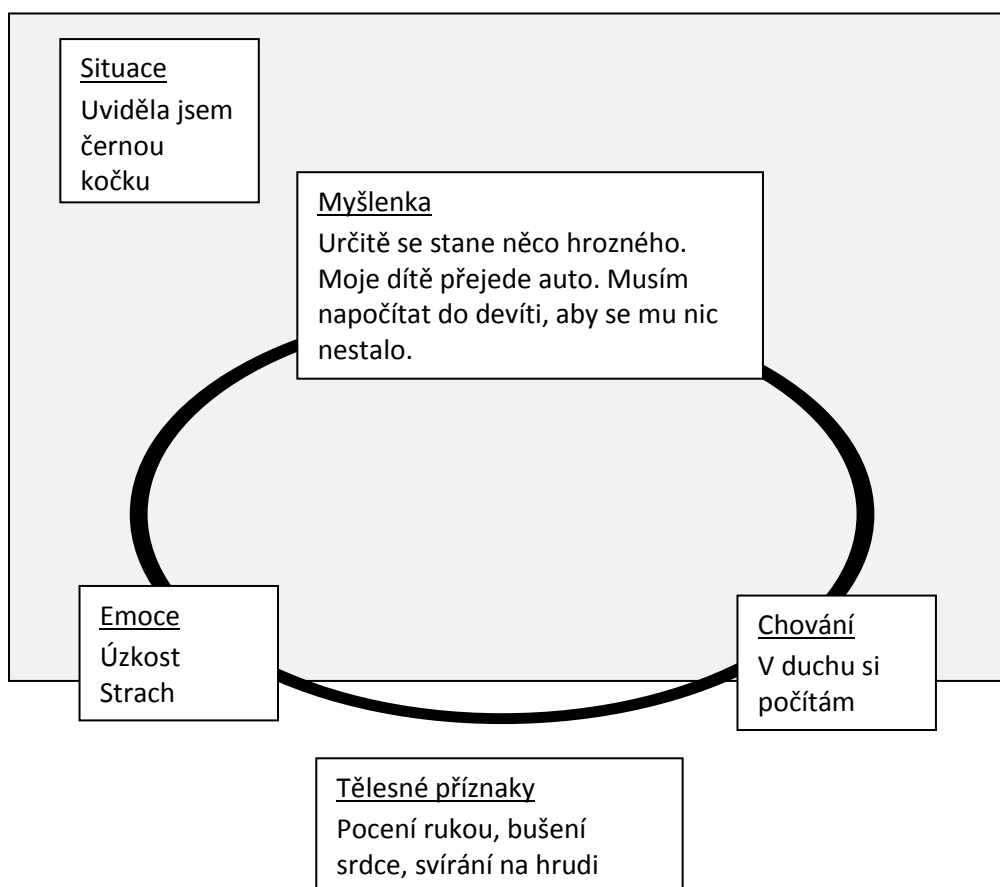


Obsedantně kompulzivní porucha

Autor: Tereza Pfeilerová, **Školitel:** Praško J., prof. MUDr. CSc. Klinika psychiatrie, LF UP v Olomouci

Obsedantně-kompulzivní porucha (OCD) se tradičně řadí do skupiny neurotických poruch. Typickým rysem tohoto onemocnění jsou vtíravé, nechtěné myšlenky nebo nutkavé činy (např. pocity nakažení, kontroly zamčení dveří apod.) (MKN-10, 1996). Pacienti s obsedantně-kompulzivní poruchou si uvědomují nesmyslnost svých myšlenek nebo jednání, ale obvykle nejsou schopni se jim bránit. Pacienti se prováděním rituálů snaží zabránit nějakým velmi nepravděpodobným událostem (např. havárie automobilu, požár, nakažení HIV, apod.). Obsedantně-kompulzivní porucha je provázena úzkostí, která se zvyšuje, pokud není možno provést rituální chování. Po jeho provedení se úzkost na chvíli sníží, bohužel jen do chvíle, než se objeví další vtíravá myšlenka.

Obr. 1 Bludný kruh příznaků obsedantně-kompulzivní poruchy



Obrázek vlastní produkce

Výskyt (incidence, prevalence)

Obsedantně-kompulzivní porucha se řadí mezi relativně častá onemocnění. Udává se, že jím trpí přibližně 2-3 % populace. OCD je také zvláštní věkem počátku nemoci, přibližně u 60 % pacientů se onemocnění objevuje již před 25. rokem života (Perse, 1988).

Etiologie, patogeneze

Etiopatogeneze tohoto onemocnění zůstává stále neznámá. V současné době se předpokládá souhra biologických, psychologických a sociálních faktorů – mluví se o tzv. biopsychosociální modelu. Na rozdíl od dalších úzkostných poruch se zde zdá být velmi silný vliv genetických faktorů, což potvrzují studie dvojčat (Alsobrook et al., 1999).

Hlavní příznaky

Název onemocnění je tvořen spojením dvou slov – obsese a kompulze. Obsesí rozumíme nechtěnou, vtíravou, opakující se myšlenku, představu nebo impulz. Tato se stále vtíravě, navzdory jeho přání, vtírá do mysli pacienta. Slovem kompulze pak označujeme nutkavé, rituální, myšlení, chování nebo činnost, kterou pacient musí udělat. Provedení kompulze je pak spojeno se snížením úzkosti, kterou vyvolala obsese.

OCD může nabývat řady podob. Nejčastěji se setkáváme s pacienty, kteří často umývají sebe nebo předměty, které používají (tzv. „umývači“). Kromě nich se však můžeme setkat i s „kontrolory“, kteří opakovaně kontrolují např. sporák, zamčení bytu, vařečku apod. Nejobtížněji léčitelnou skupinou jsou ovšem tzv. „sběrači/hromadiči“, kteří zavalují svůj byt, popř. jiné prostory, věcmi, které nedokážou vyhodit, protože by je mohli ještě někdy potřebovat.

Mezi základní příznak obsedantně-kompulzivní poruchy patří úzkost. Na rozdíl od jiných úzkostných pacientů, pacienti s OCD nepociťují úzkost permanentně, ale pouze v pro ně specifických situacích (např. kontakt s odpady). V těchto chvílích se u pacientů rozjíždí „bludný kruh“, na jehož začátku stojí vyvolávající situace a na konci rituální chování.

Vyšetření

Pacienti trpící touto nemocí by měli být vyšetřeni psychiatrem. Na rozdíl od klasického „lékařského vyšetření“ je v případě psychiatrického věnováno více pozornosti sociálním a psychologickým faktorům. Zejména se zaměřujeme na dětství pacientů. Jejich výchova byla často zaměřená na

přesnost. Pokud výkon nebyl vykonaný přesně, obvykle následovalo trestání dítěte. Jinou možností je děšení dětí katastrofou (pokud si teď dobře neumyješ ruce, určitě umřeš, apod.). Pacienti časem tyto postoje svých rodičů přijmou za své. Dalším faktorem může být prosté opakování rituálů, které provádějí jejich často také obsedantní rodiče. Při vyšetřování pacienta s OCD by lékař měl klást otázky typu: *Štítíte se nákazy? Myjete si často ruce, třeba i několikrát za sebou? Musíte se soustředit na symetrii, např. předmětů, které máte položené na stole? Věříte na šťastná a nešťastná čísla? apod.*

Pro hodnocení tíže symptomatiky lze použít dotazník Y-BOCS. Tento dotazník je složen ze dvou částí. V první části pacient píše seznam svých obsesí a kompulzí. A v další části poté hodnotí jejich častost, frekvenci, zasahování do denních aktivit, míru zasahování do života apod.

Léčba

Pro léčbu OCD je možno použít řadu jak psychoterapeutických, tak farmakologických přístupů. V současné době jsou nejvíce užívány látky ze skupiny SSRI (inhibitory selektivního vychytávání serotoninu), které jsou někdy doplňovány o látky ze skupiny antipsychotik popř. anxiolytik (látek tlumících úzkost). Z psychoterapeutických přístupů je pro léčbu OCD nejčastěji používaná kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Tato pracuje s pacienty na dvou úrovních. Jednak na úrovni myšlenkové, kdy učí pacienty zpochybňovat své obsedantní myšlenky a „zahánět“ je. A za druhé učí pacienty se svým obavným situacím vystavovat a zvládat je (např. mají za úkol sáhnout na špinavý předmět, např. popelnice, a vydržet se okamžitě neumýt). Důležité je postupně zvyšovat obtížnost jednotlivých úkolů a zároveň naučit pacienty se za své úspěchy oceňovat. Nedílnou součástí léčby OCD je i práce s plánováním času. Neboť pacienti často tráví tolik času rituály, že když je přestanou provádět, najednou neví, jak svůj volný čas vyplnit.

Komplikace

U pacientů trpících OCD se často objevuje sebevražedné jednání, může postihovat až 59 % pacientů (Kamath et al. 2007). Onemocnění totiž často postupně progreduje (zhoršuje se) a chronifikuje (stává se vleklým). Pro pacienty se pak život stává takovým utrpením, že páchají sebevraždu.

Praktické rady pro pacienta

Některé z příznaků OCD, např. častá kontrola auta, trápí i běžnou populaci. Odborníka je však potřeba navštívit v případě, kdy provádění rituálů nebo čas strávený obsedantními myšlenkami jsou natolik závažné a časově náročné, že zasahují do běžného života člověka. Základním pravidlem pak je

pokoušet se co nejvíce oddálit provedení rituálů (popř. je neprovádět vůbec) nebo pokoušet se zastavovat obsedantní myšlení.

Literatura

1. Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize, MKN-10 (1. vydání); Maxdorf Praha; 1996.
2. Alsobrook JP, Leckman JF, Goodman WK, Rasmussen SA, Pauls DL. Segregation analysis of obsessive-compulsive disorder using symptom-based factor scores, *Am J Med Genet* 1999; 88: 669-675.
3. Perse T. Obsessive-compulsive disorder: A treatment review. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1988;49:48.
4. Kamath P, Reddy YC, Kandavel T. Suicidal behavior in obsessive-compulsive disorder. *The Journal of clinical psychiatry* 2007; 68(11): 1741-1750.