

Ján Praško, Aleš Grambal, Miloš Šlepecký, Jana Vyskočilová

Obsedantně- -kompulzivní porucha



KATALOGIZACE V KNIZE - NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Praško, Ján

Obsedantně-kompulzivní porucha / Ján Praško, Aleš Grambal, Miloš Šlepecký, Jana Vyskočilová. -- Vydání 1. -- Praha : Grada, 2019. -- 272 stran

ISBN 978-80-271-0495-6

616.891.7 * 616-07 * 616-08 * (048.8:082)

- obsedantně-kompulzivní porucha
- diagnostika (lékařství)
- terapie
- kolektivní monografie

616.89 - Psychiatrie [14]

Ján Praško, Aleš Grambal, Miloš Šlepecký, Jana Vyskočilová

Obsedantně- -kompulzivní porucha



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

*Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována ani šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.*

**prof. MUDr. Ján Praško, CSc., MUDr. Bc. Aleš Grambal, Ph.D.,
doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc., Mgr. et Mgr. Jana Vyskočilová**

OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHA

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 234 264 401, fax: +420 234 264 400
www.grada.cz
jako svou 7171. publikaci

Odpovědná redaktorka Jana Kubínová
Sazba a zlom Milan Vokál
Návrh a zpracování obálky Ondřej Mikulecký
Počet stran 272
Vydání 1., 2019

Vytiskla Tiskárna v Ráji, s.r.o., Pardubice

© Grada Publishing, a.s., 2019
Cover Photo © Depositphotos

ISBN 978-80-271-2727-6 (ePub)
ISBN 978-80-271-2726-9 (pdf)
ISBN 978-80-271-0495-6 (print)

Obsah

Úvod	9
Historická perspektiva	11
Nutkové myšlenky a rituály v nedagnostikované populaci	13
Kdy už je možné mluvit o obsedantně-kompulzivní poruše	15
1. Diagnostika a etiopatogeneze u obsedantně-kompulzivní poruchy	16
1.1 Typické příznaky obsedantně-kompulzivní poruchy	16
<i>Typy příznaků obsedantně-kompulzivní poruchy</i>	27
1.2 Psychiatrická klasifikace a diagnostika obsedantně-kompulzivní poruchy	32
1.3 Poruchy OCD spektra	36
<i>Dysmorfofobická porucha</i>	37
<i>Hypochondrická porucha</i>	38
<i>Tiková porucha</i>	41
<i>Trichotillománie</i>	41
1.4 Epidemiologie u obsedantně-kompulzivní poruchy	41
1.5 Průběh obsedantně-kompulzivní poruchy	42
1.6 Stigmatizace a sebestigmatizace u obsedantně-kompulzivní poruchy	43
1.7 Etiopatogeneze obsedantně-kompulzivní poruchy	48
<i>Genetické vlivy</i>	49
<i>Stresory a nálada</i>	49
<i>Těhotenství, narození dítěte a odpovědnost</i>	49
<i>Disociace a náhled u obsedantně-kompulzivní poruchy</i>	50
1.8 Neurobiologické aspekty obsedantně-kompulzivní poruchy	54
<i>Neurotransmitery a neuroendokrinní systém</i>	55
<i>Výsledky zobrazovacích metod</i>	55
1.9 Psychoanalytická teorie obsedantně-kompulzivní poruchy	56
1.10 Kognitivně-behaviorální teorie obsedantně-kompulzivní poruchy	57
<i>Behaviorální faktory obsedantně-kompulzivní poruchy</i>	58
<i>Kognitivní faktory obsedantně-kompulzivní poruchy</i>	61
<i>Typy přesvědčení</i>	63
<i>Kognitivně-behaviorální model obsedantně-kompulzivní poruchy</i>	66
<i>Kognitivní schémata</i>	68
<i>Interpersonální faktory obsedantně-kompulzivní poruchy</i>	76

1.11 Diagnostický rozhovor a vyšetření u obsedantně-kompulzivní poruchy	79
<i>Jak provádět diagnostický rozhovor</i>	79
<i>Hodnoticí nástroje, škály a dotazníky</i>	82
<i>Kognitivní změny a kognitivní dysfunkce u OCD</i>	85
1.12 Psychologická diagnostika obsedantně-kompulzivní poruchy	86
<i>Komplexní vyšetření</i>	86
1.13 Diferenciální diagnostika obsedantně-kompulzivní poruchy	88
1.14 OCD a komorbidita	91
<i>Afektivní poruchy</i>	92
<i>Suicidialita</i>	93
<i>Psychotické poruchy</i>	94
<i>OCD a úzkostné poruchy</i>	96
<i>Tourettův syndrom</i>	98
<i>ADHD</i>	98
<i>Somatická medicína</i>	99
2. Léčba obsedantně-kompulzivní poruchy	101
2.1 Základní premisy účinné léčby obsedantně-kompulzivní poruchy	102
<i>Definice terapeutické odpovědi a terapeutické rezistence u obsedantně-kompulzivní poruchy</i>	103
2.2 Stadia léčebného procesu u obsedantně-kompulzivní poruchy	104
<i>Akutní fáze léčby</i>	104
<i>Stabilizační fáze léčby</i>	104
<i>Udržovací fáze léčby</i>	104
2.3 Klinické vedení a podpůrná psychoterapie u obsedantně-kompulzivní poruchy	105
2.4 Farmakoterapie obsedantně-kompulzivní poruchy	107
2.5 Farmakorezistence u obsedantně-kompulzivní poruchy	109
<i>Léčba farmakorezistentní obsedantně-kompulzivní poruchy</i>	111
<i>Augmentace antipsychotiky u farmakorezistentní obsedantně-kompulzivní poruchy</i>	112
<i>Přidání kognitivně-behaviorální terapie</i>	114
<i>Další možnosti k překonání rezistence na léčbu</i>	115
2.6 Kognitivně-behaviorální terapie obsedantně-kompulzivní poruchy	116
<i>Behaviorální terapie</i>	116
<i>Kognitivní terapie</i>	117
2.7 Predikce terapeutické odpovědi	188
2.8 Psychodynamické přístupy k léčbě obsedantně-kompulzivní poruchy	190
<i>Skupinová dynamická psychoterapie u OCD</i>	191
2.9 Rodinná terapie obsedantně-kompulzivní poruchy	191
<i>Formy participace rodiny v léčbě</i>	192

2.10 Jiné metody léčby obsedantně-kompulzivní poruchy	194
<i>Repetitivní transkraniální magnetické stimulace (rTMS)</i>	194
<i>Neurochirurgický zákrok</i>	196
<i>Hluboká mozková stimulace</i>	197
<i>Elektrokonvulzivní terapie (ECT)</i>	198
<i>Nové horizonty a budoucí léčba</i>	198
3. Doporučené postupy v léčbě obsedantně-kompulzivní poruchy	200
3.1 Začátek léčby	201
<i>První volba</i>	201
<i>Druhý krok</i>	201
<i>Třetí krok</i>	201
3.2 Pokračovací léčba	202
3.3 Komorbidita	202
3.4 Závěr léčby	202
<i>Kdy ukončit léčbu</i>	202
<i>Doléčování a rehabilitace</i>	203
3.5 Další možnosti	203
<i>Komentáře</i>	203
Závěr	206
Literatura	208

Tato publikace si klade za cíle seznámit čtenáře se základními informacemi o obsedantně-kompulzivní poruše (OCD) a její léčbě. Jde o relativně častou celoživotní poruchu s výskytem kolem 3 % v populaci. Léčbu však zpravidla vyhledá jenom část jedinců se závažnými příznaky, které vyvolávají nadměrný stres a které významně ovlivňují jejich život.

Obsedantně-kompulzivní porucha (OCD) je chronicky probíhající psychická porucha. Je charakterizována nutkavými myšlenkami (obsesemi), jež se proti vůli pacienta vtírají do jeho mysli a způsobují svému nositeli výraznou nepohodu a tíseň, kterou se pak snaží zmírnit různými způsoby nutkavého chování (kompulzemi či rituály). Jde o závažné, rozšířené a chronicky invalidizující onemocnění. Neuropsychologické, elektrofyziologické a zobrazovací nálezy výrazně svědčí pro neurobiologický základ OCD (Baxter, 1990).

První úspěchy v léčbě se objevily v sedmdesátých letech minulého století, kdy byl zjištěn léčebný efekt klomipraminu a poprvé byla popsána úspěšnost behaviorální léčby expozicemi se zábranou kompulzivní reakce.

Léčbou a výzkumem OCD se zabýváme mnoho let. V našich podmínkách však chybí dostatek základní odborné literatury v českém jazyce, a tak je většina odborníků odkázána na anglické zdroje. Pro lidi, které OCD trápí, a jejich příbuzné jsme napsali monografii, která vyšla již před patnácti lety (Praško, Pašková, Prašková a kol., 2003). Zasloužili by si tudíž novější vydání, které zohlední vývoj v této oblasti za poslední léta. Tato monografie je proto koncipována tak, aby z ní měli užitek jak odborníci, tak poučení laici i samotní lidé, kteří poruchou trpí. Není tedy psaná ryze odborně, byť některé části velmi odborné jsou. Čtenář si může vybrat hloubku záberu podle svých potřeb a možností.

Výzkum příčin a způsobu léčby v posledních čtyřiceti letech v mnohém tuto problematiku osvětlil a my se pokoušíme podat souhrn těchto nálezů. Dnes o této poruše víme mnohem více než v padesátých a šedesátých letech minulého století, přesto však zůstávají mnohé otázky nezodpovězeny. Nečekejte proto jednoduché odpovědi ani definitivní závěry. To by bylo nepoctivé.

Rituály a magické myšlení jsou v mnoha kulturách běžnou součástí života a možná si na ně vzpomínáte i ze svého dětství (obcházení kanálů, klepání na dřevo, vyhnutí se cestě, přes kterou prošla černá kočka, apod.). V malé míře se vyskytují i v dospělém životě a nemusí nutně znamenat problém nebo patologii. Jejich patologické zmnožení, obsedantně-kompulzivní porucha, bylo poprvé popsáno Esquirolelem v roce 1838. Dlouhou dobu byla tato porucha považována za vzácné onemocnění s chronickým průběhem, které je léčbou téměř neovlivnitelné. Nedávno provedené epidemiologické

studie však zjistily, že výskyt obsedantně-kompulzivní poruchy je mnohonásobně vyšší, než se původně předpokládalo. Obsedantně-kompulzivní poruchou trpí zhruba každý padesátý člověk. Výskyt je v různých kulturách (Evropa, Afrika, Amerika) přibližně stejný a nepatrně vyšší u žen než u mužů.

Obsedantně-kompulzivní porucha (OCD) je značně heterogenní, často zneschopňující onemocnění, které se významně liší od jiných úzkostných poruch, pokud jde o charakteristiku psychopatologie i reakci na léčbu a její možnosti (Frost, Steketee, 2002).

Termíny „obsese“ a „kompulze“ nacházíme v evropské medicínské literatuře od středověku. Český psychiatr prof. Vladimír Vondráček (1895–1978) popisuje zvláštní postavení obsedantní neurózy, kdy nemocného souží nejrůznější obsedantní fobie, obsedantní rouhavé myšlení a obsedantní jednání, které je často „magické“ a určené k „zabránění neštěstí“. V pohádkách se často vyskytují lidé, kteří museli za trest stále něco dělat. Je možné, že vzorem byli anankasté, kteří stále něco čistili, myli. První koncizní popis OCD jako psychiatrické nozologické jednotky podal profesor berlínské psychiatrie Carl Westphal v roce 1877. Zdůraznil odlišnosti od jiných psychických onemocnění a popsal včasný začátek, chronický průběh, a dokonce i časté utajování příznaků pacienty. Legrand du Saulle podal v roce 1875 popis OCD v komorbiditě s jinými poruchami a charakterizoval poruchu v dětském věku. Pierre Janet (1903) se snažil o sloučení široké skupiny symptomů z oblasti kompulzí, tiků, impulzů a poruch osobnosti na základě společné psychopatologie. Dá se říci, že byl předchůdcem dnešních hypotéz o kontinuu poruch ve spektru obsedantně-kompulzivních a jim příbuzných poruch (OCDS). OCD byla v první polovině 20. století jedním z nejčastěji užívaných příkladů k ilustraci Freudovy psychodynamické teorie, méně však léčby. Behaviorální model obsesí popsali Rachman a Hogson (1980); zdůraznili funkční význam zjevných a skrytých kompulzí. Na základě teorie učení a podmiňování popsal Paul Salkovskis (1989) její kognitivně-behaviorální model.

Obsedantně-kompulzivní porucha patří mezi nejzávažnější a přitom pozornost přitahující psychické poruchy z několika důvodů:

- Je to častá porucha. Epidemiologické studie ukazují, že OCD má vysokou prevalenci (Karno et al., 1988).
- Patří mezi handicapující poruchy. Podle hodnocení studie WHO, které nemoci a poruchy zatěžují jedince, představuje OCD jeden z nejvíce zneschopňujících medicínských stavů (Murray, Lopez, 1996).
- Tato porucha zatěžuje nadměrným stresem a utrpením postiženého jedince, ale i jeho rodinu (Amir et al., 2000; Hollander et al., 1997).
- Představuje modelový exemplář neuropsychiatrické poruchy s typickým postižením neuronálních drah (kortiko-striato-thalamo-kortikální), opakovaně prokazovaným v celé řadě studií, a s nálezy dysregulace v serotonergním neurotransmiterovém systému (Stein, 2002).

- Účinnost kognitivně-behaviorální terapie (KBT) je srovnatelná s farmakoterapií a někteří autoři zdůrazňují dlouhodobější efekt a menší počet relapsů po ukončení KBT (Marks, 1997).
- Jak farmakoterapie serotonergními látkami, tak hluboká mozková stimulace, ale zejména psychoterapie mají podobný efekt na neurobiologické úrovni. OCD je první poruchou, kde po farmakoterapii i psychoterapii bylo prokázáno, že došlo k normalizaci funkční neuroanatomie (Baxter et al., 1992).

Monografie se snaží dívat na OCD z mnoha hledisek; věnuje se jak biologickému, tak psychologickému či psychoterapeutickému pohledu. Psychoterapeutické přístupy jsou probrány zevrubněji, a to hlavně proto, že jsou pokládány za účinnější a trvalejší. Dalším důvodem sepsání této monografie je určitě i fakt, že se psychoterapii OCD věnujeme již třetí desetiletí a chceme předat dál naše zkušenosti.

Historická perspektiva

První zmínky o obsedantně-kompulzivní poruše lze najít již v díle svatého Jana Klimaka ze 6. století. Jedná se o soupis pravidel řeholního života. Autor se zde zmiňuje o nevyřčených rouhačských myšlenkách, které svým popisem odpovídají vtíravým nechtěným obsedantním myšlenkám.

První spojitost těchto myšlenek s úzkostí najdeme v díle svatého Ignáce z Loyoly (in Dunkel, 2005). První „návod“ na to, jak si poradit s příznaky OCD, nacházíme v autobiografické knize *The Book of Margery Kempe* (2004), sepsané Margery Kempeovou (1373 – po 1438).

Obsese a kompulze jsou popsány v krásné literatuře. Nejznámějším literárním příkladem je Shakespearova lady Macbeth, nejslavnějším z postižených byl Charles Darwin (Reed, 1985). Obsah obsesí mívá dobový charakter. Dřívější popisy například zdůrazňovaly religiózní obsahy, v dnešní době jde často o myšlenky týkající se nakažení mikroby nebo hrozby AIDS.

V 17. století se zájem o tuto poruchu přesunul do oblasti medicíny (Burton, 1621). Tehdejší možnosti léčby však byly velmi omezené. Lékaři tehdy léčili OCD pomocí vepunkcí či laxativy. V té době se také setkáváme s popisy dalších forem OCD, jako jsou časté mytí, kontrola a agresivní obsese (Burton, 1621). Vzhledem k tomu, že takováto léčba bývala neúspěšná, byli nejvážněji nemocní umisťováni v tzv. azylech pro blázný. V 19. století už bylo na postižené nahlíženo jako na nemocné a k léčbě byl používán i morfin (Koran et al., 2005). Velký posun v porozumění psychickým poruchám, a tudíž i OCD, uskutečnili Pierre Janet a Sigmund Freud. Pierre Janet sepsal svou teorii OCD v roce 1903 (Pitman, 1987). Bohužel tato publikace nikdy nebyla přeložena do angličtiny, a proto i méně oslovila lékařský či akademický svět. Známejšími se staly teorie

Sigmunda Freuda (Pitman, 1984; Oberbeck et al., 2013), který vykládal příznaky OCD symbolicky. Podle Freudovy teorie je OCD spojeno s neschopností adekvátně zvládat impulzy libida a agrese (Thompson et al., 1992). Pohled na OCD se dále vyvíjel. V německé odborné literatuře se setkáváme s pojmem *Zwangsneurose* (nutková neuróza), v anglické s *obsession* (obsese), ve Spojených státech pak zavádějí pojem *compulsion* (kompulze) (Oberbeck et al., 2013).

Podrobnější popisy OCD se tedy objevují od 15. století a do 18. století, kdy byly tyto problémy popisovány jako jevy způsobené religiózními nebo nadpřirozenými vlivy (Hunter, Macalpine, 1982; Pitman, 1994). Léčba pomocí exorcismu neměla větší efekt. Klinické popisy se snahou medicínsky nebo vědecky charakterizovat OCD se objevují až na konci 19. století, kdy neurologové, mezi něž patřil i Georges Gilles de la Tourette (1885), popsali příznaky OCD v kontextu poruch pohybu. Na počátku 20. století jiní klinikové popsali obsedantně-kompulzivní příznaky fenomenologicky (Janet, 1903; Meige, Feindel, 1907), ale neuvedli žádnou možnost úspěšné léčby. Freudův příběh „krysího muže“ (1909/1924) ukázal, jak lze aplikovat psychodynamické principy ve snaze pochopit a zmírnit to, co Freud nazval obsedantní neurózou.

Teprve v roce 1967 byl popsán antiobsedantní účinek antidepressiva klomipraminu, první látky, jejíž efekt souvisí s preferenčním zpětným vychytáváním serotoninu (Fernandez, Lopez-Ibor, 1967). Krátce poté byl studován a popsán efekt expozic se zábranou odpovědi v behaviorální terapii (Rachman et al., 1971). Zajímavé je, že rovněž koncem šedesátých let 20. století začaly pionýrské snahy systematicky studovat bezpečnost a efektivitu přední cingulotomie, neurochirurgického zákroku u pacientů s těžkou OCD (Ballantine et al., 1987).

Následující čtvrtstoletí bylo ve znamení rozvoje hodnocení a léčby OCD. Několik edukačních a svépomocných knih bylo publikováno pro laiky (např. Baer, 1991; Rapoport, 1989; Praško a kol., 2003). Původní předpoklad, že jde o velmi vzácnou poruchu s prevalencí kolem 0,1 %, vyvrátily výsledky studie *Epidemiological Catchment Area* (Karno et al., 1988), která zjistila, že celoživotní prevalence OCD v populaci je 2,6 %, což znamená, že jde o čtvrtou nejčastější psychickou poruchu.

Zlatým standardem hodnotících nástrojů se v osmdesátých letech stala stupnice *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS) (Goodman et al., 1989b, 1989c), která je dosud nejčastějším posuzovacím nástrojem v klinické praxi i ve výzkumu.

Od konce osmdesátých let nastal rozvoj nové třídy antidepressiv, selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), které, podobně jako klomipramin, fungují u OCD. Tyto látky však na rozdíl od klomipraminu mají minimální afinitu k adrenergním a cholinergním receptorům, proto je jejich profil nežádoucích účinků mnohem příznivější. Prakticky všechna SSRI byla u OCD studována a vykazují dobrý profil efektu i velkou bezpečnost podávání. Ve stejné době probíhaly desítky studií kognitivně-behaviorální terapie u OCD. Jenom v devadesátých letech bylo publikováno více než 1 500 studií zabývajících se léčbou OCD. Neurovědy nás navíc velmi přiblížily k pochopení etiologie a patofyziologie OCD.

Nutkavé myšlenky a rituály v nedagnostikované populaci

Obsese a kompulze nejsou v populaci nijak vzácné – mnoho lidí nevyhledá odbornou pomoc, ovšem obsese nebo kompulze se u nich vyskytují. Několik výzkumných pracovníků zkoumalo, zda se narušující intruzivní myšlenky, představy a impulzy vyskytují také u běžných lidí, nejen u psychiatrických pacientů. V roce 1978 ve Velké Británii zjišťovali Rachman a de Silva u 124 kolegů a studentů údaje o jejich duševních prožitcích. Kolem 80 % lidí někdy zažívalo vnucující se myšlenky, které byly neodlišitelné od obsesí. Obsah byl podobný nutkavým myšlenkám lidí s OCD. Nutkavé myšlenky se častěji objevovaly ve chvílích, kdy zúčastnění pociťovali úzkost nebo pokles nálady, a v situacích, kdy se pokoušeli těmto nepříjemným myšlenkám odolávat. Jediný rozdíl mezi nimi a pacienty s OCD byl, že ti druzí mají zkušenost s nutkavými myšlenkami po delší dobu, intruzivní myšlenky je více rozrušují, je pro ně obtížnější nechat je proběhnout a dále se jimi nezabývat. Na rozdíl od lidí, kteří trpí OCD, probandi obsesím zpravidla nepřikládali žádný velký význam a nepokoušeli se je nijak neutralizovat. Nepokládali je za něco, co by je vážně ohrožovalo, proto je nemuseli kontrolovat, potlačovat ani jinak složitě zvládat. Další dvě studie ukazují podobné nálezy, které naznačují, že nutkavé myšlenky nebo představy se vyskytují až u 90 % lidí v populaci. Řada z nich dokonce krátkodobě používá k neutralizaci strategie podobné rituálům, nicméně nepokládají je za něco, co by je reálně ohrožovalo (Freeston et al., 1991; Salkovskis, Harrison, 1984). Důležitý závěr z těchto studií je, že běžná populace se od osob trpících OCD liší pouze v kvantitě a závažnosti intruzivních myšlenek a v tom, jak si je interpretuje, ale ne v jejich přítomnosti, formě a obsahu. Tyto studie umožnily vývoj nových kognitivních modelů, které vycházejí z toho, že pro vývoj OCD je určující interpretace nutkavých myšlenek (Freeston et al., 1996; Rachman, 1997; Salkovskis, 1989; Wilhelm, 2000). Zde jsou některé z běžných obsesí:

- myšlenka na neštěstí někoho milovaného;
- myšlenka, že se dětem přihodí něco zlého, nejčastěji nějaké zranění;
- myšlenky na „nepřirozené“ sexuální akty;
- nutkání skočit z nástupiště před příjezdějící vlak či metro;
- nutkání skočit z výšky;
- myšlenka na sebevraždu;
- nutkání napadnout a zabít nějaké zvíře;
- nutkání udělat něco (např. smát se, zakřičet nebo něčím hodit), aby se přerušil klid na shromáždění;
- myšlenka, že ona, její manžel a dítě, které čeká, budou vážně postiženi v důsledku vdechování azbestu.

Jak je vidět, jsou podobné obsesím, které obvykle popisují obsedantně-kompulzivní pacienti. Také velká část populace má kompulze. Časté jsou různé formy kontrolujícího chování. Vezměme v úvahu například muže, jenž před odchodem z domu prohlíží po celém bytě, zda jsou všechny plynové kohoutky zavřeny, nebo hospodyni, která se dvakrát vrací do kuchyně, aby se ujistila, že je sporák vypnutý. Nikdo by je vážně nepovažoval za nemocné obsedantně-kompulzivní poruchou vyžadující pomoc. Mnoho lidí má drobné kompulzivní rituály, jako například pokaždé si obouvat jako první levou botu nebo uspořádat si stůl vždy určitým způsobem. Studie ukázaly, že takové kompulze jsou v populaci běžné. Výborný popis kompulze u normálního člověka poskytuje Boswellova biografie o Samuelu Johnsonovi, velkém spisovateli 18. století. Boswell komentuje různé Johnsonovy „výjimečnosti“ a „zvláštnosti“.

KAZUISTIKA

„Měl ještě jednu zvláštnost, o jejíž vysvětlení si žádný z jeho přátel vůbec netroufal požádat. Jevilo se to jako trochu pověřčivý zvyk, který získal brzy a na němž se nikdy nepodílel jeho rozum. Byla to jeho úzkostná starost, aby prošel dveřmi nebo bránou určitým počtem kroků a určitým bodem nebo přinejmenším tak, aby buď jeho pravá, nebo jeho levá noha (nevím jistě která) pokaždé učinila první skutečný pohyb, když se přiblížil ke dveřím či k bráně. Takto se domnívám: protože jsem měl nespočetně příležitostí sledovat ho, jak se náhle zastavil, a pak, jak se zdálo, počítal své kroky s hlubokou vážností; a když se zapomněl nebo pokazil tento magický pohyb, viděl jsem ho znovu se vrátit, postavit se do správné pozice, aby mohl ceremonii znovu začít a po jejím provedení se od ní odpoutat, živě vejít a připojit se ke svému společníkovi.“ (Boswell, Hibbert, 1986)

Mezi pověřčivými myšlenkami a některými obsesemi a mezi pověřčivými činy a kompulzivním chováním jsou určité podobnosti. Například jednoduché zaklepání na dřevo nebo vyhýbání se šlápnutí na kanál či číslu třináct. Pověry a jisté obsese se sobě podobají v tom, že člověk si je vědom iracionality svých myšlenek a s nimi spojené aktivity, ale přesto to pro jistotu a z opatrnosti udělá. Podobně jsou kompulze i mnohé pověřčivé akty uskutečňovány s úmyslem zabránit nešťastné události. Existuje však také mnoho pověřčivých činů, které mají zvýšit pravděpodobnost šťastné náhody; v případě kompulzivního chování tomu tak nikdy není. Kromě toho obsese se odlišují od většiny pověr tím, že jejich obsah bývá pro člověka nepřijatelný nebo odpudivý, vede k odporu a způsobuje nepříjemný pocit. Obsese také mají individuální charakter, zatímco pověry bývají společné mnoha členům určité společnosti.

Kdy už je možné mluvit o obsedantně-kompulzivní poruše

Klíčová otázka zní: Činí jedinci jeho obsese nebo kompulze nějaké potíže či ovlivňují nepříznivě jeho fungování v životě? Pokud jsou potíže závažné, budou způsobovat významnou nepohodu a budou člověku vážně zasahovat do života. Když se nechtěné myšlenky objeví průměrně jednou denně, nemůže to způsobovat skutečné potíže, ale jakmile se objevují desetkrát během každé hodiny, bývá to velmi zatěžující. Kontrolování všech plynových kohoutků jednou či dvakrát před odchodem z domu v každodenním životě asi moc nepřekáží, ale když to někdo dělá při každé příležitosti desetkrát za sebou, pak to může omezovat jeho běžné fungování. Někteří pacienti se dostanou k lékaři nebo do nemocnice až poté, co jejich problém dosáhne takového stupně, že to má podstatný vliv na jejich život. Například jedna žena požádala o pomoc až tehdy, když se nechávala na noc zamykat manželem ve sklepe, protože se bála, aby v noci nezabila svoje děti. Jiná žena přistoupila na léčbu teprve v situaci, kdy se její kompulze rozvinuly natolik, že musela strávit celý den uklízením svého domu. Jiný pacient se vzdal vycházení z domu, protože se obával, že se dostane na ulici do kontaktu s azbestem, který se může uvolňovat ze střeš s eternitem.

Někdy pacientovy obsese a kompulze obtěžují více druhé než jeho samotného. Můžeme uvést příklad ženy, která měla obavy z bakterií a pravidelně prováděla mycí rituály. Ty pro ni a pro její rodinu nebyly až tak závažným problémem jako to, že trvala na tom, aby se podobně myl také manžel, a drhla ve vaně děti, kdykoliv přišly zvenku. Kontaminované oblečení se ihned muselo vyprat. Když to manžel a děti odmítali, zlobila se na ně, nadávala jim nebo děti fyzicky k mytí nutila. Nepohodu nepociťovala tolik samotná pacientka, ale spíš blízcí, kteří s ní žili.

Obsese i kompulze jsou tedy běžné u celé populace a nejsou považovány za problém, pokud nezpůsobují pocit nepohody a nepřekáží v normálním životě. Jestliže však má někdo obsese anebo kompulze zasahující vážně do jeho života, měl by požádat o pomoc. Jde o menšinu, která je diagnostikována jako pacienti s obsedantně-kompulzivní poruchou.

1. Diagnostika a etiopatogeneze u obsedantně-kompulzivní poruchy

Jako obsedantně-kompulzivní poruchu označujeme stav, kdy se v mysli postiženého jedince opakovaně objevují myšlenky, představy a popudy, které jsou mu nepříjemné (vzbuzují v něm tíseň, úzkost, znechucení, bezmoc) a které vnímá jako protivolní a nepatřičné (hříšné, amorální), nesmyslné nebo přehnané (Salkovskis, Harrison, 1984; Rasmussen, Eisen, 1990; Praško et al., 2003). Tyto myšlenky, představy a popudy označujeme jako obsese. Postižený člověk vnímá tyto obsese jako své vlastní a snaží se jich zbavit, zahnat je, napravit je nebo neutralizovat. K neutralizaci obsesí mu slouží určité chování, při němž zachovává vždy stejný postup – toto úmyslné (volní) chování nazýváme „rituál“ nebo „kompulze“. Po provedení rituálu se míra nepříjemných pocitů zmírní, ale jen na určitou dobu, poté se obsese objeví znovu a postižený ji opět neutralizuje provedením kompulze (Rachman, Hogson, 1980; Reed, 1985; Praško et al., 2003).

1.1 Typické příznaky obsedantně-kompulzivní poruchy

Základními příznaky poruchy jsou obsese, kompulze, úzkost a vyhýbavé chování (Rachman, de Silva, 1978; Foa, Kozak, 1986). Na rozdíl od psychózy je OCD charakterizována relativně nenarušeným pohledem na realitu a postižení si zpravidla uvědomují, že jejich myšlenky a chování jsou přehnané nebo nesmyslné. Často se za svůj stav stydí a obávají se, že se mohou „zbláznit“. V těžkých případech OCD však může být náhled oslabený, protože jak se obsese zhoršují, stávají se dominujícími myšlenkami a postižení mají tendenci věřit, že domnělá katastrofa opravdu hrozí.

Jak jsme již uvedli, různé rituály a magické myšlení jsou běžnou součástí života a většina lidí provádí nějakou formu nutkavého jednání (např. „zaklepaní na dřevo“, aby se nestalo něco nepříjemného).

KAZUISTIKA

Katka (35 let) už v dětství často něco počítala, kontrolovala, ale nijak ji to neobtěžovalo. Problémy s úzkostmi se ve větší míře začaly objevovat při druhém těhotenství (první skončilo potratem). Katka si to tehdy dávala za vinu, hledala souvislosti s možnou infekcí, stravou, léky, přestože důvod ztráty těhotenství nebyl známý. Nechovala se nijak rizikově. Nejistota se u Katky postupně objevovala i v jiných oblastech. Kamarádka jí řekla o případu, kdy někdo z nepozornosti srazil cyklistu, a Katka se při řízení auta začala vracet na místa, kterými právě projela. Nakonec přestala řídit úplně. V práci sama požádala o méně odpovědnou pozici, aby nemohla způsobit větší finanční škodu. Když nemusela nic řešit a byla doma, napadalo ji, jestli v minulosti nepodepsala nějakou nevýhodnou smlouvu, jestli poslala peníze na správný účet, kontrolovala staré doklady. Začala se bát, že při vaření na někoho přenese infekci, několik hodin potravinu čistila, kontrolovala, měla systém, jak zacházet s „nakaženými oděvy“. Dále se obávala, že špatně dávkovala čisticí prostředky a tím poškodila syna i manžela. Zabezpečovací chování se změnilo ve vyhýbavé, už nejezdila autem, nevařila, vyhýbala se chození ven, běžným činnostem, většinu času jí zabraly kontroly a nechtěné myšlenky vztahující se k jejímu možnému pochybení a katastrofickým důsledkům. Katka je vyčerpaná, nezvládá péči o domácnost, manžel jí kritizuje, sama se kritizuje, odkládá návrat z rodičovské dovolené, řešením se jí zdá další těhotenství, ale bojí se, že by péči o druhé dítě už nezvládla.

KAZUISTIKA

18letá Markéta pokaždé, když domluví s druhým člověkem, dostane strach, že mu řekla něco nevhodného, co mu mohlo ublížit nebo ji zesměšnit. Proto si každý rozhovor v duchu slovo po slovu přehrává. Tímto zpětným přemítáním tráví denně několik hodin. Nemůže se proto soustředit na učení se k maturitě. Zjistila, že nemusí tolik o tom přemýšlet, když se přímo člověka, se kterým mluvila, na to zeptá. Zpočátku to fungovalo, pak se ale začala zamýšlet, zda tím mu vlastně také neublíží. Nejjednodušší bylo s nikým nemluvit. Proto se začala lidem vyhýbat, když jí volají kamarádky, nezvedá mobil, ve škole neodpovídá na otázky. Vyhýbání jí však postupně také přestalo pomáhat, protože když je sama, vybavuje si i rozhovory, které vedla před delší dobou.

Mezi příznaky OCD patří vtíravé myšlenky (obsese) o ušpinění, o agresi k druhým lidem, vtíravá váhavost, excesivní počítání, kontrolování, opakované mytí, ujišťování se, nutkavé sledování tělesných funkcí a psychického fungování. Většina postižených lidí má řadu z těchto příznaků. Napětí či úzkost z obsesí se snaží neutralizovat opakovanými úkony nebo stereotypními myšlenkami. Vznikají kompulze, které však sníží úzkost jen na přechodnou dobu. Záhy vzniká nová úzkost, nová potřeba ji snížit a rozvíjí se další kompulze. V průběhu času potřeba další kontroly roste.

Obsese je tedy nechtěná, vtíravá, opakující se a neodbytná myšlenka, představa nebo impulz, která se znovu a znovu ve stereotypní formě vtírá do mysli člověka. Obsese jsou prožívány jako mimovolní události, které se automaticky vnucují do vědomí. Objevují se proti vlastní vůli (Baer, 1994; Abramowitz et al., 2003).

KAZUISTIKA

Martina měla harmonický partnerský vztah s přítelem, byla vždy snaživá a úzkostnější, ale nedělalo jí to potíže, spíše byla za snahu oceňována. Poté, co nastoupila do práce, začala mít problémy vše stihnout podle svých představ. Bývala v práci déle, omezila pohyb, večery trávila s partnerem u televize, ale byla vyčerpaná a její sexuální touha byla stále nižší a opakovaně nedosáhla orgasmu. Jednou ji napadlo, jestli je vůbec heterosexuální a nevzrušují ji ve skutečnosti ženy. Snažila se na to nemyslet, ale když opakovaně nedosáhla orgasmu, začala se sexu s partnerem vyhýbat a více se zaměřovala na své pocity vůči ženám. Sledovala, jestli se jí nějaká nelíbí, zda necítí sexuální vzrušení, zpočátku se vyhýbala přátelskému objetí kamarádek, až se s nimi přestala vídat. Začala uvažovat o rozchodu s přítelem, protože vůči němu cítila pocity viny, když ji napadlo, že je homosexuální a nemá s ním být. Na internetu hledala články, které se týkaly homosexuality, ale pomohlo to vždy jen na chvíli a pak převládly další pochybnosti a úzkosti. Martina si s tím nevěděla rady, proto se začala ujišťovat u partnera, ale nepomohlo to. Myšlenky na vlastní orientaci vyplňovaly většinu dne, Martina se vyhýbala očnímu kontaktu se ženami, ale časem stačilo zahlédnout ženu na ulici nebo pohlédnout na sebe do zrcadla, aby se pochybnosti znovu objevily.

Na rozdíl od úmyslného zabývání se určitými myšlenkami jsou obsese velmi nepříjemné. Mohou se objevit po celé řadě **spouštěcích podnětů**, například po podání ruky s cizí osobou, uzamčení bytu, pohledu na ostrý předmět, po přečtení nepřijatelného slova, pohledu jiného člověka nebo po určitém jednání (např. použití veřejné toalety), kde je riziko nákazy. Mohou mít podobu obavných, odpudivých, rouhavých, nemravných, absurdních myšlenek či všech dohromady. Postižený se jim obvykle brání a snaží se je neutralizovat nebo se vyhnout situacím, které obsese spouštějí.

KAZUISTIKA

První problémy, kterých si byl Honza vědom, začaly v době, kdy měl neshody se svou manželkou. Manželka k němu byla často kritická, což mu připomínalo jeho přísného otce. Montoval novou skříň v bytě a chtěl manželku překvapit, ale ta mu řekla, že to stejně bude nanic. Měl v ruce kladivo a napadlo ho, že ji tím praští a bude klid. To ho vyděsilo, postupně měl agresivní myšlenky čím dál častěji, objevily se násilné myšlenky i vůči jiným lidem. Napadlo ho, že někoho shodí do křoví, do pytle, pak před sebou viděl obrazy, jak manželka leží rozsekaná na kusy v kontejneru. Když jednu zakopl a spadl, odřel si ruce. Náhle ho napadlo, že má na rukou cizí krev. Začal přemýšlet, jestli manželku nebo někoho jiného již nezabil. Snažil se na to nemyslet, ale bál se sám sebe, rozvinul zabezpečovací a vyhýbavé chování. Na nádraží ho napadlo, že by mohl někoho hodit pod vlak, a tak stával opodál, za překážkami. Také se bál, aby někoho nestrčil do popelnice, nějaké bezbranné dítě, proto si na internetu pořád pročítal krimi zprávy, aby se dozvěděl, jestli se někdo nepohřešuje. Začal kontrolovat kontejnery, postupně se jim začal vyhýbat. Pak jej také napadlo, že by mohl v domě pustit plyn, který by mohl vybuchnout. Proto sporák obestavěl židlemi a vyhýbal se kuchyni, přesto se musel

vracet. Cestu do práce si pečlivě vybíral, aby se nepřiblížil ke kontejneru, ale i tak se vracel a hledal, jestli někoho nesrazil nebo nezabil a jen si to nepamatuje. Potíže se zhoršily natolik, že nebyl schopen pracovat a uvažoval o sebevraždě.

Obsese je pasivní automatický zážitek. Postižený může být zabrán do nějaké aktivity, jako je čtení knihy nebo řízení auta, když se obsedantní myšlenka vetře do jeho vědomí. Tím přeruší jeho normální myšlení a jednání.

KAZUISTIKA

Pepa byl vychováván v úzkostné rodinné atmosféře s důrazem na výkon. Otec hodně pracoval, finančně rodinu zajistil, ale neměl na Pepu čas. Matka byla rozmazlující, avšak kritická, během dětství odešla od rodiny. Pepa byl opuštěný, do kolektivu nezapadal. Po návratu matky se snažil vazbu upevnit, aby již neodešla. Pepa si nevěřil. Jeho potíže s OCD se objevily poté, co měl první pohlavní styk se ženou, prostitutkou. Několik měsíců měl strach, že se nakazil, ale nešel na vyšetření. Styděl se, proto se rozhodl darovat krev, aby byl vyšetřen. Na chvíli se uklidnil, ale jeho několikaletý závislý vztah s partnerkou skončil její nevěrou. Pepa se začal více zabývat rizikem nákazy HIV, měl obavu z intimního kontaktu se ženami, zaslechl zprávu o tom, že závislí na drogách pohazují venku jehly (dokonce i schválně) a hrozí riziko nákazy. Začal se vyhýbat parkům, přestal cestovat hromadnou dopravou, po čase se vyhýbal i restauracím a dalším místům. Kontroloval židle a stoly, jestli na nich není jehla, začal se na místa, kde seděl, vracet a znovu je kontroloval, prohmatával. Vyhýbal se situacím, kde si musel sednout, necestoval; až nebyl schopen dojít do práce, požádal o dlouhodobou pracovní neschopnost.

Obsese téměř vždy vyvolávají tíseň, napětí, úzkost nebo jiný druh nepohody, protože jsou vnímány jako nesmyslné, protivolní, ale nelze je potlačit. Někdy vyvolávají pocit ohrožení samotného nositele, jindy mohou být i obscénního nebo násilného rázu. Na rozdíl od úmyslného zabývání se určitými myšlenkami jsou velmi nepříjemné. Výskyt obsese tedy obvykle vede k pocitu nepohody. Tento pocit může v menšině případů vzniknout také již při objevení se spouštěče nebo kompulzivního nutkání. Nejčastěji je popisován jako úzkost, ale někteří pacienti uvádějí, že to, co cítí, není úzkost, ale celkové znepokojení, napětí, pocit hnusu, nebo dokonce pocit viny. „Pocit nepohody“ je proto vhodnějším pojmem. Zahrnuje totiž všechny tyto pocity, které jsou doprovázeny velkou tísní, úzkostí, strachem nebo napětím, nutí k jednání, jež tyto emoce **neutralizuje**. Tomuto jednání říkáme kompulze. Neutralizace vede k dočasnému snížení úzkosti a obvykle probíhá jako stereotypní **kompulzivní chování**.

KAZUISTIKA

Marcela má nutkání zjistit, jakým mechanismem se odbarvují vlasy. Je jí 45 let, ale nemá partnera ani děti. Zjišťování jí v posledních měsících zabere mnoho hodin denně. Marcela byla