ŠPECIALIZAČNÁ PRÁCA 2015

KAPITOLY MODERNEJ PSYCHIATRIE

MUDr. Jana MIŠURDOVÁ

OBSEDANTNO-KOMPULZÍVNA PORUCHA A KBT PRÍSTUP V LIEČBE

OPONENT Doc. MUDr. Alojz Rakús, CSc.

Vydané s podporou spoločnosti Lundbeck

KAPITOLY MODERNEJ
PSYCHIATRIE

JÚN 2016

Vydané s podporou spoločnosti Lundbeck

MUDr. Jana MIŠURDOVÁ

OBSEDANTNO-KOMPULZÍVNA PORUCHA A KBT PRÍSTUP V LIEČBE

OPONENT Doc. MUDr. Alojz Rakús, CSc.

ŠPECIALIZAČNÁ PRÁCA 2015

KAPITOLY MODERNEJ PSYCHIATRIE

PREDHOVOR

Keď ma spoločnosť Lundbeck požiadala o úvod do publikácie atestačnej práce MUDr. Jany Mišurdovej, napadlo mi viacero vecí: napr. ako sa užitočne zmenil symbol červenej hviezdy našikmo vďaka Vladovi Markovi z Lundbecku, ako sa zásadne zmenila ponuka a možnosti odbornej literatúry v súčasnosti. A pritom som s vďakou siahla znovu po dnes už „relikvii" – vysokoškolskej učebnici prof. Guensbergera z r. 1971 *Všeobecná psychiatria a základy medicínskej psychológie*, po malej brožúre *Psychofarmakológie* od Oldřicha Vinaře, po „malom katechizme" psychiatrie – hutnej knižke Janíka a Dušeka *Diagnostika duševních poruch* s krásnymi syndromológiami z r. 1974, preletela pohľadom *Encyklopédiu psychiatrie* od Hanzlížka, otvorila *Psychiatriu* Vencovského a Dobiáša, ktorú otváram často aj dnes, siahla som po milovaných *Poruchách konání* Vladimíra Vondráčka či po *Základoch psychoterapie* Stanislava Kratochvíla. To boli naše odborné zdroje a boli to dobré zdroje.

Mohla by som pokračovať v dnes už naozaj bohatej ponuke velikánov súčasnej českej aj slovenskej psychiatrie aj psychológie – patria medzi nich napr. krásne publikácie Antona Heretika, odborné práce pracovníkov Psychiatrickej kliniky UNB atď., nehovoriac o Cyrilovi Höschlovi a jeho spolupracovníkoch.

Od r. 2002, ako všetci vieme, sa vďaka spolupráci výboru SPS SLS a firmy Lundbeck otvorila nová kapitola dejín slovenskej psychiatrie – keď sa v tejto konštelácii dala možnosť mladým slovenským psychiatrom a psychológom, aby publikovali svoje atestačné či dizertačné práce v edícii „Kapitoly modernej psychiatrie".

Tento krok považujem za historicky významný – vyrastá nám generácia psychiatrov, ktorí ponúkajú kvalitné odborné príspevky zo špecifických oblastí psychiatrie, bohato literárne podporené, štylisticky na úrovni, pútavé, kvalitne recenzované a lákavé aj určitým minimalistickým – teda koncentrovaným – obsahom. Takou je aj práca MUDr. Janky Mišurdovej, ktorú ste práve dostali do rúk. Nejdem popisovať jej obsah – každý má možnosť osobne sa s ním oboznámiť.

Všetci psychiatri vedia, aké náročné je terapeuticky zvládnuť diagnózu obsedantno-kompulzívnej poruchy. Na Janke Mišurdovej si vážim, že si vybrala tému, pred ktorou má rešpekt a ktorá bola pre ňu zároveň výzvou. Okrem bohatej literatúry, ktorú cituje, si vážim aj jej vklad do rozvoja vlastného osobnostného

a odborného potenciálu, ktorým je absolvovanie psychoterapeutického výcviku v KBT, ako i kazuistika vlastnej práce s OCD poruchou, ktorou prácu ilustruje.

Pre mňa osobne je cťou, že som mohla napísať tento predhovor po takých predchodcoch, akými boli prof. Žucha, prof. Novotný, prof. Pečeňák, prof. Heretik či doc. Forgáčová.

Skutočnosť, že táto práca bola akceptovaná na publikovanie, je taktiež cťou pre Psychiatrickú nemocnicu vo Veľkom Záluží.

Veľké Záluzie 25. 1. 2015 *MUDr. Anežka Imrišková*

OBSAH

PREDHOVOR 5
POĎAKOVANIE 9
1. ÚVOD 11
2. OCD Z POHĽADU HISTÓRIE 12
3. SPEKTRUM OBSEDANTNO-KOMPULZÍVNYCH PORÚCH (OCSD) 14
4. EPIDEMIOLÓGIA 15
5. ETIOPATOGENÉZA 16
5.1. Psychoanalytické teórie 16
5.2. Behaviorálne faktory – teória učenia 16
5.3. Kognitívne teórie 17
5.4. Kognitívno-behaviorálny pohľad na OCD 17
5.5. Genetické faktory 18
5.6. Imunologické nálezy 18
5.7. Biochemické nálezy 19
5.8. Nálezy neurozobrazovacích metód 19
5.9. Psychosociálne faktory 20
6. KLINICKÁ SYMPTOMATIKA 21
6.1. Obsesie 21
6.1.1 Druhy obsesií 21
6.2. Kompulzie 23
6.2.1 Druhy kompulzií 24
6.3. Vyhýbavé a zabezpečovacie správanie 25
6.4. Telesné prejavy pri prežívaní úzkosti 26
7. DIAGNOSTICKÉ KRITÉRIÁ 27
7.1. Diagnostické kritériá pre OCD (F42.) podľa MKCH-10 27
7.2. Diagnostické kritériá DSM-IV pre OCD 28
7.3. Diagnostické kritériá pre OCD (300.3) podľa DSM-5 29
8. ZÁKLADNÉ KLINICKÉ TYPY 31
8.1. Kompulzívne umývanie a čistenie 31
8.2. Kompulzívne overovanie a kontrolovanie 31
8.3. Iné kompulzie 32
8.4. Obsesie bez zjavného kompulzívneho konania 33
8.5. Primárna obsedantná pomalosť 33
9. PRIEBEH A PROGNÓZA 34

10. DIAGNOSTIKA 35
10.1. Anamnéza 36
10.2. Heteroanamnéza 36
10.3. Sebaposudzovacie škály 36
10.4. Testovanie správania a priame pozorovanie 37
10.5. Dotazníky 37
11. DIFERENCIÁLNA DIAGNOSTIKA A KOMORBIDITA 39
12. FARMAKOTERAPIA 42
12.1. Monoterapia 42
12.2. Augmentácia 43
12.3. Výmena antidepresíva 44
12.4. Iné farmakologické stratégie, biologická a chirurgická liečba 44
13. PSYCHOTERAPIA 46
13.1. Psychoanalýza a iné formy dynamickej terapie 46
13.2. Skupinová terapia 46
13.3. Behaviorálna terapia 47
13.4. Kognitívna terapia 47
14. KOGNITÍVNO-BEHAVIORÁLNA TERAPIA 49
14.1. Edukácia 50
14.2. Kognitívna reštrukturalizácia 53
14.3. Expozícia so zábranou rituálom 54
14.4. Expozícia v predstave 57
14.5. Liečba pacientov bez zjavných rituálov 58
14.5.1 Expozícia obsesiám 58
14.5.2 Expozícia spúšťačom 58
14.5.3 Stop-technika 58
14.5.4 Odvedenie pozornosti 59
14.5.5 Preháňanie myšlienok 59
14.5.6 Stanovenie času 59
14.6. Liečba primárnej obsedantnej pomalosti 59
14.7. Relaxácie 60
14.8. Iné behaviorálne techniky 60
14.9. Plánovanie času a riešenie problémov 60
15. PROBLÉMY PRI KOGNITÍVNO-BEHAVIORÁLNEJ TERAPII OCD 62
16. MINDFULNESS 63
17. PREVENCIA RELAPSOV 64
18. KAZUISTIKA č. 1 65
19. KAZUISTIKA č. 2 72
20. ZÁVER 80
21. POUŽITÁ LITERATÚRA 83
PRÍLOHA 89

POĎAKOVANIE

V úvode by som rada vyjadrila vďaku za povzbudenie a dôveru v priebehu atestačnej prípravy svojej pani primárke a zároveň konzultantke špecializačnej práce, pani primárke MUDr. Anežke Imriškovej.

Svojmu láskavému a trpezlivému učiteľovi, vedúcemu KBT výcviku PhDr. Milošovi Šlepeckému, CSc., ďakujem za poskytnutie odbornej literatúry, teoretickej a praktickej prípravy v rámci výcviku v kognitívno-behaviorálnej terapii.

Zo srdca ďakujem Mgr. Márii Štetinovej, psychologičke, KBT terapeutke a kolegyni z psychoterapeutického výcviku, za mnoho podnetných rozhovorov, inšpiráciu, podporu a priateľstvo.

Veľké poďakovanie patrí mojej rodine, mojim starostlivým a milujúcim rodičom, starej mame, bratovi Mariánovi, Kamilke a Maťkovi za to, ako vo mňa verili, za pochopenie, psychohygienu a technickú pomoc.

Učiteľke Mgr. Renátke Melichovej ďakujem za rýchlu kontrolu gramatickej stránky práce.

Ďakujem svojim kolegom a zároveň dobrým priateľom – MUDr. Vierke Mikóczi, MUDr. Ingrid Jandovej, MUDr. Mirkovi Masarykovi a Mgr. Márii Laurovej za súdržnosť, vytrvalú snahu o vzájomné porozumenie a ochotu pomôcť v pracovnom i osobnom živote.

Za krásnu ilustráciu na obálke ďakujem svojej sesternici Mgr. art. Vierke Palárik Margetovej, ArtD.

1. ÚVOD

V živote nie je pravdepodobne nič horšie a nebezpečnejšie než strach.
(Džaváharlál Néhrú)

Obsedantno-kompulzívna porucha (OCD) je pre nás jednou z najfascinujúcejších duševných porúch, a zároveň vyvoláva veľký rešpekt. I keď podľa epidemiologických štúdií patrí medzi psychiatrické diagnózy s vysokým zastúpením v populácii, diagnostika býva často oneskorená a psychoterapeutické vedenie týchto pacientov je veľmi náročné i pre skúsených a kvalifikovaných terapeutov. Táto porucha zasahuje do všetkých oblastí pacientovho života. Už pri ľahkom priebehu môže negatívne ovplyvňovať jeho interpersonálne vzťahy, pri závažných formách znemožňuje bežné fungovanie, pracovné uplatnenie a má výrazný vplyv na rodinu. Pacienti trpiaci touto poruchou často popisujú svoj každodenný život ako začarovaný bludný kruh.

Etiopatogenéza OCD nie je napriek snahám doposiaľ objasnená a existuje celý rad teórií o vzniku poruchy. Na základe týchto teórií vznikli i rôzne liečebné stratégie, ktoré sú viac či menej efektívne. Napriek tomu, že na diagnostiku u najfrekventovanejších klinických typov OCD stačí niekoľko skríningových otázok a anamnéza, je bežné, že pacienti odbornú pomoc pre pocity hanby nevyhľadajú alebo lekára navštívia až vtedy, keď sú problémy enormné. Ešte do polovice 20. storočia sa k liečbe OCD pristupovalo rezignovane, výraznejšiu zmenu pohľadu priniesla farmakoterapia a behaviorálna terapia vychádzajúca z teórie učenia.

V dnešnej dobe sa v rámci psychoterapie na základe výskumov efektivity často preferuje u týchto ľudí kognitívno-behaviorálny prístup pozostávajúci hlavne z psychoedukácie, expozície so zábranou rituálom a kognitívnej reštrukturalizácie.

Cieľom našej práce je základný popis obsedantno-kompulzívnej poruchy zahrňujúci stručný pohľad na historický vývoj, rôzne teoretické hľadiská vzniku, klinickú symptomatológiu, diagnostiku, diferenciálnu diagnostiku a terapiu.

Z psychoterapie by sme chceli čitateľa oboznámiť s kognitívno-behaviorálnou terapiou a predstaviť jej základné techniky v liečbe tejto poruchy. V závere práce predstavujeme dve kazuistiky z klinickej praxe.

2. OCD Z POHĽADU HISTÓRIE

Obsedantno-kompulzívna porucha mala v minulosti rôzne názvy, ako posadnutosť diablom, religiózna melanchólia, puntičkárstvo, folie du doute, psychasténia či kompulzívna neuróza (*Raboch a kol., 2001*). Termíny obsesie a kompulzie pochádzajú z latinčiny a v európskej medicínskej literatúre sa objavili v stredoveku. V r. 1757 Woodard popísal obsedantný blud (angl. obsessional delusion) (*Yaryura-Tobias, Neziroglu, 1997*).

Wartburgove práce z roku 1799 sa považujú za počiatok modernej koncepcie poruchy, v ktorých prvý použil termín obsesia na popis súboru niektorých typických príznakov (*Kosová, Praško, 2004*). V r. 1838 Esquirol popísal delire du toucher (angl. compulsion to touch) a monomanie raissonnante (obsesie) a Falret v r. 1866 folie du doute (*Yaryura-Tobias, Neziroglu, 1997*).

Berlínsky psychiater Carl Westphal v roku 1877 podal prvý popis obsedantno-kompulzívnej poruchy ako psychiatrickej nozologickej jednotky a spolu s Esquirolom a Morelom sa stal zástancom psychologickej teórie vzniku poruchy. Koncom druhej polovice 19. storočia Legrand du Saulle predbehol dobu vo svojich úvahách o komorbidite s inými poruchami. V r. 1903 poruchu redefinoval Janet, ktorý sa snažil o zlúčenie širokej heterogénnej skupiny symptómov z oblasti kompulzií, tikov, impulzov, porúch osobnosti na základe ich spoločnej psychopatológie, a tým bol vo svojich hypotézach predchodcom teórií o kontinuu poruchy v tzv. spektre obsedantno-kompulzívnych a príbuzných porúch (OCDS) (*Kosová, Praško, 2004*).

Pollit v r. 1957 zahrnul Schneiderove a Lewisove definície pri popise obsesií ako myšlienok, predstáv, impulzov, ktoré sú sprevádzané okamžitým nutkaním ku kompulzii a túžbou odolať im (*Yaryura-Tobias, Neziroglu, 1997*). Dôležité klinické pozorovanie pacientov uskutočnila psychoanalytická škola. Freud definoval obsesie ako výsledok regresie do análneho štádia psychosexuálneho vývoja a obsesie vysvetľuje ako manifestáciu pocitov viny z potlačených agresívnych a sexuálnych impulzov a varuje pred nadmerne trestajúcou a reštriktívnou výchovou v rodine (*Kosová, Praško, 2004*).

V osemdesiatych rokoch 20. storočia výskumníci ako Paul Salkovskis a Paul Emmelkamp začali spoznávať, že významnú rolu pri vzniku obsedantno-kompulzívnej poruchy zohrávajú nesprávne presvedčenia a chybné postoje, a na pochopenie symptómov OCD začali aplikovať kognitívne teórie predostreté v šesťdesiatych a sedemdesiatych rokoch 20. storočia Ellisom a Beckom.

3. SPEKTRUM OBSEDANTNO-KOMPULZÍVNYCH PORÚCH (OCSD)

Do obsedantno-kompulzívneho spektra (*Hollander, 1993*) patria niektoré duševné a neurologické poruchy, pri ktorých sa vyskytujú nutkavé myšlienky a konanie. Poruchy a choroby v obsedantno-kompulzívnom spektre majú spoločné niektoré symptómy, etiologické a neurobiologické činitele a tiež podobnú odpoveď na liečbu. OCSD sa rozdeľuje na skupinu obsedantnú (kompulzívnu), impulzívnu a skupinu neurologických porúch. Impulzívnosť a kompulzívnosť majú spoločnú nutkavosť, ktorá vedie k určitému konaniu, avšak kompulzie sú nepríjemné a predstavujú nadmerné, prehnané vyhýbanie sa určitému riziku, ohrozeniu. Naopak impulzívne konanie môže byť na začiatku príjemné, pričom pacient podceňuje dôsledky tohto konania. Existuje tzv. impulzívno-kompulzívne kontinuum, kde na kompulzívnom póle je OCD, na impulzívnom impulzívna porucha osobnosti a približne v strede sa nachádza Tourettov syndróm a depersonalizačná porucha.

Tabuľka č. 1: Obsedantno-kompulzívne spektrum (*Hollander a Wong, 1995*)

I. Obsedantné	dysmorfofóbia depersonalizačný syndróm schizo-obsedantná forma schizofrénie hypochondrická porucha mentálna anorexia syndróm nutkavého prejedania sa
II. Impulzívne	patologické hráčstvo kleptománia trichotillománia pyrománia kompulzívne nakupovanie sexuálne kompulzie sebapoškodzujúce správanie
III. Neurologické (záchvatovité)	autizmus Aspergerova choroba Tourettov syndróm Sydenhamova choroba Huntingtonova choroba torticollis niektoré typy epilepsie

4. EPIDEMIOLÓGIA

Obsedantno-kompulzívna porucha (OCD) s celoživotnou prevalenciou 1,9–2,5 % (*Weissmann a kol., 1994*) patrí medzi najčastejšie psychické poruchy a podľa Praška a kol. (*2007*) sa radí na 4. miesto (po fóbii, abúze látok a recidivujúcej depresívnej poruche). Výskyt OCD je približne rovnaký u mužov a žien (*Praško a kol., 2014*), iné zdroje uvádzajú častejší výskyt u žien (*Stein, Fineberg, 2007*). Objavuje sa v každom veku, u všetkých rás a etnických skupín, rozdiely sa však vyskytujú v jednotlivých klinických skupinách v rámci tejto poruchy. Obsedantno-kompulzívnu poruchu je možné nájsť v rôznych častiach sveta a v rôznom kultúrnom prostredí a podobnosť obsesií a kompulzií objavujúcich sa v rozmanitých krajinách je pozoruhodná.

OCD najčastejšie začína medzi 18. a 25. rokom života (*Praško a kol., 2014*), u 60 % sa objavuje pred 25. rokom, u 30 % dokonca medzi 5. a 15. rokom (*Perse, 1988*). U mužov býva začiatok skorší ako u žien, priemerný vek vzniku prvých príznakov je 21,4 roka u žien a 19,6 roka u mužov (*Praško a kol., 2007*). Podľa de Silvu a Rachmana (*1998*) sa táto porucha len vo vzácnych prípadoch prejaví po prvýkrát po 45. roku veku. Mnohé štúdie ukazujú, že veľká časť dospelých obsedantno-kompulzívnych pacientov je slobodných a že u mužov je väčšia tendencia zostať slobodnými v porovnaní so ženami s OCD. Títo pacienti vstupujú do manželstva v neskoršom veku ako ostatní ľudia vrátane iných psychiatrických pacientov. Taktiež sa preukazuje, že títo pacienti majú menej detí.

U detí sa v niektorých obdobiach môžu vyskytovať obsedantné myšlienky, kompulzívne správanie, hlavne nutkanie dotýkať sa vecí, rigidné rituály pred spaním. Obvykle tieto prejavy časom spontánne ustúpia. Diagnostika obsedantno-kompulzívnej poruchy je v detstve vzácna, je však možné, že niektoré prípady OCD v detstve nie sú odhalené. Charakteristika OCD u detí je rovnaká ako u dospelých, teda prítomné sú obsesie a kompulzie, no na rozdiel od dospelých sa medzi deťmi nevyskytuje primárna obsedantná pomalosť (*de Silva, Rachman, 1998*).

5. ETIOPATOGENÉZA

Presná príčina vzniku OCD nie je doposiaľ známa. Bolo vytvorených viacero rôznych teórií usilujúcich sa o vysvetlenie obsedantno-kompulzívnej poruchy. V etiológii je popísaný celý rad faktorov – genetických, biochemických, vývojových a behaviorálnych. V posledných dvoch desaťročiach sa OCD stala reprezentantom nového modelu neuropsychiatrickej poruchy (*Robertson, Yakeley, 1996*).

5.1. Psychoanalytické teórie

Psychoanalytický výklad je historicky najstarší. Dynamické aspekty OCD ako prvý popísal Sigmund Freud a nazval ju obsedantnou neurózou. Bola chápaná ako výsledok regresie z oidipálnej do análnej fázy psychosexuálneho vývoja s charakteristickou ambivalenciou emócií. Hlavným rysom análneho štádia vývoja je nácvik kontroly moču a stolice a s touto fázou vývoja dieťaťa sa spája zlosť a agresia. Obsedantné symptómy podľa Freuda vznikajú z neuvedomených impulzov agresívnej a sexuálnej povahy (*Freud, preklad Rieff, 1993*). Podľa tejto teórie sú obsesie a kompulzie príznakmi hlbšieho problému v ľudskom nevedomí a určité spomienky, priania a konflikty sú potlačované a držané mimo vedomia, pretože by mohli vyvolať úzkosť. Tieto potlačené psychické elementy sa môžu neskôr prejaviť ako neurotické príznaky. Kompulzívne činy a obsedantné myšlienky sú považované za obranné reakcie, ktoré potláčajú skrytú úzkosť (*Praško a kol., 2014*).

5.2. Behaviorálne faktory – teória učenia

Inou psychologickou teóriou je teória učenia, ktorá predpokladá, že neurotické poruchy a problémy v správaní sú získané alebo naučené. Jedinec sa prostredníctvom asociácií s nepríjemnými zážitkami môže naučiť reagovať úzkosťou i na v skutočnosti neškodné podnety. Rovnako sa naučí, že určité správanie úzkosť odstraňuje a toto správanie sa potom spevňuje, v tomto prípade sa spevňuje a presadzuje kompulzívne konanie, pretože zmierňuje nepríjemné pocity.

Experimentálne bolo pozorované, že zvieratá vystavené bolestivým a nepríjemným situáciám robili stereotypne a opakovane predtým naučené správanie znižujúce úzkosť, a to i vtedy, keď toto správanie neviedlo k úľave ani k úniku

z danej situácie. To naznačuje, že pôvodne užitočné správanie znižujúce úzkosť môže byť v stresovej situácii rigidne vykonávané, dokonca i keď nemá logický vzťah k prítomnému stresu (*Praško a kol., 2007*).

Mnohí obsedantno-kompulzívni pacienti si však nepamätajú na nejaký prvý nepríjemný zážitok, ktorý by bol spúšťačom ich problémov, a teória učenia taktiež nedokáže vysvetliť pôvod samotných obsesií.

5.3. Kognitívne teórie

Kognitívny model OCD sformuloval Salkovskis (*1989*) a vychádza z predpokladu, že automatické intruzívne myšlienky nie sú samy osebe patologické a môžu mať neutrálny, pozitívny alebo negatívny emočný sprievod. Sú dokonca dôležité pre zjednodušenie mnohých situácií, o ktorých by sme museli dlho premýšľať. Niektoré z automatických myšlienok sa však týkajú hroziaceho nebezpečenstva a vyvolávajú silnú úzkosť. To môže aktivovať dysfunkčné postoje a presvedčenia (tzv. dysfunkčné kognitívne schémy), ktoré vedú k takej silnej úzkosti, ktorú človek nedokáže zniesť a snaží sa jej zbaviť pomocou určitého vôľového konania. Keď sa mu to podarí, spojenie medzi obsesiou (automatickou myšlienkou) a kompulziou (vôľovým konaním alebo myšlienkou slúžiacou na zníženie úzkosti) sa posilní a objavuje sa stále častejšie. Z toho vplýva, že patologickú kvalitu môže automatická myšlienka získať v prípade, že je spojená so silnou úzkosťou, ktorú sa človek snaží neutralizovať (*Praško a kol., 2014*).

Pri OCD dochádza k aktivácii dysfunkčných kognitívnych schém, ktoré sa týkajú predovšetkým kontroly, zodpovednosti, potreby istoty a pevných pravidiel a ktoré boli pravdepodobne formulované už v detstve pod vplyvom rodinnej výchovy a pravidiel u zraniteľnej osobnosti (*Praško a kol., 2007*).

5.4. Kognitívno-behaviorálny pohľad na OCD

KBT model vzniká spojením behaviorálneho a kognitívneho modelu. Behaviorálny model obsesií (*Rachman, Hodgson, 1980*) zdôrazňuje funkčný význam zjavných a skrytých kompulzií (označovaných ako neutralizačné správanie). Vyplýva z neho, že obsesie sú vtieravé myšlienky, predstavy, popudy, ktoré sú mimovoľné a sú sprevádzané zvýšením úzkosti, zatiaľ čo neutralizácia (zjavné alebo skryté kompulzie) je úmyselné konanie, ktoré pacient vykonáva, aby znížil úzkosť alebo riziko ohrozenia. Skryté neutralizačné správanie sa môže v mnohých oblastiach zhodovať s obsedantnými myšlienkami. To môže viesť k dlhým

reťazcom: vtieravá myšlienka – neutralizujúca myšlienka – vtieravá myšlienka atď., pričom každá myšlienka má v reťazci inú funkciu, i keď jej obsah je totožný (*Praško a kol., 2007*).

Ako obsesia pretrváva a rituály sú stále rozsiahlejšie, pacienti niekedy vykazujú správanie zdanlivo nezávislé od obsesií. Len čo sa pacient stretne s podnetom spúšťajúcim obsesiu, vykoná neutralizačné správanie ešte predtým, ako sa obsesia objaví, a tým jej výskytu zabráni.

Interpersonálne faktory hrajú tiež významnú úlohu v udržiavaní OCD. Pozornosť okolia môže byť pre pacientov veľkou odmenou a často sa objavuje snaha príbuzných pomôcť pacientovi napríklad uisťovaním, že sa nič nestane, ak kompulziu nevykoná. Tým sa u pacienta rozvíja ďalšia kompulzia, a to uisťovanie. Inokedy okolie začne vykonávať činnosti, ktorým sa pacient kvôli obsesiám vyhýba, s presvedčením, že mu tým pomáha. V skutočnosti je úľava pre pacienta len krátkodobá a v konečnom dôsledku mu udržiavaním vyhýbavého správania ostatní škodia. Na druhej strane aj negatívne správanie okolia môže tiež viesť k udržiavaniu alebo posilňovaniu obsesií a kompulzií.

5.5. Genetické faktory

Štúdie od roku 1930 hovoria o 20–30 % výskyte OCD u pokrvných príbuzných (*Yaryura-Tobias a Neziroglu, 1997*). Medzi príbuznými ľudí s OCD sa môže vyskytovať subklinická forma OCD, tiky alebo Tourettov syndróm (*Alsobrook, Pauls, 1998*). Genealogické štúdie poukazujú na zvýšený výskyt OCD u prvostupňových príbuzných, až 35 % príbuzných prvého stupňa trpí OCD (*Kosová, Praško, 2004*). V prospech genetického prenosu svedčí významne vyššia konkordancia u jednovaječných dvojčiat (53–86 %) ako u dvojvaječných (22–47 %) (*Alsobrook, Pauls, 1998*; *Raboch a kol., 2001*).

Záverom zhrnuté: doteraz urobené štúdie naznačujú, že genetický vplyv existuje, ale nespôsobuje priamo vznik obsedantno-kompulzívnej poruchy. Ako dedičné sa javia celková emocionálna precitlivenosť alebo neurotická tendencia, čo môže človeka predisponovať na rozvoj nejakej formy úzkostnej poruchy (*de Silva, Rachman, 1998*).

5.6. Imunologické nálezy

U detí s reumatickou horúčkou môže byť veľmi závažnou komplikáciou autoimunitný proces postihujúci bazálne gangliá. Ide o Sydenhamovu choreu, pri ktorej sa až v 70 % prípadov objavujú obsesie a kompulzie. Swedo a kol. (*1994*)

popísali v jednej práci nález protilátok proti vlastnému nucleus caudatus u 10 z 11 detí, u ktorých predchádzalo vzniku motorických príznakov obdobie obsedantno-kompluzívnych príznakov. V r. 1997 Swedo a kol. popísali tiež tesný vzťah medzi OCD s Tourettovým syndrómom a protilátkami proti B-lymfocytom D 8/17.

5.7. Biochemické nálezy

Najrozšírenejšou biologickou teóriou je, že za OCD stojí abnormalita vo fungovaní sérotonínu. Hlavne terapeutické úspechy sérotonínergných antidepresív sa podieľali na vzniku hypotézy o význame narušenia sérotonínergnej transmisie v etiopatogenéze OCD (*Kosová, Praško, 2004*). Nálezy zvýšeného množstva produktov metabolizmu sérotonínu v likvore a zvýšená citlivosť väzbových miest pre sérotonín na trombocytoch signalizujú poruchu v tomto systéme (*Praško a kol., 2014*).

Sérotonínovú hypotézu podporujú rôzne farmakologické testy. Zhrnutím rozporuplných výsledkov týchto testov sa dá povedať, že pre OCD je charakteristická hypersenzitivita behaviorálnych odpovedí a znížená citlivosť neuroendokrinných odpovedí (*Sasson, Zohar, 1996*).

Ďalšie nálezy potvrdzujú hypotézu, že spolu so zníženou 5-HT aktivitou hrá dôležitú úlohu v patogenéze poruchy i zvýšená dopaminergná neurotransmisia. Predpokladá sa, že dysfunkcia sérotonínergnej neurotransmisie spôsobuje nedostatočný inhibičný vplyv na 5-HT na cieľové štruktúry (bazálne gangliá, frontálny kortex a talamus), kde potom dochádza k relatívnej prevahe stimulačných systémov, hlavne k dezinhibícii dopamínergných neurónov a k zosilneniu striato-talamickej stimulácii a odtiaľ k hyperexcitabilite všetkých prefrontálnych subkortikálnych okruhov (*Saxena et al., 1998*).

5.8. Nálezy neurozobrazovacích metód

Vo výskume sa používajú zobrazovacie metódy, ako je pozitrónová emisná tomografia, magnetická rezonancia. Viaceré štúdie s využitím PET-fluórdeoxyglukózovej techniky ukázali, že u pacientov s obsedantno-kompulzívnou poruchou dochádza k zvýšenému bazálnemu metabolizmu glukózy a prietoku krvi mozgom v oblasti orbitofrontálneho kortexu, predného cingulárneho kortexu, bazálnych ganglií a talamu (*Černák a kol., 2009*).

Nižšia metabolická aktivita v oblasti orbitofrontálneho kortexu predikuje lepšiu odpoveď na farmakoterapiu ako na psychoterapiu a vyššia metabolická

aktivita naopak (*Brody et al., 1998*). Vysvetlenie tohto rozdielu nie je známe. Podľa Etkina a kol. (*2005*) je možným vysvetlením to, že nízka metabolická aktivita v oblasti orbitofrontálneho kortexu ovplyvňuje kontrolu správania a jeho inhibíciu.

Saxena a kol. v r. 2009 na základe výsledkov experimentov predstavili teóriu, že symptomatické vyjadrenie OCD je dané hyperaktivitou frontálno-subkortikálneho okruhu spájajúceho orbitofrontálny kortex, caudatus, globus pallidus a talamus. Ďalšia štúdia, opäť s využitím PET-fluórdeoxyglukózovej techniky, sa zamerala na vplyv krátkodobej intenzívnej kognitívno-behaviorálnej terapie v trvaní štyroch týždňov, s frekvenciou sedení 5 dní v týždni s kvalifikovaným psychoterapeutom, v liečbe OCD (*Saxena et al., 2009*). Práca priniesla pozoruhodné výsledky, keďže k zmenám v aktivitách mozgu došlo už po štyroch týždňoch, teda skôr ako pri farmakologickej liečbe alebo štandardnej KBT. Vplyv krátkodobej intenzívnej KBT sa prejavil zvýšením metabolickej aktivity v zadnej časti predného cingulárneho kortexu, čo korelovalo so zlepšením symptómov ochorenia, a taktiež bolo zistené zníženie metabolickej aktivity v talame.

Zo zrealizovaných štúdií je zrejmé, že v prípade obsedantno-kompulzívnej poruchy hrajú dôležitú úlohu viaceré štruktúry mozgu. Preukázaná bola redukcia objemu orbitofrontálnej časti mozgu a amygdaly alebo abnormálna mikroštruktúra bielej hmoty v oblasti predného gyrus cinguli (*Szeszko et al., 1999*). Magnetická rezonancia a počítačová tomografia popisujú menšiu veľkosť nucleus caudatus a asymetrie vo frontálnych oblastiach mozgu. Zatiaľ sú však nálezy rozporuplné a veľmi podobné nálezom pri iných úzkostných poruchách (*Praško a kol., 2014*).

5.9. Psychosociálne faktory

Vyvolávajúce udalosti nie sú väčšinou jasné ani v tých prípadoch, keď zistíme presnú dobu vzniku OCD. V prípadoch, keď udalosť predchádzajúcu vzniku poruchy zistíme, môže byť začiatok náhly a dramatický. Často sa uvádza, že v období pred pozvoľnejším nástupom poruchy postihnutý prežíval rôzne stresy, pracovné problémy, problémy v manželstve alebo v sexuálnom spolužití, ochorenie, úmrtie alebo chorobu blízkeho príbuzného, tehotenstvo alebo pôrod (*de Silva, Rachman, 1998*). Predisponujúcim faktorom je tiež vplyv rodinného a sociálneho prostredia v detstve, životné skúsenosti, že porušenie určitých pravidiel alebo zanedbanie môže viesť ku katastrofe.

6. KLINICKÁ SYMPTOMATIKA

Základnými klinickými príznakmi poruchy sú obsesie, kompulzie, úzkosť a vyhýbavé správanie.

6.1. Obsesie

Obsedantné myšlienky sú nápady, predstavy alebo impulzy, ktoré sa opakovane vtierajú do mysle. Sú vnímané ako vlastné myšlienky, ale sú pre pacienta nechcené a podstatne mu komplikujú existenciu, objavujú sa proti jeho vôli. Majú charakter automatických myšlienok a ide väčšinou o unáhlené závery, ktorými hodnotíme určité situácie. Môžu sa objaviť v podobe obavných, odpudivých, rúhavých, nemravných, absurdných myšlienok alebo všetkých dohromady (*Praško a kol., 2007*). Vyvolávajú úzkosť alebo iný druh nepohody, pretože sú vnímané ako nezmyselné a nechcené, ale nie je možné ich potlačiť. Niekedy môžu vyvolať pocit ohrozenia samého pacienta alebo iných osôb.

Ruminácia je neproduktívny a zdĺhavý sled myšlienok na určitú tému. Niektorí autori používajú termín „obsedantné ruminácie" pre všetky obsedantné myšlienky, čo je zavádzajúce (*de Silva, Rachman, 1998*). Téma ruminácie je špecifická, ale obsah premýšľania o tejto téme je otvorený a rôznorodý. Mnohé ruminácie u OCD sa týkajú náboženských, filozofických alebo metafyzických námetov (*Praško a kol., 2014*).

6.1.1 Druhy obsesií

Medzi časté obsahy obsesií patria témy kontaminácie, agresivity, zhromažďovania, symetrie, témy sexuálne, religiózne, somatické aj témy zmiešaného, rôznorodého charakteru.

Rozdelenie obsesií podľa Pedrickovej a Hymana (*2010*):

A) **Kontaminačné obsesie** – nadmerný strach zo zašpinenia a prílišné zaoberanie sa predchádzaním kontaktu s:
   - telesnými sekrétmi – močom, krvou, stolicou alebo slinami
   - špinou a bacilmi
   - lepkavými substanciami
   - chemikáliami a prípravkami používanými na čistenie domácnosti
   - prírodnými znečisťovateľmi – azbestom, radiáciou, toxickým odpadom
   - dotykom zvierat
   - hmyzom

Ďalej sem patrí:

- strach z choroby zapríčinenej kontamináciou
- strach z toho, že mojím pričinením niekto ochorie z dôvodu kontaminácie
- strach z chorôb – AIDS, hepatitída, sexuálne prenosné choroby

B) **Hromadiace obsesie, zbieranie vecí**

- obava čokoľvek vyhodiť, aj zjavne nepotrebné veci
- potreba zbierať nepotrebné veci
- nutkanie zbierať veci zo zeme
- diskomfort z prázdneho miesta, potreba zapĺňať priestor

C) **Usporadúvanie vecí**

- prílišná zaujatosť symetriou, presnosťou alebo poriadkom
- nadmerný záujem o to, aby bol rukopis perfektný alebo „presne ako má byť“
- snaha usporiadať knihy, papiere a iné veci určitým „perfektným“ spôsobom

D) **Religiózne obsesie, škrupulóznosť**

Nadmerné obavy z:

- nevhodných myšlienok alebo vyslovenia niečoho nevhodného
- potrestania za nevhodné myšlienky

Prílišné zaoberanie sa:

- náboženstvom
- morálkou a tým, čo je a čo nie je správne
- lipnutie na náboženských myšlienkach a obrazoch

E) **Somatické obsesie**

Nadmerné obavy z:

- ochorenia alebo z negatívnych reakcií okolia na vzhľad človeka

F) **Agresívne obsesie**

Nadmerné zaoberanie sa a nadmerný, nelogický strach zo:

- sebapoškodenia
- ublíženia iným
- správania sa neželaným spôsobom: prejdenia niekoho bicyklom a pod.
- ublíženia niekomu vlastnou nedbanlivosťou
- zodpovednosti za niečiu nehodu
- vyhŕknutia niečoho obscénneho
- vykonania niečoho zahanbujúceho alebo zo strápnenia sa
- násilných scén v mysli, ktoré prinútia človeka spraviť niečo zlé iným

G) **Sexuálne obsesie**
- sexuálne myšlienky, obavy alebo impulzy
- myšlienky na obťažovanie vlastných alebo cudzích detí
- myšlienky na to, že som alebo sa môžem stať homosexuálom
- myšlienky na násilné sexuálne správanie voči iným ľuďom

H) **Obsesie rôznorodého charakteru**
- nutkanie vedieť alebo si pamätať určité veci – slogany, poznávacie čísla áut, mená, slová, udalosti z minulosti
- strach z vyslovenia niečoho nesprávne, nevyslovenia niečoho „ako má byť“, alebo vynechania detailu
- strach zo straty vecí
- strach z urobenia chyby
- vtieravé nezmyselné melódie, slová, zvuky
- strach z vyslovenia nejakého slova, ktorému je pripisovaný magický charakter
- strach z používania určitých farieb z poverčivosti
- nadmerný strach z povier a pripisovanie im nadmerného významu
- zaoberanie sa šťastnými a nešťastnými číslami

6.2. Kompulzie

Kompulzie (nutkavé akty, rituály) sú opakované, zdanlivo účelné typy konania podľa určitých pravidiel alebo v stereotypnej podobe. Môžu byť celkom neprijateľné alebo čiastočne prijateľné (*Praško a kol., 2014*). Kompulzie nie sú vo svojej podstate príjemné ani neprispievajú k riešeniu podstatných, užitočných úloh. Ich funkciou je predchádzať určitým udalostiam, objektívne nepravdepodobným, ktoré by prípadne mohli byť pre jedinca alebo jeho okolie nebezpečné a on sa obáva, že by sa mohli stať. Obvykle rozpoznáva, že jeho konanie je nezmyselné alebo neúčinné, a opakovane sa pokúša čeliť mu. Takmer vždy je sprevádzané úzkosťou. Podstatnou črtou kompulzií je, že ide v podstate o vôľový akt vyplývajúci z ich naliehavosti a nie je to automatické konanie.

Keď sa pacient pustí do kompulzívneho konania, potrebuje ho uskutočniť presne tak, ako cíti, že by to malo vyzerať. Keď je toto správanie niečím prerušené, pre mnohých pacientov je tým kompulzívny rituál znehodnotený a musí byť začatý odznova. Pri dlhých a komplikovaných rituáloch to môže byť veľmi časovo náročné a vyčerpávajúce.

Nie všetky kompulzie majú podobu motorického konania (*de Silva, Rachman, 1998*). Kompulzie môžu prebiehať skryte, teda ide o mentálne kompulzie. Mentálne kompulzie sa odlišujú od obsedantných myšlienok tým, že dočasne úzkosť znižujú a skladajú sa zo špecifických mentálnych aktov alebo predstavovania si niečoho stereotypne rovnakým spôsobom (*Praško a kol., 2014*). Kompulzívne myšlienky mávajú niekedy rovnaký obsah ako obsesie a rozhoduje len ich poradie, v akom sa vyskytujú, napríklad prvá je mimovoľná obsesia a ďalšie tri sú neutralizujúce kompulzívne myšlienky (*Praško, Prašková, 2008*). K skrytým rituálom patria tiež tiché počítanie a tichá modlitba v mysli, rôzne rýmy a frázy.

Inou možnosťou neutralizovania obsesií je uisťovanie sa od druhých. Opakovaným uisťovaním si postihnutý môže uľavovať prenášaním zodpovednosti na niekoho iného. Keď uistenie príde, objaví sa pocit úľavy, ktorý je odmenou za uistenie. Uisťovanie vedie k upevňovaniu obsesií.

6.2.1 Druhy kompulzií

Rozdelenie kompulzií podľa Pedrickovej a Hymana (*2010*):

A) **Umývanie a čistenie**

Medzi kompulzie umývania a čistenia patrí nadmerné, nelogické a nekontrolovateľné:

- umývanie rúk, často vykonávané ako rituál
- sprchovanie alebo kúpanie vo vani, často vykonávané ako rituál
- ritualizované čistenie zubov, česanie sa, holenie
- upratovanie domácnosti, určitých izieb, pozemku, auta
- umývanie vecí
- používanie špeciálnych prostriedkov na umývanie
- vyhýbanie sa „kontaminovaným“ objektom
- vyhýbanie sa špecifickým miestam, mestám, budovám – všetkému, čo je považované za kontaminované
- nosenie rukavíc alebo iné chránenie sa pred „kontamináciou“

B) **Kontrolovanie a overovanie**

Opakované kontrolovanie (napriek opakovanému uisteniu sa):

- že človek nikomu neublížil
- že človek sebe neublížil
- že človeku nikto neublížil
- že sa človek nepomýlil
- že sa nič zlého nestalo

- že človek nespravil nič, čo by mohlo viesť k nešťastiu
- telesného stavu, tlaku, pulzu
- svojho okolia – zámkov, okien, spotrebičov
- že nádoby sú uzatvorené dobre
- že dvere sú dobre zatvorené, opakované ich otváranie, zatváranie

C) **Opakovanie, počítanie, usporadúvanie**

Patrí k nim:

- čítanie vecí znova a znova, niekedy aj celé hodiny
- nadmerná obava, že niečo, čo človek prečítal, nebolo správne pochopené
- opakovanie rutinných aktivít – vstupovanie a vychádzanie z dvier, opakované prekračovanie prahu, postavenie sa a sadnutie si na stoličku, česanie vlasov, viazanie šnúrok, obliekanie a vyzliekanie
- robenie niektorých vecí v určenom počte
- počítanie vecí – kníh na polici, áut na ceste
- počítanie počas kompulzívnych aktivít, akými je kontrolovanie alebo umývanie
- usporadúvanie vecí určitým spôsobom – kníh, zošitov, ceruziek a pod.

D) **Rôznorodé kompulzie**

Patria k nim:

- mentálne rituály – opakovanie modlitieb, opakovanie „dobrých myšlienok“ za účelom prekrytia „zlých myšlienok“
- uisťovacia vnútorná reč alebo vyslovovanie mantier
- nadmerná potreba získať uistenie od druhých o veciach, pri ktorých už bola istota získaná niekoľkokrát
- potreba spovedať sa zo zlého správania sa voči druhým, dokonca aj z jeho nepatrných náznakov
- poverčivosť, ktorá zaberá nadmerné množstvo času
- potreba dotýkať sa, poklepávať alebo škriabať určité predmety
- jedenie ritualizovaným spôsobom, podľa určených pravidiel – jedenie v presne určený čas, presne uložený príbor, jedenie jedál v určitom poradí a pod.

6.3. Vyhýbavé a zabezpečovacie správanie

Pri vyhýbavom správaní sa pacienti s obsedantno-kompulzívnou poruchou snažia vyhnúť situáciám, ktoré v nich vyvolávajú obsesie, a následnej úzkosti, ktorú potom musia neutralizovať kompulziami.

Zabezpečovanie slúži rovnako k neutralizácii, je to snaha vyhnúť sa buď spúšťačom obsesie, alebo domnelým katastrofickým dôsledkom. Na zabezpečovanie môže slúžiť vykonávanie činnosti s druhou osobou (*Praško a kol., 2014*).

6.4. Telesné prejavy pri prežívaní úzkosti

S úzkosťou sú spojené telesné príznaky stresovej reakcie, ku ktorým patria závraty, rozmazané videnie, tŕpnutie, kŕče, tremor alebo znížená citlivosť v končatinách, bolesť hlavy, zvýšená sekrécia potu, hnačka alebo obstipácia, vzostup krvného tlaku a pulzu, periférna vazokonstrikcia, zvýšené svalové napätie, hyperventilácia a ďalšie prejavy. Telesný príznak môže byť tiež vnútorným spúšťačom obsesií.

7. DIAGNOSTICKÉ KRITÉRIÁ

7.1. Diagnostické kritériá pre OCD (F42.) podľa MKCH-10

A) Po dobu aspoň 2 týždňov sú väčšinu dňa prítomné buď obsesie, alebo kompulzie (alebo oboje).

B) Obsesie a kompulzie majú spoločné nasledujúce rysy, ktoré musia byť všetky prítomné:
   1. Pacient musí uznávať, že vznikajú v jeho vlastnej mysli a nie sú vyvolávané inými osobami ani vonkajšími vplyvmi.
   2. Sú nepríjemné a opakujú sa a musí byť prítomná aspoň jedna obsesia alebo kompulzia, ktorá je považovaná za neprimeranú alebo nezmyselnú.
   3. Pacient sa im snaží čeliť, i keď odpor voči dlhodobým obsesiám alebo kompulziám môže byť minimálny. Musí existovať aspoň jedna obsesia alebo kompulzia, ktorej sa pacient snaží neúspešne čeliť.
   4. Prežívanie obsedantnej myšlienky alebo vykonanie kompulzie nie je samo osebe príjemné.

C) Obsesie alebo kompulzie vyvolávajú ťažkosti alebo narušujú sociálne alebo individuálne činnosti pacienta, obvykle tým, že zaberajú čas.

D) Obsesie alebo kompuzie nie sú prejavom iných duševných porúch, ako sú napr. schizofrénia a príbuzné poruchy (F20-29) alebo poruchy nálady (F30-39). (*MKCH-10, 1992*)

Diagnóza sa môže ďalej špecifikovať nasledujúcim štvrtým znakom:

F42.0 Prevažne obsedantné myšlienky a ruminácie

F42.1 Prevažne kompulzívne činy (obsedantné rituály)

F42.2 Zmiešané obsedantné myšlienky a činy

F42.8 Iné obsedantno-kompulzívne poruchy

F42.9 Obsedantno-kompulzívna porucha nešpecifikovaná

7.2. Diagnostické kritériá DSM-IV pre OCD

A) Buď obsesie, alebo kompulzie.

Obsesie sú definované (1), (2), (3) a (4):

1) Opakované a neodbytné myšlienky, nutkanie alebo predstavy, ktoré sú v niektorom období v priebehu poruchy považované za vtieravé a neprimerané a spôsobujú výraznú úzkosť alebo ťažkosti.
2) Myšlienky, nutkanie alebo predstavy nie sú len neprimeranými obavami týkajúcimi sa reálnych životných problémov.
3) Osoba sa pokúša ignorovať alebo potlačiť takéto myšlienky alebo ich neutralizovať inými myšlienkami alebo činnosťami.
4) Osoba rozpoznáva, že obsedantné myšlienky, nutkanie alebo predstavy vychádzajú z jej vlastného myslenia (že neprichádzajú zvonku ako pri vkladaní myšlienok).

Kompulzie sú definované (1) a (2):

1) Opakujúce sa aktivity (napr. umývanie rúk, kontrolovanie) alebo duševné činnosti (modlenie, počítanie, opakovanie slov potichu), ku ktorým sú pacienti, ako sami cítia, poháňaní v reakcii na obsesiu alebo pravidlami, ktoré musia byť rigidne uplatňované.
2) Správanie alebo duševné činnosti smerujú k tomu, aby predchádzali alebo znižovali úzkosť, alebo predchádzali nejakej hrozivej udalosti alebo situácii. Toto správanie alebo duševná činnosť buď nie sú reálnym spôsobom spojené s tým, pre čo boli vyprodukované a čo by mali neutralizovať alebo čomu mali zabrániť, alebo sú výrazne prehnané.

B) V určitých okamihoch v priebehu poruchy si jedinec uvedomuje, že obsesie alebo kompulzie sú neprimerané alebo nezmyselné.
Poznámka: Neplatí to u detí.

C) Obsesie alebo kompulzie sú príčinou zreteľných ťažkostí, zdržujú (zaberajú viac ako hodinu denne) alebo významne narušujú normálne činnosti jedinca, jeho pracovné (alebo študijné) aktivity alebo vzťahy.

D) Ak je prítomná iná porucha na osi I, obsah obsesií alebo kompulzií nie je obmedzený len na ňu, napr. zaujatosť jedlom pri poruche príjmu potravy, vytrhávanie vlasov pri trichotillománii, starostlivosť o vzhľad pri dysmorfofobickej poruche, zaujatie návykovými látkami pri závislostiach, sexuálne nutkanie alebo fantázie pri parafílii, pocity viny, ruminácie pri depresívnej poruche, predstava o ťažkej poruche pri hypochondrickej poruche.

E) Porucha nie je spôsobená priamym biologickým účinkom látok (drog, liekov) alebo somatickým ochorením.

(*DSM-IV, 1994*)

7.3. Diagnostické kritériá pre OCD (300.3) podľa DSM-5

V DSM-5 sa OCD vyskytuje s inými, heterogénnymi poruchami ako dysmorfofobická porucha (body dysmorphic disorder), porucha zhromažďovania (hoarding disorder), trichotillománia (hair-pulling disorder) a excesívna exkoriácia (skin-picking disorder). Je vytvorená tiež diagnostická podtrieda pre uvedené poruchy, ktoré sú zapríčinené užívaním látok/liekov. Zaradenie do klasifikácie po úzkostných poruchách vyjadruje podľa tvorcov DSM-5 ich blízky vzťah. DSM-5 pripúšťa aj OCD s neprítomným náhľadom (bludným presvedčením). (*Pečeňák, 2014*).

Diagnostické kritéria podľa DSM-5 (*2013*):

A) Prítomnosť obsesií, kompulzií alebo oboch.

Obsesie sú definované (1) a (2):

1) Opakované a neodbytné myšlienky, nutkanie alebo predstavy, ktoré sú v niektorom období v priebehu poruchy považované za vtieravé a neželané (nechcené) a spôsobujú výraznú úzkosť alebo ťažkosti.
2) Osoba sa pokúša ignorovať alebo potlačiť takéto myšlienky, nutkanie alebo predstavy, alebo ich neutralizovať inými myšlienkami alebo činnosťami.

Kompulzie sú definované (1) a (2):

1) Opakujúce sa aktivity (napr. umývanie rúk, kontrolovanie) alebo duševné činnosti (modlenie, počítanie, opakovanie slov potichu), ku ktorým sú pacienti, ako sami cítia, poháňaní v reakcii na obsesiu alebo pravidlami, ktoré musia byť rigidne uplatňované.
2) Správanie alebo duševné činnosti smerujú k tomu, aby predchádzali alebo znižovali úzkosť alebo predchádzali nejakej hrozivej udalosti alebo situácii. Toto správanie alebo duševná činnosť buď nie sú reálnym spôsobom spojené s tým, pre čo boli vyprodukované a čo by mali neutralizovať alebo predchádzať, alebo sú výrazne prehnané.

B) Obsesie alebo kompulzie sú príčinou zreteľných ťažkostí, zdržujú (zaberajú viac ako hodinu denne) alebo významne narušujú normálne činnosti jedinca, jeho pracovné (alebo študijné) aktivity alebo vzťahy.

C) Porucha nie je spôsobená priamym biologickým účinkom látok (drog, liekov) alebo somatickým ochorením.

D) Porucha nie je lepšie vysvetlená príznakmi iných duševných porúch (napr. nadmerné starosti, obavy pri generalizovanej úzkostnej poruche, zaujatosť vzhľadom na dysmorfofobickú poruchu, obtiažne vyraďovanie vecí pri poruche zhromažďovania, zaujatosť jedlom pri poruche príjmu potravy, vytrhávanie vlasov pri hair-pulling disorder (trichotillománia), zaujatie gamblingom alebo návykovými látkami pri závislostiach, sexuálne nutkanie alebo fantázie pri parafílii, pocity viny, ruminácie pri depresívnej poruche, vkladanie myšlienok alebo bludy pri schizofrénii a psychotických poruchách, opakujúce sa vzorce správania u porúch autistického spektra).

8. ZÁKLADNÉ KLINICKÉ TYPY

Vyskytuje sa niekoľko foriem obsedantno-kompulzívnej poruchy. Väčšina pacientov má viac obsedantno-kompulzívnych symptómov, ale obvykle sa v danom období vyskytuje jeden alebo dva, ktoré prevládajú.

Klasifikácia podľa dominantných klinických prejavov podľa de Silvu a Rachmana (*1998*):

1) kompulzívne umývanie/čistenie ako hlavný problém
2) kompulzívne overovanie a kontrolovanie ako hlavný problém
3) iné kompulzívne konanie ako hlavný problém
4) obsesie bez zjavného kompulzívneho konania
5) primárna obsedantná pomalosť

8.1. Kompulzívne umývanie a čistenie

De Silva a Rachman (*1998*) uvádzajú, že ide o najčastejšiu formu obsedantno-kompulzívnej poruchy. Vyskytuje sa častejšie u žien a je typické, že pacient má obsedantné obavy zo znečistenia špinou alebo baktériami, či inými látkami a vykonáva rituály umývania a čistenia. Väčšinou ide o umývanie si rúk, sprchovanie sa alebo upratovanie domácnosti, ktoré trvá hodiny. Umývanie a čistenie býva prehnané a cieľom je zbaviť sa špiny a baktérií. Niekedy ide o snahu zabrániť vzniku nejakej vážnej choroby alebo je čistenie zamerané na ochranu druhých pred výskytom baktérií. Vyhýbavé správanie môže byť veľmi rozsiahle, pacienti sa nedotýkajú predmetov, ktorých sa dotýkajú druhí, vyhýbajú sa používaniu verejných toaliet.

8.2. Kompulzívne overovanie a kontrolovanie

Kompulzie kontrolovania a overovania tvoria v rámci obsedantno-kompulzívnej poruchy druhú najväčšiu klinickú skupinu s pomerne vyrovnaným výskytom u mužov a žien (*de Silva, Rachman, 1998*). Títo pacienti robia rozsiahle rituály overovania a kontrolovania, kontrolujú často viacero predmetov s opakovaním kontroly viackrát, no napriek tomu sa často cítia nespokojní. Overovanie súvisí s obsesiami, ktoré majú podobu pochybností a pacienti s týmito svojimi pochybnosťami trpia, pokiaľ neuskutočnia kontrolu. Pacienti žijú s excesívnym, iracionálnym pocitom zodpovednosti za možné nebezpečenstvo a katastrofu, ktoré by sa mohli stať, keby neuskutočnili kontrolu. Niekedy kontrolujú iných

ľudí, aby zistili, či sa im niečo nestalo. Kontrolovanie zaberá pacientovi veľa času a prináša mu mnoho nepríjemných sociálnych situácií v prípade, že si jeho správanie všimne okolie. Kontrolovanie znižuje úzkosť, ktorá nastupuje po objavení sa nutkavej myšlienky, avšak len krátkodobo. Obavy sa často vracajú alebo sú nahradené podobne obávanými myšlienkami, ktoré spôsobujú ďalšiu potrebu kontrolovania, pričom vzniká bludný kruh.

8.3. Iné kompulzie

Do tejto heterogénnej skupiny patria kompulzie hromadenia, šetrenia a zbierania vecí, kompulzie usporadúvania vecí do symetrického tvaru alebo iným pravidelným spôsobom, ich zarovnávanie, pozorovanie presným spôsobom alebo pozorovanie určitých predmetov, farieb.

Osoby **hromadiace veci** charakterizuje nerozhodnosť, problém s triedením, presvedčením o pamäti, nadmerná emocionálna naviazanosť na veci a pocit kontroly nad svojím majetkom. Je pre ne nesmierne ťažké urobiť akékoľvek rozhodnutie, a i banálne veci sú pre ne nesmierne zaťažujúce. Hromadenie vecí pravdepodobne funguje ako prevencia pred zistením, že spravili zlé rozhodnutie, preto uchovávajú každú jednu aj nepotrebnú vec, aby v budúcnosti neľutovali, že ju zahodili (*Frost, Steketee, 1998*). Nedokážu triediť objekty do kategórií a všetky veci majú pre nich rovnakú hodnotu. Tieto osoby sa tiež často domnievajú, že majú problém s pamäťou, a je pre ne preto dôležité, aby boli všetky objekty, ktoré vlastnia, „na očiach". Svoje veci vnímajú ako svoju súčasť, pripútavajú sa k nim, čo má za následok nutkavú potrebu nakupovať ďalšie veci. Pocit kontroly nad majetkom je ďalšou potrebou týchto pacientov a z obavy, aby sa ich veciam nič nevhodné nestalo, majú potrebu ich chrániť a mať ich pod dohľadom, čo môže byť spojené s prejavmi agresivity. Porucha zhromažďovania (hoarding disorder) je v DSM-5 uvedená ako samostatná diagnóza.

Ďalšou kompulziou je **usporadúvanie** vecí do symetrického tvaru alebo iným pravidelným spôsobom, ich zarovnávanie, pozorovanie presným spôsobom alebo pozorovanie určitých predmetov, farieb. Ak sú ich veci posunuté alebo sa ich niekto dotkne, spôsobuje im to obrovskú úzkosť. K tomuto správaniu ich vedú myšlienky, že ak nebude všetko usporiadané, stane sa nejaká katastrofa, buď priamo im, alebo ich blízkym ľuďom, a kompulzie majú toto nebezpečenstvo odvrátiť. Takíto ľudia môžu tiež potichu počítať alebo opakovať slová, nanovo usporadúvať predmety.

8.4. Obsesie bez zjavného kompulzívneho konania

Do tejto skupiny patria len „čisté“ obsesie bez kompulzií, ruminácie a obsesie so skrytými, mentálnymi kompulziami.

8.5. Primárna obsedantná pomalosť

Väčšina pacientov s obsedantnou-kompulzívnou poruchou býva v dôsledku uskutočňovania rituálov pomalšia. Existuje aj skupina pacientov, u ktorých je pomalosť primárnym príznakom. Týka sa vykonávania každodenných povinností, akými sú osobná hygiena alebo obliekanie. Tieto bežné činnosti im trvajú veľmi dlho, i niekoľko hodín, čo postupne významne zasahuje do ich sociálneho a pracovného života.

9. PRIEBEH A PROGNÓZA

Približne polovica prípadov OCD sa začína a rozvíja postupne. Medzi prípadmi s menej postupným začiatkom je prevaha pacientov s kompulzívnym umývaním a čistením nad pacientmi s kompulzívnym overovaním (*de Silva, Rachman, 1998*). Neexistuje typický model priebehu, avšak zmena a výmena symptómov je pre OCD typická.

Asi u 50 % pacientov jej predchádza stresujúca životná udalosť (*Kosová, Praško, 2004*). Priebeh je kolísavý v 24–33 %, v 11–14 % fázický s úplnými remisiami a v 54–61 % progresívne chronický (*Raboch a kol., 2001*).

Obsedantno-kompulzívna porucha významne ovplyvňuje život celej pacientovej rodiny. Pacient s OCD často od príbuzných vyžaduje neustále uisťovanie, či robí väčšinou bežné činnosti správnym spôsobom, a v niektorých prípadoch dokonca od rodinných príslušníkov žiada, aby robili rovnaké kompulzívne rituály alebo dodržiavali určité pravidlá správania. Príbuzní spočiatku pacientove požiadavky odmietajú, ale nakoniec sa mu väčšinou podvolia a snažia sa mu vyhovieť. Niektorí sa však prispôsobiť odmietajú napriek rodinným konfliktom a potom jeden člen rodiny pacientovým požiadavkám vyhovuje, zatiaľ čo ostatní sú celkom neústupní.

Táto porucha môže viesť tiež k narastajúcemu napätiu a problémom v manželských vzťahoch, preto býva počet rozvodov a ukončení vzťahov u pacientov s obsedantno-kompulzívnou poruchou vysoký (*de Silva, Rachman, 1998*).

Keď sa obsedantné obavy týkajú znečistenia telesnými sekrétmi, bývajú prítomné sexuálne problémy. Vo väčšine prípadov však obsedantno-kompulzívna porucha nebráni pacientovi v sexuálnom živote. Vplyv na pracovný a sociálny život závisí od závažnosti poruchy, v ľahkých až stredne ťažkých prípadoch je pacient obvykle schopný pokračovať v práci a udržiavať primeraný sociálny život. Pracovnú výkonnosť pacienta obvykle negatívne ovplyvňuje jeho pomalosť, overovanie a pochybovanie, preto výkonnosť môže postupne nápadne klesať. Pri ťažkých formách tejto poruchy je pracovný a sociálny život znemožňovaný a veľmi obmedzený (*Praško a kol., 2014*).

10. DIAGNOSTIKA

Pre diagnózu OCD je podľa MKCH-10, DSM-IV a DSM-5 nevyhnutná prítomnosť obsesií a/alebo kompulzií a splnenie diagnostických kritérií. Mnoho ľudí s OCD sa však k svojmu lekárovi nedostane pre pocity hanby a k svojim problémom sa nepriznávajú a častejšie sa liečia na komorbiditu.

Pri vyšetrení stačí niekoľko skríningových otázok, aby sa zachytilo až 80 % pacientov s OCD. Pomôckou pre lekárov a zdravotných pracovníkov môže byť Zohar-Fineberg Obsessive Compulsive Screen (Z-FOCS) pozostávajúci z piatich jednoduchých otázok (*Stein, Fineberg, 2007*).

Tabuľka č. 2: Zohar-Fineberg Obsessive Compulsive Screen (Z-FOCS):

1. Umývate sa často alebo často periete?
2. Často kontroluje veci alebo situácie?
3. Máte nejaké myšlienky, ktoré vás obťažujú a ktorých by ste sa chceli zbaviť, ale nedarí sa vám to?
4. Trvá vám dlho ukončenie bežných aktivít?
5. Robíte si starosti alebo sa príliš zaoberáte usporiadanosťou a súmernosťou?

© Joseph Zohar and Naomi A. Fineberg, 2006

Tabuľka č. 3: Skríningové otázky podľa Praška a kol. (2007):

1. Štítite sa špiny, nákazy alebo kontaminácie?
2. Musíte opakovane dbať na to, aby ste sa očistili alebo sa pred nimi zabezpečili?
3. Musíte si umývať ruky vždy niekoľkokrát za sebou?
4. Musíte nadmerne počítať predmety alebo svoje činnosti?
5. Musíte opakovane kontrolovať, či ste vypli plyn, elektrický sporák, vodovodný kohútik alebo zamkli dvere a podobne?
6. Máte vtieravé myšlienky, ktoré sa vám automaticky vnucujú a nemôžete sa ich zbaviť?
7. Musíte sa sústrediť na symetriu alebo správne poradie?
8. Napadajú vám agresívne myšlienky alebo myšlienky so sexuálnym či rúhavým obsahom, ktoré nechcete, odmietate, a i napriek tomu sa opakovane vracajú?

Diagnostika OCD pozostáva z psychiatrického vyšetrenia, priameho pozorovania, používajú sa tiež dotazníky a posudzovacie škály. V rámci diferenciálnej diagnostiky sa používajú zobrazovacie metódy a EEG vyšetrenie.

10.1. Anamnéza

Základným spôsobom vyšetrenia je rozhovor s pacientom, získanie anamnestických údajov. Cieľom je zachytiť všetky podrobnosti pacientových problémov, ich začiatok, priebeh, kolísanie, vzťah k stresovým udalostiam, vrátane toho, ako ovplyvňujú jeho prácu, vzťahy a sociálny život (*de Silva, Rachman, 1998*).

Pri obsesiách zisťujeme ich obsah a formu (myšlienka, predstava, impulz alebo kombinácia), vyvolávajúci podnet alebo udalosť, dĺžku trvania, spôsoby, ako sa ich pacient snaží zbaviť, silu úzkosti alebo pocit nepohody, ktoré vyvolávajú, a či vedú ku kompulziám.

Pri kompulziách sa orientujeme na udalosti alebo predmety vyvolávajúce nutkanie vykonať rituál, silu nutkania, vonkajší prejav kompulzívneho správania, dĺžku trvania, potrebu ho opakovať v pevne stanovenom počte. Zisťujeme, čo sa stane, keď je kompulzívny rituál niečím prerušený. Zaujímame sa, čoho sa pacient obáva, že sa stane, keby kompulziu neuskutočnil. Dôležité je získať informácie o potrebe uisťovania sa druhou osobou alebo vyhýbavom správaní. Preskúmava sa aj vzťah medzi problémom a náladou.

Pri rozsiahlom obsedantno-kompulzívnom probléme je niekedy potrebné rozhovor usmerňovať.

10.2. Heteroanamnéza

Súčasťou vyšetrenia je tiež rozhovor s členmi rodiny alebo s inými dôležitými osobami, pretože niektoré stránky pacientovho problému dokážu jasnejšie opísať príbuzní ako sám pacient. Inokedy pacient nemá reálnu predstavu o miere svojho postihnutia a informácie od rodiny alebo iných informátorov sú hodnotnejšie.

Pokiaľ je rodina súčasťou pacientových nutkavých myšlienok alebo rituálov, potom je potrebné ich zapojiť i do liečby (*Praško a kol., 2007*). Obvykle sa rozhovor s príbuznými odohráva v prítomnosti klienta, a preto je potrebný veľmi citlivý prístup.

10.3. Sebaposudzovacie škály

Existujú viaceré meracie nástroje. Najjednoduchšie je používať subjektívnu škálu nepohody. Ide o sebaposudzovací nástroj nepohody na meranie anxiety, ktorú osoba cíti.

Subjektívnu škálu úzkosti (SUDS) vymyslel Edward Wolpe, profesor psychiatrie na Temple University School of Medicine v sedemdesiatych rokoch minulého storočia. Ide o 100-bodovú škálu, na ktorej 100 označuje situáciu, ktorá v živote spôsobila najväčšiu úzkosť, a 0 znamená neutrálnu situáciu, ktorá nespôsobuje žiadnu úzkosť. Osobný zoznam by mal obsahovať 10–15 špecifických situácií, ktoré sú sprevádzané rôznymi stupňami úzkosti. Situácie by mali byť na sebaposudzovacej škále rozlíšiteľné aspoň piatimi bodmi. Zoznam má začínať situáciami, ktoré spôsobujú 20–40 bodov na škále úzkosti, a pokračuje smerom nahor.

Väčšina terapeutov požiada pacienta, aby sám ohodnotil svoj pocit nepohody a silu nutkania vykonať rituál na číselnej škále. Niektorí terapeuti používajú škálu 0–10, iní preferujú škálu 0–8, zatiaľ čo ďalší používajú škálu 0–100. U detí sa používa analógová vizuálna škála, čo je priamka dlhá obvykle 100 mm, pričom jeden koniec znamená najvyššiu možnú hladinu nepohody a druhý koniec neprítomnosť tejto veličiny. Pacient na tejto priamke označí, kde sa nachádza jeho reakcia, a terapeut to môže previesť na číselné skóre jednoduchým odmeraním vzdialenosti od konca označujúceho neprítomnosť nepohody k miestu, ktoré označil pacient (*de Silva, Rachman, 1998*).

10.4. Testovanie správania a priame pozorovanie

Počas vyšetrenia sa môže uskutočniť jeden alebo viac testov správania, napríklad pacient s obsesiou kontaminácie dostane inštrukciu, aby sa dotkol kľučky dverí, a pozoruje sa pritom pacientova reakcia a správanie.

10.5. Dotazníky

Posudzovacie a hodnotiace škály slúžia na posúdenie závažnosti OCD na začiatku aj počas liečby, keďže umožňujú posúdenie miery terapeutickej odpovede. Patria sem štrukturované diagnostické dotazníky vychádzajúce z DSM-IV, ako sú SCID-IV (Structured Clinical Interview pri DSM-IV), ADIS-IV (Anxiety Disorders Interview Schedule pri DSM-IV). Existuje množstvo škál, dotazníkov, posudzovacích stupníc na rýchle získanie opakovaných, porovnateľných údajov počas liečby, ako napr. Symptom Checklist 90-Revised (SCL 90-R), Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory (MOCI), Leyton Obsessional Inventory (LOI).

V klinickej a výskumnej praxi sa najčastejšie používa Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) (*Goodman et al., 1989a*). Y-BOCS patrí medzi najdôležitejšie používané hodnotiace stupnice, pri ktorej skóre 0–7 predstavuje

subklinickú formu, skóre 8–15 miernu formu, 16–23 stredne ťažkú, 24–31 ťažkú a skóre 32–40 veľmi ťažkú OCD (*Moťovský, 2008*). Skóre 16 a viac pri Y-BOCS znamená klinicky významnú závažnosť OCD, pri ktorej je vhodné začať liečbu (*Pálová, 2008*).

The Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory (MOCI) patrí k najužitočnejším a často používaným dotazníkom pre obsedantno-kompulzívnych pacientov. Bol vytvorený v sedemdesiatych rokoch v Maudsley Hospital v Londýne. Obsahuje 30 položiek. Pacient má pre každú položku vybrať buď „súhlasí" (true), alebo „nesúhlasí" (false). Dotazník poskytuje celkové skóre obsedantno-kompulzívnych symptómov a navyše samostatné subskóre pre overovanie, umývanie a čistenie, pomalosť a opakovanie, pochybovanie a vyžadovanie uistenia (*de Silva, Rachman, 1998*).

The Leyton Obsessional Inventory (LOI) vytvoril John Cooper v Londýne (*Cooper, 1970*). Má 69 položiek, z ktorých 46 sa týka symptómov a zvyšok osobnostných rysov. Dáva 4 skóre: príznaky, rysy, ovplyvnenie života a subjektívny odpor. Jednotlivé položky sú napísané na kartičkách a pacient ich triedi a dáva ich buď do krabičky „áno", alebo do krabičky „nie". Administrácia je časovo náročnejšia. Existuje tiež verzia LOI pre deti obsahujúca 44 položiek.

Škála kompulzívnych činností (The Compulsive Activity Checklist, CAC) bola vytvorená v sedemdesiatych rokoch 20. storočia v Maudsley Hospital v Londýne a používa sa na sebaposudzovanie pacienta i na posudzovanie pacienta terapeutom. CAC obsahuje zoznam 39 špecifických aktivít (napríklad kúpanie či sprchovanie, čistenie zubov, upratovanie domu, zatváranie alebo otváranie plynového kohútika, dotýkanie sa kľučky dverí, jedenie v reštaurácii, vyhadzovanie starých vecí). Každá činnosť je ohodnotená na 4-bodovej škále náročnosti od 0 (žiaden problém s touto činnosťou) do 3 (neschopnosť túto činnosť uskutočniť). Celkové skóre sa získa sčítaním skóre jednotlivých položiek. Celkové skóre však nie je tak dôležité ako množstvo činností, s ktorými má pacient v živote problémy, a zistenie týchto činností, ktoré nedokáže realizovať alebo je preňho ich realizácia extrémne náročná (*de Silva, Rachman, 1998*).

V diagnostike a terapii sa môžu tiež použiť iné dotazníky na posúdenie depresie, úzkosti, fóbií, pokiaľ sú v klinickom obraze pacienta prítomné. Najčastejšie používaný dotazník na hodnotenie depresie je Beckov dotazník depresie (Beck Depression Inventory).

11. DIFERENCIÁLNA DIAGNOSTIKA A KOMORBIDITA

Obsesie i kompulzie sú v populácii bežné a nepovažujú sa za problém, pokiaľ nespôsobujú pocity nepohody a zároveň neprekážajú človeku v normálnom živote (*Praško a kol., 2014*).

Základným rozdielom medzi **normálnymi obsesiami** v populácii a obsesiami vyskytujúcich sa u pacientov s OCD je kvantita, to znamená, že sa vyskytujú menej často a nespôsobujú ťažkosti, napriek tomu, že obsah a formu majú rovnakú. Najčastejšie ide o myšlienku na nešťastie niekoho milovaného alebo myšlienky, že sa deťom prihodí niečo zlé, bežná je i obsedantná myšlienka na samovraždu, prípadne nutkanie zakričať alebo hodiť niečím počas pracovnej porady.

Za bežné a **normálne kompulzie** sa považujú rôzne formy kontrolujúceho správania (napr. kontrola zamknutých vchodových dverí pri odchode z bytu) či drobné kompulzívne rituály ráno po prebudení, pri osobnej hygiene, obliekaní, alebo usporadúvanie vecí na pracovnom stole určitým spôsobom.

Existuje podobnosť medzi **poverami** a obsesiami v uvedomovaní si ich iracionality, ale i napriek tomu ich človek pre istotu a z opatrnosti urobí. Rozdiely sú v obsahoch: pri obsesiách je obsah pre človeka neprijateľný a majú individuálny charakter, kým povery bývajú spoločné pre členov určitej spoločnosti. Kompulzie a poverčivé akty sú uskutočňované s úmyslom zabrániť nešťastnej udalosti, ale na rozdiel od kompulzívneho konania existuje množstvo poverčivých činov, ktoré majú, naopak, zvýšiť pravdepodobnosť šťastnej náhody.

Najčastejšou komorbídnou poruchou je **depresívna porucha**, ktorá sa vyskytuje až pri 55 % OCD (*Eisen et al., 1999*). Mnohí obsedantno-kompulzívni pacienti v minulosti prekonali depresívnu epizódu a u niektorých pacientov nasledovala depresívna epizóda po začiatku ich obsedantno-kompulzívnej poruchy (*Praško a kol., 2014*). Na druhej strane, niektorí depresívni pacienti mávajú obsesie a v takýchto prípadoch sú obsesie sekundárnym javom a obvykle zmiznú, keď depresia ustúpi. Keď je pacient v ťažkej depresii, príznaky obsedantno-kompulzívnej poruchy majú tendenciu zhoršovať sa, ale v týchto prípadoch je potrebné vopred liečiť depresiu, a až potom je možná terapia príznakov obsedantno-kompulzívnej poruchy (*de Silva, Rachman, 1998*).

Súčasný výskyt obsedantno-kompulzívnych príznakov pri **bipolárnej afektívnej poruche** je asi 30 % (*Cosoff et al., 1998*). V úvodných štádiách **schizofrénie** sa môžu príležitostne objaviť obsesie a kompulzie, ktoré majú len krátke trvanie. Niekedy stereotypné správanie v rámci schizofrénie pripomína kompulzívne správanie. Na rozdiel od obsesií sú myšlienky, na ktoré sa schizofrénni pacienti sťažujú, nimi považované za cudzie, vkladané do ich mysle zvonku (*de Silva, Rachman, 1998*).

Obsedantno-kompulzívna porucha sa niekedy zamieňa so špecifickými **fóbiami**, pre ktoré je, rovnako ako pri OCD, charakteristická úzkosť a vyhýbavé správanie. Odlišnosťou je rituálne správanie typické pre obsedantno-kompulzívnu poruchu, ktoré pri fóbiách chýba (*Praško a kol., 2014*). Druhý dôležitý rozdiel spočíva v tom, že u pacientov s fóbiou pri vyhýbavom správaní v prípade styku s obávaným objektom je bežné fungovanie menej ovplyvňované ako u pacientov s OCD.

Komorbidita OCD s úzkostnými poruchami je veľmi častá, najčastestejšie ide o sociálnu fóbiu, špecifickú fóbiu a generalizovanú úzkostnú poruchu (*Eisen et al., 1999*). Panické ataky sa vyskytujú až u 60 % pacientov s OCD, ale nevznikajú spontánne, skôr ide o sekundárny príznak súvisiaci s obsesiou (*Rasmussen, Eisen, 1988*).

Medzi pacientkami s **mentálnou anorexiou** je podskupina, ktorá má obsesie alebo kompulzie, prípadne oboje. Tieto pacientky vykazujú ťažšiu mentálnu anorexiu ako pacientky bez obsedantno-kompulzívnych príznakov (*de Silva, Rachman, 1998*). **Pri mentálnej bulímii** majú tiež niektoré pacientky obsedantno-kompulzívne problémy, ktoré môžu byť úzko spojené s poruchou príjmu potravy.

Gilles de la Tourettov syndróm je charakterizovaný početnými, neúčelnými tikmi vrátane vokálnych, ktoré môžu mať formu nadávok alebo obscénností. Na rozdiel od kompulzií sú neúčelné a nemôžu byť pretvorené alebo zamenené. Podľa Nordstroma a Burtona (*2002*) 40 % detí a dospievajúcich pacientov s OCD trpí súčasne tikovou poruchou a bol preukázaný aj zvýšený výskyt Tourettovho syndrómu medzi príbuznými pacientov s OCD prvého stupňa

Obsesie a kompulzie u detí je potrebné odlíšiť od **autizmu**. Autistické správanie sa môže podobať kompulzívnemu správaniu, ale nemá kvality typické pre skutočné obsesie a kompulzie, taktiež u autistických detí nezisťujeme subjektívny odpor voči tomuto správaniu, nezmyselnosť alebo neprijateľnosť.

Príznaky podobné obsesiám a kompulziám môžu vyplývať tiež z **poškodenia mozgu** (napr. encephalitis lethargica), ale líšia sa tým, že nemajú intelektový obsah ani zámer a sú mechanické, prípadne primitívne. Tieto príznaky sú tiež, na rozdiel od OCD, sprevádzané poruchami pamäti a učenia (*de Silva, Rachman, 1998*).

Rysy anankastickej osobnosti sú trvalé, pre človeka prijateľné, preukazujú tiež väčšiu stabilitu, len výnimočne vyvolávajú odpor a zriedkavo sú sprevádzané kompulziami. Len u časti pacientov s OCD sa vyskytuje premorbídna osobnosť anankastického typu (*Praško a kol., 2014*).

12. FARMAKOTERAPIA

Liečba OCD sa líši od liečby depresie dvoma základnými aspektmi. Sú potrebné vyššie dávky antidepresív a dlhšia doba podávania, pretože pri vysadení medikácie po roku liečby dochádza až u 90 % pacientov k relapsu (*Pato et al., 1988*). Je potrebná dlhodobá a niekedy až celoživotná liečba (*Kaplan, Hollander, 2003*).

12.1. Monoterapia

Klasickým liekom pri liečbe OCD je tricyklické antidepresívum klomipramín, ktorý bol uvedený na trh koncom šesťdesiatych rokov 20. storočia. V roku 1967 po prvýkrát popísali Fernandez-Cordoba a Lopez-Ibor dobrú účinnosť klomipramínu. Depresívni pacienti, ktorí súčasne trpeli OCD, reagovali na liečbu klomipramínom ústupom obsesií. Jeho účinnosť sa potvrdila v niekoľkých kontrolovaných štúdiách. Po 10-týždňovej liečbe sa až 58 % hodnotilo ako zlepšených, kým v skupine užívajúcich placebo iba 3 % (*Perse, Greist, 1987*). Klomipramín ovplyvňuje sérotonínergnú transmisiu blokádou reuptake sérotonínu (popri menej intenzívnej noradrenergnej transmisii blokádou reuptake noradrenalínu). Má aj účinok anticholinergný, adrenolytický a antihistamínový, z čoho vyplývajú jeho nežiaduce účinky. Klomipramín sa užíva v dávke 150–250 mg denne.

Postupne sa výber liekov rozšíril hlavne vďaka SSRI (inhibítory spätného vychytávania sérotonínu) – citalopramu, escitalopramu, sertralínu, paroxetínu, fluoxetínu, fluvoxamínu a SNRI (inhibítory spätného vychytávania sérotonínu a noradrenalínu) – venlafaxínu. Novšie preparáty sú podľa štúdií rovnako účinné a ich výhodou je menej nežiaducich účinkov. Antidepresíva sú účinné u 60–70 % pacientov s OCD (*Praško a kol., 2007*).

Antiobsedantný mechanizmus SSRI nie je doposiaľ plne vysvetlený a akceptuje sa hypotéza, že spočíva v presynaptickej blokáde spätného vychytávania sérotonínu. Klinické skúsenosti poukazujú na zistenie, že nonresponzia na jedno SSRI neznamená automaticky nonresponziu na iné SSRI. SSRI znižujú frekvenciu obsesií a ich emočný vplyv, zmierňujú silu kompulzívneho nutkania, znižujú úzkosť, napätie a zlepšujú náladu. SNRI – venlafaxín v dennej dávke 75–225 mg má účinnosť i nežiaduce účinky podobné ako SSRI.

Tabuľka č. 4: Odporúčané dávky antidepresív pri liečbe OCD podľa Americkej psychiatrickej asociácie (*Koran et al., 2007*)

Antidepresívum	Počiatočná dávka (mg/deň)	Obvyklá dávka (mg/deň)	Obvyklá maximálna dávka (mg/deň)	Občasná maximálna dávka presahujúca najvyšší denný limit (mg/deň)
citalopram	20	40–60	80	120
escitalopram	10	20	40	60
fluoxetín	20	40–60	80	120
fluvoxamín	50	200	300	450
paroxetín	20	40–60	60	100
sertralín	50	200	200	400
klomipramín	25	100–250	250	

V niektorých prípadoch musia byť počiatočné dávky znížené na polovicu alebo i menej pre výskyt nežiaducich účinkov. Podľa Americkej psychiatrickej asociácie (*Koran et al., 2007*) by adekvátna liečba pred zhodnotením jej účinnosti alebo neúčinnosti mala predstavovať obdobie 10–12 týždňov (akútna fáza liečby) podávania maximálne tolerovanej dávky (v rámci povoleného dávkovania) SSRI alebo klomipramínu, pričom 4–6 týždňov z toho by mala byť podávaná maximálna (tolerovateľná) dávka. Maximálne dávky presahujúce najvyšší denný limit sa niekedy používajú u pacientov bez alebo len s miernymi nežiaducimi účinkami a s nedostatočnou odpoveďou po adekvátnej liečbe, teda po ôsmich a viac týždňoch liečby maximálnymi dávkami antidepresív (príloha č. 1: *algoritmus liečby podľa APA*).

12.2. Augmentácia

U viac ako 35 % pacientov nedochádza k dostatočnému zníženiu príznakov OCD (*Praško a kol., 2007*). O rezistencii OCD hovoríme vtedy, keď nedôjde k významnému zlepšeniu symptomatológie po adekvátnej liečbe farmakami a/alebo kognitívno-behaviorálnej terapii.

Medzi najčastejšie popisovanými prediktormi v súvislosti so zhoršenou terapeutickou odpoveďou sú vyššie frekvencie a intenzita príznakov, prítomnosť tzv. očistných a hromadiacich rituálov, pozitívna rodinná anamnéza, vznik v mladšom veku, dlhšie trvanie a chronicita. Ak je liečba prvej voľby neefektívna

alebo nedostatočná, pristúpi sa k ďalším terapeutickým postupom. Pri rezistentných formách sa využívajú pri liečbe kombinácie, prípadne augmentácia s inými farmakami. Pri augmentácii ide o pridávanie ďalšej látky k už podávanému antidepresívu, ktorá by posilnila účinok ovplyvnením iného neurotransmiterového systému alebo iného sérotonínového receptora. Podávanie dopamínergných antagonistov a inhibítorov spätného vychytávania sérotonínu bolo popisované ako účinné (*Kaplan, Hollander, 2003*).

Ako prvý bol na augmentáciu použitý haloperidol, ktorý bol efektívny v prípade OCD s komorbiditou tikovej poruchy. Pozitívny výsledok priniesli aj otvorené štúdie s augmentáciou risperidónom (*McDougle et al., 2000*), olanzapínom (*Bogetto et al., 2000*) a quetiapínom (*Mohr et al., 2002*; *Atmaca et al., 2002*).

12.3. Výmena antidepresíva

Ďalšou možnou stratégiou pri rezistencii pacientov s OCD je výmena antidepresíva. Buď sa vymení jedno SSRI antidepresívum za iné SSRI, alebo sa vymení SSRI za klomipramín, či opačne. Inou možnosťou je zmena na SNRI – venlafaxín. V porovnávacích štúdiách nebol dokázaný signifikantný rozdiel medzi účinnosťou klomipramínu a SSRI. Goodman a spol. (*1997*) uvádzajú, že spomedzi pacientov nereagujúcich na liečbu prvým SSRI asi 25 % zareaguje na ďalšie. Po dvoch neúspešných SSRI v liečbe OCD môže časť pacientov profitovať zo zámeny za antidepresívum s iným mechanizmom (*Hollander et al., 2002*).

12.4. Iné farmakologické stratégie, biologická a chirurgická liečba

U časti pacientov napriek adekvátnej liečbe, augmentácii či výmene antidepresíva nedôjde k redukcii obsedantno-kompulzívnych symptómov.

V randomizovanej, placebom kontrolovanej štúdii Koran a spol. (*1997*) porovnávali v skupine 15 rezistentných pacientov efekt intravenózneho klomipramínu s perorálne podávaným, pričom výsledok štúdie poukázal na vyššiu účinnosť intravenózneho klomipramínu. V inej štúdii lepšie odpovedali na liečbu perorálnym klomipramínom tí pacienti, ktorí boli najskôr 14 dní liečení intravenóznym klomipramínom (*Fallon et al., 1998*).

U časti rezistentných pacientov boli skúšané v monoterapii i ďalšie farmaká, napr. trazodón, klonidín, klonazepam, ale výsledky štúdií ich účinnosť u týchto pacientov nepotvrdili.

U detí, u ktorých k rozvoju obsesií došlo náhle po infekcii hemolytickými streptokokmi zo skupiny A a B, sa v liečbe skúšali intravenózny imunoglobulín a plazmaferéza a obe sa ukázali ako účinné metódy (*Swedo et al., 1989*; *Allen et al., 1995*; *Perlmutter et al., 1999*).

Pri liečbe OCD s komorbiditou bipolárnej afektívnej poruchy je potrebné nasadiť tymostabilizátor z dôvodu rizika prešmyku do mánie pri podávaní antidepresív (*Cosoff et al., 1998*). Pri komorbidných úzkostných poruchách môžu spočiatku SSRI svojím aktivačným účinkom úzkosť prechodne zhoršiť, preto sa krátkodobo môžu podávať benzodiazepíny (*Kaplan, Hollander, 2003*). Benzodiazepíny môžu byť užitočné pri zvládaní akútneho stavu úzkosti, nie sú však vhodné na dlhodobé užívanie pre riziko závislosti. Efekt zníženia úzkosti sa objaví počas prvých dvoch týždňov podávania. U pacientov s tikmi sa liečba antidepresívom augmentuje antipsychotikom.

Po vyčerpaní liečby prvej a druhej voľby je možné zvážiť ECT, transkraniálnu magnetickú stimuláciu, hlbokú mozgovú stimuláciu alebo ablatívnu neurochirurgiu (v úplne rezistentných, ťažkých a zásadne život znemožňujúcich prípadoch), no s malou silou dôkazov o ich účinnosti.

Chirurgický zákrok môže byť alternatívou pre tých pacientov, ktorým sa nepodarilo dosiahnuť terapeutickú odpoveď ani po kombinovanej farmakoterapeutickej a psychoterapeutickej liečbe. Základné kritérium pre zákrok je aspoň 5 rokov intenzívnej farmakoterapie alebo psychoterapie vrátane všetkých predoperačných vyšetrení. Najčastejšie sa vykonáva predná cingulotómia, predná gamma kapsulotómia, subkaudátna traktotómia a limbická leukotómia. Zákroky sa vykonávajú v USA a vo Švédsku a podľa informácií o uskutočnených zákrokoch sa po nich údajne 40–60 % pacientov zlepšil stav (*Jenike, 1998*).

13. PSYCHOTERAPIA

Psychoterapia býva efektívna hlavne pri ľahkých a stredne závažných formách OCD a v kombinácii s farmakoterapiou sa zvyšuje ich účinnosť. Marks (*1997*) zdôrazňuje dlhodobejší efekt a menší počet relapsov po ukončení kognitívno-behaviorálnej terapie. Psychoterapia zároveň pomáha porozumieť vzájomným súvislostiam, orientovať sa v problémoch a trénuje zručnosti, ktoré v budúcnosti môžu zabrániť rozvoju novej epizódy.

13.1. Psychoanalýza a iné formy dynamickej terapie

Tieto smery vychádzajú z predpokladov, že obsesie a kompulzie sú len príznakmi skrytých, nevedomých problémov, a cieľom terapie je odhaliť skryté faktory. Za dôležitý sa považuje prenosový vzťah rozvíjajúci sa medzi pacientom a terapeutom, ktorý odráža vzťahy s dôležitými osobami v detstve. Na jeho báze sa vynárajú konflikty a spomienky z detstva. Pravidelné psychoterapeutické sedenia pacientovi umožňujú lepšie porozumieť svojim problémom a získať náhľad, vedú k emočnému zreniu, ale špecifické problémy, obzvlášť v prípade obsedantno-kompulzívnej poruchy, sa len vzácne dostatočne zlepšia (*Praško a kol, 2007*).

13.2. Skupinová terapia

Pacienti s problémami v oblasti sociálnych zručností sú často liečení v skupinách zameraných na nácvik týchto zručností. Skupinová psychoterapia pomáha ujasniť si svoju situáciu vo svete, porozumieť spôsobom, akým si človek vytvára vzťahy k druhým, a uvedomiť si formy správania. Skupinové dianie má dynamiku danú vzťahmi jednotlivých členov skupiny a ich naučenými spôsobmi správania, ktoré sa do skupiny prenášajú. Cieľom terapie je poznať súvislosti medzi správaním jedinca a jeho problémami a postupne tieto vzorce meniť. Skupina urýchľuje zrenie a učí pacienta lepšie chápať seba a druhých. Napriek tomu sa o vplyve skupinovej terapie na príznaky OCD veľa nevie. U väčšiny pacientov s OCD k ústupu príznakov nedochádza, no napriek tomu môžu zo skupinovej terapie osobnostne profitovať. Môže byť prospešná, pokiaľ slúži ako doplnok ku kognitívno-behaviorálnej terapii. Do podporných skupín môžu byť začlenení tiež členovia rodiny.

13.3. Behaviorálna terapia

Behaviorálna terapia, taktiež nazývaná „behaviorálna modifikácia“ alebo „behaviorálna psychoterapia“, vychádza z využitia teórie učenia pri liečbe psychických porúch. Využitie tohto prístupu v terapii obsedantno-kompulzívnej poruchy sa považuje za vhodné a prináša dobré výsledky. V päťdesiatych rokoch 20. storočia sa tento smer rozvinul do podoby formalizovaného liečebného prístupu. Prispela k tomu práca psychiatra Josepha Wolpea z Temple Univerzity vo Filadelfii a činnosť Hansa Eysencka v Londýne (*de Silva, Rachman, 1998*). Behaviorálna terapia sa zameriava na problém samotného správania aplikovaním princípov učenia, pričom nevhodné správanie je možné odstrániť a nové správanie naučiť a rozvinúť.

Systematická aplikácia behaviorálnej terapie obsedantno-kompulzívnej poruchy sa začala v polovici šesťdesiatych rokov minulého storočia, keď londýnsky psychológ Victor Meyer začal liečiť pacientov s kompulzívnymi rituálmi spôsobom, ktorý nazýval „apotrepická terapia“ („apotrepic therapy“) (*De Silva, Rachman, 1998*). Skladala sa z dvoch častí: z vystavenia pacienta reálnej situácii, ktorá uňho vyvoláva úzkosť a spúšťa jeho kompulzívne konanie, a zo zabránenia pacientovi, aby svoje kompulzívne konanie uskutočnil. Kombinácia expozície a zabránenia rituálom je dnes veľmi dobre overeným spôsobom liečenia pacientov so zjavným kompulzívnym konaním. Niektorí autori a terapeuti označujú túto terapiu ako „zaplavenie a zabránenie odpovedi“ (flooding and response prevention), pretože expozícia je pri tejto liečbe obvykle intenzívna a dlhotrvajúca.

Rachman a kol. (*1980*) použili odstupňovanú expozíciu (vystavovanie sa) situáciám vyvolávajúcim obsesie. Oba prístupy boli prepojené do prístupu zvaného expozícia so zábranou rituálom. Neskôr bol tento prístup obohatený o kognitívne techniky, teda o priame spracovanie obsedantných myšlienok a dysfunkčných kognitívnych schém.

13.4. Kognitívna terapia

Kognitívna časť KBT pochádza od Alberta Ellisa, Aarona Becka a ich spolupracovníkov a zameriava sa na aktívne vyhľadávanie chybného alebo neprospešného myslenia a presvedčení. Pacient skúma a konfrontuje tieto presvedčenia s realitou a nakoniec ich má nahradiť vhodnejšími a viac realitou podloženými myšlienkami.

Kognitívne omyly sú automatické, opakujúce sa chyby v myslení, úsudku alebo v hodnotení situácie (*Praško a kol., 2007*) a ich vinou si jedinec udržuje maladaptívne emočné reakcie, vzorce správania a kognitívne schémy. Väčšina ľudí si nie je vedomá kognitívnych omylov.

Tabuľka č. 5: Hlavné „chyby v myslení" u pacientov s OCD (*Pedrick, Hyman, 2010*)

Kognitívne omyly	Príklady
Čierno-biele myslenie alebo myslenie „všetko alebo nič"	„Ak niečo nerobím perfektne, robím to celkom zle."
Magické myslenie, negatívne veštby	„Myšlienky majú svoju moc. Ak mi niečo zlé napadne, určite sa to aj stane."
Preháňanie možnosti rizika, ublíženia alebo nebezpečenstva	„Musím seba (alebo druhých) chrániť, aj keď je miera nebezpečenstva len minimálna."
Perfekcionizmus	„Čokoľvek robím, musím to robiť perfektne, inak to nemusím robiť vôbec."
Hypermoralita	„Určite pôjdem do pekla alebo budem príšerne potrestaný, ak spravím niečo, čo má len odtieň zlého."
Preberanie zodpovednosti	„Možno som spôsobil, že sa stalo niečo zlé. To, že som nebol schopný tomu zabrániť, znamená, že som zlý človek."
Myslenie „čo ak?" alebo veštenie z krištáľovej gule	„Čo ak v budúcnosti niekoho zraním?"
Pripisovanie prílišnej sily a dôležitosti myšlienkam	„Ak mám myšlienku, ktorá mi hovorí, že niekomu ublížim, je to presne akoby som niekomu ublížil, alebo to minimálne znamená, že to spravím v budúcnosti."
Chyba exkluzivity	„Ak sa má stať niečo zlé, určite sa to stane mne alebo niekomu mne blízkemu."

14. KOGNITÍVNO-BEHAVIORÁLNA TERAPIA

Kognitívno-behaviorálna terapia obsedantno-kompulzívnej poruchy je väčšinou individuálne prispôsobená pacientovi, ale všeobecne k jej základným postupom patria psychoedukácia, expozícia so zábranou rituálom a kognitívna reštrukturalizácia (*Praško a kol., 2014*). V KBT sa vyšetrenie pacienta s terapiou prelína. Dôležitými faktormi určujúcimi vhodnosť KBT liečby je v prvom rade ochota pacienta podstúpiť terapiu, vzájomná spolupráca a aktívny prístup pacienta. V terapii sa často využíva názorné predvedenie správania terapeutom, ktoré má následne uskutočniť pacient, čo je potrebné i z hľadiska podpory pacientov, ktorí sa boja realizovať určité správanie dôležité pre liečbu.

Expozícia so zábranou rituálom (angl. exposure and response prevention, ERP) sa dnes považuje za prvú voľbu v liečbe OCD (príloha č. 1: *algoritmus liečby podľa APA, 2007*). Každé správanie, viditeľné alebo skryté, je riadené jeho dôsledkami a k jeho vyhasínaniu dochádza, keď posilňovače (pozitívne dôsledky) prestanú prinášať potešenie alebo redukovať tenziu. Blokovaním správania, ktoré posilňuje a udržiava obavy, obsedantné obavy vymiznú. Pri ERP sa snažíme o blokovanie kompulzií a tým o vyhasínanie obsesií. Cieľom nie je úzkosť odstrániť, ale naučiť sa ju tolerovať bez pomoci rituálov. V ideálnom prípade liečba trvá 2–3 mesiace s frekvenciou sedení i 5-krát týždenne v dĺžke 1–2 hodiny (*Praško a kol., 2007*).

Tabuľka č. 6: Fázy KBT pri OCD (*Praško a kol., 2007*)

1. Orientácia a edukácia → KBT model OCD → Edukácia o liečbe → Príručka o OCD
2. Hodnotenie → Zoznam obsesií, kompulzií, vyhýbavého a zabezpečovacieho správania, vegetatívnych reakcií → Denné záznamy obsesií a kompulzií → Zoznam spúšťačov
3. Kognitívna reštrukturalizácia → Spojiť emočné reakcie a následné kompulzie s obsesiami → Rozpoznať obsesie a ich nadväznosť na spúšťače → Rozpoznať metakognície a kognitívne schémy → Testovať platnosť obsesií a metakognícií → Vytvoriť racionálnu odpoveď → Testovať platnosť metakognícií → Testovať kognitívne schémy
4. Expozícia so zábranou rituálom → Vytvorenie hierarchie → Expozícia v predstavách/modelovanie → Expozícia in vivo so zábranou rituálom → Odmeny
5. Plánovanie času
6. Riešenie problémov
7. Prevencie relapsu

14.1. Edukácia

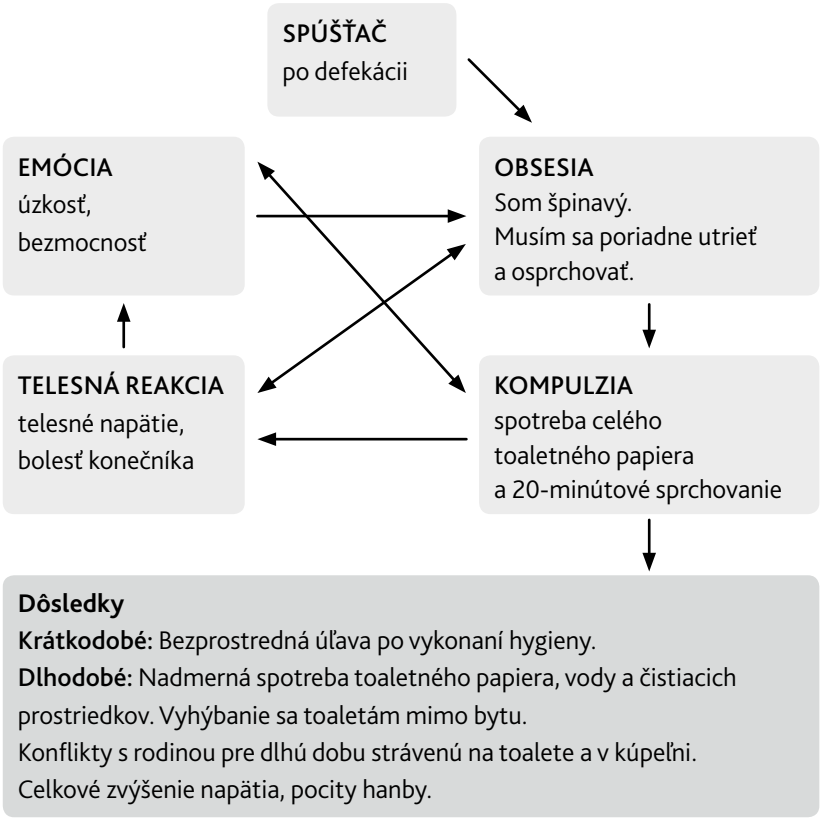
Cieľom psychoedukácie je porozumieť prejavom OCD a ich vzájomným súvislostiam. Pacient sa učí porozumieť, ako a prečo problémy vznikli, ako spolu v tzv. bludnom kruhu problémov súvisia a aké majú dôsledky a udržiavacie faktory. K udržiavacím faktorom OCD patrí vyhýbavé správanie, kompulzívne konanie a myšlienky, obsesie, precitlivenosť a tiež správanie okolia, ktoré obsesie a kompulzie „odmeňuje“ (*Praško a kol., 2014*).

Obsesie a kompulzie sú silnými udržiavacími faktormi bludného kruhu OCD. Keď sa v mysli objaví predstava alebo myšlienka predvídajúca nejakú katastrofu, väčšina ľudí trpiacich OCD sa ju okamžite snaží potlačiť kompulziou, či už v správaní, alebo myšlienkach, a tým zabránia podrobnému logickému spracovaniu danej obsesii. O vyhýbavom správaní hovoríme vtedy, keď

sa pacient začne vyhýbať niektorým situáciám alebo činnostiam zo strachu, že sa vyplnia jeho katastrofické predstavy. Precitlivenosť znamená nadmerné zameranie pozornosti na spúšťače obsesií, ktorých sa najviac obáva, a zvýšene pozoruje seba aj okolie, aby sa uistil, či takýto spúšťač nie je prítomný. Rovnako pozornosť okolia a pomoc príbuzných môže byť pre pacientov „odmenou" a môže udržiavať vyhýbavé správanie pacientov, preto je potrebná aj ich edukácia a zapojenie do terapie.

Dôsledky obsedantno-kompulzívnej poruchy z hľadiska KBT modelu rozdeľujeme na krátkodobé a dlhodobé. Krátkodobým dôsledkom vykonania kompulzie býva dočasné zníženie úzkosti, k dlhodobým dôsledkom však často patria pocity hanby, výčitky, zníženie sebadôvery i pochybnosti o vlastnom psychickom zdraví.

Schéma č. 1: Bludný kruh pri OCD – príklad



Väčšine pacientov dôkladnejšie zoznámenie s vlastnou poruchou a jej liečbou prináša úľavu. Na konci úvodného rozhovoru by mal terapeut dospieť k predbežnej formulácii o povahe a rozsahu problému. Túto formuláciu terapeut spoločne s pacientom prediskutuje, aby mu potom mohol vysvetliť zmysel liečebného postupu. Terapeut upozorní, že najdôležitejšiu terapeutickú prácu bude robiť pacient sám doma, predovšetkým v situáciách, v ktorých sa tento problém objavuje. Pacienta vyzve, aby vyjadril svoje prípadné obavy alebo strach týkajúci sa liečby, a spoločne ich rozoberú. Terapeut tiež pacientovi poskytne príručku o poruche, prípadne odporučí ďalšiu odbornú literatúru.

Podľa naliehavosti problému sa spoločne dohodnú, na čom začnú pracovať najskôr. Pri každom probléme sa zisťujú všetky podnety, vonkajšie (napr. objekty, situácie) i vnútorné (napr. emócie, myšlienky), ktoré spúšťajú obsesie alebo vedú ku kompulziám, analyzuje sa tiež intenzita a frekvencia symptómov.

Pacient sa učí viesť si záznamy obsesií a kompulzií, pričom terapeut vopred ujasní pacientovi význam zaznamenávania príznakov a pokrokov v liečbe. Pre uľahčenie a zjednodušenie je vhodné pacientovi poskytnúť už vytvorený záznamový hárok, napr. denný záznam obsesií a kompulzií.

Tabuľka č. 7: Denný záznam obsesií a kompulzií podľa Praška (*2007*)

Dátum a čas	**Situácia** (Kto? Čo? Kde? S kým?)	**Obsesia** (Čo mi presne vtedy bežalo hlavou? Nakoľko tomu verím?)	**Emócia** (Čo som cítil a ako silno od 0–100 %?)	**Kompulzia** (Čo som urobil pre zníženie napätia? Počet? Trvanie?)
Pondelok, 1. 4. o 6.40 hod.	Odchádzam z bytu a zamykám vchodové dvere.	Čo ak som poriadne nezamkla? Kým budem v práci, zlodeji mi určite vykradnú byt. Verím tomu na 90 %.	Strach 90 %	Vraciam sa k bytu od výťahu, 3× odomykám, kontrolujem pritom ešte vypnuté svetlo na chodbe, 3× zamykám dvere, 5× skúšam kľučku. Trvanie približne 4 minúty. Pokles nepohody na 40 %.

14.2. Kognitívna reštrukturalizácia

Pri kognitívnej reštrukturalizácii ide o prácu s obsedantnými myšlienkami a ich hodnotením, pretože základom pre rozvoj OCD sú automatické myšlienky – obsesie, ktoré vedú k rýchlemu nárastu úzkosti, a prerámovaním týchto myšlienok a ich nahradením konštruktívnejšími myšlienkami dochádza k zmierneniu úzkosti.

Kognitívna reštrukturalizácia na úrovni práce s automatickými myšlienkami sama osebe nestačí na zvládanie obsesií a kompulzií, ale je významným doplnkom expozičnej terapie a zábrany rituálom. Niekedy môže byť dokonca kontraproduktívna a stáva sa novou kompulziou (*Praško, Prašková, 2008*). Kognitívna reštrukturalizácia však môže pomôcť spracovaniu tzv. metakognícií, teda myšlienok o myšlienkach, ktoré hodnotia obsesie ako také.

Práca s automatickými myšlienkami predpokladá niekoľko základných krokov. Po identifikovaní obsesií, spúšťačov, emócií a kompulzií je ďalším krokom testovanie platnosti obsedantných myšlienok a metakognícií, pretože pre väčšinu pacientov s OCD sú spočiatku obsesie takmer na 100 % presvedčivé.

Na testovanie platnosti obsesií sa používa súbor otázok, na ktoré pacient postupne odpovie.

Tabuľka č. 8: Súbor otázok na testovanie obsesií (*Praško, 2014*)

Z čoho vychádza tento môj záver, aké mám preň dôkazy?
Čo svedčí v prospech tohto záveru a čo proti nemu?
Prečo si myslím, že práve toto hodnotenie situácie je jediné alebo najpravdivejšie?
Existujú iné vysvetlenia?
Ako tento záver ovplyvňuje moje emócie a správanie?
Čo je pre mňa v tejto situácii príjemné a čo nepríjemné?
Je situácia skutočne taká vážna, ako si myslím?
Opieram svoj úsudok o to, ako sa cítim, alebo o to, čo robím?
Čo by si v tejto situácii myslel niekto iný?
Nestanovujem si nereálne a nedosiahnuteľné ciele?
Nezabúdam na niektoré podstatné fakty alebo naopak nezveličujem niektoré nepodstatné?
Nepreceňujem mieru pravdepodobnosti, že situácia nastane?
Nepodceňujem svoje možnosti, ako môžem čeliť problémovej situácii?

Následným krokom je vytvorenie racionálnej odpovede na predchádzajúce otázky, ktorá by sa mala držať reality a nemala by prechádzať do opačného extrému. Práca s racionálnou odpoveďou je potrebná denne v rôznych situáciách, ktoré navodzujú obsesie.

Tabuľka č. 9: Príklad práce s obsedantnou myšlienkou

Obsesia: „Vyskočím z okna."	
Argumenty svedčiace v prospech obsesie:	**Argumenty svedčiace proti obsesii:**
Vždy keď sa priblížim k oknu, mi to napadne.	Doteraz som to neurobila.
Často mi to napadá, keď je otvorené okno.	Ani keď som bola v blízkosti otvoreného okna a napadla mi táto myšlienka, nepokúšala som sa z neho vyskočiť.
Cítim strach, že som chorá, keď mám takéto myšlienky.	Bojím sa viac tej myšlienky, že som chorá, ako toho, že by som naozaj mohla vyskočiť – nechcem to urobiť. Čítala som o vtieravých myšlienkach a podľa popisu ide pravdepodobne aj u mňa o obsesie.
Racionálna odpoveď: Aj keď mám strach, keď mi napadne myšlienka „vyskočím z okna", ide o moju obsesiu a nemám žiadne dôkazy, že by som to chcela alebo mala urobiť.	

Posledným krokom kognitívnej reštrukturalizácie je práca s kognitívnymi schémami. V tradícii kognitívnej terapie (*Beck, 1991*; *Young a kol., 1999*) označuje pojem schéma základné presvedčenie, na ktorom si človek organizuje svoj pohľad na seba, na svet a na budúcnosť.

14.3. Expozícia so zábranou rituálom

Expozícia in vivo je vystavenie sa podnetom, ktoré vyvolávajú obsesiu, zatiaľ čo zábrana rituálu je správanie, pri ktorom sa nesmie urobiť kompulzia a je kľúčom k zvládnutiu OCD. Rituály je možné spočiatku najskôr skrátiť, spomaliť alebo ich nerobiť úplne. Zablokovaním rituálov dochádza k zámernému vyvolávaniu úzkosti, pričom zabránenie odpovedi musí byť dostatočne dlhé na to, aby došlo k prerušeniu naučeného spojenia medzi úzkosť provokujúcim podnetom a rituálom. Obsedantní pacienti sú ochotní tolerovať i vysokú mieru nepohody, pokiaľ veria, že liečba bude úspešná, preto pevný postoj, doplnený pochopením pre nepríjemné pocity, ktoré pacient prežíva, pomôže navodiť dôveryhodný a na zvládanie úloh zameraný terapeutický vzťah (*Praško a kol., 2007*).

Pred začatím expozícií terapeut s pacientom zostavia zoznam všetkých situácií a činností, ktorým sa pacient vyhýba a ktoré spúšťajú obsesie, a zoradia ich podľa miery emocionálnej nepohody, ktorú vyvolávajú, od najťažších až po najľahšie.

Tabuľka č. 10: Hierarchia problémových situácií – príklad

Položky	Pocit nepohody (0–100 %)
1. dotknúť sa odpadkového koša na ulici	100 %
2. dotknúť sa odpadkového koša v domácnosti	95 %
3. zdvihnúť papier z podlahy	80 %
4. podať ruku	60 %

Pri postupnom nácviku rozoznávame tri fázy. Prvou je určovanie cieľov, následne určovanie postupných úloh a nakoniec ich praktické zvládanie. Zmyslom postupného nácviku je dosiahnutie série úspechov, takže je potrebné úlohy plánovať tak, aby pacient mal šancu pri ich plnení uspieť.

Tabuľka č. 11: Zoznam cieľov – príklad

Najťažšie ciele	Najľahšie ciele
Dotknúť sa vnútra kontajnera, chytiť sa tváre a neumyť si ruky.	Podať ruku cudziemu človeku a neumyť si ruky.
Chytiť sa oboma rukami podlahy v nákupnom centre a utrieť si ruky do šatstva, následne sa neprezliecť ani si neumyť ruky.	Zdvihnúť odhodený papier z trávy a vydržať bez umytia rúk.

Voľba úvodných úloh a ich poradia závisí v prvom rade od pacientovho odhodlania a ochoty úlohu realizovať, od stupňa obmedzení, ktoré daný problém pacientovi spôsobuje, a od rozsahu, v ktorom sa problém vyskytuje v jeho bežnom živote. Všeobecne platí, že expozície by mali byť začaté úlohou, ktorú je možné ľahko uskutočniť „in vivo“, úvodná úloha má viesť len k strednému stupňu nepohody a mala by mať pozitívny význam pre pacientov bežný život tak, aby dosiahnutý úspech viedol k upevneniu nového správania.

Expozície začínajú položkami v dolnej časti zoznamu, pričom každú položku je potrebné podrobne opísať a jednotlivé kroky sa môžu meniť, až kým sa nedosiahne cieľ. Príslušnej situácii či podnetu musí byť pacient vystavený tak dlho, pokiaľ jeho úzkosť neklesne na polovicu maxima, čo spočiatku môže

trvať i niekoľko hodín. Terapeut opakovane zisťuje mieru pacientovej nepohody a zaznamenáva ju do grafu. Terapeut slúži ako model a vystavuje sa počas sedení rovnakej situácii alebo podnetu ako pacient. Keď pacient zvládne vystaviť sa určitej položke zoznamu, prechádza k vyššie položenej položke (*Praško a kol., 2008*). Cieľom je vystaviť sa najvyššej položke zoznamu bez kompulzií. Terapeut povzbudzuje pacienta, aby sa naučil žiť s pocitom neistoty alebo pochybností, obmedzuje kompulzie, posilňuje udržanie pokrokov a postupne prenecháva pacientovi zodpovednosť za plánovanie ďalších krokov.

Expozície in vivo v rámci sedenia môžu trvať 1–3 hodiny, až kým úzkosť a napätie u pacienta nezačne klesať. Z časových dôvodov môže terapeut tiež využívať členov rodiny ako koterapeutov alebo pomocných terapeutov, ktorí musia byť dobre zoznámení s pacientovým problémom a podrobnosťami liečebného programu. Pacientovi zadávame špeciálne domáce úlohy, ktoré doplňujú prácu v priebehu sedenia. Podľa de Silvu a Rachmana (*1998*) i keď vykonávame liečbu u hospitalizovaného pacienta, buď z dôvodu väčšej závažnosti jeho problému, alebo pre praktické ťažkosti, ktoré bránia uskutočneniu terapie ambulantne, snažíme sa realizovať väčšinu sedení mimo nemocnice a v domácich situáciách.

Tabuľka č. 12: Záznam domácej úlohy (*de Silva, Rachman 1998*)

Úloha	Dotknúť sa dlaňami podlahy v nákupnom centre, následne sa chytiť oblečenia a tváre. Vydržať bez prezlečenia a umytia rúk.
Dátum a čas	1. 4. o 12.30 hod.
Bol zapojený koterapeut?	Kamarátka ma povzbudzovala, aby som sa chytila znečistenými rukami tváre.
Pocit nepohody	95 %
Nutkanie vykonať rituál	80 %
Výsledok	Vydržala som sa neumyť, napriek pocitu napätia a nepohody, po dobu 45 minút. Následne sme sa išli naobedovať. Zvládla som to celkovo úspešne a som spokojná.

Liečebný program musí zahŕňať i odstránenie vyhýbavého správania pacienta a dôležitou požiadavkou je neposkytovanie uistenia terapeutom ani okolím. Pokiaľ je terapia vedená správne a dôsledne, výsledky expozície so zábranou rituálom môžu byť veľmi pôsobivé. Na začiatku liečby býva typické prechodné

zhoršenie stavu pacienta a tendencia liečbu vzdať. Po prekonaní tejto fázy prebieha terapia už jednoduchšie, keďže po opakovanej vlastnej skúsenosti s poklesom pocitu nepohody a zmiernení kompulzívneho nutkania počas vystavenia sa obávanej situácii dochádza k nárastu pacientovej sebadôvery.

14.4. Expozícia v predstave

Expozíciu v imaginácii používame v situáciách, ktoré nie je možné prakticky vytvoriť alebo keď hlavnú zložku pacientových obsesií tvorí predstava určitej katastrofy; prípadne ju používame ako prípravný krok pacienta na expozície in vivo. Predstavy sa často spúšťajú v relatívne bezpečných situáciách a sú emočne veľmi silné. Cieľom je poskytnúť habituáciu na vlastný strach vyvolávajúce myšlienky, dosiahnutie zníženia úzkosti v prípade, že sa objavia, a naučiť sa ich prijímať ako myšlienky. Podľa obsedantných myšlienok je potrebné vytvoriť popis katastrofy, ktorej sa pacient obáva, a túto obavu s ním imaginovať tak dlho, kým jeho nepohoda spontánne nepoklesne. Tento postup je náročný nielen pre pacienta, ale i pre terapeuta, ktorý musí opakovať veľmi nepríjemné scény. Výhodou však je, že terapeut si sám overí desenzibilizujúci účinok opakovaného prežívania týchto nepríjemných a úzkosť vyvolávajúcich predstáv. Postup je rovnaký ako pri expozíciách in vivo, od menej nepríjemných predstáv k tým najnepríjemnejším.

Pacient dostane za úlohu napísať 3–5-minútový príbeh ako opis filmu v prvej osobe – opisuje, čo by sa stalo, keby nevykonal kompulziu. Predstavy môžu byť dohnané až do absurdity a má ísť o čo najživšie vykreslenie situácie. Potom sa príbeh nahrá a pacient ho počúva opakovane aspoň 45 minút, kým hladina úzkosti neklesne. Po každom vypočutí nahrávky pacient monitoruje svoju hladinu úzkosti a zapisuje ju do pracovného záznamu. Túto nahrávku potom pacient ako domácu úlohu niekoľkokrát denne sústredene počúva a pokračuje vo vedení záznamov. Následne si nahrá príbeh so situáciami, ktoré vyvolávajú väčšiu mieru úzkosti.

Iný a často užitočný spôsob umožnenia dlhotrvajúcej expozície obsesiám je požiadať pacienta, aby si obsedantnú myšlienku opakovane dlhú dobu písal alebo vytvoril prezentáciu na počítači s dookola sa opakujúcou obsedantnou myšlienkou.

14.5. Liečba pacientov bez zjavných rituálov

Liečba týchto pacientov nie je taká rozvinutá, ale prístup k skrytým kompulziám je v podstate rovnaký ako pri zjavných kompulziách. Vyžaduje expozície každému vonkajšiemu a vnútornému podnetu, ktorý núti pacienta uskutočniť mentálnu neutralizáciu, a potom zabrániť realizácii tohto rituálu. Zabrániť mentálnej kompulzii však nie je jednoduché a účinné môže byť odvedenie pozornosti pomocou riešenia matematických príkladov a zastavenie pomocou stop-techniky.

14.5.1 Expozícia obsesiám

Zvláštnym prípadom expozície v imaginácii je opakovaná expozícia obsesiám u pacientov bez zjavných kompulzií a je potrebné, aby sa títo pacienti vystavovali svojim obsedantným myšlienkam a predstavám bez skrytých rituálov. Najčastejšie používanou metódou je tiež nahranie si nutkavej myšlienky tak, aby nahrávka trvala 40 minút. Po každom opakovaní obsedantnej myšlienky je pauza približne 30 sekúnd. Pacient ju ako domácu úlohu niekoľkokrát denne sústredene počúva, pričom nerobí mentálne „neutralizujúce" rituály a zaznamenáva si približne každých 10 minút mieru svojej nepohody. Neskôr počúva túto nahrávku v náročnejších situáciách, ako napríklad v prítomnosti druhej osoby. Keď sa pacientovi darí počúvať túto nahrávku bez neutralizácií a len s miernym stupňom nepohody, dostane za úlohu vyvolávať si obsedantné myšlienky úmyselne bez neutralizácií (*Praško a kol., 2007*).

14.5.2 Expozícia spúšťačom

U ľudí, ktorí sa určitému spúšťaču veľmi vyhýbajú, je možné túto expozíciu použiť ako samostatnú terapeutickú techniku. Opakované a dlhotrvajúce expozície spúšťajúcemu podnetu znižujú úzkosť, až napätie a vyhýbavé správanie miznú.

14.5.3 Stop-technika

Stop-technika sa používa pri liečbe obsedantných myšlienok, impulzov a predstáv (*de Silva, Rachman, 1998*). Pacient v relaxačnej polohe so zatvorenými očami má nahlas povedať obsesiu a následne terapeut hlasno zakričí „Stop!" s prípadným ďalším zvukovým sprievodom, ako je napríklad úder do dosky stola. Postup sa niekoľkokrát zopakuje. V ďalšej fáze má pacient za úlohu vyvolať si obsedantnú myšlienku len v mysli a potom dať terapeutovi znamenie zdvihnutím prsta. Terapeut opäť reaguje zvolaním „Stop!". V nasledujúcej fáze je tým, kto zvolá

„Stop!“, sám pacient a po tomto nácviku nasleduje záverečná fáza, v ktorej si pacient hovorí „Stop!“ len sám pre seba v duchu. Niektorí terapeuti pripoja ešte zvláštny prvok, akým je bolestivý podnet, napríklad natiahnutie a pustenie gumového náramku alebo gumičky na zápästí v okamihu, keď si pacient v duchu hovorí „Stop!“.

Rôzne varianty stop-techniky spočívajú v zámene myšlienok. Pacient si nacvičuje, ako prerušiť nežiaducu obsedantnú myšlienku a nahradiť ju vopred zvolenou príjemnou myšlienkou. Iným variantom je nácvik kontroly myšlienok, pri ktorom si pacient opakovane vybavuje a prerušuje určité myšlienky, aby nad nimi získal kontrolu.

14.5.4 Odvedenie pozornosti

Odvedenie pozornosti je často používaná stratégia na zvládanie obsedantných myšlienok, ktorá vyplýva z pozorovania, že sa väčšinou vtierajú do vedomia, keď je človek sám a bez aktivity. Jednou z najúčinnejších metód je vyhľadanie spoločnosti, rozhovor s inou osobou, začatie nejakej činnosti, od menej náročných až po náročnejšie druhy aktivít.

14.5.5 Preháňanie myšlienok

Pri tejto technike ide o vyvolanie predstavy najhoršieho katastrofického scenára na danú tému. Pacienta pri nej požiadame, aby si vybavil myšlienku nie tak, ako sa mu normálne vtiera do vedomia, ale prehnaným spôsobom.

14.5.6 Stanovenie času

Pri liečbe ruminácií alebo nadmerných obáv je vhodná technika, ktorá spočíva vo vymedzení určitej doby dňa, keď sa má pacient venovať len svojmu premietaniu, a v inom čase sa mu nevenuje.

14.6. Liečba primárnej obsedantnej pomalosti

U pacientov s primárnou obsedantnou pomalosťou sa používajú stratégie využívajúce krokovanie (pacing), pobádanie (prompting) a formovanie (shaping) (*de Silva, Rachman, 1998*). Správanie je rozčlenené na jednotlivé kroky a sú vymedzené časové limity pre vykonávanie zvoleného správania. Terapeut alebo blízka osoba opakovane povzbudzuje pacienta, aby časové plány dodržal. Čas sa postupne v každom sedení skracuje. Je dobré, ak terapeut vopred určené správanie názorne predvedie a požiada pacienta, aby to vykonal rovnakým spôsobom.

Liečba je časovo veľmi náročná, preto niektorí pacienti vyžadujú spočiatku hospitalizáciu a neskôr v ambulantnej starostlivosti sú potrebné sedenia v domácom prostredí. Zlepšenie u týchto pacientov prichádza len pozvoľne a nemusí pretrvať, pokiaľ im nie je poskytovaná ďalšia pomoc na podporných sedeniach.

14.7. Relaxácie

Stres OCD zhoršuje a nácvik relaxácie pomáha uvoľňovať svalové skupiny a tým znížiť svalové napätie. Medzi všeobecné odporúčania patrí stanovanie si času a miesta relaxácií; nácviky optimálne dvakrát až trikrát denne v pokojnom prostredí, spočiatku v ľahu v pohodlnom oblečení, neskôr v sede a v stoji; dýchanie nosom; bránicové dýchanie; zaujatie pasívneho postoja bez hodnotenia a zaznamenávanie schopnosti uvoľniť sa po každom cvičení. Je možné vybrať si z rôznych druhov relaxácií; osvedčená je progresívna svalová relaxácia alebo relaxácia na určitý podnet.

14.8. Iné behaviorálne techniky

V liečbe obsedantno-kompulzívnych pacientov sa používa tiež systematická desenzitizácia. Pri nej si pacient v stave relaxácie predstavuje problémovú situáciu v odstupňovaných krokoch podľa náročnosti. Pri tomto postupe sa napätie udržuje na minime, na rozdiel od techniky expozície so zábranou rituálu, pri ktorej je napätie, naopak, vyvolávané.

Inou technikou je tzv. „metóda odmien a trestov“ (contingency management) (*de Silva, Rachman, 1998*). Ide o prístup, ktorý manipuluje s dôsledkami správania. Snažíme sa zaistiť, aby pacientove rituály prestali viesť k preňho priaznivým dôsledkom a namiesto toho odmeňujeme iné, alternatívne správanie. Niekedy sa používajú averzívne postupy, napríklad ranky gumovým či elastickým náramkom pri obsesiách, celkovo však majú tieto techniky len obmedzený účinok.

14.9. Plánovanie času a riešenie problémov

Pri ústupe obsesií a kompulzií býva dôležité vyplnenie vzniknutého priestoru zmysluplnou aktivitou. Hľadanie nového životného štýlu je náročné a väčšinou je na to potrebné terapeutické vedenie. Prvým krokom pri usporadúvaní časového rozvrhu je ujasnenie si hodnôt a priorít (*Praško a kol., 2014*). Na to slúži spísanie všetkých oblastí života podľa dôležitosti, naliehavosti a času, ktoré im pacient plánuje venovať. Druhým krokom býva zhodnotenie osobných možností a prostriedkov, uvedomenie si roly, zodpovednosti a povinností v domácnosti

a v zamestnaní. Ďalším krokom je určenie reálnych a konkrétnych cieľov a spôsobov ich dosiahnutia. Vedenie podrobných časových záznamov pomôže pri organizácii dňa a zároveň poskytuje informácie o efektívnosti využitia časového rozvrhu činnosťami.

Riešenie problémov je štruktúrovaný proces, v ktorom sa zaoberáme aktuálnymi životnými problémami a konfliktmi pacienta a snažíme sa o jeho vlastné pátranie po dostupných aktívnych stratégiách vedúcich k eliminácii zložitej situácie (*Praško, Kosová, 1998*).

Každý problém pacient za pomoci terapeuta podrobne opíše a následne sa vypracuje pre každý problém plán. Pacient by mal byť schopný konkrétne pomenovať, čo je jeho cieľom. V druhej fáze sa spíše zoznam riešení a v treťom kroku ide o zhodnotenie výhod a nevýhod každého riešenia a zoradenie od najvhodnejších k menej vhodným. Následne sa zostaví plán a pokiaľ je to možné, je dobré si vyskúšať pacientovo konanie vopred buď v predstave, alebo napr. pri hraní rolí.

Po samotnej realizácii zvoleného riešenia pacient zhodnotí výsledok. Pokiaľ sa riešenie osvedčilo, dôležité je, aby sa pacient sám ocenil a zapamätal si toto riešenie do budúcnosti. Pokiaľ sa ukázalo, že tento plán neviedol k riešeniu problému, analyzuje sa príčina a možné chyby. Pacient sa vracia k zoznamu možných riešení a vyskúša ďalšie v poradí (*Praško a kol., 2014*).

15. PROBLÉMY PRI KOGNITÍVNO-BEHAVIORÁLNEJ TERAPII OCD

Pri liečbe pacientov s OCD sa stretávame s množstvom problémov. Najčastejšie ide o nedostatočnú motiváciu pacienta, odmietnutie alebo predčasné ukončenie psychoterapie (*de Silva, Rachman, 1998*). Pre niektorých klientov sú požiadavky KBT programu neprijateľné. Jednou z najväčších obáv býva to, že úzkosť bude počas expozície neznesiteľná a že sa nezmierni, preto ponúknutú terapiu pacienti odmietajú alebo nespolupracujú. Terapeut sa preto snaží neochotného klienta motivovať, aby liečbu vôbec začal a vyskúšal, odpovedá mu na otázky a zdôrazňuje, že je veľká nádej na zlepšenie. Pomôcť môže i rozhovor pacienta s úspešne vyliečeným klientom (*Praško a kol., 2007*). Precízna kognitívna terapia v prípravnej fáze často môže uľahčiť súhlas pacienta s liečbou a zlepší spoluprácu, avšak klientovi s nízkou motiváciou terapia pravdepodobne nepomôže.

Problematické bývajú tiež typické spôsoby blokovania alebo vyhýbania sa expozíciám. Ak hladina úzkosti pri expozícii dostatočne nenarastá, pacient ju zrejme nejakým spôsobom blokuje. Ďalším spôsobom je spoliehanie sa na „signál bezpečia“, napríklad od partnera, terapeuta či priateľa, ktorý pacienta neprimerane ubezpečuje počas expozície. Potreba pocitu bezpečia je časťou OCD problému, expozícia so zábranou rituálom je náročná, umožňuje však zvládať riešenie problémov i po vysadení farmakoterapie.

Ďalšími problémami v KBT OCD sú komplikácie spôsobené najmä komorbiditou, hlavne vplyvom depresie. V týchto prípadoch je potrebná najskôr liečba depresívnej poruchy.

16. MINDFULNESS

Mindfulness, cesta „plnohodnotného uvedomovania“, sa čoraz viac využíva v KBT. Človek sa učí stať sa nezávislým pozorovateľom svojich nepríjemných myšlienok a pocitov bez ich hodnotenia. Touto cestou dochádza k úľave od duševného utrpenia, ktoré vtieravé myšlienky a pocity prinášajú. Techniky mindfulness doplňujú expozície so zábranou odpovede (*Pedrick, Hyman, 2010*).

Psychologička Ellen Langerová popísala vo svojej knihe s názvom Mindfulness (*1990*) výskum na tému „plnohodnotného uvedomovania“, pričom koncept postavila na skúmaní „mindlessness“, teda nedostatočného uvedomovania. Popísala tri formy „mindlessness“.

Prvou formou „mindlessness“ je prílišné upnutie sa na kategórie, ktoré sme si osvojili v minulosti. Pripisovanie priveľkého rizika ublíženiu alebo nebezpečenstvu znamená, že sa spoliehame na závery, ktoré sme si sami spravili na základe minulých skúseností, a nie na základe aktuálneho plného uvedomovania si situácie. U OCD pacientov je – vzhľadom na množstvo rôznych kognitívnych omylov – nimi vykonané zhodnotenie udalosti potrebné preveriť s terapeutom alebo inou osobou, aby boli v hodnotení objektívni a nezainteresovaní, a zároveň teda nepreberali prílišnú zodpovednosť za situáciu. Uvedomovať si „naplno“, znamená byť objektívnym pozorovateľom svojich myšlienok, a teda pripustiť zmenu v myslení, ak sa objaví.

Ako druhú formu „mindlessness“ Langerová (*1990*) popísala automatické správanie. Neustále spochybňovanie, magické myslenie, poverčivosť a iné, to sú druhy myslenia, ktoré sú často automatické. Plnohodnotné vnímanie a uvedomovanie pomáhajú získať od týchto spôsobov myslenia odstup, a tým prehodnotiť ich vhodnosť a opodstatnenosť.

Správanie sa na podklade subjektívneho vnímania je treťou formou nedostatočného uvedomovania. Ľudia s OCD sa často správajú striktne podľa pravidiel, snažia sa získať kontrolu a výsledkom je perfekcionizmus, ktorý je ale neúčelný. Plnohodnotné uvedomovanie je cesta, ako hľadať iné perspektívy, zmeniť pohľad na myšlienky a úzkosť. Je potrebné zisťovať, čo spôsobuje ich neschopnosť tolerovať neistotu a úzkosť, a tiež prečo niektorým myšlienkam pripisujú priveľký význam.

17. PREVENCIA RELAPSOV

Po vysadení farmakoterapie býva relaps pomerne častý, preto by podávanie liekov malo pokračovať aspoň 12–24 mesiacov po eliminácii symptómov. Pokiaľ ide o opakovanú epizódu OCD, je vhodné predĺžiť podávanie antidepresív na dobu štyroch rokov, pri troch a viacerých epizódach na päť rokov. V niektorých prípadoch je vhodné užívať antidepresíva celý život (*Praško a kol., 2014*).

Po úspešnej KBT je relaps menej pravdepodobný, ale pri závažnejšom strese hrozí tiež. Pred ukončením liečby je potrebná nielen sumarizácia, zhrnutie dosiahnutých pokrokov a naučených stratégií, ale aj príprava na ďalšie možné stresujúce situácie a relaps obsedantno-kompulzívnej symptomatiky. Dôležité je povzbudzovanie pacienta k pokračovaniu v expozíciách všetkým situáciám, ktoré súvisia so spúšťačmi obsesií, a upozorňovanie, že obsesie a kompulzie sa môžu kedykoľvek vrátiť, ale vďaka naučeným novým zručnostiam je možné sa im postaviť a odstrániť ich.

V prevencii relapsov je potrebné zvyšovanie odolnosti voči stresu a správna životospráva. Nápomocné býva vytvorenie krízového plánu, v ktorom sa spracujú všetky situácie, prípadne obdobia, v ktorých môže byť pacient menej odolný voči záťaži. Vypracovanie krízového plánu prispieva k tomu, že pacient si uvedomí a akceptuje fakt, že neúspechy a problémy patria k životu a je potrebné s nimi počítať (*Praško a kol., 2007*).

K zmene životného štýlu patrí i zakomponovanie relaxácií do denného programu, plánovanie a realizácia príjemných aktivít, vyhýbanie sa nadmernej únave, pravidelný pohyb, rozpoznávanie svojich hraníc a ich neprekračovanie, usporiadanie aktivít podľa priorít, asertívne správanie, vlastné oceňovanie a vystavovanie sa obávaným situáciám.

18. KAZUISTIKA č. 1

V klinickej praxi liečba obsedantno-kompulzívnych pacientov, hlavne v prípade ľahších a stredne ťažkých foriem, prebieha v ambulantnej psychiatrickej, psychoterapeutickej alebo psychologickej starostlivosti. Všeobecne je známe, že psychoterapeutické vedenie pacientov s obsedantno-kompulzívnou poruchou je náročné a vyžaduje si vysokú mieru motivácie a spoluprácu tak na strane pacienta, ako i na strane terapeuta. V kazuistike predstavujeme 37-ročnú ženu s prevažne obsedantnými myšlienkami a kognitívno-behaviorálny prístup v jej liečbe.

Anamnéza

RA: Neuropsychiatrická záťaž nezistená.

OA: Prekonala bežné detské ochorenia, operovaná nebola. V r. 2001 neurologicky vyšetrená pre cefaleu. Aktuálne sa nelieči na žiadne závažné ochorenie. Ambulantne psychiatricky sa nelieči, bez psychiatrickej hospitalizácie.

GA: P:2 UPT:0 Ab:0 MC: pravidelný

AA: Alergia na lieky a potraviny nezistená.

LA: Neužíva žiadne lieky pravidelne.

Abúzy: Nefajčí, alkohol nepije vôbec, drogy neskúšala, gambling negatívny.

SPA: Vychovávaná v kompletnej rodine, detstvo hodnotí ako krásne. Má jednu mladšiu sestru, s ktorou si dobre rozumie. S otcom mala vždy blízky vzťah, s matkou si nerozumie, ich vzťah hodnotí ako „zvláštny". Matka jej často hovorí, čo má robiť a akým spôsobom, „tlačí" na ňu a ju to hnevá. Rozhodla za ňu aj pri výbere strednej a vysokej školy. Otec zomrel na onkologické ochorenie. Matka je starobná dôchodkyňa.

Po materskej škôlke navštevovala základnú školu, kde sa objavili prvé problémy v kolektíve. Pre nadváhu bola často terčom posmechu spolužiakov, ťažko to znášala. Počas strednej školy sa už podobné problémy nevyskytli. Ukončila strednú ekonomickú školu a po maturite sa zamestnala a diaľkovo vyštudovala vysokú školu, tiež ekonomického smeru. Škola ju nebavila, počas štúdia často odkladala skúšky, študijné výsledky mala však dobré a vysokú školu ukončila v riadnom termíne. Následne sa zamestnala v administratíve, v uzavretom pracovnom kolektíve sa ťažšie adaptovala. V práci má problém prezentovať vlastný

názor, často ustupuje kolegom, býva napätá a nesústredená. Nedávno prvýkrát povedala, čo si myslí, a bola prekvapená, že jej kolegovia vyhoveli.

Po vysokej škole sa vydala, manželstvo je disharmonické, často sa hádajú. Manžel je výbušný, neakceptuje jej názory, po hádke ona „vybuchne" na deti. Syn má 11 rokov a dcéra je 5-ročná. Býva s rodinou v spoločnej domácnosti.

Záujmy: rodina, deti, domácnosť, tvorivá činnosť

Povahovo: úzkostlivá

TO: Pacientka prichádza na individuálnu terapiu na vlastnú žiadosť pre „strach zo šoférovania". Šoférovala od roku 1996, keď dostala vodičský preukaz, až do roku 2012. Vtedy dostala strach, musela zastaviť a vrátiť sa na cestu pozrieť, či sa niečo nestalo: „Či som do niekoho nebuchla." Pri cúvaní sa jej objavovali myšlienky, či niekoho nezrazila. Aj keď cúval niekto iný, tak sa jej neustále vtierali myšlienky, že niekoho zrazilo auto. Má strach z cyklistov alebo chodcov na cestách. Prestala šoférovať. Problémy začali po úmrtí otca, ktorý bol onkologický pacient. Verila, že otec sa vylieči, zomrel však tesne potom, ako bola uňho na návšteve. Odvtedy sa jej premietajú spomienky na otca. Nevie naňho zabudnúť. Pozoruje, že od tejto udalosti je viac citlivá, úzkostlivá, objavil sa strach zo šoférovania. Má problémy aj vo vzťahoch, matka na ňu „tlačí", hovorí jej, čo a ako má robiť. S manželom sa často hádajú a potom problémy zajedá, čo ju tiež trápi. V práci často ustupuje kolegom na úkor seba. Chcela by znovu šoférovať.

Objektívne psychiatricky:

Pacientka prichádza v dohodnutom termíne, upravená, spoločenské konvencie dodržiava. V kontakte pôsobí tenzne, spontánne verbalizuje. Zmysel vyšetrenia chápe.

Psychiatrická symptomatika:

Vedomie lucídne, orientácia autopsychicky i allopsychicky správna. Psychomotorické tempo primerané, kontakt dobrý, odpovede adekvátne bez latencie. Nálada hypotýmna, zvýšená hladina IP tenzie, anamn. anxieta, afektívna labilita. Myslenie koherentné, prítomné vtieravé, obsedantné myšlienky s agresívnym obsahom (obavy zo zrazenia chodca alebo cyklistu pri šoférovaní), bez sui. ideácií a tendencií, bez bludných obsahov. Percepcia intaktná. V konaní vyhýbavé a zabezpečovacie správanie. Intelekt a mnestické funkcie primerané veku a dosiahnutému vzdelaniu. Osobnosť alterovaná v afektivite a behaviorálnej sfére.

Diagnostický záver: Prevažne obsedantné myšlienky a ruminácie F42.0

Priebeh terapie:

1. sedenie

1. Anamnéza
2. KBT skríningový rozhovor

Kontext problému: Od roku 1996, keď dostala vodičský preukaz šoférovala bez problémov až do roku 2012. Vtedy dostala strach, musela zastaviť a vrátiť sa na cestu pozrieť, či sa niečo nestalo: „Či som do niekoho nebuchla." Pri cúvaní sa jej objavovali automatické negatívne myšlienky, či niekoho nezrazila, rovnako i pri cúvaní druhých sa jej objavovali myšlienky, že niekoho zrazilo auto. Má strach z cyklistov a chodcov na cestách. Kvôli negatívnym automatickým myšlienkam – obsesiám prestala šoférovať. Pacientka spontánne uvádza ako vyvolávajúcu stresujúcu udalosť smrť otca na onkologické ochorenie, po ktorej sa u nej začali objavovať vtieravé myšlienky a vyhýbanie sa šoférovaniu. Ďalšou problémovou oblasťou sú vzťahy s: a) s manželom – časté hádky, výmeny názorov, manžel nedokáže prijať jej názor, je výbušný, potom vybuchne ona a kričí na deti, problémy potom zajedá; b) so synom: „Keď kričíš ty, budem kričať aj ja"; c) s matkou: „Niekedy mi hovorí ‚toto nerob', tlačí na mňa. Aj mi povedala, že som nezodpovedná. Čím viac mi to hovorí, tým viac ma to štve. A chcem to zmeniť." Ďalšie problémy sa týkajú práce: d) často ustupuje kolegom na úkor seba.

Hlavný problém definovaný v podobe ABC modelu: **A** (spúšťače): predstava šoférovania alebo spomienka na šoférovanie, počas ktorého sa objavovali automatické negatívne myšlienky – (ANM) → **B**: *ANM* „Čo ak som niekoho zrazila? Čo ak som do niekoho buchla? Niekoho som zranila." *Telesné príznaky*: Sťažené dýchanie, búšenie srdca, niekedy chvenie. *Emócia*: úzkosť, napätie → **C** (dôsledky): Zabezpečovacie správanie – zo začiatku (kontrola, overovanie si, či niekoho nezrazila). Vyhýbavé a zabezpečovacie správanie – aktuálne sa nechá voziť do práce kolegami, manželom.

Častosť výskytu problému: vždy pri predstave alebo spomienke na šoférovanie

Dôsledky objavujúce sa po problémovom správaní:

- → *Pozitívne krátkodobé:* vyhnutie sa šoférovaniu, zabezpečenie odvozu, úľava
- → *Negatívne krátkodobé:* aktuálne posilnenie bludného kruhu, nežiaduceho správania
- → *Pozitívne dlhodobé:* dlhodobé vyhýbanie sa šoférovaniu a zabezpečovanie odvozu – podpora a pozornosť rodiny
- → *Negatívne dlhodobé:* dlhodobé posilňovanie bludného kruhu, nežiaduceho správania, obmedzovanie vo vlastných voľnočasových aj pracovných aktivitách

Modifikujúce faktory: *Horšie:* večer, tma, chodci, cyklisti, cúvanie, 2 pruhy na ceste

Lepšie: deň, prázdna cesta, jeden pruh, spolujazdec

Dôvod terajšieho vyhľadania terapie: obmedzovanie sa vo vlastných aktivitách, túžba opäť šoférovať

Doterajšie pokusy o riešenie problému: odborné – nie; pred prvým sedením sa pokúsila sama pár metrov šoférovať – s manželom

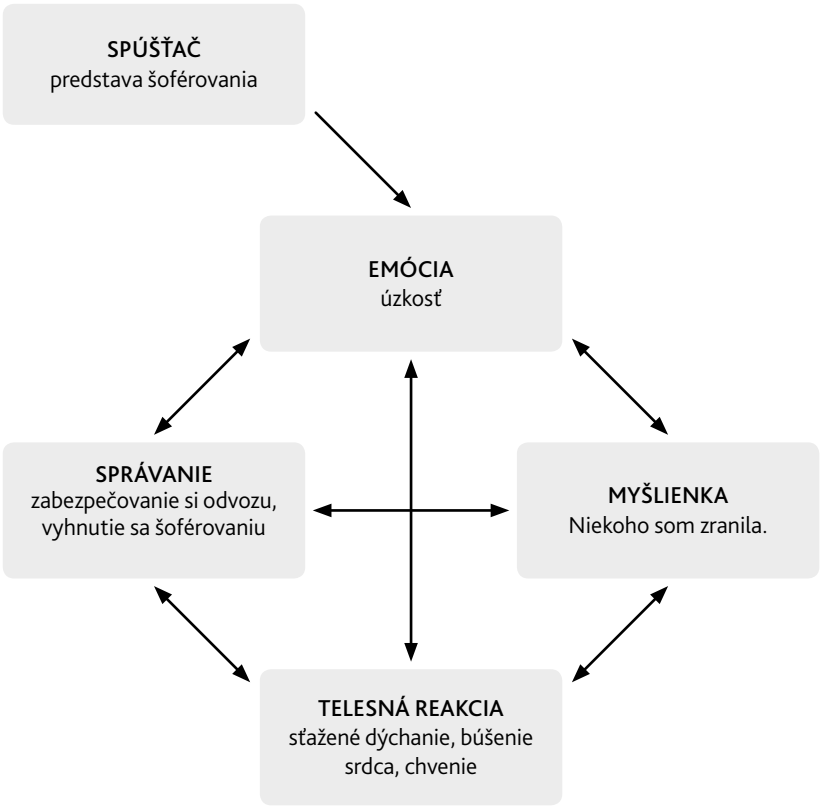
Vhodnosť pre KBT a dôvody: pacientka motivovaná k terapii, intelekt v pásme priemeru/nadpriemeru, myslenie bez bludných obsahov

Cieľ terapie: Viesť motorové vozidlo a dostať sa tam, kam potrebuje.

3. Edukácia o obsedantno-kompulzívnej poruche, KB postupy v terapii
4. Vysvetlenie bludného kruhu problémov
5. Zadanie domácej úlohy: nakreslenie bludného kruhu

2. sedenie

1. Prebratie domácej úlohy: bludný kruh „strachu zo šoférovania“



2. Zoznam situácií a intenzity úzkosti (na ľavej strane sa nachádza zoznam strachov a situácií a na pravej strane sa nachádza stupeň úzkosti na stupnici od 0 (žiadna) až po 100 % (extrémna):

Ľudia na ceste ..... **100 %**

Cyklisti na ceste ..... **100 %**

2 pruhy v meste, zaradiť sa ..... **100 %**

Cúvanie ..... **100 %**

Šoférovanie v tme ..... **100 %**

Po spísaní zoznamu pacientka verbalizovala negatívnu automatickú myšlienku: *„Veď ja vlastne neviem šoférovať“*, ktorú sme použili na kognitívnu reštrukturalizáciu a posilnenie žiaduceho správania.

3. Kognitívna reštrukturalizácia

   Myšlienke **„Neviem šoférovať“** pacientka verila na 50 %

Argumenty svedčiace v prospech myšlienky	Argumenty svedčiace proti myšlienke
Bojím sa ľudí na ceste.	Mám vodičský preukaz.
Som neistá pri preraďovaní sa z pruhu do pruhu.	Mám teoretické vedomosti.
Bojím sa, keď sú na ceste cyklisti.	Mám praktické zručnosti.
Bojím sa šoférovať v tme.	Mám prax 15 rokov.
Mám obavy pri cúvaní.	Doteraz som nemala nehodu.

Po kognitívnej reštrukturalizácii verila pacientka myšlienke **„Neviem šoférovať“ na 40 %.**

4. Plán na expozíciu in vivo a zadanie domácej úlohy
   1) Expozícia in vivo: 2 jazdy do týždňa.
      - Jazda – za účasti syna, trasa z domu pár metrov mimo obce.
      - Jazda – za účasti manžela, z domu k svokre, cca 2 km cez obec.
   2) Monitoring ANM, úzkosti, telesných príznakov.
   3) Pokračovanie v posilňovaní žiaduceho správania – pochvala, odmena.

3. sedenie

1. Prebratá domáca úloha a udalosti od posledného stretnutia. Jazdy zrealizovala podľa plánu, pričom počas šoférovania úzkosť nepociťovala. Až ex post sa u nej objavili ANM, úzkosť a telesné príznaky. Intenzita úzkosti klesla zo 100 % na 80 %. Myšlienke „Neviem šoférovať“ verila stále na 40 %.
2. Nácvik progresívnej svalovej relaxácie.
3. Na sedení boli naplánované ďalšie expozície in vivo:
   - dve jazdy za prítomnosti ďalšej osoby (manžel):
     1. jazda – zavezie dieťa do škôlky, trasa cca 3 km, z obce do obce
     2. jazda – pôjde na nákup, trasa cca 5 km, z obce do obce

4. sedenie

1. Krátka intervencia – monitoring, priebeh domácich úloh.

Jazdu do nákupného centra absolvovala potme večer, čo bol pridaný záťažový faktor. Počas jazdy na trase z domu do škôlky a späť stretla na ceste cyklistu, chodcov. Pacientka sa počas jazdy utvrdzovala v nájdených platných argumentoch. Udáva pokles úzkosti z 80 na 70 %. Verbalizovala túžbu jazdiť už sama, byť samostatná. Ďalšiu jazdu absolvovala už bez manžela, s deťmi v aute.

2. Pokračovanie: plánovanie ďalšej expozície in vivo, posilňovanie žiaduceho správania
    1. jazda na nákup do susednej obce, trasa 5 km v prítomnosti detí
    2. jazda na nákup do susednej obce, trasa cca 5 km osamote
    3. jazda z obce do mesta, trasa cca 20 km s rodinou na výlet
3. Dohodnuté ďalšie stretnutie o týždeň.

Pacientka sa na ďalšie sedenie nedostavila, po takmer 3 týždňoch sa telefonicky ospravedlnila, že mala úraz, po ktorom ostala práceneschopná. Pred úrazom už začala šoférovať aj sama, pri poslednej jazde osamote pokles úzkosti z 85 % na 70 %.

Rozbor:

Kazuistika popisuje pacientku s ľahším priebehom obsedantno-kompulzívnej poruchy, s prevažne obsedantnými myšlienkami zaoberajúcimi sa zranením druhých pri šoférovaní. Kompulzívne myšlienky (mentálne akty) ani kompulzívne rituály sme neidentifikovali. Keďže sama preferovala individuálnu psychoterapiu, farmakoterapia nebola zahájená. Pacientka bola motivovaná, dohodnuté domáce úlohy vždy splnila. V priebehu jedného mesiaca, keď boli zrealizované všetky štyri sedenia, bola pacientka edukovaná, získala elementárne poznatky o poruche a bludnom kruhu v podobe ABC modelu. Napriek krátkosti terapie a jej prerušeniu pre pacientkin úraz v súčasnej dobe podľa získaných informácií už sama šoféruje. Keďže sa do terapie po zhojení fraktúry nevrátila, v terapeutických sedeniach a práci na ďalších pacientkiných problémových oblastiach sme nepokračovali. Jej stanovený cieľ bol ale splnený. Nedostali sme sa však hlbšie, k jej jadrovým presvedčeniam, odvodeným presvedčeniam, životným stratégiám, kompenzačným mechanizmom, ktorých analýza by mohla byť pre pacientku užitočná pre pochopenie aktuálnych vzťahových problémov.

19. KAZUISTIKA č. 2

V kazuistike prezentujeme priebeh hospitalizácie a terapie 45-ročného muža s agresívnymi obsesiami v rámci ťažkej depresívnej epizódy.

Anamnéza

RA: Otec bol psychiatricky hospitalizovaný pre závislosť od alkoholu, zomrel na cirhózu.

OA: Arteriálna hypertenzia. Operovaný nebol, traumu hlavy, epilepsiu a bezvedomie neguje. Doteraz bez psychiatrickej ústavnej liečby.

SPA: Pochádza z robotníckej rodiny, otec pracoval ako strojár, pod vplyvom alkoholu býval agresívny, rodiča sa často hádali. Obaja rodiča už zomreli, súrodencov nemá. Na detstvo má „vcelku pekné spomienky" napriek otcovmu pitiu. Na základnej a strednej priemyselnej škole sa učil dobre. Po základnej vojenskej službe sa zamestnal v štátnej službe a diaľkovo vyštudoval vysokú školu. 25 rokov pracoval v aktívnej policajnej službe, robil aj vedúcu funkciu, práca ho však nenapĺňala. Od mája 2013 je vo výsluhovom dôchodku. Má svoju dielňu, kde opravuje bicykle. Ženatý je 24 rokov, manželka pracuje na pošte, vzťah hodnotí ako veľmi dobrý, rozumejú si, spoločne riešia všetky problémy. Majú dve deti, 24-ročného syna, ktorý popri zamestnaní študuje na pedagogickej fakulte, a 22-ročnú dcéru, ktorá pracuje v zahraničí. S deťmi má dobré vzťahy, vo výchove bol on ten tvrdší, prísnejší ako manželka, no myslí si, že majú pekný vzťah. Býva s manželkou a synom v byte.

Záujmy: bicykle, šport, knihy...

Trestaný nebol.

Povaha: „snaží sa byť úprimný, dodržať, čo sľúbi, uzavretejší, ale nemal v kolektíve problém..."

TO:

Subj: „Pred rokom v zime, okolo decembra v r. 2012, mu začali zdravotné ťažkosti. Pichalo ho v hrudníku, potom dostal závraty, vyšetrenia boli negatívne. Namerali mu jedine vysoký tlak. Napriek tomu sa cítil fyzicky strašne zle. V marci v r. 2013 navštívil prvýkrát ambulantného psychiatra, po liekoch bol však stále napätý, mal obavy, prišli myšlienky na smrť. Zmenil psychiatra, po mesiaci užívania antidepresív začal mať problémy s močovými cestami, opäť

mu preto boli zmenené lieky, stále však mal pocit pálenia. Koncom roka 2013 sa začal cítiť lepšie. Postupne mu boli vysadzované antidepresíva a prestali aj problémy s močením. Asi po troch mesiacoch po vysadení liekov sa mu začali znovu objavovať myšlienky na smrť, zase mu to blúdilo hlavou. Spočiatku si s tým vedel poradiť, povedal si, že je to blbosť. Posledný týždeň už nevládal vstať z postele, je bez energie, rozrušený, bezradný. Pociťuje úzkosť, napätie, najhoršie je to ráno. Je to na dennom poriadku, stratil chuť do jedla, schudol 5 kg. Má obavy zo všetkého. Pred troma dňami stretol na ulici človeka, videl ho potom v predstave ako mŕtveho. Má také myšlienky, akoby sa bál, aby sa v noci nezobudil a neurobil niečo zlé, neublížil rodine. Aj samovražedné myšlienky mu stále behajú po rozume. Radšej už ani nešiel k oknu, lebo sa bál, aby sa niečo nestalo. Aktuálne také myšlienky nemá. Keď sa má čím zaoberať, tak mu to ani nenapadne. No už nevládze tento stav preklenúť, nič ho nebaví, neteší, je bez nálady."

Objektívne psychiatricky:

Pacient prichádza na vyšetrenie na zavolanie, ochotne, oblečený v čistom, upravený, spoločenské formality dodržiava. Na výzvu sa posadí, tenzný, kontakt však dobrý, na otázky odpovedá bez výraznejšej latencie, plne informatívne. Dominuje depresívny syndróm ťažkého stupňa, plne nozognostický. Vstup dobrovoľný, zmysel pobytu chápe.

Psychiatrická symptomatika:

Vedomie lucidné, orientovaný kompletne správne. Psychomotorické tempo instabilné. Kontakt dobrý, odpovede adekvátne. Nálada depresívna, neodkloniteľná, afektivita imponuje labilne, zvýšená hladina intrapsychickej tenzie. Myslenie koherentné, obavné obsahy až bludnej hĺbky, anamn. suicidálne myšlienky, bez tendencie k realizácii, aktuálne neguje. Vnímanie intaktné. V konaní hypobúlia, strata energie, hypoaktivita, ranné pesimá, hyporexia s úbytkom na váhe, hypohedónia, somatizácie. IMF orientačne zodpovedajú veku a vzdelaniu. Osobnosť depresívne dekompenzovaná.

Somatické vyšetrenie:

Poloha aktívna, habitus normostenický, výživa primeraná. Koža a skléry anikterické. Kardiopulmonálne kompenzovaný. Brucho voľné priehmatné, nebolestivé. DK bez edémov a varixov. Neurologický nález orientačne v norme.

Pomocné vyšetrenie:

EKG: akcia pravidelná, SR, fr.71/min., normotyp, ST v izoč., T vlny ploché až s negativizáciou v III a aVF, iRBBB., RTG pľúc negat.

Laboratórny nález v norme.

Psychopatologický rozbor:

45-ročný pacient, vysokoškolsky vzdelaný, vo výsluhovom dôchodku, ženatý, dve dospelé deti, manželstvo harmonické, žijú v spoločnej domácnosti, so záťažou alkoholizmu v rodine. Pacient po prvýkrát prijatý do našej nemocnice na základe telefonátu ambulantnej psychiatričky, ktorá avizovala presuicidálny syndróm. V klinickom obraze dominuje depresívny syndróm s rannými pesimami, neodkloniteľnou depresívnou náladou, zvýšenou intrapsychickou tenziou, so suicidálnymi myšlienkami, obavnými obsahmi až bludnej hĺbky, hypobúliou, hypohedóniou a hyporexiou. Na základe klinického obrazu stav hodnotíme ako epizódu ťažkej depresie s psychotickými príznakmi.

Priebeh hospitalizácie:

V klinickom obraze pacienta v úvode dominoval depresívny syndróm ťažkého stupňa. Po nastavení na farmakoterapiu – dosulepín v kombinácii s alprazolamom a risperidónom – došlo k prejasneniu nálady, redukcii tenzie, anxiety, bol bez psychotickej floridity, bez suicidálnych myšlienok. Popri farmakoterapii sa spočiatku zúčastňoval nenáročnej ergoterapie a na vlastnú žiadosť individuálnej terapie s využitím KBT prístupu.

Záznam individuálnej psychoterapie:

1. sedenie

1. KBT skríningový rozhovor

Predisponujúce faktory: Pacient vyrastal ako jedináčik v rodine agresívneho alkoholika. Otec brachiálnu agresivitu smeroval hlavne voči matke, ale bitý bol i on. Detstvo hodnotí ako dobré, dokonca „šťastné“, i keď na vonkajšie prejavy lásky od rodičov si nepamätá a na nič okrem alkoholu nemali nikdy peniaze. Na prvý bicykel musel brigádovať a polovičku sumy mu doložila stará matka, s ktorou mal blízky vzťah. Od desiatich rokov musel chodiť otcovi po pivo. Doteraz si vybavuje pocit hanby, keď niesol štrngajúce pivové fľaše v taške, no hnevá sa skôr na predavačku, ktorá mu alkohol predávala, ako na otca, lebo ten bol závislý. Otec zomrel na cirhózu pečene, keď mal pa-

cient 21 rokov. V tom období už bol ženatý a mal malého syna. Neskôr začala piť i matka s druhom, ktorá už tiež zomrela. Ženil sa mladý, manželka bola tehotná, no manželstvo majú harmonické, majú dve dospelé deti. 25 rokov pracoval v policajnej službe, aj keď vlastne nevie, prečo sa pre túto prácu rozhodol, odjakživa však mal radosť, keď mohol pomôcť ľuďom. V práci ten pocit však nemal, žil v rozpore s nariadeniami, ktoré dostával a musel delegovať na podriadených. Kariérne stúpal, no práca ho neuspokojovala, 2 roky mal problematického podriadeného, začali mu zdravotné ťažkosti a v máji r. 2013 odišiel do výsluhového dôchodku.

Kontext problému: Od decembra 2012 nameraný vysoký krvný tlak, búšenie srdca, tŕpnutie končatín, EKG zmeny, vertigo, hospitalizovaný na internom oddelení. Začal sa báť, že je smrteľne chorý. Bol komplexne vyšetrený, výsledky vyšetrení boli negatívne, neurológ mu predpísal alprazolam. Začal sa ambulantne psychiatricky liečiť, mal suicidálne myšlienky a pociťoval silnú úzkosť. Následne sa obesila suseda, ktorá pila. Začal spochybňovať svoje duševné zdravie, prichádzali myšlienky, že je tiež chorý a môže ublížiť rodine. Po odchode do výsluhového dôchodku sa mu uľavilo, zmenil ambulantného psychiatra a na liečbe bol stabilizovaný do marca 2014, keď sa opäť objavili suicidálne myšlienky, pocity beznádeje, celková slabosť, úzkosť. Dcéra mala v tom období pol roka násilníckeho priateľa, po dohováraní sa s ním nakoniec rozišla. Trýznia ho myšlienky, že by mohol ublížiť rodine, i keď agresívne sklony nikdy nemal. Po nástupe na hospitalizáciu k nám sa mu uľavilo.

2. Beckov dotazník depresie – 11 bodov (mierna depresia)
3. Edukácia o KBT prístupe a bludnom kruhu problémov
4. Domáca úloha: záznam myšlienok

2. sedenie

1. Prebratie domácej úlohy, kognitívna analýza:

ANM: **„Som psychicky chorý a môžem druhým alebo sebe ublížiť. Do konca života budem niekde zavretý."** – verí jej na 60 %

Emócie: strach, úzkosť – 70 %

2. Kognitívna reštrukturalizácia, vytvorenie alternatívnej myšlienky:

„Je síce pravda, že trpím depresiou, ale nikdy som nemal násilnícke a agresívne sklony, nikomu som doteraz neublížil. Sú to len myšlienky, ktoré ako prídu, tak odídu." – verí tomu na 80–90 %

Po vytvorení vyváženejšej myšlienky pokles úzkosti zo 70 % na 10–20 %.

3. Cvičenia na nácvik bránicového dýchania, riadené dýchanie.
4. Domáca úloha: pokračovanie v zaznamenávaní myšlienok.

3. sedenie

1. Formulácia problému: 1. „Mám problém s depresívnymi myšlienkami, chorobne smutnou náladou a pocitmi strachu a úzkosti, pre ktoré som sa prestal tešiť z aktivít, ktoré som mal rád a bezproblémovo ich zvládal."
2. Stanovenie cieľov: 1. „Chcem sa naučiť pracovať s nepríjemnými myšlienkami tak, aby vo mne nevyvolávali silné úzkostné pocity, strach a napätie, aby mi nepríjemné myšlienky neostali visieť v hlave a dokázal som ich nahradiť vyváženejšími myšlienkami."
   2. „Chcem pociťovať radosť z bežných činností."
3. Jacobsonova progresívna svalová relaxácia – nácvik.
4. Naplánované zaradenie pacienta do skupinovej psychoterapie depresií od nasledujúceho týždňa.
5. Dohodnuté ďalšie sedenia, v ktorých mal pacient záujem pokračovať popri skupinovej terapii.

4. sedenie

1. Pacient nepriniesol novú automatickú negatívnu myšlienku.

2. Zber ranej spomienky: Pacient si vybavil intenzívnu negatívnu emóciu – úzkosť, ktorú pociťoval pred hospitalizáciou. Po zaplavení touto emóciou sa po časovej línii vrátil do veku, keď mal 8 rokov (skoršiu spomienku si nevybavil) a objavila sa mu spomienka na hádku medzi rodičmi. Otec bol opitý a vyhrážal sa samovraždou liekmi. Vzápätí odišiel do hory, matka ho nezastavila. Cítil veľký strach o otca, chcel otca zachrániť, zároveň sa hneval na mamu, že situáciu nerieši. Bežal za otcom a našiel ho sedieť v hore medzi fľašami alkoholu a liekmi. Nakoniec ho presvedčil, aby s ním šiel domov. Potom zašiel po starú matku, ktorá privolala sanitku, a otca hospitalizovali na psychiatrii.

Emócie: strach, obavy, hnev, hanba

Myšlienky: **„Som len dieťa, tak prečo ma vystavujú takému silnému tlaku a strachu? Prečo to mám riešiť ja? Chcem, aby sme žili dobre a aby som nemusel počúvať stále hádky."**

Nadpis spomienky: Maloleté dieťa zachraňovalo život rodiča.

Fotografia: Tvár dieťaťa – jeho detská tvár s vystrašeným výrazom.

3. Reskripcia spomienky: Mama ide za otcom, vyriešia si to rodičia medzi sebou bez neho.

4. Vzorce správania, ktoré si odniesol do života, kompenzačné stratégie: **„Musím byť iný ako môj otec, musím sa postarať o rodinu, o deti, nikdy nedopustiť, aby deti kvôli mne trpeli.“**

5. sedenie

1. Zhodnotenie priepustky do domáceho prostredia: Ešte pred priepustkou cítil mierne zhoršenie nálady, mal obavy, že sa mu naspäť vracia choroba. Cez víkend písal svoj životopis, ktorý bude čítať v skupine. Doma bol stále s rodinou, naspäť na hospitalizáciu sa mu ťažko vracalo.

2. Aktuálny psychický stav: Cíti sa smutnejší, začala ho bolieť hlava, je po náročnom životopise spolupacienta. Objavili sa mu obavy, doslova vnucujúce sa myšlienky, ktoré mu spôsobujú úzkosť. Bojí sa, aby niekomu neublížil. Obavy spustil životopis spolupacienta, ktorý zaškrtil v stave nepríčetnosti svoju manželku – schizofreničku. Mierne sa mu uľavilo, keď si u pacienta overil ďalšie informácie, ktoré sa nezhodovali s jeho problémami (spolupacient nikdy nemal vtieravé myšlienky, aby ublížil manželke).

3. Identifikované obsedantné myšlienky s agresívnym obsahom. Prebraté rozdiely medzi obsesiou a správaním, konaním.

4. Edukácia o kognitívnych omyloch. Pripisovanie extrémne veľkej sily myšlienke.

5. Analýza modifikujúcich faktorov:

horšie (zhoršujúce náladu): samota, nuda, nečinnosť, odchod z domu

lepšie: rozhovor s druhými, aktivita, rodina, prechádzka

6. sedenie

1. Prebraté aktuality: Pacient uvádza zhoršenie stavu, depresie, obavy, znovuobjavenie vtieravých myšlienok po poklese nálady, hlavne pri pohľade na nôž.

2. Zoznam situácií a hladina úzkosti:

1. Používanie noža pri krájaní ..... 30 %

2. Nôž položený voľne vedľa seba na stole ..... 60 %

Obsedantné myšlienky sú u pacienta sekundárnym príznakom v rámci depresívnej poruchy, pacient edukovaný o potrebe primárnej liečby depresie.

3. Práca s automatickými negatívnymi myšlienkami: „Nezaberajú mi lieky." „Nikdy to nebude lepšie?" „Bojím sa, že deti vo mne stratia oporu." „Bojím sa, aby deti nemali so mnou starosť."

4. Dôsledky a funkčná analýza: Vďaka depresii spravil zásadný krok a odhodlal sa odísť z frustrujúceho zamestnania po 25 rokoch. Vo vzťahu s manželkou je viac otvorený, hovorí jej o svojich pocitoch, zdôveruje sa jej aj o svojich obavách a nepríjemných, vtieravých myšlienkach. Manželka ho podporuje, berie naňho „ohľad", keď sa necíti dobre. Má podporu a pozornosť rodiny i priateľov.

7. sedenie

1. Práca s automatickou myšlienkou, ktorú pacient priniesol: **„Budem na obtiaž. Budem ako otec, letargický, na posteli." – verí jej na 70 %**

Emócia: smútok 100 %

Argumenty svedčiace pre ANM: Depresie sa spájajú s nechuťou do života a ťažko depresívni pacienti mávajú problém vstať z postele a vykonávať bežné činnosti.

Argumenty svedčiace proti ANM: Otec bol alkoholik, ktorý sa neliečil, a ja mám depresie. On na sebe nepracoval, neliečil sa zo závislosti, ja sa liečim, užívam lieky, pracujem na sebe, zapájam sa do aktivít, športujem. Doteraz som neostal ležať pasívne v posteli, aj keď som sa necítil dobre. Rodina ma potrebuje.

Vyváženejšia myšlienka: „Aj keď mám strach, že ostanem rodine na obtiaž a budem ako otec – letargický, celý deň v posteli –, takéto myšlienky mávam, keď som depresívny, inokedy mi nenapadajú. Rodina ma stále potrebuje, obracajú sa na mňa s problémami i príjemnými vecami." – **verí myšlienke na 60–70 %, pokles smútku na 30 %**

2. Relaxácia.

Ďalšie individuálne sedenie už nerealizované pre prehĺbenie depresívnej poruchy, rovnako ukončená aj skupinová terapia. Pre relaps depresívnej symptomatiky potrebná úprava terapie – venlafaxín v kombinácii s mirtazapínom a olanzapínom a pre nedostatočný efekt nutná aj aplikácia série ECT. Až po komplexnej biologickej liečbe došlo k prejasneniu ladenia, odzneli depresívne myšlienky aj agresívne obsesie. Po stabilizácii stavu bol pacient prepustený do ambulantnej starostlivosti.

Odporučenie:

Pravidelné kontroly u ambulantného psychiatra s pokračovaním užívania nastavenej farmakoterapie. Dlhodobé individuálne psychoterapeutické vedenie.

Rozbor:

Táto kazuistika popisuje prácu celého terapeutického tímu v liečbe pacienta s ťažkou depresívnou epizódou so psychotickými príznakmi a s agresívnymi obsedantnými myšlienkami. Pacient bol po úvodnom prejasnení nálady a eliminácii depresívnych obsahov v terapii zaangažovaný a aktívny, veľmi zodpovedne pristupoval k všetkým zadaným úlohám, študoval odbornú literatúru a úspešne pracoval so svojimi myšlienkami. Na sedenia chodil pripravený a mal kvalitný náhľad na racionálnej úrovni. Problematickou bola u pacienta emocionálna rovina s potlačením hlavne negatívnych emócií. Disharmonické detstvo v rodine s otcom alkoholikom, s nedostatočne sýtenými potrebami, s absentujúcimi prejavmi lásky, prijatia a bezpečia, „poznačili" pacienta v jeho ďalšom sociálnom a partnerskom živote. Ženil sa v mladom veku a rodina je preňho prioritná, cíti za ňu zodpovednosť, ale nevie navonok prejaviť city. V detstve prestal plakať, problémy riešil racionálne. Zotrvával 25 rokov vo frustrujúcom zamestnaní, aby zabezpečil rodinu, a len „choroba mu pomohla" urobiť rozhodnutie zo zamestnania odísť. Nedokáže navonok prejaviť hnev, ani keď dcéru týra jej priateľ, a namiesto toho hľadá chybu v sebe a vyčíta si to. Agresívne obsedantné myšlienky boli preňho značne znepokojujúce, začal pochybovať o sebe, o svojom duševnom zdraví. Mal pocit zlyhania, straty roly v rodine, ktorou je byť oporou pre deti a manželku.

Napriek farmakoterapii a psychoterapii bola liečba nedostatočne efektívna a nakoniec sme museli pristúpiť k elektrokonvulzívnej liečbe, po ktorej sa stav pacienta stabilizoval a mohol byť prepustený do ambulantnej liečby. V kazuistike poukazujeme na nepriaznivý priebeh depresívnej poruchy u pacienta s nutnosťou komplexného prístupu v jeho liečbe.

20. ZÁVER

V našej práci sme sa zamerali na podanie komplexnejšieho pohľadu na obsedantno-kompulzívnu poruchu, ktorá má vysoké zastúpenie v populácii s celoživotnou prevalenciou 1,9–2,5 % (*Weissmann et al., 1994*) a ktorá sa posledné dve desaťročia hlavne vďaka rozvoju zobrazovacích metód a farmakoterapii stala reprezentantom nového modelu neuropsychiatrickej poruchy (*Robertson, Yakeley, 1996*).

V práci sme sa pokúsili o stručný popis historických aspektov poruchy, prehľad rôznych hypotéz etiopatogenézy, od najstarších psychoanalytických teórií až po biologické faktory a neurozobrazovacie nálezy.

Pre variabilitu klinických obrazov obsedantno-kompulzívnych pacientov s rôznymi druhmi obsesií a/alebo kompulzií sme uviedli ich základný prehľad a rozdelenie na štyri základné klinické typy podľa de Silvu a Rachmana (*1998*).

Vzhľadom na to, že diagnostika býva u týchto pacientov oneskorená, priemerne ide o 7–15-ročný časový interval od nástupu ochorenia po začatie adekvátnej liečby (*Praško a kol., 2008*), časť práce sme venovali práve diagnostike a diferenciálnej diagnostike poruchy.

Dôležitou časťou našej práce je terapia poruchy, ktorá býva náročná, dlhodobá a niekedy až celoživotná (*Kaplan, Hollander, 2003*). Optimálna terapia by mala okrem eliminácie symptómov zlepšovať kvalitu života vrátane funkčnosti, keďže ide o chronickú a hendikepujúcu poruchu, zasahujúcu do všetkých oblastí života pacienta. V porovnaní s terapiou depresie sú pri obsedantno-kompulzívnej poruche potrebné vyššie dávky antidepresív a ich dlhšia doba podávania. Štandardné terapeutické postupy odporúčajú pre väčšinu pacientov s OCD kombináciu farmakoterapie (SSRI/klomipramín) a kognitívno-behaviorálnej terapie (*Greist et al., 2003*; *Simpson et al., 1999*).

V rámci kognitívno-behaviorálnej terapie sme sa zamerali hlavne na liečbu pacientov s kompulzívnym konaním s aplikáciou edukácie, expozície so zábranou rituálom a kognitívnej reštrukturalizácie, ktoré sa najviac osvedčili a ich efektivita bola potvrdená štúdiami. Výrazným obohatením pre kognitívno-behaviorálnu terapiu sú techniky „Mindfulness“, teda plnohodnotného uvedomovania, pri ktorých sa pacient učí stať sa nezávislým pozorovateľom svojich nepríjemných myšlienok a pocitov bez ich hodnotenia, a touto cestou dochádza

k úľave od duševného utrpenia, ktoré vtieravé myšlienky a pocity prinášajú. V liečbe pacientov so skrytými kompulziami a obsesiami sme priblížili niektoré techniky kognitívno-behaviorálnej terapie, akými sú „stop-technika", odvedenie pozornosti, stanovenie času, expozícia obsesiám a podobne.

Pri liečbe pacientov s obsedantno-kompulzívnou poruchou sa stretávame s množstvom problémov a pre niektorých pacientov sú požiadavky kognitívno-behaviorálneho programu neprijateľné, preto treba ku každému pacientovi pristupovať individuálne s voľbou terapeutického prístupu. Potreba pocitu bezpečia je časťou problematiky obsedantno-kompulzívnej poruchy. Okrem redukcie príznakov treba myslieť v terapii aj na prevenciu relapsov a riešenie ďalších problémových oblastí.

Úskalia terapie pacientov sme ilustrovali na dvoch kazuistikách v záverečnej časti práce. V prvej kazuistike ide o predčasne ukončenú ambulantnú terapiu ženy s prevahou obsedantných myšlienok a vyhýbaním sa šoférovaniu a druhá popisuje pacienta s nepriaznivým priebehom depresívnej poruchy so sekundárnymi agresívnymi obsesiami, kde bola prioritne nutná liečba depresie.

Pevne veríme, že napriek všetkým problémom, ktoré sa v terapii obsedantno-kompulzívnych pacientov vyskytujú, najdôležitejší je skutočný záujem o pacienta, hlavne ako o človeka, ktorý potrebuje pomoc z bludného kruhu život narúšajúcich obsesií a kompulzií, vytvorenie dobrého terapeutického vzťahu a bezpečnej, akceptujúcej atmosféry s citlivým a empatickým prístupom. Dúfame, že naša práca bude svojím obsahom prínosná aj pre ostatných kolegov, ktorí s touto poruchou doposiaľ neprichádzali do bližšieho kontaktu.

21. POUŽITÁ LITERATÚRA

1. ALLEN, A. J. – LEONARD, H. – SWEDO, S. E. 1995. Case study: A new infection-triggered, autoimmune subtype of pediatric OCD and Tourette's syndrome. In *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, ISSN 0890-8567, 1995, roč. 34, č. 3, s. 307–311.
2. ALSOBROOK, J. P., PAULS, D. L. 1998. The genetics of obsessive-compulsive disorder. In Jenike, M. A, Baer, L., Minichiello, W. E., eds., *Obsessive-compulsive Disorders: Theory and Management: A Guide for Clinicians, Patients and Families.* Third ed. Littleton, MA: Year Book Medical Publishers, Inc., 1998. 886 s, s. 276–288. ISBN 978-0815138402.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM IV.* Washington, DC: American Psychiatric Press Inc, 1994. 886 s. ISBN-13: 978-0890420621.
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, *5th Edition: DSM-5,* American Psychiatric Publishing, 2013. 991 s. ISBN 978-0890425558.
5. ATMACA, M. et al. 2002. Quetiapine augmentation in patients with treatment resistant obsessive-compulsive disorder: a single blind, placebo controlled study. In *International Clinical Psychopharmacology*, ISSN 0268-1315, 2002, roč. 17, č. 3, s. 115–119.
6. BECK, A.T. 1991. *Cognitive therapy and the emotional disorders.* London: Penquin Books, 1991. 356 s. ISBN 10: 0140156895.
7. BOGETTO, F. et al. 2000. Olanzapine augmentation of fluvoxamine- refractory obsessive-compulsive disorder (OCD): A 12-week open trial. In *Psychiatry Research*, ISSN 0165-1781, 2000, roč. 96, č. 2, s. 91–98.
8. BRODY, A.L. et al. 1998. FDG-PET predictors of response to behavioral therapy and pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. In *Psychiatry Research,* ISSN 0165-1781, 1998, roč. 84, č.1, s. 1–6.
9. COOPER, J. 1970. The Leyton obsessional inventory. In *Psychological Medicine*, ISSN 0033-2917, 1970, roč. 1, č. 1, s. 48–64.
10. COSOFF, S., HAFNER, J. R. 1998. The prevalence of comorbid anxiety in schizophrenia, schizoaffective disorder, and bipolar disorder. In *Australian and New Zealand Journal Psychiatry*, ISSN 0004-8674, 1998, roč. 32, č.1, s. 67–72.
11. ČERNÁK, P. a kol. 2009. *Križovatky psychoterapie a neurovied: Nové trendy v neurovedách.* Trenčín: Vydavateľstvo F, 2009. 74 s. ISBN 978-80-88952-60-2.
12. DE SILVA, P., RACHMAN, S. 1998. *Obsessive-Compulsive Disorder: The Facts.* 2end edition. New York: Oxford University Press, 1998. 141 s. ISBN 0-19-262860-7.
13. EISEN, J. L – GOODMAN, W. K. – KELLER, M. B. et al. 1999. Patterns of remission and relapse in obsessive-compulsive disorder: a two year prospective study. In *Journal of Clinical Psychiatry*, ISSN 0160-6689, 1999, r. 60, č. 5, s. 346–351.
14. ETKIN, A. et al. 2005. Toward and neurobiology of psychotherapy basic science and clinical applications. In *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, ISSN 0895-0172, 2005, roč.17, č. 2, s. 145–158.
15. FALLON, B.A. et al. 1998. Intravenous clomipramine for obsessive-compulsive disorder refractory to oral clomipramine: A placebo-controlled study. In *Archives of General Psychiatry,* ISSN 0003-990X, 1998, roč. 55, č. 10, s. 918–924.
16. FREUD, S. 1993. Three case histories. With an Introduction Rieff. New York: Macmillan Publishing, 1993. 282 s. ISBN 978-0020509882.
17. FROST, R., STEKETEE, R. 1998. Hoarding: Clinical aspects and treatment strategies. In Jenike, M. A., Baer, L., Minichiello, V., *Obsessive-Compulsive Disorders: Practical Management*, Third Edition. St. Luis, MO: Mosby Yearbook Medical, 1998. s. 533–554. ISBN 0815138407.
18. GOODMAN, W. K. et al. 1989a. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use and reliability. In *Archives of General Psychiatry*, ISSN 0003-990X, 1989, roč. 46, č. 11, s. 1006–1111.
19. GOODMAN, W. K. et al. 1989b. Efficacy of fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder. A double-blind comparison with placebo. In *Archives of General Psychiatry*, ISSN 0003-990X, 1989, roč. 46, č. 1, s. 36–44.
20. GOODMAN, W. K. et al. 1997. Fluvoxamine in the treatment of obsessive-compulsive disorder and related conditions. In *Journal of Clinical Psychiatry*, ISSN 0160-6689, 1997, roč. 58, Suppl. 5, s. 32–49.

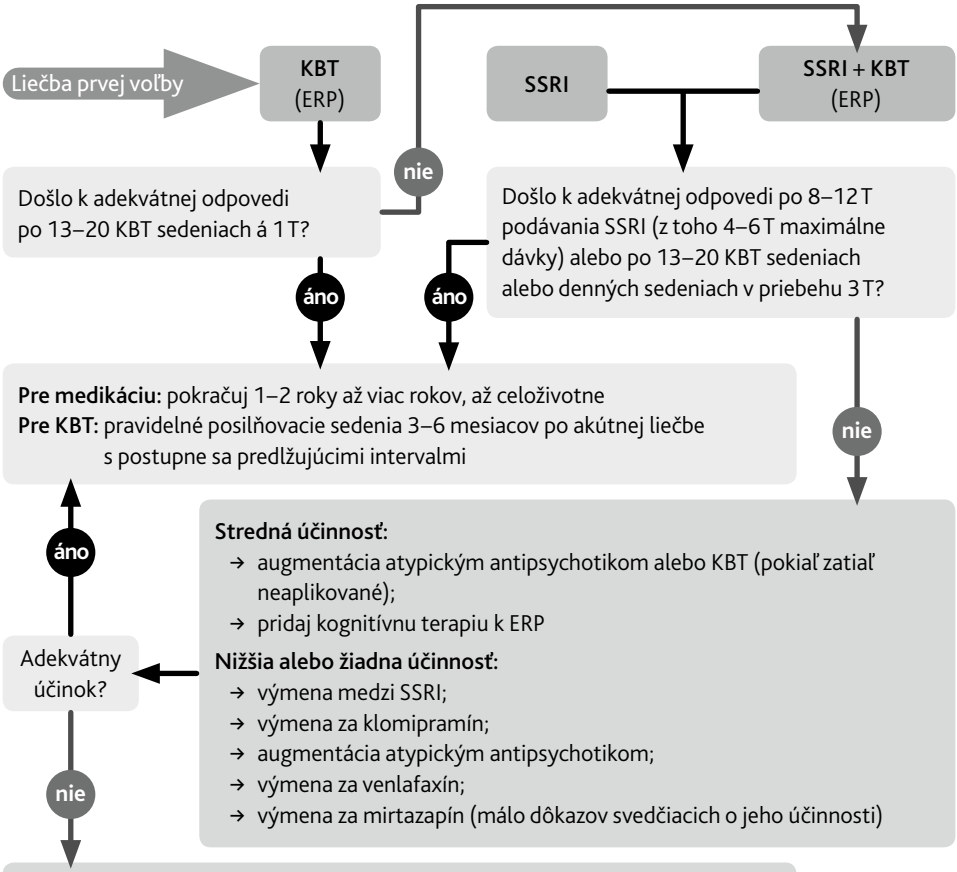
21. GREIST, J. H. et al. 2003. World Council on Anxiety WCA recommendations for the long-term treatment of obsessive-compulsive disorder in adults. In *CNS Spectrums*, ISSN 1092-8529, 2003, roč. 8, Suppl. 1, s. 7–16.
22. HOLLANDER, E. 1993. Obsessive-compulsive spectrum disorders: an overview. In *Psychiatric Annals,* ISSN 0048-5713, 1993, roč. 23, č. 7, s. 355–358.
23. HOLLANDER, E. et al. 2002. Refractory obsessive-compulsive disorder: state-of-the-art treatment. In *Journal of Clinical Psychiatry*, ISSN 0160-6689, 2002, roč. 63, Suppl. 6, s. 20–29.
24. HOLLANDER, E., WONG, C. M. 1995. Introduction: obsessive-compulsive spectrum disorders. In *Journal of Clinical Psychiatry*, ISSN 0160-6689, 1995, roč. 56, Suppl. 4, s. 3–6.
25. HÖSCHL, C. – LIBIGER, J. – ŠVESTKA, J. 2004. *Psychiatrie.* 2. vyd. Praha: Tigis, 2004. 883 s. ISBN 80-900130-7-4.
26. JENIKE, M. A. 1998. Neurosurgical treatment of obsessive-compulsive disorder. In *British Journal of Psychiatry,* ISSN 0007-1250, 1998, roč. 173, Suppl. 35, s.79–90.
27. JOHANNES, S. et al. 2003. Tourette syndrome and obsessive-compulsive disorder: Event-related brain potentials show similar mechanisms of frontal inhibition but dissimilar target evaluation processes. In *Behavioural Neurology,* ISSN 0953-4180, 2003, roč. 14, č.1–2, s. 9–17.
28. KAPLAN, A., HOLLANDER, E. 2003. A review of pharmacologic treatments for obsessive-compulsive disorder. In *Psychiatric Services*, ISSN 1075-2730, 2003, roč. 54, č. 8, s. 1111–1118.
29. KORAN, L. M. et al. 2007. *Practice Guidline for the Tretament of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder.* [online]. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2007. 96 s. [cit.2014.10.30] Dostupné na internete: <http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/ocd.pdf>
30. KORAN, L. M. – SALLE, F. R. – PALLANTI, S. 1997. Rapid benefit of intravenous pulse loading of clomipramine in obsessive-compulsive disorder. In *American Journal of Psychiatry*, ISSN 0002-953X, 1997, roč. 154, č.3, s. 396–401.
31. KOSOVÁ, J., PRAŠKO, J. 2004. Obsedantně-kompulzivní porucha. In Höschl, C., Libiger, J., Švestka, *Psychiatrie.* 2. vyd. Praha: Tigis, 2004. 883 s., s. 506–513. ISBN 80-900130-7-4.
32. KRATOCHVÍL, S. 2012. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2012. 403 s. ISBN 978-80-262-0302-5.
33. LANGER, E. 1990. *Mindfulness.* Cambridge, MA: Da Capo Press, 1990. 256 s. ISBN 0201523418.
34. MARKS, I. 1997. Behavior therapy for obsessive-compulsive disorder: a decade of progress. In *Canadian Journal of Psychiatry*, ISSN 0706-7437, 1997, roč. 42, č. 10, s. 1021–1027.
35. MARKS, I. 1987. *Fears, phobias and rituals.* New York: Oxford University Press, 1987. 704 s. ISBN 0-19-503927-0.
36. MARKS, I. et al. 1980. Clomipramine and exposure for obsessive-compulsive rituals. In *British Journal of Psychiatry*, ISSN 0007-1250, 1980, roč. 136, č. 1, s.1–25.
37. McDOUGLE, C. J. et al. 2000. Double blind, placebo controlled study of risperidone addition in serotonin reuptake inhibitor- refractory obsessive-compulsive disorder. In *Archives of General Psychiatry*, ISSN 0003-990X, 2000, roč. 57, č. 8, s.794–801.
38. Mezinárodní klasifikace duševních nemocí, 10. revize. 1992. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka (přeloženo z anglického originálu) Praha: Psychiatrické centrum, 1992. 282 s. ISBN 80-85121-37-9.
39. MOHR, N. et al. 2002. Quetiapine augmentation of serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder. In *International Clinical Psychopharmacology*, ISSN 0268-1315, 2002, roč. 17, č.1, s. 37–40.
40. MOŤOVSKÝ, B. 2008. Obsedantno-kompulzívna porucha. In *Ambulantná terapia*, ISSN 1336-6750, 2008, roč. 6, č. 3, s. 152–157.
41. MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J. 1999. *Kognitivně behaviorálni terapie: Úvod do teorie a praxe.* Praha: Triton, 1999, 304 s. ISBN 80-7254-038-6.
42. NORDSTROM, E. J., BURTON, F. H. 2002. A transgenic model of comorbid Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder circuitry. In *Molecular Psychiatry*, ISSN 1359-4184, 2002, roč. 7, č. 6, s. 617–625.
43. PADESKY, C., GREENBERGER, D. 2003. *Na emoce s rozumem.* Praha: Portál, 2003. 198 s. ISBN 80-7178-742-6.
44. PATO, M.T. et al. 1991. Controlled comparison of buspirone and clomipramine in obsessive-compulsive disorder. In *American Journal of Psychiatry*, ISSN 0002-953X, 1991, roč. 148, č. 1, s. 127–129.

45. PATO, M. T. – ZOHAR-KADOUCH, R. C. – ZOHAR, J. – MURPHY, D. L. 1988. Return of symptoms after discontinuation of clomipramine in patients with obsessive-compulsive disorder. In *American Journal of Psychiatry,* ISSN 0002-953X, 1988, roč. 145, č.12, s.1521–1525.
46. PÁLOVÁ, E. 2008. Liečba obsedantno-kompulzívnej poruchy, In *Psychiatra pre prax*, ISSN 1335-9584, 2008, roč. 9, č.3, s. 112–116 .
47. PEČEŇÁK, J. 2014. *Klasifikácia v psychiatrii.* Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava, 2014. 61 s. ISBN 978-80-223-3662-8.
48. PEDRICK, Ch., HYMAN, B. 2010. *The OCD workbook, Third edition. Your Guide to Breaking Free from OCD.* Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc., 2010. 352 s. ISBN 978-1-57224-921-9.
49. PERLMUTTER, S. J. et al. 1999. Therapeutic plasma exchange and intravenous immunoglobulin for obsessive-impulsive disorder and tic disorders in childhood. In *Lancet,* ISSN 0140-6736, 1999, roč. 354, č. 9185, s. 1153–1158.
50. PERSE, T. 1988. Obsessive-compulsive disorder: A treatment review. In *Journal of Clinical Psychiatry*, ISSN 0160-6689, 1988, roč. 49, č. 2, s. 48–55.
51. PERSE, T. L., GREIST, J. H. et al. 1987. Fluvoxamine treatment of obsessive-compulsive disorder. In *American Journal of Psychiatry*, ISSN 0002-953X, 1987, roč. 144, č. 12, s.1543–1548.
52. PRAŠKO, J. 2005. Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba. Praha: Portál, 2005. 413 s. ISBN 80-7178-997-6.
53. PRAŠKO, J. a kol. 2014. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit.* Praha: Portál, 2014. 120 s. ISBN 978-80-262-0638-5.
54. PRAŠKO, J., KOSOVÁ, J. 1998. *Kognitívno-behaviorálna terapia úzkostných stavov a depresie.* Praha: Triton, 1998. 234 s. ISBN 80-85877-46-2.
55. PRAŠKO, J. – MOŽNÝ, P. – ŠLEPECKÝ, M. a kol. 2007. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch.* Praha: Triton, 2007. 1063 s. ISBN 978-80-7254-865-1.
56. PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. 2008. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak ji zvládat.* Praha: Galén, 2008. 69 s. ISBN 978-80-7262-531-4.
57. PRAŠKO, J. – VYSKOČILOVÁ, J. – PRAŠKOVÁ, J. 2012. Úzkost a obavy: jak je překonat. Praha: Portál, 2012, 226 s. ISBN 978-80-7367-986-6.
58. PRAŠKOVÁ, H. a kol. 1996. *Trpíte nutkavými impulzy, myšlenkami, nebo chováním?* Praha: Lege Artis, 1996. 39 s.
59. RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. a kol. 2001. *Psychiatrie.* Praha: Galén, 2001. 622 s. ISBN 80-7262-140-8.
60. RACHMAN, S. J., HODGSON, R. 1980. *Obsessions and compulsions.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1980. 437s. ISBN-13: 9780136291398.
61. RASMUSSEN, S. A., EISEN, J. L. 1988. Clinical and epidemiologic findings of significance to neuropharmacologic trials in OCD. In *Psychopharmacology Bulletin*, ISSN 0048-5764, 1988, roč. 24, č.3, s. 466–470.
62. RAUCH, S. L. et al. 2001. Cerebral metabolic correlates as potential predictors of response to anterior cingulotomy for obsessive-compulsive disorder. In *Biological Psychiatry*, ISSN 0006-3223, 2001, roč. 50, č.9, s. 659–667.
63. ROBERTSON, M. M., YAKELEY, J. 1996. Gilles de la Tourette's syndrome and Obsessive-Compulsive Disorders. In Fogel, B. S., Schiffer R. B, Rao, S. M, *Neuropsychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996. s. 827–870. ISBN 0-683-03305-0.
64. SALKOVSKIS, P. M. 1989. Obsessions and compulsions. In Scott, J., Williams, J., Beck, A.T., (eds.), *Cognitive therapy: a clinical casebook*. London: Routledge, 1989, s. 50–77. ISBN 0-415-00518-3.
65. SASSON, Y., ZOHAR, J. 1996. New developments in obsessive-compulsive disorder research: implication for clinical management. In *International Clinical Psychopharmacology,* ISSN 0268-1315, 1996, roč.11, Suppl. 5, s. 3–12.
66. SAXENA, S. et al. 2009. Rapid effects of brief intensive cognitive-behavioral therapy on brain glucose metabolism in obsessive-compulsive disorder. In *Molecular Psychiatry*, ISSN 1359-4184, 2009, roč.14, č. 2, s. 197–205.
67. SAXENA, S. et al. 1998. Neuroimaging and frontal-subcortical metabolic circuitry in obsessive-compulsive disorder. In *British Journal of Psychiatry*, ISSN 0007-1250, 1998, r.173, Suppl. 35, s. 26–37.

68. SIMPSON, H. B. – GORFINKLE, K. S. – LIEBOWITZ, M. R. 1999. Cognitive-behavioral therapy as an adjunct to serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder an open label trial. In *Journal of Clinical Psychiatry*, ISSN 0160-6689, 1999, roč. 60, č. 9, s. 584–590.
69. STEIN, D. J, FINEBERG, N. A. 2007. *Obsessive-compulsive disorder*. New York: Oxford University Press, 2007. 154 s. ISBN 978-0-19-920461-8.
70. SWEDO, S. E. et al. 1997. Identification of children with pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections by a marker associated with rheumatic fever. In *American Journal of Psychiatry,* ISSN 0002-953X, 1997, roč. 154, č. 1, s. 110–112.
71. SWEDO, S. E. – LEONARD, H. L. – KIESSLING, L.S. 1994. Speculation on antineuronal antibody-mediated neuropsychiatric disorders of childhood. In *Pediatrics*, ISSN 0031-4005, 1994, roč. 93, č. 2, s. 323–326
72. SWEDO, S. E. – RAPOPORT, J. L. – CHESLOW, D. L. 1989. High prevalence of obsessive-compulsive symptoms in patients with Sydenham's chorea. In *American Journal of Psychiatry*, ISSN 002-953X, 1989, roč. 146, č.2, s. 246–249.
73. SZESZKO, P. R et al. 1999. Orbital frontal and amygdala volume reduction in obsessive-compulsive disorder. In *Archives of General Psychiatry*, ISSN 0003-990X, 1999, roč. 56, č.10, s. 913–919.
74. WEISSMAN, M. M. et al. 1994. The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. In *Journal of Clinical Psychiatry,* ISSN 0160-6689, 1994, roč. 55, Suppl., s. 5–10.
75. YARYURA-TOBIAS, J. A., NEZIROGLU, F. A. 1997. *Obsessive-compulsive disorder spektrum: pathogenesis, diagnosis and treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc., 1997. 321 s. ISBN-10: 0-88048-707-0.
76. YOUNG, J. 1999. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach.* Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, 1999. 83 s. ISBN-13: 978-1568870472.

PRÍLOHA

Príloha č. 1: Algoritmus liečby OCD podľa APA (*Koran et al., 2007*)



Skratky: KBT – kognitívno-behaviorálna terapia, ERP – expozícia so zábranou rituálom, SSRI – inhibítory spätného vychytávania sérotonínu, T – týždeň, IMAO – inhibítory monoaminooxidázy

KAPITOLY MODERNEJ
PSYCHIATRIE

MUDr. Jana Mišurdová
OBSEDANTNO-KOMPULZÍVNA PORUCHA
A KBT PRÍSTUP V LIEČBE

pre Lundbeck Slovensko s.r.o.
vydala Zuzana Číčelová v roku 2016
jazyková korektúra: Veronika Svoradová
design & layout © Zuzana Číčelová
na obálke detail obrazu HORA, 2012 © Viera Palárik Margetová
tlač: Peter Prekop Print Production

vydanie 1.

Lundbeck Slovensko s.r.o.
Pribinova 4
811 09 Bratislava

ISBN 978-80-89434-30-5

ŠPECIALIZAČNÁ PRÁCA 2015

MUDr. Jana Mišurdová
OBSEDANTNO-KOMPULZÍVNA PORUCHA A KBT PRÍSTUP V LIEČBE
špecializačná práca 2015

MUDr. Lenka Jenčová
PORUCHY OSOBNOSTI U PATOLOGICKÝCH HRÁČOV špecializačná práca 2014

MUDr. Zuzana Janíková
VPLYV ARCHITEKTÚRY SPÁNKU NA PAMÄŤ A MOŽNOSTI OVPLYVNENIA ANTIDEPRESÍVAMI špecializačná práca 2014

MUDr. Branislav Moťovský, PhD.
DEPRESÍVNA EPIZÓDA PRI UNIPOLÁRNEJ A BIPOLÁRNEJ DEPRESII dizertačná práca 2014

MUDr. Martina Paulinyová, PhD.
PROGNOSTICKÉ FAKTORY U PACIENTOK S MENTÁLNOU ANOREXIOU
dizertačná práca 2011

MUDr. Peter Janík
ENVIRONMENTÁLNE VPLYVY PRI SCHIZOFRÉNII dizertačná práca 2009

MUDr. Barbora Vašečková
PREDSTIERAVÁ PORUCHA
atestačná práca 2009

MUDr. Michal Turček, PhD.
TABAK A PSYCHICKÉ PORUCHY
atestačná práca 2010

MUDr. Genovéva Almássyová
PORUCHY PRÍJMU POTRAVY – ETIOPATOGENÉZA A PRINCÍPY LIEČBY
atestačná práca 2009

MUDr. Miroslav Grohol
ARTETERAPIA V PSYCHIATRII
atestačná práca 2008

MUDr. Andrea Marsalová
NARCIZMUS A NARCISTICKÁ PORUCHA OSOBNOSTI atestačná práca 2006

MUDr. Ľubomíra Izáková, PhD.
POROVNANIE ÚČINNOSTI A BEZPEČNOSTI MONOTERAPIE A KOMBINOVANEJ FARMAKOTERAPIE SCHIZOAFEKTÍVNEJ PORUCHY (DEPRESÍVNY TYP)
dizertačná práca 2007

MUDr. Marek Zelman
SYMPTOMATICKÉ DEMENCIE
atestačná práca 2005

MUDr. Ľubica Forgáčová, PhD.
VZŤAH PARANOIDNÉHO SYNDRÓMU K OSOVÝM DISPOZÍCIÁM dizertačná práca 2003

Mgr. Anton Heretik, PhD.
PSYCHOEDUKÁCIA V LIEČBE SCHIZOFRÉNIE dizertačná práca 2001

Mgr. Mária Andrášiová, PhD.
ANALÝZA SNOV dizertačná práca 2002

MUDr. František Kuzma
PARAFRÉNIA, HISTÓRIA POJMU A POSTAVENIE V SÚČASNOSTI
atestačná práca 2002

ISBN 978-80-89434-30-5
9 788089 434305

www.progress.im

Lundbeck

Lundbeck Slovensko
Pribinova 4
811 09 Bratislava