

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 (vzorců 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, říkejme 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.