

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 nepřenášela 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 křížů, 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 komorbidity 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 známá, 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 zámků 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