

O obsedantně kompulzivní poruše a její léčbě – otázky a odpovědi

Otázky: PhDr. Marie Ocisková, Ph.D.

Odpovědi: prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc.

Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc

Jak bys popsal obsedantně kompulzivní poruchu laikovi?

Obsedantně kompulzivní porucha je psychická porucha, která se projevuje tím, že člověk má neustále v hlavě nepříjemné myšlenky nebo obrazy, které ho trápí. Například: „Ušpinil jsem se. Špatně jsem zkontroloval sporák? Co když někoho nakopnu? Co když jsem vážně nemocný?“ a řadu dalších. Říkáme jim obsese. Protože vyvolávají negativní emoce, zejména úzkost, strach, zlost na sebe nebo znechucení, snaží se člověk těchto obsesí zbavit. Proto dělá nějaké činnosti nebo rituály. Ty mu přinášejí krátkodobou úlevu. To jsou kompulze. To může být například umývání se, kontrola dveří, zaklepávání. Může to být vidět, v tom, co jedinec dělá, ale také to může probíhat jen v hlavě, jako počítání nebo modlitby. Jak obsese, tak kompulze hodně zatěžují a zabírají čas a energii. Jedinec si uvědomuje, že jeho obsese a kompulze jsou nesmyslné, ale neumí se jim bránit.

Jaké jsou typické příznaky této poruchy a čím se liší od normálních obav?

Typické příznaky jsou různé podle typu obsesí a kompulzí. Například někteří lidé mají strach z toho, že se nakazí nějakou chorobou nebo že nakazí někoho jiného. Proto si často myjí ruce nebo se desinfikují. Jiní mají strach, že ublíží sobě nebo druhým. Pak mají nutkání kontrolovat zámky, spotřebiče nebo dopravní situaci. Další zase mají strach, že udělají něco špatně. Proto pak mohou mít nutkání opakovat slova, čísla nebo úkony. Někdo může mít strach z toho, že poruší nějaká morální nebo náboženská pravidla. Tito lidé pak mají nutkání modlit se, přísahat nebo vykonávat různé rituály. Tyto příznaky se liší od normálních obav nebo rituálů tím, že jsou nadměrné, člověk jim věnuje velkou část dne. Jsou také iracionální,

nepřiměřené a špatně se jim odolává pro silnou úzkost, napětí nebo pocity hnusu.

Jak se OCD diagnostikuje a jaké jsou nejčastější problémy, chyby nebo omyly v diagnostice?

Diagnostika se provádí na základě klinického rozhovoru a k upřesnění pomáhá několik dotazníků, jako je Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), Obsessive Compulsive Inventory (OCI) nebo Padua Inventory (PI). Bohužel lékaři či psychologové často problém nediagnostikují. Pacient o příznacích nemluví a lékař se nezeptá. Nejčastěji je OCD zaměňována s fobiemi, hypochondrií, tiky, trichotilomanií (vytrhávání vlasů) nebo dysmorfofobickou poruchou (nadměrné zabývání se vnímanou vadou vzhledu).

Jaká je příčina OCD?

Příčina OCD není zcela známá. Předpokládá se, že jde o interakci mezi genetickými, biologickými, psychologickými a sociálními faktory. Genetická zátěž je odhadována na 40–60 % rizika vzniku OCD. To znamená, že lidé, kteří mají v rodině někoho s OCD, mají vyšší pravděpodobnost, že sami budou mít OCD. Mezi biologické faktory patří dysfunkce serotoninergního systému v mozku a abnormality v některých oblastech mozku, jako jsou bazální ganglia a prefrontální kortex. Mezi psychologické faktory patří dysfunkční přesvědčení o sobě, druhých a světě, zkreslené vnímání rizika a nadměrná potřeba kontroly. To znamená, že lidé s OCD mají tendenci vidět svět jako nebezpečný a nejistý, cítit se zodpovědní za všechno a potřebují mít kontrolu nad vším. Mezi typické sociální faktory patří vliv rodiny nebo okolí na vznik nebo udržování OCD. Zde je nejčastější nadměrné nucení, kritika rodičů a někdy nadměrná ochrana, nejis-

tota v rodinných vztazích. Rizikové faktory pro vznik nebo zhoršení OCD jsou četné, patří tam stres, trauma, ale i infekce. Ochranné faktory jsou ty, které snižují pravděpodobnost vzniku nebo zlepšují průběh OCD. Tam patří sociální podpora, zdravý životní styl, pozitivní sebehodnocení.

Jaké jsou hlavní možnosti léčby OCD a jak probíhá rozhodování, kterou z nich použít pro konkrétního pacienta?

Hlavní možnosti léčby OCD jsou farmakoterapie, psychoterapie, zejména pak kognitivně-behaviorální terapie. A v některých případech neurochirurgie nebo hluboká mozková stimulace. Farmakoterapie spočívá v podávání antidepresiv ze skupiny selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu. Psychoterapie je potřebná pro změnu dysfunkčních myšlenek a chování, které jsou spojeny s OCD. Nejúčinnější psychoterapeutickou metodou je kognitivně-behaviorální terapie. Základní strategií je expozice s prevencí rituálů (ERP). V některých případech se používá i schéma terapie, která je zaměřena na hlubší změnu dysfunkčních schémat a emocionální regulaci. Obvykle se doporučuje kombinace farmakoterapie a psychoterapie, protože se ukázalo, že je to nejefektivnější způsob léčby OCD. Neurochirurgie nebo hluboká mozková stimulace se používají jen u velmi těžkých a rezistentních případů OCD, které nereagují na jiné formy léčby.

Jak je to s kognitivně behaviorální terapií a jak funguje u OCD?

Kognitivně-behaviorální terapie se zaměřuje na změnu dysfunkčních myšlenek a chování, které jsou spojeny s OCD. Pomáhá pacientovi rozpoznat a zpochybnit iracionální obsese a kompulze. Učí tolerovat nejistotu a úzkost

bez potřeby vykonávat rituály a snižovat svou nadměrnou zodpovědnost a potřebu kontroly. Expozice s prevencí rituálů spočívá v tom, že pacient je postupně vystavován situacím nebo myšlenkám, které vyvolávají jeho obsese a úzkost, a zároveň je mu omezeno provádět své kompulze. Tím se pacient učí snášet negativní emoce bez rituálů a zjišťuje, že jeho obavy se nesplní nebo jsou nepodstatné.

A co zmíněná schéma terapie. Jak se používá u OCD a pro které pacienty je vhodná?

Schéma terapie se zaměřuje na změnu hluboce zakořeněných dysfunkčních postojů (vzorů myšlení, cítění a chování). Ty vznikly v dětství nebo adolescenci a ovlivňují současné fungování. Schéma terapie se liší od KBT tím, že klade větší důraz na emoční aspekt OCD. Zkoumá vliv minulých zkušeností na vznik OCD a používá více zážitkových technik (např. imaginace, práce se židlemi a jiné psychodramatické metody, práce s hračkami a plyšáky). Schéma terapie se používá u OCD pro pacienty, kteří mají silná dysfunkční schémata, nedostatek bezpečí, nedostatek autonomie a kteří mají obtíže s emoční regulací. Nebo kteří nereagují dobře na KBT.

Jak se měří účinnost léčby OCD?

Účinnost léčby OCD se měří pomocí standardizovaných dotazníků nebo škál. Ty hodnotí změnu frekvence, intenzity a dopadu obsesí a kompulzí na život. Některé, jako je Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), jsem už zmínil. Účinnost léčby se také může hodnotit v klinickém rozhovoru nebo pozorováním chování. Doba trvání léčby se liší podle závažnosti OCD, typu léčby a dalších individuálních faktorů pacienta. Obvykle se doporučuje minimálně 12 týdnů farmakoterapie a 12–20 sezení KBT. Zlepšení nebo remise se může projevit již po několika týdnech léčby, ale někdy je třeba i několik měsíců nebo let. Udržovací léčba pak trvá nejméně 12–24 měsíců po dosažení remise.

Jaké jsou nejčastější překážky nebo obtíže v léčbě OCD? Jak se daří motivovat pacienty k dodržování léčebného plánu a domácích úkolů?

Nejčastější překážky nebo obtíže v léčbě OCD jsou nedostatek motivace nebo spolupráce

pacienta. Pak nedostatek informací nebo podpory ze strany rodiny nebo okolí. Problémem u nás je i nedostatek dostupnosti nebo kvality léčebných služeb. U pacienta samotného pak nedostatečná adherence k farmakoterapii, nedělání domácích úkolů, výskyt komorbidit – současných jiných psychických poruch, nebo přítomnost dalších životních stresorů, jako jsou konflikty ve vztazích. Problémem může také být výskyt vedlejších účinků léků, ale i negativní reakce na psychoterapii. Těmto překážkám nebo obtížím se čelí pomocí různých strategií, jako jsou zvyšování motivace a spolupráce pacienta pomocí přístupů, jako je motivační rozhovor, posilování sebedůvěry, podávání zpětné vazby nebo ocenění, poskytování informací a podpory rodině psychoedukací, rodinnou terapií nebo skupinovou psychoterapií. Také je možné zvýšit dostupnost a kvalitu léčebných služeb pomocí telemedicíny, on-line psychoedukačních programů, které jsou ve světě běžné, a také pravidelnou supervizi terapeutů. Řešení vedlejších účinků farmakoterapie probíhá změnou dávky, typu nebo kombinace léků. Při problémech s psychoterapií je možná změna typu nebo frekvence psychoterapie nebo řešení terapeutického vztahu. Motivace pacientů k dodržování léčebného plánu a domácích úkolů se zvyšuje tím, že se jim vysvětlují cíle a přínosy léčby, dává se jim možnost volby a spolurozhodování o léčbě, poskytuje se jim podpora a povzbuzení během léčby a posilují se jejich úspěchy a pokroky.

Jaký je postup, když se pacient ukáže být rezistentní na léčbu? Jaké jsou další možnosti nebo alternativy v takovém případě?

Když se pacient ukáže být rezistentní na léčbu OCD, což znamená, že nedochází k dostatečnému zlepšení OCD přes přiměřenou a dostatečně dlouhou léčbu, je v první řadě potřeba provést revizi diagnózy a léčebného plánu. Je třeba vyloučit možnost jiné psychické poruchy, která by mohla maskovat nebo komplikovat OCD. To se může stát u schizofrenie, bipolární poruchy, ale i dalších. Dále je potřeba zhodnotit adherenci a toleranci farmakoterapie, případně zvýšit dávku nebo změnit typ a/nebo kombinaci antidepresiv. Také je zde možnost přidat podpůrný lék, což je nejčastěji moderní antipsychotikum. V případě psychoterapie je vhodné zvýšit frekvenci nebo intenzitu psy-

choterapie. Například místo jednou týdně na dvakrát týdně. Také je možné změnit typ nebo modalitu psychoterapie, například z individuální na skupinovou. Nebo přidat jinou formu psychoterapie, například schéma terapie. Rovněž může pomoci konzultace s jiným odborníkem nebo zařadit pacienta do specializovaného programu pro OCD. Ty mohou probíhat v rámci denního stacionáře nebo hospitalizace. Pokud ani tyto kroky nepřinesou úspěch, může se zvážit možnost invazivních metod jako je neurochirurgie nebo hluboká mozková stimulace.

Nějaké příklady z praxe?

Popíšu tři typické případy pacientů s OCD:

Pacient, řekněme mu Adam, byl 27letý muž, který se trápil příznaky OCD od dětství. Hlavní obsese byla strach z toho, že ublíží sobě nebo jiným lidem. Nejpodstatnější kompulze byla nutkání kontrolovat zámky, spotřebiče, vodu, okna, ale také dopravní situace ve městě. Adam měl velké obtíže s cestováním autem nebo hromadnou dopravou. Obával se, že způsobí nehodu. Trávil hodně času kontrolováním svého bytu. Zda je všechno vypnuté a zamčené. Uvědomoval si, že jeho obsese a kompulze jsou nesmyslné, ale nedokázal se jim ubránit. Adam začal užívat antidepresivum ze skupiny SSRI a procházel skupinovou kognitivně behaviorální terapií pro pacienty s OCD, která probíhala jednou týdně po dobu 6 měsíců. V rámci skupinové KBT se učil identifikovat a zpochybnit obsese a pak hlubší postoje o sobě, jak je bezmocný a musí se ubezpečovat, dále pak přesvědčení o riziku a zodpovědnosti za všechno. Od počátku docházky do skupiny dělal expozice s prevencí rituálů, kdy se postupně vystavoval situacím nebo myšlenkám, které vyvolávaly jeho obsese a úzkost. Začali jsme těmi, které ho méně stresovali například měl jet autem po městě bez toho, aby se ohlížel na chodce nebo se díval do zpětného zrcátka. Nebo měl odejít z bytu bez toho, aby kontroloval zámky nebo spotřebiče. Už po třech měsících v polovině programu dosáhl Adam významného zlepšení svých příznaků OCD a začalo se mu v životě dařit. Po dvou letech přestal užívat antidepresiva. Když jsem se s ním setkal po čtyřech letech, měl drobné obsese týkající se toho, zda něco někde nezapomněl, ale nenarušují nijak jeho fungování a dokáže nedělat kompulze.

Pacientka, které můžeme říkat Blanka, je 32letá žena, která trpí OCD od puberty. Její hlavní obsesi, když k nám přišla, představovala strach z kontaminace a šíření nemocí. Pravidelně si proto myla ruce, prala svoje oblečení nebo věci čistila dezinfekcí. I nákupy. Většinou kupovala jen zabalené věci. Blanka měla problémy s dotýkáním se předmětů nebo lidí, protože se bála, že se nakazí nějakou bakterií nebo virem. Zhoršilo se to hodně v době covidu. Také trávila hodně času mytím rukou nebo dezinfikováním. Uvědomovala si, že její obsese a kompulze jsou přehnané, ale nedokázala se jim ubránit. Byla zaléčena antidepresivem a zařazena do psychotherapeutického programu s kognitivně behaviorální terapií a schéma terapií. Postupně se učila dotýkat a neumývat, přestala používat dezinfekci. Společně se skupinou jsme sahalí na odpadkové koše, nakonec i do kontejneru na odpad. V rámci schéma terapie pacientka zjistila svá ranná maladaptivní schémata, která se týkala zranitelnosti a nedostatku bezpečí a uvědomila si, jak také ovlivňují její vztahy v rodině a práci, kde se také snažila mít nad vším kontrolu. Paralelně se stále exponovala v hierarchii situací, kterých se obávala. Nejtěžší bylo dotýkat se lidí, jednak se bála, aby se nenakazila a jednak aby nepřenese nákazu na druhé. Ve skupině si začala podávat ruce, dokonce v situaci, kdy druhý člověk nejdříve sáhl na zem. Zpočátku to bylo těžké, ale byla vytrvalá. Na konci programu byla schopna si podat ruku i s cizími lidmi a neumýt se ihned po tom. Použila také veřejné záchodky bez toho, aby si předtím nebo potom dezinfikovala sedátko. Po půlroce terapie se cítí už svobodná od obsesí, myje se jen tak často, jako ostatní, je schopna se dotýkat madel v dopravním prostředcích i klik v nemocnici. Také se uvolnily její vztahy doma i v práci, cítí se mnohem svobodnější a spontánnější. Po roce po ukončení terapie stále užívá antidepresivum. V plánu máme ještě jeho podávání na další rok. Pak by je chtěla vysadit, protože chce otěhotnět, a to chce být už bez léků.

Pacient Libor je 47letý muž, který trpí OCD od mládí. Jeho hlavní obsese byla strach z porušení náboženských pravidel nebo spáchání hříchu. Nutilo ho to se opakovaně modlit, přísahat nebo vykonávat rituály, kdy se dotýkal krucifixu, aby přísahal věrnost víře. Libor měl velké obtíže s dodržováním náboženských předpisů nebo s účastí na bohoslužbách, protože se bál, že

udělá něco špatně nebo že bude potrestán Bohem. Také trávil hodně času modlením se nebo opakováním slov nebo gest, které měly zabránit jeho hříšným myšlenkám nebo činům. Libor si uvědomoval, že jeho obsese a kompulze jsou nesmyslné a zbytečné, ale neuměl se jim ubránit. V léčbě začal užívat antidepresivum ze skupiny SSRI a byl zařazen do kognitivně behaviorálního programu. Tam se učil rozpoznat a zpochybnit své iracionální obsese o náboženství a hříchu. Protože o tom opakovaně mluvil s knězem, věděl, že to není o tom, že by byl málo věřící. Ale ujišťování u kněze mu moc nepomohlo. Proto jsme začali s postupnou expozicí s prevencí rituálů, kdy byl postupně vystavován podnětům, které spouštěly jeho obsese, jako je pohled na kostel, předměty, které připomínaly kříž, poslech náboženské písně, a přitom měl za úkol se nemodlit ani neujišťovat u nikoho, i když ho napadnou „hříšné myšlenky“, že by mohl říci v této situaci sprosté slovo. V sezení později četl i texty, které byly v rozporu s jeho náboženskými názory nebo které obsahovaly nějaké slovo, které považoval za urážlivé nebo zakázané. Také začal vynechávat některé modlitby, který považoval za povinné nebo ochranné. Po čtyřech měsících léčby Libor dosáhl významného zlepšení svých příznaků a jeho život se výrazně zkalitnil. Na bohoslužby už začal chodit bez obav.

Jaké jsou nové trendy v léčbě OCD?

Nejnovější trendy v léčbě OCD jsou zaměřeny na vývoj a testování nových farmakologických, psychotherapeutických a neurostimulačních metod, které by mohly být účinnější a bezpečnější než stávající léčba. Mezi nové farmakologické metody patří například použití ketaminu, který je známý jako anestetikum nebo rekreační droga, ale který má také rychlý antidepresivní a antikompulzivní účinek na základě ovlivnění glutamátového systému v mozku. Mezi nové neurostimulační metody patří také hluboká mozková stimulace nebo neurochirurgická ablace, které se používají u velmi těžkých a rezistentních případů OCD, které nereagují na jiné formy léčby. Tyto metody zasahují do aktivit některých oblastí mozku, které jsou spojeny s OCD. Tyto trendy ukazují, že výzkum OCD je stále aktivní a že existuje naděje na zlepšení léčby této poruchy.

Jaké jsou nejčastější komorbidity u OCD?

Nejčastější komorbidity u OCD jsou jiné psychiatrické poruchy, které se vyskytují současně s OCD a zhoršují jeho průběh a léčbu. Mezi nejčastější komorbidity patří úzkostné poruchy, poruchy nálady, impulzivní poruchy a poruchy užívání návykových látek. Podle jedné studie je nejčastější komorbidní poruchou u OCD generalizovaná úzkostná porucha s prevalencí 75,8 %, následovaná poruchou nálady s 63,3 %, zejména depresivní poruchou s 40,7 %, impulzivní poruchou s 55,9 % a poruchou užívání návykových látek s 38,6 %. Další běžné komorbidity u OCD jsou ADHD, tikové poruchy a hypochondrie. Komorbidity u OCD zvyšují riziko sebevražedného chování a snižují kvalitu života pacientů. Proto je důležité je diagnostikovat a léčit společně s OCD.

Jaká je prevalence OCD v České republice?

Přesná prevalence OCD v České republice není známa, ale podle mezinárodních studií se odhaduje, že je podobná jako v jiných zemích. Podle DSM-5 je doživotní prevalence OCD v celkové populaci 2–3 % a prevalence v prvních stupních příbuzných je 10–11 %. Pokud bychom zahrnuli i další poruchy ze skupiny OCRD (obsedantně-kompulzivní a příbuzné poruchy), které jsou s OCD úzce související, jako jsou například dysmorfofobie, trichotilomanie, onychofagie nebo exkorace, doživotní prevalence by byla vyšší než 9 %. To znamená, že OCD a OCRD jsou poměrně časté poruchy, které postihují značnou část populace.

Má někdo více typů obsesí a kompulzí současně?

Ano, může. Někteří lidé s OCD mají více typů obsesí a kompulzí současně, což zvyšuje jejich utrpení a ztěžuje léčbu. Například někdo může mít obsese z kontaminace a kompulze z mytí rukou, ale zároveň může mít i obsese z ublížení sobě nebo jiným a kompulze z kontrolování zámek nebo spotřebičů. V takovém případě je potřeba léčit všechny typy obsesí a kompulzí, což vyžaduje více času a úsilí.

Jaká je prognóza OCD?

Prognóza u pacientů s OCD je různá a závisí na několika faktorech, jako jsou závažnost a typ

OCD, komorbidita – současnost jiných psychických poruch, typ a účinnost léčby a spolupráce pacienta. Podle některých studií se OCD může projevat jako chronická porucha, která produkuje celoživotní morbiditu, ale u většiny pacientů se může dosáhnout úplné nebo částečné remise (zmizení nebo snížení příznaků). Prognóza je lepší u dětí a mladých dospělých, z nichž 40 % se zcela uzdraví do dospělosti. Většina lidí s OCD má výrazné zlepšení příznaků s léčbou, zatímco jen 1 z 5 se uzdraví bez léčby. Relaps (opětovné zhoršení OCD po dosažení remise) může být vyvolán stresovými situacemi, změnou léků nebo ukončením léčby. Relapsu se dá předcházet tím, že pacient dodržuje doporučení lékaře nebo terapeuta, pokračuje v užívání léků nebo v psychoterapii a udržuje si zdravý životní styl. Pokud dojde k relapsu, je potřeba znovu zahájit léčbu co nejdříve.

Může se časem zjistit, že někdo, kdo se léčil pro OCD rozvine jinou poruchu?

Ano, může. OCD je často spojeno s jinými psychiatrickými poruchami, které se mohou objevit současně s OCD nebo se mohou rozvinout později. Mezi nejčastější poruchy, které se vyskytují u pacientů s OCD, patří úzkostné poruchy, poruchy nálady, impulzivní poruchy a poruchy užívání návykových látek. Tyto poruchy mohou zhoršovat průběh a léčbu OCD a mohou být také spouštěcími faktory pro relaps OCD. Proto je důležité sledovat pacienty s OCD i po dosažení remise a včas rozpoznat a léčit případné komorbidní poruchy.

Když má matka obavy, že by mohla ublížit svému dítěti, jde o OCD nebo také může jít o jinou poruchu?

To záleží na tom, jaké jsou charakteristiky a kontext těchto obav. Pokud se matka bojí, že by mohla ublížit svému dítěti záměrně nebo neúmyslně, a tyto myšlenky jsou nežádoucí, pronikavé a vyvolávají úzkost a vinu, pak jde pravděpodobně o OCD. Tyto myšlenky jsou součástí tzv. harm-OCD, který je jedním z typů OCD. Matky s harm-OCD se snaží zabránit možnému ublížení dítěti různými způsoby, jako jsou například kompulze z kontrolování, vyhýbání se nebo hledání ujištění. Tyto matky milují své děti a nemají skutečný úmysl jim ublížit. Naopak,

jejich obavy jsou projevem jejich zodpovědnosti a péče o dítě. Studie ukazují, že tyto myšlenky nejsou spojeny s vyšším rizikem ublížení dítěti. Pokud se matka bojí ublížit svému dítěti v důsledku náhlých změn nálady, halucinací nebo paranoidních přesvědčení, pak jde spíše o jinou poruchu, jako je například poporodní deprese s psychotickými rysy nebo poporodní psychóza. Tyto poruchy jsou vzácné, ale vážné a vyžadují okamžitou lékařskou pomoc. Tyto matky mohou mít skutečný úmysl ublížit sobě nebo dítěti a mohou být ovlivněny svými zkreslenými myšlenkami nebo smyslovými klamy. Studie ukazují, že tyto poruchy jsou spojeny s vyšším rizikem ublížení dítěti.

A co je to vztahová OCD?

Vztahová OCD je typ OCD, který se projevuje nežádoucími, pronikavými a úzkostnými myšlenkami a kompulzivním chováním souvisejícím s romantickým vztahem s jinou osobou. Lidé se vztahovou OCD neustále pochybují o svých citech k partnerovi, o tom, co partner cítí k nim, o tom, zda je jejich vztah správný nebo zda by mohli najít lepšího partnera. Tyto pochybnosti jsou pro ně velmi stresující a narušují jejich schopnost užívat si vztahu a být šťastní. Lidé se vztahovou OCD se snaží získat ujištění o svém vztahu různými způsoby, jako jsou například opakované dotazy na partnera, hledání důkazů o lásce nebo porovnávání svého vztahu s jinými vztahy. Tyto kompulze jim ale nepomáhají, ale naopak posilují jejich obsese a úzkost. Vztahová OCD může mít dva podtypy: zaměřenou na vztah nebo zaměřenou na partnera. Zaměřená na vztah se týká pochybností o tom, co člověk cítí k partnerovi nebo co partner cítí k němu. Zaměřená na partnera se týká přehnaného zaměření na vnímané nedostatky partnera v různých oblastech, jako jsou inteligence, sociabilita, morálka nebo vzhled. V obou případech jde o iracionální a zkreslené myšlenky, které neodpovídají realitě.

Ještě bych ráda zmínila a více rozvedla některé moderní přístupy. Jaký má smysl použití virtuální reality a jak mohou pomoci on-line psychoedukační programy.

Ve virtuální realitě může být pacient vystaven situacím nebo myšlenkám, které vyvolávají jeho

obsese nebo negativní emoce. Zároveň nemůže nebo má omezenou možnost dělat kompulze. Tím se učí snášet nejistotu a úzkost bez potřeby vykonávat rituály. Taky zjišťuje, že obavy se nesplní nebo jsou zbytečné. Vlastně ve virtuální realitě probíhá expozice s prevencí rituálů. Virtuální realita má některé výhody oproti klasické expozici v reálném prostředí, protože situace jsou dobře dostupné v programu, je možné je flexibilně měnit, jsou bezpečné a dobře nastavitelné podle obtížnosti. Může být hodně užitečná pro pacienty, kteří mají těžké nebo vzácné obsese a kompulze nebo menší motivaci.

On-line psychoedukační programy poskytují kvalitní informace o povaze OCD, jejích příčinách, průběhu a možnostech léčby. Také pacientům umožňují dělat kroky v léčbě, na které jim dává zpětnou vazbu e-terapeut. Kroky jsou stejné jako v klasické kognitivně behaviorální terapii. Podle výzkumů jsou u lehčích až středně těžkých příznaků OCD i samotné podobně účinné jako kognitivně-behaviorální terapie prováděná v sezeních s terapeutem. Pacienti v programu mohou lépe pochopit svou poruchu, zvyšuje se jejich motivace a spolupráce s léčbou tváří v tvář. Snižuje se v nich také strach z léčby i stigma spojené s OCD. On-line psychoedukační programy, kterých se řada ve světě používá, mohou být samostatné nebo doplňkové k jiným formám léčby, jako je farmakoterapie či psychoterapie tváří v tvář. On-line psychoedukační programy mohou být také vhodné pro pacienty s OCD, kteří mají obtíže s přístupem k léčebným službám nebo kteří upřednostňují anonymitu a flexibilitu. Takový program nyní chystáme v rámci platformy Mindwell, což je platforma s psychoedukačními interakčními programy pro celou řadu dalších psychických problémů.

Jak vypadají internetové programy, které pomáhají pacientům s OCD a jaká je jejich náplň?

Internetové programy, které pomáhají pacientům s OCD, jsou založeny na principu kognitivně behaviorální terapie (KBT), která je považována za nejúčinnější léčbu pro OCD. Tyto programy jsou dostupné online a umožňují pacientům pracovat na svých příznacích vlastním tempem a v pohodlí domova. Tyto programy obvykle obsahují informace o OCD, instrukce a cvičení pro expozici s prevencí rituálů (ERP) a kognitivní

restrukturizaci, zpětnou vazbu a podporu od terapeuta nebo trenéra a monitorování pokroku. Některé příklady internetových programů pro OCD jsou:

OCD Challenge: je samostatný program, který mohou lidé s OCD využít k zvládnutí svých příznaků. Webová stránka byla navržena poskytovateli OCD, výzkumníky a zastánci s cílem zlepšit životy lidí s OCD.

NOCD: je online platforma, která nabízí informace, podporu, vedení a virtuální terapii pro jednotlivce s OCD. Webová stránka obsahuje blog plný užitečných informací a vzdělávací centrum plné bezplatných zdrojů. Lze se také připojit k OCD komunitě a získat přístup k osobním nástrojům pro sebeřízení vytvořenými lidmi, kteří prošli OCD a úspěšně se zotavili.

Internet-based CBT for OCD: je randomizovaná kontrolovaná studie, která testuje účinnost internetové KBT pro OCD ve srovnání s online podpůrnou terapií. Internetová KBT se skládá z 10 týdnů strukturovaných modulů s informacemi o OCD, ERP cvičeními a kognitivními strategiemi. Pacienti dostávají pravidelnou zpětnou vazbu a podporu od terapeuta prostřednictvím e-mailu nebo telefonu.

Jaká je účinnost těchto on-line programů?

Účinnost internetových programů pro OCD je obecně podporována vědeckými studiemi, které ukazují, že tyto programy mohou vést k významnému snížení příznaků OCD a zlepšení kvality života pacientů. Některé

studie také naznačují, že internetové programy mohou být stejně účinné jako tradiční terapie tváří v tvář nebo dokonce účinnější v některých aspektech. Internetové programy pro OCD mají také některé výhody oproti tradiční terapii, jako jsou nižší náklady, větší dostupnost, flexibilita a anonymita. Nicméně, internetové programy pro OCD nejsou vhodné pro každého a mohou mít také některá omezení, jako jsou technické problémy, nižší motivace nebo spolupráce pacientů, nedostatek osobního kontaktu s terapeutem nebo potřeba dodatečné podpory pro těžké nebo komplikované případy OCD. Proto je důležité posoudit vhodnost a připravenost pacienta pro internetovou terapii a zajistit dostatečnou kvalitu a bezpečnost internetových programů.