

Nepříznivé zkušenosti v dětství a psychopatologie u pacientů s OCD

MUDr. František Hodný¹, PhDr. Marie Ocisková, Ph.D.¹, prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc.^{1, 2, 3, 4},
MUDr. Kryštof Kantor¹, MUDr. Jakub Vaněk¹, MUDr. Kristýna Vrbová¹

¹Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta a Fakultní nemocnice Olomouc, Klinika psychiatrie

²Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálních věd a zdravotnictva, Katedra psychologických věd, Slovensko

³Katedra psychoterapie, IPVZ Praha

⁴Jessenia, a. s. – Rehabilitační nemocnice Beroun, AKESO holding, Beroun

Úvod: Nepříznivé zkušenosti v dětství (Adverse childhood experiences, ACEs) jsou heterogenní skupinou negativních zážitků, jako jsou například týrání, zanedbávání nebo zneužívání dítěte, šikana, smrt některého z rodičů nebo domácí násilí. Napříč odbornou i laickou veřejností panuje obecná shoda v tom, že tyto jevy mohou mít negativní dopady na psychické zdraví jedince a přispívat ke vzniku řady psychiatrických poruch. Cílem tohoto výzkumu je prozkoumat vztah pěti konkrétních nepříznivých zkušeností v dětství (tělesné týrání a zanedbávání, emocionální týrání a zanedbávání, sexuální zneužívání) a závažnosti obsedantně kompulzivní poruchy (OCD) a narušení fungování v základních životních rolích u pacientů s touto poruchou.

Metoda: Šedesát čtyři pacientů absolvovalo šestitýdenní psychotherapeutický pobyt na Klinice psychiatrie Univerzity Palackého a Fakultní nemocnice Olomouc v období od října 2019 do března 2022. Účastníci vyplnili sebesposuzovací dotazníky CTQ, Y-BOCS, BAI, BDI-II, DES, SDS a CGI. Zaškolený pracovník hodnotil stav rozhovorem MINI a škálou HAM-A. Data byla zpracována za použití Shapiro-Wilkova testu a Pearsonova nebo Spearmanova korelačního koeficientu.

Výsledky: Nepříznivé zkušenosti v dětství souvisí s dřívějším rozvojem OCD, nekorelují však se závažností obsesí a kompulzí. Dětské adverbzity, zejména pak emocionální týrání a zanedbávání, pozitivně korelují s příznaky úzkosti a deprese, přítomností celkové i patologické disociace a narušením života v oblasti sociálních vztahů.

Závěry: Předběžné výsledky naší studie naznačují, že ACE hrají významnou roli v pravděpodobnosti rozvoje poruchy – buď jako její přímý spouštěč, nebo jako faktor zvyšující zranitelnost jedince. Reflexe a zpracování nepříznivých dětských zkušeností a jejich potenciální důsledky by měly být součástí rutinní léčby.

Klíčová slova: obsedantně kompulzivní porucha, OCD, nepříznivé zkušenosti v dětství, trauma v dětství, emocionální týrání, zanedbávání, rozvoj poruchy.

Adverse childhood experiences and psychopathology in patients with OCD

Introduction: Adverse childhood experiences (ACEs) are a heterogeneous group of negative events such as child abuse, neglect or bullying, death of a parent or domestic violence. There is a consensus across mental health professionals and the public that these phenomena can harm an individual's mental health and contribute to the development of many psychiatric disorders. This research aims to explore the relationship between five specific childhood adversities (physical abuse and neglect, emotional abuse and neglect, and sexual abuse) and the severity of the obsessive-compulsive disorder (OCD) and related disability.

Method: Sixty-four patients completed a six-week inpatient treatment at the Department of Psychiatry of the Palacky University and University Hospital Olomouc from October 2019 to March 2022. The participants filled in self-report questionnaires CTQ, Y-BOCS, BAI, BDI-II, DES, SDS, CGI. A trainer evaluator scored MINI and HAM-A. Data were processed using the Shapiro-Wilk test and the Pearson's or Spearman's correlation coefficient.

Results: Aversive childhood experiences relate to an earlier development of OCD but do not correlate with the severity of obsessions and compulsions. Childhood adversities, especially emotional abuse and neglect, positively correlate with anxiety and depressive symptoms, the presence of general and pathological dissociation, and the disability in social life.

Conclusions: Preliminary results from our study suggest that ACEs play a significant role in developing OCD – either as a direct trigger or a contributing factor increasing an individual's vulnerability. The adverse childhood experiences and their potential effects should be reflected and addressed in the routine care.

Key words: obsessive compulsive disorder, OCD, adverse childhood experiences, childhood trauma, emotional abuse, neglect, onset.

Úvod

Obsedantně kompulzivní porucha (OCD) je psychická porucha s významným dopadem na kvalitu života a fungování jedince. Celoživotní prevalence se pohybuje mezi 1 až 3 % (1). Mezi jádrové příznaky patří obsedantní myšlenky a kompulzivní nebo vyhýbavé chování. Obsedantní myšlenky jsou nepříjemné, mimo-volní a vyvolávají v pacientovi úzkost. Tuto úzkost se pak pacient snaží zmírnit kompulzemi, případně jí předejít vyhýbavým jednáním (2). OCD má typicky chronický průběh a velká část pacientů po standardní léčbě nedosáhne plné remise (3). Adekvátní odezvu na farmakoterapii pomocí SSRI vykazuje cca 50 % pacientů s OCD (4) a řádově méně jich dosahuje plné remise (1). Nedostatečná odpověď na předchozí léčbu selektivním inhibitorem zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) je definovaná jako celková změna Y-BOCS < 25 % po alespoň jednom pokusu léčbou SSRI trvajícím tři nebo více měsíců (5).

Úspěšnost léčby pomocí metody expozice se zábranou odpovědi (Exposure and Response Prevention, ERP) bývá vyšší, i zde však zůstává významný prostor pro zlepšení (6, 7, 8).

Mnozí autoři dávají etiopatogenezi OCD do souvislosti s nepříznivými zkušenostmi v dětství (ACE) (9–13). Mezi ACE řadíme například týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte, ztrátu blízké osoby, šikanu, domácí násilí, závislost rodičů na návykových látkách či jejich kriminální chování (14). Tyto rané zážitky mohou mít významný negativní vliv na dospělý život jedince (11), a to zejména pokud je dětství pacienta zatíženo více typy nepříznivých událostí (14). Nedávný výzkum porovnávající nepříznivé zkušenosti v dětství a vyhýbání se poškození (ve smyslu jedné z temperamento-vých dimenzí Cloningerova modelu) naznačuje, že právě nepříznivé zkušenosti mohou odlišovat manifestní OCD od predispozice (12).

Spojení konkrétního ACE se specifickou psychickou poruchou je zatím nejasné (15). Jako zajímavá se jeví teorie naznačující souvislost ACE se vznikem specifických rysů osobnosti (např. nadměrná odpovědnost), které vedou na principu diatézy k větší zranitelnosti vůči rozvoji OCD (9). Nepříznivé události v dětství se pak mohou podílet na rozvoji a intenzitě příznaků OCD (13, 16, 17). Konkrétní souvislost ACE a OCD zatím stále není uspokojivě objasněna.

Cíle práce

Prozkoumat vzájemné vztahy mezi nepříznivými zkušenostmi v dětství, závažností OCD a narušením fungování v základních životních rolích u pacientů s OCD.

Hypotézy

Pacienti s OCD, kteří v dětství prožili větší míru nepříznivých událostí:

- vykazují vyšší míru disociace;
- rozvíjí ocd v dřívějším věku;
- dosahují větší závažnosti poruchy;
- mají vyšší míru úzkostnosti;
- vykazují vyšší míru příznaků deprese;
- vykazují vyšší míru narušení fungování.

Metoda

Soubor

Vstupní kritéria:

- Diagnóza OCD podle kritérií MKN-10, potvrzena MINI (18)
- Věk 18–65 let
- Pacienti nereagovali dostatečně na adekvátní ambulantní léčbu antidepresivy

Vylučovací kritéria:

- Nižší intelekt (hodnoceno klinicky)
- Organická psychická porucha
- Závažné tělesné onemocnění

- Psychotická porucha aktuálně i v anamnéze
- Závislost na návykových látkách aktuálně

Proces

U pacientů přijatých na Kliniku psychiatrie Fakultní nemocnice Olomouc (FNOL), kteří splňují vstupní kritéria, bylo třetí den po přijetí, v průběhu hospitalizace a na jejím konci prováděno hodnocení pomocí škál a posuzovacích stupnic. V tomto sdělení prezentujeme průběžné výsledky z průřezové části studie.

Posuzovací nástroje

- MINI-Mezinárodní neuropsychiatrický rozhovor (Mini-International Neuropsychiatric Interview; MINI; (18)) – Krátký strukturovaný diagnostický rozhovor vyvinutý pro základní screening sedmnácti nejčastěji se vyskytujícími psychiatrickými diagnózami. Pro posouzení přítomnosti poruchy používá kritéria DSM-IV a MKN-10.
- Hamiltonova škála hodnocení úzkosti (Hamilton Anxiety Rating Scale; HAM-A; (19)) – Subjektivní hodnotící škála vyvinutá k určení závažnosti úzkostných symptomů. Zahrnuje čtrnáct příznaků úzkosti (např. nespavost a napětí), z nichž každý je hodnocený na pětibodové stupnici od 0 (potíže nejsou přítomny) do 4 (potíže jsou závažného charakteru).
- Celkový klinický dojem (Clinical Global Impression; CGI; (20)) – Celkový klinický dojem je jednopoložková škála, která se používá pro hodnocení závažnosti psychopatie a míry jejího zlepšení či zhoršení v průběhu léčby. Skládá se ze sedmi bodů, z nichž každý má slovně uvedený popis závažnosti příznaků anebo míry zlepšení v průběhu léčby. Škála má dvě verze – jednu vyplňuje lékař a jednu pacient. V této studii prezentujeme sebeposuzovací verzi škály.

- Yale-Brown škála obsesí a kompulzí (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; Y-BOCS; (21)) – Škála užívaná pro hodnocení závažnosti OCD. První část obsahuje seznam konkrétních typů obsesí a kompulzí. Ve druhé části se nachází hodnocení závažnosti daných příznaků, pět položek je určeno pro obsese a pět pro kompulze. Každá z nich se hodnotí na pětibodové stupnici od 0 (potíže nejsou přítomny) do 4 (potíže jsou závažného charakteru).
- Beckův inventář úzkosti (Beck Anxiety Inventory; BAI; (22)) – Škálu tvoří 21 položek se čtyřbodovou Likertovou stupnicí, podle níž jedinec označuje závažnost příznaků úzkosti, jimiž trpěl za poslední týden. Celkové skóre pak odráží, na jaké úrovni úzkostných projevů se pacient aktuálně nachází (minimální, mírná, středně závažná, závažná). Standardizace české verze dotazníků byla i v českém jazyce Kamarádovou et al. (23).
- Beckův inventář deprese – II (Beck Depression Inventory-II; BDI-II; (24)) – Screeningová metoda, která umožňuje orientační zhodnocení míry deprese a je citlivá vůči efektu psychoterapie. Obsahuje 21 typických příznaků deprese (kognitivní, afektivní, motivační a tělesné), u nichž jedinec volí vždy jedno ze čtyř nabízených tvrzení, které pro něj v posledních dvou týdnech nejvíce platilo. Českou standardizaci dotazníku pro klinickou populaci publikovali nezávisle na sobě Ptáček et al. (25) a Ociskova et al. (26).
- Škála disociativní zkušenosti (Dissociative Experiences Scale; DES; (27)) – Škála obsahuje 28 položek reprezentujících patologické a nepatologické formy disociace. Každou z nich jedinec hodnotí na škále s hodnotami od 0 do 100 podle procenta času, kdy se v daném stavu nachází. Škála byla v češtině standardizována Ptáčkem et al. (28).
- Sheehanova škála handicapů (Sheehan Disability Scale; SDS; (29)) – Sebehodnotící nástroj, který za pomoci tří desetibodových škál vyjadřuje vliv pacientových symptomů na tři důležité oblasti jeho života (práce / škola, společenský život a rodinný život / domácí povinnosti). Škála byla doplněna o kategorii stres, který stejným způsobem měří míru stresu související s psychickými potížemi.

- Dotazník dětských traumat (Childhood Trauma Questionnaire; CTQ; (30)) – Dotazník se používá ke zjištění anamnézy zneužívání a zanedbávání v dětství pacienta. Obsahuje 28 tvrzení; u každého z nich jedinec na pětibodové škále posuzuje, do jaké míry odpovídá jeho životní zkušenosti. Výsledkem je úroveň obtíží v pěti typech patologického chování vůči dítěti: (1) emocionální týrání, (2) tělesné týrání, (3) sexuální zneužívání, (4) emocionální zanedbávání, (5) tělesné zanedbávání. Česká verze dotazníku byla standardizována Kasčákovou (31).

Léčba

Pacienti přijatí na Klinikou psychiatrie FNOL prochází šestitýdenní hospitalizací na psychoterapeutickém oddělení. Zde podstupují systematickou kognitivně behaviorální terapii, včetně techniky expozice a zábrany odpovědi (ERP). Většina jedinců užívá psychofarmaka, se kterými přichází z psychiatrických ambulancí.

Etika

Studie byla provedena v souladu s Helsinskou deklarací a zásadami Dobré praxe (European Medicine Agency 2002) a GDPR. Před zařazením do studie byli všichni pacienti ústně i písemně informováni o tom, co jejich účast ve výzkumu obnáší, o výhodách plynoucích ze zapojení do projektu a možnosti kdykoliv z něj odstoupit. Před vstupem do studie účastníci podepsali informovaný souhlas. Výzkumný projekt byl v polovině října 2019 schválen etickou komisí Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařské fakulty Univerzity Palackého.

Statistika

Data byla průběžně shromažďována, ihned po měření vkládána do excelové tabulky a znovu kontrolována před statistickou analýzou. Statistika byla provedena pomocí programu SPSS 24 a Prism 5. Demografické údaje a průměrná celková skóre byly zpracovány pomocí deskriptivní statistiky: průměry, směrodatné odchylky a rozložení dat. Normalita dat byla hodnocena pomocí Shapiro-Wilkova testu. Podle rozložení proměnných byly použity buď Pearsonovy nebo Spearmanovy korelační koeficienty.

Výsledky

Popis souboru

V období od 15. října 2019 do 15. března 2022 souhlasilo se zapojením do studie 72 pacientů splňujících vstupní kritéria. Osm pacientů bylo vyřazeno: šest pro předčasné ukončení pobytu z důvodu pandemie COVID-19 a dva nevyplnili dostatečně dotazníky. Do studie bylo zařazeno 64 pacientů s průměrných věkem 34,1 + 11,2 let, z toho 35 mužů a 29 žen. Demografický a klinický popis souboru je uveden v tabulce 1.

Většina pacientů v době hodnocení užívala antidepresivum ($n = 57$, průměrná dávka 48,4 + 25,5 mg indexu paroxetinu), menšina ($n = 28$) měla předepsáno antipsychotikum jako přídatnou medikaci (1,8 + 1,4 mg indexu risperidonu). Patnáct jedinců užívalo anxiolytikum o průměrné dávce 11,3 + 8,6 mg indexu diazepamu. Stabilizátor nálady byl předepisován osmi pacientům v průměrné dávce 193,6 + 140,4 mg indexu lamotriginu.

Vztah mezi nepříznivými zkušenostmi v dětství a počátkem rozvoje OCD

Nástup rozvoje OCD negativně koreluje se subškálami CTQ – emocionální týrání, emocionální a tělesné zanedbávání a s celkovým skórem dotazníku (Tabulka 2).

Vztah mezi nepříznivými zkušenostmi v dětství a závažností psychopatie

Hodnocení závažnosti obsesí a kompulzí pomocí škály Y-BOCS v celkovém skóru ani ve subskórech obsesí a kompulzí nekoreluje se žádnou oblastí nepříznivých zkušeností hodnocených CTQ.

Emocionální týrání v dětství však statisticky významně pozitivně koreluje s mírou úzkostnosti hodnocenou BAI, mírou depresivity hodnocenou BDI-II a mírou celkové disociace i mírou patologické disociace hodnocené DES (Tabulka 2).

Tělesné týrání v dětství statisticky významně pozitivně koreluje s mírou depresivity hodnocenou BDI-II a mírou celkové disociace hodnocené DES (Tabulka 2).

Sexuální zneužívání v dětství statisticky významně koreluje pouze s mírou patologické disociace hodnocenou DES-T (Tabulka 2).

Emocionální zanedbávání v dětství, podobně jako emocionální týrání, statisticky významně koreluje s mírou úzkostnosti hodnocenou BAI, mírou depresivity hodnocenou BDI-II a mírou celkové (DES) i patologické disociace hodnocenou (DES-T) (Tabulka 2).

Tělesné zanedbávání nekoreluje s hodnocenou psychopatií ve zvolených posuzovacích nástrojích (Tabulka 2).

Vztah mezi nepříznivými zkušenostmi v dětství a závažností postižení

Závažnost postižení v zaměstnání nekoreluje se žádou z oblastí nepříznivých událostí v dětství (Tabulka 3). Závažnost postižení v sociálních vztazích statisticky významně koreluje s emocionálním týráním a emocionálním zanedbáváním v dětství. Celkový distres z handicapů způsobených poruchou souvisí statisticky

významně s emocionálním týráním v dětství (Tabulka 3).

Diskuze

Tato studie se zaměřila na nepříznivé dětské zkušenosti a závažnost psychopatologie u dospělých pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou. Průměrný věk pacientů, průměrný věk nástupu poruchy a trvání poruchy byly srovnatelné s demografickými a klinickými parametry v jiných studiích posuzujících pacienty s obsedantně kompulzivní poruchou (32, 33).

■ Naše studie zjistila, že u pacientů s vyšší mírou nepříznivých zkušeností v dětství se obsedantně kompulzivní porucha rozvine dříve. Podobné výsledky ukazuje práce Fontenelle et al. (34), ve které autoři zjistili, že pacienti s pozitivní anamnézou dětské traumatizace rozvíjeli obsedantně kompulzivní symptomatologii v dřívějším věku. Nepříznivé zkušenosti v dětství a míra závažnosti obsesí a kompulzí spolu však nesouvisely. Tento poznatek je v souladu s výsledky studie Ivarsson et al. (16), ve které se u OCD pacientů neprokázala zvýšená míra traumatických událostí, pokud neměli zároveň depresivní poruchu. Stejně tak Selvi et al. (35) a Visser et al. (36) nepovažují ACE za faktor, který by měl významný vliv na pravděpodobnost rozvoje či závažnosti OCD. Opačný závěr naopak vyplývá ze systematického review Miller & Brock (37), ve kterém autoři zjistili, že závažnost kompulzí (ne však obsesí) souvisela se závažností násilí, emocionálního zneužívání, sexuálního zneužívání, i zanedbávání v dětství. Rovněž v neklinickém vzorku rekrutovaném Briggs & Price (10) korelovala závažnost dětského traumatu pozitivně se závažností

Tab. 1. Charakteristiky pacientů zařazených do studie

Proměnná	Počet nebo průměr
Věk	34,1 ± 11,2
Pohlaví: muž/žena	35/29
Věk počátku poruchy (v letech)	17,4 ± 9,1
Délka trvání poruchy (v letech)	18,6 ± 11,8
Počet hospitalizací	3,0 ± 6,2
Heredita ne/ano	25/39
Vzdělání: základní/vyučený/středněškolské/vysokoškolské	13/10/22/18
Zaměstnání (studium): ne/ano	29/35
Invalidní důchod: ne/ano	47/17
Manželský vztah: svobodný/ženatý/rozvedený	45/15/4
Partner: ne/ano	35/29
Další úzkostná porucha: ne/ano	51/13
Porucha osobnosti: ne/ano	50/14
subjCGI	4,6 ± 1,5
HAMA	23,3 ± 9,9
Y-BOCS obsese	12,0 ± 4,2
Y-BOCS kompulze	11,4 ± 4,0
Y-BOCS celkové skóre	22,5 ± 8,5
BAI	23,5 ± 13,4
BDI-II	26,4 ± 13,1
DES	14,0 ± 15,0
DES-T	9,8 ± 14,6
CTQ – Emocionální týrání	10,9 ± 6,2
CTQ – Tělesné týrání	7,1 ± 4,4
CTQ – Sexuální zneužívání	6,2 ± 3,9
CTQ – Emocionální zanedbávání	14,2 ± 5,9
CTQ – Tělesné zanedbávání	7,6 ± 3,8
Index antidepressiva	48,4 ± 25,5
Index anxiolytika	11,3 ± 8,6
Index antipsychotika	1,8 ± 1,4

Tab. 2. Korelace mezi nepříznivými zkušenostmi v dětství, počátkem OCD a psychopatií

CTQ	Počátek poruchy	HAMA	Y-BOCS obsese	Y-BOCS kompulze	Y-BOCS celkový skóre	subjCGI	BAI	BDI-II	DES	DES-T
Emocionální týrání	-0,43 S***	0,42 S***	0,19	0,24	0,17	0,30 S*	0,36 S**	0,56 S***	0,41 S**	0,43 S***
Fyzické týrání	-0,15	0,14	0,15	0,14	0,09	0,01	0,10	0,33 S**	0,28 S*	0,15
Sexuální zneužívání	-0,16	0,26 S**	0,07	0,18	0,09	0,15	0,22	0,23	0,23	0,28 S*
Emocionální zanedbávání	-0,37 P**	0,38 P**	0,03	0,10	0,09	0,23	0,29 P*	0,41 P***	0,26 S*	0,32 S*
Fyzické zanedbávání	-0,37 S**	0,16	0,05	0,15	0,15	0,08	0,10	0,20	0,23	0,25
CTQ suma	-0,36 S**	0,43 P***	0,10	0,15	0,11	0,20	0,31 P*	0,44 P***	0,36 S**	0,40 S**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; S, Spearmanovo r ; P, Pearsonovo r

Tab. 3. Korelace mezi nepříznivými zkušenostmi v dětství a závažností postižení

CTQ	SDS práce	SDS sociální vztahy	SDS rodina	SDS stres
Emocionální týrání	0,22	0,39 S**	0,24	0,29 S*
Fyzické týrání	-0,12	-0,03	0,01	0,10
Sexuální zneužívání	-0,03	0,09	0,08	0,10
Emocionální zanedbávání	0,23	0,32 P**	0,10	0,23
Fyzické zanedbávání	0,21	0,06	0,03	0,18
CTQ suma	0,21	0,26 S*	0,13	0,23 (p=0.069)

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; S, Spearmanovo r ; P, Pearsonovo r

obsedantně-kompulzivních příznaků, i když tento vztah úzce souvisel také s mírou deprese a úzkosti (respektive po kontrole na depresi a úzkost byl vztah nesignifikantní). Lochner et al. (38) doložili vyšší míru emocionálního zanedbávání a dětských traumat obecně u pacientů s OCD ve srovnání s kontrolami. Ve studii Tatli et al. (39) míra disociace hodnocená DES i suma nepříznivých zkušeností hodnocena CTQ měly nezávisle vliv na výši skóre inventáře měřícího obsedantní a kompulzivní příznaky (Padua Inventory). V neklinické populaci vysokoškolských studentů Mathew et al. (40) zjistili, že emocionální a tělesné týrání vedly k vysoké úrovni obsedantně kompulzivních příznaků i po kontrole na úzkostné příznaky. Odlišné výsledky se dají částečně vysvětlit výběrem výzkumné populace – na rozdíl od zmiňovaných studií šlo v našem výzkumu o pacienty, kteří nedostatečně reagovali na adekvátní ambulantní léčbu, a proto byli poslání do intenzivního programu k hospitalizaci.

Při analýze každé z dílčích oblastí nežádoucích zkušeností z dětství jsme zjistili, že:

- Emocionální týrání pozitivně koreluje s celkovou úzkostí (BAI), depresivitou (BDI-II), mírou celkové disociace (DES) i patologické disociace (DES-T) a negativně s věkem nástupu poruchy. Také souvisí se současnou mírou narušení fungování v sociálních vztazích a mírou distresu, který kvůli OCD pacient prožívá. Podobné výsledky byly publikovány ve studii Wang et al. (41), kde tělesné a emocionální týrání i sexuální traumatizace pozitivně korelovaly s mírou úzkostných příznaků a depresivity hodnocenými BAI a BDI-II. Lochner et al. (42) zase potvrdil souvislost mezi mírou disociace

a tělesným a emocionálním týráním, sexuální zneužíváním a tělesným zanedbáváním.

- Fyzické týrání v dětství podle dotazníku CTQ koreluje významně s mírou depresivity (BDI-II) a závažností všeobecné disociace (DES). Nekoreluje však s výsledky hodnotícími ostatní typy nepříznivých zkušeností, ani s hodnocením současné disability. Podobné výsledky udávají jiné studie (42, 43, 44). V práci Sanderse & Giolase (43) se ukázala vyšší úroveň disociativních zkušeností u pacientů s historií sexuálního zneužívání, tělesného týrání, zanedbávání a stresujících životních událostí. Ve studii Brunnera et al. (44) skóre DES signifikantně korelovaly s popisovaným tělesným týráním a tělesnými tresty, se sexuálním zneužíváním, psychickým týráním, zanedbáváním a negativní atmosférou v domácnosti dítěte.
- Sexuální zneužívání v dětství pozitivně koreluje s mírou patologické disociace (DES-T). Podobné nálezy uvádí Sanders & Giolas (43), Brunner et al. (44) a Lochner (42). Míra patologické disociace koreluje významně také s emocionálním týráním a emocionálním zanedbáváním, pravděpodobně proto, že tyto typy adverzit se v dětství vyskytují často společně. Sexuální zneužívání v dětství však dle našich výsledků nekoreluje s hodnocením současné disability v žádné z oblastí (práce, vztahy, rodina, prožívání stresu).
- Emocionální zanedbávání v dětství pozitivně koreluje jak s mírou deprese, tak s mírou úzkosti, všeobecné i patologické disociace a negativně s věkem nástupu poruchy. Významně také souvisí se současnou mírou disability v sociálních vztazích. Podobné nálezy uvádí Salokangas et al. (45), který ve své studii došel k závěru, že emocionální

zanedbávání v dětství predikuje rozvoj depresivních a úzkostných poruch a zneužívání návykových látek. V kontrastu s našimi výsledky je naopak Lochner et al. (42), kteří sice ve svém výzkumu na OCD pacientech potvrdili spojení mezi adverzitami v dětství a mírou disociace; emocionální zanedbávání však bylo jediným subtypem, kde se tato souvislost neprokázala. Zpracování dat bylo přitom provedeno stejně jako v naší studii (srovnání průměrů subškál CTQ a DES) a také klíčové atributy výzkumného souboru byly shodné (OCD pacienti). Podle Belli et al. (46) OCD souvisí s disociací, ale ta podle autorů nemusí být nutně zapříčiněna nepříznivými událostmi z dětství. Tato studie však byla provedena na souboru s odlišnými charakteristikami (pacienti poprvé přijatí do ambulantní psychiatrické léčby) a k hodnocení disociace používali jinou metodu (DIS-Q).

- Fyzické zanedbávání v dětství nekoreluje s žádnými skóre v užitých škálách hodnotících psychopatologii a míru disability. Negativně však koreluje s věkem nástupu poruchy. Naše zjištění jsou v souladu s několika studiemi (40, 41). V kontrastu jsou naopak s výsledky jiných studií (42, 43, 44). Většina z nich však pracovala specificky s adolescentními pacienty, případně používali k měření psychopatologie jiné metody.

Reakce na hypotézy

Pacienti s OCD, kteří v dětství prožili větší míru nepříznivých událostí:

1. vykazují vyšší míru disociace

Tato hypotéza byla potvrzena pro všeobecnou disociaci u emocionálního týrání, fyzického týrání a emocionálního zanedbávání v dětství. Pro patologickou disociaci byla tato hypotéza potvrzená pro emocionální týrání, sexuální zneužívání a emocionální zanedbávání v dětství. Nejsilnější korelaci se všeobecnou i patologickou disociací mělo emocionální týrání ($r = ,41$, respektive ,43).

2. rozvíjí OCD v dřívějším věku

Pacienti, kteří zažili v dětství emocionální týrání, emocionální zanedbávání nebo fyzické zanedbávání, rozvíjejí obsedantně kompulziv-

ní poruchu ve statisticky významně časnějším věku.

3. dosahují větší závažnosti poruchy

Tato hypotéza se pro specifické příznaky obsedantně kompulzivní poruchy, jako jsou obsese a kompulze, nepotvrdila.

4. mají vyšší míru úzkostnosti

Tato hypotéza se ukázala jako opodstatněná, protože byla zjištěna statisticky významná pozitivní korelace mezi závažností úzkostného prožívání a emocionálním týráním či emocionálním zanedbáváním v dětství.

5. vykazují vyšší míru deprese

Byla prokázána statisticky významná pozitivní korelace pro závažnost depresivního prožívání u pacientů, kteří zažívali emocionální týrán, fyzické týrán nebo emocionální zanedbávání v dětství. Nejsilnější korelaci se závažností depresivních příznaků mělo emocionální týrán ($r = .56$).

6. vykazují vyšší míru narušení fungování

Tato hypotéza byla potvrzena jen parciálně. Ukázalo se, že míra narušení fungování v sociál-

ních vztazích významně souvisí s emocionálním týráním a emocionálním zanedbáváním v dětství. Emocionální zanedbávání navíc pozitivně koreluje s pocíťovanou mírou distresu, který kvůli postižení pacient prožívá.

Praktické využití výsledků

Objasnění konkrétních souvislostí mezi nepříznivými zkušenostmi, disociací a OCD by mohlo být příležitostí ke zvýšení efektivity léčby prostřednictvím začlenění terapeutických postupů, které by zohledňovaly tyto aspekty etiopatogeneze.

Limitace studie

Naše studie má několik omezení, která je třeba vzít v úvahu. Hodnocení úrovně symptomatologie, dětských nepříznivých zkušeností, disociace a neschopnosti je založeno na sebe-posuzovacích dotaznících, což může vést ke zkreslení výsledků v důsledku snížené spolehlivosti retrospektivní reminiscence. Tento přístup má svá omezení spočívající v dlouhé době, která proběhla od popisovaných událostí, a v možném zkreslení příznaky OCD i komorbidních poruch.

Dalším omezením našeho šetření je malý vzorek jedinců, který znemožnil hodnocení různých podskupin pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou podle typů obsesí a kompulzí nebo podle komorbidit s jinými poruchami.

Závěr

Vzhledem k relativně vysoké prevalenci OCD v populaci, jejímu často invalidizujícímu průběhu a snížené odpovědi na léčbu aktuálními postupy (ERP, farmakoterapie) se zkoumání dynamiky této poruchy jeví jako důležité. Předběžné výsledky naší studie naznačují, že ACE hrají významnou roli v pravděpodobnosti rozvoje poruchy – buď jako její přímý spouštěč, nebo faktor vedoucí ke zvýšení zranitelnosti jedince (což by mohlo souviset také s častějšími nespecifickými příznaky úzkostného, depresivního či disociativního spektra).

Poznatky o významu nepříznivých dětských zkušeností mohou být impulsem pro začlenění doplňkové terapeutické práce do léčby pacientů nereagujících dostatečně na farmakoterapii či psychoterapii, a tím potenciálně zvýšit její efektivitu.

LITERATURA

- Reddy YCJ, Sundar AS, Narayanaswamy JC, Math SB. Clinical practice guidelines for Obsessive-Compulsive Disorder. *Indian J Psychiatry* 2017; 59(5): 74–90.
- American Psychiatric Association. DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington 2013.
- Fineberg NA, Hengartner MP, Bergbaum C, Gale T, Rössler W, Angst J. Remission of obsessive-compulsive disorders and syndromes: evidence from a prospective community cohort study over 30 years. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2013; 17(3): 179–187.
- Hollander E, Kaplan A, Allen A, Cartwright C. Pharmacotherapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 2000; 23(3): 643–656.
- Pallanti S, Quercioli L. Treatment-refractory obsessive-compulsive disorder: Methodological issues, operational definitions and therapeutic lines. *Prog. Neuro-Psychopharmacol Biol, Psychiatry*. 2006; 30 (3): 400–412.
- Fisher PL, Wells A. How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy* 2005; 43(12): 1543–1558.
- Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds CF. The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry* 2013; 12(2): 137–148.
- Ost L-G, Havnén A, Hansen B, Kvale G. Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014. *Clinical Psychology Review* 2015; 40: 156–169.
- Barcaccia B, Tenore K, Mancini F. Early childhood experiences shaping vulnerability to Obsessive-Compulsive Disorder. *Clinical Neuropsychiatry* 2015; 12(6): 141–147.
- Briggs ES, Price IR. The relationship between adverse childhood experience and obsessive-compulsive symptoms and beliefs: the role of anxiety, depression, and experiential avoidance. *J Anxiety Disord*. 2009; 23(8): 1037–1046.
- Benedetti F, Poletti S, Radaelli D, Pozzi E, Giacosa C, Smeraldi E. Adverse childhood experiences and gender influence treatment seeking behaviors in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2014; 55(2): 298–301.
- Bey K, Lennertz L, Riesel A, Klawohn J, Kaufmann C, Heinzel S, Grützmann R, Kathmann N, Wagner M. Harm avoidance and childhood adversities in patients with obsessive-compulsive disorder and their unaffected first-degree relatives. *Acta Psychiatrica Scand*. 2017; 135(4): 328–338.
- Park S, Hong JP, Bae JN, Cho SJ, Lee DW, Lee JY, Chang SM, Jeon H J, Hahn BJ, Lee YM, Seong S, Cho MJ. Impact of childhood exposure to psychological trauma on the risk of psychiatric disorders and somatic discomfort: single vs multiple types of psychological trauma. *Psychiatry Res*. 2014; 219(3): 443–449.
- Marackova M, Prasko J, Matousek S, Latalova K, Hruby R, Holubova M, Slepecky M, Vrbova K, Grambal A. The impact of childhood adversities on anxiety and depressive disorders in adulthood. *Neuro Endocrinol Lett*. 2016; 37(7): 478–484.
- Hovens JG, Wiersma JE, Giltay EJ, van Oppen P, Spinhoven P, Penninx BW, Zitman FG. Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs controls. *Acta Psychiatrica Scand*. 2010; 122(1): 66–74.
- Ivarsson R, Saavedra F, Granqvist P, Broberg AG. Traumatic and Adverse Attachment Childhood Experiences are not Characteristic of OCD but of Depression in Adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2016; 47(2): 270–280.
- Vidal-Ribas P, Stringaris A, Rück C, Serlachius E, Lichtenstein P, Mataix-Cols D. Are stressful life events causally related to the severity of obsessive-compulsive symptoms? A monozygotic twin difference study. *Eur Psychiatry* 2015; 30 (2): 309–316.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(20): 22–33.
- Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32(1): 50–55.
- Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. 1976, Rockville: US DHEW.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46(11): 1006–1011.
- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56(6): 893–897.
- Kamarádová D, Praško J, Látlalová K, Panáčková L, Švancara J, Ocisková M, Grambal A, Sigmundová Z, Jelenová D, Kováčková A, Cakirpaloglu S, Kasalová P, Bareš V, Vrbová K. Validace české verze Beckova inventáře úzkosti. *Čes a slov Psychiatr* 2016; 112(4): 153–158.
- Beck AT, Beamesderfer A. Assessment of depression: the depression inventory. *Mod Probl Pharmacopsychiatry* 1974; 7: 151–169.
- Ptáček R, Raboch J, Vňuková M, Hlinka J, Anders M. Beckova škála deprese BDI-II – standardizace a využití v praxi. *Čes a slov Psychiatr* 2016; 112(6): 270–274

26. Ociskova M, Prasko J, Kupka M, Marackova M, Latalova K, Cinculova A, Grambal A, Kasalova P, Krnacova B, Kubinek R, Sigmundova Z, Tichackova A, Vrbova K. Psychometric evaluation of the Czech Beck Depression Inventory-II in a sample of depressed patients and healthy controls. *Neuro Endocrinol Lett.* 2017; 38(2): 98-106.
27. Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment, Dis.* 1986; 174(12): 727-735.
28. Ptacek R, Bob P, Paclt I, Pavlat J, Jasova D, Zvolsky P, Raboch J. Psychobiology of Dissociation and its clinical assessment. *Neuro Endocrinol Lett.* 2007; 28(2): 191-198.
29. Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Raj BA. The measurement of disability. *Clin Psychopharmacol* 1996; 11(3): 89-95.
30. Fink LA, Bernstein D, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M. Initial reliability and validity of the Childhood Trauma Interview: A new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152(9): 1329-1335.
31. Kascakova N. Psychometric analysis of the Czech version of Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) with the sociodemographic differences in traumatization of Czech adults. *Ceskoslov. Psychol.* 2018;62:212-230.
32. Prasko J, Raszka M, Adamcova K, Grambal A, Koprivova J, Kudrnovská H, Latalova K, Vyskocilová J. Predicting the therapeutic response to cognitive behavioural therapy in patients with pharmacoresistant obsessive-compulsive disorder. *Neuro Endocrinol Lett.* 2009; 30(5): 615-623.
33. Vyskocilova J, Prasko J, Sipek J. Cognitive behavioral therapy in pharmacoresistant obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016; 12:625-39.
34. Fontenelle LF, Cocchi L, Harrison BJ, Shavitt RG, do Rosário MC, Ferrão YA, de Mathis MA, Cordioli AV, Yücel M, Pantelis C, Mari J de J, Miguel EC, Torres AR. Towards a post-traumatic subtype of obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord.* 2012; 26: 377-383.
35. Selvi Y, Besiroglu L, Aydin A, Gulec M, Atli A, Boysan M, Celik C. Relations between childhood traumatic experiences, dissociation, and cognitive models in obsessive compulsive disorder. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2012; 16: 53-59.
36. Visser HA, van Minnen A, van Megen H, Eikelenboom M, Hoogendoorn A, Kaarsemaker M, Balkom AJ, van Oppen P. The relationship between adverse childhood experiences and symptom severity, chronicity, and comorbidity in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2014; 75: 1034-1039.
37. Miller ML, Brock RL. The effect of trauma on the severity of obsessive-compulsive spectrum symptoms: A meta-analysis. *J Anxiety Disord.* 2017; 47: 29-44.
38. Lochner C, du Toit PL, Zungu Dirwayi N, Marais A, van Kraidenburg J, Seedat S, Niehaus DJ, Stein DJ. Childhood trauma in obsessive compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depress Anxiety* 2002; 15: 66-68.
39. Tatli M, Cetinkaya O, Maner F. Evaluation of Relationship between Obsessive-compulsive Disorder and Dissociative Experiences. *Clin Psychopharmacol Neurosci.* 2018; 16(2): 161-167.
40. Mathews CA, Kaur N, Stein MB. Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depress Anxiety* 2008; 25: 742-751.
41. Wang P, Zhao Q, Xu T, Gu Q, Liu Q, Wang Y, Lin GN, Wang Z. Interaction between PGRN gene and the early trauma on clinical characteristics in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord.* 2020; 263: 134-140.
42. Lochner C, Seedat S, Hemmings SM, Kinnear CJ, Corfield VA, Niehaus DJ, Moolman-Smook JC, Stein DJ. Dissociative experiences in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: clinical and genetic findings. *Compr Psychiatry.* 2004; 45(5): 384-91.
43. Sanders B, Giolas MH. Dissociation and childhood trauma in psychologically disturbed adolescents. *Am J Psychiatry.* 1991; 148(1): 50-54.
44. Brunner R, Parzer P, Schuld V, Resch F. Dissociative symptomatology and traumatogenic factors in adolescent psychiatric patients. *J Nerv Ment, Dis.* 2000; 188(2): 71-77.
45. Salokangas RKR, Schultze-Lutter F, Schmidt SJ, Personnen H, Luutonen S, Patterson P, von Reventlof HG, Heinimaa M, From T, Hietala J. Childhood physical abuse and emotional neglect are specifically associated with adult mental disorders. *Journal of Mental Health* 2020; 29(4): 376-384.
46. Belli H, Ural C, Yesilyurt S, Vardar M, Akbudak M, Oncu F. Childhood trauma and dissociation in patients with obsessive compulsive disorder. *West Indian Med J* 2013; 62: 39-44.