskipun artikulasi umumnya koheren dan berorientasi pada tujuan, pikiran yang mengganggu dapat mengganggu aliran ucapan secara berkala. Bergantung pada individu, pikiran ini mungkin diucapkan atau tidak selama pemeriksaan.
- **Suasana hati dan afek:** Pasien biasanya melaporkan perasaan cemas atau tertekan, dan ekspresi emosi mereka (yaitu, afek) tampak konsisten dengan pengalaman yang dilaporkan, sering kali menunjukkan tanda-tanda stres yang meningkat.
- **Isi pikiran:** Pikiran obsesif berbeda-beda di antara pasien tetapi umumnya berkisar pada tema-tema seperti kontaminasi, menyakiti diri sendiri atau orang lain, pencarian simetri, atau keyakinan seksual atau agama yang mengganggu. Kompulsi untuk melawan obsesi ini sering dilaporkan.
- **Proses berpikir:** Umumnya bersifat linear dan koheren, pikiran yang mengganggu dan obsesif kadang-kadang mengganggu proses berpikir. Pasien biasanya mengakui bahwa pikiran-pikiran ini tidak rasional tetapi merasa terpaksa untuk menanggapi dengan kompulsi yang sesuai.
- **Kelainan persepsi:** Tidak seperti beberapa gangguan kejiwaan lainnya, halusinasi atau ilusi jarang diamati pada pasien OCD.
- **Kognisi:** Pasien biasanya tetap waspada dan berorientasi pada waktu, tempat, dan orang. Fungsi kognitif secara keseluruhan biasanya terjaga, meskipun terkadang terganggu oleh sifat pikiran obsesif yang menyebar luas.
- **Wawasan dan penilaian:** Ciri penting dalam sebagian besar kasus OCD adalah pelestarian wawasan. Pasien sering kali menyadari sifat irasional dari obsesi dan kompulsi mereka tetapi melaporkan perasaan tidak berdaya untuk mengendalikannya. Penilaian mungkin khususnya goyah saat menahan dorongan untuk melakukan perilaku kompulsif.(3)

F. Diagnosis banding

OCD memiliki gejala yang mirip dengan beberapa kondisi kejiwaan lainnya.

Membedakan OCD dari kondisi-kondisi ini sangat penting untuk diagnosis yang akurat dan perencanaan pengobatan yang efektif, karena bagian dari kriteria diagnosis OCD melibatkan memastikan bahwa gejala-gejala gangguan mental lainnya tidak menjelaskan gangguan tersebut dengan lebih baik. Namun, OCD juga dapat terjadi bersamaan dengan gangguan kejiwaan lainnya, yang dapat mempersulit diagnosis klinis. Berikut ini adalah beberapa diagnosis banding yang umum dipertimbangkan dan ciri-ciri yang dapat membedakannya dari OCD: (3)

- **Gangguan Kecemasan Umum** : OCD melibatkan obsesi yang tidak rasional atau aneh, berbeda dari kekhawatiran dalam kehidupan nyata yang ditemukan pada gangguan kecemasan umum. Kompulsi biasanya muncul pada OCD tetapi tidak pada gangguan kecemasan.
- **Fobia Spesifik** : Tidak seperti OCD, ketakutan pada fobia spesifik terbatas pada objek atau situasi tertentu dan tidak melibatkan ritual atau kompulsi.
- **Gangguan Kecemasan Sosial** : Ketakutan pada kondisi ini terkait dengan interaksi sosial, dan perilaku menghindar ditujukan untuk mengurangi ketakutan sosial daripada menetralkan obsesi.
- **Gangguan Depresi Mayor** : Pikiran ruminatif pada gangguan depresi mayor (MDD) sesuai dengan suasana hati dan tidak terkait dengan perilaku kompulsif, tidak seperti obsesi intrusif pada OCD.
- **Gangguan Dismorfik Tubuh**: Kondisi ini melibatkan obsesi dan kompulsi yang hanya terkait dengan penampilan fisik.
- **Trikotilomania**: Mencabut rambut secara kompulsif tanpa adanya obsesi membedakan trikotilomania dari OCD.
- **Gangguan Penimbunan**: Kesulitan dalam membuang harta benda merupakan ciri gangguan penimbunan; jika penimbunan didorong oleh obsesi seperti OCD, diagnosis OCD diberikan sebagai gantinya.
- **Gangguan Makan** : Tidak seperti OCD, fokus obsesi dan kompulsi pada gangguan seperti anoreksia nervosa adalah pada berat badan dan makanan. Perilaku makan yang ritualistik dikaitkan dengan gangguan makan.
- **Gangguan Tic**: Tic dan gerakan stereotip umumnya kurang kompleks dibandingkan kompulsi dan tidak ditujukan untuk menetralkan obsesi. Diagnosis ganda mungkin diperlukan untuk gejala yang tumpang tindih.
- **Gangguan Psikotik**: Meskipun beberapa pasien OCD mungkin memiliki wawasan yang buruk atau keyakinan delusi, mereka tidak menunjukkan gejala psikotik lainnya seperti

halusinasi.

- Gangguan kepribadian obsesif-kompulsif : OCD ditandai dengan obsesi dan kompulsi yang mengganggu dan mengganggu yang bertujuan untuk meringankan tekanan ini, dengan individu yang sering kali menyadari gejalanya sebagai sesuatu yang berlebihan. Sebaliknya, gangguan kepribadian obsesif-kompulsif (OCPD) melibatkan pola perfeksionisme kronis dan kontrol yang kaku, tanpa adanya obsesi atau kompulsi, dan sering kali dianggap oleh individu sebagai sesuatu yang rasional dan diinginkan.

G. Penatalaksanaan

Psikoterapi

Terapi perilaku kognitif (CBT) adalah intervensi psikoterapi berbasis bukti untuk OCD. Dalam kerangka CBT, pencegahan paparan dan respons (ERP) muncul sebagai teknik perilaku yang paling terbukti secara empiris. ERP melibatkan pemberian stimulus yang memicu kecemasan kepada pasien sambil membimbing mereka untuk menjauhi perilaku kompulsif berikutnya. Berbagai modalitas pemberian, termasuk pengaturan individu dan kelompok, serta format tatap muka dan berbasis internet, telah terbukti efektif dalam mengobati OCD.

Penentu utama keberhasilan terapi adalah kepatuhan pasien terhadap tugas di rumah, terutama yang melibatkan latihan ERP berbasis rumah. CBT berfungsi sebagai pengobatan lini pertama untuk OCD, terutama jika teknik ini sejalan dengan preferensi pengobatan pasien, akses ke dokter yang berkualifikasi tersedia, dan tidak ada kondisi komorbiditas yang mengharuskan farmakoterapi. Meskipun meta-analisis menunjukkan bahwa CBT sering kali mengungguli intervensi farmakologis, kesimpulan tersebut harus diambil dengan hati-hati, dengan mempertimbangkan variabel seperti kriteria pemilihan pasien dan tingkat keparahan awal gejala OCD. Penelitian yang muncul menunjukkan bahwa protokol CBT intensif, yang sering kali dipadatkan menjadi periode singkat dan kadang-kadang diberikan dalam konteks rawat inap, menjanjikan untuk pengobatan awal dan lanjutan dari kasus OCD yang parah. (3)

Farmakoterapi

Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) direkomendasikan sebagai obat lini pertama karena khasiat, keamanan, dan tolerabilitasnya yang terbukti. Dosis yang lebih tinggi daripada yang digunakan untuk gangguan kecemasan lain atau gangguan depresi mayor biasanya diresepkan, meningkatkan efektivitas tetapi meningkatkan risiko efek samping seperti komplikasi gastrointestinal dan seksual. Oleh karena itu, penilaian efek samping yang cermat sangat penting untuk pengoptimalan dosis individu. Ukuran efek yang

seragam dari SSRI yang umum digunakan telah diamati dalam tinjauan sistematis, namun setiap SSRI memiliki profil efek sampingnya sendiri.

Kriteria pemilihan SSRI untuk OCD meliputi respons pengobatan sebelumnya, potensi efek samping, interaksi obat, kondisi medis yang ada bersamaan, serta biaya dan ketersediaan obat. Pedoman pengobatan merekomendasikan uji coba SSRI selama 8 hingga 12 minggu untuk menentukan kemanjuran. Namun, meta-analisis terbaru menunjukkan perbaikan gejala yang signifikan dalam 2 minggu pertama pengobatan SSRI. Sebuah studi fluoxetine label terbuka menunjukkan bahwa pengurangan gejala dini dalam 4 minggu memprediksi keberhasilan pengobatan 12 minggu. Pengobatan pemeliharaan umumnya disarankan setidaknya selama 12 hingga 24 bulan pascaremisi, tetapi durasi yang lebih lama mungkin diperlukan karena risiko kambuh setelah penghentian pengobatan.

Clomipramine, antidepresan trisiklik (TCA), adalah obat pertama yang menunjukkan kemanjuran dalam mengobati OCD. Meta-analisis menunjukkan kemanjurannya lebih tinggi dibandingkan dengan SSRI, tetapi temuan ini memerlukan kehati-hatian karena studi clomipramine awal mencakup lebih sedikit pasien yang resisten terhadap pengobatan. Perbandingan langsung menunjukkan kemanjuran yang setara antara clomipramine dan SSRI. SSRI lebih disukai untuk pengobatan jangka panjang karena profil keamanan dan tolerabilitasnya yang lebih unggul daripada antidepresan lainnya.

Sekitar setengah dari pasien dengan OCD gagal merespons pengobatan lini pertama. Faktor-faktor yang memprediksi respons yang buruk meliputi tingkat keparahan gejala yang lebih tinggi, gangguan fungsional yang nyata, subtype obsesi dan kompulsi tertentu (misalnya, seksual, agama, dan penimbunan), wawasan terbatas, tingkat komorbiditas yang tinggi, dan kurangnya kepatuhan terhadap protokol pengobatan. Strategi kombinasi yang melibatkan CBT dan SSRI dapat efektif bagi mereka yang menunjukkan respons yang buruk. Namun, CBT sering dibatasi oleh ketersediaan atau intoleransi pasien terhadap teknik pemaparan.

Pendekatan alternatif termasuk mengganti SSRI, menggunakan dosis supratherapeutik, atau beralih ke inhibitor reuptake serotonin-noradrenalin. SSRI juga dapat ditambah dengan antipsikotik, antidepresan trisiklik (misalnya, klomipramin), atau agen glutamatergik. Kombinasi fluoxetine dan klomipramin mengungguli fluoxetine dengan antipsikotik. Namun, kombinasi fluoxetine dan klomipramin membawa risiko peningkatan kadar darah kedua obat, yang mengarah ke efek samping yang berpotensi parah (misalnya, kejang, aritmia jantung, dan sindrom serotonergik). Augmentasi dengan antipsikotik, terutama risperidone dan aripiprazole, menunjukkan beberapa bukti kemanjuran; namun,

hanya sepertiga dari pasien yang resistan terhadap SSRI mengalami perbaikan yang bermakna secara klinis, yang menjamin evaluasi risiko-manfaat yang cermat. Modulator sistem glutamatergik (misalnya, memantine, N-acetylcysteine, lamotrigine, topiramate, riluzole, troriluzole, dan ketamine) telah dieksplorasi sebagai terapi augmentasi dan telah menunjukkan beberapa hasil yang menjanjikan. Di antara semua itu, N-acetylcysteine memiliki jumlah bukti yang paling substansial.(3)

Neuromodulasi

Selain pilihan pengobatan yang sudah ada seperti Exposure and Response Prevention (ERP), Serotonin Reuptake Inhibitors (SRI), dan augmentasi antipsikotik SRI, terdapat sejumlah kecil alternatif berbasis bukti lainnya. Meskipun demikian, beberapa modalitas pengobatan telah menunjukkan hasil yang menjanjikan untuk kasus-kasus yang refrakter terhadap intervensi standar.

- **Stimulasi magnetik transkraniial** : Studi yang menggunakan stimulasi magnetik transkraniial berulang (rTMS) yang ditargetkan pada berbagai daerah otak (misalnya, korteks prefrontal dorsolateral [dlPFC], korteks prefrontal dorsomedial [dmPFC], dan korteks orbitofrontal [OFC]) telah menghasilkan hasil yang beragam. Namun, studi-studi ini secara umum mendukung gagasan hiperaktivitas kortikostriatal sebagai faktor yang mendasari OCD. Stimulasi magnetik transkraniial dalam (dTMS), yang menggunakan kumparan berbentuk H, dapat mencapai kedalaman 3 hingga 5 cm, menargetkan struktur garis tengah seperti korteks prefrontal medial (mPFC) dan korteks cingulate anterior (ACC). Area-area ini diyakini hiperaktif pada OCD. Secara signifikan, dTMS telah memperoleh persetujuan Badan Pengawas Obat dan Makanan AS (FDA) untuk pengobatan OCD. (22) (23)
- **Ablasi stereotaktik** : Pengenalan kerangka stereotaktik selama abad terakhir secara signifikan meningkatkan akurasi pengobatan berbasis lesi untuk gangguan kejiwaan persisten. Singulotomi anterior dorsal dan kapsulotomi anterior adalah metode ablasi yang paling umum digunakan. Yang pertama mengganggu berkas singulum untuk memutuskan komunikasi antara daerah limbik penting, sedangkan yang terakhir mengisolasi anggota tubuh anterior kapsul internal untuk memutuskan OFC dan dACC. Kedua intervensi dirancang untuk mengatur sirkuit CSTC hiperaktif, yang diyakini mendasari OCD. Singulotomi telah menunjukkan 41%, sedangkan kapsulotomi memiliki tingkat efektivitas 54%.(24)
- **Stimulasi otak dalam** : Stimulasi otak dalam (DBS) adalah pengobatan yang reversibel dan dapat disesuaikan untuk OCD yang sulit diatasi dengan tingkat respons antara 40%

dan 70%, yang melibatkan implantasi elektroda bedah saraf yang dapat mengaktifkan sirkuit saraf di sekitarnya. DBS menargetkan anggota tubuh anterior kapsul internal dan striatum ventral (VS). Dukungan regulasi ada, tetapi adopsi dibatasi oleh biaya dan keahlian yang diperlukan. Penempatan elektroda masih dalam perdebatan, dengan fokus pada struktur materi abu-abu yang dalam (misalnya, VS atau nukleus akumbens [NAc], anggota tubuh anterior kapsul internal, dan nukleus subthalamik [STN]) atau jalur materi putih yang menghubungkan korteks prefrontal ke thalamus. Penelitian yang muncul menantang gagasan DBS frekuensi tinggi sebagai "ablasi fungsional," menunjuk pada mekanisme terapi yang kompleks. DBS memodulasi aktivitas di wilayah otak yang terkait dengan OCD, dan tingkat modulasi berkorelasi dengan perbaikan gejala. Target DBS yang berbeda dapat menghasilkan manfaat khusus; Penargetan kapsul ventral (VC) dan VS meningkatkan depresi komorbid, sementara penargetan STN meningkatkan fleksibilitas kognitif. Penargetan DBS di masa mendatang mungkin diindividualisasikan berdasarkan ukuran klinis atau neurobiologis.(5)(25)(26)(27)

H. Prognosis

OCD adalah kondisi kronis yang ditandai dengan periode eksaserbasi dan remisi gejala yang berfluktuasi. Karena gangguan ini, fungsi sehari-hari terganggu secara signifikan. Lebih jauh lagi, OCD dikaitkan dengan peningkatan risiko kematian. Meskipun penggunaan CBT dan SSRI telah dilakukan, sebagian besar pasien tetap tidak responsif. Secara khusus, antara 25% dan 40% pasien tidak mengalami pengurangan gejala ketika diobati dengan CBT atau SSRI. Lebih jauh lagi, hanya sebagian kecil yang mencapai remisi penuh, dan sekitar setengah dari pasien yang berhasil diobati terus menunjukkan gejala sisa.

Gangguan obsesif-kompulsif yang dikaitkan dengan gejala menimbun barang secara umum menghasilkan prognosis yang lebih buruk. Data klinis dari uji coba lapangan DSM-IV yang melibatkan 431 pasien mengungkapkan bahwa rasa takut akan bahaya merupakan gejala obsesif yang paling sering dilaporkan. Hubungan yang signifikan antara gangguan obsesif-kompulsif dan kecenderungan bunuh diri telah dikonfirmasi, dengan faktor-faktor yang berkontribusi termasuk kecemasan dan depresi yang terjadi bersamaan, serta riwayat percobaan bunuh diri. Selain itu, hubungan antara gangguan obsesif-kompulsif dan kecenderungan bunuh diri tetap signifikan bahkan ketika gejala depresi atau ketidakstabilan suasana hati dikendalikan.(5)

I. Komplikasi

OCD termasuk dalam 10 gangguan yang paling sering menyebabkan kecacatan menurut WHO. Pasien dengan OCD cenderung menghindari situasi yang membuat mereka tidak nyaman, yang dapat menyebabkan berkurangnya interaksi sosial dan kualitas hidup yang buruk. Sebagian besar penderita OCD tidak terdeteksi selama bertahun-tahun. Jika OCD tidak diobati, polanya akan lebih sulit dihilangkan karena terjadi perubahan struktural pada otak. Durasi OCD yang tidak diobati dikaitkan dengan hasil klinis yang lebih buruk. Intervensi dini sangat penting. (28)

J. Pencegahan

Pada OCD, wawasan pasien tidaklah kurang. Hanya 2% hingga 4% yang tidak memiliki wawasan tentang OCD mereka. Namun, kebanyakan orang tidak mencari pengobatan sampai gangguan tersebut telah menjadi sangat parah. Karena sebagian besar gejala muncul selama masa remaja, dokter harus memberi tahu dan mendidik individu yang tepat, termasuk orang tua, sesama tenaga medis, dan mereka yang berada di sistem sekolah, tentang gangguan ini. (29)(30)

3. KESIMPULAN

Gangguan obsesif-kompulsif (OCD) adalah yang diperkirakan mempengaruhi 1% hingga 3% individu sepanjang hidup mereka. Gangguan kejiwaan ini ditandai dengan obsesi dan kompulsi, yang menghabiskan banyak waktu dan menyebabkan tekanan dan gangguan yang nyata. Wanita juga sekitar 1,6 kali lebih mungkin terkena gangguan tersebut daripada pria. Etiologi OCD itu kompleks, meliputi berbagai faktor, termasuk elemen kognitif, genetik, molekuler, lingkungan, dan saraf. Bukti dari studi kembar menunjukkan predisposisi genetik yang signifikan dengan estimasi heritabilitas sekitar 48%. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) direkomendasikan sebagai obat lini pertama karena khasiat, keamanan, dan tolerabilitasnya yang terbukti. Dosis yang lebih tinggi daripada yang digunakan untuk gangguan kecemasan lain atau gangguan depresi mayor biasanya diresepkan, meningkatkan efektivitas tetapi meningkatkan risiko efek samping seperti komplikasi gastrointestinal dan seksual. Oleh karena itu, penilaian efek samping yang cermat sangat penting untuk pengoptimalan dosis individu. Ukuran efek yang seragam dari SSRI yang umum digunakan telah diamati dalam tinjauan sistematis, namun setiap SSRI memiliki profil efek sampingnya sendiri. OCD adalah kondisi kronis yang ditandai dengan periode eksaserbasi dan remisi gejala yang berfluktuasi. Karena gangguan ini, fungsi sehari-hari terganggu secara signifikan. Lebih jauh lagi, OCD dikaitkan dengan peningkatan risiko

kematian. Meskipun penggunaan CBT dan SSRI telah dilakukan, sebagian besar pasien tetap tidak responsif. Secara khusus, antara 25% dan 40% pasien tidak mengalami pengurangan gejala ketika diobati dengan CBT atau SSRI. Lebih jauh lagi, hanya sebagian kecil yang mencapai remisi penuh, dan sekitar setengah dari pasien yang berhasil diobati terus menunjukkan gejala sisa.

DAFTAR PUSTAKA

1. Zai G, Barta C, Cath D, Eapen V, Geller D, Grünblatt E. New insights and perspectives on the genetics of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Genet*. 2019 Oct;29(5):142-151. [PubMed]
2. Strom NI, Soda T, Mathews CA, Davis LK. A dimensional perspective on the genetics of obsessive-compulsive disorder. *Transl Psychiatry*. 2021 Jul 21;11(1):401. [PMC free article] [PubMed]
3. Stein DJ, Costa DLC, Lochner C, Miguel EC, Reddy YCJ, Shavitt RG, van den Heuvel OA, Simpson HB. Obsessive-compulsive disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2019 Aug 01;5(1):52. [PMC free article] [PubMed]
4. Blanco-Vieira T, Radua J, Marcelino L, Bloch M, Mataix-Cols D, do Rosário MC. The genetic epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Transl Psychiatry*. 2023 Jun 28;13(1):230. [PMC free article] [PubMed]
5. Goodman WK, Storch EA, Sheth SA. Harmonizing the Neurobiology and Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry*. 2021 Jan 01
6. Jalal B, Chamberlain SR, Sahakian BJ. Obsessive-compulsive disorder: Etiology, neuropathology, and cognitive dysfunction. *Brain Behav*. 2023 Jun;13(6):e3000. [PMC free article] [PubMed]
7. Fairbrother N, Collardeau F, Albert AYK, Challacombe FL, Thordarson DS, Woody SR, Janssen PA. High Prevalence and Incidence of Obsessive-Compulsive Disorder Among Women Across Pregnancy and the Postpartum. *J Clin Psychiatry*. 2021 Mar 23;82(2) [PubMed]
8. Fawcett EJ, Power H, Fawcett JM. Women Are at Greater Risk of OCD Than Men: A Meta-Analytic Review of OCD Prevalence Worldwide. *J Clin Psychiatry*. 2020 Jun 23;81(4) [PubMed]
9. Fernandez TV, Leckman JF, Pittenger C. Genetic susceptibility in obsessive-compulsive disorder. *Handb Clin Neurol*. 2018;148:767-781. [PubMed]
10. Mahjani B, Klei L, Hultman CM, Larsson H, Devlin B, Buxbaum JD, Sandin S, Grice DE. Maternal Effects as Causes of Risk for Obsessive-Compulsive Disorder. *Biol*

Psychiatry. 2020 Jun 15;87

11. Escobar AP, Wendland JR, Chávez AE, Moya PR. The Neuronal Glutamate Transporter EAAT3 in Obsessive-Compulsive Disorder. *Front Pharmacol.* 2019;10:1362.
12. Maraone A, Tarsitani L, Pinucci I, Pasquini M. Antiglutamatergic agents for obsessive-compulsive disorder: Where are we now and what are possible future prospects? *World J Psychiatry.* 2021 Sep 19;11(9):568-580. [PMC free article]
13. Shitova AD, Zharikova TS, Kovaleva ON, Luchina AM, Aktemirov AS, Olsufieva AV, Sinelnikov MY, Pontes-Silva A, Zharikov YO. Tourette syndrome and obsessive-compulsive disorder: A comprehensive review of structural alterations and neurological mechanisms. *Behav Brain Res.* 2023 Sep 13;453:114606.
14. Bird JS, Shah E, Shotbolt P. Epilepsy and concomitant obsessive-compulsive disorder. *Epilepsy Behav Case Rep.* 2018;10:106-110. [PMC free article] [PubMed]
15. Parmar A, Verma R. A Case of Obsessive-Compulsive Disorder Comorbid with Miyoshi Myopathy. *Indian J Psychol Med.* 2018 Jan-Feb;40(1):86-88. [PMC free article] [PubMed]
16. Sakurai H, Dording C, Yeung A, Foster S, Jain F, Chang T, Trinh NH, Bernard R, Boyden S, Iqbal SZ, Wilkinson ST, Mathew SJ, Mischoulon D, Fava M, Cusin C. Longer-term open-label study of adjunctive riluzole in treatment-resistant depression. *J Affect Disord.* 2019 Nov 01;258:102-108. [PMC free article] [PubMed]
17. Grassi G, Cecchelli C, Vignozzi L, Pacini S. Investigational and Experimental Drugs to Treat Obsessive-Compulsive Disorder. *J Exp Pharmacol.* 2020;12:695-706. [PMC free article] [PubMed]
18. Grant JE, Hook R, Valle S, Chesivoir E, Chamberlain SR. Tolcapone in obsessive-compulsive disorder: a randomized double-blind placebo-controlled crossover trial. *Int Clin Psychopharmacol.* 2021 Sep 01;36(5):225-229. [PMC free article] [PubMed]
19. Xu J, Liu RJ, Fahey S, Frick L, Leckman J, Vaccarino F, Duman RS, Williams K, Swedo S, Pittenger C. Antibodies From Children With PANDAS Bind Specifically to Striatal Cholinergic Interneurons and Alter Their Activity. *Am J Psychiatry.* 2021 Jan 01;178(1):48-64. [PMC free article] [PubMed]
20. Thompson PM, van den Heuvel OA, Stein DJ, van Wingen GA. Structural neuroimaging biomarkers for obsessive-compulsive disorder in the ENIGMA-OCD consortium: medication matters. *Transl Psychiatry.* 2020 Oct 08;10(1):342. [PMC free article] [PubMed]

21. Lafer B, Miguel EC, Nitrini R, Jacob-Filho W, Heinsen H, Pasqualucci CA. Layer-specific reduced neuronal density in the orbitofrontal cortex of older adults with obsessive-compulsive disorder. *Brain Struct Funct.* 2019 Jan;224(1):191-203. [PubMed]
22. Carmi L, Tendler A, Bystritsky A, Hollander E, Blumberger DM, Daskalakis J, Ward H, Lapidus K, Goodman W, Casuto L, Feifel D, Barnea-Ygael N, Roth Y, Zangen A, Zohar J. Efficacy and Safety of Deep Transcranial Magnetic Stimulation for Obsessive-Compulsive Disorder: A Prospective Multicenter Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Trial. *Am J Psychiatry.* 2019 Nov 01;176(11):931-938. [PubMed]
23. McCathern AG, Mathai DS, Cho RY, Goodman WK, Storch EA. Deep transcranial magnetic stimulation for obsessive compulsive disorder. *Expert Rev Neurother.* 2020 Oct;20(10):1029-1036. [PubMed]
24. Miguel EC, Lopes AC, McLaughlin NCR, Norén G, Gentil AF, Hamani C, Shavitt RG, Batistuzzo MC, Vattimo EFQ, Canteras M, De Salles A, Gorgulho A, Salvajoli JV, Fonoff ET, Paddick I, Hoexter MQ, Lindquist C, Haber SN, Greenberg BD, Sheth SA. Evolution of gamma knife capsulotomy for intractable obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry.* 2019 Feb;24(2):218-240. [PMC free article] [PubMed]
25. Tyagi H, Apergis-Schoute AM, Akram H, Foltynie T, Limousin P, Drummond LM, Fineberg NA, Matthews K, Jahanshahi M, Robbins TW, Sahakian BJ, Zrinzo L, Hariz M, Joyce EM. A Randomized Trial Directly Comparing Ventral Capsule and Anteromedial Subthalamic Nucleus Stimulation in Obsessive-Compulsive Disorder: Clinical and Imaging Evidence for Dissociable Effects. *Biol Psychiatry.* 2019 May 01;85(9):726-734. [PMC free article] [PubMed]
26. Denys D, Graat I, Mocking R, de Koning P, Vulink N, Figeo M, Ooms P, Mantione M, van den Munckhof P, Schuurman R. Efficacy of Deep Brain Stimulation of the Ventral Anterior Limb of the Internal Capsule for Refractory Obsessive-Compulsive Disorder: A Clinical Cohort of 70 Patients. *Am J Psychiatry.* 2020 Mar 01;177(3):265-271. [PubMed]
27. Li N, Baldermann JC, Kibleur A, Treu S, Akram H, Elias GJB, Boutet A, Lozano AM, Al-Fatly B, Strange B, Barcia JA, Zrinzo L, Joyce E, Chabardes S, Visser-Vandewalle V, Polosan M, Kuhn J, Kühn AA, Horn A. A unified connectomic target for deep brain stimulation in obsessive-compulsive disorder. *Nat Commun.* 2020 Jul 03;11(1):3364. [PMC free article] [PubMed]
28. Perris F, Cipolla S, Catapano P, Sampogna G, Luciano M, Giallonardo V, Del Vecchio

- V, Fabrazzo M, Fiorillo A, Catapano F. Duration of Untreated Illness in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Its Impact on Long-Term Outcome: A Systematic Review. *J Pers Med.* 2023 Sep 29;13(10) [PMC free article] [PubMed]
29. Senter MS, Patel SR, Dixon LB, Myers RW, Simpson HB. Defining and Addressing Gaps in Care for Obsessive-Compulsive Disorder in the United States. *Psychiatr Serv.* 2021 Jul 01;72(7):784-793. [PubMed]
30. Schruers K, Baldi S, van den Heuvel T, Goossens L, Luyten L, Leentjens AFG, Ackermans L, Temel Y, Viechtbauer W. The effects of deep-brain non-stimulation in severe obsessive-compulsive disorder: an individual patient data meta-analysis. *Transl Psychiatry.* 2019 Aug 05;9(1):183. [PMC free article] [PubMed]