

Univerzita Palackého v Olomouci

Lékařská fakulta

NEPŘÍZNIVÉ ZKUŠENOSTI V DĚTSTVÍ, RODIČOVSKÉ STYL  
A DOSPĚLÁ VAZBA U PACIENTŮ S FARMAKOREZISTENTNÍ  
OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHOU

ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES, PARENTAL STYLES  
AND ADULT ATTACHMENT IN PATIENTS WITH  
PHARMACORESISTANT OBSESSIVE-COMPULSIVE  
DISORDER



Disertační práce

Autor: Mgr. et Bc. František Hodný  
Školitel: PhDr. Marie Ocisková, Ph.D.

Olomouc

2024

### **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem disertační práci na téma: „Nepříznivé zkušenosti v dětství, rodičovské styly a dospělá vazba u pacientů s farmakorezistentní obsedantně-kompulzivní poruchou“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem školitele a uvedl všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne .....

.....

Děkuji PhDr. Marii Ociskové, Ph.D. a prof. MUDr. Jánovi Praškovi Pavlovovi, CSc. za inspiraci a podporu při vedení práce a za to, že ve mně probudili zájem o oblast psychiatrie, psychoterapie a výzkumu.

Mé díky patří také kolegům z Kliniky psychiatrie Fakultní nemocnice Olomouc za pomoc při organizaci sběru dat a pacientům za ochotu ke sdílení svých příběhů, které mi pomohly aspoň částečně pochopit, jak rozmanité výzvy OCD do života přináší.

# OBSAH

|           |   |
|-----------|---|
| ÚVOD..... | 7 |
|-----------|---|

## I. TEORETICKÁ ČÁST

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHA.....</b>          | <b>8</b>  |
| 1.1 Klinický obraz OCD .....                           | 8         |
| 1.2 Epidemiologie.....                                 | 10        |
| 1.3 Etiopatogeneze.....                                | 11        |
| 1.3.1 Biologické pohledy na etiopatogenezi OCD.....    | 12        |
| 1.3.2 Psychologické pohledy na etiopatogenezi OCD..... | 13        |
| 1.4 Diagnóza .....                                     | 16        |
| 1.4.1 Kritéria OCD v DSM-5.....                        | 16        |
| 1.4.2 Kritéria OCD v MKN-10.....                       | 17        |
| 1.4.3 Kritéria OCD v MKN-11 .....                      | 17        |
| 1.4.4 Poruchy OCD spektra.....                         | 18        |
| 1.5 Diagnostika.....                                   | 19        |
| 1.6 Diferenciální diagnóza .....                       | 20        |
| 1.7 Komorbidita.....                                   | 22        |
| 1.7.1 Komorbidita s poruchami nálady.....              | 23        |
| 1.7.2 Komorbidita s úzkostnými poruchami.....          | 24        |
| 1.7.3 Disociativní projevy u OCD .....                 | 25        |
| 1.8 Průběh.....  | 25        |
| 1.8.1 Věk nástupu poruchy .....                        | 25        |
| 1.8.2 Opožděná diagnostika.....                        | 27        |
| 1.8.3 Chronicita.....                                  | 27        |
| 1.9 Léčba.....   | 28        |
| 1.9.1 Farmakoterapie .....                             | 28        |
| 1.9.2 Psychoterapeutické postupy.....                  | 30        |
| 1.9.3 Další možnosti léčby.....                        | 35        |
| 1.9.4 Postupy při léčebné rezistenci.....              | 38        |
| <b>2. VZTAHOVÁ VAZBA .....</b>                         | <b>41</b> |
| 2.1 Vztahová vazba v dětství .....                     | 41        |
| 2.2 Vztahová vazba v dospělosti.....                   | 42        |
| 2.3 Vztahová vazba u pacientů s OCD .....              | 45        |
| 2.3.1 Vztahová vazba a rozvoj OCD .....                | 45        |

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| 2.3.2     | Vztahová vazba a závažnost OCD.....                              | 47        |
| 2.3.3     | Vztahová vazba a subtypy OCD.....                                | 47        |
| 2.3.4     | Vztahová vazba a výsledky léčby OCD.....                         | 47        |
| 2.4       | Strategie v léčbě zaměřené na vztahovou vazbu.....               | 48        |
| <b>3.</b> | <b>NEPŘÍZNIVÉ UDÁLOSTI V DĚTSTVÍ.....</b>                        | <b>50</b> |
| 3.1       | Nepříznivé události v dětství a jejich typy.....                 | 50        |
| 3.2       | Nepříznivé životní události v dětství a psychopatologie.....     | 51        |
| 3.3       | Nepříznivé životní události v dětství u pacientů s OCD.....      | 51        |
| 3.3.1     | Nepříznivé životní události a rozvoj OCD.....                    | 51        |
| 3.3.2     | Nepříznivé životní události a subtypy OCD.....                   | 54        |
| 3.3.3     | Nepříznivé životní události a závažnost OCD.....                 | 54        |
| 3.3.4     | Nepříznivé životní události a komorbidita u OCD.....             | 54        |
| 3.3.5     | Nepříznivé životní události a léčba OCD.....                     | 55        |
| 3.4       | Strategie v léčbě zaměřené na nepříznivé události v dětství..... | 56        |
| <b>4.</b> | <b>RODIČOVSKÉ STYLY.....</b>                                     | <b>58</b> |
| 4.1       | Rodičovské styly a jejich typy.....                              | 58        |
| 4.2       | Rodičovské styly a psychopatologie.....                          | 60        |
| 4.3       | Rodičovské styly v dětství u pacientů s OCD.....                 | 61        |
| 4.3.1     | Rodičovské styly a rozvoj OCD.....                               | 61        |
| 4.3.2     | Rodičovské styly a subtypy OCD.....                              | 62        |
| 4.3.3     | Rodičovské styly a závažnost OCD.....                            | 63        |
| 4.3.4     | Rodičovské styly a komorbidita u OCD.....                        | 64        |
| 4.3.5     | Rodičovské styly a léčba OCD.....                                | 64        |

## II. EMPIRICKÁ ČÁST

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| <b>5.</b> | <b>VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU.....</b>                  | <b>65</b> |
| 5.1       | Cíle.....   | 65        |
| 5.2       | Hypotézy.....   | 65        |
| 5.3       | Praktický význam výzkumu.....                             | 68        |
| <b>6.</b> | <b>METODOLOGICKÝ RÁMEC.....</b>                           | <b>69</b> |
| 6.1       | Výzkumný plán.....  | 69        |
| 6.2       | Použité metody.....                                       | 69        |
| 6.2.1     | MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview)..... | 69        |
| 6.2.2     | HAM-A (Hamilton Anxiety Rating Scale).....                | 70        |
| 6.2.3     | CGI (Clinical Global Impression).....                     | 70        |

|            |   |            |
|------------|---|------------|
| 6.2.4      | Y-BOCS-SR (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale-Self-Report)...  | 71         |
| 6.2.5      | BAI (Beck Anxiety Inventory) .....  | 72         |
| 6.2.6      | BDI-II (Beck Depression Inventory-II) .....   | 72         |
| 6.2.7      | DES (Dissociative Experiences Scale) .....  | 73         |
| 6.2.8      | CTQ-SF (Childhood Trauma Questionnaire – Short Form) .....  | 73         |
| 6.2.9      | PBI (Parental Bonding Instrument) .....   | 75         |
| 6.2.10     | ECR-R (Experiences in Close Relationships – Revised).....   | 75         |
| 6.2.11     | Demografický dotazník.....  | 76         |
| 6.3        | Průběh sběru dat.....   | 76         |
| 6.4        | Metody zpracování a analýzy dat .....   | 77         |
| 6.5        | Etika výzkumu .....   | 79         |
| <b>7.</b>  | <b>VÝZKUMNÝ SOUBOR.....</b>   | <b>81</b>  |
| 7.1        | Kritéria výběru pacientů do studie .....  | 81         |
| 7.2        | Charakteristiky souboru .....   | 82         |
| <b>8.</b>  | <b>LÉČBA.....</b>   | <b>85</b>  |
| <b>9.</b>  | <b>VÝSLEDKY .....</b>   | <b>87</b>  |
| 9.1        | Výsledky průřezové studie a vyjádření k hypotézám .....   | 87         |
| 9.1.2      | Souvislost nepříznivých zkušeností v dětství (ACE) a OCD.....   | 87         |
| 9.1.3      | Souvislost dospělé vazby a OCD .....  | 90         |
| 9.1.4      | Souvislost rodič. stylů, které na pacienta působily v dětství, a OCD .....                                | 92         |
| 9.1.5      | Vzájemná souvislost uvedených faktorů.....  | 94         |
| 9.2        | Výsledky k účinnosti kombinované léčby v závislosti na zkoumaných veličinách a vyjádření k hypotézám..... | 96         |
| 9.2.1      | Souvislost mezi zkoumanými veličinami a výsledky léčby.....   | 96         |
| <b>10.</b> | <b>DISKUZE .....</b>  | <b>106</b> |
| 10.1       | Metodologie a výzkumný soubor.....  | 106        |
| 10.2       | Souvislost ACE a OCD.....   | 107        |
| 10.3       | Souvislost dospělé vazby a OCD .....  | 111        |
| 10.4       | Souvislost rodičovských stylů, které na pacienta působily v dětství, a OCD .                              | 113        |
| 10.5       | Vzájemná souvislost uvedených faktorů .....   | 117        |
| 10.6       | Souvislost mezi zkoumanými veličinami a výsledky léčby.....   | 119        |
| 10.7       | Limity, omezení .....   | 125        |
| <b>11.</b> | <b>ZÁVĚR .....</b>  | <b>127</b> |
|            | <b>SEZNAM LITERATURY.....</b>   | <b>129</b> |
|            | <b>PŘÍLOHY.....</b>   | <b>180</b> |

# ÚVOD

Obsedantně-kompulzivní porucha (OCD) je častá psychická porucha s významným dopadem na kvalitu života pacienta a jeho blízkých. Kromě biologických aspektů a operantního podmiňování se na jejím rozvoji podílí také různá dysfunkční přesvědčení. Ta se vyvíjí v závislosti na zkušenostech pacienta se subjektivně významnými situacemi a lidmi, kteří na něj v průběhu života působili. Jejich původ může sahát až do raného dětství.

Cíle této práce mají dvě základní roviny. První je zjistit, jestli závažnost a věk nástupu OCD souvisí s rodičovskými styly, s vybranými nepříznivými zkušenostmi v dětství a s aktuální dospělou vztahovou vazbou, která raná interpersonální schémata významně odráží. Druhou rovinou je prozkoumat, jakou roli mohou tyto faktory hrát ve výsledcích léčby poruchy.

Výzkumné práce zabývající se tématem dětské traumatizace a dospělé vztahové vazby v souvislosti s léčbou OCD jsou velmi ojedinělé, a oblast rodičovských stylů dosud nebyla v tomto kontextu zkoumána vůbec. Souvislosti rozvoje a závažnosti OCD s uvedenými faktory bylo věnováno více pozornosti, málokterá studie se však zaměřuje specificky na farmakorezistentní skupinu pacientů. Stejně tak pouze několik autorů zkoumalo souvislost nepříznivých zkušeností v dětství a rodičovských stylů s věkem nástupu poruchy. Předkládaná práce se snaží právě tato témata pokrýt a zmíněné mezery na poli poznání OCD vyplnit.

V neposlední řadě má objasnění uvedených souvislostí praktický význam, a to zejména pro léčbu pacientů, kteří nedostatečně reagují na farmakoterapii. Pokud by se vztah zkoumaných faktorů se závažností a efektem léčby poruchy prokázal, mohlo by to nastínit další možnosti, jak s takovými pacienty pracovat, a jak terapii přizpůsobit jejich potřebám, aby z ní mohli co nejvíce profitovat.

# I. Teoretická část

## 1. OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHA

### 1.1 Klinický obraz OCD

S celoživotní prevalencí 1–3 % patří obsedantně-kompulzivní porucha (OCD) mezi nejrozšířenější psychické poruchy, výrazně zhoršuje kvalitu života pacienta a může vést k jeho invalidizaci (Chaudhury et al. 2006). Mezi typické příznaky obsedantně-kompulzivní poruchy patří obsedantní myšlenky a kompulzivní nebo vyhýbavé chování. Obsedantní myšlenky jsou nepříjemné, mimovolní a vyvolávají v pacientovi negativní emoce (např. úzkost, pocit hnusu, studu nebo bezmoc) nebo vysokou míru napětí (Thorsen et al. 2018). Tyto negativní emoce se pak pacient snaží zmírnit kompulzemi, ujišťováním se, a případně jí předejít vyhýbavým jednáním (APA 2013).

**Obsedantní myšlenky** mohou nabývat různých konkrétních podob. Nemusí se jednat vždy o myšlenku jako takovou, ale například o obrazovou představu (např. představa nepříjemné vyrážky v důsledku potenciální kontaminace kožním onemocněním) nebo impuls (např. nutkání sáhnout si na část těla nebo pomalu usedat). Společným znakem je však to, že pacientům bývají nepříjemné a odporují jejich sebepojetí. Jsou tedy tzv. egodystonní (např. milující matka například trpí utkvělou představou, že shodí z balkonu své dítě, přestože mu nikdy neublížila a chce pro něj jen to nejlepší). Tyto myšlenky jsou mimovolné, vtíravé (intruzivní), a je velmi obtížné se jich zbavit (Abramowitz et al. 2003). Intruzivní myšlenky jsou běžné i v neklinické populaci (Julien et al. 2007), lidé s OCD jim však přiřkládají větší význam (Ladouceur et al. 2000).

Přes tuto nepříjemnost a mimovolnost však lidé trpící OCD tyto myšlenky považují za své vlastní, nikoli vnucené jinou entitou. O to těžší pak pro ně může být se s nimi vyrovnat. Protože považují obsese za součást sebe sama, mohou se vnímat jako morálně zkažení, považovat se za „blázny“ atd. Toto hodnocení vlastních psychických obsahů, tzv. meta-kognice, pak často vede k sebestigmatizaci, která ještě více komplikuje jejich situaci (Ocisková et al. 2014).

Obsedantní myšlenky a představy zpravidla vedou k jednání, kterým pacienti tyto pocity neutralizují (Stein 2002). Toto jednání se označuje jako **kompulze** a většinou nabývá



podoby stereotypních opakujících se úkonů, které mají určitý vztah k obsesi (např. opakované umývání rukou po kontaktu s domněle nebezpečným objektem jako obrana před kontaminací). Kompulze nemusí být vnějšimu pozorovateli vždy zjevné, protože mohou nabývat podoby tzv. mentálních kompulzí a odehrávat se pouze v mysli pacienta (např. pacient trpí obsesí, že má rakovinu – pokud tyto myšlenky přijdou, brání se jim tím, že si v duchu 20x řekne „Nemám rakovinu.“) (Abramowitz et al. 2003). Někteří autoři zvažují existenci čistě obsedantního typu OCD, u kterého kompulze nejsou přítomny. Williams et al. (2011) však ve své studii poukazují na to, že u pacientů, kterým je tento typ přisuzován, jsou viditelné kompulze často nahrazeny mentálními kompulzemi a ujišťováním se.

**Ujišťování se** je specifické chování, které má rovněž neutralizovat úzkost. Pacient s nutkavou potřebou kontrolovat dotažení kohoutků na plynovém sporáku se např. své partnerky ptá: „Opravdu jsou kohoutky dotažené? Neměl bych to ještě zkontrolovat?“. Úlevu od úzkosti mu pak místo přímé kontroly sporáku přináší ujištění partnerky, že je vše v pořádku. Přizpůsobení okolí pacienta symptomům OCD však situaci neprospívá a bývá naopak spojováno s větší závažností symptomů a horším psychickým zdravím rodiny (Kobori & Salkovskis 2013).

Protože obsedantní myšlenky většinou spouští nějaký podnět, další strategií lidí trpících OCD bývá **vyhýbavé chování**, které je charakteristické snahou nedostat se do situace, která vede ke vzniku obsedantních myšlenek (McGuire et al. 2012). Pokud např. milující matku trápí myšlenka, že ublíží svému dítěti, může být vyhýbavým chováním předcházení situacím, ve kterých by k takovému činu mohlo snadno dojít (např. odstraní všechny nože z domácnosti nebo nechodí společně s dítětem na balkón).

Pacienti si ve většině případů racionálně uvědomují nepřiměřenost svých obsesí a kompulzí. I když právě náhled bývá jedním z kritérií v diagnostice OCD, míra náhledu se může lišit mezi jednotlivými pacienty, ale i u jednoho pacienta v různých situacích. Někdy není jednoznačně identifikovatelné, jestli pacient náhled má, nebo ne (dichotomický přístup). V takových případech je pak užitečné uvažovat o náhledu spíše jako o kontinuu a u pacienta hodnotit míru náhledu (Attademo et al. 2012).

Přestože u většiny pacientů je možno nalézt základní princip poruchy (myšlenky vzbuzující úzkost či jiné negativní emoce, a chování, které ji redukuje), konkrétní projevy bývají velmi pestré. Podle obsahu je možné rozlišit různé **typy obsesí a kompulzí** (tabulka 1 na následující straně). Pomocí faktorové analýzy se pak někteří autoři snaží sdružovat jednotlivé příznaky do trsů a na jejich základě určit typy, respektive dimenze OCD (Baer 1994; McKay et al. 2004). V tomto ohledu však nepanuje všeobecná shoda, protože

různí autoři dospěli k odlišným dimenzím. Na této heterogenitě se podílí také neustálená terminologie a postup kategorizace: někdy je zjištěná dimenze vystihována převládající obsesí (např. tabuizované myšlenky), jindy nejnápadnější kompulzí (např. nadměrné umývání) (Chromý 2012). Bohužel se někdy používají nálepkující pojmy, jako je „kontrolor“, „umývač“, které redukují pohled na jedince na jednu charakteristiku podle typu obsese.

*Tabulka 1: Dělení obsesí a kompulzí z hlediska jejich obsahu podle škály Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; Goodman et al. 1989a, 1989b)*

| OBESE            | KOMPULZE                   |
|------------------|----------------------------|
| Agresivní obsese | Čištění, umývání           |
| Kontaminace      | Kontrolování               |
| Sexuální obsah   | Opakování činností         |
| Hromadění        | Počítání                   |
| Náboženský obsah | Uspořádávání/ organizování |
| Symetrie         | Hromadění, sbírání         |
| Somatický obsah  | Ostatní                    |
| Ostatní          |                            |

## 1.2 Epidemiologie

Až do 80. let se OCD považovala za spíše vzácnou poruchu. Ve své velké epidemiologické studii provedené na vzorku 18 500 lidí však Karno et al. (1988) zjistili, že celoživotní prevalence se pohybuje mezi 1,9 až 3,3 % osob v populaci, což byl přibližně 40x vyšší výskyt, než se do té doby odhadovalo. Tato čísla byla potvrzena i pozdějšími výzkumy. Ruscio et al. (2010) například na vzorku 2 073 dospělých respondentů uvádí celoživotní prevalenci 2,3 % při roční prevalenci 1,2 %. Frekvence výskytu poruchy v různých zemích je velmi podobná, ačkoli její projevy se mohou lišit v souvislosti s kulturními specifiky (Weissman et al. 1994). Vyskytuje se napříč všemi sociálními vrstvami, o něco častěji pak u žen než u mužů (Horwath & Weissman 2000). Bodová prevalence OCD v České republice je 0,99 % (Formanek et al. 2019)

U 30 % pacientů se porucha objevuje před 15. rokem života, u 60 % pak propuká do 25 let věku (Perse 1988). Některé výzkumy poukazují na to, že pacienti s časným nástupem

poruchy trpí závažnějšími příznaky a vyšší mírou komorbiditů než ti, u kterých se OCD rozvine později (Rosario-Campos et al. 2001; Fontenelle et al. 2003; Taylor 2011; Anholt et al. 2014). Jednotlivé studie se však liší ve stanoveném věku dělicím časný a pozdní nástup poruchy.

Výskyt OCD může být také přechodně ovlivněn velkými společenskými událostmi. Z 20 241 dospělých účastníků studie Pacitti et al. (2022), která proběhla na začátku pandemie COVID-19 v běžné populaci dospělých Italů jich 7 879 (necelých 39 %) popsalo klinicky významné obsedantně-kompulzivní příznaky. Zheng et al. (2020) zase na vzorku 570 obyvatel Wu-chanu zjistili, že 3 měsíce po ukončení karantény zavedené v souvislosti s onemocněním COVID-19 byly příznaky OCD patrné u téměř 18 % respondentů. V případě druhé zmíněné studie však může být závažnost tohoto zjištění nadhodnocená, protože autoři pro určení přítomnosti či nepřítomnosti OCD zvolili kritérium hodnoty Y-BOCS > 6, což bývá považováno za úroveň subklinických příznaků (Wootton & Tolin 2016).

Nižší intenzita příznaků typických pro OCD se totiž vyskytuje i v **běžné populaci** (Fullana et al. 2010). Ruscio et al. (2010) zmiňují, že více než čtvrtina účastníků jejich výzkumu uvedla, že se u nich někdy v životě vyskytly obsese nebo kompulze. Některé studie naznačují, že vtíravé myšlenky v podstatě neodlišitelné od obsesí zažívá až 90 % lidí, a od osob trpících OCD je pak odlišuje spíše kvantita těchto myšlenek a to, že u nich nevzbuzují pocit ohrožení (Salkovskis 1989).

### 1.3 Etiopatogeneze

Etiologie OCD je pravděpodobně multifaktoriální (Taylor et al. 2010a; Pallanti et al. 2011; Fava et al. 2014; Pauls et al. 2014). V anamnéze pacienta zpravidla nedokážeme rozeznat jedinou konkrétní příčinu, která by sama o sobě poruchu způsobila – jedná se spíše o souhrn různých vlivů. Jednotlivé faktory, které se na rozvoji OCD pravděpodobně podílí (např. patologické genetické faktory, nepříznivé vlivy v dětství, stresová událost fungující jako spouštěč atd.), pak často nacházíme i u pacientů s odlišnou diagnózou (Kessler et al. 2010). Níže stručně nastiňujeme dva základní okruhy teorií (biologické, psychologické), které se snaží vznik OCD vysvětlit.

### 1.3.1 Biologické pohledy na etiopatogenezi OCD

Studie rodin ukazují, že OCD má významnou *heritabilitu* (Pauls 2010). Až 35 % příbuzných prvního stupně trpí rovněž OCD, kdy příbuzní pacientů mají 4x větší pravděpodobnost, že rozvinou tuto poruchu než běžná populace (Bloch & Pittenger 2010). Ve své metaanalýze studií dvojčat, které byly do té doby v kontextu OCD provedeny, van Grootheest et al. (2005) dokazují, že tento jev není dán pouze výchovou a obecně prostředím, ve kterém lidé trpící OC příznaky vyrůstají, ale z velké části právě genetickými dispozicemi (rozdíl v konkordanci monozygotních a dizygotních dvojčat). Většina ze studií zahrnutých do této metaanalýzy se sice snažila odhadnout spíše dědičnost OC symptomů (nikoli přímo OCD), nicméně následná velká studie 854 dvojčat potvrdila tyto závěry také konkrétně pro dědičnost OCD (Bolton et al. 2007). Část genomu, která by byla specificky zodpovědná za vznik OCD, nebyla dosud nalezena. Výsledky výzkumů, které se tomuto tématu věnují, naznačují, že OCD je heterogenní skupina poruch, u kterých mohou hrát větší či menší úlohu různé geny. Je to také porucha s častou komorbiditou, u které se mohou podobné genetické varianty podílet na etiopatogenezi jiných psychických poruch (Strom et al. 2021). Předpokládá se, že určitý vliv na rozvoj OCD mají geny související se serotonergními, dopaminergními a glutamatergními drahami. Studie, které se touto problematikou zabývají, dochází často k odlišným výsledkům, a jediná genetická asociace replikovaná v následných studiích se týká transportního genu pro glutamát (SLC1A1) (Bloch & Pittenger 2010). Ze studie 484 pacientů s OCD 335 zdravých kontrol však vyplývá, že výskyt OCD může souviset s interakcí genu pro progranulin (PGRN) a dětských traumatických zkušeností (Wang et al. 2020). Podle jiné studie pak riziko rozvoje OCD zvyšuje interakce mezi dětským traumatem a haplotypy genů COMT (katechol O-methyltransferáza), MAOA (monoaminová oxidáza A) a MAOB (monoaminová oxidáza B) (McGregor et al. 2016).

Z hlediska neurochemických modelů se zdá, že *serotonin* hraje v rámci OCD důležitější roli než *dopamin* a *noradrenalin* (Fava et al. 2014). Jako nepřímý důkaz pro souvislost funkce serotonergního systému s OCD může sloužit fakt, že právě antidepresiva založená na selektivní inhibici zpětného vychytávání serotoninu (selective serotonin reuptake inhibitors; SSRI) bývají pro svou efektivitu první volbou při farmakoterapii této poruchy (Zai et al. 2019). Antipsychotika s vlivem na dopaminergní systém se pak zase často úspěšně používají při augmentaci léčby u pacientů, kteří na léčbu SSRI nereagují adekvátně (Zai et al. 2019).

Zkušenosti z neurochirurgických zákroků a výstupy neurozobrazovacích metod naznačují, že strukturální i funkční abnormality jsou u OCD pacientů patrné v různých částech mozku (Mindus et al. 1994; McGovern & Sheth 2017). Porucha je však nejčastěji dávána do

souvislosti s odlišnou funkcí *orbitofrontálního kortexu* a *gyrus cinguli*, které jsou součástí asociativní limbické kůry a kontrolují emocionální chování (Rauch et al. 2006; Bear et al. 2010) a *prefrontálního kortexu* zodpovědného za kognitivní chování a motorické plánování (Bear et al. 2010; Figee et al. 2013). V kontextu tématu této práce je zajímavý výsledek studie Brooks et al. (2016), kdy u pacientů s OCD souvisel větší objem pravé orbitofrontální kůry s vyšší mírou traumatizace v dětství.

### 1.3.2 Psychologické pohledy na etiopatogenezi OCD

V této podkapitole stručně nastiňujeme behaviorální a kognitivní pohled na etiopatogenezi poruchy. Kognitivně-behaviorální terapie (KBT), která z těchto pohledů vychází, je terapií první volby (NICE 2005; Nezgovorova et al. 2022), a byli jí také léčeni pacienti z našeho výzkumného vzorku.

#### **Behaviorální model OCD**

Z behaviorálního pohledu jsou obsese i kompulze naučené maladaptivní myšlenky a projevy chování (Meyer 1966; Marks 1997; Salkovskis 1998). Hypotéza o jejich vzniku vychází z dvoufaktorové teorie původu strachu a vyhubavého chování u úzkostných poruch (Mowrer 1939), která byla dále rozpracována Dollardem a Millerem (1950). V první fázi je strach spojen s neutrálním podnětem prostřednictvím klasického podmiňování (např. dítě má špinavé ruce a rodiče ho straší, že pokud si je neumyje, půjde do nemocnice – to v dítěti může vyvolat úzkost spojenou s ušpiněním). Ve druhé fázi je pak chování, které vede k redukci (nebo předcházení) úzkosti, negativně zpevňováno mechanismem operantního podmiňování (např. umyje si ruce a úzkost zmizí – posílení chování „mytí rukou“).

V přiměřené míře může být takové chování prospěšné, protože je ale redukcí úzkosti posilováno, může se rozvinout do neadaptabilní podoby (nadměrné umývání, nadměrné vyhýbání se ušpinění). Úzkost či jiné nepříjemné emoce spojené s původně neutrálním podnětem může člověk redukovat také chováním, které s původním podnětem přímo nesouvisí (např. dítě z uvedeného příkladu si v dané situaci může 10x v duchu říct „Nepůjdu do nemocnice.“, a tím samo sebe ubezpečit, že obávaný důsledek nenastane). Takové chování je opět v důsledku jeho spojení s neutralizací nepříjemných emocí negativně zpevňováno.

Užitečnost behaviorálního modelu spočívá zejména v tom, že vysvětluje, proč lidé s OCD vykonávají kompulze navzdory jejich zjevným negativním důsledkům (tzn. protože

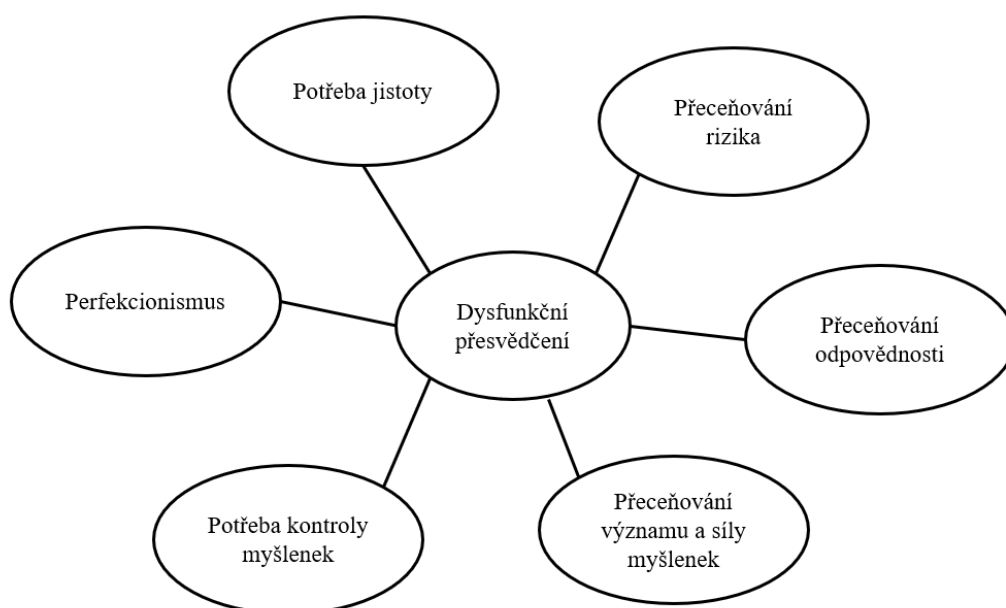
pomáhají neutralizovat nepříjemné emoce). Této znalosti se pak využívá během terapie, kdy se pacient učí, že úzkost časem pomine sama i bez vykonání kompulze (Meyer 1966; Salkovskis 1998). Principy behaviorální terapie podrobněji popisujeme v kapitole „Léčba“.

### **Kognitivní model OCD**

Kognitivní pohled na OCD se zaměřuje na roli dysfunkčních přesvědčení, které poruchu provází. Pro pochopení vzniku dysfunkčních přesvědčení a jejich role v dynamice OCD je klíčový *koncept jádrových schémat* zakladatele kognitivní psychologie A. T. Becka (1976). Jádrová schémata jsou hluboce uložená přesvědčení o sobě, ostatních a okolním světě. Vznikají zpravidla na podkladě ranných zkušeností a ovlivňují způsob, jakým si vykládáme různé situace ve svém životě a jak se v nich následně zachováme. U úzkostných osob bývají jádrová přesvědčení negativní (např. „jsem neschopný“ nebo „svět je nebezpečný“), což může vést k tomu, že stejnému podnětu připisují jiný význam než lidé s pozitivními schématy o sobě a okolí (Beck 1976).

Jádrová schémata vedou k různým dysfunkčním přesvědčením, která zkreslují náš pohled na svět a komplikují naše fungování v něm. Mohou se týkat například přeceňování vlastní odpovědnosti, nadměrné potřeby jistoty, nebo přesvědčení, že musím mít vše pod kontrolou (Salkovskis et al. 1998; Taylor et al. 2010b; Barcaccia et al. 2015). Dysfunkční přesvědčení by se dala připodobnit ke špatně nakreslené mapě, která neodráží krajinu, kterou má zobrazovat. Pacientovo jednání vedené těmito dysfunkčními přesvědčeními pak připomíná bloudění podle takové špatné mapy – trvá mu dlouho a s mnohem větší námahou dojít, kam potřebuje. Skupina autorů zabývajících se výzkumem OCD popsala *šest domén dysfunkčních přesvědčení*, které se v určité míře vyskytují u většiny pacientů s OCD (OCCWG 1997; obrázek 1 na následující stránce). Rozsah této práce neumožňuje podrobný popis každé z těchto domén, nejčastějším z nich se však věnujeme dále v této podkapitole a k dalším se vracíme v rámci kapitoly o kognitivní terapii OCD.

Obrázek 1: Domény dysfunkčních přesvědčení u OCD (podle OCCWG 1997)



Jádrová přesvědčení a dysfunkční přesvědčení jsou zásadním konceptem pro pochopení OCD a základem pro KBT této poruchy (Adams et al. 2012; Abramowitz 2022). Toto téma je také významné z hlediska naší práce, protože v empirické části se věnujeme souvislosti OCD s faktory, které mohou tvorbu dysfunkčních jádrových přesvědčení potenciálně ovlivňovat.

Důležitým jevem provázejícím OCD jsou *metakognice* (hodnocení myšlenek, myšlenky o myšlenkách). Intruzivní myšlenky (např. situace: dítě řve, obsese: „Co když mu dám facku?“) jsou běžné i v obecné populaci (Rachman & de Silva 1978; Salkovskis 1999). Zatímco většina lidí je ale prostě ignoruje nebo se nad nimi jen krátce pozastaví („Co mě to zase napadlo za hloupost?“), lidé s OCD jim přikládají větší význam („Tohle může napadnout jen opravdu zkaženého člověka.“). Podle Salkovskis (1989) lidé s OCD často hodnotí intruzivní myšlenky jako něco nenormálního a nevhodného. Takové hodnocení vede k tomu, že tyto myšlenky ohrožují sebepojetí a vyvolávají nepřiměřeně silnou úzkost a další negativní pocity (Salkovskis 1989). Zde se nabízí propojení s výše popsáním vlivem jádrových schémat na hodnocení podnětů – lidé s pozitivními jádrovými schématy (např. „Jsem dobrý člověk.“) zpravidla připisují intruzivním myšlenkám menší význam, a je pro ně jednodušší je ignorovat (Abramowitz 2022).

Metakognice mají v rozvoji poruchy klíčový význam. Nepříjemné emoce, které jsou s nimi spojeny, vedou ke snahám o potlačení původní intruzivní myšlenky pomocí kompulzí, nebo ke snaze předejít jejímu vzniku pomocí vyhýbavého chování (Briggs & Price 2009). Kompulze a vyhýbavé chování pak sice z krátkodobého hlediska člověka chrání před

nepříjemnými emocemi, dlouhodobě ale problém prohlubují, protože zabraňují střetu pacienta s těmito myšlenkami a upírají mu možnost zjistit, že jsou přehnané a nerealistické. Irak & Tosun (2008) ve své studii potvrdili, že metakognice zprostředkuje vztah mezi úzkostí a závažností obsedantně-kompulzivních příznaků.

Dalším jevem, který se u pacientů s OCD objevuje, je *spojení myšlenky a akce* (thought-action fusion; TAF; Rachman 1993). Jedná se o chybné přesvědčení o tom, že myšlenka může sama o sobě zvýšit pravděpodobnost nějakého nevhodného činu (např. čím víc myslím na to, že strčím někoho pod projíždějící vlak, tím spíš to udělám) nebo události (např. přemýšlením o rakovině ji přivolám na své děti). Dalším typem TAF je přesvědčení, že myšlenky na nějaký akt (např. nevěra) mají stejnou morální hodnotu jako akt samotný. V důsledku TAF lidé s OCD přeceňují význam běžných intruzivních myšlenek, považují je za nepřijatelné a vyvíjejí zvýšenou snahu o jejich kontrolu (Reuman et al. 2018; Kim & Lee 2020).

Z analýzy Fava et al. (2014) vyplývá, že kognitivní a biologické teorie jsou v zásadě kompatibilní. Dílčí nesoulad mezi nimi pak autoři vysvětlují multifaktoriální etiologií či hypotetickou existencí různých subtypů OCD.

## 1.4 Diagnóza

Pro OCD je charakteristická přítomnost obsesí a/ nebo kompulzí, které jsou časově náročné a způsobují narušení v důležitých životních oblastech jedince (WHO 2021; APA 2022). Toto základní diagnostické vodítko můžeme najít v obou paralelně užívaných klasifikačních systémech (Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické asociace, Mezinárodní klasifikace nemocí), které detailněji popisujeme níže (WHO 2021; APA 2022).

### 1.4.1 Kritéria OCD v DSM-5

V rámci nejnovější textové revize 5. edice Diagnostického a statistického manuálu (DSM-5-TR; APA 2022) má OCD přidělený kód 300.3 a je zařazena do kapitoly Obsedantně-kompulzivní a související poruchy. Diagnostická kritéria spočívají v přítomnosti obsesí a/ nebo kompulzí, které zabírají více než hodinu denně, způsobují významnou nepohodu nebo narušují sociální, pracovní případně jinou důležitou životní oblast. Příznaky nesmí být možno přičíst fyziologickému účinku užívaných látek (např. léky, návykové látky) nebo jiným zdravotním podmínkám, a nelze je lépe vysvětlit



symptomy jiné psychické poruchy. V DSM-5-TR lze pak u OCD dále specifikovat, je-li přítomna také tiková porucha, a jaký má pacient náhled (s dobrým nebo slušným vhladem/ se špatným vhladem/ s chybějícím vhladem nebo bludnými přesvědčeními) (APA 2022).

#### 1.4.2 Kritéria OCD v MKN-10

V 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10; WHO 2015), která je aktuálně platná v České republice (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2024), má OCD přidělen kód F42 a řadí se do kategorie Neurotické, stresové a somatoformní poruchy. V rámci hierarchické struktury je pak možné diagnózu dále specifikovat na Převážně vtíravé myšlenky nebo ruminace (F42.0), Převážně nutkavé činy/rituály (F42.1), Smíšené nutkavé myšlenky a činy (F42.2), Jiné obsedantně-nutkavé poruchy (F42.8) a Obsedantně-nutkavou poruchu nespecifickou (F42.9).

Pro stanovení diagnózy musí být obsese a/ nebo kompulze přítomny po dobu nejméně dvou týdnů a musí vyvolávat tíseň nebo narušovat sociální nebo individuální činnosti pacienta (obvykle ztrátou času). Mezi hlavní rysy obsesí patří, že jsou nepříjemné, přehnané nebo nesmyslné, pacient se jim neúspěšně snaží odolávat a uznává, že vznikají v jeho vlastní mysli. Obsese a kompulze zároveň nejsou důsledkem jiných psychických poruch, jako jsou např. schizofrenie a příbuzné poruchy (F20-F29), poruchy nálady (afektivní poruchy) (F30-F39) nebo anankastická porucha osobnosti (F60.5) (WHO 2015).

#### 1.4.3 Kritéria OCD v MKN-11

Jedenáctá revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11; WHO 2021) byla schválena v květnu 2019 a s pětiletým přechodným obdobím vstoupila v platnost od ledna 2022 (Reed et al. 2019). Oproti desáté revizi došlo v MKN-11 k mnoha změnám, které zahrnují mj. novou strukturu kapitol, nové diagnostické kategorie, změny v diagnostických kritériích a dimenzionální přístup ke klasifikaci (Gaebel et al. 2020). Česká republika se aktuálně nachází v implementační fázi, v praxi se tedy stále používá MKN-10. Oficiální překlad MKN-11 dosud nevyšel, pracovní náhled české verze po úvodní validaci obsahu klinickými experty je aktuálně dostupný na uzis.cz (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2024).

V MKN-11 je OCD označena kódem 6B20 a řadí se do samostatné subkategorie Obsedantně-kompulzivní nebo příbuzné poruchy. Stejně jako v předchozí revizi jsou i zde základními rysy OCD obsese a kompulze, které jedinci zabírají hodně času nebo vedou k

významnému distresu či narušení důležitých životních oblastí. Příznaky přitom nesmí být projevem jiné nemoci, a nejsou způsobeny účinky látky nebo léku na centrální nervový systém. Oproti MKN-10 došlo v nové revizi ke změně v členění této poruchy – diagnózu je možno dále upřesnit na OCD s přiměřeným až dobrým náhledem (6B20.0), OCD s nedostatečným až chybějícím náhledem (6B20.1), a nespecifikovanou OCD (6B20.Z) (WHO 2021). Pojetí OCD v MKN-11 se tedy podobá struktuře DSM-5-TR.

#### 1.4.4 Poruchy OCD spektra

Koncept poruch OCD spektra je založený na myšlence, že řada poruch z různých diagnostických kategorií vykazuje obsedantně-kompulzivní rysy (Allen et al. 2003). Příbuznost členů jakéhokoli spektra se opírá o fenomenologickou podobnost, vysokou komorbiditu mezi jednotkami uvnitř spektra, podobnou komorbiditu s poruchami mimo spektrum, rodinnou kumulaci poruch spektra, shodné neurobiologické nálezy i o odezvu na specifickou léčbu, a případně o další zdůvodnění (Chromý 2007).

V případě obsedantně-kompulzivní poruchy existuje více pohledů na to, jaké další diagnózy do OCD spektra patří (Allen et al. 2003; Stein & Lochner 2006; Hollander et al. 2007; Prakash & Mitra 2008; Murphy et al. 2010). Allen et al. (2003) rozdělují příbuzné poruchy do tří klastrů:

1. Poruchy související s vnímáním vlastního těla (tělesná dysmorfická porucha, hypochondrická porucha, poruchy příjmu potravy, depersonalizace)
2. Poruchy související s kontrolou impulzivity (patologické hráčství, sexuální kompulzivita, kleptomanie, trichotilomanie, intermitentní explozivní porucha, hraniční porucha osobnosti a antisociální porucha osobnosti)
3. Neurologické poruchy (autismus, Aspergerův syndrom, Sydenhamův syndrom, Tourettův syndrom) související s funkcí bazálních ganglií a projevující se mj. repetitivním chováním, rituály a potřebou pevné rutiny (Allen et al. 2003).

Změna pohledu na příbuznost poruch podobných OCD se odráží také v nejnovějších revizích DSM-5-TR a MKN-11. Zatímco v DSM-IV (APA 1994) patřila OCD mezi úzkostné poruchy (mj. spolu s fobiemi, panickou poruchou nebo generalizovanou úzkostnou poruchou), které spojuje zejména nějaká forma úzkostného prožitku, v DSM-5-TR má již samostatnou kategorii Obsedantně-kompulzivní a související poruchy, do které mimo OCD patří dysmorfobická porucha, porucha hromadění, trichotilománie a exkoriační porucha (APA 2022).

V MKN-10 (WHO 2015) spadala OCD do kategorie Neurotické, stresové a somatoformní poruchy, zatímco v MKN-11 se řadí do kategorie Obsedantně-kompulzivní nebo příbuzné poruchy. Ta mimo OCD obsahuje také Tělesnou dysmorfickou poruchu, čichovou vztahovačnou poruchu, hypochondrickou poruchu, poruchu hromadění a repetitivní poruchy chování zaměřené na tělo (trichotilománie, exkoriační porucha) (WHO 2021). Podkladem pro vytvoření této kategorie byly důkazy, že jádrovými rysy všech zmíněných poruch je výskyt nechtěných myšlenek a souvisejícího opakujícího se chování. Poruchy v této kategorii se navíc častěji objevují v rodině pacienta diagnostikovaného jednou z nich a mají podobný genetický a neurobiologický podklad. Kromě toho se často vyskytují současně a některé z nich reagují podobně na specifickou psychofarmakologickou a psychologickou léčbu (Stein et al. 2016). V rámci tohoto výzkumu se zabýváme pouze samotným OCD, ne ostatními poruchami spektra.

## 1.5 Diagnostika

Přestože obsedantně-kompulzivní poruchu je možno účinně léčit, u mnoha lidí, kteří trpí jejími příznaky, není OCD diagnostikována nebo je zaměněna za jinou poruchu, takže se k efektivní léčbě nedostanou (Grabill et al. 2008; Stahnke 2021), případně bývá diagnostikována s velkou časovou prodlevou od jejího začátku (Ziegler et al. 2021; Hezel et al. 2022). Pokud se člověk s OCD k lékaři dostaví, popisované potíže mohou být obecně úzkostného nebo depresivního rázu a nemusí být tedy hned zřejmé, že se jedná právě o tuto poruchu. V takovém případě je vhodné záměrně se doptat, jestli se u pacienta objevují rušivé myšlenky nebo opakované chování (Fenske & Petersen 2015). Je také možné použít některou ze screeningových metod, například čtyř-položkovou škálu ICI-4 (Abramovitch et al. 2021) nebo příslušnou sekci pro OCD z diagnostického interview MINI (Sheehan 1998).

Přidělení diagnózy OCD je závislé na naplnění diagnostických kritérií podle používaného manuálu (zde MKN-10; WHO 2015). Pátráme také po možných komorbidních poruchách. Nabízí se zde také možnost pomocného diagnostického využití neurozobrazovacích metod. V meta-analýze dvanácti studií Bruin et al. (2019) popisují výsledky nové techniky analýzy neurozobrazovacích dat, na jejímž základě bylo možno diagnostikovat OCD s přesností 66–100 %.

Cílem diagnostického rozhovoru je zformulovat hypotézu o tom, jak porucha u daného pacienta vznikla a co ji udržuje. Kromě standardně zjišťovaných anamnestických údajů se specificky zaměříme na výskyt a četnost obsesí a kompulzí, nakolik jim pacient věří,

doptáváme se na situace a spouštěče, které je aktivují, a monitorujeme vyhýbavé a zabezpečovací chování (Salkovskis 1999).

Závažnost poruchy (případně míru terapeutického pokroku) můžeme posoudit např. pomocí škály Y-BOCS (Goodman et al. 1989a; 1989b), jejíž sebehodnotící varianta (Y-BOCS-SR) byla použita i v naší studii a je detailněji popsána v kapitole „Metodologický rámec“. Dalšími nástroji pro hodnocení závažnosti obsesí a kompulzí jsou např. Obsessive Compulsive Inventory-Revised (OCI-R) nebo Padua Inventory Revised, v případě dětských pacientů se používá CY-BOCS (International OCD Foundation 2024). Doplnkově je také užitečné hodnotit míru úzkosti (BAI; Beck et al. 1988) a deprese (BDI-II; Beck et al. 1996), závažnost disociativních symptomů (DES; Bernstein & Putnam 1986), celkovou závažnost poruchy (CGI; Guy 2000). Všechny tyto nástroje jsou rovněž detailněji popsány v empirické části této práce.

## 1.6 Diferenciální diagnóza

Diagnóza OCD by neměla být stanovena v případě, kdy příznaky lze přičíst jiné poruše nebo jsou důsledkem užívání návykových látek (APA 2013; WHO 2015). V rámci diferenciální diagnostiky jde tedy o odlišení poruch, které mohou mít podobné projevy, od OCD.

Ruminace provázející **depresivní poruchu** se někdy mohou zdát podobné obsesím, ale pacienti s depresí obvykle nepovažují své myšlenky za absurdní nebo cizí a nepokoušejí se je blokovat nebo se jim vyhýbat (Eddy & Walbroehl 1998). Pacienti s depresí se zpravidla snaží vyhýbat se situacím, v nichž je napadají depresivní myšlenky, a pokud se je snaží blokovat – neuvítají k tomu kompulze, ale odklon pozornosti k jiné činnosti.

Obsese také mohou někdy vykazovat podobné rysy s nadměrnými obavami typickými pro **generalizovanou úzkostnou poruchu (GAD)**. V případě GAD jsou však zdrojem obav spíše běžné obecnější oblasti života (práce, rodinní příslušníci, finanční zabezpečení atd.) a pacient je považuje za realistické a odpovídající situaci. Oproti tomu obsese u OCD bývají specifitější a pacienti je většinou vnímají jako přehnané a ego-dyssonní (Eddy & Walbroehl 1998). Navíc u generalizované úzkostné poruchy se neobjevují kompulze, ani v chování ani v myšlení. Problémy v diagnostice působí komorbidita OCD a GAD, kde se vyskytují vedle sebe jak obavy a starosti bez kompulzí, tak obsese a kompulze (Brown et al. 1993).

V případě diferenciální diagnostiky **psychotických poruch** je třeba odlišit obsese a kompulze vyskytující se u OCD od bludů a repetitivního chování, které jsou typické pro

psychotické poruchy (Oulis et al. 2013; Vrbova et al. 2022). Blud přítomný u psychotických poruch lze od obsedantních myšlenek odlišit díky kritériu náhledu (Vrbova et al. 2022), což však může být problematické v případě varianty OCD se špatným až chybějícím náhledem (6B20.1 dle MKN-11; WHO 2021). Kompulzivní chování u OCD se od repetitivního chování objevujícího se u psychotických poruch zase liší tím, že má za cíl snížit negativní emoce vyvolané obsesí (Sassano-Higgins et al. 2015; Vrbova et al. 2022). Rozpoznat psychotickou poruchu mohou pomoci také další příznaky (např. halucinace, dezorganizovaná řeč, emoční oploštělost), které ji často provází, a u OCD nejsou běžné (Sassano-Higgins et al. 2015; WHO 2021).

OCD se také často zaměňuje s obsedantně kompulzivní (v MKN v trochu jiném pojetí anankastickou) poruchou osobnosti (**OCPD**). I když některé výzkumy naznačují, že obsedantně-kompulzivní osobnostní rysy v dětství mohou být spojeny s pozdějšími projevy OCD (Pinto et al. 2015; Park et al. 2016) je třeba tyto diagnostické jednotky odlišit. Na rozdíl od OCD, která je charakteristická intruzivními myšlenkami nebo opakovanými úkony, se v případě OCPD jedná o pervazivní vzorec chování, který je typický sklonem k perfekcionismu, skrupulóznosti, nadměrné (až rigidní) organizovanosti a potřebou kontroly nad svým okolím. Lidé s OCPD vnímají myšlenky a jednání dotčené výše zmíněnými charakteristikami jako správné a přiléhavé situaci; obsese v podobě ego-dystonních nutkavých myšlenek a stereotypní kompulze v případě OCPD prakticky chybí (Fenske & Petersen 2015; Sedlackova et al. 2016; Pinto et al. 2022; Rizvi & Torrico 2023). V kontextu této práce je také zajímavé, že OCPD bývá často spojováno s rodičovskými styly v dětství. Například Nordahl & Siles (1997) našli souvislost mezi OCPD a nižší péčí a vyšší kontrolou ze strany otce. Crisan et al. (2023) zase poukazuje na souvislost OCPD (a dalších poruch osobnosti) a nepříznivých událostí v dětství.

V určitém aspektu se OCD podobá také *nutkavým a impulzivním poruchám* (např. patologické hráčství) a *syndromu závislosti na návykových látkách*. Ve všech třech zmíněných diagnostických kategoriích je přítomné puzení k opakovaným činnostem, které nemají racionální základ (a mohou pacienta i poškozovat), a zároveň je velmi náročné tomuto puzení odolat (Potenza et al. 2009). OCD však není spojeno s prožitkem cravingu a kompulzivní chování samo o sobě nepřináší potěšení (jen redukci úzkosti nebo jiných negativních emocí) (Grant et al. 2006).

OCD sdílí také některé rysy s posttraumatickou stresovou poruchou (**PTSD**); u obou poruch se vyskytují zejména intruzivní myšlenky a zabezpečovací a vyhýbavé chování (Fenlon et al. 2024). V případě OCD se však myšlenky týkají stresujících událostí, které

mohou potkat pacienta nebo jeho blízké, zatímco PTSD pacienti obvykle zažívají opakované vzpomínky na svůj traumatický zážitek (Morina et al. 2016).

Často bývá těžké rozlišit OCD a *Tourettův syndrom*, zejména pak u komplexních motorických tiků. Ve většině případů lze tyto tiky od kompulzí odlišit důvodem, který má pacient pro jejich provádění. Zatímco kompulze provádí pacient záměrně s cílem redukovat úzkost, tiky jsou mimovolní a nebývají přímo spojeny s prožitkem úzkosti ani nemají za cíl zabránit nějaké domnělé škodě či nebezpečí. Tourettův syndrom také zpravidla neprovází obsese. Existují však také kompulzivní tiky a kognitivní tiky, které sdílí charakteristiky jak tiků, tak i obsesí a kompulzí (Szejko & Muller-Vahl 2021).

Myšlenky týkající se přítomnosti nemoci, které jsou typické pro *hypochondrickou poruchu*, se mohou podobat somatickým obsesím. V případě obou poruch se mohou vyskytovat také obavy z kontaminace či infekce, které u OCD mohou nabývat podoby obsesí. Tyto myšlenky mohou také vyvolávat podobné chování jako například vyhledávání ujištění nebo provádění samovyšetření. Hlavním rozdílem je, že myšlenky provázející hypochondrickou poruchu bývají ego-syntonní, zatímco obsese jsou ego-dystonní. Z tohoto vychází také druhý rozdíl, který spočívá v tom, že lidé s OCD mají tendenci chování vycházející z těchto myšlenek více skrývat a vzdorovat mu (Starcevic 2014).

Kandidáty na diferenciální diagnostiku mohou být kromě uvedených také další poruchy – např. specifické fobie, sociální fobie, hromadění, poruchy příjmu potravy, tělesná dysmorfická porucha (Rasmussen & Eisen 1992). Popisovat u všech těchto poruch rozdíly vůči OCD je mimo rámec této práce.

## 1.7 Komorbidita

V úvodu této kapitoly jsou stručně nastíněny specifické rysy komorbidní OCD, hlavní část je pak věnována jednotlivým komorbidním okruhům. Vzhledem k tomu, že tato práce se mj. zaměřuje na souvislost dospělé vazby, nepříznivých zkušeností v dětství a rodičovských stylů se závažností příznaků úzkosti, deprese a disociace, nejvíce prostoru je věnováno komorbiditě OCD s poruchami nálady, s úzkostnými poruchami a s disociativními projevy. Specificky pak rozebíráme zejména PTSD, její podobnost s OCD a význam dětské traumatizace v její etiologii. Přítomnost komorbidní diagnózy je v případě OCD spíše pravidlem než výjimkou a paleta komorbidních poruch je velmi pestrá (Hofmeijer-Sevink et al. 2013; Sharma et al. 2021). Kromě dále rozebíraných okruhů je také doložena například komorbidita s poruchami osobnosti (Bulli et al. 2016; Thamby &

Khanna 2019) nebo s psychotickými poruchami (Mawn et al. 2020; Rowe et al. 2022). Tyto okruhy však příliš nesouvisí se zaměřením této práce.

Z výsledků nedávné metaanalýzy zaměřené na komorbiditu u pacientů s OCD, do které bylo zahrnuto 91 studií (15 808 respondentů), vyplývá, že OCD bývá komorbidní přibližně v 69 % případů (Sharma et al. 2021). Hofmeijer-Sevink et al. (2013) uvádí současnou komorbiditu v případě 55 % pacientů s OCD a celoživotní komorbiditu 78 %. Vyšší míra komorbidit je spojená se závažnějšími specifickými (Tukel et al. 2002; Ruscio et al. 2010) i nespecifickými (Tukel et al. 2002) příznaky, jako je úzkost, napětí nebo depresivita. Významnými faktory, vedoucími ke zranitelnosti vůči rozvoji komorbidních poruch u OCD, jsou dětské trauma a neuroticismus (Hofmeijer-Sevink et al. 2013).

### 1.7.1 Komorbidita s poruchami nálady

Nejčastější komorbidní diagnózou bývá v případě OCD depresivní epizoda, která se v době měření vyskytuje u více než jedné třetiny pacientů, celoživotně je pak její výskyt zhruba dvojnásobný (Perugi et al. 1997; Tukel et al. 2002). Také bipolární porucha je u OCD běžná – Chen & Dilsaver (1995) uvádí u OCD pacientů celoživotní prevalenci komorbidní bipolární poruchy 21 %. Výzkumy naznačují, že tyto komorbidní diagnózy souvisí s odlišnými klinickými charakteristikami pacientů s OCD, jsou spojeny se závažnějšími OCD symptomy a vyšším rizikem suicidálních pokusů (Viswanath et al. 2012). Mohou také vést k horšímu průběhu poruchy (Perugi et al. 1997, Mucci et al. 2018) a snižovat efekt léčby (Overbeek et al. 2002) a snižovat pravděpodobnost remise (Marcks et al. 2011).

Souběžný výskyt OCD a bipolární poruchy komplikuje léčbu, protože SSRI mohou způsobit přesmyk do mánie či hypomanie (Mucci et al. 2018). Z hlediska farmakoterapie se v takových případech osvědčují stabilizátory nálady, v těžších případech pak kombinované s atypickými antipsychotiky (Amerio et al. 2014; Mucci et al. 2018). Oproti tomu komorbidita OCD s unipolární depresí nemá na farmakoterapii zásadní vliv, protože lékem volby jsou v obou případech SSRI (Perugi et al. 1997).

Z výsledků metaanalýzy 55 studií (n = 4 386) vyplývá, že lidé se zaujatým stylem dospělé vazby (preoccupied; vysoká vazebná úzkostnost, nízká vazebná vyhýbavost) vykazovali vyšší míru depresivních příznaků ve srovnání s lidmi s bezpečnou vazbou. Pro vyhýbavý styl vazby (nízká úzkostnost, vysoká vyhýbavost) se tento vztah neprokázal (Dagan et al. 2018). U pacientů s poruchami nálady zaznamenáváme také mnohem větší výskyt dětských nepříznivých zkušeností (Lu et al. 2008; Palmier-Clouse et al. 2016; Jaworska-Andryszewska & Rybakowski 2019). Metaanalýzy studií na toto téma naznačují,

že dětská traumatizace může vést ke strukturálním změnám v mozku, které mohou s poruchami nálad souviset (Jaworska-Andryszewska & Rybakowski 2019; Antoniou et al. 2023). V jiné metaanalýze byl zase doložen vztah mezi poruchami nálady a retrospektivně hodnoceným rodičovským stylem typickým nízkou úrovní péče a vysokou úrovní kontroly (Kid et al. 2022).

### 1.7.2 Komorbidita s úzkostnými poruchami

Úzkostné poruchy jsou u pacientů s OCD relativně častou komorbidní diagnózou (Crino & Andrews 1996) a mnohdy předchází rozvoji OCD (Menzies et al. 2021). Z dat získaných od 3 711 pacientů s primární OCD vyplývá, že komorbidní GAD postihuje 19,3 % vzorku, specifickými fobiemi trpí 19,2 % a sociální fobii 18,5 % (Brakoulias et al. 2017). Piggot et al. (1994) uvádí podobná čísla, komorbidní panickou poruchu má pak podle jejich studie 12 % pacientů s OCD.

Pacienti s úzkostnými poruchami často uvádí nepříznivé zkušenosti v dětství (Fernandes & Osorio 2015; Gardner et al. 2019). V rozvoji úzkostných poruch hraje pravděpodobně významnou roli i nedostatek autonomie poskytované dítěti během výchovy (Kullberg et al. 2020; Yaffe 2021). Nolte et al. (2011) zase v etiologii úzkostných poruch zdůrazňují roli dětské vazby – rané vazebné zkušenosti považují za zprostředkovatele souhry mezi genetickými, environmentálními a epigenetickými faktory, které vedou k jejich rozvoji.

Vzhledem k tomu, že v empirické části se mj. zabýváme také vztahem mezi OCD a dětskými traumatickými zkušenostmi, rád bych na tomto místě věnoval prostor komorbiditě OCD a posttraumatické stresové poruchy (PTSD). Nepatří přímo mezi úzkostné poruchy ale do okruhu poruch spojených se stresem. Z literatury vyplývá, že u lidí, kteří prožili traumatickou událost, se OCD vyskytuje mnohem častěji (30 – 82 %) než v běžné populaci (1,1 – 1,8 %) (Dykshoorn 2014). Pacienti se souběžnou diagnózou PTSD a OCD pak zažívají závažnější OCD příznaky (Ojserkis et al. 2017; Pinciotti & Orcutt 2020; Pinciotti et al. 2022), ačkoli se zdá, že na závažnost PTSD symptomů nemá komorbidita s OCD vliv (Pinciotti 2020; Pinciotti et al. 2022). Komorbidní PTSD také negativně souvisí s úspěšností léčby OCD (Gershuny et al. 2002; Semiz et al. 2014). Přestože PTSD se může rozvinout i později na podkladě traumatu prožitého v dospělosti, zkušenosti z dětství v ní mohou hrát významnou roli, čímž se jejich vztah podobá souvislostem, které jsou předmětem této práce. Některé neurologické studie naznačují, že ranné stresující události vedou k neurologickým změnám, a ovlivňují reakci na stres během následujícího života jedince (Brady & Back 2012; Daniels et al. 2013). Traumatické



zkušenosti v dětství bývají spojovány s rizikem rozvoje PTSD (Yehuda et al. 2001a; Cloitre et al. 2009; Khoury et al. 2010). U dospělých s PTSD, kteří byli během dětství traumatizováni, je pak pozorován vztah mezi raným traumatem a pozdější retraumatizací (Yehuda et al. 2001b). Mezi symptomy OCD a PTSD je výrazný překryv a pacienti mají potíže je od sebe odlišit (Huppert et al. 2005; Franklin & Raines 2019). V KBT modelu PTSD popsaném Ehlers & Clark (2000) můžeme vidět podobnosti mezi oběma poruchami jak v intruzivní povaze myšlenek, které je obě provází, a vedou k nadhodnocování hrozby a podhodnocování vlastních schopností ji zvládnout, tak i v reakcích na tyto myšlenky spočívajících podobně jako u OCD ve snaze o jejich potlačení, a v zabezpečovacím a vyhýbavém chování (Dykshoorn 2013).

Přítomnost traumatu je často dávána do souvislosti s OCD rezistentní vůči léčbě. Ve studii 104 pacientů s rezistentní OCD Gershuny et al. (2008) zjistili, že 82 % z nich mělo traumatickou zkušenost v anamnéze a 39 % splňovalo kritéria pro PTSD. Trauma v anamnéze pak jako jeden z faktorů souvisejících s rezistentní OCD uvádí i Semiz et al. (2014).

### 1.7.3 Disociativní projevy u OCD

Z nedávné systematické přehledové studie, do které bylo zařazeno 41 studií (celkem 9 438 účastníků), vyplývá, že prevalence disociativních poruch u dospělých jedinců s OCD je 8 % (Sideli et al. 2023). Kromě toho lidé s OCD uvádí více disociativních symptomů než neklinická populace, disociativní a obsedantně-kompulzivní příznaky spolu středně silně korelují (Sideli et al. 2023). Závažnost disociace souvisí u pacientů s OCD přímo úměrně se závažností obsedantně kompulzivních příznaků (Prasko et al. 2010; Belli et al. 2012; Belli et al. 2013; Semiz et al. 2014; Tatli et al. 2018) a příznaků všeobecné úzkosti a deprese (Raszka et al. 2009; Prasko et al. 2010). Může být také prediktorem horší odezvy na léčbu (Prasko et al. 2009; Belli et al. 2012; Semiz et al. 2014).

## 1.8 Průběh

### 1.8.1 Věk nástupu poruchy

Průměrný věk nástupu poruchy se v různých studiích liší, středová hodnota se často pohybuje kolem 19 let (Anholt et al. 2014; Ziegler et al. 2021). Mnoho studií poukazuje na bimodální počátek rozvoje OCD (s časným nástupem a s pozdějším nástupem), přičemž nástup poruchy vnímají jako faktor, který rozlišuje pacienty s OCD na 2 skupiny

s odlišnými charakteristikami (Anholt et al. 2014; Albert et al. 2015). Časný nástup poruchy je:

- Typičtější pro mužské pacienty (Fontenelle et al. 2003; Taylor et al. 2011; Frydman et al. 2014; Pittenger & Bloch 2017; Grover et al. 2018),
- Má vyšší podíl dědičných vlivů (Delorme et al. 2005; Taylor et al. 2011; Pittenger & Bloch 2017),
- Je spojený s Tourettovým syndromem nebo jinou tikovou poruchou (Rosario-Campos et al. 2001; Delorme et al. 2005; Taylor et al. 2011; Nakatani et al. 2011; Pittenger & Bloch 2017),
- Má vyšší závažnost OCD příznaků (Rosario-Campos et al. 2001; Fontenelle et al. 2003, Taylor et al. 2011,)
- Vykazuje horší odpověď na léčbu (Rosario-Campos et al. 2001; Fontenelle et al. 2003, Taylor et al. 2011).

Středová hodnota časného a pozdějšího nástupu OCD se v různých studiích opět liší, ale většinou odpovídá rané adolescenci a rané dospělosti (Sharma & Math 2019).

Vysoká míra komorbidity OCD a PTSD (Gershuny et al. 2008) a mnohonásobně četnější výskyt OCD u jedinců s historií traumatu v anamnéze ve srovnání s běžnou populací (Dykshoorn et al. 2014) vede k úvahám, že nástup OCD, přinejmenším u některých pacientů, může souviset s prožitou traumatickou zkušeností. Podle toho, jestli OCD propukla před rozvojem PTSD nebo po něm, navrhují Fontenelle et al. (2012) odlišovat v rámci OCD pretraumatický a posttraumatický typ. Podle jejich studie na 957 OCD pacientech (106 posttraumatickým typem OCD, 41 s pretraumatickým typem OCD a 810 bez komorbidní PTSD) je pretraumatický typ typický dřívějším nástupem poruchy, bývá častěji komorbidní se závislostí na alkoholu a více se projevuje symptomy spojenými s kontaminací a čištěním. Posttraumatický typ se naopak rozvíjí později, bývá častěji komorbidní s panickou poruchou s agorafobií a kompulzivním nakupováním a pacienti s tímto typem v anamnéze pacientů s tímto typem se častěji objevují plány na sebevraždu v anamnéze. Zmíněná studie bere v potaz trauma prožité v jakémkoliv období života, které vedlo k rozvoji PTSD. Araújo et al. (2018) pak ve své studii 63 pacientů se souběžnou diagnózou PTSD a OCD uvádí, že u pacientů s pretraumatickou OCD byl ve srovnání s pacienty s posttraumatickou OCD přibližně 3x vyšší výskyt nepříznivých zkušeností v dětství (45,2 % vs 16 %). Vyšší míra nepříznivých událostí v dětství vedla ke zvýšenému riziku časného nástupu OCD také v jiné studii (Someshwar et al. 2020).

### 1.8.2 Opožděná diagnostika

Pro OCD je charakteristické, že léčba přichází s velkou prodlevou od propuknutí prvních příznaků. Ziegler et al. (2021) uvádí průměrnou dobu mezi počátkem rozvoje poruchy a stanovením diagnózy téměř 13 let, v průměru další rok a půl pak uplyne do zahájení terapie. Včasná diagnostika a nasazení vhodné léčby je přitom pro následující vývoj poruchy klíčové (Eisen et al. 2013). Spontánní remise je bez léčby velmi nízká a pohybuje se okolo 20 % (Skoog & Skoog 1999).

### 1.8.3 Chronicita

Většina autorů se shoduje na tom, že i adekvátně léčená OCD má chronický průběh (Perugi et al. 1998; Tukul et al. 2007; Marks et al. 2011; Visser et al. 2014). Velká část pacientů po standardní léčbě nedosáhne plné remise (Fineberg et al. 2013). I v případě chronických pacientů však existují období, kdy jsou příznaky závažnější, a období, kdy dochází k jejich zmírnění (Skoog & Skoog 1999; Sharma & Math 2019). V metaanalýze zaměřené na efekt psychoterapie a farmakoterapie Eddy et al. (2004) uvádí, že přestože léčba pomocí KBT, SSRI a klomipraminu vede u průměrného pacienta k výraznému zlepšení, často i nadále přetrvávají středně těžké OCD symptomy. V další metaanalýze 17 studií (n = 1 265) dochází autoři k závěru, že míra remise v cca pětiletém horizontu od původního měření (4,9 let – průměrné katamnestické hodnocení u analyzovaných studií) se pohybuje okolo 53 % (Sharma et al. 2014). Také Skoog & Skoog (1999) dochází ve čtyřicetileté longitudinální studii pacientů s OCD k podobnému výsledku (48% míra remise), zlepšení pak bylo zachyceno u 83 % pacientů. Obecně bývá chronicita často spojována s:

- Dřívějším počátkem poruchy (Ravizza et al. 1997; Perugi et al. 1998; Skoog & Skoog 1999; Stewart et al. 2004; Jakubovski et al. 2013; Visser et al. 2014; Sharma et al. 2014)
- Delším trváním poruchy (Ravizza et al. 1997; Eisen et al. 2013; Jakubovski et al. 2013; Sharma et al. 2014; van Oudheusden et al. 2018; Sharma & Math 2019)
- Vyšší závažností příznaků (Steketee et al. 1999; Eisen et al. 2013; Visser et al. 2014; Sharma et al. 2014; van Oudheusden et al. 2018)
- Větší mírou komorbidit (Stewart et al. 2004; Jakubovski et al. 2013; Visser et al. 2014; Nissen et al. 2014; Pallanti et al. 2018,).

Zkoumá se také specifická souvislost chronické OCD s komorbidními poruchami nálady. Marks et al. (2011) uvádí, že u OCD pacientů s komorbidní depresivní poruchou byla míra

remise 2,5krát nižší než u pacientů bez ní. U pacientů s komorbidní bipolární afektivní poruchou je zase častější epizodický průběh (Perugi et al. 1998, Tukul et al. 2007).

## 1.9 Léčba

Přibližně do 70. let 20. století byla OCD považována za poruchu, která je léčbou velmi obtížně ovlivnitelná (Steketee 1993). To se však změnilo s příchodem klomipraminu, u něhož se kromě antidepresivních účinků prokázal také efekt vůči obsesím (McTavish & Benfield 1990). V přibližně stejné době dochází také k rozvoji behaviorální terapie, která na pole léčby OCD přinesla metodu expozice vůči situacím vyvolávajícím obsese (Rachman 1971, 1979) a léčbu OCD pomocí zábrany rituálu, kterým za normálních okolností pacient redukuje úzkost spojenou s obsesemi (Meyer 1966). Spojením těchto dvou přístupů později vznikla metoda expozice s následnou zábranou odpovědi (Exposure and Response Prevention; ERP), která je v psychoterapii považována za metodu první volby (Hezel et al. 2019).

V současnosti se při léčbě OCD uplatňuje psychoterapie i farmakoterapie. V rámci psychoterapie je základní metodou volby KBT, přičemž jádrem specifického působení na pacienta zůstává právě zmíněná metoda ERP (Song et al. 2022). Klomipramin je v kontextu léčby OCD stále považován za velmi účinný, vzhledem k jeho častým vedlejším účinkům jsou však za lék první volby nyní považována jiná antidepresiva založená na zpětném vychytávání serotoninu (selective serotonin reuptake inhibitors; SSRI). Antidepresiva zpravidla vedou ke zlepšení stavu u 65–70 % pacientů, kompletní remise je však spíše vzácností (Kaplan & Hollander 2003). Účinnost KBT je srovnatelná s farmakoterapií a někteří autoři zdůrazňují její dlouhodobější efekt a menší počet relapsů po ukončení terapie (Marks 1997; Hoexter et al. 2012; Pittenger & Bloch 2014; Rigby et al. 2021).

### 1.9.1 Farmakoterapie

#### **Klomipramin**

Klomipramin se řadí mezi tricyklická antidepresiva (TCA). Jeho mechanismus účinku spočívá v redukci zpětného vychytávání serotoninu, a celé řady dalších neurotransmiterů v centrálním nervovém systému (jeho metabolit des-methyl-klomipramin pak rovněž inhibuje zpětné vychytávání noradrenalinu). Jeho efektivita při léčbě OCD je dobře doložena v mnoha výzkumných studiích (Fineberg et al. 2015; Skapinakis et al. 2016).

Počáteční dávka bývá 25 mg za den, každé 4 až 7 dní se pak zvyšuje o dalších 25 mg, dokud nedosáhne cílové dávky mezi 100 až 250 mg za den. Nástup účinku při OCD bývá většinou 6–12 týdnů. Při vysazení dochází často již po několika dnech k relapsu příznaků, proto se doporučuje léčbu nepřerušovat (Wilson & Tripp 2022).

Přestože zařazení klomipraminu mezi nástroje využitelné při léčbě OCD bylo revoluční, jeho užívání bohužel provází nepříjemné vedlejší účinky, které snižují kvalitu života pacienta a ohrožují tím jeho motivaci k léčbě. K nejčastějším nežádoucím účinkům, které jsou s léčbou klomipraminem spojovány, patří sucho v ústech, zácpa, tremor, sedace, nevolnost a nadměrné pocení, mohou se však objevit také sexuální dysfunkce nebo kardiovaskulární potíže (McTavish & Benfield 1990; Praško & Sandoval 2013). Za lék první volby jsou proto v současnosti považovány SSRI, díky kterým lze dosáhnout podobného efektu při nižší míře nežádoucích účinků (Ferguson 2001, Bandelow et al. 2012). Některé studie však dokládají, že v případě dětského OCD byla léčba klomipraminem efektivnější než léčba pomocí SSRI; potvrzují ale větší závažnost nežádoucích účinků (Sánchez-Meca et al. 2014; Varigonda et al. 2016).

## **SSRI**

Podobně jako klomipramin, také SSRI (selective serotonin reuptake inhibitors) inhibují zpětné vychytávání serotoninu, čímž zvyšují jeho synaptickou dostupnost v CNS (Carrasco & Sandner 2005). Oproti klomipraminu však tolik neovlivňují funkci dalších neurotransmiterů, což vede k mírnějším nepříznivým vedlejším účinkům (Ferguson 2001). Proto jsou SSRI pro léčbu OCD doporučeny jako léky první volby (Bandelow et al. 2012). Účinnost escitalopramu, fluvoxaminu, fluoxetinu, sertralinu, paroxetinu a citalopramu v léčbě OCD byla rovněž potvrzena řadou studií (Eddy et al. 2004; Fineberg et al. 2015), přičemž mezi jednotlivými SSRI nebyl co do efektu prokázán významný rozdíl (Soomro et al. 2008).

Aby se dosáhlo léčebného efektu, je v případě OCD často třeba podávat antidepresiva ve vyšších dávkách než u deprese. Doba nástupu účinku antidepresiv se většinou odhaduje mezi 6 a 13 týdny (Soomro et al. 2008). V metaanalýze studií zahrnujících dohromady 3 276 subjektů však Issari et al. (2016) uvádí, že nejvyšší přírůstek efektu léčby pomocí SSRI ve srovnání s placebem byl v případě OCD dva týdny od začátku užívání. Je tedy možné, že účinek antidepresiv se buduje postupně a pacient z nich může profitovat dříve, než se běžně očekává.

## SNRI a další alternativy

Účinnost v léčbě OCD byla také prokázána u antidepresiv spadajících do skupiny SNRI (serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors; Phelps & Cates 2005; Dell'Osso et al. 2010). Sansone & Sansone (2011) uvádějí, že tyto látky mívají většinou méně nežádoucích účinků než klomipramin a mohly by tak být vhodnou alternativou v případech, kdy léčba pomocí SSRI nepřináší dostatečný efekt. Studie Koran et al. (2005) dokládá také úspěchy v léčbě za pomoci mirtazapinu, který patří mezi antidepresiva s duálním účinkem (NaSSA; Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressant), a dobré výsledky mají také léky modulující glutamát (Pittenger et al. 2006; Marinova et al. 2017).

### 1.9.2 Psychoterapeutické postupy

V této podkapitole navazujeme na behaviorální a kognitivní modely OCD popsané v kapitole o etiopatogenezi. Doplnkově pak stručně popisujeme psychodynamický přístup k léčbě. Jeho efektivita sice není doložena tak přesvědčivými důkazy jako KBT, ale v historii léčby OCD hrály významnou roli.

#### Behaviorální terapie

Behaviorální postupy vychází z předpokladu, že jak obsese, tak kompulze jsou naučené, a tudíž dají odnaučit (Marks 1997; Salkovskis 1998).

Jádrem behaviorálního přístupu k léčbě OCD je expozice vůči stresujícím podnětům, které v pacientovi vyvolávají obsese provázené nepříjemnými emocemi a následným zabráněním chování (kompulzí), kterým pacient tyto nepříjemné pocity neutralizuje (*metoda ERP*; Exposure and Response Prevention) (Meyer 1966; Rowa et al. 2007). Opakováním tohoto postupu probíhá vůči podnětu postupná habituace a pacient navíc získává zkušenost, že úzkost časem sama odezní, aniž by bylo třeba provádět neutralizační chování (kompulzi). V prvním kroku sepiše terapeut s pacientem seznam situací, které spouští obsedantní myšlenky nebo kterým se vyhýbá, a společně tyto situace seřadí podle obtížnosti. Expozice pak zpravidla začíná nejsnadnější položkou, aby měl pacient dobrou šanci hned napoprvé uspět, zažít pocit úspěchu, a potvrdit si, že technika má léčebný potenciál (Prasko et al. 2007).

Je důležité, aby každá konkrétní expoziční situace byla předem podrobně popsána, a pacient tak jasně věděl, co se od něj očekává, aby úkol mohl považovat za splněný. Pokud je to možné, měl by terapeut pacientovi názorně předvést očekávané chování (např. potřást

si rukou s neznámým člověkem a nejtít se umýt), a být tak pro pacienta modelovým příkladem (Prasko & Praskova 2008). Cílem není úzkost odstranit, ale naučit se ji přijmout a zvládat ji bez pomoci neutralizujícího chování. Výsledkem je zkušenost, že úzkost časem sama odezní, aniž by bylo třeba provádět neutralizační chování (kompulzi). Pokud je terapeut během expozice přítomen, může pacienta vyslechnout, vyjádřit mu podporu atd. Neměl by pacienta ujišťovat (např. „Však víte, že toho člověka pod vlak nestrčíte.“) nebo jinak nahrazovat úzkostně-redukční úlohu kompulzí svou přítomností (Prasko & Praskova 2008). Je důležité zachovat pro pacienta zkušenost, že si se svými pocity dokáže poradit sám. Z toho důvodu by se také expozice neměla nikdy ukončovat, když úzkost vyvolaná danou situací vrcholí, ale naopak počkat, až postupně opadne.

Expozice může probíhat in vivo nebo také v imaginaci (zejména u situací, které je obtížné navodit), v ambulantní léčbě je také možné zadat expozici jako domácí úkol. Je dobré, když si z dané expozice pacient udělá zápis, na jehož základě je pak možné zkušenost lépe rozebrat během následující schůzky. Tyto záznamy také pomáhají lépe udržet kontinuitu celého procesu. Efektem expozice totiž není jen zkušenost, že úzkost sama odezní, ale také zkušenost, že čím více expozic vůči konkrétní situaci proběhlo, tím menší úzkost daná situace v pacientovi vyvolává (Himle & Franklin 2009). Jedná se vlastně o opak mechanismu vyhýbavého chování, a kromě přetnutí bludného kruhu, ve kterém se často porucha točí (úzkost – vyhýbavé chování – ještě větší úzkost) má praktický přínos pro život pacienta a zvyšuje motivaci k léčbě.

Z povahy expozice je zřejmé, že se může jednat o nepříjemnou zkušenost. Johnco et al. (2020) uvádí, že mnozí lékaři považují tento fakt za důležitý faktor pro ukončení léčby ze strany pacienta nebo preference medikace. Ve své metaanalýze 11 randomizovaných kontrolovaných studií však dokládají, že ERP má naopak nejmenší podíl předčasně ukončené léčby (10,2 %) ve srovnání s farmakoterapií (17,3 %), „aktivní kontrolní skupinou“ (relaxace, metakognitivní terapie; 20,6 %) a placebem (23,5 %). Přesné důvody pro tuto statistiku nejsou úplně zřejmé, ale nabízí se myšlenka, že metoda je natolik účinná, že navzdory nepříjemným pocitům, které expozici provází, jsou pacienti motivováni v ní pokračovat.

Z hlediska efektivity je ERP pravděpodobně nejlépe doloženým psychoterapeutickým postupem v rámci léčby OCD. V nedávné metaanalýze 24 studií zahrnujících celkem 1 134 pacientů potvrdili Ferrando & Selai (2021), že ERP má jednoznačný vliv na redukci příznaků měřených pomocí Y-BOCS. Ve studii McLean et al. (2001) skupina pacientů léčená čistě metodou ERP dosahovala z hlediska zotavení měřeného tři měsíce po léčbě

dokonce lepších výsledků než skupina léčená pomocí KBT, která zahrnovala také kognitivní restrukturalizaci.

### **Kognitivní terapie**

Kognitivní terapie se zaměřuje zejména na změnu dysfunkčních přesvědčení, které vedou ke vzniku obsedantních myšlenek, a zvyšují intenzitu nepříjemných emocí, které tyto myšlenky provází. Kognitivní terapie se v rámci kognitivní restrukturalizace snaží tato dysfunkční kognitivní schémata rozkrýt a pozměnit je tak, aby více odrážely realitu a pacientovi zajistily lepší fungování ve světě (Salkovskis et al. 1998).

Dysfunkční přesvědčení si pacient na začátku terapie často neuvědomuje, většinou však dokáže popsat myšlenky (obsese, meta-kognice – myšlenky o myšlenkách), které se problematických situacích objevují. **Kognitivní restrukturalizace** tedy zpravidla začíná záznamem těchto myšlenek a emocí, které jsou s nimi spojeny. Platnost obsesí a meta-kognicí pacient následně testuje (hledá, jaké důkazy svědčí pro a jaké proti) a vytváří si alternativní myšlenka, která více odpovídá realitě (Prasko et al. 2019). Později lze testovat také platnost obecnějších dysfunkčních přesvědčení a jádrových schémat, ze kterých intruzivní myšlenky často pramení.

**Práce s jádrovými schématy**, však bývá náročnější a pacient se k ní dostává až v pokročilé fázi terapie. Vzhledem k tomu, že jsou založeny na zážitcích, které často sahají až do raného dětství (Beck 1976), bývají často odolné vůči racionálnímu zdůvodňování (důkazy pro a proti). Působit na ně však můžeme například přepisem vzpomínek v imaginaci (Veale et al. 2015; Ociskova et al. 2020).

Jedním z typických dysfunkčních přesvědčení vyskytujících se u OCD pacientů je nadhodnocování nebezpečí (OCCWG 1997). Podle van Oppen & Arntz (1994) je OCD charakteristická tím, že pacient neadekvátně reaguje na události, které nesprávně vnímá jako ohrožující. Nadhodnocování nebezpečí se často projevuje vytvářením katastrofických scénářů, ve kterých i běžná situace (např. odchod z domu bez kontroly vypnutí plynového sporáku) vyústí v tragické důsledky (např. požár, smrt sousedů, odnětí svobody a zadlužení na celý život). Ke zkrácení přitom může docházet buď co se týče závažnosti důsledků určitého jednání (nebo opomenutí), nebo z hlediska pravděpodobnosti, že tento důsledek nastane. To pak může vyvolávat silnější úzkost, než by dané situaci příslušela, což zase může vést k větší potřebě se této situaci vyhnout, zabezpečit se, nebo redukovat nepříjemné pocity pomocí kompulzí (obrázek 2 na následující straně). Kromě zmíněné kognitivní restrukturalizace je možné ke korekci takovýchto nerealistických obav použít také behaviorální



experiment. Pacient si sepíše svůj předpoklad, jak situace dopadne, následně se jí vystaví, a zaznamená si skutečný výsledek. Behaviorální experiment může být v praxi podobný nebo dokonce totožný s metodou ERP, ale v kognitivním pojetí je jeho smyslem ověřit si, že katastrofický scénář nenastane a tím narušit přesvědčivost intruzivních myšlenek.

*Obrázek 2: Faktory, které mohou mít vliv na intenzitu úzkostného prožívání*

$$\text{míra úzkosti} = \frac{\text{očekávaná míra ohrožení *}}{\text{očekávaná schopnost situaci zvládnout **}}$$

\* pravděpodobnost x závažnost

\*\* vlastní zvládnání + pomoc

V části věnující se kognitivnímu pohledu na etiopatogenezi OCD jsme vysvětlili jev spojení myšlenky a akce (thought-action fusion; TAF; Rachman 1993), který je u pacientů s OCD často přítomný. Také práce s TAF může probíhat za pomoci výše zmíněného behaviorálního experimentu. Pokud například pacient věří tomu, že svými myšlenkami může někom ublížit, dostane za úkol přát si, aby si terapeut do příštího setkání zlomil nohu. Dobrý zdravotní stav terapeuta na příští schůzce je pak důkazem, že samotná myšlenka vliv na události v okolním světě nemá.

Na počátku terapie je důležité, aby se pacient naučil rozeznávat roli intruzivních myšlenek. K tomu slouží **psychoedukace**, během které je seznámen se základními mechanismy poruchy – co jsou obsese a kompulze, proč vznikají, jakým způsobem spolu příznaky souvisejí a co je udržuje (Prasko & Praskova 2008). Psychoedukaci lze také považovat za kognitivní metodu. Jejím cílem je porozumět projevům poruchy a jejich souvislostem. Pacient je seznámen se základními mechanismy poruchy – co jsou obsese a kompulze, proč vznikly, jakým způsobem spolu příznaky souvisejí a co je udržuje (Prasko & Praskova 2008). Psychoedukace je v praxi propojena s **konceptualizací případu**, během které pacient do teoretického modelu poruchy zasazuje své konkrétní zkušenosti. Díky tomu si lépe uvědomuje, jak spolu v jeho životě souvisí různé prvky podílející se na dynamice poruchy (spouštěče, myšlenky, pocity, jednání, udržovací faktory atd.). Pro hlubší pochopení své situace si vede pacient záznamy příznaků situace, ve kterých se spustily obsese, jaké emoce (a v jaké síle) je provázely a jakým (kompulzivním) chováním je neutralizoval (Prasko & Praskova 2008).

Kognitivní postupy se většinou používají v rámci KBT, proto je obtížné odlišit jejich efektivitu od dalších paralelně používaných metod. V randomizované kontrolované studii rozdělili Cottraux et al. (2001) 65 pacientů na dvě skupiny – jedna byla léčena behaviorální terapií (BT) a druhá kognitivní terapií (CT). Poté hodnotili jejich OCD (Y-BOCS) a depresivní (BDI) příznaky po 4 týdnech léčby, po ukončení léčby (16 týdnů) a následně půl roku a rok od začátku léčby. Autoři uzavírají, že CT a BT měly na léčbu OCD podobný efekt s tím, že kognitivní terapie navíc lépe snižovala příznaky deprese. V jiné studii dosáhlo všech 15 pacientů, kteří byli 14 týdnů léčeni čistě Beckovskou kognitivní terapií, zlepšení v příznacích deprese i OCD (Wilhelm et al. 2005).

### **Kognitivně-behaviorální terapie**

Kognitivně-behaviorální terapie se při léčbě OCD se snaží uplatnit výše popsané kognitivní a behaviorální strategie (Cordioli 2008; Foa 2010). Počet a trvání jednotlivých terapeutických sezení není pevně daný, ale v případě většiny pacientů se doporučuje 13-20 schůzek na týdenní bázi (APA 2007). Expozice a kognitivní restrukturalizace jsou úhelnými kameny KBT. Ke kognitivní restrukturalizaci mohou být také použity behaviorální experimenty, které v připomínají ERP, ale mají jiný smysl. Pacient zkoumá to, jak situace, které se obává, nakonec dopadne.

Kromě popsaných kognitivních a behaviorálních technik KBT nabízí také další možnosti práce s OCD pacienty jako různé techniky zvládnání stresu, plánování aktivit, řešení problémů nebo nácvik sociálních dovedností (např. asertivní odmítnutí). Pokud je to možné, snaží se také do terapie zapojit rodinné příslušníky pacienta, aby mohli podpořit (nikoli komplikovat např. zabezpečovacím chováním atd.) léčebný proces (Thompson-Hollands et al. 2014).

Kognitivně-behaviorální terapie je uznávaná jako efektivní nástroj pro léčbu OCD, což dokládá jak klinická zkušenost a fakt, že KBT je terapií první volby (NICE 2005; Nezgovorova et al. 2022), tak i výzkumy, které se tomuto tématu věnují (Olatunji et al. 2013). Z metaanalýzy 16 randomizovaných kontrolovaných studií (celkem 756 účastníků) vyvozují Olatunji et al. (2013) závěr, že KBT překonává kontrolní podmínky jak ihned po léčbě, tak i katamnesticky několik týdnů či měsíců po léčbě. Co se týče proměnných s potenciálním vlivem na výsledky léčby, autoři studie zjistili, že efekt KBT nebyl ovlivněn závažností OCD a depresivních příznaků na začátku léčby, věkem nástupu poruchy, trváním poruchy, pohlavím pacienta ani komorbiditou. Z léčby pak více profitovali dětští pacienti než dospělí. V otázce proměnných na vliv léčby však mezi odbornou veřejností nepanuje přesná shoda – blíže se tomuto tématu budeme věnovat v praktické části.

## **Psychodynamické přístupy**

Psychodynamický přístup k léčbě OCD je dlouhodobý a relativně intenzivní – pacient zpravidla dochází na terapii několikrát týdně po dobu dvou i více let. Cílem terapie je rozkrýt hlubší psychosociální dynamiku poruchy a vyřešit skryté faktory, které se na ní podílí. Jedním z klíčových aspektů léčby je terapeutický vztah, který hraje významnou úlohu jak při vynořování konfliktů a vzpomínek, tak při jejich řešení (Greist 1990).

Přestože psychoanalytický výklad OCD je nejstarší a léčba založená na něm má tedy dlouhou tradici, míry efektivity psychodynamické léčby je nejasná (Leichsenring & Steinert 2016). Z analýzy 45 randomizovaných kontrolovaných studií zaměřených na výsledky různých psychoterapeutických přístupů vyplývá, že při léčbě OCD není efektivita psychodynamické terapie dostatečně podložena (Ponniah et al. 2013). Chlebowski & Gregory (2009) předkládají několik případových studií, ve kterých se léčba pomocí psychodynamické teorie osvědčila. Na jejich podkladě vyvozují, že hlubší porozumění své psychosociální historii může být pro pacienty s OCD prospěšné – někdy mohou pomoci zaměřit terapii na pro pacienta specificky významná témata a obohatit tím tak jeho léčbu. Z jejich pohledu je vhodné zvážit psychodynamickou intervenci u pacientů s pozdním nástupem poruchy, který je spojený s interpersonálními stresory a u pacientů s komorbidní hraniční poruchou osobnosti.

### **1.9.3 Další možnosti léčby**

#### **Elektrokonvulzivní léčba (ECT)**

Elektrokonvulzivní terapie je biologická léčebná metoda, při níž je v celkové anestezii s myorelaxací elektrodami aplikován modulovaný elektrický proud s cílem ovlivnit psychopatologii pacienta (Kališová et al. 2016). Je minimálně invazivní a s relativně mírnými vedlejšími příznaky, přesto je málo využívaná – mimo jiné také proto, že vůči ní přetrvává silné stigma a existuje nedostatek informací ohledně možností moderní ECT (Kellner 2020). Používá se zejména při léčbě depresivní poruchy, mánie, katatonie a refrakterní schizofrenie; při léčbě neurotických poruch není její využití příliš rozšířené (Yahya & Kawaja 2021).

V případě OCD není efektivita ECT přesvědčivě doložena. Některé případové studie sice předkládají slibné výsledky, kvalita dat je ale nízká a vesměs se jedná o kazuistiky konkrétních případů, nikoli randomizované kontrolované studie na reprezentativním

vzorku pacientů (Martins-Correia et al. 2021; Yahya & Kawaja 2021). V systematickém přehledu 52 studií (celkem 69 pacientů) byl doložen pozitivní efekt ECT u více než 70 % respondentů. Jednalo se však o pacienty s poruchami OCD spektra včetně tikové poruchy a sebepoškozujícího chování. Vesměs se nejednalo o kontrolované studie, ale o případové studie, takže jejich zobecnění není možné. Navíc, pacienti, kteří reagovali na léčbu, měli tendenci k relapsu, pokud neabsolvovali další ECT (Dos Santos-Ribeiro et al. 2018).

V další systematické přehledové studii zahrnující 279 pacientů dospěli Fontenelle et al. (2015) k závěru, že 60 % respondentů reagovalo na léčbu ECT pozitivně. Jednalo se zejména o pacienty, kteří uváděli pozdější nástup OCD příznaků, byli méně depresivní, a ECT u nich byla indikována pro léčbu závažných OCD příznaků. Kromě toho však byli také předtím méně často léčeni pomocí SSRI a KBT, takže je možné, že by u nich zabral i jiný typ léčby. Některé menší studie naznačují, že ECT působí účinněji u OCD pacientů s komorbidní depresí (Liu et al. 2014), jiné zase udávají, že komorbidní deprese (a schizofrenie) léčbu pomocí ECT komplikovala (Li et al. 2022). V menší kazuistické studii (5 pacientů) vedla léčba pomocí ECT k zlepšení afektivních příznaků, na specifické příznaky OCD však neměla vliv nebo je dokonce krátkodobě zesílila (Lins-Martins et al. 2015).

### **Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS)**

Transkraniální magnetická stimulace je neinvazivní forma mozkové stimulace, při které díky využití proměnlivého magnetického pole dochází k indukci elektrického proudu v určité oblasti mozku. Využívá se zejména při léčbě poruch hybnosti, roztroušené sklerózy a cévní mozkové příhody (Groppa et al. 2012).

Aplikace rTMS při léčbě OCD je slibná, ale její efektivita je nestabilní a může se lišit případ od případu. Ve studii 65 ambulantních farmakorezistentních pacientů Rostami et al. (2020) zjistili, že téměř polovina (42 %) z 65 farmakorezistentních pacientů dosáhlo po aplikaci rTMS signifikantního zlepšení (redukce YBOCS skóre aspoň o 30 %). Z hlediska výsledného efektu léčby autoři neidentifikovali žádné významné demografické prediktory.

Co se týče lokalizace, při léčbě OCD cílí rTMS na dorsolaterální prefrontální kortex (DLPFC), suplementární motorickou oblast (SMA) nebo na orbitofrontální kortex (OFC). Z přehledu 12 kontrolovaných studií zabývajících se léčbou OCD pomocí rTMS vyvodili Jaafari et al. (2011), že rTMS je při léčbě OCD efektivní, pokud se zaměří na SMA nebo OFC. Stimulace DLPFC přináší spíše rozporuplné výsledky – její efekt se většinou neliší od placebem kontrolované skupiny. Tato zjištění jsou v souladu s další metaanalýzou

(Berlim et al. 2013) i se studií v českém prostředí, během které sice pacienti resistantní na SSRI dosáhli po aplikaci rTMS na DLPFC signifikantního zlepšení, ale to se výrazně nelišilo od kontrolní skupiny (Praško et al. 2006).

### **Psychochirurgická léčba, Deep Brain Stimulation (DBS)**

Snaha ovlivnit psychické poruchy pomocí neurochirurgických zákroků má bohatou historii počínající již v období antiky; kvůli jejímu kontroverznímu využívání v 19. a 20. století pak tato léčba budí v široké veřejnosti značné obavy (Mashour et al. 2005). Moderní chirurgické přístupy k léčbě OCD lze široce rozdělit na destruktivní a neuromodulační výkony. Cílem obou typů zákroků je ovlivnit oblasti mozku, které jsou tradičně spojovány s OCD – orbitofrontální kortex, gyrus cinguli, které jsou součástí asociativní limbické kůry a kontrolují emocionální chování (Rauch et al. 2006, Bear et al. 2010) a prefrontální kortex zodpovědný za kognitivní chování a motorické plánování (Bear et al. 2010, Figeo et al. 2013).

Destruktivní zákroky spočívají v odpojení nebo zničení malé části některé z těchto oblastí. Jedná se zejména o stereotaktickou anteriorní cingulotomii a anteriorní kapsulotomii, dále pak také o limbickou leukotomii a subkaudátovou traktotomii (Jenike 1998; Greenberg et al. 2000; Csigo et al. 2008). Tyto zákroky jsou ze své podstaty nevratné, a proto se zvažují jako poslední možnost léčby u pacientů, kteří trpí extrémní formou OCD, jejíž příznaky nebylo možno dostatečně ovlivnit jinými metodami (Mindus et al. 1994; Frances et al. 1997, Greenberg et al. 2000). Již Jenike (1998) ve své systematické přehledové studii uvádí, že OCD pacienti, u kterých nedošlo ke zlepšení v důsledku využití neinvazivních přístupů, mohou z neurochirurgické léčby aspoň částečně profitovat. Bezpečnost a efektivita neuroablativních zákroků se ještě zvýšila díky novým možnostem jako využití laseru či ultrazvuku a navádění pomocí magnetické resonance v reálném čase (Mustroph et al. 2022; Chang et al. 2023). Vedlejší příznaky léčby jsou přitom většinou relativně mírné a časově omezené (Doshi 2009) a dopad kapsulotomie a cingulotomie na kognitivní funkce je podle nedávné systematické přehledové studie nejčastěji pozitivní, nebo neutrální (Laseca-Zaballa et al. 2023).

Psychochirurgie zaměřená na neuromodulaci sdílí část rizik s destruktivními zákroky (souvisí s invazivní podstatou obou typů výkonů – otevření lebky, fyzický kontakt s mozkovou tkání a z toho mj. vyplývající riziko infekce atd.), oproti destruktivním zákrokům je však reverzibilní (Rauch et al. 2006). Neuromodulace je širší pojem, který značí cílené stimulování specifických neurologických míst v těle (pomocí magnetického pole, elektrické stimulace nebo chemických činidel) s cílem změny nervové aktivity. Do

neinvasivních neuromodulačních metod tedy v tomto smyslu spadá i dříve zmíněná elektrokonvulzivní terapie (ECT) či repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS).

Další neuromodulační metodou, která však již vyžaduje psychochirurgický zákrok, je hluboká mozková stimulace (Deep Brain Stimulation; DBS). Do mozku je operativně vloženo zařízení, které vysílá elektrické impulsy (pacemaker) a tím lokálně ovlivňuje činnost dané oblasti. O přesném mechanismu účinku DBS zatím nemáme dostatek informací, zdá se ale, že díky ní lze dosáhnout podobného efektu jako při úspěšně provedených destruktivních zákrocích (Rauch et al. 2006, Figeo et al. 2013). Metoda DBS se stále rozvíjí, experimentuje se např. s různými cílovými oblastmi mozku pro stimulaci (Meyer et al. 2023) nebo s novým designem implantované elektrody a pulsního generátoru, který umožňuje odlišně stimulovat různé oblasti mozku (Xiong et al. 2023). Z metaanalýzy pěti shamem kontrolovaných studií, kterých se dohromady účastnilo 44 pacientů s OCD, vyplývá, že oproti kontrolní skupině vykázali pacienti léčení pomocí DBS významné snížení OCD příznaků odpovídající částečné remisi (Kisely et al. 2014). Podle Bear et al. (2010) profituje z DBS přibližně polovina pacientů s refrakterní OCD. K podobným výsledkům dochází také novější klinické studie (Xiong et al. 2023; Acevedo et al. 2024). Efekt DBS dokresluje i subjektivní zkušenost pacientů, kteří ji podstoupili – po zákroku se cítili živěji, měli zlepšenou kognitivně afektivní kontrolu, více se zapojovali do běžných činností a byli schopni projevy OCD lépe zvládat (Acevedo et al. 2023). Přesto by DBS měla být chápána spíše jako doplněk farmakologických a psychologických strategií než jejich náhrada (Bear et al. 2010).

#### 1.9.4 Postupy při léčebné rezistenci

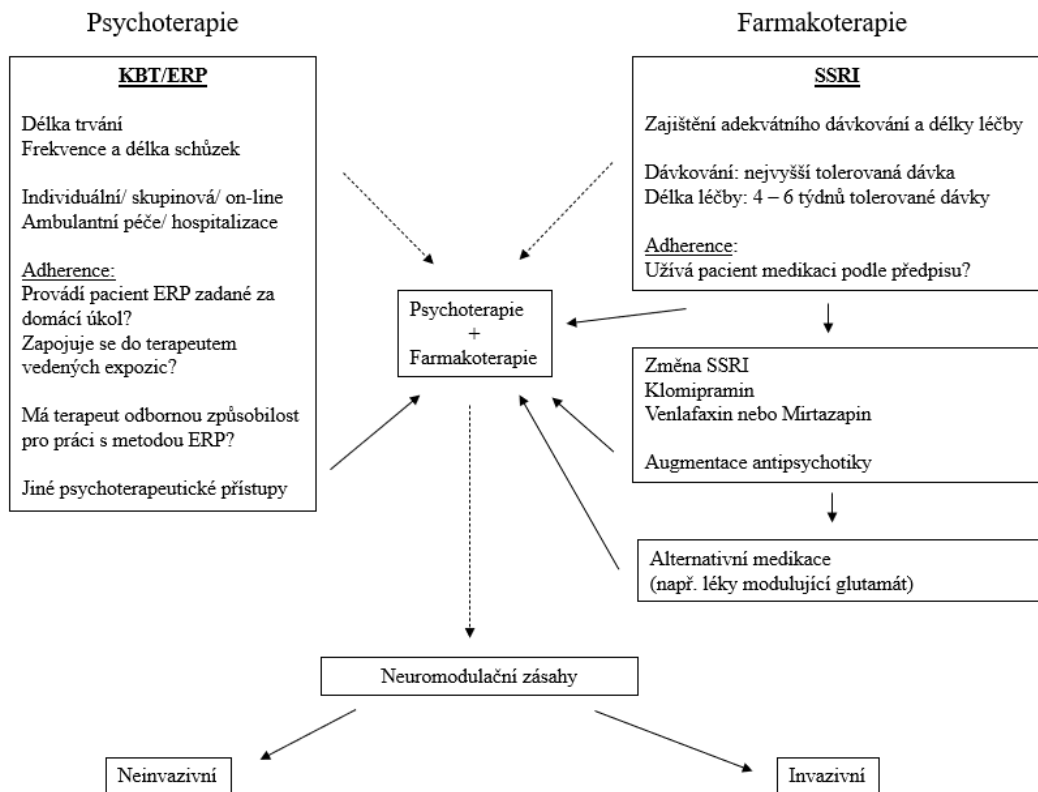
Přestože jsou SSRI považována za efektivní způsob léčby OCD, přibližně u třetiny až poloviny pacientů nevedou k výraznějšímu snížení příznaků (Kellner 2010; Pittenger & Bloch 2014). Gershkovich et al. (2017) uvádí pro léčbu rezistentní OCD praktický algoritmus, ze kterého v této podkapitole vycházíme v dalším textu (obrázek 3 na str. 40). Pokud dané antidepresivum nemá požadovaný efekt, je v první řadě vhodné znovu zvážit platnost diagnózy, respektive její rozšíření o potenciální komorbidity, které mohou léčbu ovlivňovat (Stein & Fineberg 2007), a ujistit se, že lék je podáván v adekvátní dávce a po dostatečně dlouhou dobu (nejméně 4-6 týdnů v maximální tolerované dávce; Gershkovich et al. 2017). Jsou-li tyto podmínky splněny a efekt se nedostavuje, je vhodné přidat k farmakoterapii léčbu pomocí psychoterapie zaměřené na ERP (Simpson et al. 2008). V případě, že psychoterapie není pro pacienta dostupná, odmítá ji, nebo již probíhá

a výsledky se nedostavují, doporučuje se změna podávané medikace (jiné SSRI, klomipramin, SNRI) nebo její augmentace pomocí antipsychotik (Fineberg et al. 2015). Pokud výše uvedené postupy nevedou k uspokojivému výsledku, je na místě zvážit méně rozšířené strategie. Může se jednat například o změnu medikace na léky, které nejsou založeny na regulaci dostupnosti serotoninu, případně je využít jako augmentaci stávající medikace. Jedná se například o léky modulující glutamát (Pittenger et al. 2006; Marinova et al. 2017) nebo o ketamin (Bandeira et al. 2022).

Mimo úpravy medikace existují další biologické metody, které někteří autoři uvádí jako vhodný způsob léčby farmakorezistentní OCD. Jedná se o repetitivní transkraniální magnetickou stimulaci (rTMS), hlubokou mozkovou stimulaci (DBS) a neurochirurgické zákroky (Csigo 2008, Figeo et al. 2013, Rostami et al. 2020). Zejména poslední dvě zmíněné možnosti by ale měly být použity pouze u pacientů s přetrvávajícími závažnými symptomy, u kterých selhal jak farmakoterapeutický, tak i psychoterapeutický přístup (Arumugham & Reddy 2013; Fineberg et al. 2015).

Pokud léčba pacienta probíhá výhradně pomocí psychoterapie a nedochází u něj ke zlepšení, je třeba posoudit, jestli jsou zvoleny vhodné metody (klíčové je využití ERP), a jestli je práce s pacientem dostatečně intenzivní (ideálně aspoň 90 minut jednou týdně) (Ferrando & Selai 2021). Problém může být také v nedostatečné spolupráci (např. pacient neplní zadané úkoly spočívající v expozici obávaným situacím v domácím prostředí). V případě že obsah, intenzita i úroveň spolupráce pacienta jsou zajištěny a výsledky se přesto nedostavují, je na místě uvažovat o rozšíření léčby pomocí farmakoterapie, případně o využití dalších psychoterapeutických přístupů (Gershkovich et al. 2017). Může se jednat například o větší důraz na kognitivní aspekt poruchy (Cottraux et al. 2001), nebo o zařazení prvků schematerapie (Peeters et al. 2022).

Obrázek 3: Algoritmus pro práci s pacienty rezistentními vůči léčbě  
(Gershkovich et al. 2017)





## 2. VZTAHOVÁ VAZBA

### 2.1 Vztahová vazba v dětství

Vztahová vazba (attachment) je psychologický koncept popisující citové připoutání dítěte k pečující osobě (nejčastěji k matce). Přežití dítěte je po dlouhou dobu závislé na péči dospělých osob ve své blízkosti, nejvíce pak na začátku života, kdy si samo nedokáže zajistit ani své nezákladnější životní potřeby. Proto Bowlby (1969; 1973; 1980) předpokládá, že lidé se rodí s adaptivním motivačním systémem, který vede k potřebě připoutání k blízké osobě, zejména pak v reakci na hrozby. V důsledku existence tohoto adaptivního motivačního systému dítě vyvíjí vazebné chování (např. pláč, úsměv, přichýlení se), kterým vyjadřuje své potřeby, a pečující osoba na ně vhodně, či nevhodně reaguje – opakováním těchto situací se pak mezi oběma aktéry ustaluje určitý typ vazby.

Podle Ainsworth (1978), která Bowlbyho teorii vazby dále rozpracovala, se vztahová vazba se dělí na dva základní typy. **Jistá** (bezpečná) **vazba** se u dítěte formuje, pokud pečující osoba citlivě reaguje na jeho potřeby, a odstraňuje tak pocit ohrožení. Děti s jistou vazbou méně pláčou a jsou odváznější v exploračním chování, protože vnímají pečující osobu jako bezpečný přístav, do kterého se mohou v případě subjektivně vnímaného nebezpečí vrátit. Pokud naopak pečující osoba na potřeby dítěte reaguje nedostatečně nebo necitlivě, vzniká **nejistá vazba**. Takto připoutané děti často pláčou a mají menší tendenci k prozkoumávání okolí (Ainsworth 1978; Johnson et al. 2007). Různé projevy rodičovského chování pak mohou vést k několika subtypům nejisté vazby – Ainsworth ji dále dělí na vyhýbavou a úzkostně-ambivalentní; později byl přidán také dezorganizovaný subtyp (Main & Solomon 1986).

Kromě přímé souvislosti nejisté vazby a úzkostných příznaků (Irons & Gilbert 2005; Picardi et al. 2013) má vztahová vazba vliv na emoční regulaci, která se na dynamice úzkostných poruch výrazně podílí (Bosquet & Egeland 2006; Esbjorn et al. 2011). Děti s jistou vazbou bývají schopné používat vhodné strategie (např. hledání podpory od ostatních) ke snížení negativních emocí a regulaci emočně stresujících zážitků, zatímco nejistě připoutané děti používají častěji méně efektivní strategie (Belsky 2002). Zajímavé také je, že ve srovnání s dětmi, které mají jistý nebo vyhýbavý styl připoutání, reagují děti s úzkostně-ambivalentní vazbou silněji na situace, které vyvolávají strach a zažívají vyšší míru distresu i v obecně příjemných situacích (Kochanska 2001), jsou sociálně odtažité a neustále úzkostné, i když jim nehrozí žádné nebezpečí (Sroufe 2005). Vzhledem k tomu, že dětská vazba se v určité míře přenáší dále do dospělosti (Crowell & Waters 1994; Fraley

2002; Theisen et al. 2018), mohly by tyto poznatky naznačovat jeden z faktorů, proč OCD bývá častěji spojována úzkostným než s vyhubavým stylem nejisté vazby (van Leeuwen et al. 2020).

## 2.2 Vztahová vazba v dospělosti

Bowlby (1969; 1973; 1980) předpokládá, že vztah s primárním pečovatelem funguje jako prototyp pro budoucí vztahy a formuje očekávání a jednání vůči ostatním lidem. Podle povahy interakce mezi dítětem a pečující osobou, si dítě vytváří vnitřní pracovní modely (internal working models, IWM) sebe a ostatních. Modely vztažené k sobě samému jsou podkladem pro prožívání vlastní hodnoty a zahrnují například přesvědčení o tom, jestli je hodné lásky, uznání, péče atd. Modely týkající se ostatních zase obsahují kognitivně-afektivní informace o vztazích s dalšími lidmi – záleží na nich například, jestli bude ostatní lidi vnímat jako potenciálně ohrožující nebo naopak jako někoho, kdo mu může pomoci, podpořit ho nebo ochránit (Bretherton & Munholland 2008). Podle Pietromonaco & Barrett (2000) je právě koncept IWM klíčový pro pochopení toho, jak se dětská vazba promítá do vztahů v dospělosti.

Podle Bowlbyho (1979) IWM přetrvávají relativně nezměněné až do dospělého života a příliš se nemění ani během dospělosti, a to ani navzdory opakovaným zkušenostem, které dokládají, že daný IWM neodpovídá realitě. O rok později však tuto myšlenku relativizuje tvrzením, že pokud nová zkušenost odporuje zažitému IWM, může být tento IWM nahrazen novým (Bowlby 1980; Paetzold et al. 2021). Názor, že dětská vazba je stabilní konstrukt, který člověka ovlivňuje v průběhu celého života, se označuje jako prototypický model; myšlenka, že styl vazby (respektive IWM a způsob, jak daný člověk přistupuje ke vztahům) se může v průběhu života měnit, bývá zase označována jako revizionistický model. Pro platnost revizionistického modelu může hovořit velmi nízká korelace mezi výsledkem rozhovoru Adult Attachment Interview (AAI; zaměřuje se na vztah respondenta a jeho rodičů v dětství) a sebehodnotícími škálami, které se zaměřují na pocity a chování respondenta v partnerském vztahu (např. ECR-R použitý v této disertační práci) (Crowell et al. 2008). Většina studií zabývajících se zkoumáním platnosti jednoho či druhého modelu však hovoří spíše ve prospěch prototypického modelu, tedy relativní stálosti vazebného stylu formovaného již v dětství (Fraley et al. 2002; Fraley et al. 2011; Jones et al. 2018; Stern et al. 2018). Tento poznatek neznamená, že zažité vztahové vzorce se nemohou dále vyvíjet, pravděpodobně se však nejedná o jednoduchý proces.

Vztahová vazba v dospělosti (dospělá vazba) se nejčastěji popisuje v kontextu romantického partnerského vztahu. Cohn et al. (1992) zjistili, že z hlediska funkčnosti vztahu a míry konfliktů je důležité, aby aspoň jeden z partnerů měl jistý styl připoutání. Výsledky jejich studie naznačují, že partner s jistou vazbou může tlumit negativní účinky nejisté vazby druhého partnera na vztah (Cohn et al. 1992).

Koncepty popisující dospělou vazbu a nástroje, které se používají pro její měření, mají za sebou určitý historický vývoj (Hazan & Shaver 1987; Bartholomew & Horowitz 1991; Brennan et al. 1998) a jejich souběžné používání ve výzkumu vnáší do této oblasti terminologické a metodologické výzvy (Crowell et al. 2008).

Zatímco Hazan & Shaver (1987) vycházeli v typologii citové vazby mezi partnery ze tří základních typů Ainsworthové, Bartholomew & Horowitz (1991) představili model, který dělí dospělou vazbu na čtyři typy. Ty odpovídají kvadrantům vzniklým prolnutím dvou os – vnímání sebe sama (pozitivní/ negativní) a vnímání ostatních (pozitivní/ negativní).

- *Bezpečně připoutaní* (secure) jedinci vnímají pozitivně sebe i ostatní, a proto nebývají úzkostní a nemají tendence k vyhýbavému chování. Věří, že ostatní lidé mají v zásadě dobré úmysly, a tak jim nevádí požádat je o pomoc, případně se otevřít blízkému vztahu.
- Lidé se *zaujatým připoutáním* (anxious-preoccupied) hodnotí pozitivně ostatní, ale mají pochybnosti sami o sobě. Vyznačují vysokou mírou úzkostnosti a nízkým vyhýbáním. Často mají silnou potřebu někam patřit a být přijímáni – intimitu a hlubší vztahy s ostatními lidmi tedy vyhledávají, ale kvůli nízkému sebevědomí prožívají nadměrný strach ze ztráty blízké osoby a bývají na svém partnerovi příliš závislí.
- Nízká úzkostnost a vysoká míra vyhýbání jsou typickými rysy lidí s *distancovaně vyhýbavým připoutáním* (dismissive-avoidant). Tito jedinci vykazují nezávislost a neobávají se, že by je partner opustil, ale mají potíže důvěřovat ostatním a vyhýbají se intimitě.
- Osoby *vyhýbající se strachu* (fearful-avoidant) mají zpravidla negativní sebeobraz a zároveň očekávají negativní jednání ze strany druhých. Hluboce potřebují blízký vztah, a pokud ho mají, vyžadují od svého partnera neustálé pozitivní potvrzení. Zároveň se ale obávají, že je partner v určitém smyslu zradí (odmítne, nepochopí, rozejde se s nimi atd.), a tak se snaží držet si od něj odstup, aby pro ně případné zranění nebylo tak bolestné (Marazziti et al. 2010).

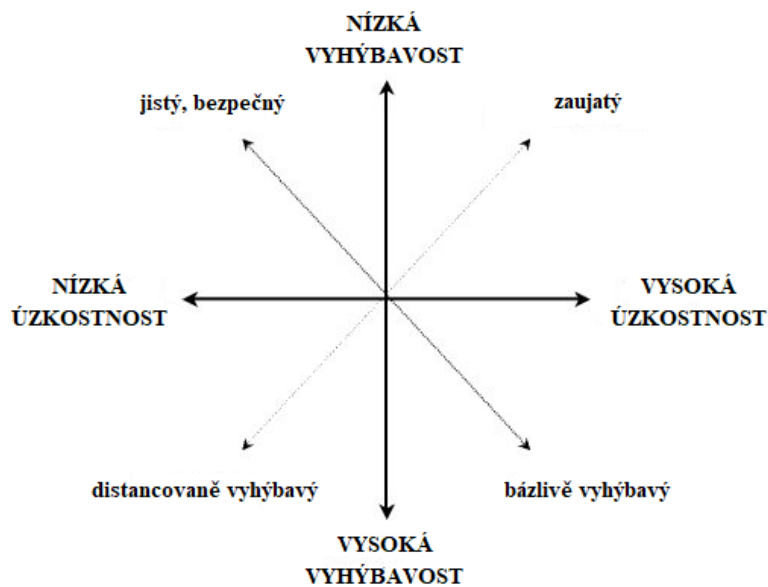
Tato disertační práce se opírá o koncept Brennan et al. (1998), kteří zjistili, že kvalita připoutání v dospělosti se dá vyjádřit pomocí dvojdimenzionálního modelu, jehož osy tvoří úzkostnost (attachment anxiety) a vyhýbavost (attachment avoidance).

- Lidé s vysokou **vazebnou úzkostí** touží po velmi blízkém vztahu s partnerem a zároveň pociťují silné obavy z jeho potenciální ztráty. Při zvládnání úzkosti a jiných negativních emocí nadměrně vyhledávají ujišťování ze strany ostatních (Feeney 2004).
- Pro lidi s vysokou mírou **vazebné vyhýbavosti** je naopak příliš blízký vztah a závislost na partnerovi nepříjemná. Touží si udržet citový odstup a používají zvládací strategie, které zahrnují popírání potřeby emoční podpory od ostatních (Cameron et al. 2012).
- Lidé s **bezpečným** stylem připoutání dosahují nízkého skóre na obou osách. Mají dostatečnou míru autonomie, a zároveň jsou schopni spolehnout se na ostatní a adekvátně regulovat své emoce (van Leeuwen et al. 2020).

Oproti modelu založeném na čtyřech typech dospělé vazby (Bartholomew & Horowitz 1991), který vede k dichotomickému přístupu (má/nemá daný typ) je výhodou dvojdimenzionálního modelu Brennan et al. (1998) možnost pohlížet na fenomén vazby kontinuálně a v souvislosti se zkoumanými jevy (např. efekt léčby) vzít v potaz *míru* určitého stylu chování (úzkostnost, vyhýbavost).

Pro snadnější orientaci v rozdílné terminologii lze oba přístupy orientačně propojit tak, jak ukazuje obrázek 4.

Obrázek 4: Průnik typologického a dimenzionálního modelu dospělé vazby (Shaver & Fraley 2010)



VERZÁLKAMI: osy Brennanova dvojdimenzionálního modelu (1998)  
běžným textem: čtyři typy definované Bartholomewem & Horowitzem (1991)

## 2.3 Vztahová vazba u pacientů s OCD

V metaanalýze 16 studií van Leeuwen et al. (2020) zkoumali souvislost mezi nejistou vztahovou vazbou a OCD příznaky. Do meta-analýzy byly přitom zahrnuty jak studie OCD pacientů, tak i studie zkoumající OCD příznaky v běžné populaci. Výsledky statistické analýzy dokládají středně velkou až velkou míru účinku mezi OCD příznaky a úzkostnou vazbou a střední míru účinku v případě vyhýbavého stylu vazby.

Souvislost mezi vazbou a OCD dokládá také mnoho dalších výzkumů. Co se týče dětské vazby, Myhr et al. (2004) například zjistili, že nejistá vazba může predisponovat děti k rozvoji OCD. To, že nejistá vazba je rizikovým faktorem pro dětské OCD uvádí také Sunderland & Armstrong (2005). Další výzkumy dokládají, že s nejistou vazbou je spojeno také OCD u dospělých pacientů (Doron & Kyrios 2005; Doron et al. 2009; Doron et al. 2012) a Seah et al. (2018) zase uvádí, že nejistá vazba může vést k perfekcionismu a kompulzivnímu chování z důvodu stabilizace sebehodnoty. Vazba může zastávat také roli mediačního prvku mezi kvalitou vztahu rodič-dítě a obsedantními přesvědčeními (Yarbro et al. 2013) nebo týráním v dětství a závažností OCD (Boger et al. 2020b).

### 2.3.1 Vztahová vazba a rozvoj OCD

Kognitivní modely OCD spojují tuto poruchu s dysfunkčními přesvědčeními o sobě a o světě, jako jsou přeceňování hrozeb, tendence podceňovat své schopnosti zvládat problémy v ohrožujících situacích, s nízkou sebehodnotou a přesvědčením, že daný člověk není hoděn lásky, nebo s pohledem na sebe jako na potenciálně nebezpečného pro ostatní a s ambivalentním hodnocením sebe sama (Guidano & Liotti 1983; Bhar & Kyrios 2007; Doron et al. 2012). Taková přesvědčení bývají často spojena s vazebnou úzkostností (Mikulincer & Florian 1998; Mikulincer et al. 2000) a jsou součástí interních pracovních modelů, na jejichž formování má vliv právě attachment, respektive prototypický vztah s vazebnou osobou v raném dětství (Bowlby 1969; 1973; 1980).

Jak již bylo zmíněno, nejistá vazba bývá spojována s horší emoční regulací, jejímž cílem je ovlivnit, jaké emoce jedinec v dané situaci cítí, jak je prožívá a jak je vyjadřuje (Doron et al. 2012). K tomuto účelu slouží různé strategie jako např. vyhýbání se potenciálně nepříjemné situaci, její přerámování, potlačování negativních myšlenek a pocitů, odklon pozornosti k jiným podnětům, zaměření se na řešení problému nebo užívání látek k otupení emočního prožitku. Co se týče strachu a úzkosti, některé strategie je mohou zesilovat, jiné naopak oslabovat (Cisler et al. 2010). Zatímco bezpečný styl připoutání je u dospělých lidí spojen s hodnocením a zvládáním situace, které je kompatibilní s vyrovnaností,

konstruktivními přístupy k řešení problému a nízkou úrovní stresu a úzkosti (Shaver & Mikulincer 2014), nejistě připoutaní jedinci mají potíže porozumět svým emocím a efektivně s nimi nakládat. Lidé s vysokou mírou vazebné vyhýbavosti při vyrovnávání s emočním stresem používají strategii odpoutání se a více se od situace distancují, zatímco lidé s vysokou mírou vazebné úzkostnosti prožívají své emoce velmi intenzivně a mají tendenci nadměrně o problémech přemýšlet a zvažovat různé katastrofické scénáře (Mikulincer & Shaver 2019). Tato myšlenka je v souladu se zjištěním, že vazebná úzkostnost souvisí s obtížemi při potlačování myšlenek (Mikulincer et al. 2004) a s ruminacemi myšlenek spojených se stresem (Birnbaum 1997; Mikulincer & Florian 1998), což jsou jevy, které bývají v případě OCD běžné.

Uvedená dysfunkční přesvědčení a zhoršená emoční regulace pak mohou výrazně zasahovat do dynamiky OCD. Zkreslené vnímání reality (negativní interní pracovní modely o sobě, ostatních lidech a o okolním světě) vytvářejí propast mezi subjektivně vnímanou úrovní hrozby a schopností jedince ji zvládnout, což generuje silný pocit úzkosti. Zvládání této úzkosti je pak ztíženo horší schopností své emoce rozpoznat a regulovat je (Aldao & Plate 2018).

Zatím není jednoznačně doloženo, proč se tyto okolnosti rozvinou právě do podoby OCD. Guidano & Liotti (1983) předkládají myšlenku, že vnímání světa jako ohrožujícího, ale kontrolovatelného, se může odrážet v aktivních pokusech ovládat prostředí, ve kterém člověk žije, což lze pozorovat v symptomatologii pacientů trpících OCD. Doron et al. (2009) poukázali na to, že souvislost mezi příznaky OCD a nejistým připoutáním u dospělých je zprostředkována dysfunkčními přesvědčeními, jako jsou nadměrný smysl pro odpovědnost, perfekcionismus a přiřkládání nadměrného významu myšlenkám. To pak vede ke snaze o kontrolu těchto myšlenek. Barcaccia et al. (2015) zase upozorňují na to, že v rodinách OCD pacientů se často objevuje sklon k dramatizování viny. Když dojde k nějakému selhání, hledá se v takových rodinách, kdo za něj může, spíše než řešení dané situace. Dítě pak čelí obavám, že pokud udělá chybu, ohrozí tím vztah se svou vazebnou osobou, a proto se chybě snaží za každou cenu předejít. Tento přístup vede postupně ke zvnitřnění intolerance vůči chybám, perfekcionismu a k nadměrnému prožívání pocitu viny.

Mechanismy specifické pro OCD a dysfunkční přesvědčení spojená s nejistou vazbou se také mohou vzájemně podporovat. Podle Doron & Kyrios (2005) myšlenky nebo události, které napadají důležité oblasti sebepojetí (např. nemorální myšlenky nebo chování), poškozují subjektivně vnímanou hodnotu člověka a spouštějí procesy oprav a kompenzaci vnímaných nedostatků (např. „udělat dobrý skutek, abych dokázal, že jsem morální

člověk“). V případě jedinců s OCD však bývá toto kompenzační chování neadaptivní (např. zahnat „zlou myšlenku“ dvacetkrát opakovanou modlitbou) a může paradoxně výskyt nežádoucích vtíravých myšlenek dále zvýšit – čím více vtíravé myšlenky neutralizuje, tím více se jich objevuje. To následně vede k potvrzení „obávaného sebepoznání“ (např. „jsem špatný, nemorální, nehodný“). Tímto způsobem mohou u těchto jedinců běžné nepříjemné zkušenosti aktivovat převážně negativní hodnocení v citlivých oblastech sebepojetí, což je spojeno s vyšším výskytem obsedantně-kompulzivních přesvědčení a příznaků (Doron et al. 2007).

### 2.3.2 Vztahová vazba a závažnost OCD

Výsledky výzkumu Seah et al. (2018) dokládají, že závažnost OCD příznaků je spojena s mírou vazebné úzkosti, Boysan & Cam (2016) pak tento vztah prokázali u úzkostného i vyhýbavého stylu vazby. Boger et al. (2020b) zase považují styl připoutání za jeden z faktorů, který zprostředkovává vliv dětských traumatických zkušeností na závažnost příznaků OCD. K podobným výsledkům dospěli také Carpenter & Chung (2011) avšak pouze v případě vyhýbavého stylu vazby. Styl připoutání souvisí se závažností OCD příznaků také podle Doron et al. (2009, 2012); jeho vliv je však zprostředkováván neadaptivními přesvědčeními, které bývají s OCD spojené.

### 2.3.3 Vztahová vazba a subtypy OCD

Asad & Dawood (2015), nenašli signifikantní vztah mezi stylem vazby a subtypy OCD příznaků. Vyhýbavý styl vazby však v jejich studii hrál určitou roli v případě sexuálních obsesí. Pozza et al. (2021) zkoumali souvislost typů obsesí a kompulzí s různými aspekty vazebné úzkostnosti a vyhýbavosti. Zjistili, že obavy spojené se stabilitou vztahu predikují hromadění a potřeba ujišťování je zase prediktorem vyšší závažnosti obsesí a uspořádávání. Oba tyto jevy jsou přitom součástí úzkostného stylu připoutání. Symptom uspořádávání byl predikován také nepříjemným prožíváním blízkosti ve vztahu, které je součástí vyhýbavého stylu vazby.

### 2.3.4 Vztahová vazba a výsledky léčby OCD

Výzkumy zaměřené na vztah mezi citovou vazbou a výsledky léčby OCD jsou poměrně vzácné. Tibi et al. (2019) zjistili, že bázlivě-vyhýbavý styl připoutání (v orig. „fearful“; typ vazby s vysokou úzkostností a vyhýbáním se) vede u pacientů s OCD k horším výsledkům

lčby pomocí ERP; tito pacienti také častěji předčasne ukončovali léčbu. O rok později podobný kolektiv autorů ve studii provedené na 382 dospělých pacientech s OCD prokázali, že bezpečný styl připoutání predikuje lepší vývoj poruchy ve dvou a čtyřleté katamněze (Tibi et al. 2020).

Existuje také menší studie zkoumající roli dětské vazby v léčbě dětského OCD. U skupiny dvanácti dětí, které absolvovaly osmítýdenní intervenci zaměřenou na vazbu (attachment-based intervention), došlo k výraznému snížení OCD symptomů (měřeno pomocí CY-BOCS) oproti kontrolní skupině, která se léčebného programu neúčastnila, a byla pouze zapsána na čekací listině. Tato změna byla zachována i s odstupem jednoho měsíce po léčbě (Rezvan et al. 2013). Rozsah studie však neumožňuje vyvozovat z výsledků významnější závěry, a navíc z ní není patrné, nakolik se do výsledků promítly nespecifické terapeutické faktory. Na dospělých OCD pacientech zatím nebyla podobná studie provedena.

Souvislost citové a vazby a léčby širšího spektra psychických poruch (ne čistě OCD) je však předmětem výzkumů poměrně často. Ve studii, do které se zapojilo 9 psychiatrických nemocnic, se u 617 pacientů s různými poruchami sice styl připoutání neprokázal jako signifikantní prediktor výsledků terapie, ale pacienti s bezpečným stylem připoutání využili z psychoterapie nejvíce (Strauss et al. 2006). Také výsledky metaanalýzy 36 studií zahrnujících 3 158 pacientů s různými psychiatrickými diagnózami naznačují, že pacienti s jistým stylem připoutání profitují z terapie více než pacienti s nejistou vazbou. Zajímavé je, že autoři spojují posun směrem k bezpečnému stylu připoutání během terapie s lepšími výsledky léčby. Navrhují, že u pacientů, u kterých byl na začátku léčby zjištěn nejistý styl připoutání, by bylo vhodné zaměřit se v terapii více na blízké vztahy a interakci mezi lidmi (Levy et al. 2018).

## 2.4 Strategie v léčbě zaměřené na vztahovou vazbu

Slade & Holmes (2018) uvádí, že citová vazba pacienta má vliv na utváření terapeutického vztahu, proces i výsledky terapie. Chování pacienta během sezení je spojeno s různými vzorci nejisté vazby a vyžaduje odlišné způsoby, jak s ním pracovat. Už Bowlby (1988) uvádí, že ve smyslu poskytování bezpečné základny, ze které může pacient prozkoumávat a vyjadřovat své myšlenky a pocity, je role terapeuta analogická roli matky, která poskytuje svému dítěti bezpečnou základnu, ze které může objevovat svět. V terapii, která bere v potaz teorii vazby, by pak měl být kladen důraz na tři následující klíčové principy: (1) vztah terapeuta a pacienta je ústředním bodem pro dosažení změny, (2) během terapie lze rozpoznat dynamiku vazebného chování pacienta, čehož lze využít k objasnění jeho potíží



a intervenci vedoucí ke změně a (3) terapie může ovlivnit styl vazby pacienta (Slade & Holmes 2018). Z hlediska úspěšnosti terapie hraje významnou roli také typ citové vazby terapeuta a jeho schopnost mentalizace (Daniel 2006; Slade & Holmes 2018).

Attachment-Based Psychotherapy se kromě velkého důrazu na vytvoření bezpečné základny snaží posílit adaptační schopnosti pacienta tím, že se zaměřuje na emoce a komunikaci, které se pacient naučil potlačovat nebo přehnaně zdůrazňovat v raných vztazích s citovou vazbou. Jejím cílem je pomoci pacientovi nalézt nové způsoby vnímání světa a chování ve vztazích. Postupně tak dochází ke změně jeho IWM o sobě a druhých, a pacient se stává otevřenějším a přizpůsobivějším, což pomáhá k lepšímu fungování v intimních vztazích a efektivnějšímu fungování ve světě (Costello 2015).

V narativní přehledové studii 58 prací zabývajících se tématem citové vazby v terapii dospělých pacientů z pohledu různých psychotherapeutických přístupů identifikovali Berry & Danquah (2015) šest klíčových oblastí, které hrají v kontextu práce s nejistou vazbou významnou roli:

1. Změna interních pracovních modelů;
2. Terapeutický vztah a vytvoření bezpečné základny;
3. Formulování a zpracování vztahových zkušeností;
4. Protipřenos;
5. Otázky oddělení, ukončení a hranic;
6. Práce s různými vazebnými styly nebo vzorci.

Co se týče konkrétních terapeutických směrů, které téma citové vazby staví do popředí, průzkum dostupné literatury neodhalil žádný výzkum, který by prokázal jejich efektivitu v kontextu léčby OCD. Výjimku tvoří již zmíněná studie dvanácti dětských pacientů, u kterých po osmitýdenní attachment-based intervention došlo ke snížení závažnosti obsesí a kompulzí (Rezvan et al. 2013).

## 3. NEPŘÍZNIVÉ UDÁLOSTI V DĚTSTVÍ

### 3.1 Nepříznivé události v dětství a jejich typy

V širším pojetí je možno za nepříznivé události v dětství (Adverse Childhood Experience, ACE) považovat velmi pestré spektrum zkušeností, které mohou negativně ovlivnit vývoj dítěte (např. šikana, autohavárie, napadení, ale třeba i stěhování spojené se ztrátou přátel) (Saunders & Adams 2014; Karatekin & Hill 2018; Oh et al. 2018). V rámci této disertační práce se zabýváme užším výsekem tohoto spektra, konkrétně emočním týráním, tělesným týráním, sexuální zneužíváním, emočním zanedbáváním a tělesným zanedbáváním.

Ještě relativně nedávno byla dětská traumatizace považována spíše za okrajové téma a nebylo jí věnováno dostatek pozornosti. Situaci však změnila studie Felitti et al. (1998), ve které více než polovina z 9 508 respondentů uvedla, že byla v dětství vystavena nejméně jedné ze sedmi definovaných ACE kategorií a čtvrtina účastníků uvedla zkušenosti spadající do dvou a více kategorií. Velká část problému pravděpodobně zůstává skryta i nadále (Oral et al. 2016), což je dáno mj. tím, že chování vedoucí k dětské traumatizaci často probíhá v nejbližší rodině „za zavřenými dveřmi“ a lidé, kteří v něm hrají aktivní roli ho mohou maskovat (Saunders & Adams 2014). Například Radford et al. (2013) uvádí, že ACE 7 – 17x je častější, než hovoří oficiální statistiky.

V důsledku ACE se u člověka mohou rozvinout dysfunkční přesvědčení, maladaptivní strategie zvládání zátěžových situací a zhoršená emoční regulace (Cloitre et al. 2019; Pilkington et al. 2021). Vedou také ke změnám ve struktuře a funkci klíčových oblastí mozku (Brooks et al. 2016; Boullier & Blair 2018; Sheffler et al. 2020) a jsou spojeny se zvýšeným rizikem široké škály poruch, od úzkostných a afektivních poruch až po psychotické poruchy a poruchy osobnosti (Kalmakis & Chandler 2015; Sheffler et al. 2020).

Z praktických důvodů je vhodné odlišovat ACE (např. sexuální zneužívání v dětství) od později prožitých traumat jako je například znásilnění v dospělosti. Přestože oba dva příklady mohou vést k závažným psychickým důsledkům, ACE je specifické v tom, že chování, které k němu vede, je často spojené s pečující osobou (Vivrette et al. 2016), která by dítěti naopak měla zajišťovat potřebu jistoty a bezpečí (De Young et al. 2011). Také se většinou nejedná o jednorázovou událost, ale působí na dítě opakovaně a dlouhodobě. Dítě také navíc ze situace nemůže jednoduše vyváznout, jelikož je na pečující osobě materiálně závislé (De Young et al. 2011).

## 3.2 Nepříznivé životní události v dětství a psychopatologie

Myšlenka, že psychopatologické projevy jedince mohou souviset s nepříznivými zkušenostmi v dětství je již dlouhou dobu předmětem intenzivní výzkumné práce. V zemích WMH (World Mental Health) mají dětské nepříznivé události silnou souvislost se všemi třídami poruch ve všech fázích života (Kessler et al. 2010; Sheffler et al. 2020, Angelakis & Gooding 2020) a mohou mít vliv na neuroendokrinní a neurotransmitterové systémy a specifické změny v oblastech mozku spojené s regulací nálady (Nemeroff 2016).

V nedávném systematickém přehledu 26 studií zaměřeném na propojení nepříznivých zkušeností v dětství a rodičovských stylů s psychopatií dokládají Rowell & Neal-Barnett (2022) přímou souvislost mezi ACE a obtížemi dětí v oblasti internalizace (úzkost, deprese) i externalizace (poruchy chování). Na populačním vzorku 10 980 dospělých Finů dokládají Rehan et al. (2017) souvislost závažného týrání, zneužívání a zanedbávání v dětství (konkrétně všech typů ACE měřených pomocí Childhood Trauma Questionnaire; CTQ) s úzkostí a depresí. Souvislost některých specifických typů ACE s úzkostí a depresí dokládají také další výzkumy (Wang et al. 2020, Salokangas et al. 2020). V kontextu naší práce pak stojí za zmínku také studie, které se zaměřují na vztah dětských nepříznivých zkušeností s disociací (Sanders & Giolas 1991; Brunner et al. 2000; Lochner et al. 2004).

Co se týče propojení dětských nepříznivých zkušeností s OCD, výsledky výzkumů jsou méně konzistentní (Park et al. 2014; Visser et al. 2014; Destrée et al. 2021). Této problematice se budeme podrobněji věnovat v následující podkapitole.

## 3.3 Nepříznivé životní události v dětství u pacientů s OCD

Dětské trauma v anamnéze zvyšuje riziko OCD u dospělého téměř pětkrát (Park et al. 2014). Výsledky níže uvedených výzkumů naznačují, že nepříznivé zkušenosti v dětství ovlivňují závažnost poruchy, mají vliv na výskyt komorbidních symptomů a mohou komplikovat léčbu.

### 3.3.1 Nepříznivé životní události a rozvoj OCD

Přes relativně dobře prokázanou souvislost dětských nepříznivých zkušeností se širokým spektrem psychopatologických projevů (Kalmakis & Chandler 2015) je jejich konkrétní spojení s OCD méně zřejmé. Výsledky některých studií vztah mezi ACE a OCD podporují (Lochner et al. 2002; Kivilcim et al. 2016; Khosravani et al. 2017; Ay & Erbay 2018; Tatli

et al. 2018; Gu et al. 2022; Vazquez et al. 2022) jiné ho však neprokázaly (Selvi 2012; Belli et al. 2013; Hofmeijer-Sevink et al. 2013; Visser et al. 2014). Výzkum naznačuje, že konkrétní mechanismus, kterým se ACE na rozvoji OCD podílí, je složitější, a odehrává se ve spojení s dalšími faktory (Lochner et al. 2004; Mathews et al. 2008; Briggs & Price 2009; Carpenter & Chung 2011; Hofmeijer-Sevink et al. 2013; Belli 2014). V dalším textu se proto věnujeme jednotlivým studiím, které se snaží vysvětlit, jakými způsoby mohou ACE na rozvoj OCD působit.

Jedním z kandidátů na zprostředkující faktor mezi ACE a OCD je disociace (Lochner et al. 2004, Belli 2014). Disociativní tendence se mohou objevit, když se jednotlivec pokusí začlenit nepříznivé zkušenosti do kognitivního schématu (Selvi et al. 2012). Dítě, které zažívá ACE, se dostává do disonance – jeho pohled na svět, který mělo vytvořený dříve (např. „když jsem hodný, nemohu být potrestaný“), neumožňuje ACE zpracovat. Závažnost disociace pak souvisí se závažností obsedantně-kompulzivních příznaků (Prasko et al. 2010) a může být prediktorem horších výsledků léčby (Semiz et al. 2014; Prasko et al. 2016). Stejně jako ACE je i disociace běžnější u pacientů s OCD než u zdravých kontrol (Tatli et al. 2018; Ozgunduz et al. 2019). Boger et al. (2020b) přímo zmiňují disociaci jako faktor, který zprostředkovává vztah mezi ACE a příznaky OCD.

Carpenter & Chung (2011) doložili významnou souvislost mezi dětským traumatem a vyhýbavou vazbou (attachment avoidance), což bylo zase pozitivně spojeno s alexithymií, která pak korelovala se závažností a počtem příznaků OCD. Vztah mezi některými typy ACE a alexithymií popisují i jiní autoři (Zlotnick et al. 2001), styl rodičovské vazby vykázal mediační efekt mezi ACE a OCD také ve studii Boger et al. (2020b).

S rozvojem OCD také mohou souviset komorbidní poruchy, které ji často předcházejí a ovlivňují jak její průběh, tak závažnost (Hofmeijer-Sevink et al. 2013). Souvislost ACE s některými komorbidními poruchami byla přitom doložena na vzorku 382 pacientů s OCD (Hofmeijer-Sevink et al. 2013; Visser et al. 2014). Možnou mediační roli příznaků úzkosti a deprese naznačují také další výzkumné práce (Briggs & Price 2009; Coban & Tan 2019; Kart & Turkcapar 2019).

Další možností zprostředkujícího faktoru mezi ACE a OCD je koncept vyhýbání se zážitkům (Experiential Avoidance; EA) (Briggs & Price 2009). Právě maladaptivní hodnocení a vyhýbání se jinak běžným a neškodným intruzivním myšlenkám se totiž podílí na etiologii OCD (Cordioli 2003; Foa 2010). Ve studii, která zkoumala vztah mezi ACE a OCD, doložili souvislost EA se závažností obsedantně-kompulzivních příznaků Briggs & Price (2009), a tato souvislost si udržela statistickou významnost i po kontrole na úzkost a

depresi. Možný vztah mezi EA a ACE dokládá studie Reddy et al. (2006), ve které EA souviselo s historií psychického týrání.

Existují také studie, které u OCD poukazují na interakci ACE a vrozených faktorů. Hemmings et al. (2013) zjistili, že pokud met-alela BDNF (brain-derived neurotrophic factor; mozkový neurotrofický faktor) interagovala s emočním týráním v dětství, významně se zvýšilo riziko OCD. Také gen pro progranulin (PGRN) a trauma v dětství mohou úzce souviset s výskytem OCD, a interakce mezi PGRN a časným traumatem může hrát zásadní roli ve vývoji symptomu deprese u pacientů s OCD (Wang 2020). Předběžná zjištění ukazují, že trauma v dětství interaguje s haplotypy v COMT (katechol O-methyltransferáza), MAOA (monoaminová oxidáza A) a MAOB (monoaminová oxidáza B), což zvyšuje riziko OCD (McGregor et al. 2016). U dospělých s OCD, kteří mají zkušenosti s dětským traumatem, mohou větší objemy mozku odrážet bazální vývojovou neuropatologii (Brooks et al. 2016).

V neposlední řadě se může vliv ACE na rozvoj OCD projevovat prostřednictvím osobnostních rysů. Barcaccia et al. (2015) uvádí, že nadměrná odpovědnost a zvýšená dispozice k pocitům viny hrají významnou roli v rozvoji i udržování OCD. Tyto rysy můžeme získat v dětství a adolescenci prostřednictvím konkrétních zkušeností a výchovných stylů, zahrnujících kritiku, příliš vysoké standardy a nadměrné moralizování. Kompulsivní chování pak může být vyvoláno potřebou předcházet pocitům odpovědnosti a viny. V tomto kontextu je zajímavý výzkum na neklinickém vzorku 938 vysokoškolských studentů (Mathews et al. 2008). Ve shodě s výše uvedenou hypotézou autoři zjistili, že existuje významná spojitost mezi příznaky OCD a svědomitostí (ve smyslu osobnostních rysů dle osobnostního inventáře NEO-PI-R). Svědomitost byla zase častěji spojena s emočním zanedbáváním a se sexuálním zneužíváním v dětství.

Co se týče souvislosti OCD s konkrétním typem ACE, v systematickém přehledu Miller & Brock (2017) poukázali na souvislost násilí, emočního týrání, sexuálního zneužívání a zanedbávání se závažností obsesí (ne však kompulzí). Výsledky konkrétních studií jsou však velmi různorodé (Lochner et al. 2002; Lochner et al. 2004; Carpenter & Chung 2011; Hemmings et al. 2013; Khosravani et al. 2017). Závěry dvou významných výzkumů s velkým počtem respondentů ( $n_1 = 9\,508$ ,  $n_2 = 6\,027$ ) také mohou vést k úvaze, že pro míru následné patologie je významný spíše počet a závažnost různých dětských traumatických zkušeností než jejich konkrétní typ (Felitti et al. 1998; Park et al. 2014).

### 3.3.2 Nepříznivé životní události a subtypy OCD

Piras & Spalletta (2020) předpokládají, že kontaminace/čištění, symetrie a hromadění mohou souviset se stresovými faktory prostředí a s kumulativním účinkem traumat a jsou typické pro tzv. posttraumatický fenotyp OCD. Co se týče souvislosti ACE a konkrétních typů obsesí či kompulzí, průzkum literatury neodhalil žádné studie, které by se tímto tématem zabývaly. Výjimku tvoří téma hromadění, u kterého dvě studie prokázaly významnou souvislost s počtem traumatických událostí (Hartl et al. 2005; Landau et al. 2011). Nejednalo se však pouze o nepříznivé zkušenosti v dětství, ale obecně o traumata, kterými účastníci během života prošli.

Rodgers et al. (2015) zase uvádí, že dětské nepříznivé události se v anamnéze pacientů vyskytují u smíšeného obsedantně-kompulzivního typu OCD. U čistě kompulzivního typu se naopak téměř nevyskytují.

### 3.3.3 Nepříznivé životní události a závažnost OCD

Hodnocení souvislosti dětských nepříznivých zkušeností se závažností OCD se prolíná s tématem vlivu ACE na rozvoj této poruchy. Některé studie tuto myšlenku v různém rozsahu podporují (Mathews et al. 2008; Fontenelle et al. 2012; Miller & Brock 2017; Tatli et al. 2018; Boger et al. 2020a; Vidal-Ribas et al. 2020), jiné přímou souvislost mezi těmito fenomény nezjistily (Briggs & Price 2009; Selvi et al. 2012; Visser et al. 2014). Dynamika tohoto vztahu bude pravděpodobně velmi komplexní a svou roli v ní může hrát mnoho intervenujících proměnných nastíněných v předchozí kapitole.

### 3.3.4 Nepříznivé životní události a komorbidita u OCD

Podle Hofmeijer-Sevink et al. (2013) je dětské trauma významným faktorem, který přispívá k zranitelnosti vůči rozvoji komorbidních poruch u lidí trpících obsedantně-kompulzivní poruchou. Tato skutečnost je podložena řadou studií, které ukazují na souvislost mezi dětským traumatem a příznaky úzkosti v kontextu OCD (Coban & Tan 2019; Wang et al. 2020).

Kromě toho, další studie ukazují na souvislost mezi dětským traumatem a depresivními příznaky u lidí s OCD (Fricke et al. 2007; Coban & Tan 2019; Wang et al. 2020). Tato souvislost je důležitá, protože depresivní příznaky mohou značně zhoršit kvalitu života lidí trpících OCD.

Je také důležité zmínit, že existují studie, které ukazují na souvislost mezi dětským traumatem a disociací u lidí s OCD (Sanders & Giolas 1991; Zlotnick et al. 1995; Irwin 1999; Brunner et al. 2000; Lochner et al. 2004; Lochner et al. 2007). Disociace je psychologický stav, kdy se člověk cítí oddělený od svého těla nebo myšlenek, což může být velmi narušující a může zhoršit příznaky OCD.

Přesto se nám nepodařilo najít žádný výzkum, který by ukazoval na tuto souvislost u konkrétních diagnostických kategorií, jako je například depresivní porucha nebo generalizovaná úzkostná porucha (GAD). To je důležitá oblast pro budoucí výzkum, protože by mohla pomoci lépe pochopit, jak dětské trauma ovlivňuje různé aspekty OCD a jak může přispět k rozvoji komorbidních poruch. Toto pochopení by mohlo vést k vývoji efektivnějších léčebných strategií pro tyto pacienty.

Podle studie Coban & Tan (2019) mohou nepříznivé zkušenosti z dětství (ACE) vysvětlovat komorbiditu mezi obsedantně-kompulzivní poruchou (OCD) a poruchou pozornosti s hyperaktivitou (ADHD). Tato studie naznačuje, že ACE mohou být spojovacím článkem mezi těmito dvěma poruchami.

Výzkum provedený na velkém vzorku dvojčat (Stern et al. 2018) však nepotvrdil přímý vliv ACE na vývoj ADHD. Naopak, ukázalo se, že děti s ADHD mají větší pravděpodobnost, že se stanou oběťmi ACE.

Další autoři se zaměřili na roli ACE v komorbiditě mezi OCD a posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD). Fontenelle et al. (2011) zkoumali tuto souvislost a Araújo et al. (2018) identifikovali zneužívání v dětství jako klíčový faktor, který může vysvětlovat klinické a funkční rozdíly mezi OCD před a po traumatu u pacientů s PTSD.

Konečně, několik studií (Khosravani et al. 2017; Ay & Erbay 2018) ukázalo, že dětské nepříznivé události mohou zvyšovat riziko sebevražedných pokusů u pacientů s OCD. Toto zjištění zdůrazňuje důležitost včasného rozpoznání a řešení ACE u těchto pacientů.

### 3.3.5 Nepříznivé životní události a léčba OCD

Přítomnost dětského traumatu a časný věk nástupu poruchy předpovídaly její horší čtyřletý průběh (Tibi et al. 2020). Bicakci et al. (2019) zjistili, že rezistentní pacienti vykazovali vyšší míru sexuálního zneužívání v dětství. Podle Fontenelle et al. (2011) ale není jasné, jestli OCD pacienti s traumatickými zkušenostmi reagují odlišně na farmakoterapii (SSRI) nebo KBT. Semiz et al. (2014) zjistili, že OCD pacienti rezistentní vůči léčbě sice vykazovali vyšší míru traumatizace než na léčbu reagující respondenti, ale v logistické regresní analýze se traumatické zkušenosti jako relevantní prediktor rezistence

neprokázaly. Pacienti, kteří byli v dětství vystaveni traumatickým zkušenostem, sice před léčbou, bezprostředně po léčbě i 6 měsíců od ukončení léčby vykazovali závažnější symptomatologii OCD, ale samotné dětské trauma nemělo vliv na relativní zlepšení příznaků, tedy na efekt léčby (Boger et al. 2020a). K podobným závěrům dospěli také Fricke et al. (2007).

Je možné, že ACE výsledek léčby neovlivňují přímo, ale skrze zprostředkující faktor. Dětská traumata se pojí s výskytem úzkostných, depresivních a disociačních symptomů a zvyšují pravděpodobnost rozvoje různých dalších psychických poruch (Park et al. 2014). Klinická zkušenost přitom naznačuje, že léčba pacientů s komorbidními diagnózami bývá problematictější, což dokládají i některé studie (Pallanti et al. 2011). Vyšší úroveň disociace například predikují u OCD pacientů horší výsledek KBT léčby, a to i po kontrole vlivu příznaků deprese a komorbidních poruch (Rufer et al. 2006). Pacienti s vyšší mírou disociace navíc častěji předčasně ukončovali léčbu (Rufer et al. 2006). Nízká úroveň disociačních příznaků jako jeden z hlavních prediktorů úspěšné KBT pacientů s farmakorezistentní OCD se potvrdila také ve studii vedené českým kolektivem autorů (Prasko et al. 2009).

### 3.4 Strategie v léčbě zaměřené na nepříznivé události v dětství

Mnoho přístupů pracuje s pacienty s ACE, jejich výsledky jsou však většinou nekonzistentní (Lorenc et al. 2020). Systematický přehled 25 studií zaměřených na efektivitu intervencí u lidí, kteří mezi třetím a osmnáctým rokem čelili ACE, předkládá nejsilnější důkazy pro kognitivně-behaviorální přístup k léčbě (Lorenc et al. 2020). Také další systematická přehledová studie dochází k podobným závěrům (Korotana et al. 2016).

Kognitivně-behaviorální terapie zaměřená na trauma (Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy; TF-CBT) se zaměřuje na léčbu různých typů týrání, zneužívání a zanedbávání, svědectví násilí, traumatické ztráty, války nebo přírodních katastrof. Rozsah bývá většinou 12 – 16 sezení a zpravidla se poskytuje ambulantně (de Arellano et al. 2014). Práce většinou probíhá s dětmi a jejich rodiči či opatrovníky a směřuje k budování základních copingových a rodičovských dovedností, zvládání obtížných emocí, zvyšování budoucí bezpečnosti a k hledání smyslu traumatických zkušeností v životě daného jedince (Cohen et al. 2017). Přestože TF-CBT cílí hlavně na děti, je možné ji využít také při léčbě dospělých (Lowe & Murray 2014).



Kromě KBT považují autoři za slibnou také terapii založenou na všímavosti a expresivním psaní (Korotana et al. 2016). Mezi další přístupy patří například intervence zaměřené na odolnost (Bethell et al. 2014; Sciaraffa et al. 2018) nebo terapie hrou změřená na dítě (Haas & Rey 2020; Schoonover & Perryman 2022).

## 4. RODIČOVSKÉ STYLY

### 4.1 Rodičovské styly a jejich typy

Kromě vrozených dispozic působí na každé dítě již od narození mnoho vlivů souvisejících s prostředím, ve kterém vyrůstá, a které formují jeho budoucí zranitelnost (nebo naopak odolnost) vůči psychopatologii. Jedním z důležitých faktorů je styl výchovy či obecně chování rodičů vůči dítěti (Belsky & Plues 2009).

Chování rodičů k dětem se dá hodnotit z různých úhlů pohledu; v naší práci se zaměřujeme na dva faktory: (1) rodičovskou péči a (2) rodičovskou kontrolu/ hyperprotektivitu. Jejich míru ve výzkumné části měříme pomocí retrospektivní škály PBI (Parker et al. 1979). Tento pohled na danou problematiku jsme zvolili, protože existují výzkumy, které dokládají souvislost těchto faktorů s OCD (Yoshida et al. 2005; Wilcox et al. 2008; Chen et al. 2017).

*Rodičovská péče (Parental Care)* je chování charakteristické emoční vřelostí, empatií, blízkostí a náklonností vůči dítěti, oproti citovému chladu, zanedbávání a lhostejnosti, kterým odpovídá její nízká hodnota (Parker et al. 1979).

*Vysoká rodičovská kontrola/ hyperprotektivita (Parental Control/ Overprotection)* se projevuje nadměrnou ochranou, zasahováním do záležitostí dítěte a bráněním v samostatném chování. Nízká hodnota naopak vypovídá o respektování nezávislosti a autonomie (Parker et al. 1979).

I když v konkrétním chování rodiče se většinou prolínají oba tyto faktory (např. v určité situaci může být otec kontrolující, ale také emočně podporující), dají se hodnotit relativně nezávisle na sobě – některý rodič může vykazovat vysoké hodnoty na škále péče a nízké ve škále kontroly, u jiného mohou být oba způsoby chování výrazné nebo naopak nízké (Deater-Deckard et al. 2011).

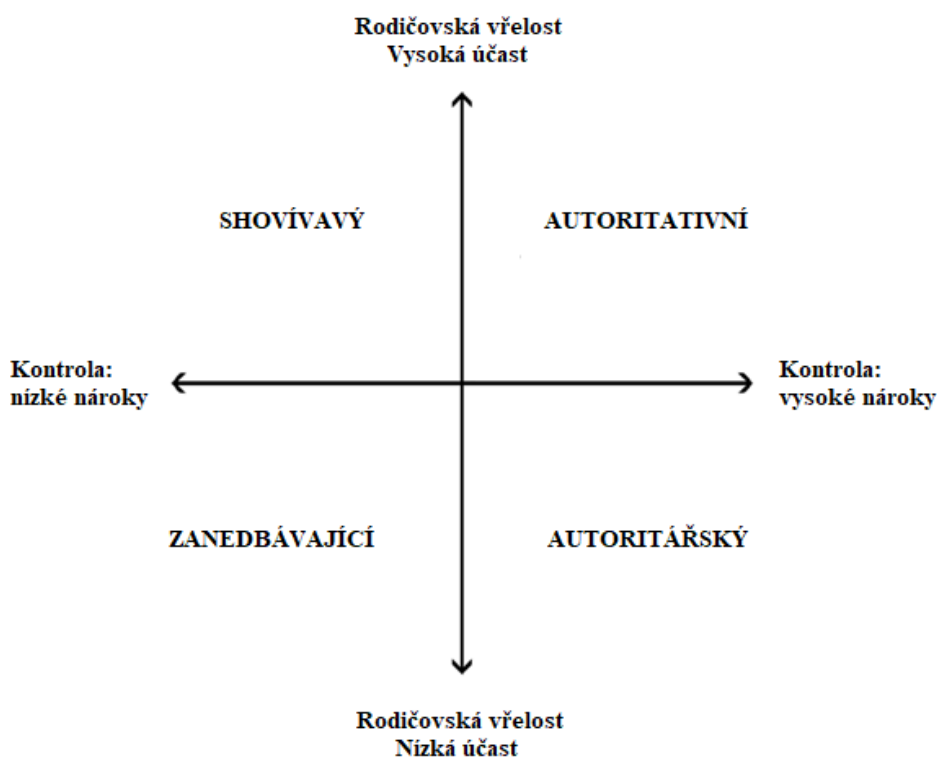
Většina studií, které se problematikou rodičovských stylů zabývají, používá jeden ze tří rozšířených nástrojů – PBI (Parental Bonding Instrument; Parker et al. 1979), se kterým pracujeme i my, EMBU (Egna Minnen Beträffande Uppfostran, Own Memories of Child-Rearing Experiences; Perris et al. 1980) nebo PAQ (Parental Authority Questionnaire; Buri 1991). Níže uvádíme stručné srovnání PBI s oběma zbývajícími metodami, protože je důležité pro pochopení vztahu našich výsledků s dalšími studiemi.

EMBU původně hodnotilo 14 aspektů rodičovského chování (Peris et al. 1980), které byly následně redukovány do 4 dimenzí – odmítání, emoční vřelost, hyperprotektivita a

upřednostňování (Arrindell et al. 1983). Na základě faktorové analýzy vyššího řádu se ale zjistilo, že první dvě dimenze jsou protichůdné, a proto bývají někdy souhrnně označovány jako péče (Arrindell & van der Ende 1984; Gerlisma et al. 1991). Upřednostňování bylo zase později označeno za kulturně specifické a od jeho používání se upustilo (Arrindell et al. 1992). Aktuálně se tedy většinou používá škála hyperprotektivity a škála péče (někdy popisovaná jen jako emoční vřelost, která tvoří jeden z jejích pólů). Při srovnávání s PBI se zjistilo, že emoční vřelost v EMBU měří totožný konstrukt jako škála péče v PBI (Arrindell et al. 1998). V případě škály Hyperprotektivita (EMBU) je srovnání s podobně nazvanou dimenzí Hyperprotektivita/kontrola v PBI komplikovanější, ale i mezi nimi je patrný velký překryv (Arrindell et al. 1998).

PAQ vychází ze tří výchovných stylů Diany Baumrindové (autoritativní, shovívavý, autoritářský), ke kterým byl později přidán čtvrtý (zanedbávající) styl (Baumrind 1966; Maccoby & Martin 1983). Tyto styly jsou popsány z hlediska úrovně podpory rodičů a míry jejich požadavků vůči dítěti (Baumrind 1991) a dají se zobrazit jako čtyři kvadranty dvojdimenzionálního modelu (obrázek 5, Livingstone et al. 2015). Rodičovské styly vycházející z typologie Baumrindové mají se škálami péče a kontrola používanými v PBI zjevný významový přesah, ale nepodařilo se nám najít studii, která by výsledky PAQ a PBI srovnávala.

*Obrázek 5: Rodičovské styly podle typologie Baumrindové zobrazené v dvojdimenzionálním modelu (Baumrind 1991; citováno v Livingstone et al. 2015)*



Je zřejmé, že každý z rodičů může aplikovat jiný výchovný styl. Proto se i dané hodnotící škály vždy vyplňují zvlášť pro matku a zvlášť pro otce. Kromě toho je důležité vzít v potaz, že interakce mezi rodiči a dětmi nejsou pouze jednosměrné. Několik studií jednovaječných dvojčat dokládá, že rodiče a jejich děti se ovlivňují oboustranně, tedy že genotyp a chování dítěte může ovlivňovat výchovný styl, který vůči němu rodiče uplatňují (Avinum & Rafo 2014). Například mateřská kontrola je pravděpodobně vyvolaná dětmi s vysokou úrovní úzkosti (Eley et al. 2010).

## 4.2 Rodičovské styly a psychopatologie

Vztahu mezi rodičovskými styly v dětství a pozdější psychopatií je věnováno mnoho vědeckého úsilí. Ve studii 1 303 párů jednovaječných dvojčat dokládají Long et al. (2015) souvislost subjektivně vnímaných rozdílů ve výchově s psychopatií. Konkrétně byla nízká vřelost spojena s internalizačními poruchami, ochrana byla negativně spojena s depresivní poruchou, s GAD a s antisociálním chováním. Autoritářský přístup pak pozitivně koreloval s depresivní poruchou a s poruchami chování a negativně s antisociálním chováním. K podobným výsledkům dospěli Aycicegi et al. (2002), kteří uvádí, že rodičovské styly s vysokou mírou psychologické kontroly jsou spojovány s širokým spektrem úzkostné a depresivní symptomatiky napříč různými diagnostickými kategoriemi. V tomto ohledu je důležité oddělit behaviorální kontrolu, která zahrnuje pokusy rodičů stanovit jasná pravidla a sledovat aktivity dětí, od psychologické kontroly, která zahrnuje pokusy rodičů omezovat myšlenky a pocity dětí. Z výsledků systematického přehledu 59 studií týkajících se internalizačních příznaků u adolescentů ve vztahu k výchovným stylům vyplývá, že psychologická kontrola a tvrdé ovládání (harsh control) dětí jsou významně spojeny s úzkostí, depresí a suicidálními myšlenkami v adolescenci, zatímco behaviorální kontrola, rodičovská vřelost a poskytování autonomie mohou hrát roli protektivních faktorů (Gorostiaga et al. 2019).

Anhalt & Morris (2008) spojují ve studii 434 vysokoškolských studentů zvýšenou míru úzkosti a deprese s rodičovskými styly charakteristickými nadměrnou ochranou a nízkou úrovní vřelosti. K podobným výsledkům na 170 účastnících z neklinické populace dospěli také Mancini et al. (2000). Pacienti s úzkostnou poruchou popisují menší rodičovskou vřelost (platí pro matku i otce) (Picardi et al. 2013), jiný výzkum zase považuje za potenciálně rizikový faktor pro rozvoj úzkostných poruch hyperprotektivní styl výchovy (Turgeon et al. 2002). Dospělí pacienti s poruchami úzkostného spektra uváděli ve srovnání s depresivními pacienty a zdravými kontrolami nedostatek autonomie poskytované matkou, pacienti s depresí zase nedostatek emoční vřelosti ze strany otce (Kullberg et al.

2020). Poměrně dobře probádaná je také souvislost rodičovských stylů s OCD, které se věnuje následující kapitola.

### 4.3 Rodičovské styly v dětství u pacientů s OCD

OCD je spojována s maladaptivním rodičovstvím, zejména s nadměrnou ochranou a odmítáním projevů dítěte ze strany rodičů (Turgeon et al. 2002; Alonso et al. 2004; Sunderland & Armstrong 2005; Wilcox et al. 2008; Lennertz et al. 2010). Specifické oblasti problematiky, jako jsou souvislost výchovných stylů se závažností, komorbiditou, léčbou nebo jednotlivými subtypy OCD, je však zatím probádaná relativně málo.

#### 4.3.1 Rodičovské styly a rozvoj OCD

Ve studii Turgeon et al. (2002) hodnotili pacienti s OCD zpětně své rodiče jako více hyperprotektivní než respondenti v kontrolním vzorku. Tento ochranný přístup může dětem upírat zkušenosti ze zvládnání věku přiměřených rizikových situací. Jedná se přitom o vývojovou potřebu, díky které se dítě v bezpečném prostředí učí překonávat překážky a buduje si sebevědomí (Ungar 2009; Young et al. 2013). Nenaplnění této potřeby pak vede k tomu, že dítě trpí úzkostí a nedostatkem sebeúcty (Young et al. 2013; Breinholst et al. 2015) a vede k vyššímu riziku rozvoje OCD (Brander et al. 2016).

Kromě toho může nadměrná snaha rodičů ovládat a definovat život svých dětí vést k intenzivním emocím a vyvolávat v dětech úzkost. Rodiče, kteří se silným emocím snaží vyhýbat, mohou také emoce a přání svých dětí potlačovat a přeformulovat je podle svých představ. S dětmi pak mohou komunikovat ve smyslu: „Ne, nepotřebuješ tohle, ale něco úplně jiného. Tenhle pocit nemáš, cítíš se takhle.“ Tento styl komunikace brání rozvoji schopnosti dítěte samostatně se vypořádat s emočně nabitými situacemi. Nemá totiž nikoho, kdo by mu pomohl jeho emocím porozumět a pracovat s nimi. Kompulzivní rituály, které jsou jednoznačné a člověk je má pod kontrolou, se pak stávají prostředkem k tomu, aby se s těmito emocemi vyrovnal jinou cestou (Sunderland & Armstrong 2005).

Yoshida et al. (2005) poukázali na to, že rodičovské přístupy typické kontrolou a nadměrným zasahováním do života dětí jsou spojeny s rozvojem OCD a deprese s obsedantními rysy (ale ne s depresí jako takovou). I v jiné studii OCD pacienti uváděli vyšší míru rodičovské kontroly, a kromě toho také odmítání svých projevů ze strany rodičů a nižší rodičovskou vřelost (Lennertz et al. 2010). Podobný vztah prokázal na neklinickém vzorku také Ehiobuche (1988), který zjistil, že studenti s větším sklonem ke kompulzivitě

popisovali častěji své rodiče jako hyperprotektivní, odmítající a emočně méně vřelé. Ivarsson et al. (2016) zase uvádí, že rodiče adolescentů s OCD, depresivní poruchou a kombinacemi těchto poruch selhávali v roli „bezpečného přístavu“ a méně odpovídali na emoční potřeby svých dětí. Z výsledků studie Kamali et al. (2014) vyplývá, že pacienti popisující autoritářský, permissivní nebo zanedbávající styl výchovy mají větší pravděpodobnost k pozdějšímu rozvoji OCD. Autoritářský styl výchovy spojují s příznaky OCD také Timpano et al. (2010).

Na druhou stranu některé studie spojení mezi OCD a rodičovskými styly nezjistily. Mancini et al. (2000) uzavírají výsledky výzkumu na 170 neklinických účastnících s tím, že rodičovské styly byly spojeny s příznaky deprese a úzkosti, ale ne se specifickými příznaky OCD. Vogel et al. (1997) na menším klinickém vzorku dospěli k podobným výsledkům. V systematickém přehledu článků zaměřených na rizikové faktory pro rozvoj OCD Brander et al. (2016) hovoří o výchovných stylech jako o faktoru, pro který jsou omezené důkazy. Myhr et al. (2004) zase zjistil nižší úroveň zpětně hodnocené mateřské péče u pacientů s depresí. V případě pacientů s OCD však byly rodičovské styly nerozlišitelné od kontrolní skupiny.

OCD bývá často spojována s perfekcionismem (Pinto et al. 2017), a existují studie na neklinické populaci, jejichž výsledky naznačují, že perfekcionismus by mohl hrát roli mediačního faktoru mezi rodičovskými styly a obsedantně-kompulzivními symptomy (Moretz & McKay 2009; Hu et al. 2023). V tomto kontextu je zajímavý výzkum zabývající se přístupem matky k chybám. Suor et al. (2022) zkoumali na 117 párech matka (biologická) – dítě (9-16 let), jak se negativní hodnocení chyb (error-related negativity; ERN) přenáší z matky na dítě. 75 matek mělo v anamnéze depresivní poruchu (32 z nich v kombinaci s celoživotní úzkostností; „lifetime anxiety“), 45 tvořily zdravé kontroly. Účastníci absolvovali strukturovaný psychiatrický rozhovor, vyplnili rodičovské dotazníky a dostali úkol, na kterém zkoumali ERN. Analýza cesty ukázala, že ERN matky bylo významně spojené se zvýšenou ERN potomků a s negativnějšími rodičovskými styly. ERN dětí a negativní rodičovské styly pak byly spojeny s internalizačními symptomy u dětí (a to bez závislosti na internalizačních symptomech či psychopatologii matky).

#### 4.3.2 Rodičovské styly a subtypy OCD

Souvislosti mezi rodičovskými styly a subtypy OCD je věnováno relativně málo vědeckého úsilí. Výsledky dostupných studií naznačují, že rodičovské styly nemají přímou souvislost s jednotlivými subtypy OCD (Alonso et al. 2004; Fazal & Zahra 2021) s výjimkou

hromadícího chování, které je však často považováno za klinicky a možná i etiologicky odlišný subtyp OCD (Alonso et al. 2004, Chen et al. 2017) a v MKN-11 i v DSM-5-TR je mu vyčleněna samostatná diagnostická kategorie (WHO 2021, APA 2022).

Na vzorku 100 OCD pacientů a 100 studentů nenalezli Fazal & Zahra (2021) významný vztah mezi retrospektivně hodnoceným rodičovským stylem a specifickými typy obsesí a kompulzí. Alonso et al. (2004) porovnávali rodičovské styly, kterým bylo v dětství vystaveno 40 OCD pacientů a 40 zdravých kontrol. Zjistili, že úroveň hyperprotektivního chování ze strany rodičů byla v obou skupinách přibližně stejná, pacienti s OCD však uváděli vyšší úroveň odmítnutí ze strany otce než kontrolní skupina. Jediný příznak OCD, u něhož se potvrdil vliv stylu výchovy, bylo hromadění, které bylo spojeno s nízkou emoční vřelostí rodičů. Rozsáhlejší výzkum na souvislost rodičovských stylů a hromadění provedli na vzorku 894 dospělých s diagnózou OCD (334 s příznaky hromadění, 560 s jinými typy příznaků) Chen et al. (2017). Zatímco pacientky se symptomem hromadění uváděly vyšší ochranu a kontrolu ze strany matky než ostatní ženy trpící OCD, u mužů se mezi oběma skupinami (hromadící vs nehromadící) žádný výrazný rozdíl v rodičovských stylech neprokázal.

#### 4.3.3 Rodičovské styly a závažnost OCD

Kromě jedné menší studie, ve které se neprokázalo spojení mezi rodičovským stylem a závažností OCD (Chambless et al. 1996) se nám nepodařilo nalézt žádný další výzkum, který by se zabýval touto oblastí. V rámci neklinické populace však Timpano et al. (2010) prokázali vyšší míru obsedantně-kompulzivních příznaků a přesvědčení (např. přesvědčení o důležitosti myšlenek a osobní odpovědnosti) u účastníků, kteří uváděli autoritářský výchovný styl svých rodičů. Pokud bychom se ale na závažnost OCD dívali z širší perspektivy, mohli bychom do ní zahrnout také nespecifické příznaky, které poruchu provází, a dále ji komplikují. Úzkostné a depresivní příznaky přitom mnoho autorů s rodičovskými styly spojuje (Gorostiaga et al. 2019).

Kromě toho je také známo, že obsese a kompulze se vyskytují i v běžné populaci – OCD pak bývá diagnostikována, pokud přesáhnou určitou míru a společenskou únosnost (Salkovskis & Harrison 1984). Na základě výzkumů dokládajících vyšší výskyt OCD u lidí vystavených neoptimálnímu výchovnému působení v dětství můžeme tedy spekulovat, že právě rodičovské styly se na zvýšení závažnosti obsesí a kompulzí podílí, což zvyšuje pravděpodobnost, že u těchto lidí bývá následně OCD diagnostikována.

#### 4.3.4 Rodičovské styly a komorbidita u OCD

Mnoho dříve zmíněných studií dokládá souvislost mezi rodičovskými styly a obecnou psychopatií, nejčastěji jsou zmiňovány internalizační symptomy (úzkost, deprese) (Aycicegi et al. 2002; Long et al. 2015; Gorostiaga et al. 2019). Pokud víme, tak neexistuje výzkum, který by se zabýval přímou vazbou mezi rodičovskými styly a komorbidními poruchami u OCD pacientů.

#### 4.3.5 Rodičovské styly a léčba OCD

Vliv rodičovských stylů na výsledky léčby OCD dosud nebyl zkoumán, a vzácné jsou také studie zabývající se tímto tématem v rámci příbuzné kategorie úzkostných poruch. Skupině pacientů, kteří v minulosti trpěli GAD, panickou poruchou nebo PTSD a následně byli léčeni pomocí KBT, zadali Chambers et al. (2004) s odstupem 3–14 let po absolvování první léčby škálu PBI. Následně srovnávali výsledky pacientů, kteří byli již tou dobou vyléčeni s těmi, kteří měli stále některou z poruch diagnostikovanou. Zjistili, že nevléčení pacienti uváděli v PBI nižší úroveň otcovské péče a vyšší úroveň kontroly ze strany obou rodičů, a významně častěji přisuzovali některému z rodičů výchovný styl charakteristický vysokou mírou kontroly a nižší mírou péče (affectionless control).

Obdobné výsledky přinesl i nedávný výzkum našich kolegů. Na vzorku 96 dospělých pacientů hospitalizovaných s úzkostnými poruchami zkoumali Holubová et al. (2021) vliv různých faktorů na výsledky léčby pomocí krátké psychodynamické psychoterapie. Z výsledků regresní analýzy vyplynulo, že mateřská péče a kontrola významně ovlivňují změnu příznaků deprese, zatímco míra otcovské kontroly predikovala menší změnu úzkostných příznaků.



# II. Empirická část

## 5. VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

### 5.1 Cíle

Cílem této výzkumné práce bylo

- (1) Prozkoumat možné souvislosti mezi třemi faktory (nepříznivé zkušenosti v dětství, dospělá vazba a rodičovské styly) a závažností či věkem nástupu OCD a
- (2) Zjistit, jak tyto faktory souvisí s výsledky léčby dospělých pacientů s farmakorezistentní OCD.

### 5.2 Hypotézy

V souladu s cíli práce bylo stanoveno pět základních okruhů hypotéz, které obsahují konkrétní hypotézy související s dílčími oblastmi:

- I. Souvislost nepříznivých zkušeností v dětství (ACE) a OCD
  - (1) Vyšší míra nepříznivých zkušeností v dětství je spojena s časnějším nástupem poruchy.<sup>1</sup>
  - (2) Vyšší míra nepříznivých zkušeností v dětství je spojena se závažnějšími specifickými příznaky OCD (a/ celková závažnost, b/ obsese, c/ kompulze).<sup>2</sup>
  - (3) Vyšší míra nepříznivých zkušeností v dětství je spojena se závažnějšími nespecifickými příznaky (a/ úzkosti, b/ deprese, c/ disociace).<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Hypotéza má oporu ve studii Fontenelle et al. (2012).

<sup>2</sup> Dle Tibi et al. (2018) a Boger et al. (2020b) byla závažnost OC příznaků spojena s ACE.

<sup>3</sup> Fricke et al. (2007), Salokangas et al. (2018), Kart & Turkcpar (2019) pro vztah ACE s příznaky úzkosti a deprese, Lochner et al. (2004) pro disociaci.

- II. Souvislost dospělé vazby a OCD
- (4) Vyšší míra vazebné úzkostnosti v dospělosti je spojena se závažnějšími specifickými příznaky OCD (a/ celková závažnost, b/ obsese, c/ kompulze).<sup>4</sup>
  - (5) Vyšší míra vazebné úzkostnosti v dospělosti je spojena se závažnějšími nespecifickými příznaky (a/ úzkosti, b/ deprese, c/ disociace).<sup>5</sup>
- III. Souvislost rodičovských stylů, které na pacienta působily v dětství, a OCD
- (6) Vyšší úroveň mateřské péče v dětství je spojena pozdějším nástupem poruchy.<sup>6</sup>
  - (7) Vyšší úroveň mateřské péče je spojena s méně závažnými specifickými příznaky OCD (a/ celková závažnost, b/ obsese, c/ kompulze).<sup>7</sup>
  - (8) Vyšší úroveň mateřské péče je spojena s méně závažnými nespecifickými příznaky (a/ úzkosti, b/ deprese, c/ disociace).<sup>8</sup>
  - (9) Vyšší úroveň mateřské kontroly je spojena se závažnějšími specifickými příznaky OCD (a/ celková závažnost, b/ obsese, c/ kompulze).<sup>9</sup>
- IV. Vzájemná souvislost uvedených faktorů
- (10) Existuje negativní vztah mezi nepříznivými zkušenostmi v dětství a úrovní mateřské péče.<sup>10</sup>
  - (11) Existuje negativní vztah mezi vazebnou úzkostností a úrovní mateřské péče.<sup>11</sup>
  - (12) Existuje pozitivní souvislost mezi vazebnou úzkostností a nepříznivými zkušenostmi v dětství.<sup>12</sup>

---

<sup>4</sup> Oporou pro tuto hypotézu je metaanalýza 16 studií (van Leeuwen et al. 2020).

<sup>5</sup> Podkladem hypotézy je studie Picardi et al. (2013).

<sup>6</sup> Naši hypotézu zakládáme na předpokladu protektivního působení projevů rodičovské péče (Hofer et al. 2020). *Mateřskou* péči volíme pro vyšší vliv matky v raném dětství (Bowlby 1969; Sasaki et al. 2010).

<sup>7</sup> Hypotéza vychází ze studie Lennertz et al. (2010).

<sup>8</sup> Hypotézou navazujeme na předešlé výzkumy (Aycicegi et al. 2002; Myhr et al. 2004).

<sup>9</sup> Podklady pro tuto hypotézu lze najít v pracích Turgeon et al. (2002), Yoshida et al. (2005), Lennertz et al. (2010) a Ehiobuche (1988).

<sup>10</sup> Pro OCD populaci výzkum chybí; Catalan et al. (2017) pro populaci pacientů s hraniční poruchou osobnosti.

<sup>11</sup> Gittleman et al. (1998), Wilhelm et al. (2016) pro neklinickou populaci.

<sup>12</sup> K podobnému výsledku dospěla studie Boger et al. (2020b).

- V. Souvislost mezi zkoumanými veličinami a výsledky léčby
- (13) Vyšší úroveň nepříznivých zkušeností v dětství predikuje menší změnu příznaků OCD na konci léčby.<sup>13</sup>
  - (14) Vyšší úroveň vazebné úzkostnosti v dospělosti predikuje menší změnu příznaků OCD na konci léčby.<sup>14</sup>
  - (15) Vyšší úroveň mateřské péče predikuje větší změnu příznaků OCD na konci léčby lepší výsledky léčby.<sup>15</sup>
  - (16) Časnější nástup poruchy predikuje menší změnu příznaků OCD na konci léčby.<sup>16</sup>
  - (17) Vyšší závažnost specifických příznaků (a/ celková závažnost, b/ obsese, c/ kompulze) na začátku léčby predikuje menší změnu příznaků OCD na konci léčby.<sup>17</sup>
  - (18) Vyšší závažnost nespécifických příznaků (a/ úzkosti, b/ deprese, c/ disociace) na začátku léčby predikuje menší změnu příznaků OCD na konci léčby.<sup>18</sup>

Metody použité pro zmapování všech zkoumaných oblastí (ACE, dospělá vazba, rodičovské styly) obsahují vždy několik subškál – např. v případě rodičovských stylů se odlišuje výchovné působení matky a otce a zároveň typ chování vůči dítěti (péče a kontrola), čímž vznikají čtyři samostatné veličiny. Zmapování vzájemných souvislostí mezi všemi těmito dílčími kategoriemi by vedlo k neúměrnému navýšení počtu hypotéz. V případě ACE jsme tedy pro účely přijetí/ zamítnutí hypotézy hodnotili celkové skóre; uvádíme však i výsledky pro jednotlivé typy nepříznivých zkušeností, a rovněž v diskuzi jdeme více do detailu. U dospělé vazby jsme hypotézy omezili na vazebnou úzkostnost, pro jejíž souvislost s OCD byly v dřívějších studiích předloženy silnější důkazy. Vazebnou vyhýbavost jsme do hypotéz nezahrnuli, ale i v tomto případě výsledky pro tuto veličinu uvádíme a dále komentujeme v Diskuzi. Podobně u rodičovských stylů jsme zvolili pouze dvě ze čtyř hodnocených oblastí – mateřskou péči a mateřskou kontrolu, protože otcovská péče a kontrola u řady případů nebyla přítomná a plánovaný vzorek nebyl dostatečně velký na statistické posouzení. Výsledky pro otcovskou péči a otcovskou kontrolu však uvádíme.

---

<sup>13</sup> Touto hypotézou zkoumáme z jiného pohledu vztah naznačený ve studii Tibi et al. (2020).

<sup>14</sup> Hypotéza je podložena studií Tibi et al. (2019).

<sup>15</sup> Hypotéza je založena na studii Holubova et al. (2021).

<sup>16</sup> Hypotéza se opírá o zjištění Fontenelle et al. (2003).

<sup>17</sup> Vycházíme ze systematického review Knopp et al. (2013).

<sup>18</sup> Hojgaard et al. (2020) pro symptomy úzkosti a deprese, Prasko et al. (2009) pro disociaci.

### 5.3 Praktický význam výzkumu

Obsedantně-kompulzivní porucha je často obtížně léčitelná, a proto je třeba hledat nové možnosti, jak na ni působit. Souvislost OCD s nepříznivými zkušenostmi v dětství, s rodičovskými styly, které na pacienta působily, a s dospělou vazbou stále není dostatečně probádaná. Přitom by mohla přinést nové terapeutické postupy, které by u pacientů s potížemi v těchto oblastech mohly léčbu zefektivnit. Důležité by mohly být například strategie, které podporují pocity bezpečí, přijetí a ocenění v rámci terapeutického vztahu.

Náš výzkum je specifický tím, že je zaměřený na pacienty, kteří dostatečně nereagovali na dřívější farmakoterapeutickou léčbu. Od jiných studií na dané téma se odlišuje také tím, že zkoumané faktory dává do souvislosti nejen se závažností obsesí a kompulzí, ale také s nespecifickými příznaky a s věkem nástupu poruchy. Kromě toho nevnímáme faktory jako izolované jednotky, ale snažíme se zjistit také to, jaký vztah je mezi nimi.

## 6. METODOLOGICKÝ RÁMEC

Tato kapitola přibližuje design výzkumné studie, popisuje použité nástroje, proces sběru, zpracování a analýzy dat, a zabývá se také etickým rozměrem výzkumu.

### 6.1 Výzkumný plán

Cílem výzkumu bylo zjistit možnou souvislost rodičovských stylů, nepříznivých zkušeností z dětství a dospělé vztahové vazby se závažností specifických a nespecifických příznaků OCD a s úspěšností léčby u farmakorezistentních pacientů.

*Cílová skupina* byla zvolena s ohledem na to, že dosud nebyla publikována žádná studie, která by se jí v tomto kontextu zabývala. Zároveň k tomu psychoterapeutické oddělení Kliniky psychiatrie FNOL nabízelo vynikající příležitost, protože OCD pacienti zde přicházejí až poté, co adekvátně nereagovali na psychofarmaka předepsaná ambulantním psychiatrem.

Předkládané výsledky vychází z *kvantitativního výzkumu* a umožňují tak srovnání s předchozími a budoucími studiemi na toto téma.

Data byla získána pomocí *baterie dotazníků* s převahou sebesposuzovacích škál; některé z nich byly retrospektivní, jiné hodnotily aktuální stav. Metody byly vybrány s ohledem na kvalitu psychometrických vlastností; zároveň jsme se snažili využít dotazníky, které jsou součástí standardní baterie, kterou pacienti během hospitalizace vyplňují. Každý z pacientů pak absolvoval na začátku a na konci léčby schůzku s výzkumníkem, během které byly administrovány zbývající metody. Data byla následně převedena do elektronické podoby a poté prošla statistickou analýzou.

### 6.2 Použité metody

#### 6.2.1 MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview)

MINI je krátký strukturovaný diagnostický rozhovor vyvinutý pro screening sedmnácti základních psychiatrických diagnóz. Pro posouzení přítomnosti poruchy používá kritéria DSM-IV a MKN-10 (Sheehan et al. 1998). Hodnocení probíhá formou rozhovoru mezi zaškoleným odborníkem (např. lékař, psycholog) a pacientem. Každá z diagnóz má svou vlastní sekci, která začíná úvodními otázkami popisujícími obecné příznaky (např. popis

obsedantních myšlenek a kompulzivního chování následovaný dotazem na jejich přítomnost), přičemž pokud pacient tyto příznaky potvrdí, navazují detailnější otázky (např. jestli obsese nebo kompulze významně narušovaly denní rutinu pacienta). Výsledkem je potvrzení nebo zamítnutí dané diagnózy. S dotazníkem operuje a odpovědi pacienta zaznamenává hodnotitel. Metoda má uspokojivé psychometrické charakteristiky a výsledky screeningu jsou srovnatelné s diagnostickým hodnocením expertů v příslušném oboru (Amorim 2000).

### 6.2.2 HAM-A (Hamilton Anxiety Rating Scale)

HAM-A je posuzovací škála vyvinutá k určení závažnosti příznaků úzkosti. S metodou pracuje lékař či jiný proškolený odborník, který během rozhovoru s pacientem hodnotí čtrnáct okruhů psychických a somatických příznaků spojených s úzkostným prožíváním (např. strach, nespavost, úzkostná nálada, kardiovaskulární příznaky atd.) na pětibodové stupnici (0 = potíže nejsou přítomny až 4 = potíže jsou závažného charakteru) (Hamilton 1959).

Interpretace celkového skóru je následující:

- 17 a méně: mírná úroveň úzkosti
- 18 – 24: mírná až střední úroveň úzkosti
- 25 – 30: střední až závažná úroveň úzkosti (Hamilton 1959).

Metoda vykazuje uspokojivé psychometrické vlastnosti (Hamilton 1959, Maier et al. 1988). Standardizace české verze dosud není k dispozici, nicméně vzhledem k tomu, že jednotlivé položky sestávají z prostého výčtu příznaků (např. Fears: of dark, of strangers, of being left alone, of animals, of traffic, of crowds), dá se očekávat, že jejich překlad (např. Strach: ze tmy, z cizinců, být sám(a), ze zvířat, z dopravy, z davu) nebude mít na psychometrické vlastnosti velký vliv. Cronbachova alfa metody byla v rámci našeho výzkumu 0,86.

### 6.2.3 CGI (Clinical Global Impression)

CGI je jednopoložková škála, která se používá pro hodnocení závažnosti psychopatologie. Škála má dvě verze – jednu vyplňuje lékař (CGI-CV) a jednu pacient (CGI-PV). Obě tyto verze jsou totožné, skládají se ze sedmi bodů (1 = normální, bez známek nemoci, 7 = prožívá/m extrémně silné příznaky nemoci), z nichž každý má slovně uvedený popis závažnosti příznaků a lékař/ pacient, na nich zaznamenávají intenzitu psychických potíží

(Guy 2000). Metoda obsahuje také další sedmibodovou škálu, na níž je možno označit míru zlepšení či zhoršení psychopatologie v průběhu léčby. Někteří autoři však kritizují závislost tohoto hodnocení na paměti lékaře a pacienta, a proto se k tomuto účelu často používá prosté hodnocení závažnosti stavu psychopatologie, které lékař a pacient provedou v daný okamžik (většinou na začátku a na konci) léčby a následně se srovnají (Zaider et al. 2003). Tento přístup jsme zvolili také v našem výzkumu.

#### 6.2.4 Y-BOCS-SR (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale-Self-Report)

Y-BOCS-SR je sebehodnotící varianta škály Y-BOCS používané k hodnocení závažnosti obsesí a kompulzí. Škála obsahuje deset položek (polovinu pro obsese a polovinu pro kompulze), které se týkají časové náročnosti obsesí a kompulzí, nakolik narušují život pacienta, jak velký stres mu způsobují, jak moc se je snaží je ignorovat a nakolik se mu to daří. Každá položka je hodnocena na pětibodové Likertově stupnici v rozmezí od 0 (potíže nejsou přítomny) do 4 (potíže jsou závažného charakteru). Celkové skóre se pohybuje od 0 do 40 a samostatné skóre pro obsese a kompulze je v rozmezí 0 až 20 (Goodman et al. 1989a, 1989b). Kromě zmíněné části zaměřené na hodnocení závažnosti příznaků metoda obsahuje také seznam běžných typů obsesí a kompulzí (ten jsme však pro nízkou návratnost do prezentace našich výsledků nezařadili).

Na základě srovnání výsledků Y-BOCS s CGI u 954 pacientů dospěli Storch et al. (2015) ke stanovení úrovní závažnosti obsedantně-kompulzivních příznaků dle celkového skóre Y-BOCS:

- Mírné příznaky: 0–13
- Středně těžké příznaky: 14–25
- Středně těžké až závažné příznaky: 26–34
- Závažné příznaky: 35–40

Co se týče hodnocení efektu léčby, jako částečná odpověď je hodnocen 20–35% pokles a jako plná odpověď alespoň 35% snížení ve skóre Y-BOCS oproti zahájení léčby (Stopková 2017).

Y-BOCS disponuje dobrou reliabilitou a validitou (Goodman et al. 1989a; 1989b). Co se týče sebehodnotící české verze YBOCS-SR, předchozí studie potvrdily vysokou korelaci s původní verzí Y-BOCS (Praško et al. 2006, Vyskočilová et al. 2016). Cronbachova alfa metody byla v rámci našeho výzkumu 0,92.

### 6.2.5 BAI (Beck Anxiety Inventory)

BAI je sebesupozovací metoda zachycující příznaky úzkosti a jejich intenzitu. Škála je tvořena 21 položkami, které reprezentují tělesné, kognitivně-emoční a behaviorální úzkostné projevy (Beck et al. 1988). U každé položky pacient na čtyřbodové Likertově stupnici hodnotí, zda se v období posledního týdne s daným příznakem setkal, a pokud ano, tak nakolik byl intenzivní a nepříjemný (0 = vůbec se s příznakem nesetkal, 3 = s příznakem se setkával často a velmi ho to zatěžovalo) (Leyfer et al., 2006). Celkové skóre pak odráží aktuální subjektivně vnímanou úroveň úzkostných projevů pacienta. Pro interpretaci výsledků je možno použít následující cut-off skóry (Julian 2011):

- 0-9 bodů – žádná až běžná hladina úzkosti
- 10-18 bodů – mírná až středně silná úzkost
- 19-29 bodů – středně silná až těžká úzkost
- 30-63 bodů – těžká úzkost

Metoda vykazuje kvalitní psychometrické vlastnosti (Beck et al. 1988) a její výhodou je mj. také citlivost ke změnám symptomů dosažených během psychotherapeutické nebo farmakologické léčby (de Beurs et al. 1997). Česká verze dotazníku je standardizována Kamarádovou et al. (2015) a její reliabilita, validita a faktorová struktura je srovnatelná s originálem. Cronbachova alfa v rámci našeho výzkumu činila 0,93.

### 6.2.6 BDI-II (Beck Depression Inventory-II)

BDI-II je screeningová metoda, která umožňuje orientační zhodnocení míry deprese a je citlivá vůči efektu psychotherapie (Beck & Beamesderfer 1974, Beck et al. 1996). 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. Podle toho, jak silnou závažnost daného příznaku tvrzení reprezentuje, pak v každé položce získává 0–3 body do celkového skóru (Preiss & Vacíř 1999).

Mezní hodnoty výsledného skóre závažnosti depresivních příznaků pro českou verzi jsou následující (Beck et al. 1988):

- 0-9 bodů – norma
- 10-15 bodů – minimální příznaky deprese
- 16-19 bodů – mírné až střední příznaky deprese
- 20-29 bodů – střední až těžké příznaky deprese
- 30-63 bodů – těžké příznaky deprese



Škála disponuje kvalitními psychometrickými vlastnostmi a uspokojivě koreluje s dalšími metodami měřícími příznaky deprese (Furukawa et al. 2019). Česká verze dotazníku je z hlediska reliability, validity a faktorové struktury srovnatelná s originálem (Ocisková et al. 2017). Cronbachova alfa v rámci našeho výzkumu činila 0,93.

### 6.2.7 DES (Dissociative Experiences Scale)

DES je sebeposuzovací škála, která se používá pro posouzení míry a typu disociativních zkušeností. Obsahuje popis 28 zkušeností reprezentujících patologické a nepatologické formy disociace. U každé z položek pacient na úsečce s hodnotami od 0 % do 100 % zaznačí, jak často popisovaný stav zažívá. Kromě celkového skóru lze pomocí několika subškál hodnotit také míru jednotlivých typů disociativních zkušeností (amnésie, absorpce a fantazie), Depersonalizace a derealizace), samostatná subškála je pak věnována patologickým formám disociace (DES-T) (Bernstein & Putnam 1986, Carlson et al. 1991).

Pro úspěšné odlišení lidí, kteří trpí disociativními poruchami, od zdravé populace Frischholz et al. (1990) doporučují cut-off skóre 45 až 55 bodů (správně posouzených případů je za těchto podmínek 87 %). Doporučené cut-off skóre pro subškálu DES-T je pak 20 bodů (Waller & Ross 1997).

Škála vykazuje vynikající psychometrické vlastnosti a významně koreluje s obdobnými sebeposuzovacími škálami měřícími stupeň disociace (Bernstein & Putnam 1986; van Ijzendoorn & Schuengel 1996). Z hlediska reliability, validity a faktorové struktury odpovídá česká verze originálu (Ptáček et al. 2006). Cronbachova alfa u této metody dosahuje v našem výzkumu hodnoty 0,95.

### 6.2.8 CTQ-SF (Childhood Trauma Questionnaire – Short Form)

CTQ-SF je sebeposuzovací dotazník ve kterém pacient retrospektivně hodnotí 25 výroků vztahujících se k pěti oblastem traumatických zkušeností v dětství (Spinner & Rudolph 2019):

- *Sexuální zneužívání* (sexuální kontakt nebo chování mezi dítětem mladším 18 let a dospělou nebo starší osobou)
- *Fyzické týrání* (tělesné útoky na dítě dospělou nebo starší osobou, které představovaly riziko zranění nebo měly za následek zranění)

- *Emoční týrání* (verbální útoky snižující sebehodnocení dítěte nebo ohrožující jeho psychickou pohodu nebo jakékoli ponižující chování, které vůči dítěti směřují dospělí nebo starší lidé)
- *Fyzické zanedbávání* (neschopnost pečovatелů zajistit základní fyzické potřeby dítěte, včetně jídla, přístřeší, oblečení, bezpečí a zdravotní péče; mimo to také špatný dohled rodičů, pokud ohrožuje bezpečnost dětí)
- *Emoční zanedbávání* (selhání pečovatелů při naplňování základních emočních a psychologických potřeb dětí, včetně lásky, sounáležitosti, péče a podpory) (Spinner & Rudolph 2019).

Kromě toho jsou do škály zařazeny také 3 položky, které slouží k odhalení respondentů s tendencemi popírat či minimalizovat problémy v dětství (tzv. škála popření). Každá ze základních subškál je reprezentována pěti výroky (např. „Neměl jsem dostatek jídla.“), jimž pacient přiřazuje bodové hodnocení podle toho, jak moc jeho zkušenostem z dětství odpovídají (od 1= nebylo to tak nikdy až 5 = bylo to tak velmi často; některé otázky) (Bernstein & Fink 1998; Scher et al. 2001; Bernstein et al. 2003; Thombs et al. 2009).

Původní cut-off skóry (Bernstein & Fink 1998) označující hladinu, kdy už je negativní zkušenost v dané oblasti natolik závažná, že se dá hovořit o traumatizaci, se liší od empiricky odvozených cut-off skóru autorů Walker et al. (1999). Níže uvádíme jejich srovnání (tabulka 2).

*Tabulka 2: Porovnání cut-off skóre subškál v CTQ-SF (Kaščáková et al. 2018)*

| Subškála / Studie   | Bernstein & Fink (1998) | Walker et al. (1999) |
|---------------------|-------------------------|----------------------|
| Emoční týrání       | 9                       | 10                   |
| Fyzické týrání      | 8                       | 8                    |
| Sexuální zneužívání | 6                       | 8                    |
| Emoční zanedbávání  | 10                      | 15                   |
| Fyzické zanedbávání | 8                       | 8                    |

Co se týče škály popření, výsledek je signifikantní, pokud respondent na všechny tři otázky odpověděl „velmi často“.

Originální (Bernstein & Fink 1998) i česká verze (Kaščáková et al. 2018) vykazují dobrou úroveň psychometrických vlastností. Cronbachova alfa u CTQ-SF dosahuje v našem výzkumu hodnoty 0,92.

### 6.2.9 PBI (Parental Bonding Instrument)

PBI je nástroj sloužící k posouzení rodičovských výchovných stylů během prvních 16 let života respondenta. Pacient retrospektivně pro toto období hodnotí 25 výroků souvisejících s chováním jeho rodičů (např. „Připadal mi citově chladný.“) na čtyřbodové škále (velmi často, souhlasím, nesouhlasím, zřídka). Výroky se posuzují pro každého rodiče zvlášť – respondent tedy vyplňuje jeden 25 položkový dotazník týkající se chování matky a stejný dotazník týkající se chování otce. Každá položka saturuje jednu ze dvou škál. *Škála péče* (12 položek) zahrnuje emoční rovinu vztahu, vřelost, podporu, empatii a porozumění nebo naopak emoční chlad, odmítání a lhostejnost. *Škála hyperprotektivity/ kontroly* (13 položek) zahrnuje přílišnou kontrolu, nedůvěru ve schopnosti dítěte a posilování závislosti na rodiči, nebo naopak benevolentní přístup a podporu samostatnosti. Vyšší souhrnné skóre na dané škále znamená vyšší úroveň subjektivně vnímané péče nebo kontroly.

Metoda vykazuje vysokou úroveň reliability a validity (Parker et al. 1979; Parker 1990) a dobrou stabilitu výsledků i v případě retestu po dvaceti letech (Wilhelm et al. 2004). Uspokojivé psychometrické vlastnosti má i česká verze (Čikošová & Preiss 2011; Preiss et al. 2012). Cronbachova alfa v našem výzkumu byla 0,76 pro mateřskou subškálu a 0,65 pro otcovskou subškálu.

### 6.2.10 ECR-R (Experiences in Close Relationships – Revised)

ECR-R (Fraley et al. 2000 a) je revidovaná původní škála ECR (Brennan et al. 1998), která slouží k posouzení dvou dimenzí dospělé vztahové vazby – úzkostnosti a vyhýbavosti. Jedná se o inventář s 36 výroky, u kterých respondent na sedmibodové stupnici vyjadřuje míru souhlasu (od 1 = určitě nesouhlasím až po 7 = silně souhlasím; některé položky jsou inverzní). Polovina výroků sytí škálu úzkostnosti, polovina škálu vyhýbavosti. Lidé s vysokou vazebnou úzkostností touží po velmi blízkém vztahu s partnerem, a zároveň pociťují silné obavy z jeho potenciální ztráty, pro lidi s vysokou mírou vyhýbavosti je naopak příliš blízký vztah a závislost na partnerovi nepříjemná (Cameron et al. 2012, van Leeuwen et al. 2020). Úzkostnost a vyhýbavost by neměly být vnímány jako striktně ohraničené kategorie v rámci určité typologie. Obě charakteristiky představují dimenze, které mohou u každého jedince nabývat různě vysokých hodnot; jde tedy o jejich míru (Roisman et al. 2007).

V českém prostředí jsou normy vytvořené pouze pro verzi ECR (Seitl et al. 2016) a zkrácenou verzi ECR-R-16 (Kaščáková et al. 2016), revidovaná verze dotazníku (ECR-R),

kteřou jsme používali v našem výzkumu, byla zatím standardizovaná pouze na Slovensku. Průměrné skóřy jsou v případě škály měřící úzkostnost 3,18 (směrodatná odchylka = 0,97), u vyhýbavosti pak 2,54 (směrodatná odchylka = 0,82). Autoři uvádí, že slovenská verze metody vykazuje dobré psychometrické vlastnosti (Rozvadsky-Gugová et al. 2014). Cronbachova alfa v našem výzkumu byla 0,76.

### 6.2.11 Demografický dotazník

Pro účely výzkumu jsme použili data z demografického dotazníku, který každý pacient standardně vyplňuje na začátku hospitalizace. Níže uvádíme zjišťované parametry včetně možností, ze kterých pacient svou odpověď volil.

- Pohlaví: muž/ žena
- Věk: pacient uvedl svůj věk v letech na počátku hospitalizace
- Nejvyšší ukončené vzdělání: základní/ výuční list/ maturita/ vysokoškolské
- Práce: student/ zaměstnaný (vč. OSVČ) / nezaměstnaný/ invalidní důchod/ starobní důchod
- Rodinný stav: svobodný/ ženatý-vdaná/ rozvedený/ vdovec-vdova
- Partner: ano/ ne (aktuálně, nemusí žít ve společné domácnosti)
- Heredita: nejuje/ jiná psychiatrická dg. v rodině/ stejná psychiatrická dg. v rodině
- Věk nástupu poruchy: objevení prvních příznaků
- Počet hospitalizací: kolikrát byl již hospitalizován s psychiatrickou dg.

## 6.3 Průběh sběru dat

Sběr dat probíhal od listopadu 2019 do července 2022. Během tohoto období bylo na základě vstupních a vylučovacích kritérií doporučeno k účasti na výzkumu 87 pacientů, 10 z nich bylo následně z důvodů souvisejících se špatnou kvalitou dat vyřazeno (viz kapitola Výzkumný soubor).

Potenciální účastníci výzkumu byli vybráni na základě diagnózy stanovené při přijetí k pobytu na oddělení. Úvodní schůzka s výzkumníkem probíhala individuálně a vždy během první velké vizity (kdy pacienti nemají jiný program), aby co nejméně narušovala chod oddělení. Během této schůzky byli pacienti seznámeni s povahou výzkumu, co účast na něm obnáší, a byl s nimi probrán obsah informovaného souhlasu. Na základě těchto informací pak měli možnost rozhodnout se, zda se výzkumu zúčastní. Všichni oslovení pacienti se svou účastí souhlasili, a tak s nimi byl podepsán informovaný souhlas a předány

kontakty na výzkumníka pro případ pozdějších doplňujících dotazů. Další část úvodní schůzky byla věnována potvrzení vstupních a vylučovacích kritérií pomocí strukturovaného diagnostického interview MINI a posouzení míry úzkostných příznaků pomocí škály HAM-A. Celá schůzka trvala většinou přibližně jednu hodinu.

Jak již bylo zmíněno, výzkum probíhal ve snaze co nejméně narušit chod oddělení. Většina použitých metod (kromě MINI a HAM-A) byla tedy zařazena do testové baterie, se kterou pacienti během svého pobytu na oddělení standardně pracují. Na počátku hospitalizace účastníci vyplnili sebeposuzovací škály, PBI, ECR-R, CTQ-SF, BAI, BDI-II, Y-BOCS-SR, CGI-PV a DES. Škály BAI, BDI-II a Y-BOCS-SR pak následně s týdenní frekvencí vyplňovali také v průběhu celé léčby. Klinická závažnost poruchy (CGI-CV) byla psychiatrem rovněž posuzována na týdenní bázi. Hodnocení prováděl vedoucí lékař (přednostka, primář), který se přímo neúčastnil léčby. Škály CGI-PV a DES pak pacienti vyplnili již pouze na konci léčby.

Během poslední velké vizity proběhla s jednotlivými probandy závěrečná schůzka věnovaná opětovnému posouzení míry úzkostných příznaků (HAM-A), krátkému rozhovoru o průběhu léčby a co si z ní pacient odnáší – většina účastníků totiž oceňovala možnost sdělit někomu své dojmy, obavy atd. Závěrečná schůzka trvala přibližně čtvrt hodiny.

V tabulce 3 přehledně uvádíme dobu zadání všech použitých metod, a kdo danou metodu vyplňoval.

*Tabulka 3: Administrace použitých metod*

| Doba zadání / Vyplňující osoba  | Vyplněno pacientem     | Vyplněno odborníkem |
|---------------------------------|------------------------|---------------------|
| Pouze na začátku léčby          | PBI, ECR-R, CTQ-SF     | MINI                |
| Na začátku a na konci léčby     | CGI-PV, DES            | HAM-A               |
| Každý týden během hospitalizace | BAI, BDI-II, Y-BOCS-SR | CGI-CV              |

## 6.4 Metody zpracování a analýzy dat

Po ukončení terapeutického běhu byla všechna data převedena z papírových dotazníků do souhrnné tabulky v MS Excel, která pak sloužila jako podklad pro další statistické zpracování. S vědomím účastníků byly do tabulky doplněny také jejich komorbidní diagnózy, medikace a doplněno CGI-CV, které vyplňoval vedoucí lékař na primářské vizitě.

Z 87 účastníků nebylo do finálního výstupu zahrnuto 10 pacientů kvůli nedostatečného vyplnění dotazníků. Pokud u zbývajících 77 probandů nebyl některý z dotazníků vyplněn komplexně (chyběly některé odpovědi), nevstupoval tento dílčí výsledek do dalších analýz. Také dotazníky s podezřelými odpověďmi (např. jeden pacient vyplnil u škály DES u všech 28 položek hodnotu 55) byly vyřazeny. Pro účely posouzení efektu léčby byly srovnány dotazníky vyplněné na začátku pobytu s dotazníky vyplněnými na jeho konci, pokud byla doba hospitalizace delší než čtyři týdny. Léčbu předčasně ukončilo 11 pacientů (tabulka 4).

*Tabulka 4: Výběr pacientů a jejich vyřazování*

|   |           |
|---|-----------|
| Pacienti přijatí do výzkumu                   | <b>87</b> |
| Pacienti nezahrnutí do výzkumu                | 10        |
| Pacienti zahrnutí ve výzkumu                  | <b>77</b> |
| Pacienti, kteří předčasně ukončili léčbu      | 11        |
| Pacienti zahrnutí do vyhodnocení efektu léčby | <b>66</b> |

Potřebná velikost vzorku pro jednotlivé statistické analýzy byla vypočtena pomocí statistického programu G\*Power (Faul et al. 2007). Z výsledků vyplynulo, že k dosažení 80% síly pro korelační testy a párové t-testy bylo zapotřebí minimálně 64 pacientů.

Na základě předchozích publikovaných studií jsme očekávali střední velikost účinku u korelací mezi dětskými nepříznivými zkušenostmi a disociací (Lochner et al. 2004), vazbou v dospělosti a symptomy OCD (Semiz et al. 2014) a rodičovskými styly (Finzi-Dottan et al. 2006; Monteleone et al. 2020 – V obou případech se jednalo o non-OCD vzorky, tyto studie jsme použili kvůli nedostatku dat pro cílovou populaci). Dále jsme střední velikost účinku očekávali u korelace mezi symptomy OCD a vazbou v dospělosti (Seah et al. 2018) a rodičovskou vazbu (Lennertz et al. 2010). Pro změny psychopatologie během léčby jsme očekávali malý efekt účinku u úzkostných příznaků, střední efekt účinku pro depresivní symptomy a velký efekt účinku pro celkovou psychopatologii a symptomy OCD (Ociskova et al. 2021).

Demografické, klinické a pomocí hodnotících metod získané údaje pacientů byly zkoumány pomocí deskriptivní statistiky. Byly definovány průměry, směrodatné odchylky a rozdělení dat. Normalita distribuce proměnných byla analyzována pomocí Shapiro-Wilkova W testu a pro kategoričké proměnné byly použity chí-kvadrát testy. Ze srovnávacích testů byly použity párové a nepárové t-testy, výpočet chí-kvadrát, Fisherův

exaktní test a Mann-Whitneův U test. Vztahy mezi konkrétními datovými soubory (demografická a klinická data, skóre hodnotících škál) byly vypočteny pomocí korelačních koeficientů (Pearsonovy nebo Spearmanovy, podle distribuce dat). Jako základní hladina statistické významnosti byla ve všech případech stanovena  $\alpha < 0,05$ . Analýzy byly provedeny pomocí softwaru STATISTICA 24.0 a Prism 8.

## 6.5 Etika výzkumu

Studie byla provedena v souladu s Helsinskou deklarací, se směrnicí ICH-GCP (International Conference on Harmonization, Good Clinical Practice) (EMA 2002/2016) a GDPR. Výzkumný projekt byl dne 14. 10. 2019 schválen etickou komisí Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařské fakulty Univerzity Palackého (číslo jednací 118/19).

Před zařazením do studie proběhla mezi výzkumníkem a každým z potenciálních účastníků individuální schůzka. Během ní byl pacientovi vysvětlen účel výzkumu, co konkrétně by pro něj účast v něm obnášela (včetně možného prospěchu a rizik), a jakým způsobem je zajištěna důvěrnost poskytnutých informací. Důraz jsme kladli také na objasnění faktu, že účast ve studii je dobrovolná, a pacient ji bez udání důvodu může odmítnout či kdykoliv z ní odstoupit bez toho, že by to mělo vliv na péči, která je mu poskytována. Všechny tyto informace včetně kontaktů na výzkumníka pro případné pozdější dotazy byly předány také v písemné podobě. Po objasnění některých aspektů výzkumu, které mělo několik pacientů zájem více rozebrat, všichni oslovení se svou účastí souhlasili a podepsali informovaný souhlas. Možnost odstoupení z výzkumu žádný z pacientů aktivně nevyužil, 11 pacientů však muselo předčasně ukončit léčbu, a tedy předčasně dokončit i svou účast na výzkumu.

Jediným rizikem pro pacienta, které se nám podařilo identifikovat, byla potenciální citová újma při vyplňování některých metod (např. CTQ-SF zaměřující se na možnou traumatizaci v dětství). Toto riziko jsme ošetřili tím, že jsme s účastníky tuto eventualitu probrali a dohodli se, že pokud by pro ně některé otázky byly zraňující, mohou je přeskočit nebo se rozhodnout daný dotazník nevyplňovat. Vzhledem k tomu, že výzkumník většinou během vyplňování testové baterie nebyl na oddělení přítomen, nemohl zajistit okamžité ošetření zhoršeného psychického stavu pacienta, který by otevřením témat prezentovaných psychodiagnostickými metodami mohl teoreticky nastat. Proto bylo každému pacientovi doporučeno, aby se v takovém případě obrátil na některého z aktuálně dostupných lékařů.

Fakt, že výzkumník nebyl součástí personálu pečujícího o pacienty během jejich hospitalizace na oddělení, byl na druhou stranu také výhodou – bylo pro něj jednodušší

zachovávat vůči účastníkům studie empatickou neutralitu a nenacházel se v žádném střetu zájmů.

Co se týče zachování anonymity účastníků, veškeré informace získané v průběhu výzkumu byly považovány za důvěrné. Jména účastníků byla sice během editování dat součástí tabulky v MS Excel, která sloužila jako podklad ke statistické analýze dat, k této tabulce však měl přístup pouze výzkumník a jeho školitel. Veškerá publikovaná data byla anonymizována, v publikacích výsledků figurovaly pouze informace, na jejichž základě nebylo možno žádného z účastníků identifikovat (souhrnné průměry daných charakteristik atd.).



## 7. VÝZKUMNÝ SOUBOR

V této kapitole popisujeme kritéria výběru pacientů do souboru a charakteristiky výsledného výzkumného souboru probandů.

### 7.1 Kritéria výběru pacientů do studie

Po přijetí pacienta na oddělení provedl přijímající psychiatr diagnostiku podle kritérií MKN-10 (1996), a diagnóza byla následně potvrzena dvěma dalšími nezávislými psychiatry (ošetřujícím lékařem a přednostkou nebo primářem kliniky). Následně psychiatr stanovil celkovou závažnost poruchy (CGI-CV) a na základě vstupních a vylučovacích kritérií zvážil vhodnost účasti pacienta ve výzkumu (tabulka 5). Tato kritéria byla tři dny po přijetí pacienta znovu ověřena výzkumníkem pomocí strukturovaného diagnostického interview MINI (Sheehan et al. 1998).

*Tabulka 5: Kritéria zařazení do studie*

---

| VSTUPNÍ KRITÉRIA   | VYLUČOVACÍ KRITÉRIA  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• MKN-10 výzkumná kritéria pro obsedantně-kompulzivní poruchu (1996) potvrzená pomocí MINI (Sheehan et al. 1998)</li><li>• Věk 18–70 let</li><li>• Nedostatečná odezva na adekvátní ambulantní léčbu antidepressivy</li><li>• Podepsán informovaný souhlas</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Depresivní porucha aktuálně</li><li>• Vysoké riziko suicidálního jednání</li><li>• Nižší intelekt (hodnoceno klinicky)</li><li>• Organická psychická porucha</li><li>• Psychotická porucha aktuálně i v anamnéze</li><li>• Závislost na návykových látkách aktuálně</li><li>• Závažné somatické onemocnění (onkologické, kardiovaskulární)</li></ul> |

## 7.2 Charakteristiky souboru

Na základě vstupních a vylučovacích kritérií bylo k účasti na výzkumu doporučeno 87 pacientů, 10 z nich bylo následně z důvodu nedostatečně vyplněných dotazníků vyřazeno. Výsledný soubor sestával ze 77 farmakorezistentních pacientů při rovnoměrném zastoupení mužů (n=38) a žen (n=39). Průměrný věk účastníků byl  $34,2 \pm 11,7$  let, většina pacientů se tedy nacházela v období mladší a střední dospělosti. Z hlediska rodinného stavu významně převažoval počet svobodných pacientů nad sezdanými a rozvedenými. Většina mužů uváděla, že nemají partnerský vztah, zatímco u žen tomu bylo naopak. Struktura úrovně dosaženého vzdělání našeho souboru přibližně odpovídala údajům pro obecnou populaci ze sčítání lidu v roce 2021 (Český statistický úřad 2021). Oproti tomu míra nezaměstnanosti celorepublikový průměr výrazně převyšovala – polovina účastníků našeho výzkumu byla nezaměstnaná (n=17; aniž by studovala) nebo jejich hlavní příjem tvořil invalidní důchod (n=22).

Průměrná délka trvání poruchy byla  $16,5 \pm 10,7$  let, průměrný věk nástupu poruchy činil  $17,3 \pm 8,6$  let. U přibližně poloviny (n=38; 53 %) ze 72 probandů, kteří tento údaj uvedli, nastoupila porucha do 15. roku věku, a u naprosté většiny našeho souboru (n=63; 88 %) to bylo do 25. roku. Pro více než polovinu pacientů (n=45) byl pobyt na oddělení opakovanou hospitalizací, nejčastěji v pořadí druhou (n=19). Většina probandů (n=48) uváděla přítomnost psychické poruchy v rodině, v případě 27 z nich se jednalo přímo o OCD. Co se týče komorbidity, souběžná diagnóza jiné úzkostné poruchy byla přítomna u každého šestého pacienta v našem souboru (n=13) a komorbidní poruchou osobnosti trpěl každý čtvrtý pacient (n=19; nejčastěji se jednalo o emočně nestabilní poruchu osobnosti). Souběžné diagnózy v obou sledovaných kategoriích byly výrazně častější u žen (n=12 pro jinou poruchu úzkostného spektra a n=15 pro poruchu osobnosti než u mužů (n=1 pro jinou úzkostnou poruchu a n=4 pro poruchu osobnosti).

Průměrné skóre hodnocení závažnosti psychopatologie na začátku léčby se pohybovalo mezi 4 a 5 (tedy středně až výrazně nemocný), a to jak z pohledu lékaře (CGI-CV), tak z pohledu pacientů (CGI-PV). Průměrná hodnota celkového skóre Y-BOCS-SR odpovídala horní hladině pásma středně těžkých příznaků (Storch et al. 2015), přičemž průměrná závažnost obsesí a kompulzí byla podobná. Co se týče všeobecných úzkostných příznaků, dle sebesposuzovací škály (BAI) se pacienti nacházeli v pásmu středně silné až těžké úzkosti (Julian 2011), dle hodnocení psychologa (HAM-A) pak na horní hranici pásma mírné až středně těžké úrovně úzkosti (Hamilton 1959). Depresivní příznaky (BDI-II) odpovídaly střední až těžké úrovni (Spreeen & Strauss 1991), přičemž u žen byly významně výraznější než u mužů. Úroveň disociativních zkušeností (DES, DES-T) byla

v našem souboru hluboko pod cut-off skórem odlišujícím lidi trpící disociativními poruchami od populace bez těchto poruch (Frischholtz et al. 1990; Waller & Ross 1997).

Celková úroveň subjektivně posuzovaných dětských traumatických zkušeností (CTQ-SF) byla signifikantně vyšší u žen. Co se týče jednotlivých typů traumatizace, závažnost přesahující cut-off skóre jsme zaznamenali pouze v případě emočního týrání (Bernstein & Fink 1998; Walker et al. 1999). Tento typ nepříznivé zkušenosti byl rovněž výraznější u žen. V případě emočního zanedbávání přesáhla hladina závažnosti cut-off skóre publikované v původní práci autorů metody (Bernstein & Fink 1998) ne však empiricky odvozenou prahovou hodnotu podle Walker et al. (1999).

V případě PBI byla průměrná hodnota mateřské i otcovské péče snižená a mateřská i otcovská kontrola mírně zvýšená (Parker et al. 1979). Průměrné hodnoty ECR-R byly u vazebné úzkostnosti i vyhýbavosti nad uvedenými průměrnými hodnotami získanými v průběhu standardizace pro slovenskou verzi – v češtině byla standardizována jen nerevidovaná nebo zkrácená verze, které jsme nepoužili (Rozvadský et al. 2014).

Šedesát devět pacientů (89,6 %) užívalo antidepresiva o průměrné dávce  $49,4 \pm 25,0$  mg ekvivalentu paroxetinu. Sedmnáct pacientů (22,1 %) užívalo anxiolytika o průměrné dávce  $12,2 \pm 9,0$  mg ekvivalentu diazepamu. Třicet sedm pacientů (48,1 %) užívalo antipsychotika o průměrné dávce  $1,9 \pm 1,5$  mg ekvivalentu risperidonu.

Demografická a klinická data pacientů uvádíme přehledně v tabulce 6 na následující straně.

Tabulka 6: Demografická a klinická data pacientů zařazených do studie

| Proměnná  | Frekvence nebo průměr<br>se směrodatnou odchylkou |                       |                       | Použitá statistická metoda<br>pro srovnání dat mužů a žen |
|---|---|-----------------------|-----------------------|---|
|   | Celý<br>soubor                                    | Muži<br>(n=38)        | Ženy<br>(n=39)        |   |
| Věk   | 34,2 ± 11,7                                       | 32,1 ± 10,5           | 36,2 ± 12,5           | Nepárový t-test: t=1,538 df=75; ns                        |
| Věk nástupu poruchy                                 | 17,3 ± 8,6  | 15,8 ± 8,4            | 18,1 ± 8,9            | Nepárový t-test: t=1,118 df=75; ns                        |
| Délka trvání poruchy                                | 16,5 ± 10,7                                       | 15,3 ± 8,5            | 17,5 ± 12,6           | Nepárový t-test: t=0,843 df=75; ns                        |
| Počet hospitalizací                                 | 3,0 ± 5,7   | 3,7 ± 7,9             | 2,3 ± 1,7             | Mann-Whitneyův test: U=681; ns                            |
| Heredita: ne/ ano                                   | 29 / 48   | 16 / 22               | 13 / 26               | Fisherův exaktní test: ns                                 |
| Vzdělání: ZŠ/ SOU/ SŠ/ VŠ                           | 14/13/28/22                                       | 9/9/12/8              | 5/4/16/14             | chi kvadrát, df: 5,262, 3; ns                             |
| Práce: student/ zaměstnaný/<br>nezaměstnaný/ důchod | 14/24/17/22                                       | 4/14/8/12             | 10/10/9/10            | chi kvadrát, df: 3,466, 3; ns                             |
| Stav: svobodný/ ženatý-<br>vdaná/ rozvedený         | 57/13/7   | 33/4/1                | 24/9/6                | Chi kvadrát: 6,904, df: 2; <b>p&lt;0,05</b>               |
| Partner: ne/ ano                                    | 44 / 33   | 28 / 10               | 16 / 23               | Fisherův exaktní test: <b>p&lt;0,01</b>                   |
| Kom. úzkostná por.: ne/ ano                         | 64 / 13   | 37 / 1                | 27 / 12               | Fisherův exaktní test: <b>p&lt;0,005</b>                  |
| Kom. por. osobnosti: ne/ ano                        | 58 / 19   | 34 / 4                | 24 / 15               | Fisherův exaktní test: <b>p&lt;0,01</b>                   |
| CGI-CV  | 4,6 ± 0,7   | 4,6 ± 0,7             | 4,5 ± 0,7             | Mann-Whitneyův test: U=609; ns                            |
| CGI-PV  | 4,7 ± 1,5   | 4,4 ± 1,5             | 4,9 ± 1,5             | Mann-Whitneyův test: U=570,5; ns                          |
| Y-BOCS-SR: Celkový skór                             | 23,9 ± 7,3  | 23,5 ± 7,8            | 24,8 ± 6,8            | Nepárový t-test: t=0,770 df=74; ns                        |
| Y-BOCS-SR: Obsese                                   | 12,4 ± 3,9  | 12,1 ± 3,9            | 12,7 ± 4,0            | Nepárový t-test: t=0,629 df=74; ns                        |
| Y-BOCS-SR: Kompulze                                 | 11,6 ± 4,0  | 11,3 ± 4,1            | 12,0 ± 3,9            | Nepárový t-test: t=0,667 df=74; ns                        |
| HAM-A   | 23,0 ± 10,1                                       | 20,9 ± 11,2           | 25,0 ± 8,7            | Nepárový t-test: t=1,802 df=75; ns                        |
| BAI   | 23,1 ± 13,5                                       | 21,4 ± 14,1           | 24,8 ± 13,2           | Nepárový t-test: t=1,075 df=74; ns                        |
| BDI-II  | 25,1 ± 13,3                                       | 21,4 ± 13,9           | 28,1 ± 12,0           | Nepárový t-test: t=2,263 df=74; <b>p&lt;0,05</b>          |
| DES   | 13,4 ± 14,9                                       | 13,0 ± 14,7           | 13,8 ± 15,2           | Nepárový t-test: t=0,249 df=74; ns                        |
| DES-T   | 9,0 ± 13,9  | 9,2 ± 14,0            | 8,9 ± 14,0            | Mann-Whitneyův test: U=640,5; ns                          |
| PBI: mateřská péče                                  | 23,4 ± 10,5                                       | 25,1 ± 9,5            | 21,7 ± 11,4           | Nepárový t-test: t=1,350 df=72; ns                        |
| PBI: mateřská kontrola                              | 15,0 ± 7,9  | 16,1 ± 6,7            | 14,0 ± 8,9            | Nepárový t-test: t=1,156 df=72; ns                        |
| PBI: otcovská péče                                  | 19,4 ± 9,7  | 20,9 ± 9,5            | 17,9 ± 9,8            | Nepárový t-test: t=1,259 df=72; ns                        |
| PBI: otcovská kontrola                              | 12,7 ± 7,6  | 13,1 ± 6,5            | 12,3 ± 8,6            | Mann-Whitneyův test: U=497; ns                            |
| CTQ-SF: celkový skór                                | 45,7 ± 20,0                                       | 40,1 ± 10,0           | 51,0 ± 25,1           | Nepárový t test: t=2,262 df=68; <b>p&lt;0,05</b>          |
| emoční týrání                                       | 11,4 ± 6,2  | 9,9 ± 4,4             | 12,8 ± 7,2            | Nepárový t test: t=2,012 df=68; <b>p&lt;0,05</b>          |
| fyzické týrání                                      | 7,0 ± 4,3   | 6,1 ± 1,9             | 7,9 ± 5,7             | Mann-Whitneyův test: U=639,5; ns                          |
| sexuální zneužívání                                 | 6,0 ± 3,6   | 5,0 ± 0,0             | 7,0 ± 4,9             | NA; Sex. zneužívání uváděly pouze ženy                    |
| emoční zanedbávání                                  | 14,1 ± 5,8  | 13,2 ± 4,9            | 14,8 ± 6,4            | Nepárový t-test: t=1,179 df=68; ns                        |
| fyzické zanedbávání                                 | 7,6 ± 4,0   | 7,0 ± 2,4             | 8,2 ± 5,0             | Mann-Whitneyův test: U=659,5; ns                          |
| ECR-R: úzkostnost                                   | 4,0 ± 1,5   | 4,2 ± 1,2             | 3,8 ± 1,6             | Nepárový t-test: t=1,108 df=68; ns                        |
| ECR-R: vyhybavost                                   | 3,4 ± 0,9   | 3,2 ± 0,8             | 3,5 ± 1,0             | Nepárový t-test: t=0,879 df=68; ns                        |
| Antidepresiva:<br>index paroxetinu                  | 49,4 ± 25,0<br>(n=69)                             | 46,2 ± 24,2<br>(n=34) | 52,6 ± 25,8<br>(n=35) | Nepárový t-test: t=1,067 df=67; ns                        |
| Anxiolytika:<br>index diazepamu                     | 12,2 ± 9,0<br>(n=17)                              | 14,2 ± 11,6<br>(n=9)  | 10,0 ± 4,6<br>(n=8)   | Nepárový t-test: t=0,949 df=15; ns                        |
| Antipsychotika:<br>index risperidonu                | 1,9 ± 1,5<br>(n=37)                               | 2,2 ± 1,5<br>(n=19)   | 1,6 ± 1,4<br>(n=18)   | Nepárový t-test: t=1,263 df=35; ns                        |

Vysvětlivka: BAI = Beck Anxiety Inventory; BDI-II = Beck Depressive Inventory, second edition; CGI-CV = Clinical Global Impression-Severity: verze pro lékaře; CGI-PV = Clinical Global Impression-Severity: verze pro pacienta; CTQ-SF = Childhood Trauma Questionnaire-Short Form; DES = Dissociative Experience Scale; ECR-R = Experiences in Close Relationships – Revised; HAM-A = Hamilton Anxiety Rating Scale; PBI = Parental Bonding Instrument; Y-BOCS-SR = Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale – Self-Report

## 8. LÉČBA

Pacienti v našem souboru byli přijati na Klinikou psychiatrie FNOL, kde podstoupili šestitýdenní hospitalizaci na psychoterapeutickém oddělení, během které byli léčeni kombinací skupinové kognitivně behaviorální terapie (KBT) a medikace ve standardních dávkách.

Strukturovaný program KBT obsahoval dvacet čtyři skupinových sezení, z nichž každé trvalo 1,5 hodiny. Mezi hlavní témata patřila:

- Psychoedukace (OCD a její léčba, bludný kruh obsedantně-kompulzivních příznaků)
- Kognitivní restrukturalizace
- Expozice se zabráněním odpovědi (in vivo, v imaginaci)
- Práce se schématy
- Trénink komunikačních dovedností a řešení problémů
- Sebestigmatizace.

Kromě skupinové KBT také všichni pacienti každý týden absolvovali další individuální sezení s kognitivně behaviorálním terapeutem. Program doplňovala ergoterapie a muzikoterapie, každodenní relaxace a fyzické cvičení. Na oddělení byly rovněž prvky komunitní práce. Každý den ráno se pacienti z celého oddělení setkávali na ranní komunitě, během které se řešila zejména organizace chodu oddělení (rozdělení úkolů, program atd.) a vnitřní záležitosti skupiny (vztahy mezi jejími členy, chování některých jedinců atd.). Za společný večerní program pak byli zodpovědní sami pacienti – na každý den byla určena dvojice, která vytváří program pro celé oddělení) (tabulka 7 na následující straně).

Tabulka 7: Týdenní program psychotherapeutického oddělení Kliniky psychiatrie FNOL

|               | Pondělí                   | Úterý                     | Středa           | Čtvrtek            | Pátek         |
|---------------|---------------------------|---------------------------|------------------|--------------------|---------------|
| 7:00 – 7:20   | rozcvička                 | rozcvička                 | rozcvička        | rozcvička          | rozcvička     |
| 7:20 – 8:00   | snídaně                   | snídaně                   | snídaně          | snídaně            | snídaně       |
| 8:00 - 9:30   | komunita                  | komunita                  | primářská vizita | komunita           | komunita      |
| 10:00 – 12:00 | skupinová KBT             | skupinová KBT             | skupinová KBT    | skupinová KBT      | skupinová KBT |
| 12:00 – 13:00 | oběd                      | oběd                      | oběd             | oběd               | oběd          |
| 13:00 - 14:30 | individ. KBT /ergoterapie | individ. KBT /ergoterapie | expoze           | ergoterapie /sport |               |
| 15:00 – 16:30 | ergoterapie               | muzikoterapie             | vycházky         | muzikoterapie      |               |
| 17:00 - 17:30 | relaxace                  | relaxace                  | relaxace         | relaxace           |               |
| 18:00 – 19:00 | večeře                    | večeře                    | večeře           | večeře             |               |
| 19:00 - 20:30 | večerní komunita          | večerní komunita          | pacientský klub  | večerní komunita   |               |

V pátek po obědě pak pacienti odjížděli na víkend domů, kde podstupovali další předem naplánované expoze.

Farmakoterapie byla heterogenní a výzkumníci ji záměrně neovlivňovali. Většina účastníků užívala psychofarmaka, se kterými přišli z psychiatrických ambulancí. Změny v medikaci byly minimální. Průměrné dávky antidepresiv, antipsychotik a anxiolytik se na začátku a na konci hospitalizace významně nelišily. U pacientů, kteří dokončili léčbu, byla průměrná dávka antidepresiv  $48,8 \pm 25,9$  mg ekvivalentu paroxetinu na začátku ( $n=58$ ) a  $49,6 \pm 22,5$  mg na konci programu ( $n=60$ ). Průměrná dávka antipsychotik byla  $1,8 \pm 1,5$  mg ekvivalentu risperidonu na začátku ( $n=32$ ) a  $2,0 \pm 1,7$  mg na konci programu ( $n=29$ ). Průměrná dávka anxiolytik byla  $12,2 \pm 9,0$  mg ekvivalentu diazepamu na začátku ( $n=17$ ) a  $11,1 \pm 9,3$  mg na konci programu ( $n=12$ ) (tabulka 8).

Tabulka 8: Srovnání medikace na začátku a na konci léčby

| Medikace             | Celý soubor ( $n=77$ ): počáteční hodnoty | Pacienti, kteří dokončili léčbu ( $n = 66$ ): počáteční hodnoty | Pacienti, kteří dokončili léčbu ( $n = 66$ ): koncové hodnoty | Statistické srovnání (začátek/konec léčby) |
|----------------------|---|---|---|--|
| Index antidepresiva  | $49,4 + 25,0$ ( $n=69$ )                  | $48,8 + 25,9$ ( $n=58$ )  | $49,6 + 22,5$ ( $n=60$ )                                      | párový t-test: $t=0,718$ $df=66$ ; ns      |
| Index anxiolytika    | $12,2 + 9,0$ ( $n=17$ )                   | $12,2 + 9,0$ ( $n=17$ )   | $11,1 + 9,3$ ( $n=12$ )                                       | párový t-test: $t=1,799$ $df=10$ ; ns      |
| Index antipsychotika | $1,9 + 1,5$ ( $n=37$ )                    | $1,8 + 1,5$ ( $n=32$ )  | $2,0 + 1,7$ ( $n=29$ )  | párový t-test: $t=0,093$ $df=30$ ; ns      |

## 9. VÝSLEDKY

Tato kapitola je věnována představení výsledků našeho výzkumu. Pro lepší přehlednost jsou výsledky rozděleny do pěti tematických okruhů, každý pak obsahuje několik částí reflektujících jednotlivé hypotézy. Pro každou hypotézu uvádíme popis výsledků následovaný přehlednou tabulkou obsahující závěry statistické analýzy. Na konci každého tematického okruhu se pak vyjadřujeme k platnosti jednotlivých hypotéz a celý okruh uzavíráme krátkým shrnutím.

### 9.1 Výsledky průřezové studie a vyjádření k hypotézám

#### 9.1.2 Souvislost nepříznivých zkušeností v dětství (ACE) a OCD

V této části prezentujeme výsledky k hypotézám vztahujícím se k souvislosti traumatických zkušeností v dětství s věkem nástupu poruchy a závažností specifických a nespecifických příznaků OCD.

##### **Nepříznivé zkušenosti v dětství a věk nástupu poruchy**

Naše výsledky ukazují slabou negativní korelaci mezi věkem nástupu poruchy a celkovým CTQ-SF skórem. Je tedy možno konstatovat, že u pacientů se závažnějšími dětskými nepříznivými zkušenostmi došlo k dřívějšímu rozvoji poruchy. S věkem nástupu poruchy negativně korelují téměř všechny typy měřených nepříznivých zkušeností (emoční a fyzické týrání, emoční a fyzické zanedbávání) kromě sexuálního zneužívání (tabulka 9).

*Tabulka 9: Souvislost traumatických zkušeností v dětství s věkem nástupu poruchy*

| Dotazník CTQ-SF     | Věk nástupu poruchy        |
|---------------------|----------------------------|
| Celkové skóre       | <b>-0,28<sup>P*</sup></b>  |
| Emoční týrání       | <b>-0,34<sup>S**</sup></b> |
| Fyzické týrání      | <b>-0,25<sup>S*</sup></b>  |
| Sexuální zneužívání | -0,21                      |
| Emoční zanedbávání  | <b>-0,24<sup>P*</sup></b>  |
| Fyzické zanedbávání | <b>-0,25<sup>S*</sup></b>  |

*Vysvětlivka:* \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ ; S pro Spearmanovo  $r$ ; P pro Pearsonovo  $r$

### Nepříznivé zkušenosti v dětství a závažnost specifických příznaků OCD

Celkové skóre CTQ-SF nekoreluje významně s celkovým skórem Y-BOCS-SR, ani s dílčími skóry vyjadřující závažnost obsesí a kompulzí. Zdá se tedy, že celková míra dětské traumatizace se specifickými projevy OCD nespojuje. V závažnosti OCD příznaků však může hrát určitou roli fyzické zanedbávání (slabá korelace s mírou kompulzí i s celkovou závažností OCD příznaků) a fyzické týrání (slabá korelace s mírou obsesí) (tabulka 10).

Tabulka 10: Souvislost traumatických zkušeností v dětství se závažností specifických příznaků OCD

| Dotazník CTQ-SF     | Y-BOCS-SR<br>Celkové skóre | Y-BOCS-SR<br>Obsese      | Y-BOCS-SR<br>Kompulze    |
|---------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Celkové skóre       | 0,12                       | 0,04                     | 0,15                     |
| Emoční týrání       | 0,13                       | 0,10                     | 0,19                     |
| Fyzické týrání      | 0,22                       | <b>0,28<sup>S*</sup></b> | 0,20                     |
| Sexuální zneužívání | 0,08                       | -0,03                    | 0,13                     |
| Emoční zanedbávání  | 0,13                       | -0,01                    | 0,17                     |
| Fyzické zanedbávání | <b>0,27<sup>S*</sup></b>   | 0,16                     | <b>0,30<sup>S*</sup></b> |

Vysvětlivka: \*  $p < .05$ ; S pro Spearmanovo  $r$

### Nepříznivé zkušenosti v dětství a závažnost příznaků deprese, úzkosti a disociace

Celková míra dětských nepříznivých zkušeností slabě až středně silně pozitivně koreluje se závažností úzkostných depresivních i disociativních projevů. Co se týče jednotlivých typů dětských nepříznivých zkušeností, analýza výsledků ukázala že:

*Emoční týrání* silně koreluje s příznaky deprese (BDI-II) a středně silně s příznaky úzkosti (BAI, HAM-A), i s disociací (DES, DES-T).

*Fyzické týrání* koreluje středně silně s příznaky deprese (BDI-II), a je slabě spojeno také s úzkostí (HAM-A, ale ne BAI).

*Sexuální zneužívání* středně silně koreluje pouze s úzkostnými projevy (HAM-A, ale ne BAI), souvislost s depresivními ani s disociativními symptomy nebyla prokázána.



*Emoční zanedbávání* slabě až středně silně koreluje se závažností úzkostných (HAM-A, BAI) a depresivních příznaků (BDI-II); korelace s disociací (DES, DES-T) je mírně pod hladinou statistické významnosti.

*Fyzické zanedbávání* slabě koreluje s úzkostí (HAM-A, ale ne BAI) a s disociativními příznaky (DES, DES-T), středně silně pak s depresivními příznaky (BDI-II) (tabulka 11).

*Tabulka 11: Souvislost nepříznivých zkušeností v dětství se závažností nespecifických příznaků*

| Dotazník CTQ-SF     | HAM-A            | BAI                 | BDI-II              | DES                 | DES-T               |
|---------------------|------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Celkové skóre       | <b>0,44</b> P*** | <b>0,30</b> P*      | <b>0,45</b> P***    | <b>0,29</b> S*      | <b>0,30</b> S*      |
| Emoční týrání       | <b>0,39</b> S*** | <b>0,32</b> S**     | <b>0,53</b> S***    | <b>0,32</b> S*      | <b>0,31</b> S*      |
| Fyzické týrání      | <b>0,27</b> S*   | 0,16                | <b>0,40</b> S***    | 0,20                | 0,04                |
| Sexuální zneužívání | <b>0,37</b> S**  | 0,23 S ( $p=0,06$ ) | 0,23 S ( $p=0,05$ ) | 0,21                | 0,21                |
| Emoční zanedbávání  | <b>0,41</b> P*** | <b>0,26</b> P*      | <b>0,44</b> P***    | 0,24 S ( $p=0,05$ ) | 0,23 S ( $p=0,06$ ) |
| Fyzické zanedbávání | <b>0,27</b> S*   | 0,18                | <b>0,31</b> S**     | <b>0,27</b> S*      | <b>0,26</b> S*      |

Vysvětlivka: \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ ; S pro Spearmanovo r; P pro Pearsonovo r

## Vyjádření k hypotézám

V souvislosti s výše uvedenými výsledky se nyní vyjádříme k jednotlivým hypotézám. Pro posouzení jejich platnosti bereme v potaz pouze celkové skóre CTQ-SF; dílčí škály vnímáme v tomto kontextu pouze jako doplňkové.

**H1: Vyšší míra nepříznivých zkušeností v dětství je spojena s časnějším nástupem poruchy.**

Hypotézu, že pacienti s vyšší celkovou mírou ACE rozvíjí OCD dříve, **přijímáme**. Tento závěr platí i pro jednotlivé druhy dětských nepříznivých zkušeností s výjimkou sexuálního zneužívání.

**H2: Vyšší míra nepříznivých zkušeností v dětství je spojena se závažnějšími specifickými příznaky OCD (a/ celková závažnost, b/ obsese, c/ kompulze).**

Hypotézu o vztahu mezi celkovou úrovní ACE a závažností specifických příznaků **nepřijímáme**. Toto platí i pro většinu dílčích traumatických zkušeností s výjimkou fyzického zanedbávání (slabá korelace se závažností kompulzí a s celkovou závažností specifických příznaků) a fyzického týrání (slabá korelace se závažností obsesí).

**H3: Vyšší míra nepříznivých zkušeností v dětství je spojena se závažnějšími nespecifickými příznaky (a/ úzkosti, b/ deprese, c/ disociace).**

Hypotézu o vztahu mezi celkovou úrovní ACE a závažností úzkostných, depresivních a disociativních příznaků **přijímáme**. Závěr je platný také pro jednotlivé dětské nepříznivé zkušenosti až na sexuální zneužívání. Kromě toho fyzické týrání a emoční zanedbávání významně koreluje s příznaky úzkosti a deprese, ne však se závažností disociativních symptomů.

Tento oddíl můžeme uzavřít s tím, že traumatické zkušenosti v dětství patrně souvisí s časnějším rozvojem OCD a také se závažností nespecifických symptomů jako úzkost, deprese a disociace. Dle našich výsledků však přímo nesouvisí se závažností specifických příznaků OCD.

### 9.1.3 Souvislost dospělé vazby a OCD

Zde se zabýváme výsledky k hypotézám vztahujícím se k souvislosti dospělé vazby se závažností specifických a nespecifických příznaků OCD.

#### **Dospělá vazba a závažnost specifických příznaků OCD**

Naše výsledky neprokazují významný vztah mezi vazebnou úzkostností a celkovou závažností specifických příznaků, ani s mírou obsesí či kompulzí. Také v případě vazebné vyhýbavosti se vztah se specifickými příznaky nepotvrdil (tabulka 12).

*Tabulka 12: Souvislost dospělé vazby se závažností specifických příznaků*

| Dotazník ECR-R | Y-BOCS-SR<br>Celkové skóre | Y-BOCS-SR<br>Obsese | Y-BOCS-SR<br>Kompulze |
|----------------|----------------------------|---------------------|-----------------------|
| Úzkostnost     | 0,01                       | -0,01               | -0,07                 |
| Vyhýbavost     | 0,11                       | 0,05                | 0,11                  |

#### **Dospělá vazba a závažnost příznaků deprese, úzkosti a disociace**

Vazebná úzkostnost podle našich výsledků koreluje se závažností úzkostných, depresivních i disociativních příznaků. V případě úzkostných symptomů se potvrdila středně silná souvislost s výsledky měření pomocí sebesposuzovací škály (BAI), v případě odborníkem vyplňované škály (HAM-A) byla však souvislost slabá a nedosáhla

hladiny statistické významnosti. Vazebná vyhýbavost opět významně nekoreluje se žádnými z měřených nespecifických příznaků (tabulka 13).

Tabulka 13: Souvislost dospělé vazby se závažností nespecifických příznaků

| Dotazník ECR-R | HAM-A | BAI                       | BDI-II                    | DES                       | DES-T                     |
|----------------|-------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Úzkostnost     | 0,24  | <b>0,43<sup>P**</sup></b> | <b>0,40<sup>P**</sup></b> | <b>0,37<sup>S**</sup></b> | <b>0,39<sup>S**</sup></b> |
| Vyhýbavost     | 0,11  | 0,20                      | 0,03                      | 0,01                      | 0,04                      |

Vysvětlivka: \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ ; S pro Spearmanovo r; P pro Pearsonovo r

### Vyjádření k hypotézám

**H4: Vyšší míra vazebné úzkostnosti v dospělosti je spojena se závažnějšími specifickými příznaky OCD (a/ celková závažnost, b/ obsese, c/ kompulze).**

Tuto hypotézu **nepřijímáme** – vazebná úzkostnost nesouvisí s mírou obsesí a kompulzí, ani se závažností specifických příznaků OCD.

**H5: Vyšší míra vazebné úzkostnosti v dospělosti je spojena se závažnějšími nespecifickými příznaky (a/ úzkosti, b/ deprese, c/ disociace).**

H5a: Hypotézu o souvislosti vazebné úzkosti se závažností úzkostných příznaků **přijímáme** na základě výsledků sebesuzovací škály BAI. Pro druhou škálu měřící příznaky úzkosti (HAM-A) však vztah není signifikantní.

H5b: Hypotézu o souvislosti vazebné úzkosti se závažností příznaků deprese **přijímáme**.

H5c: Hypotézu o souvislosti vazebné úzkosti se závažností disociativních příznaků **přijímáme**.

Vyšší vazebná úzkostnost tedy souvisí se závažností obecné psychopatologie (závažnost příznaků úzkosti, deprese a disociace), ne však se závažností obsesí a kompulzí.

### 9.1.4 Souvislost rodičovských stylů, které na pacienta působily v dětství, a OCD

Následující část je věnována hypotézám vztahujícím se k souvislosti rodičovských stylů s věkem nástupu poruchy a závažností specifických a nespecifických příznaků OCD.

#### Rodičovské styly a věk nástupu poruchy

Mateřská péče s věkem nástupu OCD v našem výzkumu významně nekoreluje. To stejné platí pro otcovskou péči, a také pro mateřskou i otcovskou kontrolu (tabulka 14). Oproti ACE a vazebné úzkostnosti tedy žádný z měřených rodičovských stylů nesouvisí s tím, kdy se u daného člověka OCD rozvine.

*Tabulka 14: Souvislost rodičovských stylů s věkem nástupu poruchy*

| Dotazník PBI      | Věk nástupu poruchy |
|-------------------|---------------------|
| Mateřská péče     | 0,15                |
| Mateřská kontrola | -0,14               |
| Otcovská péče     | 0,12                |
| Otcovská kontrola | -0,21               |

#### Rodičovské styly a závažnost specifických příznaků OCD

Dle našich výsledků mateřská péče ani žádný z dalších měřených rodičovských stylů se závažností obsesí a kompulzí nesouvisí (tabulka 15).

*Tabulka 15: Souvislost rodičovských stylů se závažností specifických příznaků*

| Dotazník PBI      | Y-BOCS-SR<br>Celkové skóre | Y-BOCS-SR<br>Obsese | Y-BOCS-SR<br>Kompulze |
|-------------------|----------------------------|---------------------|-----------------------|
| Mateřská péče     | 0,02                       | 0,08                | -0,03                 |
| Mateřská kontrola | -0,02                      | 0,01                | -0,03                 |
| Otcovská péče     | -0,09                      | -0,01               | -0,16                 |
| Otcovská kontrola | -0,15                      | -0,11               | -0,17                 |

## Rodičovské styly a závažnost příznaků deprese, úzkosti a disociace

Mateřská péče slabě negativně koreluje s úzkostí (HAM-A ale ne BAI), depresí (BDI-II) a s celkovou i patologickou disociací (DES, DES-T). Vztah otcovské péče s HAM-A a BDI-II se blíží hranici statistické významnosti. Naopak pozitivní korelaci s BAI a BDI-II můžeme najít pro nadměrnou kontrolu jak ze strany matky, tak i ze strany otce (tabulka 16).

Tabulka 16: Souvislost rodičovských stylů se závažností nespécifických příznaků

| Dotazník PBI      | HAM-A                             | BAI                      | BDI-II                            | DES                       | DES-T                             |
|-------------------|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| Mateřská péče     | <b>-0,29<sup>P*</sup></b>         | -0,20                    | <b>-0,34<sup>P**</sup></b>        | <b>-0,29<sup>S*</sup></b> | <b>-0,34<sup>S**</sup></b>        |
| Mateřská kontrola | 0,20                              | <b>0,26<sup>P*</sup></b> | <b>0,27<sup>P*</sup></b>          | 0,16                      | 0,15                              |
| Otcovská péče     | <i>-0,23<sup>P (p=0,06)</sup></i> | -0,14                    | <i>-0,23<sup>P (p=0,06)</sup></i> | -0,16                     | <i>-0,23<sup>P (p=0,07)</sup></i> |
| Otcovská kontrola | 0,18                              | <b>0,25<sup>P*</sup></b> | <b>0,37<sup>P**</sup></b>         | 0,21                      | 0,22                              |

Vysvětlivka: \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ ; S pro Spearmanovo  $r$ ; P pro Pearsonovo  $r$

### Vyjádření k hypotézám

**H6: Vyšší úroveň mateřské péče v dětství je spojena pozdějším nástupem poruchy.**

Hypotézu o vztahu mateřské péče a věku nástupu poruchy **nepřijímáme**. Tento vztah neplatí ani pro žádný z dalších měřených rodičovských stylů.

**H7: Vyšší úroveň mateřské péče je spojena s méně závažnými specifickými příznaky OCD (a/ celková závažnost, b/ obsese, c/ kompulze).**

Tuto hypotézu **nepřijímáme** – mateřská péče ani žádný z dalších měřených rodičovských stylů se závažností OCD příznaků nesoúvisí.

**H8: Vyšší úroveň mateřské péče je spojena s méně závažnými nespécifickými příznaky (a/ úzkostí, b/ deprese, c/ disociace).**

H8a: Hypotézu o souvislosti mateřské péče se závažností úzkostných příznaků **přijímáme** na základě výsledků škály HAM-A. Pro druhou škálu měřící příznaky úzkosti (BAI) však vztah není signifikantní.

H8b: Hypotézu o souvislosti mateřské péče se závažností příznaků deprese **přijímáme**.

H8c: Hypotézu o souvislosti mateřské péče se závažností disociativních příznaků **přijímáme**.

### H9: Vyšší úroveň mateřské kontroly je spojena se závažnějšími specifickými příznaky OCD (a/ celková závažnost, b/ obsese, c/ kompulze).

Tuto hypotézu **nepřijímáme** – mateřská kontrola se závažností OCD příznaků nespojuje.

Dle našich výsledků se tedy žádný z rodičovských stylů pravděpodobně nepodílí na tom, kdy OCD propukne, a nespojuje ani se závažností obsesí a kompulzí, tedy příznaků, které jsou pro ni typické. Rodičovské styly však mohou být významně spojeny s příznaky úzkosti, deprese a disociace.

#### 9.1.5 Vzájemná souvislost uvedených faktorů

##### Souvislost mezi nepříznivými zkušenostmi v dětství a rodičovskými styly

Z výsledků vyplývá, že pacienti, kteří v dětském věku zažívali ze strany rodičů projevy vřelosti, podpory, empatie a porozumění, byli s mnohem menší pravděpodobností vystaveni týrání, zneužívání a zanedbávání. Souvislost mezi rodičovskou kontrolou, která je charakteristická nedůvěrou ve schopnosti dítěte, nadměrným kontrolováním a hyperprotektivním stylem výchovy, dosahuje hladiny statistické významnosti jen u některých subškál, ne však u celkového skóru (tabulka 17).

Tabulka 17: Souvislost mezi nepříznivými zkušenostmi v dětství a rodičovskými styly

| Dotazník CTQ-SF     | PBI<br>Mateřská péče        | PBI<br>Mat. kontrola     | PBI<br>Otcovská péče        | PBI<br>Otcovská kontrola  |
|---------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| Celkové skóre       | <b>-0,77<sup>P***</sup></b> | 0,20                     | <b>-0,52<sup>P***</sup></b> | 0,18                      |
| Emoční týrání       | <b>-0,67<sup>S***</sup></b> | <b>0,28<sup>S*</sup></b> | <b>-0,56<sup>S***</sup></b> | <b>0,35<sup>S**</sup></b> |
| Fyzické týrání      | <b>-0,31<sup>S*</sup></b>   | <b>0,24<sup>S*</sup></b> | -0,23                       | 0,18                      |
| Sexuální zneužívání | <b>-0,28<sup>S*</sup></b>   | -0,05                    | <b>-0,26<sup>S*</sup></b>   | -0,13                     |
| Emoční zanedbávání  | <b>-0,82<sup>P***</sup></b> | <b>0,25<sup>P*</sup></b> | <b>-0,67<sup>P***</sup></b> | <b>0,31<sup>P*</sup></b>  |
| Fyzické zanedbávání | <b>-0,68<sup>S***</sup></b> | 0,14                     | <b>-0,52<sup>S***</sup></b> | 0,03                      |

Vysvětlivka: \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ ; S pro Spearmanovo  $r$ ; P pro Pearsonovo  $r$

## Souvislost mezi dospělou vazbou a rodičovskými styly

Z tabulky 18 můžeme vidět, že mateřská péče slabě negativně koreluje s mírou vazebné úzkostnosti. V případě otcovské péče se tato souvislost nepotvrdila. Co se týče dimenze rodičovské kontroly, z výsledků vyplývá, že souvislost s vazebnou úzkostností nemá (ačkoli pro kontrolující chování ze strany obou rodičů je míra vztahu na hranici statistické významnosti). Vazebná vyhýbavost pak nekoreluje se žádným ze zkoumaných rodičovských stylů.

Tabulka 18: Souvislost mezi dospělou vazbou a rodičovskými styly

| Dotazník   | PBI                       | PBI                          | PBI           | PBI                        |
|------------|---------------------------|------------------------------|---------------|----------------------------|
| ECR-R      | Mateřská péče             | Mateřská kontrola            | Otcovská péče | Otcovská kontrola          |
| Úzkostnost | <b>-0,37<sup>P*</sup></b> | 0,25 <sup>P (p = 0,08)</sup> | -0,19         | 0,29 <sup>P (p=0,05)</sup> |
| Vyhýbavost | -0,05                     | 0,00                         | -0,03         | -0,09                      |

Vysvětlivka: \*  $p < .05$ ; P pro Pearsonovo r

## Souvislost mezi dospělou vazbou a nepříznivými zkušenostmi v dětství

Míra úzkostnosti u dospělé vazby v našem výzkumném souboru středně silně koreluje jak s celkovou závažností dětské traumatizace, tak i s některými jejími dílčími typy (konkrétně s emočním týráním, emočním zanedbáváním a tělesným zanedbáváním). Škála vyhýbavosti naopak s celkovým skórem, ani se žádným konkrétním typem dětských traumatických zkušeností nesouvisí (tabulka 19).

Tabulka 19: Souvislost mezi dospělou vazbou a nepříznivými zkušenostmi v dětství

| Dotazník   | CTQ-SF                    | Emoční                   | Fyzické | Sexuální   | Emoční                    | Fyzické                  |
|------------|---------------------------|--------------------------|---------|------------|---------------------------|--------------------------|
| ECR-R      | Celkové skóre             | týráním                  | týráním | zneužívání | zanedbávání               | zanedbávání              |
| Úzkostnost | <b>0,39<sup>P**</sup></b> | <b>0,32<sup>S*</sup></b> | 0,09    | 0,25       | <b>0,41<sup>P**</sup></b> | <b>0,34<sup>S*</sup></b> |
| Vyhýbavost | -0,05                     | -0,01                    | -0,21   | 0,19       | -0,08                     | -0,14                    |

Vysvětlivka: \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ ; S pro Spearmanovo r; P pro Pearsonovo r

## Vyjádření k hypotézám

**H10: Existuje negativní vztah mezi nepříznivými zkušenostmi v dětství a úrovni mateřské péče.**

Hypotézu o vztahu mezi mateřskou péčí a dětskými nepříznivými zkušenostmi **přijímáme**. Souvislost existuje jak pro celkové skóre, tak pro dílčí subškály. Podobný vztah jsme našli také u otcovské péče.

**H11: Existuje negativní vztah mezi vazebnou úzkostností a úrovni mateřské péče.**

Mezi mírou mateřské péče a vazebné úzkostnosti existuje sice slabý, ale významný vztah, takže také tuto hypotézu **přijímáme**. Mezi vazebnou úzkostností a otcovskou péčí naše výsledky žádnou významnou souvislost neukázaly.

**H12: Existuje pozitivní souvislost mezi vazebnou úzkostností a nepříznivými zkušenostmi v dětství.**

Vztah mezi úzkostností u dospělé vazby a celkovou závažností dětských nepříznivých zkušeností se potvrdil, tuto hypotézu tedy **přijímáme**. Souvislost existuje i pro některé dílčí subškály (emoční týrání, emoční zanedbávání a fyzické zanedbávání).

Na základě úhrnných výsledků můžeme potvrdit, že úroveň subjektivně vnímané mateřské péče, dimenze úzkostnosti v dospělé vazbě a míra dětské traumatizace spolu souvisí.

## 9.2 Výsledky k účinnosti kombinované léčby v závislosti na zkoumaných veličinách a vyjádření k hypotézám

### 9.2.1 Souvislost mezi zkoumanými veličinami a výsledky léčby

V prvním oddílu této části se zabýváme tím, nakolik a v jakých konkrétních oblastech pacienti v našem výzkumném souboru profitovali z léčby. Následující oddíly jsou pak věnovány tomu, jak zkoumané faktory s efektem léčby souvisí.

Náš celkový výzkumný soubor tvořilo 77 pacientů, ale 11 z nich předčasně ukončilo léčbu. Efektivitu léčby jsme tedy posuzovali u 66 pacientů. Tento vzorek měl demografické charakteristiky a klinické charakteristiky na začátku léčby srovnatelné s celkovým výzkumným souborem (tabulka 20 na následující straně).



Tabulka 20: Srovnání charakteristik pacientů, kteří vstoupili do studie, a pacientů, kteří dokončili léčbu

| Proměnná / Vzorek   | Pacienti, kteří vstoupili do studie (n=77) | Pacienti, kteří dokončili léčbu (n=66) | Použitá statistická metoda pro srovnání dat obou skupin |
|---|--|--|---|
| Věk   | 34,2 ± 11,7                                | 35,0 ± 11,6                            | Nepár. t-test: t=0,441 df=141; ns                       |
| Pohlaví: muž / žena                                       | 38 / 39                                    | 34 / 32                                | Chí kvadrát: 0,067, df: 1; ns                           |
| Věk nástupu poruchy                                       | 17,3 ± 8,6                                 | 17,0 ± 8,9                             | Nepár. t-test: t=0,0215 df=131; ns                      |
| Délka trvání poruchy                                      | 16,5 ± 10,7                                | 17,7 ± 10,0                            | Nepár. t-test: t=0,553 df=107; ns                       |
| Počet hospitalizací                                       | 3,0 ± 5,7                                  | 3,1 ± 6,1                              | Mann-Whitneyův test; U=2528; ns                         |
| Heredita: ne / jiná porucha / OCD                         | 29 / 21 / 27                               | 26 / 18 / 22                           | Chí kvadrát: 0,059, df: 2; ns                           |
| Vzdělání: ZŠ / SOU / SŠ / VŠ                              | 14 / 13 / 28 / 22                          | 11 / 9 / 26 / 20                       | Chí kvadrát: 0,413 df: 3; ns                            |
| Práce: student / zaměstnaný / nezaměstnaný nebo v důchodu | 15 / 24 / 38                               | 12 / 22 / 32                           | Chí kvadrát: 0,089, df: 2; ns                           |
| Stav: svobodný / ženatý-vdaná / rozvedený                 | 57 / 13 / 7                                | 48 / 12 / 6                            | Chí kvadrát: 0,043, df: 2; ns                           |
| Partner: ne / ano   | 44 / 33                                    | 36 / 30                                | Chí kvadrát: 0,097, df: 1; ns                           |
| Kom. úzkostná porucha: ne / ano                           | 64 / 13                                    | 56 / 10                                | Chí kvadrát: 0,079, df: 1; ns                           |
| Kom. porucha osobnosti: ne / ano                          | 58 / 19                                    | 49 / 17                                | Chí kvadrát: 0,022, df: 1; ns                           |
| CGI-CV  | 4,6 ± 0,7                                  | 4,5 ± 0,7                              | Mann-Whitneyův test; U=2412; ns                         |
| CGI-PV  | 4,7 ± 1,5                                  | 4,6 ± 1,5                              | Mann-Whitneyův test; U=2387; ns                         |
| Y-BOCS-SR: Celkové skóre                                  | 23,9 ± 7,3                                 | 23,6 ± 7,2                             | Nepár. t-test: t=0,430 df=136; ns                       |
| HAM-A   | 23,0 ± 10,1                                | 22,9 ± 9,9                             | Nepár. t-test: t=0,106 df=141; ns                       |
| BAI   | 23,1 ± 13,5                                | 22,8 ± 12,9                            | Nepár. t-test: t=0,145 df=137; ns                       |
| BDI-II  | 25,1 ± 13,3                                | 25,2 ± 13,5                            | Nepár. t-test: t=0,195 df=140; ns                       |
| ECR-R: úzkostnost   | 4,0 ± 1,5                                  | 3,9 ± 1,5                              | Nepárový t-test: t=0,001 df=93; ns                      |
| ECR-R: vyhýbavost   | 3,4 ± 0,9                                  | 3,4 ± 0,9                              | Nepárový t-test: t=0,073 df=88; ns                      |
| DES   | 13,4 ± 14,9                                | 13,2 ± 14,4                            | Mann-Whitneyův test; U=2268; ns                         |
| DES-T   | 9,0 ± 13,9                                 | 9,1 ± 13,9                             | Mann-Whitneyův test; U=2279; ns                         |
| PBI: mateřská péče  | 23,4 ± 10,5                                | 23,6 ± 10,2                            | Nepár. t-test: t=0,076 df=128; ns                       |
| PBI: mateřská kontrola                                    | 15,0 ± 7,9                                 | 15,0 ± 8,0                             | Nepár. t-test: t=0,001 df=136; ns                       |
| PBI: otcovská péče  | 19,4 ± 9,7                                 | 19,5 ± 9,5                             | Nepár. t-test: t=0,068 df=126; ns                       |
| PBI: otcovská kontrola                                    | 12,7 ± 7,6                                 | 13,0 ± 7,8                             | Nepárový t-test t=0,232 df=127; ns                      |
| CTQ-SF: celkový skór                                      | 45,7 ± 20,0                                | 45,4 ± 19,9                            | Nepár. t-test: t=0,083 df=117; ns                       |
| emoční týrání   | 11,4 ± 6,2                                 | 11,4 ± 6,3                             | Mann-Whitneyův test; U=2064; ns                         |
| fyzické týrání  | 7,0 ± 4,3                                  | 7,1 ± 4,2                              | Mann-Whitneyův test; U=2174; ns                         |
| sexuální zneužívání                                       | 6,0 ± 3,6                                  | 6,0 ± 3,7                              | Mann-Whitneyův test; U=2234; ns                         |
| emoční zanedbávání  | 14,1 ± 5,8                                 | 13,9 ± 5,7                             | Mann-Whitneyův test; U=2091; ns                         |
| fyzické zanedbávání                                       | 7,6 ± 4,0                                  | 7,3 ± 3,7                              | Mann-Whitneyův test; U=2162; ns                         |
| Antidepresiva:<br>index paroxetinu                        | 49,4 ± 25,0 (n=69)                         | 48,8 ± 25,9 (n=58)                     | Mann-Whitneyův test; U=2039; ns                         |
| Anxiolytika:<br>index diazepam                            | 12,2 ± 9,0 (n=17)                          | 12,2 ± 9,0 (n=17)                      | Nepárový t-test: t=0,637 df=21; ns                      |
| Antipsychotika:<br>index risperidonu                      | 1,9 ± 1,5 (n=37)                           | 1,8 ± 1,5 (n=32)                       | Nepárový t-test: t=0,001 df=61; ns                      |

Vysvětlivka: BAI = Beck Anxiety Inventory; BDI-II = Beck Depressive Inventory, second edition; CGI-PV = Clinical Global Impression-Severity: verze pro pacienta; CTQ-SF = Childhood Trauma Questionnaire-Short Form; DES = Dissociative Experience Scale; ECR-R = Experiences in Close Relationships – Revised; HAM-A = Hamilton Anxiety Rating Scale; PBI = Parental Bonding Instrument; Y-BOCS-SR = Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale – Self-Report

Při hodnocení úspěšnosti léčby jsme pomocí párových t-testů (všechny veličiny měly normální rozložení dat) srovnávali statistickou významnost rozdílu počátečních hodnot psychopatologie s hodnotami na konci hospitalizace. Co se týče specifických příznaků OCD, jejich závažnost v našem souboru poklesla o 12 % (průměrných  $23,6 \pm 7,2$  bodů Y-BOCS-SR na začátku hospitalizace oproti  $20,8 \pm 8,0$  bodů na jejím konci). Abychom zjistili, jestli efekt léčby OCD souvisí s dětskou traumatizací, dospělou vazbou, rodičovskými styly a dalšími vybranými proměnnými, spočítali jsme v prvním kroku relativní změnu mezi skóre Y-BOCS-SR (doplňkově pak HAM-A a CGI-CV) na začátku a na konci léčby. Ve druhém kroku jsme pak pomocí výpočtu Spearmanova a Pearsonova korelačního koeficientu posuzovali souvislost této změny s uvedenými faktory. Pro dokreslení jsme také popsali koreláty změny v ostatních škálách (BAI, BDI-II, CGI-PV, DES, DES-T).

### **Účinnost léčby**

Z hlediska snížení specifických OCD příznaků (Y-BOCS-SR: Celkové skóre), a příznaků úzkosti (HAM-A, BAI) i deprese (BDI-II), došlo ke statisticky významnému poklesu skórů. Největší změna byla zaznamenána posuzovacími stupnicemi CGI-CV a HAM-A. Změna v sebeposuzovacích škálách byla u většiny parametrů malá. Výjimkou byla středně velká změna příznaků OCD (Y-BOCS-SR) a nevýznamná změna disociativních symptomů (DES, DES-T). Zlepšení stavu pacientů se také odráží v hodnocení závažnosti celkové psychopatologie pomocí sebeposuzovací škály CGI-PV, které bylo na konci léčby rovněž významně nižší než na jejím začátku. Medikace se přitom v našem souboru v průběhu léčby výrazně neměnila, dávky léků zůstávaly v průměru srovnatelné (tabulka 21 na následující straně).

Tabulka 21: Srovnání závažnosti příznaků na začátku a na konci léčby u pacientů, kteří dokončili léčbu (n=66)

| Metody                      | Hodnota na začátku léčby | Hodnota na konci léčby | Hladina statistické významnosti                    | Velikost efektu                           |
|-----------------------------|--------------------------|------------------------|--|---|
| Y-BOCS-SR:<br>Celkové skóre | 23,6 ± 7,2               | 20,8 ± 8,0             | párový t-test:<br>t=4,627 df=56; <b>p&lt;0,001</b> | Cohenovo dz: 0,51<br><i>Středně velký</i> |
| HAM-A                       | 22,9 ± 9,9               | 16,3 ± 12,1            | párový t-test:<br>t=7,481 df=64; <b>p&lt;0,001</b> | Cohenovo dz: 0,79<br><i>Středně velký</i> |
| BAI                         | 22,8 ± 12,9              | 19,9 ± 13,9            | párový t-test:<br>t=2,739 df=64; <b>p&lt;0,01</b>  | Cohenovo dz: 0,31<br><i>Malý</i>          |
| BDI-II                      | 25,2 ± 13,5              | 22,1 ± 15,1            | párový t-test:<br>t=2,401 df=64; <b>p&lt;0,05</b>  | Cohenovo dz: 0,32<br><i>Malý</i>          |
| DES                         | 13,2 ± 14,4              | 12,4 ± 15,6            | párový t-test:<br>t=1,468 df=59; ns                | Cohenovo dz: 0,10<br><i>Minimální</i>     |
| DES-T                       | 9,1 ± 13,9               | 8,7 ± 15,2             | párový t-test:<br>t=0,985 df=59; ns                | Cohenovo dz: 0,04<br><i>Minimální</i>     |
| CGI-CV                      | 4,5 ± 0,7                | 3,7 ± 0,8              | párový t-test:<br>t=5,821 df=65; <b>p&lt;0,001</b> | Cohenovo dz: 0,71<br><i>Středně velký</i> |
| CGI-PV                      | 4,7 ± 1,5                | 4,3 ± 1,4              | párový t-test:<br>t=2,310 df=62; <b>p&lt;0,05</b>  | Cohenovo dz: 0,29<br><i>Malý</i>          |
| Index antidepresiva         | 48,8 ± 25,9<br>(n=58)    | 49,6 ± 22,5<br>(n=60)  | párový t-test:<br>t=0,718 df=66; ns                |   |
| Index anxiolytika           | 12,2 ± 9,0<br>(n=17)     | 11,1 ± 9,3<br>(n=12)   | párový t-test:<br>t=1,799 df=10; ns                |   |
| Index antipsychotika        | 1,8 ± 1,5 (n=32)         | 2,0 ± 1,7 (n=29)       | párový t-test:<br>t=0,093 df=30; ns                |   |

### Nepříznivé zkušenosti v dětství a výsledky léčby

Závažnost dětské traumatizace (CTQ-SF) souvisí u našeho souboru s úspěšností léčby specifických symptomů (relativní změna Y-BOCS-SR), příznaků deprese (BDI-II) a disociace (DES, DES-T), a nepromítá se ani do změny závažnosti vlastní psychopatologie hodnocené lékařem a pacientem (CGI-CV/PV). Vzájemná nezávislost zmíněných veličin

se přitom netýká pouze celkové hladiny traumatických zkušeností – vztah se neprokázal ani u žádného z konkrétních typů dětských nepříznivých zkušeností (výjimkou je slabý negativní vztah mezi fyzickým týráním a mírou disociativních symptomů). Negativní souvislost naopak existuje mezi ACE a efektem léčby u všeobecných úzkostných příznaků (HAM-A, ne však BAI), a to jak pro celkové skóre CTQ-SF, tak pro některé z dílčích subškál (emoční týrání a zanedbávání, fyzické zanedbávání) (tabulka 22).

*Tabulka 22: Souvislost nepříznivých zkušeností v dětství s výsledky léčby*

| Dotazník CTQ-SF /<br>Relativní změna | Změna<br>Y-BOCS-SR | Změna<br>HAM-A              | Změna<br>CGI-CV | Změna<br>CGI-PV | Změna<br>BAI | Změna<br>BDI-II | Změna<br>DES              | Změna<br>DES-T |
|--------------------------------------|--------------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|--------------|-----------------|---------------------------|----------------|
| Celkové skóre                        | -0,02              | <b>-0,39***</b>             | -0,07           | -0,06           | -0,04        | 0,01            | 0,00                      | -0,04          |
| Emoční týrání                        | -0,06              | <b>-0,28*</b>               | -0,03           | -0,07           | -0,01        | 0,06            | -0,02                     | -0,07          |
| Fyzické týrání                       | 0,10               | -0,22                       | -0,05           | -0,16           | -0,01        | -0,05           | <b>-0,28<sup>S*</sup></b> | -0,22          |
| Sexuální zneužívání                  | 0,05               | -0,02                       | -0,09           | 0,19            | 0,02         | -0,02           | -0,09                     | -0,17          |
| Emoční zanedbávání                   | -0,19              | <b>-0,41***</b>             | -0,14           | -0,003          | 0,01         | 0,03            | -0,04                     | -0,07          |
| Fyzické zanedbávání                  | -0,11              | <b>-0,39<sup>S***</sup></b> | -0,17           | 0,01            | -0,03        | -0,17           | 0,04                      | -0,02          |

*Vysvětlivka:* \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ ; S pro Spearmanovo r; P pro Pearsonovo r

### Dospělá vazba a výsledky léčby

Naše výsledky nenasvědčují tomu, že by existoval statisticky významný vztah mezi dospělou vazbou (ECR-R) a relativní změnou celkové závažnosti specifických příznaků (Y-BOCS-SR). Toto přitom platí jak pro škálu úzkostnosti, tak pro škálu vyhýbavosti. Souvislost jsme nezjistili ani mezi dospělou vazbou a změnou závažnosti příznaků deprese (BDI-II) a disociace (DES, DES-T), ani se změnou v hodnocení celkové závažnosti psychopatologie (CGI-CV/PV). Míra vazebné úzkostnosti však (podobně jako u ACE) negativně koreluje se změnou příznaků úzkosti (HAM-A, ne však BAI). Pro vazebnou vyhýbavost takový vztah dle našich výsledků neexistuje; slabá negativní souvislost se však prokázala s patologickou disociací (DES-T) (tabulka 23).

*Tabulka 23: Souvislost dospělé vazby s výsledky léčby*

| Dotazník ECR-R/<br>Relativní změna | Změna<br>Y-BOCS-SR | Změna<br>HAM-A  | Změna<br>CGI-CV | Změna<br>CGI-PV | Změna<br>BAI | Změna<br>BDI-II | Změna<br>DES | Změna<br>DES-T            |
|------------------------------------|--------------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|---------------------------|
| Úzkostnost                         | 0,12               | <b>-0,46***</b> | 0,11            | -0,04           | 0,05         | -0,24           | -0,10        | -0,13                     |
| Vyhýbavost                         | -0,13              | -0,20           | -0,18           | 0,08            | -0,08        | -0,18           | -0,06        | <b>-0,40<sup>P*</sup></b> |

*Vysvětlivka:* \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ ; P pro Pearsonovo r

## Rodičovské styly a výsledky léčby

Žádný z rodičovských stylů (PBI) nesouvisí s relativní změnou celkové závažnosti specifických příznaků (Y-BOCS-SR), disociativních symptomů (DES, DES-T) ani příznaků deprese (BDI-II). Také změna celkové závažnosti psychopatologie měřená pomocí stupnic CGI-CV/PV s rodičovskými styly nesouvisí. Úroveň mateřské péče však slabě koreluje s relativní změnou úzkostných příznaků (HAM-A, ne však BAI), zatímco otcovská kontrola se změnou úzkostných příznaků koreluje negativně (tabulka 24).

Tabulka 24: Souvislost rodičovských stylů s výsledky léčby

| Dotazník PBI /<br>Relativní změna | Změna<br>Y-BOCS-SR | Změna<br>HAM-A  | Změna<br>CGI-CV | Změna<br>CGI-PV | Změna<br>BAI | Změna<br>BDI-II | Změna<br>DES | Změna<br>DES-T |
|-----------------------------------|--------------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|----------------|
| Mateřská péče                     | 0,10               | <b>0,32*</b>    | 0,22            | 0,15            | 0,06         | 0,05            | -0,05        | 0,00           |
| Mateřská kontrola                 | -0,04              | -0,16           | -0,18           | 0,13            | 0,13         | 0,11            | -0,08        | 0,04           |
| Otcovská péče                     | 0,20               | 0,21            | 0,06            | 0,10            | 0,04         | -0,02           | -0,02        | 0,11           |
| Otcovská kontrola                 | -0,13              | <b>-0,26 P*</b> | -0,04           | 0,004           | 0,13         | 0,10            | 0,06         | 0,04           |

Vysvětlivka: \*  $p < .05$ ; P pro Pearsonovo  $r$

## Věk nástupu poruchy a výsledky léčby

Věk nástupu poruchy má jako jediný z posuzovaných faktorů souvislost s mírou relativní změny závažnosti specifických OCD příznaků (Y-BOCS-SR). Kromě toho pak významně koreluje také se změnou všeobecných úzkostných příznaků (HAM-A ne však BAI). Se změnou disociativních příznaků (DES, DES-T), symptomů deprese (BDI-II) a celkové závažnosti psychopatologie hodnocené pomocí posuzovací škály CGI-CV (před a po léčbě) však věk nástupu poruchy nesouvisí. V případě sebesuzovací škály CGI-PV je pak naznačen trend ke slabé pozitivní souvislosti změny s délkou trvání poruchy (tabulka 25).

Doplňkově uvádíme také další dvě veličiny, které se od věku nástupu poruchy mohou odvíjet – délku poruchy a počet hospitalizací. V případě počtu hospitalizací se prokázal významný negativní vztah se změnou závažnosti symptomů deprese (BDI-II) a úzkosti (HAM-A), délka poruchy pak hraničně negativně koreluje se změnou celkové závažnosti specifických symptomů (tabulka 25 na následující straně).

Tabulka 25: Souvislost věku nástupu poruchy s výsledky léčby

| Faktory/<br>Relativní změna | Změna<br>Y-BOCS-SR          | Změna<br>HAM-A             | Změna<br>CGI-CV | Změna<br>CGI-PV            | Změna<br>BAI | Změna<br>BDI-II            | Změna<br>DES | Změna<br>DES-T |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------|----------------------------|--------------|----------------------------|--------------|----------------|
| Věk nástupu<br>poruchy      | <b>0,31<sup>P*</sup></b>    | <b>0,32<sup>P*</sup></b>   | 0,10            | 0,06                       | 0,11         | 0,21                       | 0,12         | 0,03           |
| Délka<br>poruchy            | -0,29 <sup>P (p=0,05)</sup> | -0,17                      | -0,08           | 0,26 <sup>S (p=0,07)</sup> | 0,16         | 0,13                       | 0,03         | -0,04          |
| Počet<br>hospitalizací      | -0,13                       | <b>-0,34<sup>S**</sup></b> | 0,17            | 0,01                       | -0,18        | <b>-0,34<sup>S**</sup></b> | -0,01        | -0,01          |

Vysvětlivka: \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ ; S pro Spearmanovo r; P pro Pearsonovo r

### Závažnost specifických příznaků OCD a výsledky léčby

Celková závažnost specifických OCD příznaků (Y-BOCS-SR) na začátku léčby koreluje se snížením těchto příznaků na konci léčby pouze na hranici statistické významnosti. Odděleně pro obsese a kompulze se tento vztah nepotvrdil. Žádná souvislost se neprokázala ani mezi počáteční závažností specifických příznaků a relativní změnou úzkostných (HAM-A, BAI) a depresivních (BDI-II) příznaků, ani se změnou závažnosti celkové psychopatologie hodnocené pacientem (CGI-PV). V případě hodnocení lékařem (CGI-CV) je naznačen trend k negativnímu vztahu s počáteční závažností obsesí, nedosahuje však statistické významnosti. Se změnou disociativních symptomů (DES, DES-T) koreluje počáteční závažnost obsesí a kompulzí slabě negativně (tabulka 26).

Tabulka 26: Souvislost počáteční závažnosti specifických příznaků s výsledky léčby

| Y-BOCS-SR/<br>Relativní změna | Změna<br>Y-BOCS-SR         | Změna<br>HAM-A | Změna<br>CGI-CV             | Změna<br>CGI-PV | Změna<br>BAI | Změna<br>BDI-II | Změna<br>DES              | Změna<br>DES-T            |
|-------------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------------|-----------------|--------------|-----------------|---------------------------|---------------------------|
| Celkové skóre                 | 0,25 <sup>P (p=0,06)</sup> | -0,12          | -0,05                       | -0,08           | -0,03        | -0,08           | <b>-0,31<sup>P*</sup></b> | <b>-0,28<sup>P*</sup></b> |
| Obsese                        | 0,16                       | -0,11          | -0,25 <sup>S (p=0,06)</sup> | -0,06           | -0,04        | -0,05           | <b>-0,30<sup>P*</sup></b> | -0,24                     |
| Kompulze                      | -0,13                      | -0,11          | -0,11                       | -0,12           | -0,01        | -0,10           | <b>-0,30<sup>P*</sup></b> | <b>-0,30<sup>P*</sup></b> |

Vysvětlivka: \*  $p < .05$ ; P pro Pearsonovo r

### Závažnost příznaků deprese, úzkosti a disociace a výsledky léčby

Relativní změna specifických OCD příznaků (Y-BOCS-SR) v průběhu léčby nesouvisí se závažností symptomů deprese (BDI-II) a úzkosti (HAM-A) na začátku léčby, ale středně silně negativně koreluje s celkovou závažností psychopatologie hodnocenou pacientem

(CGI-PV). Počáteční skóre v této škále také predikovalo relativní změnu v tomtéž měřicím nástroji i v HAM-A. Většina nespecifických příznaků významně nekoreluje se změnou závažnosti celkové psychopatologie hodnocené lékařem (CGI-CV), výjimkou bylo první měření závažnosti příznaků za použití stejné škály. Počáteční hodnoty pro úzkost (HAM-A, BAI) a depresi (BDI-II) středně silně negativně korelují se změnou závažnosti úzkostných (HAM-A) a disociativních (DES, DES-T) příznaků. Z toho vyplývá, že s čím silnějšími úzkostně-depresivními projevy pacienti hospitalizaci nastupují, tím menší je šance, že u nich dojde z hlediska léčby úzkostných a disociativních příznaků ke zlepšení. Závažnost disociativních symptomů na počátku léčby významně nekoreluje se změnou žádné ze zkoumaných veličin (tabulka 27).

Tabulka 27: Souvislost počáteční závažnosti nespecifických příznaků s výsledky léčby

| Faktory/<br>Relativní změna | Změna<br>Y-BOCS-SR                | Změna<br>HAM-A             | Změna<br>CGI-CV            | Změna<br>CGI-PV            | Změna<br>BAI | Změna<br>BDI-II | Změna<br>DES               | Změna<br>DES-T             |
|-----------------------------|-----------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------|-----------------|----------------------------|----------------------------|
| HAM-A                       | -0,15                             | <b>-0,35<sup>***</sup></b> | -0,13                      | -0,08                      | -0,16        | -0,01           | <b>-0,36<sup>5**</sup></b> | -0,15                      |
| BAI                         | <i>-0,24<sup>P (p=0,06)</sup></i> | <b>-0,36<sup>***</sup></b> | -0,08                      | 0,02                       | 0,14         | 0,04            | -0,25                      | <b>-0,36<sup>5**</sup></b> |
| BDI-II                      | -0,06                             | <b>-0,38<sup>***</sup></b> | -0,14                      | -0,08                      | 0,07         | 0,15            | <b>-0,39<sup>5**</sup></b> | <b>-0,33<sup>5*</sup></b>  |
| DES                         | -0,20                             | -0,15                      | -0,09                      | <b>-0,31<sup>5*</sup></b>  | -0,05        | -0,01           | -0,06                      | -0,07                      |
| DES-T                       | -0,15                             | -0,18                      | -0,14                      | -0,20                      | -0,09        | -0,06           | -0,01                      | 0,05                       |
| CGI-CV                      | -0,01                             | 0,16                       | <b>0,56<sup>5***</sup></b> | 0,07                       | -0,13        | 0,07            | -0,14                      | -0,04                      |
| CGI-PV                      | <b>-0,32<sup>P*</sup></b>         | <b>-0,37<sup>5**</sup></b> | -0,08                      | <b>0,47<sup>5***</sup></b> | 0,07         | -0,22           | 0,08                       | 0,01                       |

Vysvětlivka: \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ ; S pro Spearmanovo r; P pro Pearsonovo r

## Vyjádření k hypotézám

Pro přijetí či zamítnutí platnosti hypotézy bereme v potaz pouze míru, ve které se změnila celková závažnost specifických příznaků OCD, tedy obsesí a kompulzí (celkové skóre Y-BOCS-SR). Doplňkově potom uvádíme také změnu úzkostných příznaků (HAM-A). Se změnou příznaků deprese (BDI-II) a úzkosti hodnocené pomocí BAI, ani se změnou celkové závažnosti psychopatologie hodnocené pacientem (CGI-PV) žádný z posuzovaných faktorů nekoreluje. Změna disociativních symptomů souvisí významně (negativně) pouze s počáteční závažností specifických i nespecifických příznaků (Y-BOCS-SR, HAM-A, BAI, BDI-II), ne však s nepříznivými zkušenostmi v dětství, s dospělou vazbou, s rodičovskými styly nebo s věkem nástupu poruchy.

**H13: Vyšší úroveň nepříznivých zkušeností v dětství predikuje menší změnu příznaků OCD na konci léčby.**

Tuto hypotézu **nepřijímáme** – celková úroveň ani jednotlivé typy traumatických zkušeností z dětství se změnou závažnosti specifických OCD příznaků nespojují. Souvislost se prokázala pouze se změnou všeobecných úzkostných příznaků.

**H14: Vyšší úroveň vazebné úzkostnosti v dospělosti predikuje menší změnu příznaků OCD na konci léčby.**

Ani hypotézu o vztahu vazebné úzkostnosti s výsledky léčby OCD příznaků **nepřijímáme**. Opět však platí, že existuje významný negativní vztah mezi posuzovaným faktorem a změnou závažnosti všeobecných úzkostných příznaků.

**H15: Vyšší úroveň mateřské péče predikuje větší změnu příznaků OCD na konci léčby.**

Mezi úrovní mateřské péče (ani jiným z rodičovských stylů) a změnou celkové úrovně specifických příznaků neexistuje statisticky významný vztah. Tuto hypotézu tedy **nepřijímáme**. Mateřská péče však pozitivně koreluje s efektem léčby úzkostných příznaků, zatímco otcovská kontrola s ní koreluje negativně.

**H16: Časnější nástup poruchy predikuje menší změnu příznaků OCD na konci léčby.**

Hypotézu o tom, že pacienti, u kterých porucha propukla dříve, profitují z léčby méně než ti, u kterých se porucha rozvinula později, **přijímáme**. Věk nástupu poruchy významně koreluje nejen se změnou specifických příznaků, ale i se změnou závažnosti všeobecných úzkostných symptomů.

**H17: Vyšší závažnost specifických příznaků OCD (a/ celková závažnost, b/ obsese, c/ kompulze) na začátku léčby predikuje menší změnu příznaků OCD na konci léčby.**

Souvislost mezi závažností obsesí a kompulzí na začátku léčby a její relativní změnou na konci léčby nebyla na dostatečné hladině statistické významnosti prokázána. Tuto hypotézu tedy **nepřijímáme**.

**H18: Vyšší závažnost nespecifických příznaků (a/ úzkosti, b/ deprese, c/ disociace) na začátku léčby predikuje menší změnu příznaků OCD na konci léčby.**

Ani mezi počáteční mírou závažnosti nespecifických příznaků a změnou závažnosti obsesí a kompulzí jsme žádný statisticky významný vztah nenašli. Tuto hypotézu tedy **nepřijímáme**. Počáteční hodnoty pro úzkost a depresi (ne však disociaci) ale statisticky významně negativně korelují se změnou úzkostných a depresivních příznaků na konci



léčby. Změnu příznaků OCD sice významně predikovala počáteční celková závažnost psychopatologie (CGI-PV), ta však v sobě zahrnuje hodnocení příznaků OCD i jakýchkoliv komorbidních příznaků, proto k ní nemůžeme přistupovat jako ke specifickému, nebo nespecifickému měření. Hodnotí plošně.

Úhrnně tedy můžeme říct, že na účinnost léčby specifických příznaků OCD nemá vliv žádný ze zkoumaných faktorů kromě věku nástupu poruchy. Téměř všechny zkoumané proměnné (kromě počáteční závažnosti obsesí a kompulzí) však souvisí se změnou všeobecných úzkostných příznaků hodnocených psychologem (HAM-A). Počáteční závažnost specifických symptomů, i příznaků úzkosti a deprese pak slabě negativně souvisí se změnou závažnosti disociativních projevů.

## 10. DISKUZE

Náš výzkum byl zaměřen na prozkoumání toho, jak nepříznivé zkušenosti z dětství, rodičovské styly a vztahová vazba v dospělosti souvisí s různými aspekty OCD (věk nástupu poruchy, závažnost specifických příznaků a závažnost nespecifických příznaků). Kromě toho jsme zkoumali také vzájemné souvislosti uvedených faktorů a to, jakým způsobem souvisely s výsledky léčby.

Pro větší přehlednost rozdělujeme diskuzi na části odpovídající jednotlivým okruhům hypotéz. Kromě toho přidáváme dvě části – první z nich je věnovaná výzkumnému souboru a druhá limitům našeho výzkumu. Diskutované hypotézy v rámci jednotlivých okruhů jsou zvýrazněny tučnou kurzívou a na konci každého okruhu je stručný souhrn.

### 10.1 Metodologie a výzkumný soubor

Výzkumný soubor průřezové části (H1 – H12) tvořilo 77 pacientů s diagnózou OCD, kteří byli hospitalizováni na Klinice psychiatrie FNOL, kde procházeli šestitýdenním terapeutickým programem. Všichni tito pacienti již dříve absolvovali ambulantní léčbu, během které mj. užívali nejméně 3 měsíce antidepresiva. Na medikaci však tito pacienti nereagovali dostatečně, a na základě toho jim byl doporučen intenzivní terapeutický program v rámci hospitalizace. Z tohoto pohledu se tedy jednalo o pacienty s určitou mírou *farmakorezistence*. Na druhou stranu je třeba dodat, že co se týče závažnosti příznaků OCD, máme k dispozici pouze data z průběhu hospitalizace. Kritérium farmakorezistence dle Pallanti et al. (2002) je redukce celkového skóru Y-BOCS menší než 25 % po minimálně jedné léčbě SSRI trvající aspoň tři měsíce. Dle údajů v doporučení k hospitalizaci a podrobného psychiatrického vyšetření pacienti toto kritérium naplňovali.

Oproti jiným studiím se náš soubor v průřezové části výzkumu lišil *dřívějším nástupem poruchy* (onset). V metaanalýze z roku 2017 zkoumající věk nástupu u různých úzkostných poruch (celkem 7 443 účastníků, z toho 866 s diagnózou OCD) byl průměrný věk, kdy u pacientů OCD propukla 24 let (Lijster et al. 2017). V našem souboru to bylo 17,3 let, přičemž přibližně u poloviny (n=38; 53 %) ze 72 probandů, kteří tento údaj uvedli, nastoupila porucha do 15. roku věku, a u naprosté většiny našeho souboru (n=63; 88 %) to bylo do 25. roku. Při srovnání se studií Perse (1988), která uvádí, že u 30 % pacientů se porucha objevuje před 15. rokem života a u 60 % pak do 25 let věku, je věk nástupu poruchy v našem souboru farmakorezistentních pacientů podstatně nižší. To by odpovídalo zjištění Rosario-Campos et al. (2001), že časnější rozvoj příznaků souvisí s horší odezvou na

farmakoterapii. Na druhou stranu existují také jiné studie, které souvislost věku nástupu OCD s výsledky léčby nepotvrzují (Ginsburg et al. 2008; Lomax et al. 2009). Nejedná se tedy o univerzální pravidlo.

Většina našich probandů (n=48) uváděla přítomnost psychické poruchy v rodině, v případě 27 z nich se jednalo přímo o OCD, což by mohlo naznačovat **významný podíl dědičné složky** v našem souboru. Také jiné studie popisují vysoký podíl dědičnosti u OCD obecně (Mahjani et al. 2021) nebo u jednotlivých skupin obsedantně-kompulzivních příznaků (Katerberg et al. 2010). Pittenger & Bloch (2017) uvádí, že vyšší podíl dědičné složky má OCD s časnějším nástupem, což by odpovídalo i našim výsledkům (viz výše).

Přibližně jedna šestina pacientů (n = 13) z našeho souboru měla diagnostikovanou komorbidní úzkostnou poruchu; tato komorbidní diagnóza se přitom častěji vyskytovala u žen. Také podle McLean et al. (2011) a Jalnapurkar et al. (2018) se úzkostné poruchy vyskytují výrazně častěji u žen.

Co se týče **medikace**, šedesát devět pacientů (89,6 %) užívalo antidepresiva o průměrné dávce  $49,4 \pm 25,0$  mg paroxetinového ekvivalentu, což odpovídá doporučeným dávkám antidepresiv u úzkostných poruch i OCD (Praško et al. 2014). Sedmnáct pacientů (22,1 %) užívalo anxiolytika o průměrné dávce  $12,2 \pm 9,0$  mg ekvivalentu diazepamu. Třicet sedm pacientů (48,1 %) užívalo antipsychotika o průměrné dávce  $1,9 \pm 1,5$  mg ekvivalentu risperidonu, což odpovídá augmentačnímu podávání antipsychotik u farmakorezistentních pacientů s úzkostnou poruchou (Praško et al. 2014).

Vzhledem k tomu, že 11 pacientů (14 %) z našeho souboru **předčasně ukončilo léčbu**, analýza výsledků léčby v závislosti na zkoumaných faktorech (H13 – H18) byla provedena na datech získaných od zbývajících 66 pacientů. Tento vzorek se z hlediska demografických a klinických proměnných zásadně nelišil od původního souboru. Poměr pacientů, kteří z léčby předčasně odešli, odpovídá výsledkům metaanalýzy 29 studií (celkem 1 669 respondentů) zaměřených na léčbu OCD pomocí KBT (attrition rate 15 %; Ost et al. 2022).

## 10.2 Souvislost ACE a OCD

První ze stanovených hypotéz v tomto okruhu se týkala **souvislosti závažnosti dětských nepříznivých zkušeností s věkem nástupu OCD**. Předpokládali jsme, že u pacientů se závažnějšími nepříznivými zkušenostmi se OCD rozvinula dříve. Vycházeli jsme přitom z modelu diatéza-stres, ve kterém nepříznivé zkušenosti mohou zvyšovat zranitelnost daného jedince a na druhou stranu mohou rovněž figurovat v roli spouštěče (Praško et al.

2007). Negativní vztah mezi věkem nástupu poruchy a závažností dětské traumatizace se potvrdil nejen pro celkové skóre CTQ-SF, ale také pro téměř všechny subškály (fyzické týrání a zanedbávání, emoční týrání a zanedbávání). Výjimkou bylo sexuální zneužívání, což však může být způsobeno malým počtem účastníků, kteří dosahovali vyššího skóre v této oblasti. Naše výsledky jsou v souladu se studií Fontenelle et al. (2012), ve které se u pacientů s historií dětského traumatu rovněž dříve rozvinuly obsedantně-kompulzivní příznaky.

***Celková závažnost specifických příznaků OCD významně nekorelovala s celkovou závažností dětských nepříznivých zkušeností*** v našem vzorku. Statisticky významný pozitivní vztah se projevil pouze u dílčích výsledků, konkrétně se jednalo o subškálu fyzické zanedbávání, které souviselo se závažností kompulzí i celkových specifických projevů OCD, a subškálu fyzické týrání, které souviselo se závažností obsesí. Také jiní autoři v minulosti dospěli k podobným závěrům. Selvi et al. (2012) a Visser et al. (2014) nepovažují ACE za faktor významně ovlivňující rozvoj nebo závažnost OCD. Ve studii Ivarsson et al. (2016), nevykazovali pacienti s OCD zvýšenou míru traumatických zkušeností, pokud neměli komorbidní depresivní poruchu. K hodnocení traumatu však autoři používali jiný nástroj než my. V jiné studii provedené na neklinickém vzorku závažnost dětského traumatu pozitivně korelovala se závažností obsedantně-kompulzivních symptomů. Po kontrole vlivu příznaků deprese a úzkosti se však tento vztah stal nevýznamným (Briggs & Price 2009).

Při stanovování hypotézy o souvislosti závažnosti OCD a dětského traumatu jsme vycházeli ze systematické přehledové studie Miller & Brock (2017), ve kterém se podobný vztah potvrdil. Z analýzy výsledků 24 studií (celkový počet účastníků = 4 557) vyšlo najevo, že celková závažnost obsedantně-kompulzivních příznaků a specificky závažnost kompulzí (ne však obsesí) souvisely se čtyřmi typy traumatických zkušeností (násilí, zanedbávání, emoční týrání a sexuální zneužívání). Jednalo se však o celoživotní traumatické zkušenosti, tedy ne pouze pro ty prožité v dětství, na které se zaměřil náš výzkum. Vidal-Ribas et al. (2020) testovali na velké švédské populační kohortě 22 084 jednovaječných dvojčat, jestli široká škála retrospektivně hlášených stresových životních událostí ovlivňuje celoživotní přítomnost a závažnost obsedantně-kompulzivních symptomů. Dospěli k závěru, že tyto symptomy jsou selektivně spojeny s určitými stresujícími životními událostmi. K jejich závažnosti pak významně přispívá zejména anamnéza týrání, zanedbávání a narušení rodiny. Na rozdíl od našich výsledků však potvrzují také souvislost závažnosti obsedantně-kompulzivních symptomů se sexuálním zneužíváním (dokonce i po kontrole na depresivní příznaky). Důvodem rozdílnosti výsledků může být nízká prevalence sexuálního zneužívání v našem souboru.

Co se týče dětských (ne celoživotních) traumatických zkušeností, Lochner et al. (2002) a Bey et al. (2017) potvrzují jejich větší výskyt u skupiny OCD pacientů ve srovnání s kontrolami. Tatli et al. (2018) pak na svém vzorku 50 ambulantních pacientů s OCD potvrdili souvislost ACE přímo se závažností příznaků OCD. Ke stejnému závěru dospěli také Boger et al. (2020a). Tento výsledek je v kontrastu s výsledkem našeho výzkumu, kdy se tento vztah nepotvrdil. Jednalo se přitom o podobný soubor (68 hospitalizovaných pacientů s OCD). Autoři však neuvádí, zda byli farmakorezistentní, a na rozdíl od našeho výzkumu neměli mezi vylučovacími kritérii zařazenou aktuálně přítomnou depresivní poruchu (srov. s výše uvedenou studií Ivarsson et al. (2016), kdy pacienti s OCD nevykazovali vyšší úroveň ACE, pokud zároveň netrpěli depresivní poruchou. Kromě toho používali Boger et al. (2020a) pro hodnocení specifických příznaků OCD jiný nástroj (OCI-R), který někteří autoři (Veale et al. 2016) považují za méně citlivý vůči změně příznaků. Ze studie Boger et al. (2020a) také není zřejmé, zda pacienti užívali medikaci, a nakolik se v průběhu výzkumu měnila.

Další možnost, která by mohla rozdílné výsledky vysvětlovat, je mediační teorie (tedy, že ACE se na rozvoji OCD podílí ve spojení s dalšími faktory), o které jsme se více zmínili v teoretické části této disertace. Autorský kolektiv výše uvedeného výzkumu vydal o několik měsíců později další studii (Boger et al. 2020b), ve které se zaměřil právě na potenciální zprostředkující faktory, které v jejich souboru mohly vliv ACE na závažnost OCD v jejich souboru přenášet. Výsledky potvrdily v roli zprostředkujícího faktoru potíže s emoční regulací, přítomnost ruminací, styl vazby, disociaci a příznaky posttraumatického stresu. Bylo by zajímavé porovnat styl vazby a míru disociace mezi našimi soubory, ale tomto případě bohužel nemáme přístup ke konkrétním hodnotám pro populaci ve srovnávané studii. V našem výzkumu jsme se potenciálními mediačními faktory nezabývali, protože jsme soubor vyhodnotili jako příliš malý pro strukturovaného modelování. Výsledky nedávného výzkumu na neklinické populaci zase naznačují, že mediačním faktorem podílejícím se na přenosu ACE na závažnost příznaků OCD by mohly být sebekritické tendence (Shirkhani et al. 2023).

Nepříznivé zkušenosti v dětství souvisely v našem souboru také s nespecifickými příznaky. ***Vztah ACE s příznaky úzkosti a deprese*** se projevil u všech typů nepříznivých zkušeností kromě sexuálního zneužívání, které se ale v našem vzorku vyskytovalo v minimální míře. To odpovídá výsledkům velké studie provedené na neklinické populaci (10 980 dospělých), ve které emoční týrání a zanedbávání, stejně jako fyzické týrání a zanedbávání také souvisely s příznaky úzkosti a deprese (Rehan et al. 2017). Spojení s úzkostí a depresivními symptomy může naznačovat i vysoká incidence ACE v různých klinických skupinách. Sheffler et al. (2020) zmiňuje, že v důsledku ACE se u člověka mohou rozvinout

dysfunkční přesvědčení, maladaptivní strategie zvládání zátěžových situací a zhoršená emoční regulace.

Podle Park et al. (2014) obecně trauma v dětství zvyšuje pravděpodobnost široké škály psychiatrických diagnóz v dospělosti; OCD je pak spojena s vícečetným traumatem v dětství (více druhů traumat), ale ne s vystavením jednomu typu traumatu. Vztah mezi OCD a vícečetným traumatem v dětství potvrzují také Miller & Brock (2017). Konkrétní souvislosti mezi ACE, úzkostí a příznaky deprese dokládají u pacientů s OCD například Fricke et al. (2007), Salokangas et al. (2018), Kart & Turkcapar (2019), Wang et al. (2020) a v případě komorbidní OCD pak Hofmeijer-Sevink et al. (2013). Souvislost ACE a depresivních symptomů dokládá také metaanalýza 10 studií (celkem 1 611 pacientů s OCD) (Ou et al. 2021). Mimo to výsledky některých studií naznačují, že příznaky úzkosti a deprese mohou ve vztahu ACE a OCD hrát mediační roli – pokud ACE neprovází zvýšená úzkost a depresivní symptomy, dynamiku OCD neovlivňuje (Briggs & Price 2009, Coban & Tan 2019). K podobným výsledkům dospěli také Visser et al. (2014), na jejichž vzorku se neprokázala souvislost ACE se vznikem, závažností nebo chronicitou OCD, ale pouze s komorbiditou s poruchami nálady (a také s poruchami příjmu potravy a se závislostí na návykových látkách). Autoři dokonce považují souvislost mezi ACE a OCD, ke které dospěly některé jiné studie, za důsledek vlivu ACE na komorbiditu (Visser et al. 2014).

***Souvislost mezi ACE a disociací*** vyšla v našem souboru jak pro celkovou závažnost nepříznivých zkušeností, tak i pro některé konkrétní typy (emoční týrání, fyzické zanedbávání a hraničně pro emoční zanedbávání). Jednalo se však o slabší vztah než mezi ACE a příznaky úzkosti a deprese. Vztah dětských nepříznivých zkušeností a disociace potvrdil u pacientů s OCD také Lochner et al. (2004). Naopak Belli et al. (2013) ve svém vzorku podobné zjištění nenalezli. Pro hodnocení disociace však používali odlišný nástroj (DIS-Q), než byl použit v naší studii (DES).

### **Souhrn podkapitoly**

Naše výsledky potvrzují existenci vztahu mezi ACE a nespécifickými příznaky (úzkost, deprese, o něco slaběji pak disociace). Tato souvislost je dobře zdokumentována také v řadě dalších studií provedených na pacientech s OCD i na jiných klinických i neklinických populacích. Co se týče vztahu mezi ACE a příznaky OCD, výsledky jednotlivých studií se naopak značně liší. Některé výzkumy předkládají důkazy pro existenci přímého vztahu, jiné takový vztah nepotvrzují nebo považují za nutnou přítomnost různých mediačních faktorů. V našem souboru se souvislost mezi ACE a

závažností obsesí a kompulzí nepotvrdila, vyšší míra nepříznivých zkušeností v dětství však souvisela s časnějším nástupem poruchy.

Naše výsledky tedy naznačují, že ACE souvisí spíše se všeobecnými symptomy úzkosti a deprese, a mohou se podílet na časnějším nástupu poruchy; se závažností obsesí a kompulzí však nesouvisí.

### 10.3 Souvislost dospělé vazby a OCD

Podle nedávné systematické přehledové studie postrádá výzkum OCD a dospělé vazby jednotný přístup a shodu ve výsledcích (Kulaityte et al. 2023). Podílí se na tom pravděpodobně hlavně to, že různé výzkumy vychází z rozdílných pojetí dospělé vazby, a v důsledku toho užívají jiné nástroje pro její měření, což vede k ne zcela srovnatelným výsledkům (Crowell et al. 2008). Některé výzkumy používají typologický přístup dospělé vazby (bezpečný, zaujatý, distancovaně vyhýbavý, bázlivě vyhýbavý typ; Bartholomew & Horowitz 1991), další (včetně našeho výzkumu) vychází z dvojdimenzionálního modelu (vazebná úzkostnost a vyhýbavost; Brennan et al. 1998).

Situaci pak ještě více komplikují výzkumy postavené na užití rozhovoru Adult Attachment Interview (AAI, Georg et al. 1984), které sice probíhá s dospělými respondenty, ale nezaměřuje se na pacientův současný partnerský vztah. Místo toho retrospektivně zjišťuje vztah pacienta s pečující osobou během jeho dětství. Při srovnávání našich výsledků s jinými studiemi se tedy vyhýbáme těm, které používají AAI, a mají tak s výsledky vycházejícími z výše uvedených přístupů jen slabou souvislost (Crowell et al. 2008). Opatrně pak přistupujeme ke srovnávání s výsledky studií založených na typologickém přístupu – jednotlivé typy se totiž sice dají orientačně promítnout do dvojdimenzionálního systému (podrobněji popsáno v teoretické části), ale postrádají informace o *míře* vazebné úzkostnosti a vyhýbavosti.

***Dospělá vztahová vazba (attachment) nesouvisela se závažností obsedantně-kompulzivních příznaků.*** Tento vztah se neprokázal pro vazebnou úzkostnost, ani pro vazebnou vyhýbavost, a to jak pro celkovou míru specifických symptomů, tak odděleně pro závažnost obsesí nebo kompulzí. Tento výsledek byl pro nás překvapivý – spojení dospělé vztahové vazby a OCD totiž potvrdila metaanalýza 16 studií, která dospěla k závěru, že existuje střední až velká souvislost mezi OCD a vazebnou úzkostností a střední souvislost mezi OCD a vazebnou vyhýbavostí (van Leeuwen et al. 2020). Metaanalýza se však zaměřovala obecněji na srovnání OCD a non-OCD populace z hlediska dospělé vztahové vazby, ne specificky na její souvislost se závažností obsedantně-kompulzivních

příznaků. Její závěr tedy nemusí být v přímém rozporu s naším výsledkem. Je možné, že vazebná úzkostnost se u pacientů s OCD vyskytuje ve vyšší míře, ale nesouvisí se závažností obsesí a kompulzí.

Nalezli jsme pouze tři studie, které toto specifické spojení (dospělá vztahová vazba – závažnost příznaků OCD) zkoumaly. Seah et al. (2018) dospěli k závěru, že vyšší úroveň vazebné úzkostnosti byla významně spojena se závažností příznaků OCD. Jednalo se však o výzkum na neklinické populaci (n=439). Stejně tak Boysan & Cam (2018) tuto souvislost potvrzují na souboru 334 univerzitních studentů. Také nedávná studie Rostami et al. (2022) vztah mezi vazebnou úzkostností a závažností obsedantně-kompulzivních příznaků potvrdila, rovněž však proběhla na neklinické populaci (n=370). Na druhou stranu, existuje také studie, která dochází k podobným výsledkům jako my. Asad & Dawood (2015) se zaměřili na stanovení prediktorů dvanácti dimenzí příznaků OCD. Výsledky ukázaly, že vazebná úzkostnost ani vyhýbavost neměly významný vztah s dimenzemi OCD. Tato studie proběhla na klinické populaci 90 pacientů s OCD, a podobně jako v naší studii nepotvrdila spojení dospělé vazby se závažností příznaků OCD.

Předpokládaná *souvislost mezi vazebnou úzkostností a nespecifickými příznaky* (úzkost, deprese, disociace) se v našem výzkumu potvrdila. K podobným výsledkům dospělo také některé další studie (Muris et al. 2001, Marganska et al. 2013, Picardi et al. 2013, Dagnino et al. 2017, Zheng et al. 2020), tento vztah však nezkoumaly na pacientech s OCD. Výzkum, který by tento konkrétní vztah prověřoval přímo ve skupině pacientů s OCD, nám není znám, ale Picardi et al. (2013) popisují vyšší vazebnou úzkostnost i vyhýbavost u pacientů s poruchou úzkostného spektra (do které se v té době řadila také OCD) i po kontrole vlivu na poruchy nálady. Marganska et al (2013) zase na vzorku 284 dospělých poukázala na souvislost nejisté dospělé vztahové vazby s příznaky deprese, GAD a se zhoršenou emoční regulací (ta hrála roli mediačního faktoru mezi nejistou vazbu a výše zmíněnými symptomy). Emoční dysregulace pak bývá u různých skupin pacientů spojována také s disociací (Powers et al. 2015, Nester et al. 2022).

Zajímavý byl *odlišný výsledek u dvou metod (BAI, HAM-A)*, které jsme použili na měření úzkostných příznaků. Zatímco v případě BAI se vztah mezi vazebnou úzkostností a závažností úzkostných příznaků potvrdil, u HAM-A nebyl tento vztah významný. Důvodů, proč skóre BAI s mírou vazebné úzkostnosti souvisí a skóre HAM-A nikoli, může být více. V prvé řadě, oproti škále BAI, kterou pacient vyplňoval sám, HAM-A byla v naší studii vyplňována výzkumníkem v rámci rozhovoru s pacientem. To umožnilo více diskutovat hodnocené příznaky a pomoci pacientům své odpovědi detailněji prozkoumat. Ti totiž měli někdy tendenci „vidět vše černě“ a subjektivně hodnotili své úzkostné příznaky jako velmi



silné a téměř neustále přítomné. Na základě doplňujících otázek (např. kdy se daný okruh příznaků vyskytl naposledy, jak to bylo během ostatních dnů, zda bylo období, kdy byly symptomy více, či méně intenzivní atd.) pak pacienti často svou odpověď upravili. Na druhou stranu můžeme také spekulovat, jestli odpovědi nemohly být od reality více odkloněné v důsledku přítomnosti hodnotitele.

Dalším možnou příčinou odlišnosti výsledků je samotný obsah škál, respektive odlišnost jednotlivých hodnocených položek. Podle Beck & Steer (1991) se škála BAI zaměřuje spíše na somatickou složku úzkosti a kognitivní složku zohledňuje méně. Kromě toho mohla hrát roli také doba, kdy pacienti obě škály vyplňovali. Zatímco úvodní BAI (který vstupoval do statistické analýzy pro tuto hypotézu) zpravidla vyplňují v rámci vstupní testové baterie hned po nástupu na oddělení, hodnocení pomocí HAM-A probíhalo při první velké vizitě, to znamená několik dnů po nástupu. BAI tedy mohlo být více ovlivněno přechodem do nového prostředí a anticipační úzkostí, která mohla období před hospitalizací provázet. Oproti tomu během administrace HAM-A už byli pacienti většinou aklimatizováni.

### **Souhrn podkapitoly**

Souvislost dospělé vztahové vazby s OCD je různými studiemi poměrně dobře doložena, její vztah k závažnosti specifických příznaků však potvrdily pouze výzkumy na neklinické populaci. V případě našich pacientů se tento vztah nepotvrdil. Vyšší vazebná úzkostnost však souvisela s nespecifickými příznaky. Výzkum na toto téma nebyl u pacientů s OCD realizován, ale existují studie, které dokládají souvislost dospělé vztahové vazby se závažností příznaků deprese a úzkosti u jiných klinických skupin.

## **10.4 Souvislost rodičovských stylů, které na pacienta působily v dětství, a OCD**

Pro ověření našich hypotéz týkajících se vztahu mezi rodičovskou péčí a OCD jsme zvolili škálu PBI, která podle přehledové studie zabývající se srovnáním škál užívaných ke zkoumání rodičovských stylů (Sukanya et al. 2019) již několik dekád vykazuje dobrou míru validity a pro posouzení pozitivních aspektů rodičovství ji autoři považují za nejlepší volbu.

***Souvislost mateřské, ani otcovské péče s věkem nástupu OCD*** se na našem souboru nepotvrdila. To stejné platí také pro mateřskou i otcovskou kontrolu. Toto zjištění se podobá výsledku jediné nám známé studie, která věk nástupu OCD dává do souvislosti s tématem rodičovských stylů. Pro hodnocení rodičovských stylů v ní Lennertz et al. (2010)

použili škálu FEE, což je zkrácená německá verze EMBU. Autoři zjistili, že emoční vřelost (v případě matky i otce) nebyla ve vztahu k věku nástupu poruchy signifikantní. Oproti našemu výzkumnému souboru se však jednalo převážně o ambulantní pacienty, z nichž většina navíc splňovala kritéria pro celoživotní depresivní poruchu.

Hypotézu, že tyto dvě oblasti souvisí, jsme stanovili na základě velké longitudinální studie (2 210 účastníků sledovaných po dobu 10 let), která se snažila zjistit, jestli rodičovské styly mohou ovlivňovat souvislost mezi nepříznivými životními událostmi a následným prvním nástupem OCD (Hofer et al. 2020). Z výsledků této studie vyplynulo, že u lidí, kteří prošli traumatickou zkušeností, může být emoční vřelost rodičů protektivním faktorem, díky kterému u nich OCD nepropukne (Hofer et al. 2020). V rámci našeho výzkumu jsme se snažili prozkoumat, jestli projevy vřelosti a péče mohou mít na nástup OCD odkladný účinek. Vycházeli jsme z úvahy, že dokud je člověk v takto fungující rodině, může ho před rozvojem poruchy chránit, po odchodu z tohoto podporujícího prostředí (případně s hypoteticky snižujícím se významem primární rodiny v průběhu dospívání ve prospěch nových činitelů jako jsou vrstevníci atd.) se mohou příznaky rozvinout. Neočekávali jsme, že bychom v rámci našeho výzkumu dokázali rozkrýt kauzalitu jevu, ale v rámci našich možností jsme chtěli zjistit, jestli tento vztah platí na úrovni korelace. Tato myšlenka se nepotvrdila, ale nutně to neznamená, že naše výsledky jsou se zmiňovanou studií v kolizi. Je možné, že u lidí, kteří prožili trauma, se právě díky vysoké rodičovské péči OCD nerozvinula a díky tomu se nedostali do našeho výzkumného souboru pacientů s touto poruchou. Pro tuto hypotézu nemáme v aktuální studii potvrzení, může však být podnětem pro další výzkum.

***Souvislost mezi rodičovskými styly a závažností obsesí a kompulzí*** nebyla v rámci našeho vzorku statisticky významná. V systematické přehledové studii zaměřené na environmentální rizika OCD uvádí Brander et al. (2016) rodičovské styly jako jeden z faktorů, pro který jsou pouze omezené důkazy. Ve studii Lennertz et al. (2010) uvedla skupina s OCD oproti zdravé kontrolní skupině menší rodičovskou vřelost, a naopak více odmítnutí a hyperprotektivního chování (měřeno pomocí EMBU). Alonso et al. (2004) popsali u pacientů s OCD vyšší míru odmítnutí ze strany otce, v úrovni hyperprotektivního chování se ale od zdravých kontrol nelišili (rovněž měřeno pomocí EMBU). Vztah s emoční vřelostí vyšel statisticky významně pouze u symptomu hromadění (srov. se studií Chen et al. (2017), ve které míra rodičovské péče s hromaděním nesouvisela). V jiné studii pacienti s OCD uváděli nižší emoční vřelost ze strany otce, ale překvapivě také vyšší emoční vřelost ze strany matky (Zhang et al. 2021). Zajímavý je i výzkum Turgeon et al. (2002), ve kterém byly souběžně použity EMBU i PBI. Autoři porovnávali skupinu pacientů s OCD, skupinu s panickou poruchou a zdravé kontroly. Mezi klinickými

skupinami nezjistili z hlediska rodičovských stylů významné rozdíly, ale oproti kontrolám zaznamenaly obě skupiny vyšší míru hyperprotektivity. Všechny zmíněné studie nicméně porovnávaly míru výskytu rodičovských stylů u různých skupin a nedávaly je do přímé souvislosti se závažností obsesí a kompulzí. O to se pokusil Chambless et al. (1996), ale ani v jejich výzkumném souboru rodičovské styly se závažností OCD významně nekorelovaly.

Existují také studie rodičovských stylů, které vychází z typologie Baumrindové, která je však s naším přístupem hůře srovnatelná (Fazal & Zahra 2021). Rozděluje totiž rodičovské styly na 4 typy (autoritativní, autoritářský, shovívavý, zanedbávající) na základě dvou kritérií (rodičovská vřelost a nároky na dítě; bližší popis v teoretické části). Od našeho přístupu se tedy liší, ačkoli jistý významový překryv zde existuje (Livingstone et al. 2015, Esmali Kooraneh & Amirsardari 2015). Fazal & Zahra (2021) na vzorku 100 studentů zjistili, že autoritářský styl výchovy predikuje obsedantně-kompulzivní rysy osobnosti. U 100 pacientů s OCD pak nezjistili signifikantní vztah mezi žádným ze zkoumaných rodičovských stylů a konkrétními dimenzemi OCD. Podle Kamali et al. (2014) se OCD vyskytovala více u pacientů, kteří v dětství zažívali autoritářský, nadměrně shovívavý nebo zanedbávající styl výchovy (oproti autoritativnímu, pro který je charakteristická vysoká rodičovská vřelost a nároky na dítě). Timpano et al. (2010) na neklinickém vzorku poukázali na propojení autoritářského stylu (vysoké nároky, nízká vřelost) s obsedantně-kompulzivními příznaky a dysfunkčními přesvědčeními. Adolescenti s OCD, kteří retrospektivně popisovali autoritářskou, nebo nadměrně shovívavou výchovu, zase vykazovali vyšší hladinu úzkosti (Poornima et al. 2021).

Rodičovské styly a OCD byly zkoumány také z pohledu genetické zátěže. Wilcox et al. (2008) analyzovali data 1 200 dospělých z 465 rodin, ve kterých se vyskytovala diagnóza OCD. Zjistili, že v rodinách, kde poruchu neměl diagnostikovanou ani jeden z rodičů, byla OCD spojena s hyperprotektivitou matky. Naopak v rodinách, ve kterých aspoň jeden z rodičů poruchou trpěl, nebyly hyperprotektivita ani péče (měřené PBI) spojeny s obsedantně-kompulzivní poruchou u potomků. Tento výsledek podle autorů naznačuje nezávislé, ale kumulativní riziko spojené s genetickými a environmentálními faktory.

Co se týče *propojení rodičovských stylů s nespecifickými příznaky*, nejsilnější vztah se v našem souboru prokázal v případě mateřské péče, která souvisela s příznaky úzkosti, deprese i disociace. U otcovské péče se rovněž prokázala souvislost s příznaky úzkosti a deprese, ale byla slabší (na hranici statistické významnosti), což by mohlo v kontextu rozvoje nespecifických příznaků poukazovat na větší důležitost matky v projevech péče. Podle Sasaki et al. (2010) tráví matka s malým dítětem přibližně třikrát více času než otec

a tradičně bývá z pohledu dětské vztahové vazby považována za primární pečovatelskou osobu (Bowlby 1969). Projevy péče jsou typickým chováním, které pomáhají formovat bezpečnou vztahovou vazbu a ta zase může podporovat zdravý emoční vývoj (Cameron et al. 2007), který chrání před internalizačními příznaky (Lougheed & Hollenstein 2012; te Brinke et al. 2021).

V případě rodičovské kontroly vyšel v našem souboru statisticky významný vztah s příznaky úzkosti (BAI, ale ne HAM-A) i deprese, ne však s disociací. Toto platilo shodně pro kontrolující chování matky i otce. Oproti odlišným výsledkům studií zaměřujících se na vztah mezi rodičovskými styly a specifickými příznaky OCD jsou výsledky výzkumu ke vztahu rodičovských stylů a nespecifických příznaků ve větší shodě. Několik studií také zjistilo spojení mezi rodičovskými styly a příznaky deprese a úzkosti, a zároveň se v nich nepotvrdil vztah s obsedantně-kompulzivními příznaky (Vogel et al. 1997; Mancini et al. 2000; Aycicegi et al. 2002; Myhr et al. 2004), a to jak v klinické, tak i v neklinické populaci.

Zdá se, že internalizační symptomy souvisí s rodičovskými styly i mimo skupinu pacientů s OCD. Například v nedávné metaanalýze dokládá Kidd et al. (2022) vztah mezi poruchami nálady a retrospektivně hodnoceným rodičovským stylem typickým nízkou úrovní péče a vysokou úrovní kontroly. V dřívějším systematické přehledové studii zase Gorostiaga et al. (2019) popsali inverzní vztah mezi rodičovskou vřelostí a internalizačními poruchami. Stejnou souvislost našli také Long et al. (2015) ve studii 1 303 párů jednovaječných dvojčat. Souvislost mezi rodičovskými styly a disociací vyšla v našem vzorku významně jen pro mateřskou péči. Z průzkumu literatury se zdá, že tento potenciální vztah není předmětem výzkumného zájmu a naše výsledky tedy není v tomto ohledu, s čím porovnat. O to více toto téma zůstává jako námět pro budoucí výzkum.

### **Souhrn podkapitoly**

Úhrnem tedy můžeme konstatovat, že naše výsledky i řada dalších studií dokládají, že vyšší míra rodičovské péče se pojí s méně závažnými příznaky úzkosti a deprese. Dětské zkušenosti s emoční vřelostí, empatickým jednáním a s projevy blízkosti ze strany rodičů by tedy mohly působit jako protektivní faktor vůči obecné psychopatologii. Přímý vztah mezi rodičovskou péčí a specifickými charakteristikami OCD (závažnost obsesí a kompulzí, věk nástupu poruchy) se však u našeho výzkumného souboru nepotvrdil, a také výsledky jiných studií se v tomto ohledu rozcházejí – je však možné, že mohou hrát roli ve spojení s jinými genetickými a environmentálními faktory.

## 10.5 Vzájemná souvislost uvedených faktorů

Data získaná od našich pacientů ukazují na silný inverzní *vztah mezi úrovní rodičovské péče a celkovou závažností dětských nepříznivých zkušeností*. To stejné platí pro všechny měřené dílčí typy rodičovské péče (s výjimkou souvislosti otcovské péče s fyzickým týráním, která nedosáhla hladiny statistické významnosti). Výsledek není příliš překvapivý a odpovídá naší hypotéze – škála Péče v PBI je sycena položkami zaměřenými na projevy vřelosti, podpory, empatie a porozumění rodičů vůči dítěti, které jsou významově protipólem k projevům týrání a zanedbávání. Rajan et al. (2019) zmiňuje, že PBI a další rodičovské škály ve skutečnosti hodnotí spíše problematické negativní rodičovství, nepřátelství a nátlakové chování, které nejčastěji přispívá k týrání a zneužívání dětí. Výzkumy, které by zkoumaly vztah mezi rodičovskými styly a nepříznivými zkušenostmi u pacientů s OCD se nám nepodařilo nalézt. Catalan et al. (2017) však porovnávali rodičovské styly a dětské trauma u pacientů s hraniční poruchou osobnosti, pacientů s první psychotickou epizodou a u zdravých kontrol. Z výsledků jejich studie vyplývá pozitivní souvislost mezi traumatem a rodičovským stylem charakteristickým nízkou úrovní péče a vysokou úrovní kontroly. Naopak mezi optimálním rodičovským stylem (nízká úroveň kontroly a vysoká úroveň péče) a traumatem byla zjištěna negativní souvislost. Ve studii byly použity totožné nástroje jako v našem výzkumu (PBI a CTQ-SF).

***Pacienti s vyšší mírou vazebné úzkosti uváděli závažnější nepříznivé zkušenosti v dětství.*** Konkrétně se tato souvislost prokázala v případě emočního týrání a emočního a fyzického zanedbávání. Souvislost mezi vazebnou vyhybavostí a celkovým skórem nebo s jedním specifických typů dětských traumatických zkušeností se naopak neprokázala. Náš výsledek je v souladu se studií Boger et al. (2020b), ve které autoři dospěli k závěru, že závažnější projevy špatného zacházení v dětství souvisí mj. s vyšší mírou vazebné úzkosti, která pak funguje jako mediační faktor ve vztahu k závažnosti obsedantně-kompulzivních příznaků.

Dospělá vazba jako mediační faktor figuruje také v dalších studiích. Lin et al. (2020) dokládají, že vazebná úzkost moderuje vliv ACE na somatické symptomy úzkosti. Podle Schulze et al. (2022) dospělá vazba částečně přenáší souvislost mezi rysy ACE a hraniční poruchou osobnosti. Ye et al. (2023) našli spojení mezi ACE a příznaky deprese, přičemž v roli mediačního faktoru zde figurovala nejistá dospělá vazba. Ve studii Howard et al. (2023) zase vazebná vyhybavost částečně zprostředkovala vztah mezi ACE a životní spokojeností a duševním a tělesným zdravím. Vazebná úzkost pak částečně zprostředkovala vztah mezi ACE a životní spokojeností a duševním zdravím, nikoli však

mezi ACE a zdravím fyzickým. Kromě první citované studie (Boger et al. 2020b) se však nejednalo o výzkumné soubory pacientů s OCD.

Ve velké systematické přehledové studii a metaanalýze 56 studií spojují Kim et al. (2021) spojují týrán, zanedbávání a zneužívání dětí se vztahovou úzkostí i se vztahovou vyhýbavostí v dospělosti.

Významné *spojení mezi rodičovskými styly a dospělou vztahovou vazbou* se u našich pacientů prokázalo pouze mezi mateřskou péčí a vztahovou úzkostí. Mezi ostatními zkoumanými veličinami nedosáhl vztah statistické významnosti. Přesto se jedná o zajímavý výsledek – dá se interpretovat tak, že lidé, kteří zpětně popisují odmítání, lhostejnost a emoční chlad ze strany matky, s vyšší pravděpodobností touží po velmi blízkém vztahu s partnerem, a zároveň pociťují silné obavy z jeho potenciální ztráty. Při zvládání úzkosti a jiných negativních emocí pak nadměrně vyhledávají ujišťování ze strany ostatních.

Vztah rodičovských stylů a dospělé vazby nebyl dosud na pacientech s OCD zkoumán, ale naše výsledky jsou podobné výsledkům longitudinální studie postgraduálních studentů, ve které chování odpovídající projevům rodičovské péče negativně souviselo s mírou vazebné úzkosti (Wilhelm et al. 2016). Autoři v ní srovnávají zpětně reportované rodičovské styly z roku 1978 (průměrný věk respondentů byl cca 23 let) s typy dospělé vazby, které byly získány od stejných respondentů po 30 letech. Oproti našemu dimenzionálnímu přístupu k rodičovským stylům i k dospělé vazbě zde autoři posuzují souvislosti mezi čtyřmi typy vazby a čtyřmi typy rodičovských stylů – každý z nich je však popsán dvěma charakteristikami, které námi použitým dimenzím odpovídají (podrobnější srovnání v teoretické části). Ve všech čtyřech případech, u kterých autoři zjistili mezi typem vazby a typem rodičovského stylu statisticky významnou souvislost, figuruje inverzní vztah mezi rodičovskou péčí a vazebnou úzkostí, což odpovídá i našim zjištěním (Wilhelm et al. 2016).

Podobné výsledky přinesla studie Gittleman et al. (1998), ve které respondenti s bezpečnou dospělou vazbou (nízká vazebná úzkost i vyhýbavost) popisovali vyšší úroveň rodičovské péče než respondenti s bázlivě vyhýbavým stylem vazby (vysoká úzkost i vyhýbavost). Kromě toho hrála dospělá vazba roli mediátoru mezi rodičovskými styly a psychickým zdravím. Stejně tak Zain et al. (2023) spojují bezpečnou dospělou vazbu s vysokou úrovní rodičovské péče a nízkou úrovní kontroly. Ve studii Yarbro et al. (2013) pak vazebná úzkost částečně přenášela vztah mezi rodičovskými styly a obsedantními přesvědčeními. Všechny citované studie však byly provedeny na neklinické populaci.

Zajímavé jsou rovněž závěry systematické přehledové studie a metaanalýzy 56 studií Kim et al. (2021), ve kterém autoritářský, odmítající a nekonzistentní rodičovský styl, byl pozitivně spojen s vazebnou úzkostností. Autoritativní rodičovský styl naopak s vazebnou úzkostností i vyhýbavostí koreloval negativně. Tyto závěry sice vychází z odlišného pojetí rodičovských stylů, než používáme v našem výzkumu, ale dle Livingstone et al. (2015) je autoritativní styl charakteristický vysokou rodičovskou vřelostí a vysokými požadavky na dítě, takže se s námi použitou metodou významově překrývá.

### **Souhrn podkapitoly**

V našem souboru pacientů s farmakorezistentní OCD se potvrdila vzájemná souvislost mezi nepříznivými zkušenostmi v dětství, vysokou úzkostností u dospělé vazby a rodičovským stylem charakteristickým nízkou úrovní péče (v případě péče ze strany matky s ACE i vazebnou úzkostností, v případě péče ze strany otce pouze s ACE). Až na jednu výjimku nebyly tyto faktory dány do souvislosti v žádné studii týkající se OCD pacientů. Výsledky výzkumu zaměřeného na jinou populaci se našim závěrům podobají; dospělá vazba přitom často hraje roli mediátoru. Rozsah našeho souboru však neumožňuje ověřit, zda i u našich pacientů byl podobný vztah přítomen. Srovnání výsledků bývá často komplikované s ohledem na různé koncepce a použité nástroje pro výzkum těchto oblastí.

## **10.6 Souvislost mezi zkoumanými veličinami a výsledky léčby**

Během hospitalizace došlo u pacientů v našem souboru k významnému snížení závažnosti obsedantně-kompulzivních příznaků, úzkosti i depresivních symptomů. Změna byla nejvýraznější v posuzovacích stupnicích, které vyplňoval lékař (CGI-CV) a psycholog (HAM-A). Sami pacienti zaznamenali v sebeposuzovacích škálách převážně malé zlepšení. Výjimkou byly příznaky OCD (Y-BOCS-SR), u nichž jsme zjistili středně velkou změnu. Změna u příznaků disociace (DES, DES-T) nebyla významná, což může souviset s tím, že již na začátku léčby byla úroveň těchto příznaků hluboko pod hranicí, která svědčí pro riziko disociativní poruchy (Frischholtz et al. 1990; Waller & Ross, 1997). Ve srovnání s dřívější studií jsme zaznamenali menší změnu v oblasti závažnosti celkové psychopatologie, což lze vysvětlit změnou hodnotícího lékaře, a tedy odlišnou perspektivou pro posuzování (Ociskova et al. 2021). Změna byla menší také v celkové závažnosti psychopatologie (CGI-PV: Cohenovo  $d_z$ : 0,71 versus 0,98; Ociskova et al. 2021). Nižší účinnost lze vysvětlit odlišnostmi vzorků – v našem výzkumu bylo vyšší zastoupení pacientů pobírajících invalidní důchod a nezaměstnaných, průměrná doba trvání

poruchy byla vyšší a věk rozvoje poruchy nižší. Naopak v citovaném výzkumu bylo více účastníků s komorbidní úzkostnou poruchou (24,5 % versus 14,9 %) a s komorbidní poruchou osobnosti (56,4 % versus 21,8 %). V prezentovaném výzkumu se tedy jednalo o soubor s výraznější chronicitou a potížemi s fungováním. Role komorbidit v účinnosti kombinované léčby OCD je nejasná a zůstává námětem pro další výzkum.

Co se týče specifických příznaků, jejich závažnost v našem souboru poklesla o 12 %, k prolomení léčebné rezistence (snížení Y-BOCS o více než 25 %; Pallanti et al. 2002) přitom došlo u 29 % našich pacientů. Léčbu lze tedy považovat za úspěšnou, tím spíše, že redukce závažnosti symptomů u rezistentních pacientů je obtížnější a změny bylo dosaženo bez výraznějších změn ve farmakoterapii. Na efektu léčby se tedy pravděpodobně podílely jiné faktory, přičemž předpokládáme, že tím nejvýznamnějším byla KBT (vč. ERP), která tvoří podstatnou část programu, který pacienti absolvují.

Výrazný efekt KBT při léčbě OCD prokázala např. nedávná metaanalýza 29 studií provedených na celkem 1 669 pacientech (Ost et al. 2022). Metaanalýza Reid et al. (2021) zase popisuje vyšší efekt KBT ve srovnání s psychologickým placebem. Mezi další možné faktory může patřit např. změna prostředí nebo nespecifické terapeutické faktory. Bezpečné prostředí kliniky může hrát roli v tom, že pacient je z velké části odštěpen od svých problémů a spouštěčů, které vyvolávají obsese či jiné úzkostné či depresivní myšlenky. V případě úzkostných poruch Roy-Byrne et al. (2015) také uvádí, že na léčebné rezistenci se mohou podílet nerozpoznané exogenní anxiogenní faktory (např. nadužívání kofeinu, nedostatek spánku, užívání alkoholu nebo marihuany), které mohou být hospitalizací také výrazně ovlivněny. Bylo by zajímavé prozkoumat jakou roli může mít tento potenciální faktor sám o sobě (inspirací by mohly být léčebné komunity pro závislé na návykových látkách; i zde je však přítomno terapeutické působení), ale žádnou studii, která by se tímto zabývala, se nám nepodařilo dohledat. Co se týče nespecifických terapeutických faktorů, výsledky studie Strauss et al. (2018) ukazují, že konkrétní postupy KBT jsou se změnou příznaků spojeny více než nespecifické faktory, jako jsou osoba terapeuta, očekávání pacienta nebo terapeutické spojení.

V našem výzkumu jsme se zaměřili na zhodnocení toho, jakou roli v léčbě hrají nepříznivé zkušenosti v dětství, dospělá vazba a rodičovské styly, tedy oblasti, kterým jsme se v kontextu OCD věnovali v předchozím textu. Kromě toho dáváme výsledky léčby do souvislosti také s jevy, které ve větší nebo menší míře se zkoumanými oblastmi souvisely – s věkem nástupu poruchy a s počáteční závažností specifických a nespecifických příznaků.



Závažnost *nepříznivých zkušeností v dětství* u našeho souboru souvisela s úspěšností léčby u všeobecných úzkostných příznaků hodnocených psychologem, ne však se snížením závažnosti obsesí a kompulzí, úzkostných, depresivních a disociativních příznaků hodnocených pacientem. Je tedy možné, že závažnější ACE nemají vliv na efekt specifických terapeutických postupů u OCD (např. expozice se zábranou odpovědi), ale také, že v dětství traumatizovaní pacienti méně reagují na terapeutické strategie, které za normálních okolností snižují úzkost (Semiz et al. 2014). K podobným výsledkům dospěly tři další studie, ve kterých sice traumatické zkušenosti souvisely se závažností symptomů OCD, ale výsledky léčby nepredikovaly (Fricke et al. 2007; Semiz et al. 2014; Boger et al. 2020). Kromě toho Vazques et al. (2022) nenašli spojení mezi ACE a efektivitou KBT u dětských a adolescentních pacientů s OCD. Také Fontenelle et al. (2011) ve svém přehledu výzkumů zabývajících se traumatickými zážitky u OCD zmiňují, že není jasné, jestli pacienti s traumatickými zkušenostmi nebo komorbidní PTSD reagují na léčbu odlišně. V jiné studii, která porovnávala farmakorezistentní pacienty (n = 30) s těmi, kteří na léčbu reagovali (n = 30), zjistili Bicakci et al. (2019) vyšší míru sexuálního zneužívání u rezistentní skupiny. V našem výzkumu se tato specifická souvislost nepotvrdila, ale může to být tím, že sexuální zneužívání naši pacienti uváděli minimálně. Tibi et al. (2020) zase zjistili, že dětské trauma predikovalo horší čtyřletý vývoj poruchy, ale u míry remise a dvouletého vývoje se tento vztah nepotvrdil.

Podobně jako u ACE, také *dospělá vazba* (úzkostnost ne však vyhýbavost) v našem souboru souvisela s nižší úspěšností léčby všeobecných úzkostných příznaků hodnocených psychologem, ale se změnou závažnosti obsesí a kompulzí, ani se změnou nespecifických příznaků (úzkosti, deprese, disociace) hodnocených pacientem nekorelovala. Je tedy možné, že lidé, kteří při zvládání úzkosti a jiných negativních emocí nadměrně vyhledávají ujišťování ze strany ostatních, mohou z KBT postupů zaměřených na snižování úzkosti těžit méně. To, že právě tento aspekt dospělé vazby by mohl být v kontextu OCD důležitý, naznačují výsledky studie Pozza et al. (2021), ve které autoři z hlediska dospělé vazby srovnávali 135 pacientů s OCD se stejně velkou skupinou kontrol. U pacientů s OCD se projevila vyšší míra vazebné úzkostnosti, přičemž aspekt, který s diagnózou nejvíce koreloval, bylo právě ujišťování ze strany druhých. Nejednalo se však o souvislost s výsledky léčby.

Vztahu dospělé vazby s léčbou OCD zatím nebylo věnováno příliš mnoho výzkumné pozornosti. Na 118 ambulantních pacientech s OCD léčených pomocí ERP zjistili Tibi et al. (2019), že co se týče závažnosti obsesí a kompulzí, pacienti s bázlivě-vyhýbavou vazbou (vysoká míra úzkostnosti a vyhýbavosti) těžší z léčby méně a častěji ji předčasně ukončují. Toto je v kontrastu s výsledky našeho výzkumu, je však možné, že rozdíl je

způsoben rozdílným výzkumným souborem (ambulantní pacienti versus hospitalizovaní farmakorezistentní pacienti) a odlišnou metodologií (ve srovnávané studii se výsledky léčby pojí s *typem* vazby charakteristickým vysokou úzkostností a *vyhýbavostí*, zatímco my jsme dávali výsledky léčby do souvislosti s *mírou* vazebné úzkostnosti).

Podobný kolektiv autorů také ve dvou dalších studiích ukázal, že po ukončení léčby pacientů s OCD predikuje bezpečný styl vazby (nízká úzkostnost i vyhýbavost) lepší průběh poruchy (Tibi et al. 2020) a chrání před symptomy deprese (Tibi et al. 2017). Opět se však jednalo o výzkumy s použitím odlišné metodologie a soubor s rozdílnými charakteristikami.

Souvislost dospělé vazby s léčbou obecnější populace psychiatrických pacientů dokládá metaanalýza 36 studií (celkem 3 158 pacientů v širokém diagnostickém spektru), ve které pacienti s bezpečnou vazbou profitovali z psychoterapie více než pacienti s nejistou vazbou (Levy et al. 2018). Zajímavé také je, že výsledky léčby by se podle autorů mohly shodovat se zvýšením jistoty vazby, kterého bylo dosaženo v průběhu terapie. Pacienti, kteří před začátkem léčby popisovali méně jistou vazbu, dosáhli většího zlepšení, pokud terapie zahrnovala postupy zaměřené na sociální interakce a blízké vztahy (Levy et al. 2018). Pro zvýšení efektu léčby by tedy u pacientů s nejistou vazbou mohlo dávat smysl více se v terapii věnovat právě oblasti vztahů.

Souvislost *rodičovských stylů* s výsledky léčby je v našem souboru jen nízká – potvrdil se pouze slabý pozitivní vztah mezi mateřskou péčí a změnou všeobecných příznaků úzkosti hodnocených odborníkem, a naopak slabý negativní vztah mezi těmito příznaky a otcovskou kontrolou. Tento vztah by mohl například naznačovat, že dětské zkušenosti s vřelostí a empatií matky by se mohly přenášet do terapeutického vztahu a podílet se na vzniku mírného pozitivního přenosu, který bývá v terapii žádoucí (Prasko et al. 2007). Slabá síla těchto výsledků a neznalost dalších potenciálních faktorů však tuto myšlenku ponechává na úrovni spekulace. Žádnou studii, který by se zabývala vztahem rodičovských stylů v dětství pacienta s výsledky léčby u dospělých pacientů s OCD, se nám nepodařilo dohledat. Překvapivě se pak tato oblast zdá neprobádaná i v případě dětských pacientů. Bylo by přitom zajímavé zjistit, jestli a jak ovlivňuje výchovný styl léčbu dětské OCD – např. u ambulantních dětských pacientů, na které během léčby zároveň působí výchovný vliv rodičů.

**Věk nástupu poruchy** byl jediný z posuzovaný faktor, který souvisel se změnou závažnosti specifických OCD příznaků během léčby. U pacientů s pozdějším nástupem poruchy je tedy větší šance, že se během terapie jejich obsese a kompulze sníží výrazněji než v případě pacientů, u kterých porucha propukla v nižším věku. To stejné platilo také pro změnu

všeobecných úzkostných příznaků hodnocených psychologem. Zajímavé také je, že s délkou poruchy měla změna specifických OCD příznaků vztah pouze na hranici statistické významnosti, a s počtem hospitalizací dokonce podle našich výsledků vůbec nesouvisela. Zdá se tedy, že pro efekt léčby je podstatnější, v jakém věku porucha propukla, než jak dlouho trvá. Také jiní autoři dospěli k podobným výsledkům. Podle Fontenelle et al. (2003) je OCD s časným nástupem spojena s vyšší závažností specifických symptomů a její léčba vyžaduje více terapeutických sezení. Tibi et al. (2020) zase zjistili, že časný nástup OCD predikuje horší čtyřletý průběh poruchy. Pokud má OCD časný nástup, trvá také déle, než začne pacient využívat odbornou pomoc (Ziegler et al. 2021; Costa et al. 2022). To vede k tomu, že při zahájení terapie již porucha trvá delší dobu, což někteří autoři považují za jeden z faktorů, který negativně ovlivňuje výsledky léčby (Bicakci et al. 2019; souvislost délky poruchy s výsledky léčby se však na našem vzorku nepotvrdila).

Nesmíme také zapomínat, že přestože dávky medikace se u našich pacientů zásadně neměnily, stále se jednalo o kombinovanou léčbu. V tomto ohledu je zajímavá studie Rosario-Campos et al. (2001), ve které autoři zjistili, že skupina s časným nástupem OCD méně reagovala na klomipramin a selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu. Na druhou stranu Reddy et al. (2010) považují za jeden z prediktorů špatných výsledků farmakoterapie naopak *pozdější* věk nástupu poruchy a u Shavitt et al. (2006) se souvislost mezi odezvou na farmakoterapii a věkem nástupu poruchy neprokázala. V rozporu s našimi výsledky je také systematická přehledová studie Olatunji et al. (2013), ve kterém u OCD pacientů léčených pomocí KBT nebyla nalezena souvislost mezi věkem nástupu poruchy a výsledky léčby. Jednotlivé studie, které byly formou tohoto přehledu analyzovány, se však v mnoha faktorech lišily od našeho výzkumu (farmakorezistence, průměrný věk respondentů, komorbidní poruchy, ambulantní forma léčby atd.).

Analýza výsledků léčby a ***počáteční závažnosti specifických příznaků*** v našem souboru ukázala opačný vztah, než jsme očekávali. Pacienti se závažnějšími obsesemi a kompulzemi na začátku léčby dosahovali po ukončení hospitalizace relativně většího zlepšení. Výsledek je pro nás překvapivý, protože dřívější výzkumy účinnosti KBT u pacientů s farmakorezistentní OCD na stejném oddělení Kliniky psychiatrie FNOL dokládaly opačný vztah (Prasko et al. 2009; Vyskocilova et al. 2016). Je možné, že na odlišný výsledek mohlo mít vliv, že na oddělení byly v posledních letech KBT postupy obohaceny prvky schématerapie, která může mít při léčbě specifických příznaků poruchy příznivé účinky (Peeters et al. 2022).

Podobné výsledky – ačkoli již ne na farmakorezistentních pacientech – přináší také několik zahraničních studií (Olatunji et al. 2013; Kyrios et al. 2015; Kathmann et al. 2022). Vztah mezi závažnějšími symptomy OCD a horšími výsledky léčby pak dokládá také systematická přehledová studie zaměřená na predikci účinnosti léčby OCD (Knopp et al. 2013). Je však třeba dodat, že tato souvislost vyšla v našem výzkumu pouze na hranici statistické významnosti a odděleně pro obsese a kompulze se nepotvrdila. Stejně tak vztah mezi počáteční závažností poruchy a změnou všeobecných příznaků úzkosti a deprese nebyl významný (oproti tomu změna závažnosti disociativních příznaků s počáteční závažností obsesí a kompulzí slabě souvisela). Existují také studie, které dospěly k podobným výsledkům jako my. Tibi et al. (2019) uvádí, že u pacientů se závažnějšími příznaky OCD, kteří byli léčeni pomocí ERP, klesala během ambulantní léčby i po jejím ukončení závažnost symptomů rychleji než u pacientů s méně závažnými příznaky. Ve studii Brennan et al. (2014) predikovala vyšší závažnost OCD příznaků lepší odezvu na léčbu. V souboru adolescentních pacientů s farmakorezistentní OCD pak nízká závažnost příznaků na začátku hospitalizace sice souvisela s nízkou závažností příznaků po jejím ukončení, efekt léčby však nepredikovala (Hojgaard et al. 2020).

***Celková závažnost psychopatologie na začátku léčby*** hodnocená pacientem, negativně korelovala se změnou celkové závažnosti obsesí a kompulzí. U pacientů, kteří při nástupu na oddělení posuzovali svůj stav jako vážnější, tedy během léčby došlo k menšímu zlepšení v oblasti specifických příznaků poruchy. Oproti tomu celková závažnost psychopatologie hodnocená na začátku hospitalizace lékařem souvisela pouze se změnou této veličiny na konci léčby.

Přestože ***závažnost příznaků úzkosti a deprese*** na začátku léčby v našem souboru silně korelovala s počáteční závažností obsesí a kompulzí, na jejich změnu v průběhu léčby významný vliv neměla. Závažnější počáteční příznaky úzkosti a deprese však predikovaly menší změnu úzkostných a disociativních symptomů na konci léčby. Podobně Steketee et al. (2011) nenašli ve svém souboru OCD pacientů spojení mezi výsledky léčby a příznaky deprese či úzkosti. V dalších studiích zase výsledky léčby nesouvisely se závažností příznaků deprese (Olatunji et al. 2013) nebo s komorbidní diagnózou úzkostných a depresivních poruch (Kathmann et al. 2022). Naopak Hojgaard et al. (2020) považují symptomy úzkosti a deprese za prediktory odezvy na léčbu, a v kontrastu s našimi výsledky je také systematická přehledová studie zaměřená na faktory podílející se na úspěšnosti psychoterapie OCD, ve které byla zvýšená úzkost spojována s menším efektem léčby. Na druhou stranu autoři dodávají, že studie posuzované v rámci svého přehledu se ukázaly jako metodologicky slabé (Knopp et al. 2013). Co se týče spojení počáteční závažnosti příznaků úzkosti a deprese se změnou úzkostných příznaků v průběhu léčby (kde vyšel

významný negativní vztah), nepodařilo se nám dohledat studii, která by se tímto tématem zabývala.

**Počáteční závažnost disociace** u našich pacientů s výsledky léčby nesouvisela. Toto pro nás bylo překvapivé, protože vztah disociace s výsledky KBT u pacientů s OCD je poměrně přesvědčivě doložen (Rufer et al. 2006; Prasko et al. 2009; Beli 2014; Semiz et al. 2014; Prasko et al. 2016; Vyskocilova et al. 2016). Existuje teorie, že někteří pacienti disociují v odezvě na negativní emoce, které se objevují během terapie, což může vést k méně příznivým výsledkům (Spitzer et al. 2007). Rozdílný výsledek našeho výzkumu může být dán menším výzkumným souborem, a také tím, že míra disociace u našich pacientů byla relativně nízká (Frischholtz et al. 1990; Waller & Ross, 1997).

### **Souhrn podkapitoly**

Jediný faktor, který souvisel se snížením závažnosti obsesí a kompulzí, byl věk nástupu poruchy. Nepříznivé zkušenosti v dětství, vazebná úzkostnost, mateřská péče, závažnost nespecifických příznaků na začátku hospitalizace a věk nástupu poruchy však souvisely s efektem léčby u všeobecných úzkostných příznaků. Zdá se tedy, že zkoumané oblasti výrazně neovlivňují léčbu, co se týče specifické symptomatologie OCD. Negativní korelace ACE, vazebné úzkostnosti a pozitivní korelace mateřské péče se změnou úzkostných příznaků ale naznačují, že tyto faktory mohou mít vliv na efektivitu některých postupů, které pacientům v KBT za normálních okolností pomáhají se snižováním hladiny úzkosti (např. psychoedukace, nácvik dovedností atd.). Je tedy možné, že v případě pacientů, kteří si v těchto oblastech nesou problematické zkušenosti, je potřeba oslovit jinou cestou a zaměřit se více na zpracování těchto zkušeností např. pomocí reskripce v imaginaci, práce se židlemi nebo terapeutickými dopisy (Herbst et al. 2014; Nath et al. 2016; Maloney et al. 2019).

## **10.7 Limity, omezení**

Hlavní omezení naší studie spočívá v tom, že ke sběru dat byly zčásti použity sebehodnotící škály, v některých případech (nepříznivé zkušenosti v dětství, rodičovské styly) pak byla hodnocení retrospektivní. Tento přístup má svá omezení spočívající v dlouhé době, která proběhla od popisovaných událostí, a v možném zkreslení v důsledku příznaků OCD, komorbidních poruch i jiných faktorů. Například Reuben et al. (2016) uvádí, že počet dětských nepříznivých zkušeností uváděný pacienty se lišil při srovnávání výsledků získaných prospektivní a retrospektivní metodou sběru dat. V případě rodičovských stylů

zase Chambless et al. (1996) poukazují na to, že rodiče a děti často zpětně udávají odlišný výchovný styl.

Subjektivita výpovědi pacienta může hrát roli také ve stanovení věku nástupu poruchy, což byla veličina, která vstupovala do několika hypotéz. Není přesně definováno, co přesně lze za počátek poruchy považovat, a proto jsme se v tomhle ohledu spolehli na subjektivní hodnocení pacienta. Zvažovali jsme zavedení konkrétnějšího kritéria jako prvokontakt s psychiatrií, ale vzhledem k tomu, že od projevení prvních příznaků k návštěvě odborníka může uplynout různě dlouhá doba (Ziegler et al. 2021; Hezel et al. 2022), toto řešení by pravděpodobně představovalo ještě větší potenciál ke zkreslení. Předpokládáme, že ostatní studie jsou však v rámci stanovení věku nástupu poruchy vystaveny stejnému problému.

Určitá omezení vnímáme také na úrovni výzkumného souboru. Vzorek, se kterým jsme pracovali, byl relativně malý, a sestával z poměrně specifické skupiny farmakorezistentních pacientů hospitalizovaných na jedné klinice. Nejednalo se tedy o průřez širokým spektrem pacientů, a proto nelze výsledky zobecňovat na všechny pacienty s OCD. Co se týče farmakorezistence, víme sice, že naši pacienti adekvátně nereagovali na předchozí medikaci (je to důvod, proč na terapeutické oddělení nastupují), ale neměli jsme přesnější informace

V rámci limitů je také třeba zmínit přístup, který jsme použili při práci s daty týkajícími se efektu léčby. Rozhodli jsme se posuzovat relativní změnu symptomů (obsesí a kompulzí, úzkosti, depresivních příznaků, disociace) – například změna nominálního skóre z 10 bodů na 8 bodů je tedy stejně velká jako změna z 20 bodů na 16. Pacient se závažnějšími příznaky na počátku léčby tedy mohl z určitého pohledu (změna nominálního skóre) z léčby profitovat více než ten, u kterého byly příznaky již na začátku hospitalizace méně závažné, a přitom se prizmatem našich výsledků jeví míra jejich zlepšení jako stejná. Výhodou našeho přístupu (relativní změna) je však lepší vyjádření poměru, ve kterém ke zlepšení docházelo, a také to, že zohledňuje, že u pacientů s nižší závažností je menší prostor pro zlepšení než u těch s více závažnými příznaky. Nedá se tedy říct, který z přístupů je správný, pro chápání výsledků je však třeba rozumět použitému principu.

## 11. ZÁVĚR

Cílem této výzkumné práce bylo

- Prozkoumat možné souvislosti mezi třemi faktory (nepříznivé zkušenosti v dětství, dospělá vazba a rodičovské styly) a závažností či věkem nástupu OCD a
- Zjistit, jak tyto faktory souvisí s výsledky léčby dospělých pacientů s farmakorezistentní OCD.

Závažnost zpětně uváděných *nepříznivých zkušeností v dětství* souvisela v našem souboru se závažností příznaků deprese, úzkosti a disociace. Vztah mezi nepříznivými zkušenostmi v dětství a závažností obsesí a kompulzí nebyl potvrzen, ale u pacientů s vyšší mírou těchto zkušeností měla porucha časnější nástup.

Závažnější nespecifické příznaky (úzkosti, deprese a disociace) souvisely rovněž s vyšší mírou *vazebné úzkostnosti*. Pro specifické příznaky tento však vztah neplatil. Vazebná vyhýbavost v našem vzorku nesouvisela se žádnou ze zkoumaných veličin (specifické a nespecifické příznaky, doba nástupu poruchy).

Co se týče zpětně reportovaných *rodičovských stylů*, péče ani kontrola (hyperprotektivita) nesouvisely se závažností specifických příznaků ani s věkem nástupu poruchy. V případě mateřské péče, na kterou jsme se v hypotézách zaměřili, se však prokázal inverzní vztah s nespecifickými příznaky.

*Zkoumané faktory* spolu v našem souboru *vzájemně významně korelovaly*. Nejvýraznější byl nepřímý vztah mezi nepříznivými zkušenostmi v dětství a projevy péče ze strany matky i otce (naopak s rodičovskou kontrolou/ hyperprotektivitou nedosáhl vztah statistické významnosti). Významné spojení jsme u našich pacientů zaznamenali také mezi nepříznivými zkušenostmi v dětství a vazebnou úzkostností (ne však s vazebnou vyhýbavostí). Vazebná úzkostnost kromě toho také slabě, ale statisticky významně negativně korelovala s projevy péče ze strany matky (u ostatních rodičovských stylů, ani u vazebné vyhýbavosti však hladina statistické významnosti dosažena nebyla).

Nepříznivé zkušenosti v dětství, dospělá vazba ani žádný z rodičovských stylů neměly vliv na změnu závažnosti obsesí a kompulzí *v průběhu léčby*. Celková závažnost ACE, vazebná úzkostnost, mateřská péče a kontrola/ hyperprotektivita ze strany otce však souvisely se změnou závažnosti všeobecných úzkostných příznaků hodnocených odborníkem. Pro změnu závažnosti nespecifických příznaků (úzkosti, deprese, disociace) hodnocených pacientem se však významná souvislost neprokázala. Jediný sledovaný faktor, který

souvisel se změnou závažnosti specifických příznaků, byl věk nástupu poruchy – čím později se porucha rozvinula, tím větší byl v tomto ohledu efekt léčby. Se změnou závažnosti nespecifických příznaků v průběhu léčby pak dále souvisela jejich počáteční závažnost a věk nástupu poruchy.



## SEZNAM LITERATURY

11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11) [Internet]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR; 2024. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>

Abramovitch A, Abramowitz JS, McKay D. The OCI-4: An ultra-brief screening scale for obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord.* 2021;78:102354.

Abramowitz JS, Franklin ME, Schwartz SA, Furr JM. Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71:1049-1057.

Abramowitz JS. Obsessions and Compulsions. *Cogn Behav Pract.* 2022;29(3):511-514.

Acevedo N, Castle D, Bosanac P, Rossell S. Phenomenological Changes Associated with Deep Brain Stimulation for Obsessive Compulsive Disorder: A Cognitive Appraisal Model of Recovery. *Brain Sci.* 2023;13(10):1444.

Acevedo N, Rossell S, Castle D, Groves C, Cook M, McNeill P, Olver J, Meyer D, Perera T, Bosanac P. Clinical outcomes of deep brain stimulation for obsessive-compulsive disorder: Insight as a predictor of symptom changes. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2024 Feb;78(2):131-141.

Adams TG Jr, Riemann BC, Wetterneck CT, Cisler JM. Obsessive beliefs predict cognitive behavior therapy outcome for obsessive compulsive disorder. *Cogn Behav Ther.* 2012;41(3):203-11.

Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of Attachment: Assessed in the Strange Situation and at Home.* Hillsdale, NJ: Erlbaum, Inc; 1978.

Albert U, Manchia M, Tortorella A, Volpe U, Rosso G, Carpiniello B, Maina G. Admixture analysis of age at symptom onset and age at disorder onset in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord.* 2015;187:188-96.

Aldao A, Plate AJ. Coping and emotion regulation. In: Hayes SC, Hofmann SG, editors. *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy.* New Harbinger Publications, Inc; 2018. p. 261–271.

Allen A, King A, Hollander E. Obsessive-compulsive spectrum disorders. *Dialogues Clin Neurosci.* 2003;5(3):259-71.

Alonso P, Menchón JM, Mataix-Cols D, Pifarré J, Urretavizcaya M, Crespo JM, Jiménez S, Vallejo G, Vallejo J. Perceived parental rearing style in obsessive-compulsive disorder: relation to symptom dimensions. *Psychiatry Res.* 2004;127(3):267-78.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 5th ed., text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2022.

American Psychiatric Association. *Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder.* Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2007. Dostupné z: [http://www.psych.org/psych\\_pract/treatg/pg/prac\\_guide.cfm](http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/prac_guide.cfm)

Amerio A, Odone A, Marchesi C, Ghaemi SN. Treatment of comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: a systematic review. *J Affect Disord.* 2014;166:258-63.

Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(3):106-15.

Angelakis I, Gooding P. A novel tool showing that perceptions of adverse social relationships in childhood were linked with mental health problems and suicidal experiences: Validation of the English version of the History of Social Punishment (HoSP) scale. *Psychiatry Res.* 2020;285:112807.

Anhalt K, Morris TL. Parenting characteristics associated with anxiety and depression: A multivariate approach. *J Early Intensive Behav Interv.* 2008;5(3):122-37.

Anholt GE, Aderka IM, van Balkom AJLM, Smit JH, Schruers K, van der Wee NJA, Eikelenboom M, De Luca V, van Oppen P. Age of onset in obsessive-compulsive disorder: admixture analysis with a large sample. *Psychol Med.* 2014;44(1):185-94.

Anno K, Shibata M, Ninomiya T, Iwaki R, Kawata H, Sawamoto R, Kubo C, Kiyohara Y, Sudo N, Hosoi M. Paternal and maternal bonding styles in childhood are associated with the prevalence of chronic pain in a general adult population: the Hisayama Study. *BMC Psychiatry.* 2015 Jul 31;15:181.

Antoniou G, Lambourg E, Steele JD, Colvin LA. The effect of adverse childhood experiences on chronic pain and major depression in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Br J Anaesth.* 2023 Jun;130(6):729-746.

Araújo AXG, Fontenelle LF, Berger W, Luz MPD, Pagotto LFADC, Marques-Portella C, Figueira I, Mendlowicz MV. Pre-traumatic vs post-traumatic OCD in PTSD patients: Are

differences in comorbidity rates and functional health status related to childhood abuse? *Compr Psychiatry*. 2018 Nov;87:25-31.

Arrindell WA, Emmelkamp PM, Brilman E, Monsma A. Psychometric evaluation of an inventory for assessment of parental rearing practices. A Dutch form of the EMBU. *Acta Psychiatr Scand*. 1983 Mar;67(3):163-77.

Arrindell WA, Gerlsma C, Vandereycken W, Hageman WJJM, Daeseleire T. (1998). Convergent validity of the dimensions underlying the Parental Bonding Instrument (PBI) and the EMBU. *Personality and Individual Differences*. 1998;24(3): 341–350.

Arrindell WA, Perris C, Eisemann M, Granell de Aldaz E, Van der Ende J, Kong Sim Guan D, Richter J, Gaszner P, Iwawaki S, Baron P, Joubert N, Prud'Homme L. (1992). Cross-national transferability of the two-factor model of parental rearing behaviour: A contrast of data from Canada, the Fed. Rep. Germany, Hungary, Japan, Singapore and Venezuela with Dutch target ratings on the EMBU. *Personality and Individual Differences*. 1992;13(3): 343–353.

Arrindell WA, Van der Ende J. (1984). Replicability and invariance of dimensions of parental rearing behaviour: Further Dutch experiences with the EMBU. *Personality and Individual Differences*. 1984;5(6):671–682.

Arumugham SS, Reddy JY. Augmentation strategies in obsessive-compulsive disorder. *Expert Rev Neurother*. 2013 Feb;13(2):187-202.

Asad S, Davood S. Attachment Orientation, Obsessive Beliefs, and Symptom Severity in Patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Pakistan Journal of Psychological Research*. 2015;30(2):207–223.

Attademo L, De Giorgio G, Quartesan R, Moretti P. Schizophrenia and obsessive-compulsive disorder: from comorbidity to schizo-obsessive disorder. *Riv Psichiatr*. 2012 Mar-Apr;47(2):106-15.

Avinum R, Knafo A. Parenting as a reaction evoked by children's genotype: a meta-analysis of children-as-twins studies. *Pers Soc Psychol Rev*. 2014;18(1):87–102.

Ay R, Erbay LG. Relationship between childhood trauma and suicide probability in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2018;261:132–136.

Aycicegi A, Harris CL, Dinn WM. Parenting style and obsessive-compulsive symptoms and personality traits in a student sample. *Clin Psychol Psychother*. 2002;9(6):406-417.

- Baer L. Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *J Clin Psychiatry*. 1994;55(3):18-23.
- Bandeira ID, Lins-Silva DH, Cavenaghi VB, Dorea-Bandeira IF, Faria-Guimarães D, Barouh JL, Jesus-Nunes AP, Beanes G, Souza LS, Leal GC, Sanacora G, Miguel EC, Sampaio AS, Quarantini LC. Ketamine in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: A Systematic Review. *Harv Rev Psychiatry*. 2022;30(2):135-145.
- Bandelow B, Sher L, Bunevicius R, Hollander E, Kasper S, Zohar J, Möller H-J; WFSBP Task Force on Mental Disorders in Primary Care, WFSBP Task Force on Anxiety Disorders, OCD and PTSD. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2012;16(2):77-84.
- Barcaccia B, Tenore K, Mancini F. Early childhood experiences shaping vulnerability to Obsessive-Compulsive Disorder. *Clin Neuropsychiatry*. 2015;12(6):141–147.
- Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol*. 1991;61:226–244.
- Baumrind D. Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Dev*. 1966;37(4):887–907.
- Baumrind D. The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *J Early Adolesc*. 1991;11(1):56–95.
- Bear RE, Fitzgerald P, Rosenfeld JV, Bittar RG. Neurosurgery for obsessive-compulsive disorder: Contemporary approaches. *J Clin Neurosci*. 2010;17(1):1-5.
- Beck AT, Beamesderfer A. Assessment of Depression: The Depression Inventory. *Mod Probl Pharmacopsychiatry*. 1974;7:151-169.
- 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.
- Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess*. 1996;67(3):588–597.
- Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*. 1988;8(1):77–100.
- Beck AT, Steer RA. Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients. *J Anxiety Disord*. 1991;5(3):213-223.

- Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. International Universities Press; 1976.
- Belli H, Ural C, Vardar MK, Yesilyurt S, Oncu F. Dissociative symptoms and dissociative disorder comorbidity in patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2012;53(7):975-80.
- 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.
- Belli H. Dissociative symptoms and dissociative disorders comorbidity in obsessive compulsive disorder: Symptom screening, diagnostic tools and reflections on treatment. *World J Clin Cases*. 2014;2(8):327-31.
- Belsky J, Pluess M. Beyond diathesis stress: Differential susceptibility to environmental influences. *Psychol Bull*. 2009;135(6):885-908.
- Belsky J. Developmental origins of attachment styles. *Attach Hum Dev*. 2002;4:166-170.
- Berlim MT, Neufeld NH, Van den Eynde F. Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) for obsessive-compulsive disorder (OCD): An exploratory meta-analysis of randomized and sham-controlled trials. *J Psychiatr Res*. 2013;47(8):999-1006.
- Bernstein DP, Fink L. *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual*. San Antonio, TX: Harcourt Brace & Company; 1998.
- Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Stokes J, Handelsman L, Medrano M, Desmond D, Zule W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl*. 2003;27(2):169-190.
- Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis*. 1986;174:727-735.
- Berry K, Danquah K. Attachment-informed therapy for adults: Towards a unifying perspective on practice. *Psychol Psychother*. 2016;89(1):15-32.
- Bethell CD, Newacheck P, Hawes E, Halfon N. Adverse childhood experiences: assessing the impact on health and school engagement and the mitigating role of resilience. *Health Aff (Millwood)*. 2014;33(12):2106-15.

- Bey K, Lennertz L, Riesel A, Klawohn J, Kaufmann C, Heinzl 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 Psychiatr Scand.* 2017;135(4):328–338.
- Bhar S, Kyrios M. An investigation of self-ambivalence in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 2007;45:1845–1857.
- Bicakci EU, Guz HO, Sahin AR, Boke O, Sariso G, Karabekiroglu A, Kahve AC. Predictors of drug treatment resistance in obsessive compulsive disorder. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2019;20(6):565–572.
- Birnbaum GE, Orr I, Mikulincer M, Florian V. When marriage breaks up: Does attachment style contribute to coping and mental health? *J Soc Pers Relatsh.* 1997;14(5):643–654.
- Bloch MH, Pittenger C. The Genetics of Obsessive-Compulsive Disorder. *Curr Psychiatry Rev.* 2010;6(2):91-103.
- Boger S, Ehring T, Berberich G, Werner GG. Impact of childhood maltreatment on obsessive-compulsive disorder symptom severity and treatment outcome. *Eur J Psychotraumatol.* 2020a;11(1):1753942.
- Boger S, Ehring T, Schwarzkopf W, Werner GG. Potential mediators of the association between childhood maltreatment and obsessive-compulsive disorder in adulthood. *J Obsessive Compuls Relat Disord.* 2020b;27:100587.
- Bolton D, Rijdsdijk F, O'Connor TG, Perrin S, Eley TC. Obsessive-compulsive disorder, tics and anxiety in 6-year-old twins. *Psychol Med.* 2007;37(1):39-48.
- Bosquet M, Egeland B. The development and maintenance of anxiety symptoms from infancy through adolescence in a longitudinal sample. *Dev Psychopathol.* 2006;18:517–550.
- Boullier M, Blair M. Adverse childhood experiences. *Paediatr Child Health.* 2018;28(3):132-137.
- Bowlby J. *A secure base: clinical applications of attachment theory.* London: Routledge; 1988.
- Bowlby J. *Attachment and Loss. Separation: Anxiety and Anger.* New York, NY: Basic Books; 1973.
- Bowlby J. *Attachment and Loss: Attachment.* New York, NY: Basic Books; 1969.

Bowlby J. *Attachment and Loss: Loss, Sadness and Depression*. New York, NY: Basic Books; 1980.

Bowlby J. *The making and breaking of affectional bonds*. London: Routledge; 1979.

Boysan M, Cam Z. An investigation into the role of attachment insecurities in obsessive-compulsive symptoms. *Br J Guid Couns*. 2016;46(5):566-581.

Brady KT, Back SE. Childhood trauma, posttraumatic stress disorder, and alcohol dependence. *Alcohol Res*. 2012;34(4):408-13.

Brakoulias V, Starcevic V, Belloch A, Brown C, Ferrao YA, Fontenelle LF, Lochner C, Marazziti D, Matsunaga H, Miguel EC, Reddy YCJ, do Rosario MC, Shavitt RG, Shyam Sundar A, Stein DJ, Torres AR, Viswasam K. Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive-compulsive disorder (OCD): An international collaboration. *Compr Psychiatry*. 2017;76:79-86.

Brander G, Pérez-Vigil A, Larsson H, Mataix-Cols D. Systematic review of environmental risk factors for Obsessive-Compulsive Disorder: A proposed roadmap from association to causation. *Neurosci Biobehav Rev*. 2016;65:36-62.

Breinholst S, Esbjørn BH, Reinholdt-Dunne ML. Effects of attachment and rearing behavior on anxiety in normal developing youth: A mediational study. *Pers Individ Differ*. 2015;81:155–161.

Brennan BP, Lee C, Elias JA, Crosby JM, Mathes BM, Andre MC, Gironda CM, Pope HG Jr, Jenike MA, Fitzmaurice GM, Hudson JI. Intensive residential treatment for severe obsessive-compulsive disorder: characterizing treatment course and predictors of response. *J Psychiatr Res*. 2014;56:98-105.

Brennan KA, Clark CL, Shaver PR. Self-Report Measurement of Adult Attachment: An Integrative Overview. In: Simpson JA, Rholes WS, editors. *Attachment Theory and Close Relationships*. New York, NY: Guilford Press; 1998. p.46–76.

Bretherton I, Munholland KA. Internal working models in attachment relationships: Elaborating a central construct in attachment theory. In: Cassidy J, Shaver PR, editors. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. The Guilford Press; 2008. p.102–127.

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.

- Brooks SJ, Naidoo V, Roos A, Fouché JP, Lochner C, Stein DJ. Early-life adversity and orbitofrontal and cerebellar volumes in adults with obsessive-compulsive disorder: voxel-based morphometry study. *Br J Psychiatry*. 2016;208(1):34-41.
- Brown TA, Moras K, Zinbarg RE, Barlow DH. Diagnostic and symptom distinguishability of generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*. 1993;24(2):227-240.
- Bruin W, Denys D, van Wingen K. Diagnostic neuroimaging markers of obsessive-compulsive disorder: Initial evidence from structural and functional MRI studies. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2019;91:49-59.
- 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.
- Bulli F, Melli G, Cavalletti V, Stopani E, Carraresi C. Comorbid Personality Disorders in Obsessive-Compulsive Disorder and Its Symptom Dimensions. *Psychiatr Q*. 2016;87(2):365-76.
- Cameron CA, Ungar M, Liebenberg L. Cultural Understandings of Resilience: Roots for Wings in the Development of Affective Resources for Resilience. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2007;16(2):285-301.
- Cameron JJ, Finnegan H, Morry MM. Orthogonal dreams in an oblique world: A meta-analysis of the association between attachment anxiety and avoidance. *J Res Personal*. 2012;44(5):472-476.
- Cameron JJ, Finnegan H, Morry MM. Orthogonal dreams in an oblique world: A meta-analysis of the association between attachment anxiety and avoidance. *J Res Personal*. 2012;46(5):472-476.
- Carlson EB, Putnam FW, Ross CA, Anderson GG, Clark PT, Torem M, Coons P, Bowman E, Chu JA, Dill D, Loewenstein RJ, Braun BG. Factor analysis of the Dissociative Experiences Scale: A multicentre study. 1991. In: Braun BG, Carlson EB, editors. *Proceedings of the Eighth International Conference on Multiple Personality and Dissociative States*. Chicago: Rush.
- Carpenter L, Chung MC. Childhood trauma in obsessive compulsive disorder: The roles of alexithymia and attachment. *Psychol Psychother Theory Res Pract*. 2011;84:367-388.
- Carrasco JL, Sandner C. Clinical effects of pharmacological variations in selective serotonin reuptake inhibitors: an overview. *Int J Clin Pract*. 2005;59(12):1428-34.



- Catalan A, Angosto V, Díaz A, Valverde C, de Artaza MG, Sesma E, Maruottolo C, Galletero I, Bustamante S, Bilbao A, van Os J, Gonzalez-Torres MA. Relation between psychotic symptoms, parental care and childhood trauma in severe mental disorders. *Psychiatry Res.* 2017;251:78-84.
- Cisler JM, Olatunji BO, Feldner MT, Forsyth JP. Emotion Regulation and the Anxiety Disorders: An Integrative Review. *J Psychopathol Behav Assess.* 2010;32(1):68–82.
- Cloitre M, Khan C, Mackintosh M-A, Garvert DW, Henn-Haase CM, Falvey EC, Saito J. Emotion regulation mediates the relationship between ACES and physical and mental health. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy.* 2019;11(1):82–89.
- Cloitre M, Stolbach BC, Herman JL, van der Kolk B, Pynoos R, Wang J, Petkova E. A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *J Trauma Stress.* 2009;22(5):399-408.
- Çoban A, Tan O. Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Impulsivity, Anxiety, and Depression Symptoms Mediating the Relationship Between Childhood Trauma and Symptoms Severity of Obsessive-Compulsive Disorder. *Noro Psikiyatı Ars.* 2019;57(1):37-43.
- Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents. 2nd ed. Guilford Press; 2017.
- Cohn DA, Silver DH, Cowan CP, Cowan PA, Pearson J. Working Models of Childhood Attachment and Couple Relationships. *J Fam Issues.* 1992;13(4):432–449.
- Cordioli AV. A terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo [Cognitive-behavioral therapy in obsessive-compulsive disorder]. *Braz J Psychiatry.* 2008;30 Suppl 2:s65-72. [In Portuguese].
- Cordioli VA, Heldt E, Braga Bochi D, Margis R, Basso de Sousa M, Fonseca Tonello J, Gus Manfro G, Kapczinski F. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *Psychother Psychosom.* 2003;72(4):211-6.
- Costa DLC, de Campos AP, Pereira CAB, Torres AR, Dos Santos AC, Requena G, Ferrão YA, do Rosário MC, Miguel EC, Simpson HB, Shavitt RG, Diniz JB. Latency to treatment seeking in patients with obsessive-compulsive disorder: Results from a large multicenter clinical sample. *Psychiatry Res.* 2022;312:114567.

Costello PC. Attachment-Based Psychotherapy in Practice. [Internet]. Washington: American Psychological Association; [citováno 2024-03-20]. Dostupné z: <https://www.apa.org/pubs/videos/4310926?tab=2>

Cottraux J, Note I, Yao SN, Lafont S, Note B, Mollard E, Bouvard M, Sauteraud A, Bourgeois M, Dartigues JF. A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behavior therapy in obsessive compulsive disorder. *Psychother Psychosom.* 2001;76(6):288-97.

Crino RD, Andrews G. Obsessive-compulsive disorder and axis I comorbidity. *J Anxiety Disord.* 1996;10(1):37-46.

Crisan Ș, Stoia M, Predescu E, Miu AC, Szentágotai-Tătar A. The association between adverse childhood events and cluster C personality disorders: A meta-analysis. *Clin Psychol Psychother.* 2023;30(6):1193-1214.

Crowell JA, Fraley RC, Shaver PR. Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. 2008. In: Cassidy J, Shaver PR, editors. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications.* The Guilford Press; 1998. p. 599–634.

Crowell JA, Waters E. Bowlby's theory grown up: The role of attachment in adult love relationships. *Psychol Inq.* 1994;5(1):31–34.

Csigo K, Harsanyi A, Demeter G, Nemeth A, Mihany R. Surgical treatment of patients with therapy-resistant obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Hung.* 2008;23(2):94-108.

Český statistický úřad [online]. Sčítání 2021 [cited 2023-11-29]. Available from: <https://www.scitani.cz/vzdelani>.

Čikošová E, Preiss M. *Parental Bonding Instrument.* Otrokovice: Propsyco, s.r.o; 2011.

Dagan O, Facompré CR, Bernard K. Adult attachment representations and depressive symptoms: A meta-analysis. *J Affect Disord.* 2018;236:274-290.

Dagnino P, Pérez C, Gómez A, Gloger S, Krause M. Depression and Attachment: How do Personality Styles and Social Support Influence This Relation? *Res Psychother.* 2017;20(1):237.

Daniel SIF. Adult attachment patterns and individual psychotherapy: A review. *Clin Psychol Rev.* 2006;26(8):968–984.

- Daniels JK, Lamke JP, Gaebler M, Walter H, Scheel M. White matter integrity and its relationship to PTSD and childhood trauma--a systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2013;30(3):207-16.
- de Arellano MA, Lyman DR, Jobe-Shields L, George P, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS, Huang L, Delphin-Rittmon ME. Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children and adolescents: assessing the evidence. *Psychiatr Serv*. 2014;65(5):591-602.
- De Beurs E, Wilson KA, Chambless DL, Goldstein AJ, Feske U. Convergent and divergent validity of the Beck Anxiety Inventory for patients with panic disorder and agoraphobia. *Depress Anxiety*. 1997;6(4):140-146.
- De Young AC, Kenardy JA, Cobham VE. Trauma in early childhood: a neglected population. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2011;14(3):231-50.
- Deater-Deckard K, Lansford JE, Malone PS, Alampay LP, Sorbring E, Bacchini D, Bombi AS, Bornstein MH, Chang L, Di Giunta L, Dodge KA, Oburu P, Pastorelli C, Skinner AT, Tapanya S, Tirado LM, Zelli A, Al-Hassan SM. The association between parental warmth and control in thirteen cultural groups. *J Fam Psychol*. 2011;25(5):790-4.
- Dell'Osso B, Buoli M, Baldwin DS, Altamura AC. Serotonin norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) in anxiety disorders: a comprehensive review of their clinical efficacy. *Hum Psychopharmacol*. 2010;25(1):17-29.
- Delorme R, Golmard JL, Chabane N, Millet B, Krebs MO, Mouren-Simeoni MC, Leboyer M. Admixture analysis of age at onset in obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med*. 2005;35(2):237-43.
- Destrée L, Brierley ME, Albertella L, Jobson L, Fontenelle LF. The effect of childhood trauma on the severity of obsessive-compulsive symptoms: A systematic review. *J Psychiatr Res*. 2021;142:345-360.
- Dollard J, Miller E. *Personality and psychotherapy: an analysis in terms of learning, thinking, and culture*. New York: McGraw-Hill; 1950
- Doron G, Kyrios M, Moulding R. Sensitive domains of self-concept in obsessive-compulsive disorder (OCD): Further evidence for a multidimensional model of OCD. *J Anxiety Disord*. 2007;21:433-444.
- Doron G, Kyrios M. Obsessive compulsive disorder: A review of possible specific internal representations within a broader cognitive theory. *Clin Psychol Rev*. 2005;25:415-432.

- Doron G, Moulding R, Kyrios M, Nedeljkovic M, Mikulincer M. Adult attachment insecurities are related to obsessive compulsive phenomena. *J Soc Clin Psychol*. 2009;28:1025–1052.
- Doron G, Moulding R, Nedeljkovic M, Kyrios M, Mikulincer M, Sar-El D. Adult attachment insecurities are associated with obsessive compulsive disorder. *Psychol Psychother*. 2012;85(2):163–178.
- Dos Santos-Ribeiro S, de Salles Andrade JB, Quintas JN, Baptista KB, Moreira de Oliveira ME, Yucel M, Fontenelle LF. A Systematic Review of the Utility of Electroconvulsive Therapy in Broadly Defined Obsessive-Compulsive-Related Disorders. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2018;20(5):18r02342.
- Doshi PK. Surgical treatment of obsessive compulsive disorders: Current status. *Indian J Psychiatry*. 2009;51(3):216-21.
- Dykshoorn KL. Trauma-related obsessive-compulsive disorder: a review. *Health Psychol Behav Med*. 2014;2(1):517-528.
- Eddy KT, Dutra L, Bradley R, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev*. 2004;24(8):1011-30.
- Eddy MF, Walbroehl GS. Recognition and treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am Fam Physician*. 1998;57(7):1623-8, 1632-4.
- Ehiobuche I. Obsessive-compulsive neurosis in relation to parental child-rearing patterns among the Greek, Italian, and Anglo-Australian subjects. *Acta Psychiatr Scand*. 1988;78:115–20.
- Eisen JL, Sibrava NJ, Boisseau CL, Mancebo MC, Stout RL, Pinto A, Rasmussen SA. Five-year course of obsessive-compulsive disorder: predictors of remission and relapse. *J Clin Psychiatry*. 2013;74(3):233-9.
- Eley TC, Napolitano M, Lau JYF, Gregory AM. Does childhood anxiety evoke maternal control? A genetically informed study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2010;51(7):772–9.
- Esbjorn BH, Bender P, Reinholdt-Dunne ML, Munck LA, Ollendick T. The Development of Anxiety Disorders: Considering the Contributions of Attachment and Emotion Regulation. *Clin Child Family Psychol Rev*. 2011;15(2):129–43.
- Esmali Kooraneh A, Amirsardari L. Predicting Early Maladaptive Schemas Using Baumrind's Parenting Styles. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2015;9(2):e952.

Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 2007;39:175–191.

Fava L, Bellantuono S, Bizzi A, Cesario M, Costa B, De Simoni E, Di Nuzzo M, Fadda S, Gazzellini S, Lo Iacono A, Macchini C, Mallozzi P, Marfisi D, Mazza FF, Paluzzi E, Pecorario C, Esposito M, Pierini P, Saccucci D, Siçlvestre V, Stefani R, Strauss K, Turreni S, Mancini F. Review of Obsessive Compulsive Disorders Theories. *Global J Epidemiol Public Health*. 2014;1(1):1-13.

Fazal B, Zahra SM. Perceived Parenting Styles Predicting Obsessive Compulsive Personality Traits in Students and Obsessive-Compulsive Disorder in Patients. *J Pak Psychiatr Soc*. 2021;18(4):21–25.

Feeney JA. Transfer of Attachment from Parents to Romantic Partners: Effects of Individual and Relationship Variables. *J Family Studies*. 2004;10:2:220–238.

Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):245–58.

Fenlon EE, Pinciotti CM, Jones AC, Rippey CS, Wild H, Hubert TJ, Tipword JM, Badour CL, Adams TG Jr. Assessment of Comorbid Obsessive-Compulsive Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. *Assessment*. 2023;31(1):126-144.

Fenske JN, Petersen K. Obsessive compulsive disorder: diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 2015;92(10):896-903.

Ferguson JM. SSRI Antidepressant Medications: Adverse Effects and Tolerability. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2001;3(1):25-27.

Fernandes V, Osório FL. Are there associations between early emotional trauma and anxiety disorders? Evidence from a systematic literature review and meta-analysis. *Eur Psychiatry*. 2015;30(6):756-64.

Ferrando C, Selai C. A systematic review and meta-analysis on the effectiveness of exposure and response prevention therapy in the treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *J Obsessive-Compuls Relat Disord*. 2021;31:100684.

Figee M, Luijckes J, Smolders R, Valencia-Alfonso CE, van Wingen G, de Kwaasteniet B, Mantione M, Ooms P, de Koning P, Vulink N, Levar N, Droge L, van den Munckhof P,

- Schuurman PR, Nederveen A, van den Brink W, Mazaheri A, Vink M, Denys D. Deep brain stimulation restores frontostriatal network activity in obsessive-compulsive disorder. *Nat Neurosci.* 2013;16(4):386-7.
- Fineberg NA, Reghunandanan S, Brown A, Pampaloni I. Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder: evidence-based treatment and beyond. *Aust N Z J Psychiatry.* 2013;47(2):121-41.
- Fineberg NA, Reghunandanan S, Simpson HB, Phillips KA, Richter MA, Matthews K, Stein DJ, Sareen J, Brown A, Sookman D. Obsessive-compulsive disorder (OCD): Practical strategies for pharmacological and somatic treatment in adults. *Psychiatry Res.* 2015;227(1):114-125.
- Finzi-Dottan R, Karu T. From emotional abuse in childhood to psychopathology in adulthood: A path mediated by immature defense mechanisms and self-esteem. *J Nerv Ment Dis.* 2006;194(8):616-621.
- Foa EB. Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues Clin Neurosci.* 2010;12(2):199-207.
- Fontenelle LF, Cocchi L, Harrison BJ, Miguel EC, Torres AR. Role of stressful and traumatic life events in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychiatry.* 2011;1(1):61-69.
- Fontenelle LF, Cocchi L, Harrison BJ, Shavitt RG, do Rosário MC, Ferrão YA, de Mathis MA, Cordioli AV, Yücel M, Pantelis C, Mari Jde J, Miguel EC, Torres AR. Towards a post-traumatic subtype of obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord.* 2012;26(2):377-83.
- Fontenelle LF, Coutinho ESF, Lins-Martins NM, Fitzgerald PB, Fujiwara H, Yucel M. Electroconvulsive therapy for obsessive-compulsive disorder: a systematic review. *J Clin Psychiatry.* 2015;76(7):949-57.
- Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Marques C, Versiani M. Early- and late-onset obsessive-compulsive disorder in adult patients: an exploratory clinical and therapeutic study. *J Psychiatr Res.* 2003;37(2):127-33.
- Formanek T, Kagström A, Cermakova P, Csémy L, Mladá K, Winkler P. Prevalence of mental disorders and associated disability: Results from the cross-sectional CZEch mental health Study (CZEMS). *Eur Psychiatry.* 2019;60:1-6.

- Fraley RC, Vicary AM, Brumbaugh CC, Roisman GI. Patterns of stability in adult attachment: an empirical test of two models of continuity and change. *J Pers Soc Psychol.* 2011;101(5):974–92.
- Fraley RC, Waller NG, Brennan KA. An item-response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *J Pers Soc Psychol.* 2000;78(2):350–365.
- Fraley RF. Attachment Stability From Infancy to Adulthood: Meta-Analysis and Dynamic Modeling of Developmental Mechanisms. *Pers Soc Psychol Rev.* 2002;6(2):123–151.
- Frances A, Docherty JP, Kahn DA. Treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 1997;58(4):5-72.
- Franklin CL, Raines AM. The overlap between OCD and PTSD: Examining self-reported symptom differentiation. *Psychiatry Res.* 2019;280:112508.
- Fricke S, Köhler S, Moritz S, Schäfer I. Frühe interpersonale traumatisierungen bei zwangserkrankungen: Eine pilotstudie [Early traumatic experience in obsessive-compulsive disorders: A pilot study]. *Verhaltenstherapie.* 2007;17(4):243–250. [In German].
- Frischholz EJ, Braun BG, Sachs RG, Hopkins L, Shaeffer DM, Lewis J, Leavitt F, Pasquotto JN, Schwartz DR. The Dissociative Experiences Scale: Further replication and validation. *Dissociation.* 1990;3(3):151-153.
- Frydman I, do Brasil PE, Torres AR, Shavitt RG, Ferrão YA, Rosário MC, Miguel EC, Fontenelle LF. Late-onset obsessive-compulsive disorder: risk factors and correlates. *J Psychiatr Res.* 2014;49:68-74.
- Fullana MA, Vilagut G, Rojas-Farreras S, Mataix-Cols D, de Graaf R, Demyttenaere K, Haro JM, de Girolamo G, Lépine JP, Matschinger H, Alonso J; ESEMED/MHEDEA 2000 investigators. Obsessive-compulsive symptom dimensions in the general population: results from an epidemiological study in six European countries. *J Affect Disord.* 2010;124(3):291-9.
- Furukawa TA, Reijnders M, Kishimoto S, Sakata M, DeRubeis RJ, Dimidjian S, Dozois DJA, Hegerl U, Hollon SD, Jarrett RB, Lespérance F, Segal ZV, Mohr DC, Simons AD, Quilty LC, Reynolds III CF, Gentili C, Leucht S, Engel RR, Cuijpers P. Translating the BDI and BDI-II into the HAMD and vice versa with equipercentile linking. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2019;29:e13.

- Gaebel W, Stricker J, Kerst A. Changes from ICD-10 to ICD-11 and future directions in psychiatric classification. *Dialogues Clin Neurosci*. 2020;22(1):7-15.
- Gardner MJ, Thomas HJ, Erskine HE. The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl*. 2019;96:104082.
- George C, Kaplan N, Main M. Adult Attachment Interview. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley. 1984.
- Gerlsma C, Arrindell WA, Van der Veen N, Emmelkamp PM. A parental rearing style questionnaire for use with adolescents: Psychometric evaluation of the EMBU-A. *Personal Individ Differ*. 1991;12(12):1245–1253.
- Gershkovich M, Wheaton MG, Simpson HB. Management of Treatment-Resistant Obsessive-Compulsive Disorder. *Curr Treat Options Psychiatry*. 2017;4:357-370.
- Gershuny BS, Baer L, Jenike MA, Minichiello WE, Wilhelm S. Comorbid posttraumatic stress disorder: impact on treatment outcome for obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2002;159(5):852-4.
- Gershuny BS, Baer L, Parker HG, Gentes EL, Infield AL, Jenike MA. Trauma and posttraumatic stress disorder in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2008;25(1):69-71.
- Ginsburg GS, Kingery JN, Drake KL, Grados MA. Predictors of treatment response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47(8):868-78.
- Gittleman MG, Klein MH, Smider NA, Essex MJ. Recollections of parental behaviour, adult attachment and mental health: mediating and moderating effects. *Psychol Med*. 1998;28(6):1443-55.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Arch Gen Psychiatry*. 1989b;46:1012–1016.
- 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*. 1989a;46:1006–1011.



- Gorostiaga A, Aliri J, Balluerka N, Lameirinhas J. Parenting Styles and Internalizing Symptoms in Adolescence: A Systematic Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(17):3192.
- Grabill K, Merlo L, Duke D, Harford KL, Keeley ML, Geffken GR, Storch EA. Assessment of obsessive–compulsive disorder: A review. *J Anxiety Disord*. 2008;22(1):1-17.
- Grant JE, Mancebo MC, Pinto A, Eisen JL, Rasmussen SA. Impulse control disorders in adults with obsessive compulsive disorder. *J Psychiatr Res*. 2006;40(6):494-501.
- Greenberg BD, Murphy DL, Rasmussen SA. Neuroanatomically based approaches to obsessive-compulsive disorder. Neurosurgery and transcranial magnetic stimulation. *Psychiatr Clin North Am*. 2000;23(3):671-86.
- Greist JH. Treatment of obsessive-compulsive disorder: psychotherapies, drugs, and other somatic treatment. *J Clin Psychiatry*. 1990;51:44-50; discussion 55-58.
- Groppa S, Oliviero A, Eisen A, Quartarone A, Cohen LG, Mall V, Kaelin-Lang A, Mima T, Rossi S, Thickbroom GW, Rossini PM, Ziemann U, Valls-Solé J, Siebner HR. A practical guide to diagnostic transcranial magnetic stimulation: Report of an IFCN committee. *Clin Neurophysiol*. 2012;123(5):858-882.
- Grover S, Sarkar S, Gupta G, Kate N, Ghosh A, Chakrabarti S, Avasthi A. Factor analysis of symptom profile in early onset and late onset OCD. *Psychiatry Res*. 2018;262:631-635.
- Gu W, Zhao Q, Yuan C, Yi Z, Zhao M, Wang Z. Impact of adverse childhood experiences on the symptom severity of different mental disorders: a cross-diagnostic study. *Gen Psychiatr*. 2022;35(2):e100741.
- Guidano VF, Liotti G. *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: The Guilford Press; 1983.
- Guy W. Clinical Global Impressions (CGI) Scale, Modified. In: Rush JA, editor. *Task Force for the Handbook of Psychiatric Measures. Handbook of Psychiatric Measures*. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- Haas SC, Ray DC. Child-centered play therapy with children affected by adverse childhood experiences: A single-case design. *Int J Play Ther*. 2020;29(4):223–236.
- Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32:50–55.

Hartl TL, Duggany SR, Allen GJ, Steketee G, Frost RO. Relationships among compulsive hoarding, trauma, and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behav Res Ther.* 2005;43:269–276.

Hazan C, Shaver PR. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol.* 1987;52(3):511–524.

Hemmings SM, Lochner C, van der Merwe L, Cath DC, Seedat S, Stein DJ. BDNF Val66Met modifies the risk of childhood trauma on obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res.* 2013;47(12):1857-1863.

Herbst N, Voderholzer U, Thiel N, Schaub R, Knaevelsrud C, Stracke S, Hertenstein E, Nissen C, Külz AK. No talking, just writing! Efficacy of an Internet-based cognitive behavioral therapy with exposure and response prevention in obsessive-compulsive disorder. *Psychother Psychosom.* 2014;83(3):165–175.

Hezel DM, Rose SV, Simpson HB. Delay to diagnosis in OCD. *J Obsessive-Compuls Relat Disord.* 2022;32:100709.

Hezel DM, Simpson HB. Exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A review and new directions. *Indian J Psychiatry.* 2019;61(Suppl 1):S85-S92.

Himle MB, Franklin ME. The more you do it, the easier it gets: Exposure and response prevention for OCD. *Cogn Behav Pract.* 2009;16(1):29–39.

Hoexter MQ, de Souza Duran FL, D'Alcanta CC, Dougherty DD, Shavitt RG, Lopes AC, Diniz JB, Deckersbach T, Batistuzzo MC, Bressan RA, Miguel EC, Busatto GF. Gray matter volumes in obsessive-compulsive disorder before and after fluoxetine or cognitive-behavior therapy: a randomized clinical trial. *Neuropsychopharmacology.* 2012;37(3):734-45.

Hofer PD, Wahl K, Meyer AH, Miche M, Beesdo-Baum K, Lieb R. Parental emotional warmth interacts with traumatic life events in predicting the onset of obsessive-compulsive disorder. *J Obsessive-Compuls Relat Disord.* 2020;26:100531.

Hofmeijer-Sevink MK, van Oppen P, van Megen HJ, Batelaan NM, Cath DC, van der Wee NJ, van den Hout MA, van Balkom AJ. Clinical relevance of comorbidity in obsessive-compulsive disorder: the Netherlands OCD Association study. *J Affect Disord.* 2013;150(3):847-54.

Højgaard DRMA, Schneider SC, La Buissonnière-Ariza V, Kay B, Riemann BC, Jacobi D, Eken S, Lake P, Nadeau J, Goodman WK, McIngvale E, Storch EA. Predictors of

treatment outcome for youth receiving intensive residential treatment for obsessive-compulsive disorder (OCD). *Cogn Behav Ther.* 2020;49(4):294-306.

Hollander E, Kim S, Khanna S, Pallanti S. Obsessive-Compulsive Disorder and Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: Diagnostic and Dimensional Issues. *CNS Spectrums.* 2007;12(2):5-13.

Holubova M, Prasko J, Hodny F, Vanek J, Slepecky M, Nesnidal V. Self-stigma, severity of psychopathology, dissociation, parental style and comorbid personality disorder in patient with neurotic spectrum disorders Part 2: Therapeutic efficacy of intensive psychotherapeutic inpatients program. *Neuro Endocrinol Lett.* 2021;42(3):185–199.

Horwath E, Weissman MM. The epidemiology and cross-national presentation of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2000;23(3):493-507.

Howard AH, Gwenzi GD, Taylor T, Wilke NG. The relationship between adverse childhood experiences, health and life satisfaction in adults with care experience: The mediating role of attachment. *Child & Family Social Work.* 2023;28(3):809–821.

Huppert JD, Moser JS, Gershuny BS, Riggs DS, Spokas M, Filip J, Hajcak G, Parker HA, Baer L, Foa EB. The relationship between obsessive-compulsive and posttraumatic stress symptoms in clinical and non-clinical samples. *J Anxiety Disord.* 2005;19(1):127-36.

Chambers JA, Power KG, Durham RC. Parental styles and long-term outcome following treatment for anxiety disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy.* 2004;11(3):187–198.

Chambless DL, Gillis MM, Tran GQ, Steketee GS. Parental Bonding Reports of Clients with Obsessive–Compulsive Disorder and Agoraphobia. *Clinical Psychology & Psychotherapy.* 1996;3(2):77–85.

Chang JG, Kim SJ, Kim CH. Neuroablative Intervention for Refractory Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatry Investig.* 2023;20(11):997-1006.

Chaudhury PK, Deka K, Chetia D. Disability associated with mental disorders. *Indian J Psychiatry.* 2006;48(2):95-101.

Chen D, Bienvenu OJ, Krasnow J, Wang Y, Grados MA, Cullen B, Goes FS, Maher B, Greenberg BD, McLaughlin NC, Rasmussen SA, Fyer AJ, Knowles JA, McCracken JT, Piacentini J, Geller D, Pauls DL, Stewart SE, Murphy DL, Shugart YY, Riddle MA, Nestadt G, Samuels J. Parental bonding and hoarding in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry.* 2017;73:43-52.

Chen YW, Dilsaver SC. Comorbidity for obsessive-compulsive disorder in bipolar and unipolar disorders. *Psychiatry Res.* 1995;59(1-2):57-64.

Chlebowski S, Gregory RJ. Is a Psychodynamic Perspective Relevant to the Clinical Management of Obsessive–Compulsive Disorder? *Am J Psychother.* 2009;63(3):245-56.

Chromý K. Obsedantně kompulzivní spektrum. *Psychiatrie pro praxi.* 2007;3:109-110.

Chromý K. Perspektivy dělení obsedantně-kompulzivní poruchy. *Čes a Slov Psychiatr.* 2012;108(3):138-143.

ICH E6 (R2) Good clinical practice - Scientific guideline [Internet]. European Medicines Agency (EMA); 2002. Dostupné z: <https://www.ema.europa.eu/en/ich-e6-r2-good-clinical-practice-scientific-guideline>.

International OCD Foundation. Measuring Obsessive-Compulsive Symptoms: Common Tools and Techniques. [Internet]. 2024 Feb 8. Available from: <https://iocdf.org/expert-opinions/expert-opinion-measuring-oc-symptoms/>

Irak M, Tosun A. Exploring the role of metacognition in obsessive--compulsive and anxiety symptoms. *J Anxiety Disord.* 2008;22(8):1316-25.

Irons C, Gilbert P. Evolved mechanisms in adolescent anxiety and depression symptoms: the role of the attachment and social rank systems. *J Adolesc.* 2005;28(3):325–341.

Irwin HJ. Pathological and nonpathological dissociation: The relevance of childhood trauma. *The Journal of Psychology.* 1999;133(2):157–164.

Issari Y, Jakubovski E, Bartley CA, Pittenger C, Bloch MH. Early onset of response with selective serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry.* 2016;77(5):e605-11.

Ivarsson T, 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.

Jaafari N, Rachid F, Rodge JY, Polosan M, El-Hage W, Belin D, Vibert N, Pelissolo A. Safety and efficacy of repetitive transcranial magnetic stimulation in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a review. *World J Biol Psychiatry.* 2011;13(3):164-77.

Jakubovski E, Diniz JB, Valerio C, Fossaluza V, Belotto-Silva C, Gorenstein C, Miguel E, Shavitt RG. Clinical predictors of long-term outcome in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety.* 2013;30(8):763-72.

- Jalnapurkar I, Pigott T. Sex Differences in Anxiety Disorders: A Review. *J Psychiatry Depress Anxiety*. 2018;4:1-9.
- Jaworska-Andryszewska P, Rybakowski JK. Childhood trauma in mood disorders: Neurobiological mechanisms and implications for treatment. *Pharmacol Rep*. 2019;71(1):112-120.
- Jenike MA. Neurosurgical treatment of obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry Suppl*. 1998;(35):79-90.
- Johnco C, McGuire JF, Roper T, Storch EA. A meta-analysis of dropout rates from exposure with response prevention and pharmacological treatment for youth with obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2020;37(5):407-417.
- Johnson SC, Dweck CS, Chen FS. Evidence for infants' internal working models of attachment. *Psychol Sci*. 2007;18(6):501–502.
- Jones JD, Fraley RC, Ehrlich KB, Stern JA, Lejuez CW, Shaver PR, Cassidy J. Stability of Attachment Style in Adolescence: An Empirical Test of Alternative Developmental Processes. *Child Dev*. 2018;89(3):871–880.
- Julian LJ. Measures of Anxiety. *Arthritis Care Res*. 2011;63(S11):S467-S472.
- Julien D, O'Connor KP, Aardema F. Intrusive thoughts, obsessions, and appraisals in obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Clin Psychol Rev*. 2007;27(3):366-83.
- Kališová L, Kubínová M, Michalec J, Pešková B, Šimonová M, Zajícová M, Mádlová K, Albrecht J. Elektrokonvulzivní terapie a její vliv na kognitivní funkce. *Ces a Slov Psychiatr*. 2016;112(1):36-43.
- Kalmakis KA, Chandler GE. Health consequences of adverse childhood experiences: a systematic review. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2015;27(8):457-65.
- Kamali K, Looyeh MY, Rashid R. EPA-0640 – The influence of parenting styles on the development and maintenance obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*. 2014;29(1):1.
- Kamaradova D, Prasko J, Latalova K, Panackova L, Svancara J, Grambal A, Sigmundova Z, Ociskova M, Bares V, Cakirpaloglu S, Jelenova D, Kasalova P, Kovacsova A, Vrbova K. Psychometric properties of the Czech version of the Beck Anxiety Inventory – comparison between diagnostic groups. *Neuroendocrinol Lett*. 2015;36(7):706–712.

Kaplan A, Hollander E. A review of pharmacologic treatments for obsessive–compulsive disorder. *Psychiatric Services*. 2003;54(8):1111-1118.

Karatekin C, Hill M. Expanding the Original Definition of Adverse Childhood Experiences (ACEs). *J Child Adolesc Trauma*. 2018;12(3):289-306.

Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45(12):1094-9.

Kart A, Turkcapar H. The effects of childhood emotional abuse on aggressive obsessions among patients with obsessive compulsive disorder may be mediated by symptoms of depression and anxiety. *Psychiatry Clin Psychopharmacol*. 2019;29:4:411-417.

Kaščáková N, Fürstová J, Šolcová IP, Bieščad M, Hašto J, Tavel P. Psychometrická Analýza Českej Verzie Dotazníka Trauma Z Dětství (CTQ) so Sociodemografickými Rozdielmi v Traumatizácii Dospelých Obyvateľov Českej Republiky. *Ceskoslovenska Psychologie*. 2018;62(3):212–230.

Kaščáková N, Husárová D, Hašto J, Kolarčík P, Šolcová IP, Gecková AM, Tavel P. Validation of a 16-Item short form of the Czech version of the Experiences in Close Relationships Revised questionnaire in a representative sample. *Psychol Reports*. 2016;119(3):804-825.

Katerberg H, Delucchi K, Stewart SE, Lochner C, Denys DA, Stack DE, Andresen JM, Grant JE, Kim SW, Williams KA, den Boer JA, van Balkom AJ, Smit JH, van Oppen P, Polman A, Jenike MA, Stein DJ, Mathews CA, Cath DC. Symptom dimensions in OCD: item-level factor analysis and heritability estimates. *Behav Genet*. 2010;40(4):505-17.

Kathmann N, Jacobi T, Elsner B, Reuter B. Effectiveness of Individual Cognitive-Behavioral Therapy and Predictors of Outcome in Adult Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychother Psychosom*. 2022;91(2):123-135.

Kellner CH, Obbels J, Sienaert P. When to consider electroconvulsive therapy (ECT). *Acta Psychiatr Scand*. 2020;141(4):304-315.

Kellner M. Drug treatment of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues Clin Neurosci*. 2010;12(2):187-197.

Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Aguilar-Gaxiola S, Alhamzawi AO, Alonso J, Angermeyer M, Benjet C, Bromet E, Chatterji S, de Girolamo G, Demyttenaere K, Fayyad J, Florescu S, Gal G, Gureje O, Haro JM, Hu CY, Karam EG, Kawakami N, Lee S, Lépine JP, Ormel J, Posada-Villa J, Sagar R,

- Tsang A, Ustün TB, Vassilev S, Viana MC, Williams DR. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiat*. 2010;197:378–385.
- Khosravani V, Kamali Z, Ardakani RJ, Ardestani MS. The relation of childhood trauma to suicide ideation in patients suffering from obsessive-compulsive disorder with lifetime suicide attempts. *Psychiatry Res*. 2017;255:139–145.
- Khoury L, Tang YL, Bradley B, Cubells JF, Ressler KJ. Substance use, childhood traumatic experience, and Posttraumatic Stress Disorder in an urban civilian population. *Depress Anxiety*. 2010;27(12):1077-86.
- Kidd K, Prasad D, Cunningham JE, de Azevedo Cardoso T, Frey BN. The relationship between parental bonding and mood, anxiety and related disorders in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2022;307:221-236.
- Kim JE, Lee SJ. Thought-Action Fusion as Predictors of Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions. *Psychiatry Investig*. 2020;17(12):1226-1235.
- Kim S-H, Baek M, Park S. Association of Parent-child Experiences with Insecure Attachment. *J Fam Theory Rev*. 2021;13:58-76.
- Kisely S, Hall K, Siskind D, Frater J, Olson S, Crompton D. Deep brain stimulation for obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2014;44(16):3533-42.
- Kivilcim S, Erensouy H, Tonguc DB, Saridogan D, Ebru K. The comorbidity of traumatic life events in childhood age with adult obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry*. 2016;33(Suppl):S497.
- Knopp J, Knowles S, Bee P, Lovell K, Bower P. A systematic review of predictors and moderators of response to psychological therapies in OCD: do we have enough empirical evidence to target treatment? *Clin Psychol Rev*. 2013;33(8):1067-81.
- Kobori O, Salkovskis PM. Patterns of reassurance seeking and reassurance-related behaviours in OCD and anxiety disorders. *Behav Cogn Psychother*. 2013;41(1):1-23.
- Kochanska G. Emotional development in children with different attachment histories: The first three years. *Child Dev*. 2001;72:474–490.
- Koran LM, Gamel NN, Choung HW, Smith EH, Aboujaoude EN. Mirtazapine for obsessive-compulsive disorder: an open trial followed by double-blind discontinuation. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(4):515-20.

- Korotana LM, Dobson KS, Pusch D, Josephson T. A review of primary care interventions to improve health outcomes in adult survivors of adverse childhood experiences. *Clin Psychol Rev.* 2016;46:59–90.
- Kulaityte D, Gutparakyte G, Steibliene V. *Biological Psychiatry and Psychopharmacology.* 2023;25(2):75-83.
- Kullberg ML, Maciejewski D, van Schie CC, Penninx BWJH, Elzinga BM. Parental bonding: Psychometric properties and association with lifetime depression and anxiety disorders. *Psychol Assess.* 2020;32(8):780-795.
- Kyrios M, Hordern C, Fassnacht DB. Predictors of response to cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder. *Int J Clin Health Psychol.* 2015;15(3):181-190.
- Ladouceur R, Freeston MH, Rhéaume J, Dugas MJ, Gagnon F, Thibodeau N, Fournier S. Strategies used with intrusive thoughts: A comparison of OCD patients with anxious and community controls. *J Abnorm Psychol.* 2000;109(2):179–187.
- Landau D, Iervolino AC, Pertusa A, Santo S, Singh S, Mataix-Cols D. Stressful life events and material deprivation in hoarding disorder. *J Anxiety Disord.* 2011;25(2):192–202.
- Laseca-Zaballa G, Lubrini G, Periañez JA, Simón-Martínez V, Martín Bejarano M, Torres-Díaz C, Martínez Moreno N, Álvarez-Linera J, Martínez Álvarez R, Ríos-Lago M. Cognitive outcomes following functional neurosurgery in refractory OCD patients: a systematic review. *Neurosurg Rev.* 2023;46(1):145.
- Leichsenring F, Steinert C. Psychodynamic therapy of obsessive-compulsive disorder: principles of a manual-guided approach. *World Psychiatry.* 2016;15(3):293-294.
- Lennertz L, Grabe HJ, Ruhrmann S, Rampacher F, Vogeley A, Schulze-Rauschenbach S. Perceived parental rearing in subjects with obsessive-compulsive disorder and their siblings. *Acta Psychiatr Scand.* 2010;121:280–288.
- Levy KN, Kivity Y, Johnson BN, Gooch CV. Adult attachment as a predictor and moderator of psychotherapy outcome: A meta-analysis. *J Clin Psychol.* 2018;74(11):1996-2013.
- Leyfer OT, Ruberg JL, Woodruff-Borden J. Examination of the utility of the Beck Anxiety Inventory and its factors as a screener for anxiety disorders. *J Anxiety Disord.* 2006;20(4):444-58.
- Li K, Long J, Deng W, Cheng B, Wang J. Electroconvulsive therapy for obsessive-compulsive disorder: A retrospective study. *Front Psychiatry.* 2022 Nov 9;13:1040443.



Lijster JM, Dierckx B, Utens EM, Verhulst FC, Zieldorff C, Dieleman GC, Legerstee JS. The Age of Onset of Anxiety Disorders. *Can J Psychiatry*. 2017 Apr;62(4):237-246.

Lin HC, Yang Y, Elliott L, Green E. Individual differences in attachment anxiety shape the association between adverse childhood experiences and adult somatic symptoms. *Child Abuse Negl*. 2020 Mar;101:104325.

Lins-Martins NM, Yücel M, Tovar-Moll F, Rodrigues EC, Fontenelle LF. Electroconvulsive therapy in obsessive-compulsive disorder: a chart review and evaluation of its potential therapeutic effects. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2015 Winter;27(1):65-8.

Liu X, Cui H, Wei Q, Wang Y, Wang K, Wang C, Zhu C, Xie X. Electroconvulsive therapy on severe obsessive-compulsive disorder comorbid depressive symptoms. *Psychiatry Investig*. 2014 Apr;11(2):210-3.

Livingstone S, Mascheroni G, Dreier M, Chaudron S, Lagae K. How parents of young children manage digital devices at home: The role of income, education and parental style. London: EU Kids Online, LSE; 2015.

Lochner C, du Toit PL, Zungu-Dirwayi N, Marais A, van Kradenburg J, Seedat S, Niehaus DJ, Stein DJ. Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depress Anxiety*. 2002;15(2):66-8.

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 Sep-Oct;45(5):384-91.

Lochner C, Seedat S, Hemmings SM, Moolman-Smook JC, Kidd M, Stein DJ. Investigating the possible effects of trauma experiences and 5-HTT on the dissociative experiences of patients with OCD using path analysis and multiple regression. *Neuropsychobiology*. 2007;56(1):6-13.

Lomax CL, Oldfield VB, Salkovskis PM. Clinical and treatment comparisons between adults with early- and late-onset obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 2009;47(2):99-104.

Long EC, Aggen SH, Gardner C, Kendler KS. Differential parenting and risk for psychopathology: a monozygotic twin difference approach. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015;50(10):1569-76.

Lorenc T, Lester S, Sutcliffe K, Stansfield C, Thomas J. Interventions to support people exposed to adverse childhood experiences: systematic review of systematic reviews. *BMC Public Health*. 2020;20(1):657.

Lougheed JP, Hollenstein T. A limited repertoire of emotion regulation strategies is associated with internalizing problems in adolescence. *Soc Dev*. 2012;21(4):704–721.

Lowe C, Murray C. Adult Service-Users' Experiences of Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy. *J Contemp Psychother*. 2014;44:223-231.

Lu W, Mueser KT, Rosenberg SD, Jankowski MK. Correlates of adverse childhood experiences among adults with severe mood disorders. *Psychiatr Serv*. 2008;59(9):1018-26.

Maccoby EE, Martin JA. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In: Mussen PH, Hetherington E, editors. *Handbook of Child Psychology: Vol. IV. Socialization, personality, and social development*. New York: Wiley; 1983. pp. 1–101.

Mahjani B, Bey K, Boberg J, Burton C. *Genetics of obsessive-compulsive disorder*. Cambridge University Press. 2021;51(13):2247–2259.

Maier W, Buller R, Philipp M, Heuser I. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity, and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *J Affect Disord*. 1988;14(1):61–68.

Main M, Solomon J. Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In: Brazelton TB, Yogman MW, editors. *Affective development in infancy*. Ablex Publishing; 1986. pp. 95–124.

Maloney G, Koh G, Roberts S, Pittenger C. Imagery rescripting as an adjunct clinical intervention for obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 2019;66:102110.

Mancini F, D'Olimpio F, Prunetti E, Didonna F, Genio MD. Parental bonding: can obsessive symptoms and general distress be predicted by perceived rearing practices? *Clin Psychol Psychother*. 2000;7(3):201–208.

Marazziti D, Consoli G, Albanese F, Laquidara E, Baroni S, Catena Dell'osso M. Romantic attachment and subtypes/dimensions of jealousy. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2010;6:53-58.

Marcks BA, Weisberg RB, Dyck I, Keller MB. Longitudinal course of obsessive-compulsive disorder in patients with anxiety disorders: a 15-year prospective follow-up study. *Compr Psychiatry*. 2011;52(6):670-7.

- Marganska A, Gallagher M, Miranda R. Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. *Am J Orthopsychiatry*. 2013;83(1):131–141.
- Marinova Z, Chuang DM, Fineberg N. Glutamate-Modulating Drugs as a Potential Therapeutic Strategy in Obsessive-Compulsive Disorder. *Curr Neuropharmacol*. 2017;15(7):977-995.
- Marks I. Behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: A decade of progress. *Can J Psychiatry*. 1997;42:1021-1027.
- Martins-Correia J, Rodrigues-Silva N, Nunes S. Electroconvulsive Therapy in Refractory Obsessive-Compulsive Disorder: A Case Report. *J ECT*. 2021;37(2):e17-e19.
- Mashour GA, Walker EE, Martuza RL. Psychosurgery: past, present, and future. *Brain Res Rev*. 2005;48(3):409-419.
- Mascheroni G, Livingstone S, Dreier M, Chaudron S, Lagae K. How parents of young children manage digital devices at home: The role of income, education and parental style. London: EU Kids Online, LSE; 2015.
- Mathews CA, Kaur N, Stein MB. Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depress Anxiety*. 2008;25:742–751.
- Mawn L, Campbell T, Aynsworth C, Beckwith H, Luce A, Barclay N, Dodgson G, Freeston MH. Comorbidity of obsessive-compulsive and psychotic experiences: A systematic review and meta-analysis. *J Obsessive-Compuls Relat Disord*. 2020;26:100539.
- McGovern RA, Sheth SA. Role of the dorsal anterior cingulate cortex in obsessive-compulsive disorder: converging evidence from cognitive neuroscience and psychiatric neurosurgery. *J Neurosurg*. 2017;126(1):132-147.
- McGregor NW, Hemmings SMJ, Erdman L, Calmarza-Font I, Stein DJ, Lochner C. Modification of the association between early adversity and obsessive-compulsive disorder by polymorphisms in the MAOA, MAOB and COMT genes. *Psychiatry Res*. 2016;246:527-532.
- McGuire JF, Storch EA, Lewin AB, Price LH, Rasmussen SA, Goodman WK. The role of avoidance in the phenomenology of obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2012;53(2):187-94.

- McKay D, Abramowitz JS, Calamari JE, Kyrios M, Radomsky A, Sookman D, Taylor S, Wilhelm S. A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: Symptoms versus mechanisms. *Clin Psychol Rev.* 2004;24(3):283-313.
- McLean CP, Asnaani A, Litz BT, Hofmann SG. Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *J Psychiatr Res.* 2011;45(8):1027-35.
- McLean PD, Whittal ML, Thordarson DS, Taylor S, Sochting I, Koch WJ, Paterson R, Anderson KW. Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of Obsessive-Compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2001;69(2):205-14.
- McTavish D, Benfield P. Clomipramine. An overview of its pharmacological properties and a review of its therapeutic use in obsessive compulsive disorder and panic disorder. *Drugs.* 1990;39(1):136-153.
- Menzies RE, Zuccala M, Sharpe L, Dar-Nimrod I. Are anxiety disorders a pathway to obsessive-compulsive disorder? Different trajectories of OCD and the role of death anxiety. *Nord J Psychiatry.* 2021;75(3):170-175.
- Meyer GM, Hollunder B, Li N, Butenko K, Dembek TA, Hart L, Nombela C, Mosley P, Akram H, Acevedo N, Borron BM, Chou T, Castaño Montoya JP, Strange B, Barcia JA, Tyagi H, Castle DJ, Smith AH, Choi KS, Kopell BH, Mayberg HS, Sheth SA, Goodman W, Leentjens AFG, Richardson RM, Rossell SL, Bosanac P, Cosgrove GR, Kuhn J, Visser-Vandewalle V, Figeo M, Dougherty DD, Siddiqi SH, Zrinzo L, Joyce E, Baldermann JC, Fox MD, Neudorfer C, Horn A. Deep Brain Stimulation for Obsessive-Compulsive Disorder: Optimal stimulation sites. *Biol Psychiatry.* 2023: S0006-3223(23)01785-7.
- Meyer V. Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behav Res Ther.* 1966;4:273-280.
- Mezinárodní klasifikace nemocí. 10.revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum. Praha: Psychiatrické centrum; 1996.
- Mikulincer M, Birnbaum G, Woddis D, Nachmias O. Stress and accessibility of proximity-related thoughts: Exploring the normative and intraindividual components of attachment theory. *J Pers Soc Psychol.* 2000;78(3):509-523.
- Mikulincer M, Dolev T, Shaver PR. Attachment-related strategies during thought suppression: Ironic rebounds and vulnerable self-representations. *J Pers Soc Psychol.* 2004;87(6):940-956.

- Mikulincer M, Florian V. The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In: Simpson JA, Rholes WS, editors. *Attachment theory and close relationships*. New York, NY: Guilford Press; 1998. pp. 143–165.
- Mikulincer M, Shaver PR. Attachment orientations and emotion regulation. *Curr Opin Psychol*. 2019;25:6-10.
- 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.
- Mindus P, Rasmussen SA, Lindquist C. Neurosurgical treatment for refractory obsessive-compulsive disorder: implications for understanding frontal lobe function. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1994;6(4):467-77.
- Monteleone AM, Ruzzi V, Patriciello G, Pellegrino F, Cascino G, Castellini G, Steardo Jr L, Monteleone P, Maj M. Parental bonding, childhood maltreatment, and eating disorder psychopathology: an investigation of their interactions. *Eat Weight Disord*. 2020;25(3):577–589.
- Morina N, Sulaj V, Schnyder U, Klaghofer R, Müller J, Martin-Sölch C, Rufer M. Obsessive-compulsive and posttraumatic stress symptoms among civilian survivors of war. *BMC Psychiatry*. 2016;16:115.
- Mowrer OH. A stimulus-response theory of anxiety. *Psychol Rev*. 1939;46(6):553-65.
- Mucci F, Toni C, Favaretto E, Vannucchi G, Marazziti D, Perugi G. Obsessive-compulsive Disorder with Comorbid Bipolar Disorders: Clinical Features and Treatment Implications. *Curr Med Chem*. 2018;25(41):5722-5730.
- Muris P, Meesters C, van Melick M, Zwambag L. Self-reported attachment style, attachment quality, and symptoms of anxiety and depression in young adolescents. *Pers Individ Differ*. 2001;30(5):809-818.
- Murphy DL, Timpano KR, Wheaton MG, Greenberg BD, Miguel EC. Obsessive-compulsive disorder and its related disorders: a reappraisal of obsessive-compulsive spectrum concepts. *Dialogues Clin Neurosci*. 2010;12(2):131-48.
- Mustroph ML, Cosgrove GR, Williams ZM. The Evolution of Modern Ablative Surgery for the Treatment of Obsessive-Compulsive and Major Depression Disorders. *Front Integr Neurosci*. 2022;16:797533.

Myhr G, Sookman D, Pinard G. Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed out-patients and healthy controls. *Acta Psychiatr Scand.* 2005;109(6):447-56.

Nakatani E, Krebs G, Micali N, Turner C, Heyman I, Mataix-Cols D. Children with very early onset obsessive-compulsive disorder: clinical features and treatment outcome. *J Child Psychol Psychiatry.* 2011;52(12):1261-8.

Nath K, Victor R, Naskar S. An Atypical and Resistant Case of Obsessive Compulsive Disorder Responding Satisfactorily with an Unusual way of Exposure and Response Prevention Therapy. *J Clin Diagn Res.* 2016;10(3):VD03–VD04.

Nemeroff CB. Paradise lost: The neurobiological and clinical consequences of child abuse and neglect. *Neuron.* 2016;89(5):892–909.

Nester MS, Brand BL, Schielke HJ, Kumar S. An examination of the relations between emotion dysregulation, dissociation, and self-injury among dissociative disorder patients. *Eur J Psychotraumatol.* 2022;13(1):2031592.

Nezgovorova V, Reid J, Fineberg NA, Hollander E. Optimizing first line treatments for adults with OCD. *Compr Psychiatry.* 2022;115:152305.

Nissen JB, Nikolajsen KH, Thomsen PH. A 7 year follow-up of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Eur J Psychiatry.* 2014;28(3).

Nolte T, Guiney J, Fonagy P, Mayes LC, Luyten P. Interpersonal Stress Regulation and the Development of Anxiety Disorders: An Attachment-Based Developmental Framework. *Front Behav Neurosci.* 2011;5:55.

Nordahl HM, Stiles TC. Perceptions of parental bonding in patients with various personality disorders, lifetime depressive disorders, and healthy controls. *J Pers Disord.* 1997;11(4):391-402.

Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 1997;35(7):667-81.

Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment - Clinical guideline [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence; 2005. Dostupné z: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31/chapter/Key-priorities-for-implementation>

Ociskova M, Prasko J, Grambal A, Vanek J, Kotian M, Hodny F, Zaťková M, Šlepecký M, Kotianová A. Přepis bolestných vzpomínek v imaginaci. *Psychiatrie pro Praxi.* 2020;21(1):22-28.

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. *Neuroendocrinol Lett.* 2017;38(2):98–106.

Ociskova M, Prasko J, Vanek J, Holubova M, Hodny F, Latalova K, Kantor K, Nesnidal V. Self-stigma and treatment effectiveness in patients with SSRI non-responsive obsessive-compulsive disorder. *Psychol Res Behav Manag.* 2021;14:85–97.

Ocisková M, Sedláčková Z, Praško J, Černá M, Jelenová D, Kamarádová D, Meinerová B, Látalová K. Stigmatizace u pacientů s obsedantně-kompulzivní poruchou. *Čes a Slov Psychiatr.* 2014;110(2):82-87.

Oh DL, Jerman P, Purewal Boparai SK, Koita K, Briner S, Bucci M, Harris NB. Review of Tools for Measuring Exposure to Adversity in Children and Adolescents. *J Pediatr Health Care.* 2018;32(6):564-583.

Ojserkis R, Boisseau CL, Reddy MK, Mancebo MC, Eisen JL, Rasmussen SA. The impact of lifetime PTSD on the seven-year course and clinical characteristics of OCD. *Psychiatry Res.* 2017;258:78-82.

Olatunji BO, Davis ML, Powers MB, Smits JA. Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *J Psychiatr Res.* 2013;47(1):33-41.

Oral R, Ramirez M, Coohy C, Nakada S, Walz A, Kuntz A, Benoit J, Peek-Asa C. Adverse childhood experiences and trauma-informed care: the future of health care. *Pediatr Res.* 2016;79(1-2):227–33.

Öst LG, Enebrink P, Finnes A, Ghaderi A, Havnen A, Kvale G, Salomonsson S, Wergeland GJ. Cognitive behavior therapy for obsessive-compulsive disorder in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther.* 2022;104170.

Ou W, Li Z, Zheng Q, Chen W, Liu J, Liu B, Zhang Y. Association Between Childhood Maltreatment and Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder: A Meta-Analysis. *Front Psychiatry.* 2021;11:612586.

Oulis P, Konstantakopoulos G, Lykouras L, Michalopoulou PG. Differential diagnosis of obsessive-compulsive symptoms from delusions in schizophrenia: A phenomenological approach. *World J Psychiatry.* 2013;3(3):50-6.

- Overbeek T, Schruers K, Vermetten E, Griez E. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and depression: prevalence, symptom severity, and treatment effect. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(12):1106-12.
- Ozgunduz CM, Guler J, Tekin A, Ozer OA, Karamustafalioglu O. The frequency of dissociation and childhood trauma among obsessive-compulsive patients by comparing with healthy controls. *Alpha Psychiatry*. 2019;20:287–295.
- Pacitti F, Socci V, D’Aurizio G, Jannini TB, Rossi A, Siracusano A, Rossi R, Di Lorenzo G. Obsessive-compulsive symptoms among the general population during the first COVID-19 epidemic wave in Italy. *J Psychiatr Res*. 2022;153:18-24.
- Paetzold RL, Rholes WS, George T. Stability and Change in Adult Romantic Relationship Attachment Styles. In: Thompson RA, Simpson JA, Berlin LJ, editors. *Attachment: The Fundamental Questions*. New York: The Guilford Press; 2021.
- Pallanti S, Grassi G, Sarrecchia ED, Cantisani A, Pellegrini M. Obsessive-compulsive disorder comorbidity: clinical assessment and therapeutic implications. *Front Psychiatry*. 2011;2:70.
- Pallanti S, Hollander E, Bienstock C, Koran LM, Leckman JF, Marazziti D, Pato MT, Stein DJ, Zohar J. Treatment non-response in OCD: Methodological issues and operational definitions. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2002;5(2):181-91.
- Palmier-Claus JE, Berry K, Bucci S, Mansell W, Varese F. Relationship between childhood adversity and bipolar affective disorder: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2016;209(6):454-459.
- Park JM, Storch EA, Pinto A, Lewin AB. Obsessive-Compulsive Personality Traits in Youth with Obsessive-Compulsive Disorder. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2016;47(2):281-90.
- Park S, Hong JP, Bae JN, Cho SJ, Lee DW, Lee JY, Chang SM, Jeon HJ, Hahm 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):443-9.
- Parker G, Tupling H, Brown LB. A Parental Bonding Instrument. *Br J Med Psychol*. 1979;52:1–10.
- Parker G. The Parental Bonding Instrument: A decade of research. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1990;25(6):281–282.



- Pauls DL, Abramovitch A, Rauch SL, Geller DA. Obsessive-compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. *Nat Rev Neurosci*. 2014;15(6):410-24.
- Pauls DL. The genetics of obsessive-compulsive disorder: a review. *Dialogues Clin Neurosci*. 2010;12(2):149-63.
- Peeters N, van Passel B, Krans J. The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *Br J Clin Psychol*. 2022;61(3):579-597.
- Perris C, Jacobsson L, Lindström H, von Knorring L, Perris H. Development of a new inventory assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatr Scand*. 1980;61(4):265-74.
- Perse T. Obsessive-compulsive disorder: a treatment review. *J Clin Psychiatry*. 1988;49(2):48-55.
- Perugi G, Akiskal HS, Gemignani A, Pfanner C, Presta S, Milanfranchi A, Lensi P, Ravagli S, Maremmani I, Cassano GB. Episodic course in obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1998;248(5):240-4.
- Perugi G, Akiskal HS, Pfanner C, Presta S, Gemignani A, Milanfranchi A, Lensi P, Ravagli S, Cassano GB. The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*. 1997;46(1):15-23.
- Phelps NJ, Cates ME. The role of venlafaxine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Ann Pharmacother*. 2005;39(1):136-40.
- Picardi A, Caroppo E, Fabi E, Proietti S, Di Gennaro G, Meldolesi GN, Martinotti G. Attachment and parenting in adult patients with anxiety disorders. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2013;9:157-63.
- Pietromonaco PR, Barrett LF. The internal working models concept: What do we really know about the self in relation to others? *Rev Gen Psychol*. 2000;4(2):155-175.
- Pigott TA, L'Heureux F, Dubbert B, Bernstein S, Murphy DL. Obsessive compulsive disorder: comorbid conditions. *J Clin Psychiatry*. 1994;55 Suppl:15-27; discussion 28-32.
- Pinciotti CM, Orcutt HK. Common Symptom Presentations in Individuals With Probable Comorbid Obsessive-Compulsive Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2020;208(10):777-784.

- Pinciotti CM, Wetterneck CT, Riemann BC. Symptom severity and presentation in comorbid OCD and PTSD: A clinical replication. *Bull Menninger Clin.* 2022;86(3):183-203.
- Pinto A, Dargani N, Wheaton MG, Cervoni C, Rees CS, Egan SJ. Perfectionism in obsessive-compulsive disorder and related disorders: What should treating clinicians know? *J Obsessive-Compuls Relat Disord.* 2017;12:102–108.
- Pinto A, Greene AL, Storch EA, Simpson HB. Prevalence of Childhood Obsessive-Compulsive Personality Traits in Adults with Obsessive Compulsive Disorder versus Obsessive Compulsive Personality Disorder. *J Obsessive Compuls Relat Disord.* 2015;4:25-29.
- Pinto A, Teller J, Wheaton MG. Obsessive-Compulsive Personality Disorder: A Review of Symptomatology, Impact on Functioning, and Treatment. *Focus (Am Psychiatr Publ).* 2022;20(4):389-396.
- Piras F, Spalletta G. Childhood Trauma in Obsessive-Compulsive Disorder.
- Pittenger C, Bloch MH. Natural History and Long-Term Outcome of OCD. In: Pittenger C, editor. *Obsessive-compulsive Disorder: Phenomenology, Pathophysiology, and Treatment.* New York: Oxford Academic; 2017. pp. 47–56.
- Pittenger C, Bloch MH. Pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2014;37(3):375-391.
- Pittenger C, Krystal JH, Coric V. Glutamate-modulating drugs as novel pharmacotherapeutic agents in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *NeuroRx.* 2006;3(1):69-81.
- Pittenger Ch, Bloch MH. *Obsessive-compulsive Disorder: Phenomenology, Pathophysiology, and Treatment.* New York: Oxford Academic; 2017.
- Ponniah K, Magiati I, Hollon SD. An update on the efficacy of psychological treatments for obsessive-compulsive disorder in adults. *J Obsessive-Compuls Relat Disord.* 2013;2(2):207-218.
- Poornima C, Sudhir PM, Pratyusha PV, Preeti J. Parenting styles and their correlates in adolescents diagnosed with Obsessive Compulsive disorder. *J Indian Assoc Child Adolesc Ment Health.* 2021;17(2):102-121.

- Potenza MN, Koran LM, Pallanti S. The relationship between impulse-control disorders and obsessive-compulsive disorder: a current understanding and future research directions. *Psychiatry Res.* 2009;170(1):22-31.
- Powers A, Cross D, Fani N, Bradley B. PTSD, emotion dysregulation, and dissociative symptoms in a highly traumatized sample. *J Psychiatr Res.* 2015;61:174-9.
- Pozza A, Dettore D, Marazziti D, Doron G, Barcaccia B, Pallini S. Facets of adult attachment style in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res.* 2021;144:14–25.
- Prakash J, Mitra AK. Spectrum Disorder: At Newer Horizon in Psychiatry. *Delhi Psychiatry Journal.* 2008;11(2):155-162.
- Prasko J, Grambal A, Kasalova P, Kamardova D, Ociskova M, Holubova M, Vrbova K, Sigmundova Z, Latalova K, Slepecky M, Zatkova M. Impact of dissociation on treatment of depressive and anxiety spectrum disorders with and without personality disorders. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016;12:2659-2676.
- Prasko J, Grambal A, Slepecky M, Vyskocilova J. Obsedantně-kompulzivní porucha. Praha: Grada Publishing; 2019.
- Prasko J, Praskova H. Obsedantně-kompulzivní porucha a jak ji zvládat. Praha: Galén; 2008.
- Prasko J, Raszka M, Adamcova K, Grambal A, Koprivova J, Kudrnovska H, Latalova K, Vyskocilova J. Predicting the therapeutic response to cognitive behavioural therapy in patients with pharmacoresistant obsessive-compulsive disorder. *Neuro Endocrinol Lett.* 2009;30(5):615-23.
- Prasko J, Raszka M, Diveky T, Grambal A, Kamaradova D, Koprivova J, Latalova K, Pastucha P, Sigmundova Z. Obsessive compulsive disorder and dissociation - comparison with healthy controls. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.* 2010;154(2):179-83.
- Praško J, Janů L, Junek P. Úzkostné poruchy. In: Raboch J, Uhlíková P, Hellerová P, Anders M, Šusta M, editors. *Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče IV.* Praha: Česká psychiatrická společnost; 2014. p. 99-134.
- Praško J, Možný P, Šlepecký M, et al. *Kognitivně-behaviorální terapie psychických poruch.* Praha: Triton; 2007.

- Praško J, Pasková B, Záleský R, Novák T, Kopeček M, Bares M, Horáček J. The effect of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) on symptoms in obsessive compulsive disorder. A randomized, double blind, sham-controlled study. *Neuro Endocrinol Lett.* 2006;27(3):327-32.
- Praško J, Sandoval A. Obsedantně kompulzivní porucha. In: Praško J, Látalová K, editors. *Psychiatrie v primární péči*. Mladá Fronta: Praha; 2013. p. 506-522.
- Preiss M, Nedvěd J, Lenová J, Fiury L, Čikošová E. Měření vnímané vazby k rodičům - validizační studie dotazníku Parental Bonding Instrument. *Psychiatrie.* 2012;16(2):83-87.
- Preiss M, Vacíř K. Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé – BDIII [Beck self-report depression scale for adults – BDI-II]. Brno: Psychodiagnostika; 1999.
- Ptáček R, Bob P, Paclt I. Škála disociativních zkušeností – česká verze. *Československá psychologie.* 2006;50(3):262-272.
- Radford L, Corral S, Bradley C, Fisher HL. The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimisation in the UK: findings from a population survey of caregivers, children and young people and young adults. *Child Abuse Negl.* 2013;37(10):801–813.
- Rachman S, Cobb J, Grey S, McDonald B, Mawson D, Sartory G, Stern R. The behavioural treatment of obsessional-compulsive disorders, with and without clomipramine. *Behav Res Ther.* 1979;17(5):467–478.
- Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther.* 1978;16(4):233-48.
- Rachman S, Hodgson R, Marks IM. The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis. *Behav Res Ther.* 1971;9:237–247.
- Rachman S, Hodgson R. *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1980.
- Rachman S. Obsessions, responsibility, and guilt. *Behav Res Ther.* 1993;31(2):149-54.
- Rajan S, Navaneetham J, Marriamma P, Maralidhar D. A Review of Scales of Perceived Parenting Style. *J Ment Health Hum Behav.* 2019;24(2):73-77.
- Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 1992;53 Suppl:4-10.

- Raszka M, Prasko J, Koprivová J, Novák T, Adamcová K. Psychological dissociation in obsessive-compulsive disorder is associated with anxiety level but not with severity of obsessive-compulsive symptoms. *Neuro Endocrinol Lett.* 2009;30(5):624-8.
- Rauch SL, Dougherty DD, Malone D, Rezaei A, Friehs G, Fischman AJ, Alpert NM, Haber SN, Stypulkowski PH, Rise MT, Rasmussen SA, Greenberg BD. A functional neuroimaging investigation of deep brain stimulation in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Neurosurg.* 2006;104(4):558-565.
- Ravizza L, Maina G, Bogetto F. Episodic and chronic obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety.* 1997;6(4):154-8.
- Reddy YC, Alur AM, Manjunath S, Kandavel T, Math SB. Long-term follow-up study of patients with serotonin reuptake inhibitor-nonresponsive obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol.* 2010;30:267–72.
- Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W, Maj M, Stein DJ, Maercker A, Tyrer P, Claudino A, Garralda E, Salvador-Carulla L, Ray R, Saunders JB, Dua T, Poznyak V, Medina-Mora ME, Pike KM, Ayuso-Mateos JL, Kanba S, Keeley JW, Khoury B, Krasnov VN, Kulygina M, Lovell AM, de Jesus Mari J, Maruta T, Matsumoto C, Rebello TJ, Roberts MC, Robles R, Sharan P, Zhao M, Jablensky A, Udomratn P, Rahimi-Movaghar A, Rydelius PA, Bährer-Kohler S, Watts AD, Saxena S. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry.* 2019;18(1):3-19.
- Rehan W, Antfolk J, Johansson A, Jern P, Santtila P. Experiences of severe childhood maltreatment, depression, anxiety and alcohol abuse among adults in Finland. *PLoS One.* 2017;12(5):e0177252.
- Reid JE, Laws KR, Drummond L, Vismara M, Grancini B, Mpavaenda D, Fineberg NA. Cognitive behavioural therapy with exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Compr Psychiatry.* 2021;106:152223.
- Reuben A, Moffitt TE, Caspi A, Belsky DW, Harrington H, Schroeder F, Hogan S, Ramrakha S, Poulton R, Danese A. Lest we forget: comparing retrospective and prospective assessments of adverse childhood experiences in the prediction of adult health. *J Child Psychol Psychiatry.* 2016;57(10):1103-12.

- Reuman L, Buchholz J, Abramowitz JS. Obsessive beliefs, experiential avoidance, and cognitive fusion as predictors of obsessive-compulsive disorder symptom dimensions. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2018;9: 15-20.
- Rezvan S, Bahrami F, Abedi M, Macleod C, Doost HT, Ghasemi V. A Preliminary Study on the Effects of Attachment-based Intervention on Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *Int J Prev Med*. 2013 Jan;4(1):78-87.
- Rigby J, Fisher P, Cherry G, Stuart T, Temple J. A clinical significance analysis of manualised psychological interventions for obsessive-compulsive disorder. *BJPsych Open*. 2021 Jun 18;7(Suppl 1):S285.
- Rizvi A, Torrico TJ. Obsessive-Compulsive Personality Disorder. 2023 Oct 28. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024
- Rodgers S, Ajdacic-Gross V, Kawohl W, Müller M, Rössler W, Hengartner MP, Castelao E, Vandeleur C, Angst J, Preisig M. Comparing two basic subtypes in OCD across three large community samples: a pure compulsive versus a mixed obsessive-compulsive subtype. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2015 Dec;265(8):719-34.
- Roisman GI, Fraley RC, Belsky J. A taxometric study of the Adult Attachment Interview. *Dev Psychol*. 2007;43(3):675-86.
- Rosario-Campos MC, Leckman JF, Mercadante MT, Shavitt RG, Prado HS, Sada P, Zamignani D, Miguel EC. Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2001;158(11):1899-903.
- Rostami M, Naeemi Nezam Abad A, Shirkhani M, Sadeghi A. Predicting the severity of obsessive-compulsive symptoms based on attachment styles: The mediating role of health anxiety. *J Fundam Ment Health*. 2023;25(2):93-101.
- Rostami R, Kazemi R, Jabbari A, Madani AS, Rostami H, Taherpour MA, Molavi P, Jaafari N, Kuo M-F, Vicario CM, Nitsche MA, Salehinejad MA. Efficacy and clinical predictors of response to rTMS treatment in pharmacoresistant obsessive-compulsive disorder (OCD): a retrospective study. *BMC Psychiatry*. 2020;372.
- Rowa K, Antony MM, Swinson RP. Exposure and Response Prevention. In Antony MM, Purdon C, Summerfeldt LJ, editors. *Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: Fundamentals and beyond*. Washington, DC: American Psychological Association; 2007. p. 79-109.

- Rowe C, Deledalle A, Boudoukha AH. Psychiatric comorbidities of obsessive-compulsive disorder: A series of systematic reviews and meta-analyses. *J Clin Psychol*. 2022;78(4):469-84.
- Rowell T, Neal-Barnett A. A Systematic Review of the Effect of Parental Adverse Childhood Experiences on Parenting and Child Psychopathology. *J Child Adolesc Trauma*. 2022;15:167-80.
- Roy-Byrne P. Treatment-refractory anxiety; definition, risk factors, and treatment challenges. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(2):191-206.
- Rozvadsky-Gugová G, Heretik A, Hajdúk M. Psychometric properties of the Slovak version of Experience in Close Relationships-Revised (ECR-R) on general adult sample. *Stud Psychol*. 2014;56(1):37-52.
- Rufer M, Held D, Cremer J, Fricke S, Moritz S, Peter H, Hand I. Dissociation as a predictor of cognitive behavior therapy outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychother Psychosom*. 2006;75(1):40-6.
- Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2010;15(1):53-63.
- Salkovskis PM, Forrester E, Richards C. Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *Br J Psychiatry Suppl*. 1998;(35):53-63.
- Salkovskis PM, Harrison J. Abnormal and normal obsessions: A replication. *Behav Res Ther*. 1984;22:549-552.
- Salkovskis PM, Westbrook D. Behavior therapy and obsessional ruminations: can failure be turned into success? *Behav Res Ther*. 1989;27:149-160.
- Salkovskis PM. Cognitive-behavioral factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther*. 1989;27:677-682.
- Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 1999;37:29-52.
- Salokangas RKR, Schultze-Lutter F, Schmidt SJ, Pesonen H, Luutonen S, Patterson P, Graf von Reventlow H, Heinimaa M, From T, Hietala J. Childhood physical abuse and emotional neglect are specifically associated with adult mental disorders. *J Ment Health*. 2020;29(4):376-384.

- Sanders B, Giolas MH. Dissociation and childhood trauma in psychologically disturbed adolescents. *Am J Psychiatry*. 1991;148(1):50–54.
- Sanchez-Meca J, Rosa-Alcazar AI, Iniesta-Sepulveda M, Rosa-Alcazar A. Differential efficacy of cognitive-behavioral therapy and pharmacological treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *J Anxiety Disord*. 2014;28(1):31-44.
- Sansone RA, Sansone LA. SNRIs: Pharmacological alternatives for the treatment of obsessive-compulsive disorder? *Innov Clin Neurosci*. 2011;8(6):10-14.
- Sasaki T, Hazen NL, Swann WB Jr. The supermom trap: Do involved dads erode moms' self-competence? *Pers Relatsh*. 2010;17(1):71–79.
- Sassano-Higgins SA, Pato MT. Obsessive-Compulsive Disorder: Diagnosis, Epidemiology, Etiology, and Treatment. *Focus*. 2015;13(2):129-141.
- Saunders BE, Adams ZW. Epidemiology of traumatic experiences in childhood. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2014;23(2):167-84, vii.
- Sciaraffa MA, Zeanah PD, Zeanah CH. Understanding and Promoting Resilience in the Context of Adverse Childhood Experiences. *Early Childhood Education Journal*. 2018;46:343–353.
- Seah R, Fassnacht D, Kyrios M. Attachment anxiety and self-ambivalence as vulnerabilities toward obsessive compulsive disorder. *J Obsessive-Compuls Relat Disord*. 2018;18:40–46.
- Sedlackova Z, Prasko J, Ociskova M, Kamaradova D, Latalova K. Anankastická porucha osobnosti a komorbidní depresivní porucha. *Psychiatr Praxi*. 2016;17(1e): e9–e16.
- Seitl M, Charvát M, Lečbych M. Psychometrické charakteristiky české verze škály Experiences in Close Relationships (ECR). *Československá psychologie*. 2016;60:351-371.
- 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.
- Semiz UB, Inanc L, Bezgin CH. Are trauma and dissociation related to treatment resistance in patients with obsessive-compulsive disorder? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49(8):1287-96.



- Sharma E, Math SB. Course and outcome of obsessive-compulsive disorder. *Indian J Psychiatry*. 2019;61(Suppl 1):S43-S50.
- Sharma E, Sharma LP, Balachander S, Lin B, Manohar H, Khanna P, Lu C, Garg K, Thomas TL, Lam Au AC, Selles RR, Hojgaard DRM, Skarphedinsson G, Stewart SE. Comorbidities in Obsessive-Compulsive Disorder Across the Lifespan: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychiatry*. 2021;12:703701.
- Sharma E, Thennarasu K, Reddy YC. Long-term outcome of obsessive-compulsive disorder in adults: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2014;75(9):1019-27.
- Shaver PR, Mikulincer M. Adult attachment and emotion regulation. In: Gross JJ, editor. *Handbook of emotion regulation*. New York: The Guilford Press; 2014. p. 237–50.
- Shavitt RG, Belotto C, Curi M, Hounie AG, Rosário-Campos MC, Diniz JB, Ferrão YA, Pato MT, Miguel EC. Clinical features associated with treatment response in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2006;47(4):276-81.
- 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.
- Sheffler JL, Stanley I, Sachs-Ericsson N. ACEs and mental health outcomes. In: Asmundson GJG, Afifi TO, editors. *Adverse childhood experiences: Using evidence to advance research, practice, policy, and prevention*. San Diego, CA: Elsevier; 2020. p. 47–69.
- Shirkhani M, Aghamohammadian Sharbaf H, Moeenizadeh M. Predicting the Severity of Obsessive-compulsive Symptoms Based on Traumatic Childhood Experiences: The Mediating Role of Self-criticism. *J Pract Clin Psychol*. 2023;11(3):239-48.
- Scher CD, Stein MB, Asmundson GJ, McCreary DR, Forde DR. The childhood trauma questionnaire in a community sample: psychometric properties and normative data. *J Trauma Stress*. 2001;14(4):843–57.
- Schoonover T, Perryman K. Child-Centered Play Therapy and Adverse Childhood Experiences: A Single-Case Research Design. *J Child Adolesc Couns*. 2022;DOI: 10.1080/23727810.2022.2138045

- Schulze A, Cloos L, Zdravkovic M, Lis S, Krause-Utz A. On the interplay of borderline personality features, childhood trauma severity, attachment types, and social support. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2022;9(1):35.
- Sideli L, Santoro G, Fontana A, Guglielmucci F, Caretti V, Schimmenti A. The Relationship Between Obsessive-Compulsive Symptoms and Dissociation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Trauma Dissociation.* 2023;24(3):362-379.
- Sijercic I, Whitfield K, Cassin SE, Antony MM. A systematic review of cognitive-behavioral therapy for pharmacotherapy treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *J Obsessive-Compuls Relat Disord.* 2020;26:100532.
- Simpson HB, Foa EB, Liebowitz MR, Ledley DR, Huppert JD, Cahill S, Vermes D, Schmidt AB, Hembree E, Franklin M, Campeas R, Hahn CG, Petkova E. A randomized, controlled trial of cognitive-behavioral therapy for augmenting pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 2008;165:621.
- Skapinakis P, Caldwell DM, Hollingworth W, Bryden P, Fineberg NA, Salkowskis P, Welton NJ, Baxter H, Kessler D, Churchill R, Lewis G. Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(8):730-739.
- Skoog G, Skoog I. A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56(2):121-7.
- Slade A, Holmes J. Attachment and psychotherapy. *Curr Opin Psychol.* 2019;25:152–156.
- Someshwar A, Holla B, Pansari Agarwal P, Thomas A, Jose A, Joseph B, Raju B, Karle H, Muthukumar M, Kodancha PG, Kumar P, Reddy PV, Kumar Nadella R, Naik ST, Mitra S, Mallappagiri S, Sreeraj VS, Balachander S, Ganesh S, Murthy P, Benegal V, Reddy JY, Jain S, Mahadevan J, Viswanath B; ADBS Consortium. Adverse childhood experiences in families with multiple members diagnosed to have psychiatric illnesses. *Aust N Z J Psychiatry.* 2020;54(11):1086-1094.
- Song Y, Li D, Zhang S, Jin Z, Zhen Y, Su Y, Zhang M, Lu L, Xue X, Luo J, Liang M, Li X. The effect of exposure and response prevention therapy on obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2022;317:114861.
- Soomro GM, Altman D, Rajagopal S, Oakley-Browne M. Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) versus placebo for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(1):CD001765.

- Spinner S, Rudolph BD. Chapter 12 - Screening for body image concerns, eating disorders, and sexual abuse in adolescents: Concurrent assessment to support early intervention and preventative treatment. In: *Adolescent Health Screening: An Update in the Age of Big Data*. 2019. p. 151–163.
- Spitzer C, Barnow S, Freyberger HJ, Grabe HJ. Dissociation predicts symptom-related treatment outcome in short-term inpatient psychotherapy. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007;41:682–687.
- Sroufe LA. Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attach Hum Dev*. 2005;7:349–367.
- Stahnke B. A systematic review of misdiagnosis in those with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord Rep*. 2021;6:100231.
- Starcevic V. Boundaries and overlap between hypochondriasis and other disorders: Differential diagnosis and patterns of co-occurrence. *Curr Psychiatry Rev*. 2014;10(1):24–33.
- Stein DJ, Fineberg NA, Bienvenu OJ, Denys D, Lochner C, Nestadt G, Leckman JF, Rauch SL, Phillips KA. Should OCD be classified as an anxiety disorder in DSM-V? *Depress Anxiety*. 2010;27(6):495-506.
- Stein DJ, Fineberg NA. *Obsessive Compulsive Disorder*. Oxford: Oxford University Press; 2007.
- Stein DJ, Kogan CS, Atmaca M, Fineberg NA, Fontenelle LF, Grant JE, Matsunaga H, Reddy YCJ, Simpson HB, Thomsen PH, van den Heuvel OA, Veale D, Woods DW, Reed GM. The classification of Obsessive-Compulsive and Related Disorders in the ICD-11. *J Affect Disord*. 2016;190:663-674.
- Stein DJ, Lochner C. Obsessive-compulsive spectrum disorders: a multidimensional approach. *Psychiatr Clin North Am*. 2006;29(2 Suppl3):343-51.
- Stein DJ. Obsessive-compulsive disorder. *Lancet*. 2002;360(9330):397-405.
- Steketee G, Eisen J, Dyck I, Warshaw M, Rasmussen S. Predictors of course in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 1999;89(3):229-38.
- Steketee G, Siev J, Fama JM, Keshaviah A, Chosak A, Wilhelm S. Predictors of treatment outcome in modular cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2011;28(4):333-41.

- Steketee G. Treating obsessive-compulsive disorder. New York, NY: Guilford Press; 1993.
- Stern A, Agnew-Blais J, Danese A, Fisher HL, Jaffee SR, Matthews T, Polanczyk GV, Arseneault L. Associations between abuse/neglect and ADHD from childhood to young adulthood: A prospective nationally-representative twin study. *Child Abuse Negl.* 2018;81:274–285.
- Stern JA, Fraley RC, Jones JD, Gross JT, Shaver PR, Cassidy J. Developmental processes across the first two years of parenthood: Stability and change in adult attachment style. *Dev Psychol.* 2018;54(5):975–988.
- Stewart SE, Geller DA, Jenike M, Pauls D, Shaw D, Mullin B, Faraone SV. Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatr Scand.* 2004;110(1):4-13.
- Stopková P. Nové trendy v léčbě obsedantně kompulzivní poruchy. *Psychiatrie pro Praxi.* 2017;18(3):114–119.
- Storch EA, De Nadai AS, do Rosário MC, Shavitt RG, Torres AR, Ferrao YA, Miguel EC, Lewin AB, Fontenelle LF. Defining Clinical Severity in Adults with Obsessive-Compulsive Disorder. *Compr Psychiatry.* 2015;63:30-35.
- Strauss AY, Huppert JD, Simpson HB, Foa EB. What matters more? Common or specific factors in cognitive behavioral therapy for OCD: Therapeutic alliance and expectations as predictors of treatment outcome. *Behav Res Ther.* 2018;105:43-51.
- Strauss B, Kirchmann H, Eckert J, Lobo-Drost A, Marquet A, Papenhausen R, Biebl W, Liebler A, Seidler K-P, Schreiber-Willnow K, Mattke D, Mestel R, Daudert E, Nickel R, Schauenburg H, Hoger D. Attachment characteristics and treatment outcome following inpatient psychotherapy: Results of a multisite study. *Psychother Res.* 2006;16(5):579-594.
- Strom NI, Soda T, Mathews CA, Davis LK. A dimensional perspective on the genetics of obsessive-compulsive disorder. *Transl Psychiatry.* 2021;11(1):401.
- Sukanya R, Janardhana N, Marriamma P, Muralidhar D. A review of scales of perceived parenting style. *J Ment Health Hum Behav.* 2019;24(2):73.
- Sunderland M, Armstrong N. Helping children who are anxious or obsessional. UK: Speechmark; 2005.
- Suor JH, Calentino AE, Granros M, Burkhouse KL. Maternal Error-Related Negativity Relationship With Offspring Error-Related Negativity and Negative Parenting Styles: A

Novel Model of Internalizing Psychopathology Risk. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*. 2022;7(4):435–442.

Szejko N, Müller-Vahl KR. Challenges in the Diagnosis and Assessment in Patients with Tourette Syndrome and Comorbid Obsessive-Compulsive Disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2021;17:1253-1266.

Tatli M, Cetinkaya O, Maner F. Evaluation of relationship between obsessive-compulsive disorder and dissociative experiences. *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 2018;16(2):161-167.

Taylor S, Coles ME, Abramowitz JS, Wu KD, Olatunji BO, Timpano KR, McKay D, Kim S-K, Carmin C, Tolin DF. How are dysfunctional beliefs related to obsessive-compulsive symptoms? *J Cogn Psychother*. 2010b;24(3):165–176.

Taylor S, Jang KL, Asmundson GJ. Etiology of obsessions and compulsions: a behavioral-genetic analysis. *J Abnorm Psychol*. 2010a;119(4):672-82.

Taylor S. Early versus late onset obsessive-compulsive disorder: evidence for distinct subtypes. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(7):1083-100.

te Brinke LW, Menting ATA, Schuiringa HD, Zeman J, Deković M. The structure of emotion regulation strategies in adolescence: Differential links to internalizing and externalizing problems. *Soc Dev*. 2021;30(2):536–553.

Thamby A, Khanna S. The role of personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *Indian J Psychiatry*. 2019;61(Suppl 1):S114-S118.

Theisen J, Fraley RC, Hankin BL, Young JF, Chopik WJ. How do attachment styles change from childhood through adolescence? Findings from an accelerated longitudinal Cohort study. *J Res Personal*. 2018;74:141–146.

Thombs BD, Bernstein DP, Lobbestael J, Arntz A. A validation study of the Dutch Childhood Trauma Questionnaire-Short Form: Factor structure, reliability, and known-groups validity. *Child Abuse Negl*. 2009;33(8):518–523.

Thompson-Hollands J, Edson A, Tompson MC, Comer JS. Family involvement in the psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *J Fam Psychol*. 2014;28(3):287–298.

Thorsen AL, Hagland P, Radua J, Mataix-Cols D, Kvale G, Hansen B, van den Heuvel OA. Emotional Processing in Obsessive-Compulsive Disorder: A Systematic Review and Meta-

analysis of 25 Functional Neuroimaging Studies. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*. 2018;3(6):563-571.

Tibi L, van Oppen P, van Balkom AJLM, Eikelenboom M, Emmelkamp PMG, Anholt GE. Predictors of treatment outcome in OCD: An interpersonal perspective. *J Anxiety Disord*. 2019;68:102153.

Tibi L, van Oppen P, van Balkom AJLM, Eikelenboom M, Hendriks GJ, Anholt GE. Childhood trauma and attachment style predict the four-year course of obsessive compulsive disorder: Findings from the Netherlands obsessive compulsive disorder study. *J Affect Disord*. 2020;264:206-214.

Tibi L, van Oppen P, van Balkom AJLM, Eikelenboom M, Rickelt J, Schruers KRJ, Anholt GE. The long-term association of OCD and depression and its moderators: A four-year follow up study in a large clinical sample. *Eur Psychiatry*. 2017;44:76-82.

Timpano KR, Keough ME, Mahaffey B, Schmidt NB, Abramowitz J. Parenting and obsessive compulsive symptoms: Implications of authoritarian parenting. *J Cogn Psychother*. 2010;24(3):151–164.

Tukel R, Oflaz SB, Ozyildirim I, Aslantaş B, Ertekin E, Sözen A, Alyanak F, Atli H. Comparison of clinical characteristics in episodic and chronic obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2007;24(4):251-5.

Tukel R, Polat A, Özdemir Ö, Aksüt D, Türksoy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2002;43:204-9.

Turgeon L, O'Connor KP, Marchand A, Freeston MH. Recollections of parent-child relationships in patients with obsessive-compulsive disorder and panic disorder with agoraphobia. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;105:310–316.

Ungar M. Overprotective parenting: Helping parents provide children the right amount of risk and responsibility. *Am J Fam Ther*. 2009;37(3):258–271.

van Grootheest DS, Cath DC, Beekman AT, Boomsma DI. Twin studies on obsessive-compulsive disorder: a review. *Twin Res Hum Genet*. 2005;8(5):450-8.

Van Ijzendoorn MH, Schuengel C. The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clin Psychol Rev*. 1996;16(5):365-382.

van Leeuwen WA, van Wingen GA, Luyten P, Denys D, van Marle HJF. Attachment in OCD: A meta-analysis. *J Anxiety Disord*. 2020;70:102187.

Van Oppen P, Arntz A. Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 1994;32(1):79-87.

van Oudheusden LJB, Eikelenboom M, van Megen HJGM, Visser HA, Schruers K, Hendriks GJ, van der Wee N, Hoogendoorn AW, van Oppen P, van Balkom AJLM. Chronic obsessive-compulsive disorder: prognostic factors. *Psychol Med.* 2018;48(13):2213-2222.

Varigonda AL, Jakubovski E, Bloch MH. Systematic Review and Meta-Analysis: Early Treatment Responses of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Clomipramine in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016;55(10):851-859.

Vazquez M, Palo A, Schuyler M, Small BJ, McGuire JF, Wilhelm S, Goodman WK, Geller D, Storch EA. The Relationship Between Adverse Childhood Experiences, Symptom Severity, Negative Thinking, Comorbidity, and Treatment Response in Youth with Obsessive-Compulsive Disorder. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2022;10.1007/s10578-022-01488-4.

Veale D, Lim LF, Nathan SL, Gledhill LJ. Sensitivity to change in the Obsessive Compulsive Inventory: Comparing the standard and revised versions in two cohorts of different severity. *J Obsessive-Compuls Relat Disord.* 2016;9:16–23.

Veale D, Page N, Woodward E, Salkovskis P. Imagery Rescripting for Obsessive-Compulsive Disorder: A single case experimental design in 12 cases. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2015;49(Pt B):230-236.

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.

Visser HA, van Minnen A, van Megen H, Eikelenboom M, Hoogendoorn A, Kaarsemaker M, van 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.

Visser HA, van Oppen P, van Megen HJ, Eikelenboom M, van Balkom AJ. Obsessive-compulsive disorder; chronic versus non-chronic symptoms. *J Affect Disord.* 2014;152-154:169-74.

Viswanath B, Narayanaswamy JC, Rajkumar RP, Cherian AV, Kandavel T, Math SB, Reddy YCJ. Impact of depressive and anxiety disorder comorbidity on the clinical

expression of obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2012;53(6):775-782.

Vivrette RL, Briggs EC, Lee RC, Kenney KT, Houston-Armstrong TR, Pynoos RS, Kiser LJ. Impaired Caregiving, Trauma Exposure, and Psychosocial Functioning in a National Sample of Children and Adolescents. *J Child Adolesc Trauma*. 2016;11(2):187-196.

Vogel PA, Stiles TC, Nordahl HM. Recollections of parent-child relationships in patients with obsessive-compulsive disorder and panic disorder with agoraphobia. *Acta Psychiatr Scand*. 1996;96:469-474.

Vrbova K, Prasko J, Hodny F, Ociskova M, Vanek J, Holubova M, Bocek J, Bundarova L. Schizofrenie a obsedantně kompulzivní porucha. *Psychiatr Praxi*. 2022;23(2):64-71.

Vyskocilova J, Prasko J, Sipek J. Cognitive behavioral therapy in pharmacoresistant obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:625-39.

Walker EA, Gelfand A, Katon WJ, Koss MP, Von Korff M, Bernstein D, Russo J. Adult health status of women with histories of childhood abuse and neglect. *Am J Med*. 1999;107(4):332-339.

Waller NG, Ross CA. The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: Taxometric and behavior genetic findings. *J Abnorm Psychol*. 1997;106(4):499–510.

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*. 2021;263:134–140.

Wang X, Cui D, Wang Z, Fan Q, Xu H, Qiu J, Chen J, Zhang H, Jiang K, Xiao Z. Cross-sectional comparison of the clinical characteristics of adults with early-onset and late-onset obsessive compulsive disorder. *J Affect Disord*. 2012;136(3):498-504.

Wegner DM. *White bears and other unwanted thoughts: Suppression, obsession, and the psychology of mental control*. Penguin Press; 1989.

Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Lee CK, Newman SC, Oakley-Browne MA, Rubio-Stipec M, Wickramaratne PJ. The cross-national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1994;55:5-10.

Wilcox HC, Grados M, Samuels J, Riddle MA, Bienvenu OJ 3rd, Pinto A, Cullen B, Wang Y, Shugart YY, Liang KY, Nestadt G. The association between parental bonding and



obsessive-compulsive disorder in offspring at high familial risk. *J Affect Disord.* 2008;111(1):31-9.

Wilhelm K, Gillis I, Parker G. Parental Bonding and Adult Attachment Style: The Relationship between Four Category Models. *Int J Womens Health Wellness.* 2016;2:016.

Wilhelm K, Niven H, Parker G, Hadzi-Pavlovic D. The stability of the Parental Bonding Instrument over a 20-year period. *Psychol Med.* 2005;34:1-7.

Wilhelm S, Steketee G, Reilly-Harrington NA, Deckersbach T, Buhlmann U, Baer L. Effectiveness of Cognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: An Open Trial. *J Cogn Psychother.* 2005;19(2):173-179.

Williams MT, Farris SG, Turkheimer E, Pinto A, Ozanick K, Franklin ME, Liebowitz M, Blair Simpson H, Foa EB. Myth of the pure obsessional type in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety.* 2011;28(6):495-500.

Wilson M, Tripp J. Clomipramine. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-2022 May 10.

Wootton BM, Tolin DF. Obsessive-Compulsive Disorder. *Encyclopedia of Mental Health.* Second Edition. 2016;p.227-231.

World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision. Fifth edition. 2016.

World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). 2021.

Xiong B, Li B, Wen R, Gao Y, Gong F, Li D, Xu Y, Deng H, Xiao L, Yin S, Zhang W, Lozano AM, Wang W. Use of differential stimulation of the nucleus accumbens and anterior limb of the internal capsule to improve outcomes of obsessive-compulsive disorder. *J Neurosurg.* 2023;139(5):1376-1385.

Yaffe Y. A narrative review of the relationship between parenting and anxiety disorders in children and adolescents. *Int J Adolesc Youth.* 2021;26(1):449-459.

Yahya AS, Khawaja S. Electroconvulsive therapy for refractory anxiety disorders. *Prog Neurol Psychiatry.* 2021;25(2):34-38.

Yarbro J, Mahaffey B, Abramowitz J, Kashdan TB. Recollections of parent-child relationships, attachment insecurity, and obsessive-compulsive beliefs. *Pers Individ Dif.* 2013;54(3):355-360.

- Ye Z, Wei X, Zhang J, Li H, Cao J. The impact of adverse childhood experiences on depression: the role of insecure attachment styles and emotion dysregulation strategies. *Curr Psychol*. 2023;1-11.
- Yehuda R, Halligan SL, Grossman R. Childhood trauma and risk for PTSD: relationship to intergenerational effects of trauma, parental PTSD, and cortisol excretion. *Dev Psychopathol*. 2001a;13(3):733-53.
- Yehuda R, Spertus IL, Golier JA. Relationship between childhood traumatic experiences and PTSD in adults. In: *PTSD in children and adolescents. Review of Psychiatry*. 2001b;20:17–158.
- Yoshida T, Taga C, Matsumoto Y, Fukui K. Paternal overprotection in obsessive-compulsive disorder and depression with obsessive traits. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;59(5):533–538.
- Young BJ, Wallace DP, Imig M, Borgerding L, Brown-Jacobsen AM, Whiteside SPH. Parenting behaviors and childhood anxiety: A psychometric investigation of the EMBU-C. *J Child Fam Stud*. 2013;22:1138–1146.
- Zai G, Barta C, Cath D, Eapen V, Geller D, Grünblatt E. New insights and perspectives on the genetics of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Genet*. 2019;29(5):142-151.
- Zaider TI, Heimberg RG, Fresco DM, Schneier FR, Liebowitz MR. Evaluation of the Clinical Global Impression Scale among individuals with social anxiety disorder. *Psychol Med*. 2003;33:611-622.
- Zain E, Fukui N, Watanabe Y, Hashijiri K, Motegi T, Ogawa M, Egawa J, Someya T. High care and low overprotection from both paternal and maternal parents predict a secure attachment style with a partner among perinatal Japanese women. *Sci Rep*. 2023;13(1):15684.
- Zhang Y, Tian W, Wang C, Guo B, Yan G, Yin H, Zhang Z, Tao Y, Liu Y, Zhou Q, Wang L. Parental rearing and personality traits as predictors for adolescents with obsessive-compulsive disorder (OCD). *Dev Psychopathol*. 2022;34(1):387-394.
- Zheng L, Luo Y, Chen X. Different effects of attachment anxiety and attachment avoidance on depressive symptoms: A meta-analysis. *J Soc Pers Relatsh*. 2020;37(12):3028–3050.
- Zheng Y, Xiao L, Xie Y, Wang G, Wang H. Prevalence and Characteristics of Obsessive-Compulsive Disorder Among Urban Residents in Wuhan During the Stage of Regular Control of Coronavirus Disease-19 Epidemic. *Front Psychiatry*. 2020;11:594167.

Ziegler S, Bednasch K, Baldofski S, Rummel-Kluge C. Long durations from symptom onset to diagnosis and from diagnosis to treatment in obsessive-compulsive disorder: A retrospective self-report study. PLoS ONE. 2021;16(12):e0261169.

Zlotnick C, Shea MT, Zakriski A, Costello E, Begin A, Pearlstein T, Simpson E. Stressors and close relationships during childhood and dissociative experiences in survivors of sexual abuse among inpatient psychiatric women. Compr Psychiatry. 1995;36(3):207–12.

# PŘÍLOHY

- Příloha č. 1    Seznam tabulek  
                    Seznam obrázků
- Příloha č. 2    Použité zkratky
- Příloha č. 3    Anotace disertace  
                    Annotation of the thesis

## Příloha č. 1: Seznam tabulek a obrázků

### Seznam tabulek

|                    |  |           |
|--------------------|--|-----------|
| <i>Tabulka 1:</i>  | <i>Dělení obsesí a kompulzí z hlediska jejich obsahu podle škály Y-BOCS</i>                  | <i>10</i> |
| <i>Tabulka 2:</i>  | <i>Porovnání cut-off skóre subškál v CTQ-SF</i>  | <i>74</i> |
| <i>Tabulka 3:</i>  | <i>Administrace použitých metod</i>  | <i>77</i> |
| <i>Tabulka 4:</i>  | <i>Výběr pacientů a jejich vyřazování</i>  | <i>78</i> |
| <i>Tabulka 5:</i>  | <i>Kritéria zařazení do studie</i>   | <i>81</i> |
| <i>Tabulka 6:</i>  | <i>Demografická a klinická data pacientů zařazených do studie</i>                            | <i>84</i> |
| <i>Tabulka 7:</i>  | <i>Týdenní program psychotherapeutického oddělení Kliniky psychiatrie FNOL</i>               | <i>86</i> |
| <i>Tabulka 8:</i>  | <i>Srovnání medikace na začátku a na konci léčby</i>   | <i>86</i> |
| <i>Tabulka 9:</i>  | <i>Souvislost traumatických zkušeností v dětství s věkem nástupu poruchy</i>                 | <i>87</i> |
| <i>Tabulka 10:</i> | <i>Souvislost traumatických zkušeností v dětství se závažností specifických příznaků OCD</i> | <i>88</i> |
| <i>Tabulka 11:</i> | <i>Souvislost nepříznivých zkušeností v dětství se závažností nespecifických příznaků</i>    | <i>89</i> |
| <i>Tabulka 12:</i> | <i>Souvislost dospělé vazby se závažností specifických příznaků</i>                          | <i>90</i> |
| <i>Tabulka 13:</i> | <i>Souvislost dospělé vazby se závažností nespecifických příznaků</i>                        | <i>91</i> |
| <i>Tabulka 14:</i> | <i>Souvislost rodičovských stylů s věkem nástupu poruchy</i>                                 | <i>92</i> |
| <i>Tabulka 15:</i> | <i>Souvislost rodičovských stylů se závažností specifických příznaků</i>                     | <i>92</i> |
| <i>Tabulka 16:</i> | <i>Souvislost rodičovských stylů se závažností nespecifických příznaků</i>                   | <i>93</i> |
| <i>Tabulka 17:</i> | <i>Souvislost mezi nepříznivými zkušenostmi v dětství a rodičovskými styly</i>               | <i>94</i> |
| <i>Tabulka 18:</i> | <i>Souvislost mezi dospělou vazbou a rodičovskými styly</i>                                  | <i>95</i> |
| <i>Tabulka 19:</i> | <i>Souvislost mezi dospělou vazbou a nepříznivými zkušenostmi v dětství</i>                  | <i>95</i> |

|                    |   |     |
|--------------------|---|-----|
| <i>Tabulka 20:</i> | <i>Srovnání charakteristik pacientů, kteří vstoupili do studie, a pacientů, kteří dokončili léčbu</i> | 97  |
| <i>Tabulka 21:</i> | <i>Srovnání závažnosti příznaků na začátku a na konci léčby u pacientů, kteří dokončili léčbu</i>     | 99  |
| <i>Tabulka 22:</i> | <i>Souvislost nepříznivých zkušeností v dětství s výsledky léčby</i>                                  | 100 |
| <i>Tabulka 23:</i> | <i>Souvislost dospělé vazby s výsledky léčby</i>  | 100 |
| <i>Tabulka 24:</i> | <i>Souvislost rodičovských stylů s výsledky léčby</i>   | 101 |
| <i>Tabulka 25:</i> | <i>Souvislost věku nástupu poruchy s výsledky léčby</i>   | 102 |
| <i>Tabulka 26:</i> | <i>Souvislost počáteční závažnosti specifických příznaků s výsledky léčby</i>                         | 102 |
| <i>Tabulka 27:</i> | <i>Souvislost počáteční závažnosti nespecifických příznaků s výsledky léčby</i>                       | 103 |

### **Seznam obrázků**

|                   |   |    |
|-------------------|---|----|
| <i>Obrázek 1:</i> | <i>Domény dysfunkčních přesvědčení u OCD</i>  | 15 |
| <i>Obrázek 2:</i> | <i>Faktory, které mohou mít vliv na intenzitu úzkostného prožívání</i>                    | 33 |
| <i>Obrázek 3:</i> | <i>Algoritmus pro práci s pacienty rezistentními vůči léčbě</i>                           | 40 |
| <i>Obrázek 4:</i> | <i>Průnik typologického a dimenzionálního modelu dospělé vazby</i>                        | 44 |
| <i>Obrázek 5:</i> | <i>Rodičovské styly podle typologie Baumrindové zobrazené v dvojdimenzionálním modelu</i> | 59 |

## **Příloha č. 2: Seznam zkratek**

|         |  |
|---------|--|
| AAI     | Adult Attachment Interview   |
| ACE     | Nepříznivé zkušenosti v dětství (adverse childhood experience)                         |
| ADHD    | Porucha pozornosti s hyperaktivitou  |
| BAI     | Beckův inventář úzkosti  |
| BDI-II  | Beckův inventář deprese (druhá revize)   |
| BDNF    | Mozkový neurotrofický faktor (brain-derived neurotrophic factor)                       |
| BT      | Behaviorální terapie   |
| CGI-CV  | Clinical Global Impression – verze, kterou vyplňuje lékař                              |
| CGI-PV  | Clinical Global Impression – verze, kterou vyplňuje pacient                            |
| COMT    | Katechol O-methyltransferáza   |
| CT      | Kognitivní terapie   |
| CTQ-SF  | Childhood Trauma Questionnaire – Short Form  |
| CY-BOCS | Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale – verze pro děti                                 |
| DBS     | Hluboká mozková stimulace  |
| DES     | Dissociative Experiences Scale   |
| DES-T   | Subškála DES zaměřená na patologické formy disociace                                   |
| DIS-Q   | Disociační dotazník (Dissociation Questionnaire)                                       |
| DLPFC   | Dorsolaterální prefrontální kortex   |
| DSM     | Diagnostický a statistický manuál duševních poruch                                     |
| EA      | Vyhýbání se zkušenostem (experiential avoidance)                                       |
| ECR-R   | Experiences in Close Relationships – Revised   |
| ECT     | Elektrokonvulzivní léčba   |
| EMBU    | Dotazník zaměřený na hodnocení rodičovských stylů (Egna Minnen Beträffande Uppfostran) |
| ERN     | Negativní hodnocení chyb (error-related negativity;)                                   |
| ERP     | Expozice se zábranou odpovědi (exposure and response prevention)                       |
| FNOL    | Fakultní nemocnice Olomouc   |
| GAD     | Generalizovaná úzkostná porucha  |
| HAM-A   | Hamilton Anxiety Rating Scale  |
| ICH-GCP | International Conference on Harmonization, Good Clinical Practice                      |
| IWM     | Vnitřní pracovní modely  |

|           |   |
|-----------|---|
| KBT       | Kognitivně behaviorální terapie   |
| MAOA      | Monoaminová oxidáza A   |
| MAOB      | Monoaminová oxidáza B   |
| MINI      | Mini mezinárodní neuropsychiatrické vyšetření   |
| NaSSA     | Antidepresiva s duálním účinkem<br>(Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressant) |
| NEO-PI-R  | Revidovaná verze osobnostního inventáře NEO   |
| OC        | Obsedantně-kompulzivní (ve spojení s příznaky, symptomy)                                    |
| OCD       | Obsedantně-kompulzivní porucha  |
| OCI-R     | Obsessive Compulsive Inventory-Revised (OCI-R)  |
| OCPD      | Obsedantně-kompulzivní (anankastická) porucha osobnosti                                     |
| OFC       | Orbitofrontální kortex  |
| PAQ       | Parental Authority Questionnaire  |
| PBI       | Parental Bonding Instrument   |
| PGRN      | Gen pro progranulin   |
| PTSD      | Posttraumatická stresová porucha  |
| rTMS      | Repetitivní transkraniální magnetická stimulace   |
| SLC1A1    | Transportní gen pro glutamát  |
| SMA       | Suplementární motorická oblast  |
| SNRI      | Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu                                  |
| SSRI      | Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu                                       |
| TAF       | Spojení myšlenky a akce (thought-action fusion)   |
| TCA       | Tricyklická antidepresiva   |
| TF-CBT    | Kognitivně behaviorální terapie zaměřená na trauma  |
| WHO       | Světová zdravotnická organizace   |
| Y-BOCS-SR | Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale-Self-Report   |



### **Příloha č. 3:**

## **ANOTACE DISERTACE**

**Název disertační práce:** Nepříznivé zkušenosti v dětství, rodičovské styly a dospělá vazba u pacientů s farmakorezistentní obsedantně-kompulzivní poruchou

**Jméno a příjmení autora:** Mgr. et Bc. František Hodný

**Vedoucí práce:** PhDr. Marie Ocisková, Ph.D.

**Rozsah práce:** 180 stran, 391 785 znaků

**Počet příloh:** 3

**Počet titulů použité literatury:** 559

#### **Abstrakt:**

Obsedantně-kompulzivní porucha (OCD) je častá a závažná psychická porucha, která je v mnoha případech rezistentní vůči současným léčebným postupům. Cílem této práce bylo zjistit, jestli nepříznivé zkušenosti v dětství, rodičovské styly a dospělá vztahová vazba mohou souviset se závažností, s věkem nástupu a s výsledky léčby poruchy. Do výzkumu bylo zařazeno 77 pacientů s OCD, kteří dostatečně nereagovali na ambulantní léčbu, a proto podstoupili šestitýdenní hospitalizaci na psychoterapeutickém oddělení Kliniky psychiatrie Fakultní nemocnice v Olomouci. Data pro část k účinnosti léčby byla získána od 66 pacientů (11 pacientů léčbu předčasně ukončilo). Léčba zahrnovala kombinaci skupinové kognitivně behaviorální terapie a farmakoterapie. Metodami sběru dat byly sebesposuzovací škály a inventáře (CGI-PV, Y-BOCS-SR, BAI, BDI-II, DES, CTQ-SF, PBI, ECR-R), posuzovací škála CGI-CV, HAM-A a diagnostický rozhovor MINI.

Souvislost nepříznivých zkušeností v dětství, rodičovských stylů ani dospělé vztahové vazby se závažností obsesí a kompulzí se neprokázala. Celková závažnost nepříznivých zkušeností v dětství a míra vazebné úzkosti v dospělosti však pozitivně korelovala se závažností příznaků úzkosti, deprese a disociace. Mateřská péče s těmito nespecifickými příznaky korelovala negativně. V případě nepříznivých zkušeností v dětství se potvrdil negativní vztah s věkem nástupu poruchy. V průběhu léčby u pacientů významně poklesla závažnost specifických i nespecifických příznaků, přičemž dávkování léků se během hospitalizace významně neměnilo. Jediný ze zkoumaných faktorů, který souvisel se změnou závažnosti obsesí a kompulzí, byl věk nástupu poruchy – dřívější nástup poruchy byl spojený s menším efektem léčby. Nepříznivé zkušenosti v dětství, rodičovské styly a

dospělá vztahová vazba se změnou závažnosti obsesí a kompulzí nesouvisely, predikovaly však efekt léčby u všeobecných úzkostných příznaků (mateřská péče pozitivně, vazebná úzkostnost a nepříznivé zkušenosti v dětství negativně).

**Klíčová slova:** obsedantně-kompulzivní porucha; kognitivně behaviorální terapie; farmakoterapie; farmakorezistence; nepříznivé zkušenosti v dětství; rodičovské styly; dospělá vztahová vazba

# ANNOTATION OF THE THESIS

**Title:** Adult attachment, parental styles and adverse childhood experiences in patients with pharmacoresistant obsessive-compulsive disorder

**Author:** Mgr. et Bc. František Hodný

**Supervisor:** PhDr. Marie Ocisková, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 180 pages, 391 785 characters

**Number of appendices:** 3

**Number of references:** 559

## **Abstract:**

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a common and severe mental disorder that is often resistant to current treatment options. The goal of the thesis was to explore if adverse childhood experiences, parenting styles and adult attachment are related to the severity, age of onset and treatment outcomes of the disorder. The research group consisted of 77 patients with OCD who did not respond sufficiently to outpatient treatment and therefore underwent six-week hospitalization at the psychotherapeutic department of the Department of Psychiatry of the Faculty Hospital in Olomouc. Data for the treatment effectiveness section were obtained from 66 patients (11 patients discontinued treatment prematurely). The treatment included a combination of group cognitive behavioral therapy and medication. The participants completed self-rating scales and inventories (CGI-PV, Y-BOCS-SR, BAI, BDI-II, DES, CTQ-SF, PBI, ECR-R), CGI-CV rating scale, HAM-A and diagnostic interview MINI.

The relationship between adverse childhood experiences, parenting styles, and adult attachment with the severity of obsessions and compulsions was not significant. However, overall severity of adverse childhood experiences and adult attachment anxiety were positively correlated with severity of symptoms of anxiety, depression, and dissociation. Maternal care was negatively correlated with these non-specific symptoms. Negative relationship between age of onset of the disorder and adverse childhood experiences was confirmed. The average severity of OCD, anxiety and depressive symptoms significantly decreased during the treatment while the medication did not change significantly.

The only factor that was related to the change in severity of obsessions and compulsions was the age of onset – earlier onset of the disorder was associated with less treatment effect.

Adverse childhood experiences, parenting styles, and adult attachment were not related to changes in the severity of obsessions and compulsions, but they did predict the treatment effect for general anxiety symptoms (maternal care positively, attachment anxiety, and adverse childhood experiences negatively).

**Key words:** obsessive-compulsive disorder; cognitive behavioral therapy; pharmacotherapy; treatment resistance; adverse childhood experiences; parental styles; adult attachment