

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**DVĚ PŘÍPADOVÉ STUDIE CHIRURGICKÉHO ŘEŠENÍ
TĚŽKÉ FORMY OBSEDANTNĚ KOMPULZIVNÍ
PORUCHY**

**TWO CASE STUDIE OF SURGICAL TREATMENT FOR
OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER**



Magisterská diplomová práce

Autor: Mgr. Jiřina Sámková

Vedoucí práce: PhDr. Martin Lečbych, PhD.

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie (PSYN)

Olomouc
2014

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Dvě případové studie chirurgického řešení těžké formy obsedantně kompulzivní poruchy“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

Vdne

Podpis

Poděkování

Předkládaná diplomová práce je svědectvím propojenosti teoretického vzdělávání s praxí, ráda bych zde poděkovala všem, kdo mi pomohli, abych ji mohla zpracovat. Především děkuji PhDr. Martinu Lečbychovi, Ph.D., že umožnil, abych tuto práci realizovala a vedl moje kroky, dále pracovišti Modré laguny, psychiatrické ambulance a jmenovitě MUDr. Janu Cimickému, CSc., který trpělivě sledoval vývoj případů a byl ochoten poskytnout praktické rady a pomoc, stejně tak děkuji pracovníkům Neurochirurgie nemocnice na Homolce MUDr. Urgošíkovi, CSc. a PhDr. Krámské, dále psychologce Psychiatrického centra PhDr. Zuzaně Čeplové a profesorům Kratochvílovi a Chabardovi z Grenoblu za ochotu, s níž mi odpovídal na mé dotazy a konečně i oběma pacientům, o nichž tato práce pojednává.

Úvod	5
TEORETICKÁ ČÁST	
1. Problematika OCD	7
1.1. Vymezení, definice	7
1.1.1 Projevy obsesí a kompulzí	8
1.1.2 Etiologie a patogeneze	9
1.1.3 Průběh a prognóza	10
1.2 Diferenciální diagnóza	12
1.3 Diagnostická kritéria OCD dle DSM IV ve srovnání s MKN-10	13
1.4 Fyziologické koreláty OCD v CNS	15
1.5 Dopady onemocnění na život pacienta	16
2. Terapeutické možnosti léčby OCD	18
2.1 Obecná doporučení pro úspěšnou léčbu	20
2.1.1 KBT-terapie	20
2.1.2 Farmakologická léčba	22
2.2 Další možné terapeutické postupy	23
2.3 Problematika těžkých forem OCD a jejich léčba u nás a v zahraničí ...	24
2.3.1 Deep brain stimulation (DBS)	25
2.3.2 Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS)	26
3. Psychochirurgie (psychiatrická neurochirurgie)	26
3.1 Historický vývoj	26
3.2 Stereotaxe	28
3.3 Stereotaktická radiochirurgie	30
3.3.1 Leksellův Gama nůž	30
3.3.2 Stereotaktický rám	31
3.3.3 Plánování léčby	31
3.3.4 Reakce na ozáření	32
3.3.5 Psychologická péče pro pacienty léčené gama nožem	32

VÝZKUMNÁ ČÁST

4. Cíl výzkumu, soubor	35
4. Případová studie 1	36
5. Případová studie 2	45
6. Výsledky výzkumu	59
7. Diskuze	60
8. Závěry	65
Souhrn	65

Seznam použitých zdrojů a literatury	67
--	----

Abstrakt

Přílohy diplomové práce

Úvod

Spektrum duševních chorob a poruch je široké, o tom jsem měla příležitost se přesvědčovat při pravidelných stážích v psychiatrické ambulanci již šest let. Umožnilo mi to rozšiřovat systematicky teoretické poznatky ze studia na Univerzitě Palackého v Olomouci o aktuální praktické projevy a konfrontovat je. Zaujalo mě, že mezi docházejícími pacienty nepatřily osoby s psychotickým onemocněním mezi nejobtížnější případy. Dnešní neuroleptika, nasazená včas a v minimální míře, relativně efektivně stabilizují jejich stav. Zmírňuje se jejich psychická tenze, zmenšuje se paranoidita a oslabuje se halucinatorní vnímání.

Zjistila jsem však, že každoročně narůstá počet poruch, které označujeme jako obsedantně kompulzivní, v celém širokém profilu jejich projevů. Ukázalo se, že právě tyto stavy patří k nejobtížnějším a jejich léčení vyžaduje skutečný komplex péče.

Zvláště jsem se dlouhodobě zaměřila na dva velmi složité případy, muže a ženy, oba jsou vysokoškolsky vzdělaní (inženýr-programátor a právnička) a oba se trápí již několik let. Přestože byly využity všechny tradiční prvky, které současná psychiatrie a psychologie nabízí, včetně dlouhodobé psychoterapie, anxiolytik, antidepresiv a dokonce i neuroleptik, stav se nepodařilo významně a dlouhodobě ovlivnit. Bezmocnost terapeutická a zoufalství pacientů vedlo k hledání dalších možností, jak do jejich stavu zasáhnout.

Studiem zahraniční literatury jsme zjistili, že ve Francii se podobným torpidním stavům věnují dvě pracoviště, jedno v Paříži a především druhé, na Univerzitě v Grenoblu. Vstoupili jsme s nimi do kontaktu a získali informace o možnosti neurochirurgického řešení OCD, které nás vedly k pokusu najít podobné pracoviště u nás. Obzvláště nás povzbuzovaly předběžné výsledky, které jejich pracoviště publikovalo.

Podařilo se nám zjistit, že obdobné pokusy již v sedmdesátých letech uskutečňovali v psychiatrické léčebně Pezinok pod vedením Prof. MUDr. Pogádyho (stereotaktické operace agresivních a anetických psychopatů a některých případů status epilepticus) a pak i neurochirurgická klinika Prof. MUDr. Kunce v ÚNV, kde tomuto směru věnoval docent Vladyka. Dnes se tímto směrem zabývá neurochirurgické pracoviště v nemocnici na Homolce.

Ve spolupráci s neurochirurgy a především MUDr. Uργοšíkem se nám podařilo oba náročné případy připravit na operační zákrok, který byl uskutečněn a v obou případech se stav zlepšil. V současné době se v naší ambulanci objevují další sveřepé a těžké případy OCD a zdá se, že jejich počet v populaci narůstá.... Proto jsem se po dohodě s katedrou

psychologie UPOL rozhodla zpracovat dvě konkrétní kazuistiky a ukázat na jejich vývoji na obtížnost terapie této poruchy. Věřím, že seznámení s nimi může sloužit i jiným pracovištím, kde podobné případy ošetřují.

1. Problematika OCD

1.1. Vymezení, definice

Obsedantně kompulzivní porucha¹ je dle současně platné verze MKN – 10 řazena pod neurotické poruchy, jež patří v populaci k nejčastějším. Jejím dominujícím projevem je tedy výskyt úzkosti. Úzkost - podobně jako strach, byť tyto emoce rozlišujeme co do jejich předmětu - jsou běžnou emocí každodenního života lidí a to i u zdravých (rozuměj psychiatrickými symptomy nezatížených) jedinců. Pacienti s dg. F 42 mohou tedy prožívat stejnou úzkost co do kvality jako kdokoli z nás, patologická je zde míra úzkosti (kvantita), četnost výskytu a následná závažná subjektivní nepohoda pacienta. Prevalence této poruchy je dle Praška (2008) 1,9 – 3,2%, přičemž s rizikem vzniku onemocnění se celoživotně potýká 5,4 %

Porucha se častěji vyskytuje u žen. Praško (2008) uvádí poměr výskytu u žen vůči mužům 1,5 : 1. Dále také uvádí, že u většiny pacientů (60%) se porucha objevuje před 25. rokem života, u 30% je dokonce ještě dříve (mezi 5. – 15. rokem).

F 42 – Obsedantně nutková porucha dle MKN-10 (1992)

Hlavním rysem jsou opakované vtíravé myšlenky a nutkové činy. Vtíravými myšlenkami jsou nápady, představy nebo popudy, které znovu a znovu vstupují do mysli pacienta ve stále stejné formě. Pro pacienta jsou téměř vždy obtížné. Snaží se jim často klást odpor, ale bez úspěchu. Považuje je za své vlastní, ačkoliv jsou mimovolní a často odporové. Nutkové činy nebo rituály jsou stereotypní a stále opakované. Nemusí být ani nepříjemné, ani vést k realizaci užitečných úkolů. Jejich účelem je zabránit nějaké objektivně nepravděpodobné události², často znamenající škodu pro postiženého, nebo jím vyvolané, o níž se postižený domnívá, že by jinak nastala. Jedinec obvykle považuje toto chování za bezúčelné nebo nesmyslné a opakovaně se pokouší mu odolat. Úzkost je přítomna téměř vždy a zhoršuje se, pokud postižený nutkání odolá. F 42 zahrnuje anankastickou neurózu a obsedantně-kompulzivní neurózu.

Podle dominance jednotlivých obtíží rozlišujeme tyto formy:

F 42.0 – převážně obsedantní myšlenky nebo ruminace

¹ OCD – Obsessive compulsive disorder (angl.), TOC – Troubles obsessionnels compulsifs (franc.)

² rovněž úzkosti, kterou představa možné nastalé situace v osobě stíženě OCD vyvolává

F 42.1 – převážně kompulzivní rituály

F 42.2 – smíšené obsedantní myšlenky a jednání

1.1.1 Projevy obsesí a kompulzí

OCD je typická přítomností emocí, myšlenek a chování, svou formou významně protichůdných. Pacient je vtažen do nekonečného „souboje“, naplněného úzkostmi. Obsese nemocného zcela ovládají, vnucují mu své „požadavky“ navzdory jeho vědomí a uvědomění, i když si postižený uvědomuje nesmyslnost a přímou patologii těchto „požadavků“.

Obvykle se objevuje na terénu obsedantní (anankastické) osobnosti, která se projevuje vytříbeným smyslem pro naprostý pořádek a řád, s tendencí k neustálým pochybnostem, je ostýchavá, nejistá a s potřebou si vše neustále ověřovat. Přítomna je rigidita, tvrdohlavost a zaměření na detaily, což jim znesnadňuje syntetické myšlení. Anankastickou poruchu osobnosti od OCD odlišuje pervazivní povaha popsáných vzorců chování a také jejich menší závažnost.

Často se obsese projevuje stereotypním chováním, absurdními gesty a mimikou, které se objevují mimovolně a postižený se jim obvykle ani nesnaží zabránit. Spočívá to třeba v tendenci nikdy nevstoupit na okraj chodníku, nedotknout se nějakého objektu, kolem něhož se prochází apod. Je to rituál, který se nakonec tak mocně zahnízdí, že postižený pociťuje maximální až nesnesitelnou úzkost, pokud by tuto tendenci nenaplnil. U velkého množství osob má tato potřeba jisté hranice, je to na pomezí „hry“ a nepřináší to větší vnitřní tenzi. Jsou to lidé, které přitahuje něco tajemného, posvátného, nějaké tabu. Takové gesto či mechanický pohyb tvoří a představuje jakousi obranu, zrušení příkazu a v představě pacienta je to přijatelný způsob, jak potlačit úzkostný prožitek, který by ovšem přetrvával, kdyby vnitřnímu puzení nevyhověl.

Postižený člověk si je naprosto vědom takových podivností, směšných a nesmyslných gest a jednání. Vykonává je však přesto, aby měl vnitřní klid a pociťoval vnitřní vyrovnanost alespoň na nějakou dobu.

Obsese se může projevit v kterékoli době a v kterémkoli věku. Postižený nemůže zabránit, aby se projevila a ani ji sám nemůže potlačit.

Obsesí je mnoho forem (Cimický, přednáška, 16.2.2013):

- *kreativní či intelektuální*: zejména abstraktní a symbolická, na první pohled připadají zvnějšku jako absurdní. Mohou být tvořeny opakujícími se dotazy a odpověďmi,

nekonečnými pochybnostmi, ale může se také jednat o opakování slov, vět či čísel atd. Vypadají jako psychická dominance, většinou v tázavé podobě a zaujímají bez přestání celé pole myšlení. Obsahem může být konkrétní myšlenka (slovo, číslo, objekt), ale velice často jde o obsahy zcela abstraktní, metafyzické, náboženské, morální a podobně.

- *impulzivní*: velmi často je můžeme označit jako vtíravé, impulzivní fobie, obvykle spojené s gesty, které ač jsou absurdní, postižený je nedokáže odmítnout a musí vyhovět (třeba i nevhodné projevy, směšné a agresivní). Postižený pocítuje potřebu a zároveň i obavu či strach, že vysloví něco nevhodného, obscénního, autoagresivního (že vyskočí z okna) či něco heteroagresivního (že zabije vlastní dítě). Pravdou je, že přechod k vlastnímu naplnění takového aktu je výjimečný.
- *fobické obsese*: svým obsahem se velice blíží fobiím, ale liší se v absenci předmětu fobie. Obava je specifická, ale není spojená s potřebou či přítomností konkrétního objektu. Zde postačí pouhá myšlenka na takový předmět nebo na situaci a již se objeví velice silná úzkost. Nemocný si například zakáže dotknout se nějakého předmětu. Stačí však na takový objekt pomyslet a vtíravá úzkost jej ovládne. Tyto obsese se většinou dotýkají nemocí, mikrobů, špíny i jakéhokoliv osobního tělesného kontaktu. Přinášejí postiženému potřebu nekonečného umývání, čištění, ověřování a ujišťování.

1.1.2 Etiologie a patogeneze

Jednoznačný faktor způsobující rozvoj OCD nebyl zatím objeven. Hovoří se o několika oblastech přispívajících k propuknutí choroby, které zřejmě často spolupůsobí v daný okamžik, či spolu alespoň časově souvisejí. Praško (2008, 30-31) je člení do pěti oblastí: vrozené faktory, biochemické faktory, podmínky vývoje v dětství a výchova, rysy osobnosti, stres.

V některých rodinách je možné pozorovat výskyt OCD, nebo přinejmenším dalších úzkostných poruch, častěji. Svou roli zde jistě může sehrát učení či výchova, ale výsledky studií hovoří jasně ve prospěch dědičnosti, když konkordance (stejnost u obou) u monozygotních dvojčat je 80-90%, u dizygotních 10-15% a přibližně 15-17% příbuzných prvního stupně má rovněž OCD (Smolík, 1996).

Biochemické faktory, včetně fyziologických korelátů budou popsány později v samostatné kapitole. Genetikou OCD se nyní zabývá (ve sdužení 21 výzkumných

center) organizace The International OCD Foundation Genetics Collaborative (Hosák, Šilhán, Hosáková, 2013).

Výchova a podmínky, v nichž dítě vyrůstá, se zásadním způsobem podílí na utváření jeho osobnosti. V rámci primární socializace je tak dítěti mimo jiné vštěpováno chování jistého způsobu, které odpovídá určitým normám. V rámci teorie učení to může vysvětlovat stav, kdy dítě imituje chování rodičů. Jako nevhodná se jeví dle Praška (2008) perfekcionistická a nadměrně kritická výchova, s tendenčním potenciálem dítěte snažit se zabránit něčemu nepříjemnému (kritice, výtce ze strany rodičů, trestu). Jako i pravý opak se jeví chaotická výchova, která může dítě přimět vytvořit si jakýsi řád, systém a to samozřejmě v oblasti, kterou může ovlivnit, což jsou zejm. vlastní předměty, aktivity apod. Člověk, dospělý i dítě, má-li žít spokojeně, potřebuje pocit bezpečí, přijetí a snadné orientace, což usnadňuje, ne-li přímo umožňuje, předvídat a správně se rozhodovat. Dle Malé, Růžičkové a Šoltésové (2002) začíná více jak v 70% případů tato porucha již v dětském či adolescentním věku (častější je zprvu u chlapců, v dospělém věku postihuje více ženy). Začátek poruchy v takto mladém věku zanechává změny v mozkové tkáni. „Zobrazovacími technikami bylo zjištěno, že dospělí pacienti měli zvětšenou velikost nc. caudatus a zvýšený glukózový metabolismus (Baxter, Phelps, Mazziota in Malá et al., 2002) v korové orbitálně frontální oblasti a rovněž v nc. caudatus (Baxter, Schwartz, Mazziota in Malá et al., 2002).

Stres bývá asi u 50% pacientů spouštěčem OCD, jejich porucha se tak rozvíjí náhle a razantněji, než tomu bývá u druhé poloviny, kde symptomy přicházejí pomalu a zhoršují se v dlouhodobějším horizontu. Stres sám o sobě nemůže tuto poruchu způsobit, ale pokud jsou přítomny další výše uvedené okolnosti, může se stát pověstnou poslední kapkou, která rozhodne o inicializaci poruchy (Praško, 2008)

1.1.3 Průběh a prognóza

Průběh onemocnění bývá individuálně specifický, ale pozorujeme přeci jen zásadní odlišnost v tom, zda rozvoj poruchy přichází najednou a s prudkou atakou příznaků (frustní typ), což může být pro okolí daleko nápadnější než v případě pozvolného objevování a rozvoje symptomů, jejich závažnost a množství může v čase variovat a v některých obdobích dokonce i téměř vymizet, což navozuje dojem, že se věci dávají do pořádku. Následně se však příznaky objevují znovu, příp. se inovují a zpravidla se také jejich závažnost prohlubuje.

V obou případech dochází k rozvoji traumatizujících a ponižujících prožitků a pocitů, kdy je postižený puzen, aby vykonal nějaký akt, který sám vnímá jako zcela nesmyslný a absurdní. Cítí se trapně, směšně, ale není schopen puzení zastavit a zabránit. Postupně se tyto stavy, většinou kompulze, projevují stále intenzivnější silou, takže pacient obvykle rezignuje a otrocky tyto rituály provádí.

U závažnějších forem dochází často v průběhu poruchy k vyčerpání pacienta. Typické jsou také projevy prokrastinace, týkající se i zcela jednoduchých aktivit. V osobnosti můžeme identifikovat zvýšené sebeovládání, zdrženlivost v emotivních projevech (např. neschopnost vyjádřit něhu a lásku) a sníženou spontaneitu. Průběh nemoci také doprovází typické pochybování a nerozhodnost, ulpívavost na drobných detailech a zhoršená schopnost syntetického myšlení.

Další komplikace přinášejí komorbidní onemocnění. To se týká zejména deprese, vyskytující se minimálně u 40% pacientů s OCD (Pindrman, 2008), doc. Látalová uvádí až 58% (přednáška, 5.12.2013) nebo Tourettova syndromu³ (Záleský et al., 2005). Další komorbidita se vyskytuje u halucinací. Někteří autoři (Evers a Ellger, 2004 a Wieser et al., 1997 vše in Bareš, Kopeček, Brunovský, Horáček, 2005) hovoří až o 10 % halucinujících pacientů majících v anamnéze OCD. Goff et al. (in Raszka, Praško, Adamcová, Kopřivová, Vyskočilová, 2008) zjistili vyšší výskyt disociativních prvků u osob majících v anamnéze OCD, oproti zdravé populaci i proti jiným úzkostným poruchám. Další autoři (in Raszka et al, 2008) detekovali zvýšený výskyt disociací u konkrétních forem projevů OCD (kontrolování, symetrie a přerovnávání, intruzivní⁴ obsese). V současnosti lze také dohledat zmínky o zkoumání pravděpodobného vztahu toxoplasmózy a psychických poruch, konkrétně i OCD (prof. RNDr. Jaroslav Flegr, CSc., přednáška, 5.12.2013 nebo Flegr, 2011). Attwood (2008) mluví až o čtvrtině osob s Aspergerovým syndromem, u nichž lze v anamnéze nalézt koexistenci OCD. Thorová (2006, 302-303) uvádí, že může dojít i k záměně Aspergerova syndromu s úzkostnými anebo anankastickými poruchami osobnosti. Při úzkostné poruše dochází k sebepodhodnocování a vyhýbání se společnosti podobně jako při Aspergerově syndromu. Anankastická porucha i Aspergerův syndrom a určité typy OCD se vyznačují přehnaným perfekcionizmem, důrazem na formální pravidla

³ V některých případech začátku TS v dětství (s komorbiditou OCD) zůstávají v dospělosti přítomny kompulze, byť tiky ustoupily. (Záleský et al., 2005)

⁴ Vtíravá, nutkavá, opakující se, často negativní

a pedantností, což může vést k nepřesné diagnostice a tak je zejména v dětském věku, s ohledem na neukončený vývoj, vhodné pracovat s diferenciální diagnostikou.

Další komplikací může být těhotenství, které sice není onemocněním, nicméně považují za důležité na tomto místě zmínit i tuto eventualitu souběhu s OCD (případně i přímý vliv na propuknutí poruchy), neboť již diagnostikovanou poruchu může zhoršit (Talová, Látalová, Praško, Mainerová, 2014) a významně ovlivňuje možnosti léčby. Jak uvádí Strunzová (2005), je zpravidla možné 1. trimestr zvládnout za pomoci psychoterapie bez užívání farmak. Není-li to možné, jako bezpečná se jeví SSRI s výjimkou fluvoxaminu (tato výjimka platí pro období laktace). Individuální přístup je zde samozřejmostí. Mohou se vyskytnout případy (viz. praktická část diplomové práce), kde riziko pro matku převyšuje rizika pro dítě a farmaka musejí být nasazena i v 1. trimestru.

Není třeba dlouze zdůrazňovat, že výše uvedené komplikace mají zhoršující vliv na průběh i prognózu OCD.

1.2 Diferenciální diagnóza

Obtíže v diagnostice působí skutečnost, že projevy obsedantně-kompulzivní poruchy bývají přítomny u mnohých jiných zejména úzkostných poruch. Smolík (1996) ve výčtu uvádí zejména panické poruchy, sociální fobie a specifické fobie, poruchu nálad a duševní poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek. Pozornost je také potřeba věnovat poruchám autistického spektra, u nichž lze identifikovat některé projevy⁵ shodně jako u OCD a dále i tomu, že i zvýšená pečlivost, přesnost, může být součástí osobnosti jako její rys. Pak ji lze při naplnění diagnostických kritérií eventuálně postihnout jako F.60.5 - anankastická porucha osobnosti. Pokud se bude jednat o dítě, bude situace o to složitější, že různé rituály jsou dlouho považovány za součást hry. Je tedy na dětském psychiatrovi, aby posoudil, zda určité projevy v chování dítěte jsou již za touto hranicí. Tam pak bývá namísto diferenciální diagnóza anankastické poruchy osobnosti a OCD, jelikož vývoj dětí není uzavřen a může být ještě velmi dynamický. Obě nosologické jednotky mohou mít svůj počátek v ranném dětství či adolescenci, je tedy pak na odborném posouzení, zda je úzkost pervazivní povahy a bude svědčit pro svůj široký záběr a těžko ovlivnitelný obsah spíše osobnostní poruše či naopak OCD. Diferenciální diagnostiku však nepředstavují pouze příbuzné neurotické poruchy ale také organické (posttraumatické, postinfekční), ale také již

⁵ Jde zejm. o rigiditu, rituály, ulpívavost, zhoršená schopnost systematického myšlení

zmíněná intoxikace, expanzivní procesy nitrolební, endokrinní poruchy, mozková arterioskleróza, incidentní poruchy i některé rozvinuté formy schizofrenie⁶ a depresivní epizody. Navíc v celé další řadě onemocnění se vyskytuje obsedantně kompulsivní chování⁷ jako je tomu např. u Huntingtonovy nemoci (Praško, Doubek, Diveky, 2010), které může být velmi těžko ovlivnitelné (tamtéž), jako je tomu v některých případech OCD.

1.3 Diagnostická kritéria OCD dle DSM IV ve srovnání s MKN-10

V DSM-IV je tato porucha zařazena mezi úzkostné poruchy a pozbývá vlastní kategorie. Má samozřejmě definovány symptomy, podle jejichž přidruženosti je systematizována celá klasifikace. Tím se daleko více přibližuje výzkumné oblasti oproti MKN-10, v originále označované jako ICD-10⁸ (franc. CIM-10⁹), které více souvisí s klinickou praxí.

Diagnostická kritéria OCD dle DSM-IV (Smolík, 1996, 266,267) :

A: Buď obsese nebo kompulze

Obsese jsou definovány podle těchto čtyř kritérií:

- 1) opakované a neodbytné myšlenky, nutkání nebo představy, které jsou v některém období v průběhu poruchy považovány za dotěrné a nepřiměřené a způsobují výraznou úzkost nebo těžkosti
- 2) myšlenky, nutkání nebo představy nejsou pouze nepřiměřenými obavami týkající se reálných životních problémů
- 3) osoba se pokouší ignorovat nebo potlačit takové myšlenky, nutkání nebo představy, nebo je neutralizovat jinými myšlenkami nebo činnostmi
- 4) osoba rozpoznává, že obsedantní myšlenky, nutkání nebo představy vycházejí z jeho vlastního myšlení (že nepřicházejí zvenku jako při vkládání myšlenek).

Kompulze jsou definovány podle následujících dvou kritérií:

- 1) opakující se aktivity (např. mytí rukou, uspořádávání, kontrolování) nebo duševní činnosti (např. modlení, počítání, tiché opakování slov) k nimž jsou pacienti, jak sami

⁶ Nutno rozlišit, zda myšlenky pacient považuje za své vlastní, či naopak za cizí, vkládané mu do hlavy

⁷ Mluvíme o něm tehdy, nedosahují-li projevy závažnosti OCD

⁸ International Classification of Diseases and Related Health Problems, duševní poruchy v V. oddíle

⁹ La Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes

cítí, pohánění v reakci na obsese, nebo pravidly, která musí být rigidně uplatňována
2) chování nebo duševní činnosti směřující k tomu, aby předcházely nebo snižovaly úzkost nebo předcházely nějaké hrozivé události nebo situaci;
nicméně toto chování nebo duševní činnost buď nejsou reálným způsobem spojeny s tím, pro co byly vyprodukovány a co by měly neutralizovat nebo předcházet, nebo jsou výrazně přehnané.

B: V určitých okamžicích v průběhu poruchy si jedinec uvědomuje, že obsese nebo kompulze jsou nepřiměřené nebo nesmyslné (neplatí pro děti).

C: Obsese nebo kompulze jsou příčinou zřetelných těžkostí, zdržují (zaberou více než 1 hodinu denně) nebo významně narušují normální činnosti jedince, jeho pracovní (nebo studijní) aktivity nebo obvyklé sociální aktivity nebo vztahy.

D: Jestliže je přítomna jiná porucha na ose I, není obsah obsesí nebo kompulzí omezen pouze na ni, např. zaujetí jídlem při poruše příjmu jídla, škrabání vlasů při trichotilománii, pečování o vzhled při dysmorfofobii, zaujetí návykovou látkou při poruše z užívání substance, představou o těžké nemoci při hypochondriáze, zaujetí sexuálními žádostmi nebo fantaziemi při parafilii nebo ruminace pocitů viny při velké depresivní poruše.

Diagnostická kritéria OCD dle MKN-10 (Smolík, 1996, 265,266):

A: Obsese nebo kompulze (nebo obojí) jsou přítomny po většinu dní po dobu nejméně 2 týdnů.

B: obsese (myšlenky, nápady nebo představy) a kompulze (činy) mají sdílet následující projevy, které musí být přítomny všechny:

- 1) Jsou považovány pacientem za jeho vlastní, nikoliv za vnucené nějakou jinou osobou nebo vnějším působením.
- 2) Jsou opakované a nepříjemné a musí být přítomna nejméně jedna obsese nebo kompulze, která je pacientem považována za nepřiměřenou nebo nesmyslnou.
- 3) Pacient se jim pokouší čelit, i když odpor vůči dlouhodobým obsesím nebo kompulzím může být minimální. Musí být přítomna nejméně jedna obsese nebo kompulze, které se pacient snaží neúspěšně čelit.
- 4) Prožitek obsedantní myšlenky nebo provedení kompulzivního činu nejsou samy o sobě příjemné. Měly by se rozlišovat od dočasného uvolnění napětí nebo

úzkosti.

C: Obsese nebo kompulze působí těžkosti nebo ruší pacientovo sociální nebo individuální konání většinou tím, že zabírají čas.

D: Nejběžněji užívané vylučovací podmínky: obsese nebo kompulze nejsou projevem jiných duševních poruch jako je schizofrenie a příbuzné poruchy nebo poruchy nálad.

1.4 Fyziologické koreláty OCD v CNS

Dnešní možnosti zobrazovacích technik v medicíně umožňují v rámci duševních poruch (ale samozřejmě nejen těch) zkoumat funkční a fyzické změny v CNS.

U obsedantně-kompulzivní poruchy usuzujeme na klíčovou roli serotoninového¹⁰ a dopaminového systému (jejich určité poruchy) a to se v důsledku podepisuje na funkcích takových oblastí jako jsou bazální ganglia, orbitofrontální kortex, přední cingulum a thalamus. (Westenberg, Fineberg, Denys, 2007).

Vlastní název bazální ganglia se obecně používá ve vztahu k podkorovým jádrům telencefala, tvořícím základ předního mozku. Patří k nim corpus striatum, složené ze stria (nc. caudatus a putamen) a globus pallidus, dále substantia nigra a jádro subthalamické, kromě toho k nim někdy bývá počítáno jádro accumbens (Kulišťák, 2011, 144)

Pujol et al. (2004) popisují dále zmenšený objem šedé hmoty v určitých oblastech mozku (mediální frontální gyrus, orbitofrontální kortex a levá operkulo-inzulární oblast), zatímco bílá hmota nevykazovala výzkumně statisticky signifikantní odchýlení ve svém objemu proti skupině OCD nezatížených jedinců. V oblastech vykazujících zmenšený objem šedé hmoty, byl pozorován zvětšený objem cerebrospinálního likvoru. Absolutní zvětšení objemu šedé hmoty nebylo pozorováno, ale statisticky významné změny byly zachyceny v oblasti ve ventrální části stria (vč. nc. accumbens), putamen a předního mozečku. Zajímavý nálezn byl učiněn stran vlivu věku u OCD pacientů, kdy u nich nebyl pozorován úbytek hmoty v oblasti ventrálního stria, k němuž s postupujícím věkem dochází. Další zjištění se týkala propojenosti korových a podkorových oblastí, která byla abnormní oproti kontrolní skupině. U pacientů s agresivními obsesemi a kontrolujícími kompulzemi byla zjištěna pravostranná redukce amygdaly. Patogenezi OCD tedy zřejmě podněcuje podle převládajících hypotéz striátum (defektní, nevyvážené či hypertonické – a do něj impulsy vysílající inzula), mozeček a amygdala.

¹⁰ Serotonin zřejmě tlumí hyperaktivitu neuronů v orbitofrontálním kortexu (Westenberg, 2007)

1.5 Dopady poruchy na život pacienta a okolí

Každé psychické onemocnění nebo porucha přináší velmi citelný zásah do struktury života pacienta i jeho nejbližšího okolí. Obsedantně kompulzivní porucha nepatří mezi „smrtící“ choroby jako je třeba rakovina nebo jiné plíživě či frustně se rozvíjející tělesné onemocnění, přináší však ve své rozvinuté formě zcela devastující vliv do životního klidu a harmonie. Můžeme si to ukázat na příkladech několika dalších pacientů v naší psychiatrické ordinaci.

Oblast pracovní: Neexistuje povolání či zaměstnání, které by člověka chránilo před OCD, však v některých profesích se lehká forma může skrýt, dlouhodobě zůstat latentní a podivné počínání je přičítáno pečlivosti, pedanterii případně pouhé úzkostnosti. V naprosté většině případů však tato porucha postupně znemožňuje soustředění na práci, odvádí nevladatelně pozornost, což vede k chybám a narůstání „restů“, kdy práce zcela přerůstá přes možnosti postiženého. V mnoha případech se pacienti vrací do práce i po pracovní době nebo zůstávají v práci, a přesto nejsou schopni dokončit požadované úkoly. Pokud je onemocnění kombinováno s nutností vykonávat rituály, stávají se postižení nejen nápadnými, ale i centrem vtipkování a posměchu okolí. Pacient, který si musí několikrát za hodinu umývat ruce nebude nakonec vnímán jako „čistotný“, ale jako osoba vybočující z normy a stíhá ho nejčastěji posměch, prožívá pocit hanby, ponížení, není však přesto schopen své jednání obvykle ovlivnit. Pracovní nejistota se promítá do jeho výsledků, které potřebuje neustále osobně kontrolovat a vracet se k nim a pro pokračující OCD pak vyžaduje od okolí, aby po něm neustále kontrolovali jeho práci, což ostatní zdržuje a za jeho zády to vyvolává posměch. Toto vše je velice traumatizující, protože OCD není porucha, která by nějak poškozovala intelekt, vnímání či orientaci. Lidé se závažnější formou OCD končí, zcela neschopni vykonávat práci, v invalidním důchodu.

Kazuistika (Cimický, osobní sdělení, 5.6.2013): Lékař, 35 let, s první atestací v oboru. Vždy působil jako suverénní a sebevědomý, vzhledem k malé postavě se snažil budít pozornost jiným způsobem, jezdil do nemocnice na velkém a silném motocyklu a „předváděl se“. Kolegové ho vnímali jako poněkud výstředního, ale chytrého a schopného lékaře. Náhle došlo ke znatelnému zlomu. Lékař zůstal v práci dlouho do noci, odcházel jako poslední před půlnocí, mnohokrát kontroloval všechny své dekurzy, opakovaně chodil za pacienty na pokoj a ujišťoval se, že se jim nic nestalo – což na nemocné působilo stresujícím dojmem – před odchodem několikrát navštívil službu konajícího lékaře a kladl mu na srdce, aby opět kontroloval jeho pacienty, v noci opakovaně telefonoval a ujišťoval

se, že kolega opravdu pacienty kontroloval. Jeho postavení v nemocnici se stalo neúnosným a závodní lékař jej dal do dlouhodobé pracovní neschopnosti a posléze i do invalidního důchodu. Dnes lékař pracuje v administrativě zdravotní pojišťovny.

Oblast rodinná: V okamžiku, kdy se otec rodiny či matka chová nápadně a nestandardně, vzniká celá řada interpersonálních problémů. Většinou se v první fázi projevuje jistá míra ochrany, tatínek či maminka mají moc práce, jsou unavení atd. Okolí se snaží vyhovět, naplňovat submisivně i sebe nesmyslnější příkazy a zákazy. Mnohé úkoly přebírá často „zdravá“ část rodiny a snaží se zastoupit či nahradit chybějící členek. Podobně se stavějí i příslušníci starší generace, rodiče. Tolerance má však své meze a ve chvíli, kdy je již vzhledem k pokročilosti onemocnění a míře komplikací tím způsobených nesnesitelná, dochází i k rozpadům rodiny. Lze těžko zabránit, aby pubertální děti nevnímaly bizarně vypadající chování rodiče jako směšné a provokující a přirozená autorita se vytrácí. Kompulze, rituály, často rodinné klima zcela vyčerpávají. V literatuře jsou popisovány hospodyně, které nutí celou rodinu do neustálého úklidu, ač je všude úzkostlivě čisto a padne-li smítko, je třeba celý úklid opakovat...

Kazuistika (Cimický, osobní sdělení, 5.6.2013): žena, administrativní pracovnice, ve věku 45 let, ve vedoucí funkci, vždy měla sklon k symbolickému konání a vnímání skutečnosti, (vyhýbala se černým dlaždicím, obávala se číslice 13), byla pověřčivá. V létě loňského roku se najednou její myšlení „přesmyklo“ a začaly se jí stále vracet nějaké věty či sousloví, často zcela beze smyslu. Byla nucena se zastavit a opakovat je třeba deset minut se stále zrychlující se kadencí a zvýšeným hlasem. Pokud byla přerušena, musela znovu opakovat, jako za trest a ještě si to dirigovat rukou. Paralelně s tím se začala obávat o zdraví všech a nutila je, aby se po každém příchodu domů všichni sprchovali a kompletně se převlékli. Aby byl doma klid, všichni tento teror respektovali. Dospívající dcera se na ní však dívala se stále větším zděšením, neodvažovala se jí však smát. Reagovala pláčem a to nakonec přimělo pacientku, aby se sama obrátila pro pomoc na psychiatrii.

Oblast společenského života: OCD významně ovlivňuje a limituje i veškeré další aktivity, kulturní i sportovní. Vtíravá obava z onemocnění či nachlazení vede k přehnané snaze o ochranu zdraví, obvykle se stupňuje do monstrózních rozměrů. Různé dietní systémy zcela narušují přirozenou rovnováhu v organismu a zprostředkovaně tak oslabují přirozenou obranyschopnost – což pacient vnímá naopak jako důkaz své „teorie“ a snahy o zdravém životě. V případě, že se choroba projevuje především nevyvratitelnými

pochybnostmi¹¹ a potřebou neustále ujišťování se, narušují se tím i další vztahy v okolí. Postižení se vzhledem ke svému postižení často dostávají do neřešitelných úzkostí, kdy musí opakovaně rušit schůzky a setkání a stávají se pro ostatní nespolehlivými. Svou nejistotu často skrývají za různé sběratelství, které by mělo být jakýmsi štítem.

Kazuistika (Cimický, osobní sdělení, 5.6.2013): muž, podnikatel 36 let, uznávaný a schopný, dlouhodobě úspěšný ve svém oboru. Od vánoc v předloňském roce ztráta jistoty, narůstající pochybnosti, odchází z domova, zamkne a musí se vrátit a zkoušet kliku, lomcuje, až vycházejí sousedé podívat se, co se děje, je mu to trapné, ale musí pokračovat, když nakonec odejde, vrací se z poloviny cesty a jde se opět přesvědčit. Již dvakrát ulomil a vyviklal kliku, musel přivolat zámečníka a vysvětlit to jako náhodu. Přiznává, že již delší dobu musel neustále něco přepočítávat, někdy zcela nesmyslné řetězce čísel, které postupně odečítal a přičítal, což mu zabíralo mnoho času. Přestože si neustále vše kontroloval, opakovaně promeškal důležitá jednání a během tři měsíců ztratil i důležitou zakázku. Koupil si systém tří telefonů, vzájemně propojených, aby byl „neustále“ na příjmu...

Oblast intimního života: Sexuální a partnerský život trpí velmi často. Většinou se nesoulad projeví přehnanou snahou po naprosté zdravotní jistotě a zdraví partnera, kdy je stupňován požadavek na laboratorní vyšetření na příklad viru HIV, což vede k pocitu nedůvěry a nakonec i k rozchodu a pocitu uraženosti. V rodinném intimním životě je frekvence sexuálních styků obvykle významně snížena a mnohdy i zcela vymizí.

Kazuistika (Cimický, osobní sdělení, 5.6.2013): Dívka 22 let, vysokoškolačka, po jednom nezdařeném partnerství začala ji pronásledovat myšlenka, že je sama nakažená virem HIV, opakovaně s nechala vyšetřit a nutila i případné "zájemce a ctitele", aby před intimním sblížením předložili čerstvé negativní vyšetření viru HIV. Partneri ji obvykle jednou vyhověli, ale když požadovala za tři týdny nové vyšetření a zdůvodňovala to tím, že mohli mít styk i s někým jiným, než s ní, spontánně ji opouštěli...

2. Terapeutické možnosti léčby OCD

Mezi základní typy léčby u této poruchy a rovněž jako postup *lege artis* řadíme psychoterapii (např. KBT terapie samostatně postačuje u lehkých a někdy i středně těžkých forem poruchy). U závažnějších případů nasazujeme farmakologické preparáty. Hypnóza

¹¹ V tomto místě textu se nejedná o bludy (poruchy myšlení), nicméně určitá paralela je zde přítomna, proto odkazují na diferenciální diagnostiku a kvalitativní posouzení obsahu pochybností, myšlenek.

se v těchto případech bohužel příliš neosvědčila, což potvrzuje i osobní zkušenost prof. Kratochvíla (viz. praktická část). Odůvodnění lze hledat ve zvýšené potřebě pacientů mít vše pod kontrolou.

Komportementální terapie (symptomatická) představuje techniky snižování úzkosti prostřednictvím různých relaxací (autogenní trénink, progresivní relaxace, soforizace) nebo ovlivňování obsesí (tj. technika zástavy myšlenek¹² a technika paradoxní intence¹³ (Pedinielli, Bertagne, 2013).

Psychoanalýza je také vhodnou metodou (Pedinielli, Bertagne, 2013), avšak možnost jejího použití není určována ani tak „nemocí“ jako konkrétní osobou a jejími schopnostmi „tolerovat stres vznikající v analýze bez regrese, být impulzivní (Praško a kol., 2011) apod., což může být pro pacienta s OCD nedostižné. „Tato metoda vede k emočnímu zranění, nicméně zmírnění obsesí a kompulze nebývá dostatečné“ (Praško, 2008). Psychoanalýza a další formy dynamické terapie se zaměřují spíše na osobnost pacienta a snaží se dopomoci mu k tomu, aby byl schopen úzkost snášet, čemuž výrazně pomáhají zjištění o nevědomých základech takové úzkosti, což zkoumal např. Freud.

Obsedantní neuróza se popisuje a zařazuje v souvislosti s „Oidipovským komplexem“. Projevuje se významnou regresí libida ve fázi sadisticko-anální, v níž zůstává libido fixováno, což způsobuje rozpletení impulzů (ambivalence: láska x nenávisť), topická regrese procesu myšlení (všemožnost a neschopnost myšlenky, magické myšlení) a znovuoobjevení análních fantasmů pozorovaných v obsesích, kompulzích a rituálech, ale i v imaginárním životě. Je charakterizována prevalencí mechanismů obrany, sloužících k ochraně subjektu proti úzkosti (isolace, anulace, přenos), obsese svědčí pro návrat potlačeného (Pedinielli, Bertagne, 2013, 87).

Existenciální analýza, která na neúrozy nahlíží v kontextu ztráty smyslu, přinesla do léčby OCD dvě techniky: paradoxní intenci¹⁴ a deflexi¹⁵ (Kratochvíl, 2006)

Praško (2010) uvádí, že se neosvědčily v problematice OCD ani alternativní přístupy ve formě zážitků z „minulých životů“, rodinné konstelace a léčitelské praktiky, k nimž se mohou v beznadějných případech pacienti vzhlednout.

¹² Zástava myšlenek = rozvíjení chování inhibující objevení obsedantních myšlenek

¹³ Paradoxní intence = humorné zesměšnění, jde o využití humoru, kdy je pacient podporován v přehánění svých symptomatických příznaků do té míry, že je to nereálné a směšné

¹⁴ Paradoxní přání toho, čeho se osoba nejvíce obává

¹⁵ Odpoutání pozornosti od sebepozorování a přesměrování do jiné oblasti

2.1 Obecná doporučení pro úspěšnou léčbu

Ať už je aktuálně využíván jakýkoli terapeutický zásah, jimž je pacient léčen či je alespoň terapeutické působení zaměřeno na zastavení progredující povahy příznaků poruchy, je nutné mít na paměti některá zásadní zjištění o této poruše, která při jejich opomnění mohou zmařit či zkomplikovat celý léčebný proces, a proto se o nich zmiňují již na začátku této kapitoly.

Suicidální tendence mohou být u OCD pacientů výrazné, zejm. pokud jsou symptomy torpidní povahy a nedaří se je ovlivnit. Člověk tak ztrácí svůj dosavadní způsob života a možnost o svém životě rozhodovat, jelikož denní náplň se nachází pod taktovkou symptomů. Pro podivnost chování a časovou náročnost jinak banálních činností může osoba ztratit důležité sociální kontakty, což navíc usnadňuje invalidizování pacientů, k němuž u těžkých forem nezřídka dochází. Beznaděj a potvrzená komorbidita s depresí (Pidrman in Příkryl, 2008) mohou vygradovat v myšlenky na sebevraždu. Sebevražedný pokus v anamnéze nacházíme asi ve 13% (Hollander, Stein, Broatch et al., 1997), proto je důležité nepodceňovat u pacientů poznámky tohoto typu.

Zmiňovaná sociální opora zejm. v podobě citové opory je v léčbě nenahraditelná. Osamocení a nepochopení může být stresovým faktorem i pro zdravé jedince. U úzkostných poruch, které jsou charakteristické nestabilitou a hypersenzitivitou, je vše ještě více vygradováno. Proto Praško (2010) doručuje citlivý přístup, trpělivost, laskavost a porozumění.

Pacient si OCD nezaviní nikdy sám. Proto je důležité vyhnout se jeho obviňování z nemoci jako takové ale i z neschopnosti či úchyly. Tito pacienti mají i tak velmi blízko k sebeobviňujícím tendencím a není ku prospěchu léčby u nich míru úzkosti (dominující faktor) ještě zvyšovat. Proto je také nenutíme, nekritizujeme, ale spíše vedeme, podněcujeme a vždy velmi pečlivě zvažujeme, což se týká zejména psychoterapie, čeho je pacient aktuálně schopen. Příliš rychlé pokroky a přehlčení či přetížení pacienta může mít zcela opačný účinek.

2.1.1 KBT-terapie

KBT je vhodná téměř u všech psychiatrických pacientů. Samotná KBT (tj. bez preskripce farmak) má účinnost asi 70 %. (Praško, 2008). KBT přístupy byly a jsou zvoleny jako postup první volby při léčbě úzkostných poruch (Praško, Možný, Zbytovský,

Pašková, Prašková, 2003). Kognitivní terapie působí u OCD pacientů na jejich tendenci nadhodnocovat nebezpečí a fungovat ve stínu abnormální percepce zodpovědnosti. Behaviorální terapie zase ukazuje pacientovi, že nenastane např. tragická událost, jíž se bojí, tím, že po expozici pacienta nedovolí provést jeho „rituální protiopatření“, aby mohl zjistit, že tolik obávaný následek (např. tragická nehoda postihující někoho blízkého) nenastane (van Oppen et al. in Kašpárek, Příkryl, Sýkovová, Baláž, 2012).

Praško a kol. (2003, 42) uvádí základní nástroje následovně:

- kognitivní práce s pacientem:

- kognitivní restrukturalizace automatických negativních myšlenek, jejich odhalení, testování a nalezení důvěryhodné racionální alternativy k nim
- označení kognitivních omylů, mylných kognitivních procesů, které vedou ke zkreslení, katastrofizaci či nesprávné interpretaci podnětů
- testování kognitivních schémat, jejich formulace a akomodace do flexibilnější, méně kategorické alternativy
- odstraňování kognitivního vyhýbání

- behaviorální práce s pacientem

- plán hierarchických expozic
- denní či víkendové plánování aktivit (+ krizový plán – Praško, 2008)
- vypracování systému odměn
- behaviorální experimenty
- nácvik relaxace
- plánovaná fyzická aktivita

Jako kombinaci technik je možné využít např. řešení problémů v životě, nácvik sociálních a komunikačních dovedností apod.

Willson a Branch (2004) doporučují sepsat tři seznamy: seznam všech hlavních obav a strachů, dále přehled ochranných a obranných rituálů a následně výčet všech způsobů „obranného“ chování. Tyto seznamy umožní přesně zacílit expozici (vystavování daným strachům a obavám) a pravidelné (každodenní) písemné záznamy pacientovy činnosti a jeho emocí umožní sledovat vývoj v zastavování kompulzivní a obsesivní patologie, což můžeme zužitkovat v motivaci pacienta. Tito autoři také doporučují v situaci, kdy se nedaří prováděné rituály zastavit, pokoušet se alespoň o odklad jejich provedení či je modifikovat (vytvořit si zkrácenou verzi). Kládou důraz na opakované pokusy bojovat s OCD a

nevzdávat se, byť účinek terapie není zřetelný. Na druhou stranu upozorňují, že zastavení rituálů ještě neznamená výhru a je nanejvýš důležité nadále pracovat s psychikou člověka v oblasti uvolnění, relaxace, odolnosti vůči stresu a také v chápání vlastní zodpovědnosti, která má u pacientů až hypertrofické hodnoty. Dovolím si na tomto místě uvést techniku, která má rozvíjet objektivní percepci zodpovědnosti.

- Identifikujte událost, za níž jste zodpovědní (například vykradení vašeho bytu, onemocnění)
- Označte procento vaší osobní odpovědnosti, které přisuzujete, když se taková událost stane (od 0 do 100)
- Vyjmenujte i ostatní faktory, které usnadnily a spoluúčastnily se na vývoji situace a stanovte i vaši přímou roli v tom
- Vytvořte koláč odpovědnosti (namalujte velký prázdný kruh, v němž jsou všechny faktory odpovědnosti, které událost ovlivnily a nebo přímo zavinily). A nyní rozdělte koláč na jednotlivé díly, podle toho, jakou míru odpovědnosti přiřítáte faktorům, vyjmenovaným v etapě III. A sami sebe zapište na posledním místě.
- Znovu zvažte svůj díl skutečné zodpovědnosti, na základě tohoto rozdělení. Stanovte škálu od 0 do 100 jako v etapě II.

Tuto techniku lze použít i pro negativní události, které se opravdu staly - ztráta zaměstnání, konec vztahu, nemoc někoho milovaného (Willson, Branch, 2004, 12).

KBT je možné doplnit o skupinovou terapii (přímé účinky na obsese a kompulze nejsou potvrzeny). V podobě svépomocné skupiny, v níž mohou být přítomny také blízké osoby, však může být účast pro pacienta přínosem (Praško, 2008).

2.1.2 Farmakologická léčba

Jak již bylo řečeno v kapitole o neurofyziologických korelátech nemoci v mozku, vyznačuje se OCD abnormitou serotoninového systému. Je tedy na místě využívat léčebně preparáty, které tuto chemickou nerovnováhu odstraňují. Takovými preparáty jsou blokátory zpětného vychytávání serotinu SRI (nebo v jejich selektivní verzi SSRI) ze synaptické štěrbin.

„Jejich výhodou je specifické působení na příznaky OCD a odstranění depresivní nálady“ (Praško, 2008). Kupodivu však existuje málo důkazů pro narušení serotoninergního systému a tak na tento možný biochemický podklad OCD usuzují odborníci pro klinický účinek podávání SRI u OCD pacientů (Westenberg et al., 2007).

Prvním lékem, který se užíval pro léčbu byl clomipramin (na trhu od 60. let jako antidepresivum, při jehož preskripci bylo zjištěno, že depresivní lidé s OCD na léčbu reagovali rovněž snížením obsesí a kompulzí. Dnes je clomipramin některými autory

považován za jeden z léků, který musí být užit v rámci neúspěšné SRI léčby, aby takový stav OCD mohl být považován za rezistentní (Westenberg et al, 2007). Již zmíněné SSRI však nabízí účinky clomipraminu při menších vedlejších účincích. Velkým pozitivem u nich je, že nevzniká návyk (obdobně jako u SNRI, která jsou v podobě venlafaxinu rovněž osvědčená). Mezi indikovaná SSRI patří zejm. escitalopram (nově řazený mezi ASRI¹⁶), sertralin, citalopram, fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin. Antidepresiva zabírají dle Praška (2008) asi u 60 – 70% nemocných OCD. Nemají však okamžitý účinek a vytvořit potřebnou hladinu neurotransmiteru v organismu trvá cca 3 – 8 týdnů (Kašparová, Novotná, 2009) a samotný účinek na obsese a kompulze můžeme pozorovat třeba i za 3 měsíce (Praško, 2008).

Tam, kde léky v jednotlivé preskripci nemají předpokládaný účinek, rozhoduje zpravidla lékař o jejich změně, kombinaci (Pálová, Kovaničová, Kitková, Breznošćáková, 2007) či navýšení na supramaximální dávky. Další cestou jak přimět organismus k odpovědi je augmentace¹⁷ atypickými antipsychotiky (haloperidol, olanzapin, risperidon, quetiapin), u nichž se však často vyskytuje nárůst hmotnosti (Vaškovský, 2003). Vzhledem k jejich účinku je možné se domnívat, že i dopaminergní systém bude u pacientů s OCD vykazovat určitou odchylku (Westenberg et al, 2007).

2.2 Další možné podpůrné techniky v léčebné terapii

V rámci snižování úzkosti se nám v Modré Laguně¹⁸ opakovaně osvědčila akupunktura, zejména sestava na celkovou harmonizaci. Pacienti vypovídali o snížení vnitřního napětí a menší potřebě naplňovat nutkání či rituály, v některých případech došlo i k celkovému zlepšení a ústupu potíží. Ověřená sestava: TM 19-20 + korunka, IC 4, P7, C7, PC 6, JM 17, G 36. (Cimický, osobní sdělení, 24.9.2013)

Kazuistika: Paní F. trpí OCD již pět let, postupně se zhoršující stav vyvrcholil v létě 2013, kdy původně vtíravé myšlenky a nutkání vykonat nějakou aktivitu vyvrcholily ruminacemi a opakováním slov se zvyšující se kadencí hlasu (onomatomanie) a doprovázené i motorickým gestem, nejčastěji rukou nebo nohou.

Do centra myšlení se dostávala náhodná slova, která musela opakovat i dvě hodiny až do únavy a k velikému zděšení rodiny a dětí. Musela se zastavit jako by se „zasekla“ a

¹⁶ ASRI = allosterický inhibitor zpětného vychytávání serotoninu

¹⁷ Augmentace = podání dalšího preparátu, který zesílí účinek antidepresiva

¹⁸ Modrá Laguna – psychiatrická ambulance a centrum duševní pohody v Praze

v nehybné poloze jen opakovala konkrétní slovo, nemohla zastavit, ač si uvědomovala nesmyslnost a nápadnost svého počínání. Proto v zoufalé situaci vyhledala naši pomoc. Aktuálně po půl roce akupunkturální terapie a po nasazení Sertralinu se stav výrazně upravil, je schopna již vlastní sebeobrany (motorická: úkrok stranou, kdy se „dostává z vlivu“ a vymaní se z nutnosti opakovat slova, verbální: zaklínací formule abrakadabra, která má „moc“ zastavit opakování)

Tato kazuistika samozřejmě není výzkumným ověřením účinnosti akupunktury v problematice OCD. Zmiňuji ji na tomto místě zejména proto, že představuje jednu z dalších možností (i třeba jen podpůrnou léčebnou techniku), jak pacientům pomoci a těchto možností ovlivnění torpidních obsesivně-kompulzivních symptomů opravdu není mnoho, přitom každé i mírné jejich snížení přináší pacientům velkou úlevu.

Jiná technika pracující s omezenou zevní stimulací byla zkoumána a ověřována (při současné kombinaci s kognitivně-behaviorální terapií) na úzkostných pacientech a rovněž na pacientech trpících OCD. Walker, Freeman a Christensen (in Kupka, 2011) pozitivní vliv Chamber REST na tuto skupinu pacientů poté také dokladovali.

2.3 Problematika těžkých forem OCD a jejich léčba u nás a v zahraničí

Podstoupil-li pacient již více léčebných farmakologických kúr, v níž bylo alespoň jednou přistoupeno k augmentaci a toto selhalo včetně kognitivně-behaviorální léčby, je toto považováno za projev refrakterní (neovlivnitelné) OCD (Westenberg et al, 2007).

Kamarádová, Látalová, Praško, Grambal, Černá (2013) označují za „léčebný úspěch pokles ve stupnici Y-BOCS¹⁹ alespoň o 35%. U obsedatně-kompulzivní poruchy koreloval pokles v Y-BOCS s mírou náhledu a absencí komorbidní poruchy osobnosti.

Pokud se však výsledků nedaří dosáhnout a chronicita OCD značně komplikuje život pacienta, můžeme hovořit o indikaci k neurochirurgické léčbě. Rovněž Praško (2008) odkazuje při nedostatečné nebo žádné reakci na farmaka a KBT na experimentální metody rTMR a EEG biofeedback. Kulísková (2001) zmiňuje i elektrokonvulzivní terapii.

U nemocných s OCD se v současné době nabízí dvě metodologicky trochu odlišná operační řešení. V jednom případě jde o tzv. hlubokou mozkovou stimulaci (DBS) se

¹⁹ Y-BOCS = Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (skládá se z 10 dotazů na obsese a kompulze, na 5 stupňové škále testovaný zaznamenává, jak tíživé či časté jsou obsesivně-kompulzivní projevy. Jde o orientační sebesozovací dotazník.

zavedením intracerebrálních trvalých elektrod a v druhém případě jde o lezionelní výkon, při kterém provedeme elektrokoagulaci příslušné mozkové tkáně. Elektrostimulační (neuromodulační) metoda není zatím u nás hrazena a v zahraničí naráží na technické problémy (velká spotřeba elektrické energie, nutnost častější výměny stimulatorů). Prakticky tedy u nás můžeme nyní nemocnému nabídnout přední kapsulotomii z minimálního přístupu (návrst cca 4mm). V novější historii jsme provedli 3 takové výkony. Výsledky byly snad dobré, ale podrobná psychiatrická vyšetření jsme zpět nedostali. Jinak náš tým je vlastně pokračovatelem školy doc. Vladyky z Neurochirurgické kliniky v ÚVN. (MUDr. Dušan Urgošík, CS., osobní sdělení, 22.března 2012) .

2.3.1 Deep brain stimulation (DBS)

Hluboká mozková stimulace je neuromodulační neurochirurgická metoda, při které jsou stereotakticky implantovány elektrody do hlubokých oblastí mozku. DBS je perspektivní metoda pro pacienty s rezistentní obsedantně-kompulzivní poruchou v podobě schválené indikace chronické stimulace oblasti ventrálního striáta a ventrální části předního raménka capsula interna.(Kašpárek et al., 2012, 190).

Obdobně jako u kapsulotomie (viz. dále) předchází samotnému implantačnímu zákroku podrobné vyšetření včetně anamnestického rozhovoru, psychologického vyšetření, lékařské konzultace a je-li rozhodnuto o provedení operace, pak i předoperační scénář popsany výše o radiologické stereotaxe (tj. MR, rám apod.).

Léčba je dobře tolerovaná, reverzibilní a dostupná i v ČR ne však zatím v indikaci OCD. MUDr. Urgošík (osobní sdělení, 21.2.2013) uvádí, že o umožnění této terapie pro pacienty s OCD usilují, ale pojišťovny ji zatím neproplácejí, tudíž ji užívají pouze k léčbě extrapyramidových poruch pohybu. Cestou k ní je zřejmě získání grantu. Přednáška týkající se srovnávání účinku terapie OCD pomocí gama nože a DBS, která zazněla na evropském kongresu pro funkční a stereotaktickou neurochirurgii v Lisabonu (jehož byl MUDr. Urgošík účasten), měla obsahovat sdělení o převažujících komplikacích v neurochirurgické léčbě OCD na straně elektrostimulací.

Ve Francii se vydali v léčbě rezistentních forem OCD právě touto cestou. Profesor Chabardès z neurochirurgické kliniky v Grenoblu uvedl (osobní sdělení, 20.2.2013) , že DBS u nich podstoupilo 18 pacientů s těžkou OCD, z nichž se 5 uzdravilo zcela a 8 výrazně zlepšilo. Metoda je stále ve fázi výzkumu, přesto se její účinky zdají být povzbudivé. Technika spočívá v bilaterální implantaci stimulačních elektrod do

nemotorického části talamického jádra a pro další informace odkazují na výzkum profesora Chabarda et al. (2013).

2.3.2 Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS)

Tato metoda využívá principu elektromagnetické indukce, kdy se na povrch hlavy přiloží malá cívka, přes kterou prochází primární proud, ten vyvolá tvorbu magnetického pole. Oscilace magnetického pole v mozku indukují vznik sekundárního proudu. Výsledkem je depolarizace neuronů. Mechanismus, kterým rTMS ovlivňuje funkci mozku, není dosud zcela objasněn. Známé je zatím pouze, že rTMS o vysoké frekvenci zvyšuje mozkovou excitabilitu, zatímco nízkofrekvenční ji snižuje. Pacient je při zákroku zcela při vědomí (Příkryl, 2013, 12-13).

Srovnání 9 studií, které popisují účinky rTMS u OCD (in Příkryl, 2013) přináší další naději pro OCD pacienty (některé výsledky popisují až 40 % snížení skóre na Y-BOCS), nicméně jak uvádí Příkryl (2013), je potřeba provést studie na větším vzorku s jasně definovanými vlastnostmi, (demografické, klinické, stimulační a neurofyziologické parametry) s využitím kontrolních skupin, aby bylo možno posoudit terapeutickou odpověď.

3. Psychochirurgie (psychiatrická neurochirurgie)

3.1 Historický vývoj

Začátky psychochirurgie psala snaha ovlivnit chování pacienta. Že je to možné ukazovaly experimenty na šimpanzích. Fulton a Jacobsen z Yale v r. 1935 (in Liščák, 2009,215) „prezentovaly změny chování šimpanzů po ablaci frontálních laloků“.

Tyto poznatky se podařilo převést i do humánní medicíny²⁰. (Za úplně první zákroky tohoto druhu lze již považovat historické trepanace lebky²¹). Neurochirurgické zákroky u osob s psychickými poruchami však byly v minulosti pro svou příliš invazivní povahu a často sporadický výsledek vnímány spíše negativně. Nezanedbatelný podíl na tom jistě měla i tehdejší úroveň znalostí o strukturách a funkcích mozku a naprosto nedostatečná možnost zrakové kontroly v místě zásahu jako i malé technické možnosti.

²⁰ V Evropě se tomuto tématu věnovali Moniz a Lima, v USA Freeman a Watts.

²¹ Jako pouhrazová léčba, léčba duševních poruch, rituální úkon

Freeman a Watts (in Novák, Chrastina, 2007) popsali případy, kdy byla u pacientů (léčených pro jiné obtíže) při operaci poškozena oblast gyrus cinguli a následně u nich došlo ke snížení tenze. Svou technikou navázali na Monize s Limou (tamtéž), kteří poprvé provedli operaci označenou jako prefrontální leukotomie v roce 1935, údajně poté, co jim Fulton (tamtéž) odmítl spolupráci na provedení obdobných zákroků (jako u šimpanzů) na duševně chorých osobách. Freeman dále svou operační techniku vyvíjel.

Po „anestezii“ pomocí elektrošoku zavedl ve směru nosního hřbetu přes strop očníce nástroj, který vycházel z kuchyňského sekáčku na led...výkyvy nástroje přerušil dráhy bílé hmoty.

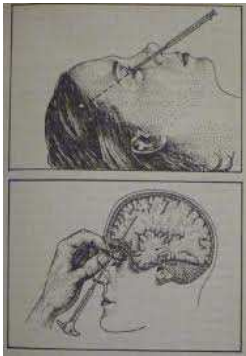


Obr. 4. Rozsah výkonu a směr operačního nástroje při transorbitálním přístupu - Fiamberti, Freeman.

Obr. 1 Rozsah výkonu a směr operačního nástroje při transorbitálním přístupu – Fiamberti, Freeman²²

Jeho agresivní způsob mediální prezentace vedl k široké popularitě jako všeléku u duševních poruch, počínaje neurózou, přes psychózu a depresi po kriminalitu...byl masově prováděn i mimo nemocnice (např. v hotelových pokojích)...Watts otřesen operační „technikou“ svého partnera ukončil jejich spolupráci. Až do 60. let Freeman prováděl lobotomie i u jinak zdravých adolescentů s diagnostikovanou anxiozitou. Fatální krvácení z přední mozkové tepny u jedné z operovaných nemocných ukončila v roce 1967 Freemanovu kariéru (Novák, Chrastina, 2007,187).

²² Získáno z <http://psychiatrie.histoire.free.fr/traitmt/lobo.htm> dne 1.1.2014



Obr. 2 Leukotomie/lobotomie²³

Prefrontální leukotomie se vyvíjela i nadále a byla aplikována v mnoha zemích. Zásadní změnu do neurochirurgie duševních poruch však vnesla první stereotaktická operace²⁴. Ta byla provedena v roce 1947 u psychotického pacienta a v roce 1952 u pacienta s OCD (tehdy v oblasti nucleus anterior princeps thalami). Pro thalamický zásah, jak uvádí Nádvořík (in Novák, Chrastina, 2007), hovořily výsledky studií popisující po zásahu do bílé hmoty frontálního laloku degenerativní změny thalamických jader.

Stereotaxe a příchod účinných psychofarmak spolu se zveřejňovanými negativními důsledky lobotomie - citová oploštělost, apatie, infantilita, ztráta spontaneity, bezcílnost atd. (Hoffman in Novák, Chrastina, 2007) uzavřely období lobotomií. Dnešní poznatky z neurochirurgie, psychiatrie, psychologie a dalších např. technických oborů umožňují působit přesně na zvolenou oblast mozkové tkáně a to s minimálním poškozením jejího bezprostředního okolí nemluvě o absenci vytváření přístupových cest ke zvoleným strukturám, což nutně znamenalo devastující zákrok a to i pro místa zcela nesouvisející s řešeným onemocněním.

3.2 Stereotaxe

Stereotaxe je neurochirurgická metoda umožňující pomocí složitých trojrozměrných výpočtů zacílit na chorobné ložisko v mozku a operovat ho použitím dalších technik, např. radioaktivními paprsky gama nože²⁵. (Vokurka, Hugo a kol., 2002, 788-789)

Kašpárek et kol. (2012, 192) uvádějí 4 lezionální přístupy:

- cingulotomie (anterior cingulotomy, leze předního cingula)

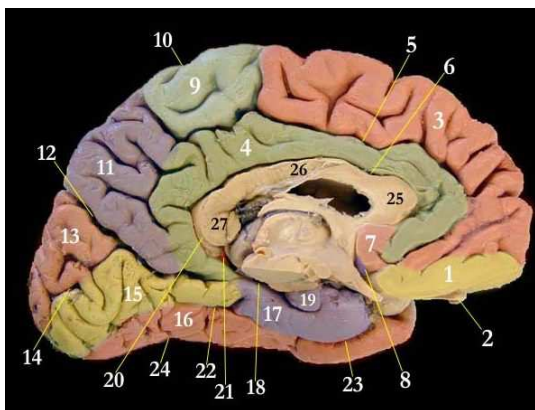
²³ Získáno z <http://psychiatrie.histoire.free.fr/traitmt/lobo.htm> dne 1.1.2014

²⁴ Provedli ji Spiegel a Wycis

²⁵ stereo- týkající se prostoru z řec. stereoma těleso, spec. geometrické těleso, přen. cokoli prostorového, pův. stereos pevný; taxis řazení, pořádek (Vokurka, Hugo a kol., 2002, 789)

- anteriorní kapsulotomie (leze předního raménka capsula interna)
- limbická leukotomie (jde o cingulotomii spolu se subkaudátovou traktotomií)
- subkaudátová traktotomie (subcaudate tractotomy) , které se v současné době používají u OCD a u nichž je popisován časový odstup mezi provedením operace a ústupem obtíží. Zlepšování stavu je pozorováno v průběhu jednoho roku. Ke klinickému účinku je tedy nejspíš potřeba určitá reorganizace CNS.

„Rostrální²⁶ cingulum je jedno z míst CNS, kde je největší koncentrace opioidních receptorů, a ty se podílejí na zpracování chronické nociceptivní²⁷ aktivity a s tím spojené bolestivé percepcie“ (Liščák, 2009,212).



- 1.Gyrus rectus
- 2.Bulbus olfactorius
- 3.Gyrus frontalis medialis**
- 4.Gyrus cinguli**
- 5.Sulcus cinguli
- 6.Sulcus corporis callosi
- 7.Area subcallosa
- 8.Gyrus paraterminalis
- 9.Lobulus paracentralis
- 10.Sulcus centralis
- 11.Praecuneus
- 12.Sulcus parietooccipitalis
- 13.Cuneus
- 14.Sulcus calcarinus
- 15.Gyrus lingualis
- 16.Gyrus occipitotemporalis med.
- 17.Gyrus parahippocampalis
- 18.Sulcus hippocampi
- 19.Uncus
- 20.Gyrus fasciolaris
- 21.Gyrus dentatus
- 22.Sulcus collateralis
- 23.Sulcus rhinalis
- 24.Incisura praeoccipitalis
- 25.Genu corporis callosi
- 26.Truncus corporis callosi
27. Splenium corporis callosi.

Obr. 3 Mapa mozku²⁸

Po popsání těchto souvislostí se cingulotomie přestala považovat za psychochirurgický výkon. Jelikož pro účely radiochirurgie lze využít pouze první ze dvou výše uvedených postupů (Liščák,2009), budu se v dalším textu orientovat zejména na zmíněnou kapsulotomii.

²⁶ Tradiční označení anatomického směru v centrální nervové soustavě zhruba odpovídající jejímu funkčnímu uspořádání (resp. fylogenetickému vývoji) od spodního konce míchy k přednímu okraji mozku, dosl. k nosu. V míše tak odpovídá novějšímu kraniální (krční mícha leží rostrálně od hrudní), v mozku anterior (třetí mozková komora leží rostrálně od čtvrté). Opačný směr je kaudální. *Přestože termín již neodpovídá současnému anatomickému názvosloví, běžně se užívá v názvech různých struktur (např. tractus spinocerebellaris rostralis), podobně se užívá pro průběh drah začínajících v míše a končících v mozku (r. průběh má např. spinothalamická dráha) [lat. rostrum zobák, rypák, rodo hlodat] (Velký lékařský slovník, online).*

²⁷ Nocicepce = smysl organismu pro vnímání bolesti

²⁸ Získáno dne 31.12.2013 z <http://search.centrum.cz/>

3.3 Stereotaktická radiochirurgie

Stereotaktická radiochirurgie (SR) představuje léčbu mozkových lézí pomocí externího ozáření svazky ionizujícího záření. K lokalizaci cílového ložiska slouží stereotaktické zobrazovací metody. Cílem SR je aplikace dostatečně vysoké dávky ionizujícího záření do stanoveného cílového objemu dané velikosti, tvaru a lokalizace, aby se vyvolal požadovaný radiobiologický efekt v ozařovaném objemu za současného šetření okolní zdravé mozkové tkáně (Liščák, 2009,19).

Úspěšné provedení zákroku závisí tedy dle Liščáka (2009,19) na dvou parametrech a to: na přesném „geometrickém zobrazení a určení místa, které chceme léčit“ a na „volbě, fokusaci, dozimetrických a radiobiologických účinků ionizujícího záření na tkáň“. V současné době jsou v oblasti radiochirurgické léčby k dispozici 3 systémy:

- Leksellův gama nůž – Nemocnice na Homolce, Praha, od roku 1992
- BrainLAB systém pro lineární urychlovač – Fakultní nemocnice Motol, Praha, od roku 2000 Masarykův onkologický ústav, Brno od roku 2004
- Cyberknife – robotický lineární urychlovač - Nemocnice Ostrava od roku 2010

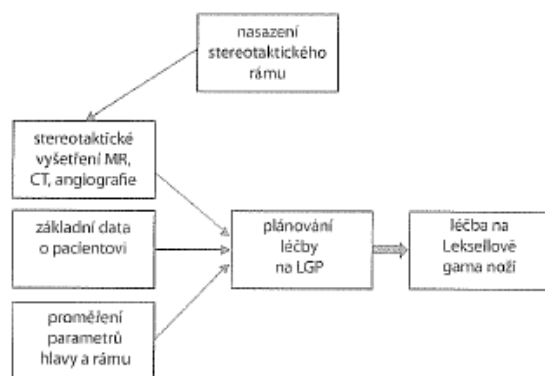
Pro OCD přichází v úvahu léčba prvním uvedeným zařízením .

3.3.1 Leksellův gama nůž

Instalován byl v nemocnici na Homolce v roce 1992 jako 37. na světě a 8. v Evropě. Využívá se mimo jiné k léčbě funkčních onemocnění²⁹ mezi něž řadíme léčbu bolesti, pohybových poruch, epilepsie a oblast psychochirurgie.

Pro pacienty s torpidní formou OCD tento 20 tunový přístroj představuje šanci na zmírnění nutkavého chování, které se nepodařilo zvládnout psychoterapeuticky ani farmakologicky. Před samotným zákrokem však musí pacient projít důkladným předoperačním vyšetřením. Schéma těchto úkonů je uvedeno na obrázku níže.

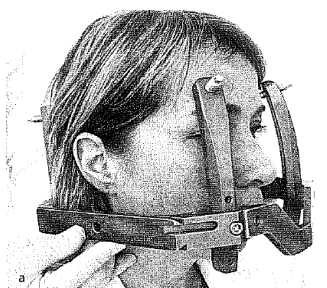
²⁹ Leksellova gama nože se užívá u léčby těchto skupin onemocnění: benigní a maligní nádory, cévní malformace, funkční onemocnění a onemocnění oka.



Obr. 4 Základní schéma procesu léčby pacientů na Leksellově gama noži (Liščák, 2009, 33)

3.3.2 Stereotaktický rám

Stereotaktický rám (obr. 2.2) je invazivně v lokální anestezii pomocí 4 šroubů³⁰ upevněn k hlavě pacienta, čímž je dosaženo jeho stabilní polohy vzhledem k mozkovým strukturám. Jak bude rám upevněn k hlavě, tj. kde budou uchyceny podpůrné sloupky určuje neurochirurg. Následně pomocí zobrazovacích metod (MR, CT, AG, PET) mohou lékaři lokalizovat přesně polohu cílového bodu (dle onemocnění) pro jeho ozáření s přesností na 1 mm (Liščák, 2009).



Obr. 5 Ukázka invazivní fixace stereotaktického rámu k hlavě pacienta pro léčbu Leksellovým gama nožem (Liščák, 2009,32)

3.3.3 Plánování léčby

V současné době mají lékaři již k dispozici počítačový program, který umožňuje rychle a efektivně naplánovat léčbu podle získaných dat³¹. Lékaři tak dostávají informace o

³⁰ Hliníkové šrouby jsou zakončeny titanovými hroty

³¹ Patří sem: základní data o pacientovi (identif. údaje, diagnóza, geometrie hlavy, stereotaktický rám), základní fyzikální data, modul práce s obrazy (veškerá obrazová dokumentace, MR,CT,PET,angiografie), modul přenosu ozařovacího plánu do LGN (souřadnice, úhel náklonu hlavy, ozařovací čas atd.)

optimální intenzitě a rozložení záření. Cílem je dosáhnout maximální dávky záření do zvoleného bodu a současně minimalizovat dávku zasažení okolní zdravé tkáně a zásadních orgánů. U pacientů v reprodukčním věku si lékaři také ověřují celkovou radiační zátěž³² z léčby (Liščák, 2009).

3.3.4 Reakce na ozáření

Citlivost na ozáření (radiosenzitivita) je tím větší, čím hlubší místa zářením zasahujeme. Liščák (2009) ve výčtu nejcitlivějších oblastí uvádí hlavové nervy a mozkový kmen, dále hypotalamus a talamus. Ionizující záření působí také na bílou hmotu mozkovou, zatímco šedá kůra mozková je nejrezistentnější.

Komplikace po radiaci dělíme na akutní³³, k nimž patří zejména edémy mozkové tkáně způsobené porušením permeability drobných kapilár a poruchou hematoencefalické bariéry, a na pozdní³⁴. K těm řadíme typické poradiační změny mozkové tkáně. Neurony jsou buňky diferencované a jsou v podstatě rezistentní vůči radiaci. Pozdní tkáňová poškození jsou tedy způsobena zejména poškozením gliálních elementů (Liščák, 2000, 70).

3.3.5 Psychologická péče o pacienty léčené gama nožem

Závažná onemocnění vyvolávají v lidech nejružnější obavy, je to především strach z bolesti, ztráty důstojnosti, soběstačnosti a schopnosti rozhodovat o svém životě. To zpravidla apeluje na změnu pacientova hodnotového systému. Je to však období plné mnohých dalších změn, životní situace vyžadující po pacientovi zásadní úpravy v zaběhnutém životním stylu a zvýšenou potřebu přizpůsobení se.

Toto všechno může do určité míry ovlivnit osobnost nemocného: druh onemocnění a způsob léčby, délka trvání nemoci a skutečnost, zda se jedná o onemocnění s dobrou prognózou či jde o progredující charakter. O tom, že zanedbatelný vliv nemá ani samotný přístup lékařů a ošetřujícího personálu, se již napsalo mnohé. Přesto se může stát, že některý z uvedených podpůrných prvků (včetně rodinných příslušníků) nebude schopen zajistit potřebnou pomoc či bude zcela v rozhodujících okamžicích chybět.

Působení psychologa na oddělení stereotaktické a radiační neurochirurgie se datuje od samého počátku existence tohoto oddělení. Klinický psycholog může vysoce

³² Celkovou radiační zátěž zjišťuje program vyvinutý k tomuto účelu v Nemocnici na Homolce.

³³ Vznik do 90 dnů po zákroku

³⁴ Doporučený interval pro sledování je 5 let

sofistikovanou stránku léčby poněkud humanizovat a obohatit ji o dimenzi lidsky účastné pomoci nemocným. Přitom dlouhodobě prováděné rešerše biomedicínské literatury nepřinesly žádné konkrétní poznatky o zjišťování a poskytování psychologické péče nemocným léčeným pomocí gama nože, o sledování změn jejich psychického stavu či o možnosti jejich psychologického ovlivňování kdekoliv ve světě. Dokonce ani základní literatura či dostupné sborníky referátů z mezinárodních konferencí o léčení gama nožem neuvádějí žádné konkrétní poznatky o psychologické péči o tyto nemocné (Liščák, 2009,73).

Jak Liščák (2009) dále uvádí, psycholog není ani v týmu amerických radiačních pracovišť. Přitom jeho úlohu vidí v polidštění jinak zcela technické stránky léčby a také třeba i v tom, že vyplňuje prázdný prostor mezi pacientem a lékařem, který vzniká zásadní rozdílností rolí obou účastníků vztahu. Pacient ztratil zásadním způsobem zdraví, životní rovnováhu, rozhoduje se o jeho budoucnosti – emoční excitovanost je v takové situaci zcela normální. Lékař naopak může pacientovo chování vnímat jako nevděk. Proto by psycholog měl být u takových to zákroků pacientům k dispozici.

Osvědčil se postup neustále prověřovaný každodenní praxí, spočívající v navázání pozitivního emočního vztahu, napomáhajícího rychlejší adaptaci nemocného na očekávaný výkon. Mezi nejdůležitější patří dobrý oční kontakt, promptní reakce na pacientova sdělení, probrání toho, co pacienta zajímá, věnování plné pozornosti tomu, co říká, úsměv ve vhodném kontextu a povzbuzování pacienta k otázkám. Těmito postupy se neverbálně dává najevo uznání druhého jako hodnotné osobnosti. Podnětem i nástrojem působení je osoba psychologa a jejím předmětem je osoba pacienta. Psycholog, pracující s nemocnými léčenými pomocí gama nože, by neměl být pouze odborníkem schopným provádět psychodiagnostiku a ovládající některou psychoterapeutickou techniku. Zde nelze pacientovi pomoci pouze odbornými znalostmi či léčebnou technikou, ale především zralým a citlivým přístupem (Liščák, 2009, 74-75).

Kořán (1994) uvádí, že se pro snížení negativních emocí (strach, úzkost) ze zákroku osvědčila následující triáda v kontaktu s pacienty. Předně je s pacientem veden komplexní rozhovor, aby bylo ověřeno, jaké informace o zákroku pacient má, co od něj očekává, jaké konkrétní obavy zažívá, přičemž se informace o zákroku doplňují či opravují (k dispozici jsou brožury, instruktážní film) a výhodné stran pozitivního ovlivňování je i umístit pacienta čekajícího na zákrok na pokoj, v němž se zotavuje pacient ze zákroku již prodělaného. Následně se psychologickým vyšetřením zjišťuje dynamika subjektivního

prožívání, psychopatologické jevy a základní emoční rysy. Tím je zmapován stav psychiky pacienta a snáze se zvolí vhodný psychoterapeutický postup.

Dle sdělení PhDr. Lenky Krámské (osobní sdělení, 6.2.2013) z nemocnice Na Homolce jsou v současnosti pacienti systematicky neuropsychologicky vyšetřováni a dlouhodobě sledováni v rámci jejich oddělení, aby mohly sledovat výsledky a byly si jisti jejich srovnatelností (použití stejných metod atd.)

VÝZKUMNÁ ČÁST

4. Popis výzkumu a jeho cíl

V praktické části se budu věnovat dvěma případům natolik závažné formy OCD, že byla pacientům nabídnuta v podstatě jediná dosud nevyužitá možnost ovlivnění jejich potíží a to prostřednictvím stereotaktické operace. Pro indikaci OCD je tento invazivní zákrok na mozku v rámci České Republiky unikátní, jelikož ventrální kapsulotomie byla provedena pouze u několika pacientů³⁵ a lze se o ní v tomto směru vyjádřit jako o výzkumném léčebném postupu. Jeho účinek se v současné době teprve mapuje a oba pacienti Psychiatrické ambulance a centra duševní pohody Modrá laguna (kde jsem s nimi již byla v kontaktu) mi velmi pomohli svým svolením zpracovat jejich „příběh“ OCD jako případovou studii, včetně zjišťování účinků této unikátní operace. Zásadní roli v jejich rozhodnutí hrálo vážné onemocnění, které jim již nedovolovalo žít uspokojivý život a stalo se rezistentním vůči jakýmkoli druhům terapií včetně farmakologické. Námět na tuto diplomovou práci tedy vyvstal z aktuální potřeby pacientů léčených v zařízení Modrá Laguna, kde dlouhodobě stážuji a kde jsme se v léčebném postupu u dvou případů OCD dostali do slepé uličky.

Vzhledem k malému počtu dosud provedených neurochirurgických operací u osob s OCD jsem se rozhodla zpracovat příběhy našich dvou pacientů ve formě případových studií. Jejich cílem je shrnout konkrétní osobní zkušenosti a prožitky osob s úpornou formou OCD, zaznamenat prožívané symptomy, vedoucí k narůstající progresi, což nás společně přimělo k rozhodnutí navrhnout chirurgický invazivní zákrok v CNS. Soustředila jsem se i na účinky této operace a sledovala jsem nastoupivší změny v životech pacientů.

Pro zachování anonymity nebudu uvádět žádná identifikující osobní data. Životní příběhy pacientů od počátku onemocnění do okamžiku ukončení této práce budou zaznamenány chronologicky a jednotlivě, přičemž jsem se u studované ženy zaměřila více na popis postupujících změn symptomatologie v kontextu stereotaktického zásahu, a u muže je studie podrobnější reflexí mezioborové spolupráce na případě jednoho pacienta. Lehká diferencovanost zpracování není způsobena rozdílným přístupem k účastníkům výzkumu a neovlivnila ani informace či závěry studie. Je odrazem mé snahy postihnout autenticky oba případy. Jsem si vědoma možného snížení objektivního pohledu pro mé

³⁵ Celkem bylo odoperováno dosud 5 pacientů s OCD, z nichž u 2 případů bylo v anamnéze OCD v kombinaci s Tourettovým syndromem.

pracovní zapojení v psychiatrické ambulanci, přesto se budu snažit, abych tuto „indispozici“ co nejvíce minimalizovala.

Oba respondenti vyslovili informovaný souhlas. Byli obeznámeni s důvodem provedení této studie, kterým je shromáždění informací o případech rezistentních forem OCD, i se způsobem jejího zpracování formou magisterské diplomové práce. Informace shrnuté v následujících dvou studiích pocházejí od respondentů samotných a jejich rodinných příslušníků, dále byly v práci použity informace z lékařských záznamů (chorobopisy, odborná vyšetření – psychologická, fyziatrická atd.) a neposledně také z komunikace s odborníky v oblasti psychologie, psychoterapie a medicíny.

Rozhovory s respondenty probíhaly v psychiatrické ambulanci, přičemž byli respondenti vždy informováni, zda se jedná o rozhovor terapeutický či výzkumný. Využívána byla také e-mailová komunikace s respondenty, jelikož povaha této práce vyžadovala udržení kontinuálního kontaktu a nebylo možné v dlouhodobém sledování (vývoje jejich života s diagnózou OCD) zajistit vždy osobní kontakt.

5. Případová studie ženy

Žena, ročník 1978, vdaná, manželství bez problémů, 2 děti (věk 4 a 2 roky), aktuálně na rodičovské dovolené, vysokoškolské vzdělání (doktorát), Středočeský kraj

OA: běžné dětské nemoci, vážněji nestonala, traumatická zkušenost – ve 14 letech úmrtí babičky a dědečka, ve 20 letech potrat po racionálním zhodnocení situace)

RA: rodina bez psychiatrické zátěže, nikdo se neléčil ani pro úzkostné stavy, rodiče zdraví, má 1 sestru (zdráva), vztahy v rodině skvělé, rovněž vztahy s manželovou rodinou jsou bez problémů, vdávala se po roční známosti

Kouření – před těhotenstvím kouřila 10 cigaret denně

Alkohol – neguje

Drogy – neguje (1 x zkusila marihuanu)

PA: po studiu práv nastoupila do zaměstnání, po půl roce přešla jinam, kde ji vedoucí přetěžoval, následně v částečném invalidním důchodu pro OCD, t.č. na rodičovské dovolené

Nejde o první záchyt, pacientka se již před kontaktováním psychiatrické ambulance a centra duševní pohody Modrá Laguna léčila pro OCD na jiném pracovišti.

Premorbidní období:

Pacientka se vdávala v roce 2009 a tehdy ještě u ní OCD symptomy nebyly přítomny. „Byla jsem společenská, s lidmi jsem si podávala ruce, objímala je, byla šťastná.“ Na svatební cestě procestovala Austrálii bez jakýchkoli hygienických problémů (strach z nákazy, nadměrná desinfekce vlastního těla i okolí). Ty začala řešit až v rámci OCD, kdy jí zcela neadekvátně připadalo vše špinavé, kontaminované, včetně vlastního těla. „Dříve jsem jezdila pod stan, na vodu, a byla jsem to já, která se cpala do davu – např. na Staroměstském náměstí při Mistrovství světa, neřešila jsem, že bych se o někoho ušpinila.“

První příznaky:

V těhotenství začalo pacientce vadit, když si u nich doma návštěva odskočila na toaletu resp. to, že se posadila na toaletní prkénko. „Záchod jsem hned umyla, ale ještě jsem tomu nevěnovala pozornost. Pak u hnízdícího instinktu jsem už trochu přeháněla, ale jako u prvorodičky se nikdo nepozastavoval nad tím, že např. postýlku překrývám igeliťákama, aby se nezaprášila, než se vrátím z porodnice.“

Propuknutí onemocnění:

Pobyt v porodnici (12/2009) proběhl bez zásadních projevů symptomů, které však naplno propukly v šestinedělí a dál se rozvíjely. „Možná k tomu přispělo i to, že jsem ke konci šestinedělí dostala angínu a musela spát v jiném pokoji než malý a chodit ho pouze kojít v roušce.. Začala jsem řešit, že v den, kdy se vyváží popelnice, ten kdo ji zaveze do garáže, že ušpiní všechny kliky v domě a když si pak členové rodiny neumyjou ruce před koupáním malého a projdou přes kliku a budou si s ním ve vaničce hrát, ušpiní mu vaničku, vodu v ní a jeho. Začala jsem se převlékat – jiné oblečení ven, jiné doma. Volala jsem dětské doktorce, kdy si mám mýt ruce, abych dítě nějak neohrozila, začalo mi špinavé totiž připadat skoro všechno a neznala jsem ten pocit. Pak mi začal vadit záchod, najednou jsem doma ani nevěděla, jak jsem se dřív na záchodě chovala (svlékání, utírání atd.), měla jsem to jak vědeckou práci...krátce na to následovalo přesvědčení, že se nohy o v podstatě čisté záchodové prkénko ušpiní a to mě drží dodnes, ale navíc jsem to propracovala k dokonalosti.“

Subjektivně se potíže pacientky po propuknutí symptomů v šestinedělí následně poněkud zlepšily a to až do druhého těhotenství, které začalo v polovině roku 2011 (až do této doby kojila prvního potomka). V období druhého těhotenství však došlo ke zhoršení

stavu a pacientka vyhledala pomoc v psychiatrické ambulanci (1/2012). Tehdy byla v 7. měsíci těhotenství a situace začínala být neúnosná. Po dohodě s gynekologem byla zahájena farmakologická terapie na základě preskripce Sertralinu 50 mg (1/2-0-0). Mezioborová konzultace byla v tomto případě nutná, jelikož bezpečnost není v těhotenství plně potvrzena a zejména užívání v posledních 3 měsících těhotenství může zvýšit výskyt závažného zdravotního stavu u novorozenců. Přínos pro matku zde však převyšoval veškerá rizika pro dítě. Po narození druhého potomka v březnu 2012 přestala kojit po dvou měsících a zahájila plně farmakologickou léčbu (Sertralin 50mg, 1-0-0) doplněnou o kognitivně-behaviorální terapii.

Rezistence na farmakologickou léčbu i psychologickou terapii a další rozvoj obsesivně-kompulzivních fenoménů:

Po narození druhého potomka OCD symptomatika přes užívaná farmaka a podpůrnou terapii KBT neustupovala. Pacientka popisuje své problémy jako určité „řetězení“. *„Když vynáším odpadky, nesmím se pytlek ničeho doma dotknout, jinak to umývám. Kdyby manžel vynesl odpadky do popelnice, dotkne se popelnice a než se dostane k umyvadlu, ušpiní si svoje oblečení, když na něj sáhne, kdyby si sáhnul do obličeje, ušpiní si i obličej a vlastně všechny kliky na cestě ke koupelně.“* Později pacientka problém s vynášením odpadků rozšířila i o vodovodní baterii, která se vlastně kontaminuje dotekem rukou po vynesení odpadků a tak si propracovala systém, kdy se „špinavé ruce“ dotknou baterie zespona a čisté poté vodu zavřou stlačením pákové baterie shora. Před provedením operace pacientka již měla dohodnuto se známým, že jí odpadky od dveří domu do popelnice odnáší on. *„Aby se mi neušpinil manžel.“* Pacientka si předpřipraví (otevře) dveře, aby na ně nemusela sahat a v igelitových rukavicích odnese pytel s odpadky z koše před vrata, opatrně, aby se ničeho doma nedotkla.

Vůbec již nedokáže chodit mezi lidmi. *„Jsem úplně paralyzovaná, když někam vyjdu např. k dětskému lékaři, přijdu domů a sprchuju se a octem umývám vše, čeho jsem se „kontaminovanýma rukama“ dotkla.“*

Není již schopna chodit nakupovat. Proto vše obstarává manžel nebo rodiče. Jen představa návštěvy u nich doma vyvolává silnou úzkost. *„Štítím se lidí, rukou, oblečení, mohli se rukama dotknout „kontaminovaných“ věcí, oblečení si mohli ušpinit v nemocnici, v metru.“*

Za kontaminované věci pacientka pokládá odpadkový koš, popelnice, toalety, sedačky a madla v dopravních prostředcích, peníze, peněženku, kreditní kartu, koš na prádlo, kliky, umyvadlo, lidské nohy nad kolena, nové nebo použité prádlo, pračku, chemii včetně pracího prášku, příchozí obálky, mimo domov v podstatě všechno.

„Štítím se vlastního umytého záchodu, u rodičů na záchod už vůbec nechodím, manžel doma používá jiný než já. Mám vtíravou myšlenku, že se lidem ušpiní nohy ze záchodového prkénka...štítím se nohou lidí, doma musí všichni nosit kraťasy pod kolena, takže nemůžeme mít ani bazén a nosit plavky. Nosím už jen elastáky, protože kalhoty na zip nevím, jak obléknout, natož kdyby měly pásek. Převlékání je pro mě problém, jsem klidná jedině, když se u každého převléknutí osprchuji. Dělán to tak, že nikam raději nechodím a v kraťasech, v kterých jsem přes den i spím, abych vůbec zvládla jít děti uspat, protože když se převlékám, myju si ruce při výměně každého dílu oblečení a to až k loktům a většinou třikrát. Štítím se i vlastního spodního prádla, protože se dotklo místa, které se dotklo toho „kontaminovaného“ záchodu. Štítím se už i těch elastáků zevnitř. Štítím se vlastní moči, krve, stolice. Nedotknu se svých nohou, aniž bych se nešla umýt. Když jdu doma pouze v kalhotkách, jdu tak, aby se ty nohy, co se dotkly záchodu, nedotkly nějakého nábytku a já ho neušpinila. Kolem odpadkového koše chodím obloukem a když do něho něco hážu, jsem hrozně soustředěná, abych se ho kromě té nášlapky nedotkla, štítím se i toho pytle, který je v něm, nesmím se ho dotknout. Špinavé je i umyvadlo, protože v něm se odplavují ty špíny, když si myju ruce po vynesení odpadků, po použití záchodu. Když si čistím zuby a vyplivnu, nesmí to na mě cáknout.“

Prádlo do pračky je schopna pacientka dát pouze v igelitových rukavicích, protože „špinavý“ je i koš na prádlo. Manžel musí dbát na to, jak si dává tričko, zda volně přes kalhoty nebo dovnitř. Pacientce vadí, pokud tyto dvě možnosti střídá. Pokud něco octuje, používá gumové rukavice, a přesto si poté ruce umývá. Vypracovala si již mycí rituál a to 3x až k loktům, jsou však situace (např. použití toalety), když je tento počet již nedostačující a začíná počet opakovaných mytí navyšovat.

Velkým problémem je rovněž nákup nového oblečení. Nemůže si jej v obchodě vyzkoušet, protože to již určitě někdo cizí učinil a oblečení je kontaminované. *„Ségra mi dala k svátku nové oblečení, abych si ho prohlédla, musela ho napřed vyprat a dát do zcela nové igelitky.“* Nákupní vozík používat nemůže, protože by se ho musela chytit oběma rukama, tím by se kontaminovala a již by neměla žádnou ruku čistou. Pokud je nucena sáhnout na peníze či platit kartou je v koncích, ztrácí přehled, která ruka či prst zůstal čistý.

„Když se vysmrkám, octuju si už i vlastní obličej. Když na mě sedne např. muška venku nebo přiletí pampeliška, octuju si to místo, protože nevím, jestli se nedotkla třeba popelnice.“

Členové rodiny si rovněž musí po každém převléknutí umýt ruce. Pacientka se sprchuje hodinu a vypotřebuje celý sprchový gel. Na osušení použije vždy nový čistý ručník, nikoli ten z rána či ze sprchování před několika hodinami.

Pacientce se tvoří stále nové obsese, které dále rozvíjí a tím se vytváří nebezpečný systém, jehož jednotlivé části již do sebe začínají zapadat či na sebe navazovat a stav je tak pro pacientu neslučitelný s normálním životem, protože většinu času jí zabírá obsese a kompulze. *„Když jsem jela z nemocnice z kontroly, musela jsem po návratu očistit octem volant, dveře u auta a vše nač jsem sáhla – klíče, kliky, vše do pračky, umýt ruce, vodovodní baterii, umyvadlo, osprchovat se, umýt po sobě vanu octem.“*

Stereotaktická operace

Situace byla pro pacientku na jaře 2012 již zcela neúnosná. Její obsese se stále zhoršovaly, navíc se objevovaly nové, na něž reagovala dalšími kompulzivními úkony a popsány rituály. Dosavadní snahy o terapii se neseťkaly s jednoznačným úspěchem, spíše stav stále více progredoval. Život mladé rodiny s dvěma malými dětmi se tak naplňoval více méně pacientčinou poruchou. Trpěla i širší rodina, neboť musela převzít některé z činností, jež pacientka již nezvládala (nakupování, jednání na úřadech apod.). Psychiatrem jí tedy byla poskytnuta informace o v současnosti v podstatě poslední možnosti, jak ovlivnit torpidní případy těžké formy obsedantně kompulzivní poruchy, tedy stereotaktická operace. V té době již byl v psychiatrické ambulanci léčen pro poruchu OCD jiný pacient, jehož onemocnění po zákroku vykazovalo výrazné zlepšení i prima vista (na klinické porovnání s předchozím stavem se v tu dobu teprve pracovalo). Pacientka se rozhodla pro operativní zákrok a bylo jí vystaveno doporučení. Následně prošla psychologickými testy (tyto se nepodařilo bohužel získat a nelze s nimi ve studii operovat), vyšetřením na MR v Nemocnici na Homolce a samozřejmě osobní konzultací s panem doktorem Urgošíkem. Kapsulotomie byla provedena v červenci 2012. Operace snášena dobře, zákrok nevyvolal závažnější komplikaci ani negativní emoce, čemuž určitě napomohlo vnímání samotného zákroku pacientkou, která se ke stereotaxi upnula s velkou nadějí. V podstatě byla ochotna podstoupit cokoli, co by mohlo od torpidních symptomů OCD alespoň z části pomoci.

Rok po léčbě (červen 2013)

Pacientka dále pokračuje s farmakoterapií (Sertralin) a dodržuje postupy dle KBT terapie. Návštěvy zatím doma nepřijímá. Přiznává s nadhledem, že se tomu vyhýbá z důvodu nadměrného úklidu, který by odchod návštěvy určitě vyvolal.

Děti se snaží neomezovat, ruce si myjí výjimečně (tzn. běžný způsob dodržování hygieny – mytí před jídlem, po použití WC, po příchodu domů, při zjevném ušpinění). Už v zimě byla schopna dojet se starším dítětem na hory na lyžařský kurz pro předškoláky. Se starším potomkem zvládá chodit také na hodinový přípravný kurz do školky, kam syn nastoupí, začala docházet rovněž na cvičení pro rodiče s dětmi. Začíná chodit ráda mezi lidmi.

Obsesivní myšlenky jsou téměř utlumeny, ale pacientce zůstaly obtěžující kompulze, které se snaží pomalu překonávat. Vynášení odpadků zvládá sama, ale musí si vzít na to igelitové rukavice, avšak řetězení spojené s tímto úkonem prozatím v repertoáru chování zůstává. Koš neobchází obloukem, nedotkne se ho zatím jinak než nohou, ale strach už z něho nemá. Když ovšem vidí děti, že se ho dotknou, jsou odeslány do koupelny k umytí rukou.

Rovněž vymizela potřeba neustálého převlékání. Jít nakoupit v domácím oblečení již není problémem. Nakupovat chodí sama, platí kartou i penězi, i když si stále uvědomuje, která ruka se jich dotkla. Nákupní vozík využívá, ale veze ho pouze jednou rukou. Doma každý nosí, co chce. Pacientka nevyžaduje od členů rodiny kalhoty pod kolena. Dokonce si pořídili bazén a nosí všichni plavky. Jeany a jakékoli kalhoty se zipem či páskem již nejsou tabu. Po převlečení si hygienu odbude umytím rukou, sprchování celého těla nepocituje jako nutnost. Při převlékání do pyžama rovněž postačí umytí rukou a to až na samotný závěr, mytí po každém převlečeném kusu oděvu není vynucováno. Manžel není nucen oblékat se stále stejným stylem (může tričko nosit zastrčené v kalhotách i přes ně). Nepodařilo se dosud odstranit obsesi při koupi nového oblečení, resp. při vyzkoušení si ho. Toho stále pacientka není v obchodě schopna.

Pacientce se podařilo získat i náhled ve věci tolik diskutované špíny, nyní si plně uvědomuje, že kontaminace věcí, jak je popisovala (viz výše) je chybný konstrukt v jejím myšlení. „*Už vím, že věci jsou špinavé „neviditelnou špínou“ jen v mé hlavě.*“

Výrazně se zlepšilo používání toalety, dokonce je pacientka schopna použít i toaletu u rodičů. „*Už si celkem normálně dojdu na záchod doma a u našich občas také. U členů rodiny už neřeším, že by si nohy o záchod ušpinili, když si sedají jen doma, a u mě. Víím, že*

se taky neušpiní, ale pocitově mám stále pocit, že si na ně nechci šahat.“ Stále však doma používá svůj vlastní záchod. „Manžel doma používá stále jiný záchod, protože si sedá i jinde než doma.“

Méně obtěžující jsou i myšlenky, kdo seděl na veřejných místech u stolu či na židli před pacientkou. Moči se již nebojí. Ruku podá i člověku, který přichází z toalety, přesto je ráda, pokud si může následně umýt ruce. Není-li to možné, pacientka je vnímanou nepohodu schopna zvládnout.

Ocet už k očištění těla používá výjimečně, např. pokud přijde z návštěvy u doktora. Na obličej jej již neaplikuje vůbec. Stejně tak nemá nutkání sprchovat se po každém příchodu zvenčí. Ocet zůstal přítomen jako úklidový prostředek v domácnosti. *„Ale nepoužívám ho tak zblázněně jako loni“.*

Pro děti naplánovala výlet metrem a vlakem, madel se stále není schopna dotknout, ale již se v dopravním prostředku alespoň posadí. Obtíže madel korespondují s klikami, které rovněž pacientka nepoužívá, pokud je to možné (doma to lépe ovlivní), nejde-li se tomu vyhnout, používá různé kompenzace – rukavice, předloktí, případně si nechá někým otevřít.

Při dotazu na desinfekci vany před mytím, je pacientka překvapena, že to vůbec dělala. Nevybavuje si to a rozhodně to prý nyní nedělá ani u sebe či dětí a manžela.

Velkým problémem je v současnosti stav pacientčiny pokožky a to zejména na rukou a v oblasti paží cca k loktům, kde se projevují účinky dlouhodobé a nepřiměřeně důkladné desinfekce. *„Ruce mám vyžrané do krve.“*

Pacientka sama vnímá výrazné zlepšení, OCD již není pro rodinu tématem číslo jedna, život se navrácí do normálních kolejí, i když si sama uvědomuje, že to stále ještě není zcela standardní stav.

Aktuální stav únor (2014):

Pacientka se stále vyhýbá přijímání návštěv doma a stejně tak použití WC mimo domov (toto se po operaci dočasně zlepšilo, aktuálně není použití WC ani u rodičů schopna a beze změny používá doma jednu z toalet výhradně ona), což je spojeno s mytím, neboť si stále ponechala ve své kompulzivní „výbavě“ způsob mytí v podobě pravidel dotýkání se baterie z vrchu či ze spodu (viz. předešlé sdělení). Zlomit nedokáže ani problém s klikami. Toto budou zřejmě ty nejhrouževnatější oblasti kompulzivního chování. Téma návštěv je patrně v samotném začátku rozvoje poruchy a bylo výrazně spjato právě s toaletou, na níž

navazoval způsob mytí. *„Myšlenky o hygieně se mi už hlavou nehoní, návyky pořád ale zůstávají a nedaří se mi je překonat. Když výjimečně ještě nějaká myšlenka přijde, umím už i mávnout rukou, že je to blbost.“* Sprchování trvá sice max. půl hodiny, ale jeden sprchový gel při tom pacienta stejně celý vyčerpá. Použití ručníku, kterým se osušila ráno, nepřipadá večer v úvahu.

Děti nebyly onemocněním matky zasaženy do té míry, že by je to jakkoli ovlivnilo v jejich vlastním projevu a vnímání. Starší potomek chodí již do školky, kde se mu mimo jiné líbí a hygienu zvládá obdobně jako jeho vrstevníci. *„Záchod a koš tam používá, je jako ostatní děti, nijak se nevymyká, když přijde domů ze školky, tak si ruce nemyje – já ho přivedu a ruce si myju.“*

Igelitové rukavice při vynášení pytle s odpadky si pacientka ponechala, stejně tak jako řetězení činností při jeho vynášení. A následné mytí, při němž absentuje ocet, nicméně umytí 10x až loktům je stále příliš.

Dopravu MHD či vlakem zvládá bez problémů, není to však cestování, při němž by zažívala pocit spokojenosti. Nakupovat chodí již bez problémů, ale stále nenosí kabelku jako před onemocněním. *„Peníze nebo kartu nosím v levé ruce a pravou nakupuju, a pak tou pravou řídím auto.“*

Jeansy pacientka nosí již nějaký čas, nohou ostatních se neštítí, ale na své kupodivu nesahá, byť je přesvědčena, že se o ní nic ušpinit nemůže. Po převlékání si stále umývá ruce. A problém se nevyřešil ani s nákupem nového oblečení.

Ocet vnímá jako čistící prostředek nikoli dezinfekci a prádlo na praní vyžaduje vždy při vložení do pračky nasazení rukavic.

Nákupní vozík veze stejnou rukou, kterou drží peníze. Nemocnice a obdobná zařízení v pacientce evokují stále silné pocity ohrožení a dokáže po jejich návštěvě reagovat silně nepřiměřeně, např. očištěnou auta, jak již bylo popsáno.

Při kontrolních psychologických vyšetřeních v rozmezí 18 měsíců po operaci nebyl zjištěn její případný vliv na kognitivní funkce oproti stavu před stereotaxí. PhDr. Krámská z Nemocnice na Homolce použila k testování následující metody: WAIS-R, R-O, Test verbální fluence, AVLT, TMT, BDI-II, BAI, Y-BOCS, MADRS, SF-36, SQUALA. Její závěr je následující: Aktuální intelektové výkony v pásmu mírného nadprůměru, paměť verbální (bezprostřední i oddálená) je ve vyšším průměru, vizuální v lehkém podprůměru. Řeč je bez fatické poruchy (receptivní a expresivní), verbální fluence je v nižším průměru.

Koncentrace pozornosti a PM tempo jsou v normě. Ve srovnání s předoperačním vyšetřením bez známek kognitivního oslabení.

Pacientka popisuje mírnou depresi. Skóre Y-BOCS se snížilo ze závažné míry obsesí a kompulzí na mírnou. To koresponduje s výpovědí pacientky ohledně vývoje obsesivně-kompulzivních symptomů, jak jsou popisovány v této kazuistice.

Jak vnímá OCD partner, resp. manžel pacientky:

Vzhledem k aktuálnímu manželově pobytu mimo ČR jsem požádala pacientku, aby zprostředkovala náš kontakt. Písemné odpovědi manžela zaslané e-mailem uvádím níže.

Jak vnímáte OCD své manželky, co si o tom myslíte? Změnilo se něco na vnímání OCD v průběhu onemocnění?

Manžel: „*OCD své manželky vnímám jako naši životní zkoušku a obdivuji manželku, jak se snaží tuto nemoc překonat.*“

V čem OCD změnilo Vaše partnerské soužití?

Manžel: „*Nejdříve hádky a nepochopení, potom spíše sblížení.*“

Došlo v souvislosti s OCD k omezení kontaktu Vaší rodiny s širší rodinou a okolím?

Manžel: „*Omezil se především kontakt s kýmkoli jiným v rámci našeho domu – nepřijímáme návštěvy, aby nám lidé doteky dům „neušpinili.“*

V rámci vztahů, které zůstaly, došlo k jejich kvalitativnímu zhoršení nebo ke změně?

Manžel: „*Řekl bych spíše ke změně, zůstaly v podstatě ty s nejbližší rodinou jako rodiče, sourozenci. Tam pak došlo k tomu, že se manželku snažili nezatěžovat.*“

Které oblasti OCD ovlivnilo (např. pohodu doma, péče o rodinu, finance, zaměstnání, intimní soužití)?

Manžel: „*OCD ovlivnilo pohodu doma, manželka je na rodičovské, tak finance a zaměstnání naštěstí ne, intimní život funguje dobře.*“

Přenesly se některé povinnosti manželky na Vás v souvislosti s OCD?

Manžel: „Nemyslím, naopak mi ubyly domácí práce, protože to neumím „tak dobře“ jako manželka a mohl bych něco pokazit.“

Byla manželkou vyžadována Vaše asistence u jejích rituálů?

Manžel: „*U rituálů jsem dlouho neasistoval, pracuji již tři roky v zahraničí*“.

Rekapitulace případu:

Období mezi objevením prvních příznaků a vyhledáním pomoci nebylo v tomto případě tak velké, jak známe z literatury, přesto však šlo o 2 roky, v nichž mělo onemocnění možnost se rozvíjet a k vyhledání pomoci zde došlo až v okamžiku, kdy byla situace pro pacientku již neúnosná. Což bývá pro tuto poruchu typické. Vzhledem k propuknutí OCD symptomů v těhotenství, lze uvažovat o těhotenství jako o jednom z vyvolávajících faktorů poruchy. Pacientka trpěla urputnými kontaminačními obsesemi. Provedená kapsulotomie neměla vliv na úroveň kognitivních funkcí a dokázala zmírnit obsese ze závažné na mírnou formu OCD, což přineslo pacientce ohromnou úlevu a její život se začal naplňovat i jinými a příjemnými věcmi a zážitky, zejména v souvislosti s rodinou a péčí o své dvě malé děti. Svůj stav aktuálně vnímá jako únosný. Přes tento velký pokrok v léčbě vyplývá z výpovědi pacientky, že kompulzivní úkony jsou stále za hranicí standardního chování, což se projevuje na stavu její pokožky.

6. Případová studie muže

Muž, ročník 1978, vysokoškolské vzdělání - programátor, bydliště Středočeský kraj

OA: porod císařským řezem, novorozenecká tříselná kýla, poté zánět průdušek (častější opakování v průběhu dětství) modrá knížka (alergie: penicilin, pyl, prach, roztoči, zvířata), nekuřák, alkohol příležitostně, drog/lék. závislost neguje, kávu ani jiné povzbuzovací prostředky nepije, porod císařským řezem, běžné dětské nemoci, bezvědomí několikrát na začátku rozvoje OCD, od dětství noční můry, nekonfliktní příjemná povaha, výrazný introvert, traumata: vážný úraz na kole v adolescenci, inzulinový šok babičky s následným koma a úmrtím

RA: matka (1953), dg. F 45.4, porucha štítné žlázy, otec (1952) mírná OCD (kontroluje), sestra o 3 roky mladší rovněž OCD, manželka úzkostná osobnost

SA: ženatý od 2006 po devítileté známosti, bydlí s manželkou, společné lůžko,
PA: auditor (vzděláním VŠE – informatika), pracovní doba pevná (8-10 hodin), bez víkendů

Před rozvojem onemocnění

Pacient si vzpomíná, že v 16. letech se vážněji zranil při pádu z kola a od té doby na sebe začal být více opatrný. Další zážitek, o němž lze uvažovat jako o podmiňujícím vznik OCD, je babiččin inzulinový šok, kdy si špatně píchla inzulinovou dávku, upadla do bezvědomí a následně zemřela. To bylo v době, kdy se pacient připravoval na závěrečnou fázi studia (snažil se o červený diplom) a zároveň participoval na přípravách svatby (do které se mu ještě nechtělo), což samo o sobě vnímal jako výrazně stresující období. Pacient i jeho manželka v primárních rodinách zažívali zvýšenou kontrolu a až přehnané nároky na chování, vzdělávání atd. Manželka pacienta byla u nás nějakou dobu v péči pro úzkostnou poruchu, mírnější OCD u ní následně rovněž rozpoznáno.

Rozvoj onemocnění a první komplikace s farmakologickou léčbou

První příznaky spojené s nadměrným kontrolováním datuje pacient do období roku 2002-2003, kdy našel doma v bezvědomí babičku (diabetička). „*Volali jsme záchranku a pamatuji se, že rodiče říkali, že ona někdy zapomene vypnout kamna a mohla by vyhořet.*“ Na VŠ kontrola, zda vypnul vařič, odpojoval monitor od počítače, vysoušeč vlasů uklízel až po vychladnutí, aby nechytila skříň. Posléze kontrola dveří, ohlížení se za sebe na procházce, zda něco nevypadlo z kapsy. Na jaře 2006 se přidaly obavy o zdraví a hygienu (následná expanze ptačí chřipky tyto obavy ještě umocnila) a postupně se přidalo mytí rukou, sprchování (délky dosahovala i 3 hodin, přičemž vypotřeboval celý sprchový gel), délka očisty se stupňovala, nejdelší vždy v domácím prostředí a večer před ulehnutím. Pacient se nakonec bál opustit byt, pokud jej opustil, trvalo i dvě hodiny, než vše do detailu překontroloval (kohoutky, vařič, zamykání atd.). Rituály byly už tak úporné, že přestal fungovat v práci, byl exhaustovaný, což vyvrcholilo omdlením a krátkým bezvědomím. Tento zážitek jej dovedl k rozhodnutí vyhledat odbornou pomoc.

V 08/2006 pacient navštívil naši ambulanci, z počátku veden pod dg. F 42.1 (úzkostná a depresivní porucha) Nasazen byl Citalec 20 mg (2-0-0), Xanax SR (2x1), Neurol (1 tabl. noc), v případě velkých úzkostí Defobin, dále psychoterapie, fototerapie a akupunktura. OCD začala na léčbu dobře reagovat. Komplikaci však přineslo narušení spánkového

schématu a rytmu, spánek se zhoršoval přímo úměrně se zlepšováním stavu OCD. Pacient se začal budit v druhé polovině noci, v časných ranních hodinách. V průběhu noci se probouzel vícekrát, po 5. hodině ranní již špatně usínal, vstával v 7.00 a necítil se osvěžen. Přítomna somnilokvie, smích se objevil pouze jednou, jinak spíše vyslovoval neutrální popisné věty či dotazy, probouzel se manželčinou reakcí. Objevilo se i tleskání. Pacientova produkce nesouvisí s předchozími dny, pacient si neuvědomuje, že by k tomu měl tématický sen. Somnambulismus a jiné poruchy spánku nejsou přítomny. Obsahem snů je pronásledování, skrývání a obrana před napadnutím, ale po úpravě léčby OCD těchto snů výrazně ubylo.

Pacient byl odeslán na neurologii, kde vyloučili organické postižení CNS (o této možnosti se uvažovalo po několika epizodách krátkých bezvědomí). Pacient byl následně odeslán na Centrum pro poruchy spánku a bdění, kde bylo rozhodnuto o provedení noční polysomnografie a MSLT při krátké hospitalizaci. K tomuto závěru vedla skutečnost, že somnilokvie nepatří mezi příznaky odeznívající OCD, rovněž ji nezpůsobují předepsané medikamenty. Diagnostická úvaha lékařů ze zmíněného centra zněla: sekundární porucha chování v REM spánku, která však není zcela typická, jelikož ji SSRI způsobují výjimečně a nasazený Xanax by ji měl dále tlumit.

Vyšetření tuto poruchu nepotvrdilo a nekvalitní spánek s denní ospalostí byl přisouzen základní dg. OCD.

Při rozhovoru s pacientem zjištěno, že jeho úzkosti napomáhá udržovat několik faktorů v různých oblastech života a utváří tak uzavřený prostor s dominující úzkostí, z něhož se pacient nemůže za současné situace vymanit vlastními silami. Jedním faktorem je výrazné stresující prostředí v zaměstnání, kde dle pacienta nejsou nastavena jasná pravidla a zaměstnanci jsou tak vesměs dáni napospas aktuální náladě vedoucích pracovníků. Dezorientace, stálá improvizace a nespécifikované nekonkrétní výtky k práci pacienta zásadně zvyšují úroveň stresu, neboť je na to těžké reagovat a nemožné učinit opatření. Pacient zde setrvává z důvodu platových podmínek, jelikož splácí několik hypoték, je přesvědčen, že momentálně by takto placenou práci nesehnal, budoucnost zde sice nevidí, ale aktuálně nemůže na pracovní stránce svého života nic měnit. Manželka navíc na pacienta směřuje své obavy, zda budou schopni zabezpečit dítě, pokud by otěhotněla. Mimopracovní život pacienta nepřináší téměř žádné možnosti, jak se uvolnit, pozbývá prakticky jakýkoli „ventil“. Kamarádské ani přátelské vztahy a relace nejsou přítomny, vyjma jednoho páru, s nímž se občas vídají. Manželka je toho názoru, že když se mají

rádi, vystačí si se svojí láskou a nikoho víc nepotřebují. Na to, kolik spolu tráví času, je však jejich komunikace málo nosná (nejdou až na dřevě věci, oba si myslí, že „vědí“, co si myslí ten druhý), nejde ale o nějaký egocentrický přístup jako spíše o způsob ochrany toho druhého, nechtějí jej ranit a stejně ví, co by druhý odpověděl, jak by se zachoval. Váha rodinného života je zcela na bedrech pacienta. Manželka většinou souhlasí, neopouje, pacient ji také většinou svými problémy nezatěžuje, řeší si vše uvnitř sebe – jde spíše o introvertní osobnost, při vystupování je milý, vstřícný až obětavý. V ordinaci se tedy v rámci psychologické péče pracovalo na zlepšení rodinného prostředí resp. partnerského soužití, jelikož s pracovní stránkou života nebylo aktuálně možné pohnout jiným směrem a potřeba snížení úzkosti byla neoddiskutovatelná. Zároveň se s pacientem pracovalo na snížení hladiny obsesí a kompulzí dle systému KBT. Byl sestaven seznam dle jejich závažnosti a započalo se s expozicemi a následným zabráněním v kompulzi např. fyzickou aktivitou.

Pacientův stav se upravenou farmakoterapií a systematickou KBT začal zlepšovat, pacient si začal hledat novou práci, kam posléze přestoupil. Na mytí mu bylo doporučeno časovací „vajíčko“, aby se omezila vyžadovaná asistence manželky u mytí, která působila jako určitý brzdící mechanismus, jelikož pacienta přesvědčovala, že je hygiena již dostatečná a samotné mytí za její přítomnosti bylo kratší než byl-li pacient sám.

Těhotenství manželky bylo očekávané a chtěné, po několika časných potratech se podařilo těhotenství udržet do 3. měsíce, tehdy pacient opět objektivně zhoršen. Očekával, že se s příchodem potomka jeho zdravotní stav ještělepší (myšlenky se mu budou ubírat jiným směrem), nyní zjišťuje, že se obavy o manželku, dítě stupňují a prohlubují tím opět symptomy OCD. V nové práci, v níž se domníval, že bude míra stresu menší, je situace obdobná předchozímu zaměstnání. Svou poruchu se zatím daří pacientovi před kolegy tajit, ale s o to větší důkladností se jim věnuje doma. Nepomáhá ani fyzická námaha, pacient uvádí, že je po ní unaven, což mu nebere sílu na provádění kompulzí, ale spíše je umocňuje, nedokáže se na ně soustředit a proto je provádí o to déle. Došlo tedy k zvýšení medikace antidepresivy. A začala se hledat další možnost ovlivnění.

Zhoršení stavu, hledání dalších možností ovlivnění poruchy hypnózou

Hypnóza sice není u OCD příliš úspěšná, jak již bylo vysvětleno výše, nicméně z nedostatku dalších možností, bylo rozhodnuto, že tuto terapii vyzkoušíme. Pacient se k ní stavěl pozitivně, uvedl, že dříve se léčil už na jiném psychiatrickém zařízení, kde hypnózu

prováděli a bez úspěchu ji tam podstoupil. Nicméně se nebránil vyzkoušet tuto metodu znovu na jiném pracovišti. Kontaktován byl profesor Kratochvíl, který s laskavostí pacienta přijal. Bohužel se toto potvrdilo.

Přesto, že jsem zkusil hypnotizační postup opakovat, nepodařilo se vyvolat ani motorické fenomény ani sugerované senzorické zážitky, prostě jen zůstal sedět se zavřenýma očima. Projevil se jako zcela nehypnabilní a s efektivním využitím hypnózy se tedy u něj nedá počítat. Nicméně jsem mu na konci sezení zkusil dát v relaxaci sugesci, že získává k nutkavým myšlenkám odstup, jak přijdou tak odejdou, že jim nemusí vyhovět a že napětí, vznikající při nevyhovění, se postupně také sníží a rozplyne atd. Významnější účinek od toho neočekávám. (Kratochvíl, osobní sdělení, 19.6.2010).

Po té, co byla hypnóza vyloučena z terapií, které by mohly OCD u pacienta být jen zmírnit, bylo dále s pacientem pracováno v rámci přístupu KBT. Zkoušely se techniky paradoxní intence (mytí nad rámec pacientova rituálu), záznamu myšlenek apod. Do terapie pacienta byly zařazeny konzultace s manželkou (samotně s psychologem či oba manželé s psychologem), neboť se během rozhovorů narazilo na problematiku její úzkostné povahy a začaly vyplouvat na povrch okolnosti jejich partnerského/manželského života, které mohly mít přitěžující vliv na symptomy OCD (absence styku s blízkými osobami, chybějící přátelé a výrazně silné hranice mezi partnery a okolním světem, které dominantně vyžadovala právě manželka, neboť věřila, že pokud se mají rádi, vystačí si spolu sami). Možnost negativního vlivu takto stresového (manžel měl opačné tendence, rád by se býval stýkal s kamarády) a stereotypního rodinného života (stereotypie se týkala dokonce i intimního soužití, kdy spolu partneři měli pohlavní styk pouze ráno a pouze o víkendu), byla oběma ozřejmena. Bylo nabídnuto manželské poradenství s následnou případnou terapií a doporučeno, že tak mohou získat další konkrétní rady a informace. Ambulantní terapeutické působení konané cca 1 x za 14 dnů (dle pacientových dojezdových možností) bylo však vyhodnoceno jako nedostačující a bylo nutné zvážit jak dál postupovat.

Nedostatečná odpověď na ambulantní psychoterapii, odeslání do Psychiatrického centra Praha

Pacient byl doporučen do denního stacionáře v Psychiatrickém centru Praha, turnus trval 6 týdnů (konec roku 2010), medikace nebyla měněna. V rámci psychoterapie se pracovalo s pacientem kognitivně behaviorálním přístupem (varianta individuální i

skupinová), konkrétně šlo o formulaci problémů a cíle léčby, postupně se pacient podroboval expoziční léčbě, na kterou navazovala kognitivní restrukturalizace, hledání jádrových přesvědčení a budování plánu. Terapeutický účinek byl podpořen relaxací, dramaterapií, imaginací, LTV (léčebná tělesná výchova) a praktikován byl i řízený záchvat.

V rámci „dohledové“ péče se podařilo masivní rituály výrazně ovlivnit. Jedno mytí rukou se podařilo stáhnout z 10 minut na 15 vteřin a 3 hodinové sprchování na 15 minut. Dokonce se podařilo vysadit anxiolytikum bez negativní reakce. V rámci expoziční léčby byl pacient ošetřujícím lékařem v PCP popisován jako motivovaný. Tomu jednak napomáhal zavedený systém odměn, ale osobně se domnívám, že podstatnou roli hrálo i určité odloučení od úzkostné manželky, která může být pro pacienta z tohoto pohledu další zátěží v oblasti, v níž je sám příliš zranitelný. Také změna v jeho stereotypním životě a poznání nových lidí (navíc s obdobnými potížemi, viz. posilující účinek skupinové terapie) mohly společně zvýraznit pacientovu motivaci, která byla v domácím prostředí velmi diskutabilní (neplnění úkolů spolu s nejrůznějšími zdůvodněními proč se k nim nedostal).

V 1/2011 se pacientovi narodila dcera a postupně se začal jeho stav zhoršovat. Znovu sílily obavy o jeho zdraví a přidaly se obavy o zdraví dítěte. Tlak manželky stran jeho kompulzivního chování a možných dopadů na dítě spolu s omezeným časem na jeho rituály a menším zabezpečovacím vlivem manželky (jelikož musela pečovat o dítě), to vše přispělo ke zhoršení v takové formě, že došlo v 6/2011 ke změně farmak (paroxetin s augmentací olanzapinu). Pacient rovněž začal navštěvovat večerní kurzy KBT a IPT. V práci byl výrazně nesoustředěný, změna léků přispěla k úpravě spánku, ale výkonnost v zaměstnání nebyla dostačující, rituály již prováděl i tam, na toaletách tak za den strávil desítky minut, nakonec raději přestal pít, aby nemusel toalety navštěvovat, zapomínal, byl roztěkaný, což neuniklo vedení a výsledkem diskuzí o smyslu jeho práce, byla koncem roku 2011 jeho pozice zrušena a dohodou mu byl ukončen pracovní poměr. Modifikoval se obsah symptomů, strach z nákazy a nemocí zastoupily jedy, které jsou dle pacienta všude a tak nutí k neustálé hygieně a sterilizačním činnostem již i manželku. *„Musí mi mýt každý den tašku do práce, když přijdeme z venku, musíme se převléci do domácího a to i v případě, že jsme byli pouze na zahradě před domem, manželka musí zapínat a vypínat vypínače, nemohu se dotknout klik u dveří a vlastně i oken...jedině s vlhčeným kapesníčkem, ale pak se musím jít umýt.“* Manželka mu musí podávat i hrnky či věci z lednice, cestování v MHD je naprosto nemožné.

Pacient podstoupil tedy opakovaný denní stacionář (konec roku 2011) v Psychiatrickém centru Praha ve stejném časovém i terapeutickém rozsahu. Tentokrát však terapeutická odpověď nebyla tak příznivá. Musel být navýšen apo-parox (medikace v PCP Apo-parox a Zyprexa.) Změna medikace a absolvovaná psychoterapie měla však jen částečný účinek, masivní rituály byly ovlivněny jen v dílčích oblastech (např. se vůbec nepodařilo při expozicích mytí vynechávat hřbet ruky). Pacient byl tedy propuštěn již jen v semistabilizovaném stavu, bez suicidálních myšlenek. (v únoru 2012 opět nasazen a zvýšen Quetiapin, ponechána antidepressiva)

Fáze farmakorezistentní formy OCD

Na jaře 2012 byla již situace neúnosná jak pro samotného pacienta, tak pro manželku s ročním dítětem. *„Jsem vyčerpaná, každý den je hrozný, neúnosný, tohle už nemůžu dlouho vydržet. Manžel už nevypíná ani kohoutky, všechno za něho dělám já. Dcerka má nejkrásnější věk a my se tu den za dnem trápíme, hádáme, křičíme. Manžel už na záchod i doma chodí minimálně, aby se nemusel mýt, to ho zdravotně zničí.“*

Opakovaná KBT s hospitalizací ani různé varianty, kombinace, augmentace medikace (dokonce ani neuroleptika po nichž výrazně přibral na váze) neulevovala pacientovi v jeho obtížích, které naopak dále progredovaly. Pacient zcela přestával fungovat a kolaboval. Začala se hledat další možnost ovlivnění v té době již torpidních příznaků OCD, které pacienta nejen omezovaly v životě, ale způsobovaly i zdravotní problémy. Tehdy primář MUDr. Jan Cimický, CSc. oslovil pracoviště stereotaktické chirurgie nemocnice na Homolce, jelikož měl v paměti zkušenost z Psychiatrické léčebny Bohnice, kde byla u některých závažných případů (pravda, jednalo se tehdy hlavně o agresivní stavy, epilepsii a deviace) indikována a využita možnost stereotaxe. Operace se prováděla v šedesátých letech na neurochirurgické klinice vedené prof.MUDr. Zdeňkem Kuncem, Dr.Sc. Odpověď byla nadějná. Doc. MUDr. Roman Liščák, CSc. nabídl „provedení stereotaktické oboustranné kapsulotomie“ (osobní sdělení, 21.3.2012).

Stereotaktická operace se uskutečnila v květnu 2012 v oblasti předního raménka capsula interna bilaterálně.

1 týden po zákroku

Pacient udává (a jeho manželka rovněž potvrzuje) lehké zlepšení obsesivních stavů. Doporučen ještě 2 týdny klid a pak možnost vrátit se do zaměstnání.

14 dní po zákroku

Stav pacienta se zlepšil jak subjektivně („*Cítím se nesrovnatelně lépe, jako by to všechno napětí bylo pryč.*“) tak i objektivně. Též manželka popisovala viditelnou změnu a jedině, čeho se v tu chvíli obávala, bylo navrácení obsesí a kompulzí do původního stavu. „*Je to zázrak, manžel je samostatný, dokonce chodíme ven, neposílá mě mýt ruce, sám si je myje docela krátce. Sprcha trvala 10 minut. Trénujeme expozice a jde to všechno o hodně snadněji.*“

Pacient si hledá nové zaměstnání.

3 měsíce po zákroku

Dle sdělení pacienta, manželky i na základě psychologických testů došlo ke zlepšení stavu až o 70%.

Pacient byl v měsíci, v němž se konala operace, odeslán na psychologické vyšetření do Psychiatrického centra Praha (WAIS-III subtesty – Kostky, Opakování čísel, Podobnosti, dále AVLT, RCFT, TMT), aby bylo možné porovnat kognitivní funkce před operačním zákrokem a po něm. Retesty byly provedeny po 4 a 14 týdnech od předoperačního testování. Níže uvádím ve stručnosti jednotlivé závěry z testových metod, jak je učinili psychologové v Psychiatrickém centru Praha:

AVLT: bezprostřední a krátkodobá paměť v pásmu nadprůměru při všech třech měřeních (nebyl pozorován negativní vliv interference na dříve naučené). Zjištěna byla dobrá schopnost ukládat informace do dlouhodobé paměti. V obou retestech bylo zjištěno mírné oslabení, ale vynikající výkon byl zachován.

RCFT: výkon v pretestu a retestech opět v pásmu nadprůměru. Výsledek svědčí do dobré percepční a konstrukční schopnosti a schopnosti dělení celku do logických clusterů.

TMT: výkon v pretestu a retestech se nachází v pásmu průměru, svědčí pro dobré schopnosti vizuomotorického vyhledávání, pozornosti a dobrém psychomotorickém tempu. Poruchy exekutivních funkcí nepravděpodobné.

WAIS-III- Opakování čísel: bezprostřední vybavení, koncentrace a další prvky pozornosti při všech měřeních v průměru

WAIS-III- Kostky: Analyticko-syntetické schopnosti, prostorová vizualizace, non-verbální utváření pojmů, vizuálně-motorická koordinace shledány při prvním dvou vyšetřeních v pásmu nadprůměru. Při druhém retestu výkon snížen na průměr. Tato změna může být následkem kolísání psychomotorického tempa.

WAIS-III-Podobnosti: Logického abstraktní myšlení, verbální konceptualizme, odlišení podstatného od nepodstatného změřeno při všech třech cestovních v pásnu průměru.

Závěr z psychologů z Psychiatrického centra Praha zněl: Výsledky vyšetření získané v pretestu a následně provedených dvou retestech svědčí pro vyrovnaný výkon pouze s nepatrnými mezitestovými rozdíly. Celkově se kognitivní výkon pohybuje v pásnu průměru až nadprůměru. Pacientovi se dařilo v úlohách zaměřených na percepční a konstrukční schopnosti, verbální bezprostřední a dlouhodobou paměť a pozornost. Ke zlepšení u pacienta dochází v průběhu obou retestů v oblasti vizuální paměti, naopak ojedinělé zhoršení výkonu v oblasti analyticko-syntetických schopností může být dané kolísáním psychomotorického tempa.

Rok 2013

Na konci roku 2012 nastoupil pacient do nového zaměstnání. Zprvu všechno probíhalo nadějně. Práce se dařila, zahraniční společnost byla velkorysá a umožnila cestovat na delší pracovní pobyty zaměstnanci i s manželkou a dítětem. Pacient i manželka se shodují, že by šlo o velké změny v jejich životě, OCD se dařilo držet v mezích dosavadního zlepšení po stereotaxi. Obsesivní myšlenky po ní byly výrazně utlumeny a pacient se učil dělat věci jinak než byl zvyklý, tedy bez rituálů. *„Mytí je v pořádku, nezadrhávám se při něm, auto mi manželka utírá výjimečně. Horší je to s praním, dávám jí prátky 2-3x do týdne. Ale zase jí nesleduji, jak si myje ruce. Asi to prostě nejde odstranit všechno najednou.“* O nemoci doma přestali v podstatě diskutovat. *„Když přijde manžel domů, bavíme se o práci, o nemoci jsme se nebavili už hrozně dlouho, což je neuvěřitelný postup. Možná ty problémy v práci odsunuly nemoc na vedlejší kolej.“*

Po určité době došlo v zaměstnání k problémům. Dle pacienta to nebylo otázkou pracovní náplně, tam si není vědom žádného pochybení a nikým mu v tomto ohledu nebylo nic vytknuto. *„Nesedl jsem si s kolegou a atmosféra není v práci příjemná.“* Manželka dodává, že když byl doma, bylo všechno snazší. *„Jakmile vstoupil do reálného života myšlenky jsou tady a neví, jak s nimi zacházet, protože roky to dělal jinak. Ta práce je zátěž, a je pravda, že si manžel vybere bohužel vždycky práci těžkou.“*

Při další návštěvě v ambulanci již byly tématem číslo jedna myšlenky, které se začínaly vracet. Kompulze se dařilo držet na zlepšené úrovni, ale myšlenky byly neodbytné. Jejich ataku se podařilo zmírnit poté, co pacient zahájil práci z domova. Stres pominul (což

zřejmě utlumilo obsese), ale pacient měl více času a možností věnovat se svým rituálům a začal do OCD opět upadat.

Stav se začal znovu zhoršovat. 17 měsíců po bilaterální přední kapsulotomii (pro závažné OCD) byl stav zlepšený oproti stavu před stereotaxí (pacient udává asi o 30%), ale přesto se vrátil do stavu, který byl vyhodnocen jako závažný (skóre Y-BOCS bylo 24, tedy závažná forma obsesí a kompulzí). Obavy a nutkání se dle pacienta vrátily. „*Ale opadla ta panická hrůza.*“ I manželka potvrdila, že se soužití zlepšilo.

Nabídnuť byla reoperace a rozšíření původní termoléze nebo přidání léze v rostrální cingulu.

Rok 2014

Operace byla provedena v lednu 2014 rozšířením původní termoléze. Jelikož kontrolní vyšetření (vyjma pooperační péče) a psychologické testy budou provedeny po 3 měsících od zákroku, nebudou moci již být součástí této práce. Proto jsou aktuálně dostupné výsledky popsány subjektivně z pohledu pacienta se snahou o určité objektivní zhodnocení třetí osobou v tomto případě manželkou pacienta.

2 měsíce po reoperaci

Pacient má ještě malý otok mozku po zákroku, což může dle sdělení lékařů reakci organismu omezit. Nejlepší stav pacient vnímal těsně po operaci, kdy mu nevadilo hodně věcí. „*Ted' už se to začíná zase vracet, ale šoky se mi obecně zmenšily. Bojím se věcí, ale nejsem z nich úplně paf. Velice pomaloučku se snažím zvykat na domácí „znečištění“, ale jde to hodně pomalu. Mytí rukou jsem zkrátil na polovinu, ale pořád to ještě trvá moc dlouho. Sprchování zůstalo na 30 minutách.*“

Manželka pacienta hovoří o velkém zlepšení od původního stavu i od první operace. Může dnes dělat doma téměř cokoli, pacient na ní nenaléhá ohledně hygieny (mytí rukou po téměř každém úkonu – např. po podání skleničky pacientovi), jen zřídka k takovému dotazu dojde, ale jsou to spíše ojedinělé případy. Dříve musela partnerově OCD podřizovat vše, dnes je to minimum věcí.

Oba se shodují na tom, že kompulze zůstaly téměř beze změny, byť na nich dle přístupu KBT pracují, rozdíl je především v obsesivních myšlenkách, které byly po zákrocích utlumeny, ale postupně se začaly navracet a jak pacient uvádí, dochází k tomu zřejmě i nyní po reoperaci. Zde budeme skutečně očekávat výsledky vyšetření, jelikož v tomto

ohledu se hodnocení pacienta a jeho manželky rozchází. Pacient hovoří o návratu obsesí, byť méně urputných, ale dle jeho slov mu to připadá vlastně stále stejné, jakoby se toho příliš nezměnilo. Manželka však poukazuje na zásadní rozdíly. „*Je divné, že manžel sám říká, že je to pořád stejné, mám pocit, že si na ty hrůzy nepamatuje – na to, jak se sám neosprchoval, musela jsem u něho hodiny stát a říkat mu, že je dobře umytý – bylo to opravdu peklo, jinak se to nazvat nedá a já dneska vlastně pořád přemýšlím, jestli nemám, když někde něco položím, to dát raději pryč, aby se toho nebál. A paradoxně se já bojím každé jeho otázky, bojím se, že se zase bude ptát ohledně nějakého ujištění a on se pak třeba zeptá, jaký si pustíme film.*“ Největší strach zažívá momentálně pacient z popelnic na veřejném prostranství, když má kolem nich projít. Dříve chodíval ven v rukavicích, dnes už to jde bez nich, byť se u toho necítí dobře. Pokud je to nutné, postará se sám i o malou dcerku a absolvuje s ní dokonce cestu autem z domova, což znamená, obléci dítě a odejít z domu. Tohle dříve vůbec nebylo možné (viz. kontrolní úkony, strach z věcí venku). Aktuálně pracuje z domova, což eliminuje stres, ale na druhou stranu zřejmě oslabuje motivaci.

Závěrečný rozhovor s pacientem a jeho partnerkou (v tomto případě s manželkou)

Nejbližší osoby jsou obecně pro úzkostné lidi velmi důležité. Pacienti s těžkou formou OCD bojují s úzkostí, nízkým sebevědomím, přes neovlivnitelné symptomy se musejí vyrovnávat s minimálně saturovanou nadějí na vyléčení či alespoň mírné ovlivnění poruchy a naopak se potýkají s vysilujícími kompulzemi, které je mohou dovést až do stavu exhausce. Tomu všemu jsou přítomni blízcí lidé, partneři, rodiče, přátelé. V této případové studii jsem se rozhodla věnovat na závěr pozornost také manželce našeho pacienta. I ona byla součástí léčebného procesu den za dnem 24 hodin denně, kdy bojovala s manželovou poruchou, v okamžicích vyčerpání, kdy se ztrácí nadhled a porozumění pro druhého, i se samotným manželem a k tomu všemu musela převzít odpovědnost za domácnost, zpočátku hodiny asistovat u rituálu manžela a zajistit vše, v čem partner pro svou poruchu chyběl, ač sama inklinuje k úzkostným scénářům myšlení a chování. Následující rozhovor mapuje prožívání, názory a zhodnocení „příběhu“ OCD v jejich rodině. Pro srovnání uvádím i výpovědi pacienta, jak popisuje roli manželky. Je zajímavé pozorovat, jak se v některých momentech vnímání téhož oběma partnery rozchází.

Jak vnímáte manželovo OCD, co si o této poruše myslíte? Změnilo se něco na vnímání poruchy v průběhu léčby?

Manželka: „*OCD je nemoc, která mi změnila život. Žijeme s ní, přizpůsobujeme se jí. Po operaci to již není v tak velké míře, ale před operací bylo OCD přizpůsobeno celé fungování rodiny a bylo to utrpení, potažmo s manželem a jeho rituály to bylo utrpení. Teď řešíme běžné problémy, které se nemoci netýkají. Před operací jsme mluvili pouze o OCD, jako by nic jiného ani neexistovalo. Naplnilo to naprosto vše“.*

Pacient: *“Manželka se dost obává, pomáhá mi, ale vyšiluje“.*

Vyžadoval manžel Vaši účast na svých rituálech?

Manželka: „*Ano před operací, musela jsem asistovat u mytí, sprchování, dlouhé hodiny jsem ho ujišťovala, že je manžel dobře umytý. Nyní je zcela samostatný a já mám také čas pro sebe a mohu se více věnovat naší malé dcerce“.*

Pacient: „*Manželka asistovala u rituálů a podrobovala se jim, zejména u sprchování jsem ji vyžadoval. Nyní jsem v podstatě samostatný, nicméně jsem ztratil povědomí o tom, co je a není bezpečné.*“ (Pacient se vyjadřoval k normalitě a bezpečnosti dodržování hygieny jako ochrany před možnou nákazou.)

V čem OCD změnilo Vás život (i partnerský)?

Manželka: „*Ve všem. Před operací jsme se nestýkali s kamarády, byla doba, kdy jsme nefungovali jako partneři, ale já jako pečovatelka a manžel jako pacient. Byli jsme oba zoufalí. Manžel se mě kvůli bacilům odmítal dotýkat, fyzický kontakt jsme neměli žádný. Po operaci se postupně vztah začal zlepšovat.*“

Pacient: „*Dříve jsem hodně nutil partnerku do očisty, teď už ji tak nenutím. Je to způsobeno tím, že jednak to už dělá sama a taky já to osobně už tak neřeším. Fyzický kontakt tolik nevyhledávám.*“

Došlo v souvislosti s OCD nějakým způsobem k omezení kontaktu s blízkými lidmi, rodinou?

Manželka: „*Přestali jsme se stýkat s kamarády, ale dokonce i s rodiči. Ti téměř přestali to našeho bydliště jezdit, kvůli strachu, že budou zdrojem „zašpinění“ a budou tím zhoršovat stav manžela. Donutit je, aby dodržovali jeho rituály bylo prakticky nemožné. Po operaci zlepšení, ale jsme stále ještě trošku izolovaní. To připisuji hlavně strachu manžela chodit*

ven, domů si zatím nikoho nezveme. Navázání na setkání s kamarády bude asi nějakou dobu trvat, odvykli si oni i my a domů zatím nikoho nezveme.“

Pacient: *„Ano, já se bál jít ven, bál jsme se infekce a tak jsem raději zůstával v domácím hlídaném prostředí a samozřejmě jsem nechtěl, aby mi ho kontaminovali jiní.“*

Ke změně četnosti kontaktu tedy došlo. Podepsalo se to i na kvalitě nebo obsahu těchto vztahů?

Manželka: *„Ano, neměli jsme si v tu chvíli co nabídnout. Pro nás znamenalo OCD úplně všechno, pro ně nic.“*

Pacient: *„Nedošlo ke zhoršení vztahů, došlo k úbytku lidí, se kterými se stýkám.“*

Které oblasti Vašeho společného života OCD ovlivnilo? Myslím tím například pohodu doma, péče o rodinu, zaměstnání, finance.

Manželka: *„, Naprosto všechno. O pohodě doma se nedá mluvit, často jsme se hádali, manžel nějakou dobu nemohl pracovat v souvislosti s OCD, takže chyběly i peníze, o dcerku jsme se musela starat sama, neboť toho manžel nebyl vůbec schopen.“*

Pacient: *„Pohodu doma, střídání zaměstnání, péče o rodinu, domácí soužití“.*

Co Vás napadne, když řeknu slovo únava?

Manželka: *„Vyčerpanost, dno....byly okamžiky, kdy jsem si říkala, že už prostě nemůžu. A všechno v čem se jemu ulevilo nebo co nemohl dělat, padalo na mě. Ale ode mě už to neměl kdo převzít.“*

Pacient: *„Já byl unavený z rituálů, manželka musela zajistit veškeré domácí práce. Hlavně úklid a očistu věcí, které považuji za znečištěné. Bylo to náročné“.*

Zde je místo opět upozornit na roli rozšířené péče, která by neměla zahrnovat pouze pacienta, ale i nejbližší osoby, členy domácnosti, tedy pečující osoby. Péče o těžce nemocného (a torpidní OCD těžké onemocnění je) je výraznou a vysilující zátěží, a může se stát jediným tématem rodiny v danou chvíli. Pečující osoby je proto nutno chránit, aby i oni neupadli do nemoci. Je potřeba pracovat s jejich emocemi, postoji k nemocnému i k nemoci samotné. Diskutovat a promýšlet budoucí scénáře vývoje a pracovat se zdroji vlastní odolnosti postižených osob a jejich nejbližšího okolí, případně hledat zdroje nové, jestliže ty dosavadní byly chronickým onemocněním partnera (člena rodiny) již vyčerpány.

V souvislosti s tím, jak se nedařilo vyvolat dostatečnou odpověď na léčbu, vyvstala otázka, zda nejsou OCD symptomy saturovány z dalších zdrojů (zda nebyla přehlédnuta, zvážena možná komorbidita). Uvádí se, že jako prodrom OCD bývají popisovány poruchy myšlení. Po konzultaci s psychiatrem jsem znovu prošla veškeré dostupné anamnestické údaje, ale žádné podezření jsem nenašla. Další úvaha vedla směrem k poruchám autistického spektra konkrétně k Aspergerovu syndromu. Zvažována byla i anankastická porucha osobnosti. Proto jsem se rozhodla na závěr zařadit alespoň krátký rozhovor s matkou pacienta.

Jak byste popsala povahu syna v dětství?

Matka: „*Syn byl od útlého dětství velice přátelský, se všemi navazoval kontakt, byl citlivý a společenský, vždycky chtěl mít kolem sebe spoustu lidí, dětí a kamarádů, nikdy se neprojevoval jako úzkostný. Jedním slovem šťastné a veselé dítě.*“

Jaký byl při plnění úkolů, udržování pořádku – byl pečlivý nebo bohém?

Matka: „*Byl velmi pečlivý až přepečlivý, ve srovnání se sestrou mnohem víc než ona, asi to zdědil po otci, který je také velmi precizní a akurátní. Choval se jako „slušňáček“ a vždycky pospíchal, aby se neztratil z kolektiv, měl rád kamarády kolem sebe.*“

Zde je důležité připomenout, že otec má rovněž dg. OCD avšak v mírné formě.

Jak se choval ve větším kolektivu dětí?

Matka: „*Ve škole neměl žádné problémy, když byl ve třetí třídě, přestěhovali jsme se do jiného města. Přestože to bylo uprostřed školního roku, velice rychle si našel nové kamarády, hned měl kolem sebe chumel dětí. Myslím, že patřil k průměru, nebyl žádný vůdce, ale ani otloukánek. I učitelé na něho vzpomínají pozitivně.*“

Jaké měl koníčky v dětství a dospívání?

Matka: „*Měl vždycky spoustu zájmů, třeba sportovní, lyžoval, hrál fotbal, tenis, judo, zajímal se i o hru na klavír a na kytaru.*“

Vyhledával osobní kontakt? Byl mazlivý?

Matka: „*Hodně mazlivý, dokonce až do dospělosti, vůbec se nestyděl si přijít domů pro pohlázení. Sestra se mu kvůli tomu smála, že je divný. Byl vždy hodně fixovaný na rodinu.*“

Došlo v dospívání k nějaké výrazné změně v chování, která by přetrvávala do dospělosti?

„Puberta proběhla velice hladce, nikdy nebyly nějaké nápadnosti nebo konflikty. Snad ani pubertu neměl! V té době hodně jezdil s kamarády na výlety a sportoval. Scházeli se často u nich doma (u rodičů), syn vždycky aktivně vyhledával společnost.

Rekapitulace případu:

Druhý pacient rovněž nebyl prvním záchytem našeho pracoviště. S OCD se potýká cca 10 let a absolvoval dvě stereotaktické operace v rozmezí 18 měsíců, z nich druhá byla provedena před 2 měsíci. U pacienta převažovaly kontrolní a kontaminační obsese a rovněž jako u první kazuistiky zde je přítomna nestandardní míra hygieny, která výrazně zasahuje do časového fondu pacienta a má zásadní vliv na jeho pokožku, která permanentním a dlouhodobým vysušováním ztratila elasticitu a má charakter „papírové“ kůže. V anamnéze je popsáno několik možných spouštěcích faktorů OCD a zmíněna je také rodinná zátěž (úzkostné poruchy v nukleární rodině, u dvou členů přímo OCD). I v tomto případě, měla provedená kapsulotomie pozitivní vliv na nutkavé myšlenky pacienta a nebyl prokázán kognitivní deficit po první operaci. Na odborné zhodnocení reoperace je nutné počkat 3 měsíce, proto bohužel nebude již součástí této práce.

7. Výsledky výzkumu

Popisované symptomy OCD v obou studiích vypovídají o závažné formě poruchy, která se rozvinula u pacientů během několika let. Obsese a kompulze byly časově náročné (pacienti jimi trávili i více než 8 hodin denně. V obou případech šlo o kontaminační subtyp, u ženy s agresivnějším způsobem rozvoje, do závažné formy se žena dostala po 2 letech, u muže byl rozvoj protražovaný. V případové studii ženy nebyla zjištěna rodinná psychiatrická zátěž (zejm. úzkostné poruchy) a roli iniciátora lze tedy přičíst období těhotenství, zatímco ve druhé studii je genetická podmíněnost OCD více než zřejmá a lze uvažovat i na podmíněnost sociálním učením, vzhledem k OCD otce. Dále byla zjištěna v obou případech vysoká míra stresu v období prvních příznaků poruchy a životní traumata v anamnéze. Střídání lepších a horších období (s ohledem na symptomy) pozorováno rovněž v obou případech. K invazivnímu neurochirurgickému řešení se rozhodli oba pacienti definitivně po konzultaci s MUDr. Urgošíkem v Nemocnici na Homolce. Po zákroky bylo zjištěno vymizení obsesí u ženy, u muže došlo ke zmírnění, ale i následnému relapsu, proto byl reoperován (výsledky reoperace nebyly do termínu odevzdání práce

známy). Kompulze u obou pacientů bezprostředně po operaci zůstaly, časem u ženy některé vymizely, ostatní se daří ovlivňovat co do času či způsobu provedení pomocí KBT postupů. U muže došlo pouze k jejich zmírnění. Kognitivní funkce nebyly kapsulotomii nijak narušeny. Osobnost a exekutivní funkce nebyly pro možné závěry dostatečně zhodnoceny.

8. Diskuze

Terapeut, zabývající se problematikou OCD je dnes vyzbrojen systémem terapie OCD, moderními farmaky, relaxační technikou, ale při setkání s torpidní těžkou formou OCD zůstává osamocen v novém prostoru jako cestovatel v neznámých končinách a hledá vhodné „sparingpartnery“, kteří přijmou roli konzultanta. V našem případě se jimi stali pracovníci neurochirurgie na Homolce. Cesta k nim vedla konstatováním nelibých pocitů a prožitků, které pacienty vedou k opakovanému obranému rituálu. Víme dnes již, že oživováním nepříjemných vzpomínek, představ ohrožujících situací a nebo vizualizací přítomné či budoucí podobné a nepříjemné situace, si sami vyvoláváme stres. Naopak pozitivní myšlenky nám dodávají pozitivní energii.

Vedle potřeby potravy a přísunu kyslíku, potřebuje náš organismus i trvalý přísun stimulů. Každý podnět, který přichází do mozku má dvě funkce : umožňuje orientaci v čase a prostoru (porušení této orientace se projevuje poplachovou reakcí útok – útek) a prochází limbickým systémem, centry libosti či nelibosti, kde vyvolává elektrické vzruchy a ty opět naše pocity (libosti či nelibosti). Víme také, že v centru libosti vzniká drážděním : příjemná pohoda, spokojenost, pozitivní vzrušení, radost, sexuální rozkoš, případně extáze.

V centru nelibosti vzniká drážděním : strach, nejistota, zábrany, stud, pocit viny, zuřivost, vztek, negativní agrese, panika, bolest, smutek, a samozřejmě i pocity nepohody.

Podle neurofyziologických výzkumů je stimulace centra libosti u člověka důležitější než přijímání potravy. A tak je velmi pravděpodobné, že právě chronické dráždění centra nelibosti spolupůsobí ve vývoji OCD.

Toto zjištění nás vedlo ke kontaktování neurochirurgického pracoviště, které by mohlo zasáhnout do těchto mozkových struktur a zbavit tak naše pacienty úporného trápení.

Výsledky uváděné v psychiatrických časopisech jsou vcelku pozitivní, lze je jednoduše shrnout až na hranici 70% zlepšení, které konstatuje sám pacient subjektivně a jeho okolí

to objektivně potvrzuje. I tento výsledek lze pokládat za úspěch, byť nejde o úzdravu, protože, jak ukazují dvě zpracované studie, výsledkem je přiblížení pacienta k běžnému životu. Míra obsesivních myšlenek byla zákrokem téměř zcela utlumena u pacientky, která však i po roce operace stále bojuje s některými kompulzemi ze svého původního kompulzivního repertoáru, a ty jsou stále výrazně za hranicí standardního hygienického chování a mají velmi negativní dopad na zdraví její pokožky. Přesto je subjektivní hodnocení výsledku operace pacientkou vysoké, protože ji navrátilo vůbec možnost žít běžný život, ač s určitým stínem kompulzivního chování. Základní úzkost téměř ve všech oblastech jejích rituálů vymizela, kompulze jsou prováděny ze zvyku resp. proto, že to pacientka jinak ani neumí nebo si nevybavuje, jak to dělala před tím. Tento stav byl zjištěn i u druhého pacienta, kterému se sice ve zmírněné formě nutkavé myšlenky navrátily, ale po následné reoperaci došlo taktéž k výraznému zlepšení a byť, jak se zdá i nyní dochází k návratu obsesí, nejsou již tak palčivé. Kompulze však taktéž zůstaly a pacient vyjadřuje obdobně jako pacientka politování, že ztratil vlastně pojem, co je v hygienickém chování bezpečné (a tím tedy myslel i obvyklé) a co je již projevem poruchy. Lze tedy v tomto směru uvažovat o možnosti určité reedukace. Ta by měla pomoci pacientům naučit se provádět „správně“ úkony (v obou popsáných případech zejména hygienické), které několik let deformovalo OCD. Domnívám se, že v souvislosti s funkcí amygdali, přední cingulární kůry a kůry insuly v emoci strachu, úzkosti, pocitu ohrožení (Koukolík, 2012) můžeme hovořit o velmi silném averzivním typu učení v případech OCD, které má na svědomí právě těžko ovlivnitelné kompulzivní chování, přetrvávající i po odstranění či zmírnění původního podnětu tedy nutkavých myšlenek.

Specifická reedukace, která by v přímé návaznosti vycházela nejen z dosavadních terapií KBT, používaných běžně v léčbě OCD, ale i z fyziatrických zkušeností, by začínala prakticky v nejbližší době po neurochirurgickém zásahu, neboť jak vyplývá z těchto případových studií, nejvýraznějšího výsledku v potlačení nutkavých myšlenek je dosaženo v bezprostředních týdnech po operaci. Je však možné, že je to podmíněno úlevou organismu a možností okamžitého srovnání pocíťovaného stavu před operací a po operaci, načež postupem času dochází k přivyknání získaného stavu a subjektivní hodnocení může být postiženo zkreslením, jak se ukázalo v případě pacienta, který subjektivně vnímal výrazné zlepšení v prvních týdnech, ale celkově stav hodnotil spíše jako stejný, zatímco manželka popisovala výrazné změny a ty jsem jako nezávislý pozorovatel také tak vnímala. Domnívám se, že i nadále bude změnu kompulzivních úkonů komplikovat

obecná obtížnost dosahování změn, kterou s sebou přináší skutečnost zažitých zvyků. Zejména těžké je to tehdy, pokud změna znamená pro jedince nepohodlí nebo nějakou zvýšenou potřebu aktivity. Je potřeba si uvědomit, že odstraňování symptomů OCD bezesporu náročnou aktivitou je, jak vzhledem k nesnadnosti, tak k prožitku nelibosti, který je pociťován ve stavech, kdy po pacientovi vyžadujeme něco, co mu naopak přináší další výraznou úzkost a strach a navíc ani nezaručuje jistotu požadovaného účinku. Tyto dvě studie ukazují, že je to nesnadné i v situaci, kdy úzkost a strach pomine.

Jako velmi důležitá se ukázala sociální (v našich případech přímo rodinná) podpora. Na druhou stranu to může být právě rodinné prostředí, které OCD pomáhá udržovat a také oddaluje vyhledání odborné pomoci. Je to způsobeno tím, že byt' se primárně snaží rodinní příslušníci dotyčnému pomoci či alespoň nezvyšovat jeho úzkost, dělají mnohé ústupky, které jsou vodou na mlýn obsedantně-kompulsivní symptomatologii. Ta v repertoáru chování pacienta stále více zakořeňuje. Ústupné chování pak prakticky činí poruchu něčím řešitelným. V podstatě se jí v dané chvíli nikdo nebrání. I přes zmíněné, je opora pro pacienta důležitá, protože bojuje s nepříjemnými emocemi, vysilujícími rituály a přitom si uvědomuje nesmyslnost svého počínání, pociťuje neschopnost se tomu bránit a tím dochází ke sníženému pocitu sebevědomí. Pokud jsou kompulze nápadné, člověk se stahuje do ústraní, čímž se většinou kompulze zintenzivní, jelikož jejich provádění již nic nelimituje. Toto koresponduje s výpovědí manželky ve studii muže s OCD. Rodinná terapie v prvním studii nebyla podstoupena, manžel pracoval v zahraničí. Ve druhém případě manželka byla zapojena do léčby a ukázalo se to přínosné, byt' se nejednalo o klasickou rodinnou terapii. Zde tedy ještě nacházíme určité rezervy, jež je možné zkusit využít ve prospěch pacientů.

Otázkou je, zda doživotně zůstane v anamnéze osob takto výrazně zasažených úzkostnou poruchou nízká stresová tolerance.

Není dostatečně známý proces rozvoje OCD. Neumíme predikovat u koho se podaří poruchu zvládnout a u koho bude progredovat do těžké formy. Obecně lze říci, že čím kratší dobu s OCD osoba bojuje tím větší a rychlejší je naděje na vyléčení. Bohužel se u této poruchy stává, že lidé přicházejí zpravidla za odborníkem v okamžiku, kdy už jsou symptomy neslučitelné s běžným životem a přinášejí množství komplikací. V obou zpracovaných případech přišli pacienti cca po 3 letech od objevení prvních příznaků (tak jak si je zpětně uvědomovali). Mezi tím se již porucha rozvinula a v určitých obdobích se stav zlepšoval, při vyšší míře stresu se však opět zhoršoval a v některých okamžicích nasedala na základní poruchu též deprese. Tyto výkyvy by mohly být signálem k nižší

stresové toleranci a dekompenzaci úzkostné osobnosti. V tomto ohledu nebyly osoby testovány, protože cílem práce nebylo zjistit etiologii jejich poruchy, nicméně jako možné vysvětlení jejich těžko léčitelné formy by to mohlo být zajímavé, protože anankastické rysy lze u obou osob pozorovat, otázkou je zda by dosáhly závažnosti osobnostní poruchy. Obdobně je to s možnými komorbiditami, v uvedených studiích by připadaly nejvíce v úvahu poruchy autistického spektra či poruchy myšlení. Toto se však v žádné z psychiatrických anamnéz nikdy neobjevilo, přesto jsem ještě v závěru práce požádala o několik informací (o období dětského věku) matku druhého z pacientů, jelikož jeho OCD se jeví jako velice sveřepé. Nic z výpovědi nenasvědčovalo pro zmíněnou komorbiditu. Pro AS nesevědí schopnost obou pacientů udržet oční kontakt (Attwood, 2005). Stejně tak anamnestický rozhovor posílen výpovědí matky (druhá studie) neobsahuje informace o potížích pacienta v oblasti komunikace, sociálního interakce, převažování pasivního způsobu řeči, který by byl diagnosticky nakloněn AS.

Přesto je na místě opatrnost a znalost skutečnosti, že OCD může být v některých případech prodromem rozvoje psychotického onemocnění.

Vyšetřením kognitivních funkcí nebyl zjištěn žádný deficit, ale nepodařilo se již zahrnout z časového důvodu do práce výsledky z reoperace druhého pacienta (uskutečněna začátkem roku 2014). U pacientky byla pouze zjištěna při pooperačním vyšetření verbální fluence v nižším průměru. Vzhledem k neznámým výsledkům psychologických testů provedených před operací (které se nepodařilo získat), není možné posoudit, zda došlo k této změně v souvislosti s operačním zákrokem, jehož cílem byla právě frontální oblast mozku, konkrétní přední část capsula interna. Léze v této oblasti dle Kulišáka (2011) mohou zapříčinit právě neplýnulou řeč a to zejména tehdy zasahují-li dopředu a ventrálně.

Oblast přední části g. cinguli byla nazvána přední exekutivní oblastí a její poškození může způsobit mimo jiné obsedantně-nutkavé jevy, úzkost, depresi, agresi a poruchu exekutivních funkcí (Koukolík, 2012). Právě testování exekutivních funkcí mělo v těchto studiích své rezervy (jejich zaměření bylo spíše na kognitivní funkce) a lze tedy jen doporučit provedení komplexního psychologického vyšetření u každého dalšího případu (stejnými metodami) a to ve specifický okamžik, aby bylo možné výsledky podrobit srovnání.

Poněkud složitější je to s použitím terapeutických metod. V obou studiích byla preferována technika KBT, byť nejde samozřejmě o jedinou využitelnou možnost. Existují studie hovořící o její širokospektrální účinnosti. U dalších terapeutických proudů je účinek

diskutabilní a dá se hovořit spíše o individuální účinnosti. Hypnóza se neosvědčila v případech OCD, její využití navíc limituje hypnabilita osob. Dynamické směry včetně psychoanalýzy (Le Cleaire, Lacan in Pedinielli, J-L., Bertagne, 2013) nabízejí teoretická východiska OCD, ale nemají v přímé pomoci při ovlivnění kompulzí a obsesí dostatečný účinek (Praško, 2011). Přesto vidím její potenciál ve formě „podpůrné“ terapie, která by pracovala s klientem na odhalení možných skrytých faktorů poruchy (např. s traumaty nebylo v léčebné strategii vůbec pracováno) a na jeho schopnosti práce s úzkostí, což by se dle mého názoru projevilo v dlouhodobém výhledu.

Dosud nevyužitý Biofeedback možná jednou bude pomáhat osobám s OCD, ale zatím je registrován v této oblasti jako výzkumná technika (Kopřivová, Brunovský, Praško, Horáček, 2008). Hammond (2005) sice uvádí, že pro OCD stejně jako pro deprese není tato metoda zatím pro výzkum na poli léčby OCD příliš podporována, jelikož se na několika případech ukázala neefektivní, ale Kopřivová et al. (2008) poukazuje na úspěšnost této metody u ADHD (patofyziologie této poruchy je nacházena ve stejných oblastech mozku – přední cingulum a bazální ganglia (Beauregard a Levesque, in Kopřivová et al. 2008) a u ADHD se funkce těchto oblastí normalizovaly. Z vlastní zkušenosti však mohu konstatovat, že u osob s úzkostnými poruchami se nám příliš neosvědčily psychowalkmeny (měření tepové frekvence krevního tlaku probíhalo před a po použití), kdy osoby pod vlivem separace od reálného okolí, v němž se i při použití psychowalkmenu nadále nacházely, pociťovaly silnou tenzi, která neustupovala ani při opakování terapie. Tím se možný přínos psychowalkmenu zcela překryl. V tomto případě tedy nedokážu odhadnout využití Biofeedbacku v problematice OCD.

Je ještě příliš brzy, abychom mohli paušalizovat výsledky ze dvou pracovišť, českého a francouzského, rozhodně to je však krok, který by umožňoval cílenou pomoc trpícím pacientům, kteří vleklou a rezistentní poruchou, mohou ztrácet motivaci a sílu.

Zde se nabízí prostor pro pokračování této práce i nadále především ve spolupráci s katedrou psychologie UPOL. Je třeba si odpovědět na otázku, jak zajistit, aby pacient po neurochirurgickém zákroku pokračoval v cílené rehabilitaci a nevracel se do stávajícího prostředí, v němž se jeho OCD rozvíjela. Stejně tak by bylo potřebné, aby na celkové zklidnění po operaci navazoval nový vzorek chování.

Tak by odium „lobotomie“, které si veřejnost představuje v anachronické podobě, pominulo a představa chirurgického sofistického zásahu do mozku by již

nešokovala a nevzbuzovala obavy. Mohla by se tedy využít i v dalších těžkých případech onemocnění OCD.

9. Závěry

Zjištěný stav pacientů s torpidní formou OCD (neodpovídající dostatečně nebo zcela neodpovídající na psychoterapii ani léčbu farmakologickými preparáty) po provedené stereotaktické operaci gama nožem zatím svědčí pro indikaci této neurochirurgické operace ve zmíněných případech. Účinnost této metody se projevila v obou studiích zejména v oblasti nutkavých myšlenek a emoce úzkosti. Co se naopak jeví jako málo chirurgicky ovlivnitelné jsou kompulzivní úkony, které zůstávají v behaviorálním repertoáru pacientů nadále. Tyto závěry se však vztahují na konkrétní subformy OCD (kontaminace, kontrolování) a tak zůstává otevřenou otázkou, zda by obdobných výsledků bylo dosaženo i u pacientů s jinými projevy bohaté škály symptomů OCD. Jasným doporučením pro možné další případy tohoto typu je provedení komplexního psychologického vyšetření jednotnou formou (před operací, dále v různých časových odstupech po ní a stejné testové baterie), aby bylo možné jednotlivé případy mezi sebou porovnávat a získávat tak další cenné poznatky a doporučení pro praxi v léčení těžkých forem OCD.

Souhrn

Onemocnění obsedantně kompulzivní poruchou patří dnes v psychiatrii k jedněm z nejtěžších. Zatímco oblast tak zvané veliké psychiatrie, kterou rozumíme především psychotická onemocnění, je dnes významně ovlivnitelná dostupnými farmaceutickými preparáty a rozvinutou psychoterapií, OCD je v mnoha případech velice nesnadné a obtížné léčit.

Obvyklé postupy v některých případech selhávají a ani kombinace dostupných metod nepřináší potřebný výsledek. Existence několika velice těžkých forem OCD v Modré Laguně (psychiatrická ambulance a centrum duševní pohody) a utrpení pacientů nás vedlo k hledání účinných metod, které by ulehčily jejich trápení.

Zkušenost ukázala, že farmakoterapie v širokém spektru (antidepresiva, anxiolytika, neuroleptika) je v dnešních poměrech základem takového zásahu. Z dostupných antidepresiv se nejlépe osvědčil Sertralin v dávce 50 až 100 mg pro die, u obzvláště

těžkých stavů za přidání účinného anxiolytika, držícího hladinu po 6 až 8 hodin, což momentálně splňuje Alprazolam (Xanax SR nebo Helex SR). Při této kombinaci se po nějakou dobu podařilo snížit vnitřní napětí a nutkání a puzení nebylo tak intenzivní. Připojením systematické psychoterapie, zaměřené na OCD (Psychiatrické centrum), případně individuální psychoterapie a odpodmiňování, včetně relaxačních technik také přineslo krátkodobé ulehčení. Jako významná pomocná technika se potvrdila akupunktura, zejména pak sestava na celkovou harmonizaci. Po každém sezení akupunktury sdělovali pacienti snížení vnitřního napětí a menší potřebu naplňovat nutkání či rituály, v některých případech došlo i k celkovému zlepšení a ústupu potíží.

Přesto však vzhledem k případům, kde všechny dosavadní terapeutické pokusy selhaly a nebo nebyly dostatečně úspěšné, bylo potřeba hledat další možnosti a těmi se ukázaly neurochirurgické operace, k nimž se medicína po letech a se sofistikovanějšími znalostmi vrátila. Zúročily se poznatky pilotního pracoviště v ÚNV a rozšířily se v léčebném směru v nemocnici Na Homolce. Stejným směrem se vydal v Grenoblu Institut des Neurosciences (Clinique de neurochirurgie, profesor Chabardes), jejich pozitivní poznatky a výsledky nás stimulovaly, abychom se pokusili hledat pomoc pro naše pacienty v tomto směru. To dokumentují výsledky této diplomové práce.

Počet osob trpících torpidní formou OCD je nezanedbatelný a důsledky této choroby jsou natolik závažné, že je třeba hledat další řešení jejich léčby, u těchto metod ověřovat jejich účinnost a zmapovat reálný přínos pro pacienta tak, aby bylo možné následně pacienta předat do doléčovací nebo udržovací péče dalším specialistům. Tato práce by mohla být jedním z podnětů, jak v takových případech pokračovat.

Seznam použitých zdrojů a literatury:

- Willson, R., Branch, R. (2004). *Les Thérapies Comportementales et Cognitives pour Les Nuls*. Paris: First- Gründ.
- Attwood, T. (2008). *The Complete guide to Asperger's syndrome*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Attwood, T (2005). *Aspergerův syndrom. Porucha sociálních vztahů a komunikace*. Praha: Portál.
- Dušek, K., Procházková-Večeřová, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada.
- Flegr, J. (2011). *Pozor, Toxo!*. Praha:Academia.
- Hammond, D.C. (2005). Neurofeedback with anxiety and affective disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America* 14(1), 105-123 dostupné z cannontherapy.com
- Hollander, E., Stein, D.J., Broatch, J. et al (1997). A pharmaco-economic and quality of life study of obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrum*. 2, 16-25.
- Hosák, L., Šilhán, P., Hosáková, J. (2013). Genetika úzkostných poruch. *Psychiatrie pro praxi*. 14(1), 23-25.
- Chabardès, S. et al. (2013). Deep Brain Stimulation for Obsessive-Compulsive Disorder: Subthalamic Nucleus Target. *World neurosurgery*. 80(3-4), S31.e1-S31.e8 získáno z <http://dx.doi.org/10.1016/j.wneu.2012.03.010>.
- Kamarádová, D., Látalová, K., Praško, J., Grambal, A., Černá, M. (2013). Prediktory terapeutické odpovědi pacientů s panickou poruchou, sociální fobií a obsedantně-kompulzivní poruchou. *Sborník abstrakt*. Získáno z <http://files.lecbavpsychiatrii2013.cz>.
- Kašparová, L., Novotná, H. (2009). *Breviř*. Praha: Medical Tribune.
- Kašpárek, T., Příkryl, R., Sýkorová, K., Baláž, M. (2012). Hluboká mozková stimulace u rezistentní obsedantně – kompulzivní poruchy. *Česká a slovenská psychiatrie*. 108(4), 190 – 197.
- Kořán, M. (1994). Role neuropsychologie při léčení gama nožem. *Čes. A Slov. Neurol. Neurochir*. 57/90, 118-120.
- Kopřivová, J., Brunovský, M., Praško, J., Horáček, J. (2008). EEG Biofeedback a jeho využití v klinické praxi. *Psychiatrie*. 12 (1), 10-17
- Koukolík, F. (2012). *Lidský mozek*. Praha: Galém.
- Kratochvíl, S. (2006). *Základy psychoterapie*. Praha:Portál.

- Kulísková, O. (2001). Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy – etiologie, diagnostika a terapie. *Neurologie pro praxi*. 3, 138-143.
- Kulišťák, P. (2011). *Neuropsychologie* (2.vyd.). Praha: Portál.
- Kupka, M. (2011). Změněné stavy vědomí v kontextu výzkumu senzorické deprivace a sociální izolace. Získáno 3.3. 2014 získáno z <http://pfyziollfup.upol.cz>.
- Liščák, R. a kol. (2009). *Radiochirurgie gama nožem*. Praha: Grada.
- Malá, E, Růžičková, E., Šoltésová, D. (2002). Obsedantně kompulzivní porucha v dětství a adolescenci. *Česká a slovenská psychiatrie*, 98, 15-23.
- Novák, Z., Chrastina, J. (2007). Historie neurochirurgických zákroků pro poruchy psychiky do r. 1950. *Česká a slovenská psychiatrie*, 103(4), 184 – 189.
- Pedinielli, J-L., Bertagne, P. (2013). *Les névroses* (2.vyd.). Paris: Armand Colin.
- Pidrman, V. (2008). Obsedantně – kompulzivní porucha a deprese. In Příkryl, R. (ed.): Deprese z různých úhlů pohledu III. Praha: Galén, 59 – 73.
- Praško, J. (2010). *Jak obsese a kompulze překonat a zastavit*. Praha: Maxdorf.
- Praško, J. a kol. (2011). *Obecná psychiatrie*. Olomouc. Univerzita Palackého.
- Praško, J., Doubek, P., Diveky, T. et al. (2010). Úzkostné poruchy v neurologii. *Neurologie pro praxi*. 11(4), 265 – 270.
- Praško, J., Prašková, H. (2008). *Obsedantně – kompulzivní porucha a jak ji zvládat*. Praha: Galén.
- Pálová, E., Kovaničová, M., Kitková, S., Breznoščáková, D. (2007). Augmentácia liečby SSRI klomipramínom u čiastočných responderov s obsedantno-kompulzívnou poruchou. *Psychiatrie*. 11 (4), 13-15.
- Praško, J., Možný, P., Zbytovský, J., Pašková, B, Prašková, H. (2003). Kognitivně behaviorální terapie v České republice. *Česká a slovenská psychiatrie*. 99(Supplementum 2), 38-45.
- Příkryl, R. (2013). Postavení repetitivní transkraniální magnetické stimulace v léčbě obsedantně-kompulzivní poruchy. *Česká a slovenská psychiatrie*. 109(1), 11-19.
- Pujol, J., Soriano-Mas, C., Alonso, P., Dardoner, N., Menchón, J.M., Deus, J., Vallejo, J. (2004). Mapování změn struktury mozku u obsedantně-kompulzivní poruchy. *Archive of general psychiatry – České a slov. vyd.*, 2(4), 205-217.

Razska, M., Praško, J., Adamcová, K., Kopřivová, J., Vyskočilová, J. (2008). Disociace a kognitivní funkce u obsedantně-kompulzivní poruchy. *Česká a slovenská psychiatrie*. 104 (6), 289-296.

Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf.

Strunová, V. (2005). Farmakoterapie úzkostných poruch a nespavosti v graviditě a laktaci. *Psychiatrie pro praxi*, 6(3), 116-119.

Svoboda, M. (2010). *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál.

Talová, B., Látalová, K., Praško, J., Mainierová, B. (2014). Úzkost a úzkostné poruchy v průběhu těhotenství a po porodu. *Česká a slovenská psychiatrie*. 110 (1), 29-37.

Thorová, K. (2006). *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál.

Vaškovský, R. (2003). Vplyv antipsychotickej liečby na hmotnosť pacientov. *Psychiatrie pro praxi*. 4(4), 177 – 180.

Vokurka, M., Hugo, J. a kol. (2002). *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf.

Westenberg, H.G., Fineberg, N.A., Denys, D. (2007) Neurobiology of obsessive-compulsive disorder: serotonin and beyond. *CNS spektrum*. 12(2 Supplement 3), 14-27.

Willson, R., Branch, R. (2004). *Les Thérapies Comportementales et Cognitives pour Les Nuls*. Paris: First- Gründ.

WHO (1992). Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Získáno dne 1.1.2014 z <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.

Záleský, R., Pašková, B., Horáček, J., Novák, T., Bareš, M., Praško, J. (2005) Transkraniální magnetická stimulace u Tourettova syndromu s obsedantně-kompulzivní poruchou a regionální mozkový metabolismus. *Psychiatrie*. 9(3), 228-232.

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Dvě případové studie chirurgického řešení těžké formy obsedantně-kompulzivní poruchy

Autor práce: Mgr. Jiřina Sámková

Vedoucí práce: PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Počet stran a znaků: 69 a 147 701

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 44

Abstrakt:

Tato práce je věnována dvěma případům farmakorezistentní formy obsedantně kompulzivní poruchy, v nichž nedošlo k dostatečné odpovědi ani na kognitivně behaviorální terapii. Vzhledem k progredujícímu vývoji symptomatologie OCD, který byl již neslučitelný s běžným životem a pacienty invalidizoval, bylo přistoupeno k neurochirurgickému řešení – kapsulotomii, přičemž v jednom případě byl stereotaktický zákrok dokonce opakován. Ve dvou předkládaných případových studiích je názorně popsán rozvoj onemocnění s ohledem na jeho dopady pro život pacienta a jeho okolí. Rozhovory s pacienty jsou doplněny klinickými informacemi z psychologické a psychiatrické dokumentace. Neurochirurgické zákroky jsou pro torpidní formy OCD indikované a výsledky těchto zákroků se zdají být nadějně, nicméně je nelze považovat za konečné řešení a jak ukazují i případy zpracované v této diplomové práci, je potřeba na pozitivní reakci organismu vyvolanou neurochirurgickým zákrokem navázat další systematickou péčí formou léků a psychoterapie.

Klíčová slova: farmakorezistentní obsedantně-kompulzivní porucha (OCD), kognitivně-behaviorální terapie, neurochirurgie, kapsulotomie

ABSTRACT OF THESIS

Title: Two case studie of surgical treatment for Obsessive compulsive disorder

Author: Mgr. Jiřina Sámková

Supervisor: PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Number of pages and characters: 69 and 147 701

Number of appendices: 4

Number of references: 44

Abstract (800- 1200 characters):

This thesis is dedicated to two cases of pharmacoresistant form of obsessive compulsive disorder which have not been satisfactorily answered even by cognitive behavioral therapy. In respect of progressing development of OCD's symptomatology that was incompatible with normal life making the patients disabled, it was decided to proceed with a neurosurgical solution – capsolutomy. In one case the stereotactic intervention was even repeated. The two presented case studies clearly describe development of the disorder in relation to the patient's life and his surroundings. Interviews with the patients are accompanied by clinical information from psychological and psychiatric documentation. Neurosurgical interventions are indicated for torpid forms of OCD and their results seem to be hopeful. Nevertheless, they cannot be considered as a final solution how the case studies used in this thesis also show. Positive reaction of the organism to the neurosurgical intervention needs to be followed by further systematic care in the form of medicines and psychotherapy.

Key words: pharmacoresistant obsessive compulsive disorders , Cognitive Behaviour Therapy (CBT), neurosurgery, capsolutomy

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2012/2013

Studijní program: Psychologie
Forma: Kombinovaná
Obor/komb.: Psychologie (PSYN)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Mgr. Bc. SÁMKOVÁ Jiřina	Kocínova 142,Písek	F120693

TÉMA ČESKY:

Dvě případové studie chirurgického řešení těžké formy obsedantně kompulzivní poruchy.

NÁZEV ANGLICKY:

Two case studies of surgical treatment for obsessive compulsive disorder

VEDOUcí PRÁCE:

PhDr. Martin Lečbych, Ph.D. – PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Seznámení se s manuálem pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie FF UP v Olomouci a citačních norem Americké psychologické asociace.
2. Studium odborné literatury z oblasti klinické psychologie, psychopatologie, důraz na studium problematiky OCD, zejména farmakorezistentních a terapeuticky neřešitelných forem, neurochirurgie, stereotaktických zákroků.
3. Zpracování přehledu dosavadního výzkumu ? využití databáze EBSCO ? zpracování přehledu dosavadního výzkumu do teoretické části DP.
4. V teoretické části bude hlavní zaměření na problematiku OCD její terapie, seznámení s postupy neurochirurgického zákroku, dosavadních zkušeností se zákrokem.
5. Rámcová osnova teoretické části:
 - a) Problematika OCD, vymezení, definice (stručně).
 - b) Problematika těžkých forem OCD.
 - c) Historie léčby OCD a historie neurochirurgických zákroků.
 - d) Česká historie neurochirurgických zákroků.

- e) Aktuální stav, pracoviště, které se léčbou zabývají, zahraniční zkušenosti.
 - f) Relevantní výzkumné studie k tématu.
6. Konzultace výzkumného projektu s vedoucím DP před realizací sběru dat.
- Dosavadní pracovní předpoklad je:
- a) Pokusit se popsat zkušenosti 2 pacientů s těžkou formou OCD, kteří absolvovali neurochirurgický zákrok.
 - b) Získávat data z rozhovorů s pacienty, lékaři, terapeuty, chirurgy, anamnézy pacientů, psychologických zpráv a psychiatrického vyšetření.
 - c) Pokusit se získaná data analyzovat z hlediska pohledu odborníků a pacientů, případně konfrontovat odlišné pohledy.
 - d) Prezentovat ve srozumitelné formě 2 kazuistiky, které budou shrnovat zkušenosti pacientů se zákrokem, jejich spokojenost, životní změny, které po zákroku nastaly, ke zvážení je rozbor vybraných diagnostických metod (kognitivní funkce?).
7. Integrace výzkumných dat do smysluplného celku. Diskuse s rozvahou o výsledcích, přínosem pro praxi, doporučením dalšího upřesňujícího výzkumu.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- 1) Praško, J., Kosová, J. (1998). Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí. Praha: Triton.
- 2) Praško, J. a kol. (2011). Obecná psychiatrie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- 3) Waberžinek, G., Krajíčková, D a kol. (2005). Základy obecné neurologie. Praha: Karolinum.
- 4) Baštecká, B. a kol. (2003). Klinická psychologie v praxi. Praha: Portál.
- 5) Kratochvíl, S. (2006). Základy psychoterapie. Praha: Portál.
- 6) Svoboda, M. (2010). Psychologická diagnostika dospělých. Praha: Portál.

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu

Cílem výzkumu je zmapovat situaci osob s farmakorezistentní formou OCD, u nichž byla indikována a provedena neurochirurgická stereotaktická operace gama nožem. Má snaha bude směřovat k zachycení chronologického vývoje poruchy, tedy konkrétně se bude jednat o progresi symptomů, využitých prostředků léčby či ovlivnění OCD a dále okamžik indikace a rozhodnutí pacienta k neurochirurgickému řešení včetně výsledku takového zákroku a to z perspektivy samotného pacienta i jeho nejbližších osob.

Účast na výzkumu provedeného formou případové studie Vám může přinést dosud nepředložený náhled na Vaše onemocnění v komplexní podobě, můžete se podělit o Vaše niterné pocity, které se skrývají pod diagnózou F 42 a o jejich souvislosti v denním životě a tím třeba i pomoci někomu v obdobné situaci progredujícího OCD, kdy selhávají terapie a léčba a dotyčný stojí před rozhodnutím co dál.

Ve výzkumu budu pracovat s osobními a důvěrnými daty, vše v souladu se z.č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a jejich uchování v informačních systémech. Vaše účast na výzkumu je dobrovolná a můžete ji kdykoli bez udání důvodu ukončit.

Výzkum bude zpracován ve formě magisterské diplomové práce ve spolupráci s katedrou psychologie na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci a bude ukončen na jaře 2014.