

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

Komplexný manažment dospelého pacienta, dieťaťa od 8. rokov a adolescentného pacienta s obsedantno-kompulzívnou poruchou

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0099	13. február 2020	schválené	1. apríl 2020

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.; prof. MUDr. Jan Praško Pavlov, CSc.; MUDr. Dagmar Breznoščáková, PhD.; doc. PhDr. Marta Popelková, PhD.; PhDr. Katarína Jandová, PhD.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR (OPS klinická psychológia: PaedDr. et Mgr. Erika Jurišová, PhD.; PhDr. Peter Sabol; PhDr. Antónia Kotianová, PhD.; PhDr. Robert Máthé, PhD.; PhDr. Pavla Nôtová, PhD.; PhDr. Karina Pribišová; PhDr. Iveta Šefarová, PhD.; doc. Mgr. Anton Heretik ml., PhD.); hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II, členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; MUDr. Róbert Hill, PhD., MPH; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubíško, PhD., mim. prof.; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; MUDr. Jana Kelemenová; PhDr. Drahomír Kollár; MUDr. Branislav Koreň; MUDr. Štefan Laššán, PhD; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; doc. MUDr. Adriána Liptáková, PhD., MPH; Mgr. Katarína Mažárová; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Mária Murgašová; Ing. Jana Netriová, PhD., MPH; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH; MUDr. Martin Vochyan; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Andrej Zlatoš

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Húsková; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; Mgr. Ing. Mária Syneková; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Anton Moises; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka

Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: „Tvorba nových a inovovaných štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312041J193)

Kľúčové slová

obsedantno-kompulzívna porucha, prevencia, liečba, manažment

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

APA	American Psychological Association (Americká psychologická asociácia)
EBM	Evidence Based Medicine (medicína založená na dôkazoch)
ERP	expozícia a zábrana rituálov (exposition and response prevention)
IKBT	kognitívno-behaviorálna terapia prostredníctvom internetu
KBT	kognitívno-behaviorálna terapia
NICE	the National Institute for Health and Care Excellence (Národný inštitút pre zdravie a kvalitnú starostlivosť)
OCD	obsedantno-kompulzívna porucha (obsessive compulsive disorder)
RCT	randomized controlled trial (Randomizovaná kontrolná štúdia založená na náhodnom výbere)
ŠPI	špecifické psychoterapeutické intervencie (vybrané psychologické intervencie, ktoré využívajú špecifické terapeutické techniky podľa EBM uvedené v časti liečba v druhom stupni starostlivosti, menej intenzívne psychologické liečebné postupy)
ŠPDTP	štandardný preventívny, diagnostický a terapeutický postup
ÚD I	úroveň dôkazov I (systematický prehľad štúdií z úrovne II)
ÚD II	úroveň dôkazov na základe RCT

Kompetencie

Všeobecný lekár pre deti a dorast - prvotné posúdenie, odoslanie na ďalšiu liečbu, management liečby.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo - prvotné posúdenie, odoslanie na ďalšiu liečbu.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria (psychiater) - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, supervízia. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Lekár s certifikátom pre špecifickú psychoterapiu vychádzajúcej z EBM pre OCD - diagnostika, prevencia, psychoterapia, supervízia. Ak nie je takýto odborník k dispozícii, lekár so špecializáciou v psychiatrii + s certifikátom v psychoterapii.

Psychológ v špecializačných odboroch: klinická psychológia, poradenská psychológia, pracovná a organizačná psychológia - realizácia psychodiagnostiky, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, prevencia. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Psychológ v špecializačných odboroch: klinická psychológia, poradenská psychológia, pracovná a organizačná psychológia s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre OCD - diagnostika, psychodiagnostika, psychoterapia, supervízia. Ak nie je takýto odborník k dispozícii, psychológ v špecializačných odboroch: klinická psychológia, poradenská psychológia, pracovná a organizačná psychológia s certifikátom v psychoterapii.

Poradenský psychológ - prvotné posúdenie, prevencia. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Sestra s vysokoškolským vzdelaním prvého stupňa v odbore ošetrovateľstvo, pôrodná asistancia, alebo fyzioterapia, sestra s ukončeným špecializačným štúdiom v študijnom odbore diplomovaná všeobecná sestra. Podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Sestra s pokročilou praxou s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre OCD - prevencia, psychoterapia, supervízia

Liečebný pedagóg - prvotné posúdenie, prevencia; liečebnopedagogická diagnostika a terapia. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Úvod

Tento štandardný diagnostický a liečebný postup sa týka diagnostickej kategórie F42 obsedantno-kompulzívna porucha (OCD). Popisuje štandardy psychologickéj liečby OCD u dospelých, adolescentov a detí (starších ako 8 rokov). Jeho cieľom je zlepšiť diagnostiku a liečbu OCD, a tým pozitívne ovplyvniť prejavy poruchy pacientov, ich školské, pracovné a sociálne fungovanie a kvalitu ich života.

Súčasná psychologická liečba pacientov s OCD nie je dostatočná. Absentuje väčšia informovanosť verejnosti o poruche, a tiež preventívne programy, ktoré by pomáhali v predchádzaní vzniku ochorenia. Pacienti začínajú s liečbou neskoro, v primárnej starostlivosti sú oni a ich rodiny nedostatočne edukované o podstate poruchy a o jej liečbe. Absentujú jednoduchšie a lacnejšie postupy ŠPI v druhom stupni starostlivosti s menej intenzívnym terapeutickým kontaktom. Stáva sa, že pacienti sú liečení psychoterapeutickými postupmi, ktoré nie sú podložené vedeckými dôkazmi, terapia nie je účinná a dochádza k chronifikácii ochorenia. Nie je tiež dostatok špecializovaných pracovísk pre liečbu náročných prípadov.

Zavedenie tohto ŠPDTP umožní účinnejšie zachytenie a liečbu v primárnej starostlivosti. Zavedenie ŠPI u pacientov s OCD zvýši dostupnosť a zníži náklady na liečbu a zároveň bude predchádzať chronifikácii ochorenia. Liečba OCD podľa EBM bude účinnejšia aj pri liečbe v treťom, špecializovanom stupni starostlivosti. Zameranie na edukáciu a zapojenie rodinných príslušníkov a významných osôb pre pacienta zvýši účinok a trvácnosť liečby.

Tento štandard bol vytvorený na základe hierarchie váhy dôkazov, a to štúdií a svetových a európskych odporúčaní (NICE, APA, Canadian clinical practice guidelines for the

management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders, Nemecký Clinical Practice Guideline, the Diagnosis of and treatment Recommendations for Anxiety Disorders). Zohľadnili sme potrebné úrovne dôkazov za posledných 10 rokov v elektronických databázach systematických prehľadov (Cochrane, Pubmed), či elektronických časopisov.

Predpokladáme, že tento ŠPDTP odpovedá na klinickú otázku: Prečo sa lieči len menšia časť ľudí trpiacich OCD a aká liečba je pre nich najúčinnnejšia?

Zavedením tohto ŠPDTP sa zvýši tak dostupnosť, ako aj kvalita liečby OCD.

Prevenia

Podľa Evans a kol. (2012) by sa preventívne zásahy pri úzkostných poruchách mali zameriavať tak na rizikové, ako aj na ochranné faktory súvisiace s etiológiou a udržiavaním týchto porúch. Účinná prevencia OCD si bude vyžadovať (1) komplexné poznanie rizikových a ochranných faktorov, ako aj ich komplexné vzájomné vzťahy počas rôznych období vývinu; (2) zlepšenie metód na zistenie prítomnosti a/alebo neprítomnosti týchto faktorov; a (3) intervencie, ktoré zvyšujú účinnosť ochranných faktorov a/alebo redukujú rizikové faktory alebo oboje. Cieľom takýchto programov je zredukovať výrazne negatívny vplyv úzkostných porúch na jednotlivcov a spoločnosť.

Preventívne programy podľa Evans a kol. (2012) môžeme rozdeliť na (1) indikované programy prevencie, ktoré sa zameriavajú na rizikových jedincov, ktorí už majú symptómy a/alebo biologické markery, ale nespĺňajú v plnej miere diagnostické kritériá pre poruchu; (2) programy selektívnej prevencie, ktoré sa zameriavajú na osoby, o ktorých sa predpokladá, že predstavujú vysoké riziko rozvoja poruchy (napr. boli svedkami násilia); a (3) univerzálne preventívne programy, v ktorých sú zacielené na celé populácie bez ohľadu na rizikové faktory (napr. určitý stupeň školskej dochádzky).

Grisham a kol. (2011) uvádza ako rizikové faktory pre vznik OCD sociálnu izoláciu, fyzické zneužívanie v anamnéze a negatívnu emocionalitu. Podľa Brakoulias, Perkes, Tsalamaniou (2017) sú výskumné zistenia ohľadom prevencie pri OCD nedostatočné. Vzhľadom na biologické etiologické faktory je primárna prevencia obmedzená. Je však možné využiť stratégie, ktoré ovplyvňujú faktory prostredia, hlavne rodinu. Účinná môže byť psychoedukácia pre rodičov a zmena správania rodičov a ostatných príbuzných tak, aby sa nepodporovali začínajúce prejavy OCD a neprispôbovali sa obsesívnemu správaniu postihnutého. Tieto stratégie primárnej prevencie však ešte nie sú dostatočne preskúmané. Zvýšenie dostupnosti účinnej liečby OCD by tiež mohlo zlepšiť terciárnu prevenciu.

Epidemiológia

OCD je vážna psychická porucha s odhadovaným celoživotným výskytom 1,0 - 2,30% a 12 mesačnou prevalenciou 0,7 - 1,2% u dospelých (Kessler a kol., 2005a; Kessler a kol., 2005b; Ruscio a kol., 2010; Adam a kol., 2012). Porucha sa objavuje vo všetkých sociálnych vrstvách. Pacienta porucha v živote výrazne obmedzuje. Postihnutí bývajú častejšie rozvedení, bez sexuálnych skúseností a sociálne izolovaní. U 60% postihnutých sa porucha objavuje pred 25. rokom života, u 30% dokonca medzi 5. a 15. rokom veku (Perse, 1988). Priemerný vek vzniku prvých symptómov je 21,4 rokov u žien a 19,6 rokov u mužov. Najvyššia prevalencia

je u žien medzi 25. a 34. rokom, u mužov medzi 35. a 54. rokom. Celoživotné riziko pre rozvoj OCD sa odhaduje na 5,4% (Bland a kol., 1988). Počet pacientov, ktorí vyhľadajú liečbu sa odhaduje na 14 - 56%, čo naznačuje, že OCD je nedostatočne rozpoznaná a liečená (Veldhuis a kol., 2012; Torres 2006). OCD je spojená s významným negatívnym vplyvom na kvalitu života tak pacientov (Hauschildt a kol. 2010), ako aj ľudí, ktorí s nimi spolu žijú a pomáhajú im (Vikas, Avasthi, Sharan, 2011). Dôsledkom poruchy je kognitívne narušenie, narušenie sociálnych vzťahov a fungovania v zamestnaní. Závažným faktorom je, že jedna štvrtina pacientov s OCD sa pokúsi o samovraždu (Torres a kol., 2006; Torres a kol., 2011). Zdravotné náklady na pacientov s OCD sú tiež vyššie, ako na pacientov bez týchto symptómov (Adam 2012).

Patofyziológia

Podľa niektorých výskumníkov pre vývoj OCD je nutná biologická i psychologická zraniteľnosť (Steketee a Barlow, 2002). Viaceré nálezy zo zobrazovacích výskumov mozgu ukazujú, že u pacientov je možné určiť konkrétne nervové okruhy (zvlášť orbito-frontálna oblasť mozgu, bazálne gangliá a thalamus), ktoré sú zapojené do OCD (Rauch a kol., 2001; Kopřivová a kol., 2009; Ciesielski a kol., 2012; Kopřivová a kol., 2013). Niektoré štúdie ukazujú, že tak farmakologická, ako aj behaviorálna intervencia pomáhajú normalizovať aktivitu v týchto okruhoch (Baxter a kol., 1992; Schwarz a kol., 1996). Najmä vďaka rýchlemu rozvoju farmakoterapie a zobrazovacích metód sa mení predstava o OCD ako o výhradne psychologickej poruche, a OCD sa stáva reprezentantom nového modelu neuropsychiatrickej poruchy (Robertson a Yakeley, 1996).

Genetické faktory - Štúdie rodín a dvojčiat poukazujú na genetickú podmienenosť vzniku OCD. Tento je významnejší u detskej, ako u dospeljej OCD (Pauls a kol. 2014).

Faktory pôsobiace z prostredia.

Zistilo sa niekoľko faktorov pôsobiacich z prostredia, avšak bez kauzálnych vzťahov (Brander a kol. 2016). Napríklad:

Začiatok A streptokokovej infekcie u detí v zhode so začiatkom, alebo zhoršením OCD u niektorých detí. Syndróm je známy ako pediatrické autoimunné neuropsychiatrické ochorenie spojené so streptokokovými infekciami (PANDAS) (Snider, Swedo 2004). Predpokladá sa, že OCD symptómy sa spúšťajú autoimúnnou reakciou na skupinu A beta-hemolytických streptokokov, ktoré poškodzujú bazálne ganglia. Aj iné infekcie môžu spúšťať podobné akútne neuropsychiatrické syndrómy (Singer a kol. 2012).


K novému nástupu, alebo zhoršeniu OCD môže viesť doba pred menštruáciou alebo po pôrode, čo naznačuje, že etiologickú rolu tu môžu hrať hormonálne výkyvy (McGuinness, Blissett, Jones 2011, Guglielmi a kol. 2014).

Akútny nástup OCD bol uvádzaný u dospelých po expozícii traumatickým udalostiam, čo môže naznačovať úlohu stresu, ktorý predchádzal ochoreniu (Fostick, Nacasch, Zohar 2012).

Viacero kazuistík popisuje nový začiatok OCD po neurologických léziách (napr. ischemická porážka, traumatické poškodenie) (Coetzer 2014, Figeo 2013).

Klasifikácia

Tab. č. 1

		Diagnostické kritériá MKCH-10 pre obsedantno-kompulzívnu poruchu (1996)
A.	Po dobu aspoň 2 týždňov sú väčšinu dní prítomné buď obsesie alebo nutkavé konanie (alebo oba symptómy)	
B.	Obsesie (myšlienky, nápady alebo predstavy) a nutkavé konanie majú spoločné nasledujúce črty, ktoré musia byť prítomné všetky: 1) Pacient musí uznávať, že vznikajú v jeho vlastnej mysli a nie sú vyvolávané inými osobami alebo vonkajším vplyvmi 2) Sú nepríjemné a opakujú sa a musí byť prítomná aspoň jedna obsesia alebo kompulzia, ktorá je považovaná za prehnajúcu alebo nezmyselnú 3) Pacient sa im snaží odolávať (avšak rezistencia na dlhotrvajúce obsesie alebo kompulzie môže byť minimálna). Musí byť prítomná aspoň jedna obsesia alebo kompulzia, ktorej sa pacient neúspešne bráni 4) Prežívanie obsedantnej myšlienky alebo vykonanie kompulzívneho činu nie je samo o sebe príjemné (toto by sa malo odlišiť od dočasnej úľavy od napätia a úzkosti)	
C.	Obsesie alebo kompulzie vyvolávajú tieseň alebo narúšajú sociálne alebo individuálne činnosti pacienta, obvykle stratou času	
D.	Najčastejšie sa používa vylučovacia doložka. Obsesie alebo kompulzie nie sú výsledkom iných psychických porúch, ako je napr. schizofrénia alebo príbuzné poruchy (F20-F29), alebo poruchy nálady (afektívne poruchy) (F30-F39)	
Diagnóza sa môže ďalej špecifikovať nasledujúcim štvrtým znakom:		
F42.0	Prevažne obsedantné myšlienky a ruminácie	
F42.1	Prevažne nutkavé konanie (obsedantné rituály)	
F42.2	Zmiešané obsedantné myšlienky a konanie	
F42.8	Iné obsedantno-kompulzívne poruchy	
F42.9	Obsedantno-kompulzívna porucha nešpecifikovaná	

V DSM-5 sa OCD už nepovažuje za „úzkostnú poruchu“, ale včlenila sa do novo vytvorenej diagnostickej kategórie nazvanej „obsedantno-kompulzívne a súvisiace poruchy“. Okrem OCD zahŕňajú aj dysmorfofóbiu, zhromažďovaciu poruchu, trichotilomániu (poruchu vytrhávania vlasov), exkoriáciu (poruchu narušovania kože), obsedantno-kompulzívne poruchy vyvolané látkami/liekmi, a súvisiace poruchy, obsedantno-kompulzívne a súvisiace poruchy spôsobené iným somatickým ochorením, iné špecifikované obsedantno-kompulzívne a súvisiace poruchy, a nešpecifikované obsedantno-kompulzívne a súvisiace poruchy, napr. stereotypne opakované správanie zamerané na telo, obsesívna žiarlivosť (DSM-5, 2015).

Klinický obraz

Ako obsedantno-kompulzívnu poruchu označujeme stav, keď sa v mysli postihnutého jedinca opakovane objavujú myšlienky, predstavy a popudy, ktoré sú mu nepríjemné (vzbudzujú v ňom

tieseň, úzkosť, znechutenie, bezmocnosť), a ktoré vníma ako nepatričné (hriešne, amorálne) a proti svojej vôli, nezmyselné alebo prehnané (Rasmussen a Eisen, 1990; Praško a kol., 2018). Tieto myšlienky, predstavy a popudy označujeme ako obsesie. Postihnutý človek uznáva tieto obsesie ako svoje vlastné a snaží sa ich zbaviť, zahnať ich, napraviť ich alebo neutralizovať. K neutralizácii obsesií slúži určité správanie, pri ktorom postihnutý človek zachováva vždy rovnaký postup - toto úmyselné (vôľou riadené) správanie nazývame rituál alebo kompulzia. Po vykonaní rituálu sa miera nepríjemných pocitov zmierni, ale len na určitú dobu, potom sa obsesia objaví znova a postihnutý ju opäť neutralizuje vykonaním kompulzie (Praško a kol., 2003).

Obsedantno-kompulzívna porucha (OCD - obsessive compulsive disorder) je značne heterogénna, často zneschopňujúca porucha, ktorá sa významne líši od iných úzkostných porúch, pokiaľ ide o charakteristiku, psychopatológiu aj reakciu na liečbu i jej možnosti (Frost a Steketee, 2002).

Behaviorálna teória vzniku OCD

Podľa teórie učenia sú obsesie a kompulzie naučené správanie, podmienené reflexy. Pokiaľ je neutrálny podnet spojený s podnetom vyvolávajúcim úzkosť, dochádza následne k upevnieniu úzkosti i po podnete pôvodne neutrálnom. Kompulzie redukujú úzkosť, pacient ich preto opakuje a naučí sa ich využívať na to, aby sa vyhol nepríjemným pocitom v rámci negatívneho posilňovania.

Kognitívna teória

Kognitívny model OCD (Salkovskis, 1989) predpokladá, že automatické intruzívne myšlienky samy o sebe nie sú patologické. Mávajú pozitívny, neutrálny i negatívny emocionálny sprievod. Pokiaľ nesúvisia s ďalšími zámernými myšlienkami alebo konaním, tak sa strácajú. Takéto fungovanie kognitívnych procesov zaisťuje výber len tých najdôležitejších informácií. Keďže sa však niektoré z intruzívnych myšlienok môžu týkať hroziaceho nebezpečenstva, vyvolávajú často úzkosť a napätie. Úzkosť a napätie môžu kvôli dysfunkčným postojom a presvedčeniam (tzv. dysfunkčným kognitívnym schémam) enormne stúpať, postihnutý ich nedokáže zničiť a snaží sa ich zbaviť pomocou určitého zámerného vôľového konania, ktoré prinesie krátkodobou úľavu a spojenie medzi obsesiou (mimovoľnou - automatickou myšlienkou) a kompulziou (vôľovým konaním alebo myšlienkou určenou k zníženiu úzkosti) sa posilní a objavuje sa stále častejšie.

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

Hodnotiace nástroje, škály a dotazníky

MINI - MINI International Neuropsychiatric Interview. MINI pomáha stanoviť diagnózu podľa MKCH-10 prostredníctvom štruktúrovaného interview MINI (Sheehan a kol., 1998). MINI hodnotí prítomnosť znakov depresie, dystýmie, bipolárnej poruchy, všetkých úzkostných porúch, OCD, porúch príjmu potravy, suicidalít a prítomnosť antisociálnej poruchy osobnosti podľa výskumných diagnostických kritérií MKCH-10 v priebehu vedenia štruktúrovaného rozhovoru. Otázky, ktoré hodnotiteľ dáva pacientovi, sú v interview formulované tak, aby bolo jasne možné odpovedať, že pacient spĺňa kritérium predmetnej poruchy alebo ho nespĺňa.

Y-BOCS - Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, je zlatým štandardom pre hodnotenie závažnosti OCD (Pálová, 2008). Škálu je možné získať u autorky. Škálu vyplní hodnotiaci v

rozmedzí od 0 do 40 bodov. Vyššie hodnoty odrážajú závažnejšie symptómy. Y-BOCS pozostáva z dvoch častí. Prvá časť obsahuje dotazník na typ obsesií a kompulzií, ktorými pacient trpí. Druhá časť má potom 10 otázok, z ktorých polovica hodnotí závažnosť, frekvenciu a dôsledky obsesií, a druhá polovica hodnotí závažnosť, frekvenciu a dôsledky kompulzií. Každá položka má rozsah 0-4 body. Súčet týchto položiek poskytuje informáciu o celkovej závažnosti OCD. Okrem základných položiek, ktoré sú sčítané do súčtu, hodnotí Y-BOCS zvlášť mieru náhľadu pacienta a zvlášť mieru rezistencie na obsesie.

Subjektívny Y-BOCS je forma Y-BOCS upravená do formy dotazníka pre pacientov. Korelácia S-Y-BOCS a Y-BOCS v českej verzii je vysoká (Praško a kol., 2009; Raszka a kol., 2009).

Celková závažnosť poruchy býva posudzovaná posudzovateľom pomocou stupnice Clinical Global Impression (Guy, 1976), spravidla na začiatku a na konci liečby. Hodnotenie však prebieha často raz týždenne, aby bolo možné sledovať dynamiku priebehu zmien. Paralelne s objektívnym hodnotiteľom môže hodnotiť svoj celkový stav aj pacient prostredníctvom sebahodnotiacej verzie.

Clinical Global Improvement (CGI - I, Pato a kol., 1994) predstavuje iný typ jednorozmerného nástroja. Hodnotiaci subjekt používa 7 bodovú Likertovu škálu na hodnotenie miery zlepšenia (1 = veľmi zlepšená, 4 = žiadna zmena a 7 = veľmi nízka miera zlepšenia). Škála veľmi dobre koreluje s Y-BOCS aj s NIMH-GOCS) V upravenej verzii CGI-I robí sebahodnotenie pacient. Medzi ďalšie sebahodnotovacie nástroje patrí Leytonov obsesívny dotazník (LOI - Leyton Obsessional Inventory; Cooper, 1970) a Maudsleyho obsedantno-kompulzívny dotazník - Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (Sternberger & Burns, 1990).


Psychologická diagnostika OCD má za úlohu stanoviť správnu diagnózu podľa MKCH-10 pri zohľadnení ďalších psychologických kritérií ako je intelekt, osobnostné charakteristiky, motivácia k liečbe, či stupeň narušenia v sociálnych, rodinných a pracovných vzťahoch. Pri psychodiagnostickom vyšetrení OCD je potrebné zväžiť potrebu komplexného alebo cieleného psychodiagnostického vyšetrenia, prípadne vyšetrenia psychofyziologickej reakcie na stres podľa klinického obrazu a závažnosti poruchy. Nutné je tiež použitie špecifických nástrojov merania na posúdenie vážnosti OCD symptomatiky.

Diferenciálna diagnostika

Diferenciálna diagnostika OCD sa zaoberá ďalšími psychickými poruchami, ktoré sú charakterizované opakujúcimi sa myšlienkami alebo správaním. Napr. obsesie pri OCD je potrebné odlišiť od ruminácií pri depresívnej poruche, od zrýchleného myslenia pri psychotických myšlienkach pri schizofrénii, a od zaoberania sa jedlom a telesnou schémou pri poruchách príjmu potravy. Podobne je potrebné kompulzie odlišiť od tikov pri Tourettovom syndróme, od ritualizovaného sebaopoškodzovania pri hraničnej poruche osobnosti, od rytmických pohybov, ktoré sa môžu objaviť pri autizme alebo pri mentálnej retardácii a od stereotypov pri komplexných aj parciálnych záchvatoch. Podľa definície, diagnóza OCD by nemala byť stanovená v prípade, že symptómy sa môžu pripísať inej poruche, alebo sú dôsledkom užívania návykových látok (APA, 2013).

Kosová, Pašková (2008) uvádzajú hlavné spoločné a odlišné symptómy jednotlivých psychických porúch a OCD .

Tab. č. 2

 Diferenciálna diagnostika pri OCD		
Diagnóza	Zhodné črty	Rozdielne črty
Tourettov syndróm	<ul style="list-style-type: none"> ▪ OC syndróm ▪ úzkosť 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ motorické a vokálne tiky
GAD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ úzkosť, napätie ▪ vyhýbanie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ úzkosť je voľne plynúca ▪ neprítomnosť rituálov
Fóbie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ úzkosť, strach ▪ vyhýbanie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ úzkosť smerovaná na konkrétny objekt, ktorá bez kontaktu s ním mizne ▪ neprítomnosť rituálov
Hypochondrická porucha	<ul style="list-style-type: none"> ▪ úzkosť, napätie ▪ vtieravé myšlienky až obsedantného charakteru ▪ vyhýbanie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ úzkosť viazaná na presvedčenie o vážnej chorobe ▪ neprítomnosť rituálov
Schizofrénie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ úzkosť ▪ OC syndróm 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ obsesie sú vždy egodystónne ▪ bizarérie

Komorbidita

Spoločný výskyt OCD a iných psychických porúch je veľmi častý. Najčastejšou komorbídnou poruchou je depresia, ktorá sa vyskytuje až u 55% OCD pacientov (Eisen a kol., 1999), a jej celoživotná prevalencia u týchto pacientov je popisovaná okolo 67% (Pigott a kol., 1994). Ťažká forma depresie sa objavuje asi u 25 - 30% pacientov s OCD (Steketee a kol., 2000) a celoživotný údaj jej výskytu je dvojnásobný. Podľa iných autorov má až 80 % pacientov s OCD súčasne dysforické symptómy, 2/3 vo svojej anamnéze uvádzajú depresívnu epizódu a 1/3 ňou trpí aktuálne (Karno a kol., 1988). Zvýšené riziko samovražedných pokusov je popisované hlavne v súvislosti s pridruženou depresívnou symptomatikou. Pretože sa depresia zvyčajne vyvinie po OCD (Rasmussen a Eisen, 1992), jej vývoj je často považovaný za vedľajší efekt obmedzeného spôsobu života spôsobeného OCD. Dystýmia sprevádza OCD menej často, asi v 10%.

Pri diferenciálnej diagnostike ostatných úzkostných porúch a porúch nálady, ktoré sa vyskytujú veľmi často aj v kombinácii s OCD, je potrebné opierať sa hlavne o obsahovú stránku vnucujúcich sa myšlienok a kompulzií.

Liečba

Údaje zo svetových odporúčaných postupov

Základom pre vypracovanie ŠPDTP pre liečbu OCD sú anglický guideline NICE (2015), kanadské štandardy pre liečbu úzkostných porúch (Katzman a kol., 2014), postupy Anxiety and Depression Association of America (2015), odporúčané postupy Americkej psychiatrickej asociácie APA (Lamber, 2008) a Americkej psychologickkej asociácie (2015). Odporúčané postupy Americkej Psychiatrickej asociácie APA (Lamber, 2008) odporúčajú ako liečbu prvej línie KBT (expozíciu a zábranu rituálom) terapiu, liečbu pomocou SSRI, alebo

kombináciu KBT a SSRI. Podľa Americkej psychologickéj asociácie, RCT štúdie výrazne podporujú KBT liečbou a liečbu pomocou expozície a zábrany rituálom. Pre Acceptance and Commitment Therapy (terapia akceptáciou a záväzkom) sa zistila stredná výskumná podpora. Katzman (2014) udáva, že meta-analytické štúdie podporujú pozitívny efekt psychologickéj (hlavne KBT) liečby pri OCD, ktorá spočíva v expozícii a zábrane rituálov (ERP), ÚD I (Rosa-Alcazar a kol., 2008; Jonsson, Hougaard, 2009; Gava a kol., 2007; Ougrin, 2011; Hofmann, Smits, 2008; Roshanaei-Moghaddam a kol., 2011; Abramowitz, 1997; Eddy, Dutra, Bradley, Westen, 2004; Noordik a kol., 2010). KBT je rovnako účinná alebo účinnejšia ako farmakoterapia (Roshanaei-Moghaddam a kol., 2011; Foa a kol., 2005; Sousa a kol., 2006; Belotto-Silva a kol., 2012). Výsledky KBT liečby sú podobné, ak porovnáme intervencie zamerané na ERP a intervencie zamerané na kognície (Rosa-Alcazar a kol. 2008; Ougrin 2011; Abramowitz, 1997). Liečba špecificky zameraná na strach zo znečistenia infekčnými látkami, ktorá používa kognitívne intervencie bez priamej expozície (“danger ideation reduction therapy - DIRT”), bola účinnejšia ako ERP (Jones, Menzies, 1998; Krochmalik a kol., 2004). Kognitívne intervencie môžu hrať dôležitú rolu u pacientov bez zjavných kompulzií, u ktorých je uskutočnenie ERP ťažšie. Meta-analýza Rosa-Alcazar (2008) zistila, že expozícia in vivo (v realite) kombinovaná s expozíciou v predstavách bola účinnejšia ako samotná expozícia in vivo ÚD I.

Skupinová a individuálna KBT

Viacere metaanalýzy nepreukázali významný rozdiel v účinnosti medzi skupinovú a individuálnou KBT (Rosa-Alcazar, 2008; Gava a kol., 2007; Jonsson, Hougaard, Bennedsen, 2011). Avšak výsledky jednotlivých štúdií sú protikladné. Niektoré RCT nezaznamenali významné diferencie v účinnosti medzi skupinovú a individuálnou terapiou (Jonsson, Hougaard, Bennedsen, 2011; Jaurrieta, 2008), zatiaľ čo iné zistili, že individuálna terapia je účinnejšia (O'Connor a kol., 2005; Belloch a kol., 2011; Cabedo a kol., 2010). Rozdiely je možné vysvetliť skutočnosťou, že v individuálnej terapii si terapeut môže byť viac vedomý dysfunkčných predpokladov pacienta, zatiaľ čo skupinová terapia umožňuje zapojenie sa do skupiny, poskytuje vzájomnú podporu, imitačné a interpersonálne učenie, čo môže zvyšovať motiváciu a znižovať riziko prerušenia liečby (Gava a kol., 2007).

Intenzita a trvanie liečby


Dôležitá je tiež intenzita a trvanie liečby. Intenzívny ERP program, ktorý popisuje Foa a jej spolupracovníci, spočíva v 15 dvojhodinových sedeniach päť dní v týždni v trvaní viac ako tri týždne (Foa a kol., 2005; Kozak, Foa, 1997). Podobný program, ktorý sa uskutočňoval dvakrát týždenne (čo je pre mnohých pacientov a terapeutov praktickejšie), bol na konci sledovania rovnako účinný ako intenzívna liečba trvajúca päť dní v týždni (Abramowitz, Foa, Franklin, 2003). Program postupnej starostlivosti, v ktorom boli pacienti liečení šesť týždňov prostredníctvom menej intenzívneho poradenstva spojeného s biblioterapiou týkajúcou sa ERP, po ktorom nasledovala štandardná ERP liečba u pacientov, ktorí na menej intenzívnu psychologickú liečbu nereagovali, bol rovnako účinný ako štandardný ERP program (17 sedení dvakrát týždenne), ale bol významne lacnejší (Tolin, Diefenbach, Gilliam, 2011).

Ďalšie postupy

Ďalšími účinnými postupmi v liečbe OCD sú: terapia pomocou akceptácie a záväzku (Acceptance and Commitment Therapy) (Twohig, 2010), modulárna kognitívna terapia (Modular Cognitive Therapy), ktorá je zameraná na predpoklady v OCD (Wilhelm a kol.,

2009; Freeston, 1997), kognitívna terapia zameraná na obsedantné pochybovanie (O'Connor a kol., 2005), organizačný tréning (organizational training) (Park a kol., 2006; Buhlmann a kol., 2006) a tréning všímavosti (Mindfulness Training) (Hanstede, Gidron, Nyklicek, 2008). RCT týkajúce sa účinku pridania motivačného rozhovoru sú rozporné. Jedna štúdia nepreukázala jeho pridanú hodnotu (Simpson a kol., 2010), kým ďalšia preukázala zlepšenie v redukcii symptómov a hodnotení remisie v porovnaní so samotnou KBT (Meyer a kol., 2010). Kým EMDR bola účinnejšia v RCT ako SSRI (Nazari a kol., 2011), údaje nie sú dostatočné, a táto technika sa všeobecne pre pacientov s OCD neodporúča.

Tab. č. 3

 Úroveň dôkazov pre OCD na základe literatúry			
ŠPDTP	Úroveň dôkazov	Stupeň odporúčania	Referencie
Expozícia a zábrana rituálom	I	A (najvyšší stupeň)	Lamber, (2008), Katzman, (2014), Rosa-Alcazar, (2008)
KBT	I	A	
Terapia pomocou akceptácie a záväzku (Acceptance and Commitment Therapy)	II	B	Twohig, (2010)
Modulárna kognitívna terapia (Modular Cognitive Therapy)	II	B	Wilhelm a kol., (2009); Freeston, (1997)
Kognitívna terapia zameraná na obsedantné pochybovanie	II	B	O'Connor a kol., (2005)
Organizačný tréning (Organizational training)	II	B	Park a kol., (2006), Buhlmann a kol., (2006)
Tréning všímavosti (Mindfulness Training)	II	B	Hanstede, Gidron, Nyklicek, (2008)
ŠTI v druhom stupni starostlivosti	II	A	Andersson a kol., (2012), Tumer a kol., (2007), Greist a kol., (2002)
Motivačný rozhovor	III	C	Meyer a kol., (2010)
Iné psychoterapeutické prístupy zvyšujúce motiváciu a uvedomenie si problému, napr. psychodynamická terapia	IV	D	Americká psychiatrická asociácia, (2007)

Rosa-Alcazar a kol. (2008) uvádza, že expozícia riadená terapeutom je účinnejšia ako expozícia, ktorú si robí pacient sám. Aj keď obidva spôsoby liečby vykazovali významnú redukcii symptómov, ERP riadená terapeutom bola účinnejšia v zlepšovaní OCD symptómov a v sebahodnotení funkčného narušenia (Tolin a kol., 2007).

Špecifické terapeutické intervencie

Lovell a kol., (2006) zistil, že ERP pomocou telefónu je rovnako účinná ako ERP priamo s terapeutom. Biblioterapia vo forme svojpomocných manuálov poskytovaná pacientom pomocou emailov preukázala významne zlepšenie v OCD symptómoch v porovnaní

s kontrolnou skupinou čakateľov na liečbu vo dvoch RCT (Moritz, 2010; Moritz, Jelinek, 2011). Kognitívno-behaviorálna terapia prostredníctvom internetu (IKBT) je ľahko dostupná liečba, ktorá má potenciál osloviť neliečených pacientov (Anderson a kol., 2012). Niekoľko RCT štúdií preukázalo, že IKBT programy sú významne efektívnejšie ako podporná terapia alebo relaxácia (Andersson a kol., 2012; Tumer a kol., 2007; Greist a kol., 2002) ÚD II. Avšak podľa Greist a kol. (2002) IKBT bola rovnako účinná ako terapeutom vedená KBT len vtedy, keď pacienti ukončili aspoň jedno sedenie spočívajúce vo vlastnej expozícii. IKBT mala v porovnaní s telefonickou podporou na požiadanie podľa Kenwright a kol. (2005) významne lepšie výsledky, keď sa začala s krátkym, dohodnutým, terapeutom iniciovaným podporným telefonátom.

Rodinná terapia

Prispôsobenie sa rodiny pacientovi (napr. členovia rodiny sa zúčastňujú na vykonávaní rituálov, na vyhýbaní sa úzkosť vyvolávajúcim situáciám, alebo na zmene dennej rutiny, aby „pomáhali“ príbuznému s OCD) sa podľa Lebowitz a kol. (2012) spájalo s horšou odpoveďou na liečbu, tak behaviorálnu, ako aj farmakologickú. Z toho vyplýva, že ak sa terapeuti v liečbe OCD zamerajú aj na to, ako rodina prispôsobila svoje správanie OCD pacientovi a zmenia ho, u určitých pacientov nastane zlepšenie klinických výsledkov.

Skupinová KBT

RCT vedená Muroff a kol. (2012) zaznamenala po skupinovej KBT pri obsesiách hromadenia významnú redukciu aktivít hromadenia a symptómov depresie, zatiaľ čo po samotnej biblioterapii nastalo len mierne zlepšenie.

Psychodynamická terapia

Odporúčania Americkej psychiatrickej asociácie (2007) udávajú, že dynamická psychoterapia alebo psychoanalýza nepreukázali svoju účinnosť pri ovplyvnení jadrových symptómov OCD. Psychodynamická psychoterapia však môže pomôcť pacientom prekonať ich rezistenciu k liečbe, a môže tiež ovplyvniť interpersonálne dôsledky symptómov OCD. Rezistenciu pacienta voči liečbe môže pomôcť prekonať motivačný rozhovor. Napätie v rodine, ktoré symptómy pacienta zhoršuje, môže znížiť rodinná terapia.

Liečba OCD detského pacienta

Psychologické terapie pre deti musia byť vždy prispôbené chronologickému a vývinovému veku mladých pacientov, a do liečby sa majú zapojiť aj rodičia. Metaanalýzy a RCT štúdie (Franklin a kol., 2011; Williams a kol., 2010; Bolton a kol., 2010; Turner, Heyman, Furth, Lowell, 2009; O'Kearney, Anstey, von Sanden, 2006; Watson, Rees, 2008) preukázali účinok KBT u detí s OCD.

Kombinovaná psychologická a farmakologická liečba

Preukázalo sa, že kombinácia psychologickú a farmakologickej liečby bola účinnejšia ako medikácia samotná (Noordik a kol., 2010; Foa a kol., 2005; Foa, Franklin, Moser, 2002; Simpson a kol., 2008; Simpson a kol., 2004), avšak kombinácia nebola účinnejšia ako KBT samotná (Hofmann a kol., 2009; Foa a kol., 2005; Foa, Franklin, Moser, 2002; Simpson a kol., 2004; van Oppen a kol., 2005). Tieto zistenia poukazujú na skutočnosť, že v prípade, že je vyžadovaná alebo preferovaná farmakoterapia, pridanie KBT k tejto liečbe môže zvýšiť jej efekt a znížiť počet relapsov. Na rozdiel od iných úzkostných porúch sa podľa O'Connor a kol. (2006) nezistila u pacientov s OCD kontraindikácia kombinácie KBT a medikácie, a podľa Kordon a kol. (2005) kombinovaná liečba môže zlepšiť prevenciu relapsu.

Dlhotrvalý efekt psychologickej liečby

Dlhodobšie sledovacie štúdie poukazujú na fakt, že pozitívne účinky KBT sa udržiavali v období 1 až 5 rokov (Simpson, 2004; van Oppen, 2005; Braga a kol., 2010; Whittal a kol., 2008; Anand a kol., 2011).

Katzman a kol. (2014) zhrnuli závery kontrolovaných štúdií a uvádzajú, že KBT, a zvlášť ERP (exposure and response prevention therapy), predstavuje účinnú liečbu OCD prvej línie. KBT liečba OCD je rovnocenná alebo účinnejšia ako farmakoterapia. Účinná je individuálna liečba, skupinová liečba, liečba pomocou vlastnej expozície s návodom zo svojpomocných kníh, prostredníctvom telefónu a programov založených na internete. Účinok KBT pretrváva viac ako päť rokov. Kombinácia psychoterapie a farmakoterapie je účinnejšia ako farmakoterapia samotná, ale nie ako samotná KBT, a výskumné štúdie poukazujú na to, že pridanie KBT k farmakologickej liečbe vedie k lepším dlhotrvajúcim účinkom.

Na základe týchto literárnych údajov a odporúčaní NICE uvádzame nasledovné štandardné terapeutické postupy.

Dospelí pacienti s OCD (NICE, 2005)

U dospelých pacientov s obsesívnymi myšlienkami, ktorí nemajú zjavné kompulzie, by mal terapeut zvážiť použitie kognitívno-behaviorálnych terapeutických postupov (KBT), spočívajúcich v expozícii obsesívnym myšlienkam a zabránení vykonávania mentálnych rituálov a neutralizačných stratégií.

U dospelých pacientov s OCD môže terapeut zvážiť aj samotnú kognitívnu terapiu ako doplnok k expozíciám a prevenciám odpovedí (ERP), s cieľom zvýšiť dlhodobú redukciu symptómov.

U dospelých pacientov s OCD, ktorí žijú s rodinami alebo opatrovateľmi, je potrebné zvážiť, či je vhodné a akceptovateľné zahrnúť rodinu a opatrovateľov do ERP ako ko-terapeutov.

U dospelých pacientov s OCD s vážnejším narušením ich bežného fungovania, ktorí sú doma, nie sú schopní alebo nie sú ochotní navštevovať psychológa, alebo pri OCD s vážnejším problémom v hromadení, je potrebné zvážiť liečbu v domácom prostredí.

U dospelých pacientov s OCD s vážnejším vplyvom na ich fungovanie, ktorí sú doma a nie sú schopní absolvovať domácu liečbu kvôli povahe svojich symptómov (napr. obavy z kontaminácie alebo hromadenie, ktoré zabraňuje terapeutovi prístup do domu), je potrebné zvážiť určitú dobu liečbu prostredníctvom telefonických intervencií.

U dospelých s OCD, ktorí odmietajú alebo nemôžu byť zapojení do liečby zahŕňajúcej ERP, môže terapeut zvažovať individuálnu kognitívnu terapiu špeciálne upravenú pre OCD.

Keď sa dospelý pacient s OCD dožaduje inej formy psychoterapie ako je kognitívna a/alebo behaviorálna terapia, ako špecifickej liečby pre OCD (napr. psychoanalýzy, transakčnej analýzy, hypnózy, manželskej terapie), terapeut ho má poučiť, že ešte neexistujú presvedčivé dôkazy o klinicky významnom účinku týchto terapií.

Ak sú členovia rodiny alebo opatrovatelia ľudí s OCD zapojení do kompulzívneho správania, vyhýbania alebo vyhľadávania ubezpečenia, liečebný plán by mal obsahovať redukciu tohto ich zapojenia, a to citlivým a podporujúcim spôsobom.

Dospelým pacientom s OCD s výraznými problémami vo fungovaní je potrebné poskytnúť pomoc s dopravou k terapeutovi, ktorý im umožní liečiť sa.

Na konci liečby by mali zdravotnícki pracovníci informovať dospelých pacientov s OCD o tom, ako by mohli naučené princípy aplikovať na rovnaké alebo podobné symptómy, ak sa objavia v budúcnosti.

Deti a adolescenti (NICE, 2005)

Psychologická liečba u detí a adolescentov s OCD by mala byť kooperatívna, a preto je potrebné do liečby zapojiť aj rodičov alebo opatrovníkov. Pri liečbe detí a adolescentov by mali terapeuti zvážiť aj širší kontext a možnosť zapojenia ďalších odborníkov. V prípade, ak je to vhodné, môžu sa riadiť rovnakými odporúčaniami ohľadom psychologických intervencií ako u dospelých.

Pri KBT detí a adolescentov s OCD by sa mala venovať konkrétna pozornosť:

- rozvoju a udržaniu dobrej terapeutickej spolupráce s dieťaťom alebo adolescentom, a aj s jeho rodinou alebo opatrovníkmi,
- udržiavaniu optimizmu u dieťaťa alebo adolescenta, ako aj u jeho rodičov alebo opatrovníkov,
- identifikovaniu úvodných a následných liečebných cieľov spoločne s dieťaťom alebo adolescentom,
- aktívnemu zapojeniu rodiny alebo opatrovníkov do plánovania liečby a do liečebného procesu (špeciálne v ERP kde, ak je to vhodné a akceptovateľné, môžu v ňom dieťaťu alebo adolescentovi pomáhať),
- povzbudzovaniu, aby postihnutí pacienti využívali postup ERP, ak sa po úspešnej liečbe objavia nové alebo odlišné symptómy,
- udržiavaniu kontaktu s ďalšími odborníkmi, ktorí sú pre život dieťaťa alebo adolescenta významní (ako sú učitelia, sociálni a ďalší zdravotnícki pracovníci), a to hlavne v prípade, ak kompulzívne aktivity zasahujú do bežného fungovania dieťaťa alebo adolescenta,
- ponúknuť pacientovi jedno alebo viac dodatočných sedení, ak sa pri katamnestickej sledovaní zistíme, že sú potrebné.

V psychologickej liečbe detí a adolescentov s OCD by mali zdravotnícki pracovníci zvážiť poskytovanie odmen za účelom zvýšenia motivácie a posilnenia želanej zmeny správania.

Dospelý pacient s OCD

V úvodnej fáze liečby dospelých pacientov s OCD by mala byť pacientovi ponúknutá druhostupňová psychologická liečba s nízkou intenzitou terapeutického kontaktu (zahŕňajúca expozíciu a prevenciu odpovede (ERP) s rozsahom až 10 terapeutických hodín na pacienta) a to v prípade, že pacientov stupeň funkčného zneschopenia je nízky a/alebo pacient preferuje druhý stupeň liečby. Tento obsahuje:

- krátku individuálnu KBT (zahŕňajúcu ERP) s použitím štruktúrovaných svojpomocných materiálov,
- krátku individuálnu KBT (zahŕňajúcu ERP) s použitím telefonického kontaktu,
- skupinovú KBT zahŕňajúcu ERP (pozn. pacient v tejto forme terapie sa môže zúčastniť viac ako 10 terapeutických hodín).

Dospelým pacientom s OCD s nízkou úrovňou funkčného narušenia, ktorí nie sú schopní zapojiť sa do druhostupňovej liečby KBT (+ERP), alebo u ktorých sa táto liečba preukázala ako nedostatočná, by mal terapeut ponúknuť buď možnosť užívania inhibítorov spätného vychytávania serotonínu (SSRI), alebo intenzívnejšiu KBT (+ERP) (t. j. viac ako 10 terapeutických hodín na pacienta). Tieto dve formy liečby sa javia ako porovnateľne účinné.

Dospelým pacientom s OCD so strednou úrovňou funkčného narušenia by sa mala ponúknuť liečba pomocou SSRI, alebo intenzívnejšia KBT (+ERP) (formou 10 a viac terapeutických hodín na pacienta), pretože tieto liečebné postupy sa javia ako porovnateľne efektívne.

Deti a adolescenti s OCD (NICE, 2005)

U detí a adolescentov s OCD a miernym stupňom funkčného zneschopenia je možné zvážiť riadenú svojpomocnú liečbu v spojení s podporou a informáciami pre rodinu a opatrovníkov.

Deťom a adolescentom s OCD so strednou až závažnou úrovňou funkčného narušenia a detským a mladistvým pacientom s OCD s miernym narušením fungovania, u ktorých bola druhostupňová liečba KBT neefektívna alebo ju odmietli, by mal terapeut odporučiť ako liečbu prvej línie KBT (+ERP), ktorá do liečby zahŕňa rodinu alebo opatrovníkov, a zodpovedá vývinovej úrovni dieťaťa. Zaradenie do skupinovej alebo individuálnej liečby závisí od preferencií dieťaťa/adolescenta a preferencií jeho rodiny alebo opatrovníkov.

U detí s OCD vo veku 8-11 rokov so strednou alebo závažnou úrovňou funkčného narušenia, ktoré primerane nereagovali na KBT (+ERP), pričom do liečby bola zapojená rodina alebo opatrovníci, sa môže do prebiehajúcej psychologickej liečby zvážiť prídanie liečby pomocou SSRI. Zvlášť na začiatku liečby by sa malo dieťa starostlivo monitorovať.

Adolescentovi s OCD vo veku 12 - 18 rokov so stredným alebo závažným stupňom funkčného narušenia v prípade neprimeranej odpovede na KBT (+ERP), na ktorej sa spolupodieľala jeho rodina alebo opatrovníci, by mal terapeut navrhnúť do prebiehajúcej psychologickej liečby prídanie SSRI. Zvlášť na začiatku liečby by mal byť adolescent starostlivo monitorovaný.

Ak dieťa alebo adolescent s OCD a ich rodina alebo opatrovníci odmietli psychologickú liečbu, alebo nie sú schopní sa do liečby zapojiť, malo by sa zvážiť ponúknutie SSRI liečby so špeciálnym dôrazom na starostlivé monitorovanie negatívnych efektov.

Na neúspešnom priebehu liečby sa môže podieľať prítomnosť komorbidít, porúch učenia, pretrvávajúcich psychosociálnych rizikových faktorov (ako rodinný nesúlad) alebo prítomnosť psychických problémov rodiča. Tu je potrebné zvážiť doplnkové alebo alternatívne intervencie pre liečbu týchto faktorov. U dieťaťa alebo adolescenta bude naďalej nutná na dôkazoch založená liečba jeho OCD.

Princípy liečby platné pre pacientov s OCD, ich rodiny a opatrovníkov (NICE, 2005)

Ludia trpiaci na OCD sa často za svoje prejavy ochorenia hanbia, a je pre nich niekedy ťažké o prejavoch ochorenia s odborníkom na psychické zdravie hovoriť. Títo by preto mali pacientom, ich rodinám a opatrovníkom pomôcť pochopiť, že tieto prejavy je ťažké ovládať, a poskytnúť im primerané súčasné informácie o podstate poruchy zo psychologickej a biologickej perspektívy.

Kontinuita starostlivosti

Pretože OCD sa môže objavovať počas celého života človeka, je potrebné venovať pozornosť zabezpečeniu vhodnej starostlivosti vo všetkých vekových kategóriách a hladkému presunu medzi zdravotníckymi službami zameranými na špecifickú vekovú kategóriu, ako je napr. presun zdravotníckej starostlivosti o adolescenta do starostlivosti odborníka, ktorý lieči dospelých pacientov.

Starostlivá pozornosť by sa mala venovať efektívnej integrácii a koordinácii starostlivosti o pacientov s OCD naprieč primárnej a sekundárnej starostlivosti. Preto by mal byť o liečbe priebežne informovaný jej koordinátor pediater alebo praktický lekár, prípadne psychiater.

Primárna a sekundárna starostlivosť má byť účinne prepojená s jasnou zodpovednosťou za sledovanie a liečbu.

OCD je často opakujúca sa, chronická choroba, ktorá ovplyvňuje najintímnejšie aspekty života človeka. Zdravotnícki pracovníci by sa preto mali postarať, aby terapia pokračovala dlhší čas, a minimalizovať potrebu viacnásobných vyšetrení pacientov rozličnými zdravotníckymi pracovníkmi a tiež zabezpečiť včasné zachytenie poruchy.

Náboženstvo a kultúra

Symptómy OCD môžu mať náboženský obsah, týkať sa škrupulozity, alebo byť ovplyvnené kultúrou, v ktorej človek žije. V prípade nejasného rozlíšenia sú vhodné konzultácie s vhodnou cirkevnou, alebo kultúrnou autoritou, aby sa podporil terapeutický proces.

Členovia rodiny a opatrovníci

OCD má často výrazný vplyv na ľudí žijúcich s pacientom, preto je členom rodiny a opatrovníkom potrebné poskytnúť primerané informácie o poruche (ústne aj písomnou formou), o jej pravdepodobných príčinách a spôsoboch liečby.

Posúdenie a liečebné postupy u ľudí s OCD by mali, ak je to vhodné, vychádzať z relevantných informácií z rodinného prostredia alebo od opatrovníkov. V niektorých prípadoch, keď porucha narúša pracovnú, alebo školskú výkonnosť pacienta, zvlášť u detí a mladistvých, je vhodné spojiť sa s ľuďmi z jeho pracovného, alebo školského prostredia.

Farmakologické liečebné postupy sú popísané v ŠPDTP z odboru psychiatria.

Prognóza

Podľa štúdií zo USA je priemerný nástup OCD 19,5 rokov. U 25 % postihnutých ochorenie začína od veku 14 rokov. (Kessler a kol., 2005b, Ruscio a kol., 2010) Začiatok choroby po 35 roku nie je obvyklý, i keď sa môže vyskytnúť (Grant a kol., 2007). U mužov je pozorovaný včasnější začiatok ako u žien. U približne 25 % mužov začala choroba pred 10 rokom veku, u žien je to podstatne menej (Ruscio a kol., 2010). Nástup symptómov OCD je typicky postupný, avšak bol popísaný aj akútny nástup spojený s infekčnou etiológiou. V prípade, že sa porucha nelieči, je priebeh OCD obvykle chronický (Skoog a Scoog, 1999, Ravizza, Maina, Bogetto, 1997). Bez liečby je remisia OCD u dospelých (obvykle definovaná ako minimálne, alebo žiadne symptómy) málo pravdepodobná. Štúdia Scoog a Scoog, (1999) zistila u 144 pacientov, ktorí boli sledovaní 40 rokov 20 percentnú remisiu. U liečených pacientov sú výskumné zistenia rôzne podľa komorbidity vo výskumných vzorkách, typu liečby, jej vykonania a podľa toho, ako bola remisia definovaná. Simpson a kol., (2006) zistili, že tri skupiny dospelých pacientov s OCD, ktorý boli liečení optimálnou EBM liečbou 12 týždňov mali remisiu od 25 do 58 % v závislosti od typu liečby. Remisia bola definovaná ako prítomnosť len miernych symptómov. Zvýšené riziko samovražedných pokusov je popisované hlavne v súvislosti s pridruženou depresívnou symptomatikou. Lepšia prognóza býva spájaná s vyšším socioekonomickým statusom, epizodickým charakterom ochorenia a s prítomnosťou precipitujúcich udalostí (Karno a kol., 1991).

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

OCD porucha môže byť u časti pacientov rezistentná na psychologickú a farmakologickú liečbu a môže mať chronický priebeh. Takéto ťažké formy OCD môžu viesť až k výraznému funkčnému zneschopneniu a k invalidizácii pacienta, a to obzvlášť s komorbiditou s inými psychickými poruchami.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Podľa NICE (2005) by sa mali zdravotnícki pracovníci u ľudí s vysokým rizikom OCD (ľudia sťažujúci sa na symptómy depresie, úzkosti, zneužívania alkoholu alebo iných návykových látok, ľudia s dysmorfofóbiou, alebo poruchou príjmu potravy), alebo u ľudí navštevujúcich dermatologické kliniky rutinne a priamo spýtať tieto otázky:

- Často sa umývate, alebo dodržiavate prílišnú čistotu?
- Kontrolujete nejaké veci príliš často?
- Sú nejaké myšlienky, ktoré vás obťažujú, radi by ste sa ich zbavili, ale nedokázate to?
- Trvá vám veľmi dlho, kým skončíte svoje denné aktivity?
- Musíte mať veci presne uložené, alebo vás neporiadok veľmi rozrušuje?
- Trápia vás tieto problémy?

Mancini (2003) uvádza nasledujúce skreeningové otázky pre pacienta na podrobnejšie posúdenie prítomnosti OCD, ktoré je tiež možné použiť na posúdenie prostredníctvom internetu Van Ameringen (2010):

Obťažujú vás opakujúce sa a nechcené myšlienky ako sú napríklad:

- Myšlienky, že ublížite niekomu druhému?
- Sexuálne myšlienky?
- Nadmerné obavy z kontaminácie/choroboplodných zárodkov/chorôb?
- Pochybnosti (otázky „čo ak...“) alebo neschopnosť urobiť rozhodnutie?
- Opakujúce sa rituály v mysli (napr. počítanie, modlenie, opakovanie niečoho..)?
- Ďalšie nechcené vtieravé myšlienky?
- Ak ste odpovedali aspoň na jednu otázku kladne, máte problém odolávať týmto myšlienkam, predstavám, impulzom keď nad nimi začnete uvažovať?

Kompulzie

Máte pocit, že ste nútený vykonávať určité situácie alebo zvyky stále dookola alebo určitým spôsobom, pokiaľ necítite, že je to v poriadku? Ako napríklad:

- umývanie, upratovanie,
- kontrola (dverí, zámkov, príslušenstva),
- usporiadanie/ukladanie,
- opakovanie (napr. počítanie, dotýkanie, modlenie),
- hromadenie (zbieranie) uchovávanie,
- Pokiaľ ste odpovedali áno aspoň na jednu položku, máte problém odolať nutkaniu robiť tieto veci?

U ľudí s diagnostikovanou OCD by mali zdravotnícki pracovníci posúdiť riziko sebapoškodenia a suicídia, zvlášť keď diagnostikovali aj depresiu. Časťou posúdenia rizika by

mal byť vplyv ich kompulzívneho správania na nich samých a iných ľudí. Je potrebné taktiež zväžiť aj iné komorbídne problémy a psychosociálne faktory, ktoré môžu prispieť k takémuto riziku. V prípade, že zdravotnícki pracovníci nedokážu posúdiť riziko spojené s intruzívnymi sexuálnymi, agresívnymi, alebo na smrť sa vzťahujúcimi myšlienkami, ktoré ľudia s OCD udávajú, mali by konzultovať odborníkov na psychické zdravie, ktorí sú vzdelaní v posúdení a liečení OCD. Takéto myšlienkové obsahy sú pri OCD v každom veku časté, a chybne sa interpretujú tak, že hrozí riziko ublíženia, sebapoškodenia, či samovraždy.

Pri posudzovaní ľudí s OCD by zdravotnícki pracovníci mali citlivo zisťovať skrytú nepohodu a funkčné narušenie, ktoré je často s poruchou spojené. V prípade potreby by mali tiež poskytnúť pacientom edukáciu o ich ochorení a potrebné informácie. Pacientov, ktorým ich obsedantné myšlienky spôsobujú stres, by mali informovať, že takéto myšlienky občas napadnú každého, a keď sa stanú častými a rozrušujúcimi, stávajú sa typickými znakom OCD.

Rodina a opatrovníci

Pretože OCD má často vplyv na rodinu a opatrovateľov pacienta, zdravotnícki pracovníci by sa mali pri liečbe pacientov s OCD snažiť o spoluprácu s ich rodinami alebo opatrovníkmi, kedykoľvek je to vhodné a možné.

V liečbe a starostlivosti o pacientov s OCD by mal terapeut poskytnúť členom rodiny alebo opatrovníkom informácie (verbálne aj písomné) o poruche, jej pravdepodobných príčinách, o priebehu a liečbe.

Vyšetrenie a liečebný plán pre pacientov s OCD by mal v prípade, ak je to vhodné, začleniť do liečby dôležitých členov rodiny alebo opatrovníkov. Ak u detí a adolescentov symptómy OCD narúšajú ich školskú alebo pracovnú výkonnosť, je vhodné spolupracovať s odborníkmi, ktorých sa to týka. Vyšetrenie by sa malo zamerať na vplyv rituálov a kompulzií na ostatných ľudí (zvlášť v prípade, keď ide o deti) a na stupeň zapojenia opatrovateľov/rodičov na podpore a uskutočňovaní správania spojeného s poruchou.

Ak terapeut zistí, že výsledkom správania rodiča s OCD je riziko vzniku emocionálnych, sociálnych alebo mentálnych zdravotných problémov u detí, a/alebo je dieťa zapojené do sprievodného správania rodiča s OCD, je možné požiadať o nezávislé sociálne šetrenie. V prípade, že sa šetrenie vykoná, mal by byť rodič informovaný o každej jeho fáze.

Postupná starostlivosť

Postupná starostlivosť berie ohľad na rôzne potreby ľudí s OCD, podľa typu ich ochorenia, osobných a životných okolností, veku a toho, čo najviac potrebujú od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Zvýšenie povedomia o poruche a jej výskyte

Hoci zjavné prejavy OCD nie je problém rozpoznať, menej zjavné prejavy poruchy môžu pretrvávať roky. Praktickí lekári, pediatri, špecialisti, odborní pracovníci v poradniach a v iných zariadeniach, kde sa s touto poruchou môžu stretnúť, by mali byť dostatočne vzdelaní o prejavoch poruchy, aby ju mohli určiť.

Zachytenie a posúdenie pacientov s OCD

U pacientov, u ktorých je možné predpokladať vysoké riziko OCD, ako sú ľudia s depresiou, úzkosťou, závislosťou od alkoholu a návykových látok, alebo s poruchami príjmu potravy, alebo ľudia prichádzajúci na kožnú ambulanciu, by mali zdravotnícki pracovníci rutinne zvažovať možnosti komorbidity s OCD, a spýtať sa skriningové otázky z diagnostickej časti ŠDLP, prípadne dať pacientovi krátky dotazník.

U pacientov s diagnózou OCD je potrebné posúdiť riziko sebapoškodzovania, suicídia a to, aký vplyv majú kompulzie na nich a na ich sociálne okolie.

V prípade, že zdravotnícki pracovníci nedokážu posúdiť riziko vnucujúcich sa sexuálnych, agresívnych, alebo samovražedných myšlienok, ktoré udávajú ľudia s OCD, mali by konzultovať špecialistov (psychiatrov alebo klinických psychológov), ktorí sú schopní diagnostikovať a navrhnúť liečbu poruchy. Takéto myšlienky sú pri OCD veľmi časté a môžu sa chybné interpretovať ako vážne riziko.

Liečebné postupy

Účinnú liečbu OCD je potrebné poskytovať na všetkých úrovniach zdravotnej starostlivosti podľa tohto ŠDTP. U niektorých pacientov je iníciaľna liečba možná v primárnej zdravotnej starostlivosti. Avšak pacienti s vážnejšími prejavmi a s narušením, alebo s komorbiditami, alebo pacienti nedostatočne reagujúci na liečbu, si vyžadujú liečbu tímom odborníkov s vyššou úrovňou znalostí a skúseností v liečbe OCD.

Iniciálne liečebné postupy

Podľa NICE (2005) pacientom s miernym stupňom funkčného narušenia a pacientom, ktorí tento prístup uprednostňujú, by sa mala poskytnúť liečba prostredníctvom ŠPI, pomocou menej intenzívnych psychologických liečebných postupov, podložených EBM tak, ako je uvedená v tomto ŠDTP.

U dospelých pacientov s miernym funkčným narušením, ktorí nie sú schopní ŠPI (vrátane ERP), alebo u ktorých sa ŠPI ukázala ako nedostatočná, je potrebné pokračovať v liečbe buď pomocou SSRI, alebo intenzívnejšou KBT (vrátane ERP), vyžadujúcou viac ako 10 terapeutických hodín na pacienta, pretože tieto liečby sa ukázali ako porovnateľne účinné.

Pacientov s vážnym funkčným narušením je potrebné liečiť s SSRI a KBT (vrátane ERP).

Deti a adolescenti

Podľa NICE (2005) u detí a adolescentov s OCD s miernym stupňom funkčného narušenia je potrebné zvážiť použitie ŠPI (napr. liečba pomocou sprevádzanej svojpomoci v spojení s podporou a informáciami pre rodinu a opatrovníkov).

Detským a adolescentným pacientom s OCD so stredným až vážnym funkčným narušením a pacientom s miernym narušením, u ktorých nebola sprevádzaná svojpomoc účinná alebo ju odmietli, je potrebné poskytnúť KBT (vrátane ERP) v spolupráci s rodinou, alebo s opatrovníkmi, a je ju potrebné prispôbiť veku dieťaťa. Skupinovú alebo individuálnu terapiu je potrebné poskytnúť podľa toho, čo uprednostňuje dieťa alebo adolescent, alebo jeho rodina a opatrovníci.

Ak psychologickú liečbu dieťa alebo adolescent s OCD, jeho rodina, alebo opatrovníci odmietajú, alebo nie sú schopní zapojenia sa do liečby, je potrebné zvážiť liečbu SSRI so starostlivým sledovaním jej vedľajších účinkov (NICE, 2005).

Prítomnosť komorbídnych porúch, porúch učenia, či pretrvávajúcich rizikových faktorov, ako je rodinný nesúlad, či prítomnosť psychických porúch u rodičov, môže byť dôvodom, prečo dieťa alebo adolescent na akúkoľvek liečbu nereaguje. V takomto prípade je potrebné zvážiť alternatívne intervencie na zvládnutie týchto problémov. Avšak dieťa alebo mladistvý bude stále vyžadovať liečbu OCD na základe vedeckých dôkazov (NICE, 2005).

Nedostatočná reakcia na úvodnú liečbu u dospelých

Ak po úvodnej liečbe nenastane výrazná redukcia symptómov, ako aj fungovania, je **potrebné** zvážiť iné liečebné postupy. Ak aj tieto zlyhajú, je potrebné odoslať pacienta

na liečbu do špecializovaného zariadenia s multidisciplinárnym tímom, ktorý je zameraný špeciálne na liečbu OCD, ktorý bude spolupracovať s odborníkmi, ktorí boli doteraz zapojení do liečby. Toto môže byť zariadenie formou denného stacionáru, alebo ústavná liečba.

Intenzívna liečba a nemocničná liečba pre pacientov s OCD

Pacienti s vážnou, chronickou, na liečbu refraktérnou OCD majú mať dostupné špecializované liečebné služby prostredníctvom interdisciplinárnych tímov odborníkov na psychické zdravie so skúsenosťami v liečbe tejto poruchy.

Ďalšie odporúčania

Úzkostné poruchy, vrátane OCD, tvoria väčšinu psychických porúch na pracoviskách klinickej psychológie a v ambulantnej psychiatrickej starostlivosti. Psychiatra môžu pacienti vyhľadať aj bez výmenného lístka, čo mnohokrát urýchli proces vyšetrenia a následnej liečby, a zrušenie výmenných lístkov u klinického psychológa by taktiež urýchlilo včasnú liečbu, ktorá môže zabrániť vzniku chronického ochorenia. Väčšina pacientov s OCD je v dlhodobej starostlivosti ambulantných psychiatrov, prípadne klinických psychológov. V ich terapii je dôležité vytvorenie kvalitného terapeutického vzťahu s pacientom, a jeho psychoterapeutické vedenie podľa EBM.

Okrem liečby základnej poruchy je potrebné pomôcť pacientom prekonať ich zhoršené fungovanie v bežnom živote a zhoršenú kvalitu života, a pomôcť im riešiť ich vzťahové či pracovné problémy a sociálnu situáciu. Tieto faktory taktiež modifikujú a ovplyvňujú celkový výsledok liečby.

Je potrebné doplnenie vzdelávacích programov tak v pregraduálnom a postgraduálnom vzdelávaní, ako aj vo vzdelávaní v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia podľa tohto ŠDTP. Je potrebné vytvoriť vzdelávací program pre ŠPI v druhom stupni liečby OCD.

Vzdelávanie terapeutov.

Podľa NICE (2005) psychológovia, ktorí liečia pacientov s OCD všetkých vekových kategórií, by mali mať zodpovedajúce vzdelávanie v liečebných postupoch, ktoré používajú. Mali by mať tiež možnosť supervízie, keď je to potrebné.

Doplňkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Je potrebné prepojiť poradenskú starostlivosť s primárnou starostlivosťou a zdravotnou starostlivosťou na psychiatrických ambulanciách a pracoviskách klinickej psychológie. Pri liečbe OCD sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk).

Informácie a podpora (NICE, 2005).

Liečebný postup má brať do úvahy potreby a preferencie človeka trpiaceho na OCD. Pri informovanom súhlase je potrebné ho oboznámiť s možnosťami spôsobov liečby založenej na dôkazoch a ich výhodách a nevýhodách, aby si mohol informovane vybrať. Ak toho nie je schopný, alebo mu v tom bráni jeho vek, treba informovať ľudí, ktorí sú za neho zodpovední.

Pre úspech liečby je rozhodujúca dobrá komunikácia medzi zdravotníckymi pracovníkmi a pacientom. Preto je potrebné poskytovanie informácií a liečebných postupov prispôbiť potrebám pacienta, voliť vhodnú formu a poskytovať informácie tak, aby im rozumeli aj ľudia s poruchami učenia, s telesným alebo zmyslovým postihnutím, alebo s nedostatočnou znalosťou úradného jazyka. Odborníci na duševné zdravie by mali informovať postihnutých a ich rodiny o možnostiach svojpomocnej liečby, svojpomocných skupín a keď je to vhodné, podporovať účasť v nich.

Špeciálny doplnok štandardu

Subjektívny Y-BOCS je forma Y-BOCS upravená do formy dotazníka pre pacientov. Korelácia S-Y-BOCS a Y-BOCS v českej verzii je vysoká (Praško a kol., 2009; Raszka a kol., 2009).

SUBJEKTÍVNA YALE - BROWN ŠKÁLA NA HODNOTENIE OBSESÍ A KOMPULZIÍ

Meno a priezvisko

Predkladáme Vám dotazník na hodnotenie príznakov obsedantno-kompulzívnej prouchy. Prečítajte si pozorne každú položku zoznamu a označte tú, ktorá zodpovedá Vaším príznakom za posledný týždeň.

OBSESIE

OBSESIE sú nechcené a vnucujúce sa (rušivé) myšlienky, predstavy alebo nutkanie, ktoré sa opakovane vkrádajú do vedomia. Objavujú sa proti vlastnej vôli. Môžu Vás odpudzovať, môžete ich vnímať ako nezmyselné alebo nezodpovedajúce Vašej osobnosti.

Označte, prosím, tie obsesie, ktoré Vás najviac trápia a obťažujú. Poslúži to na vytvorenie zoznamu Vašich cieľových obsesí a k ich následnému hodnoteniu.

AGRESÍVNE OBSESIE

Bojím sa, že by som si mohol/mohla ublížiť, zraniť sa.

Bojím sa, že by som mohol/mohla niekomu ublížiť, zraniť ho.

Mám násilné alebo hrozivé predstavy.

Bojím sa, že budem nahlas vykrikovať obscénosti alebo nadávky.

Bojím sa, že urobím nejakú inú hanebnú vec.

Bojím sa, že budem konať podľa náhlych impulzov (napr. bodnúť priateľa nožom).

Bojím sa, že niečo ukradnem.

Bojím sa, že kvôli mojej nezodpovednosti si niekto ublíži.

OBSESIE TÝKAJÚCE SA ŠPINY, NÁKAZY

Nadmerne sa zaoberám alebo si zhnusujem telesné exkrementy - výlučky (moč, stolica, sliny, sperma, vaginálne výlučky).

Nadmerne sa zaoberám špinou alebo nákazami (z potriasania rukou, dotýkania sa kľúčiek alebo sedenia na určitej stoličke).

Nadmerne sa zaoberám škodlivinami v životnom prostredí (azbest, radiácia, toxické odpady).

Nadmerne sa zaoberám domácimi čistiacimi prostriedkami.

Nadmerne sa zaoberám nákazou z dotýkania sa zvierat (psov, mačiek, hlodavcov, hmyzu).

Hnusia sa mi lepkavé látky alebo zvyšky (lepiaca páska, ktorá môže zachytiť nečistotu).

Neustále sa zaoberám tým, že kvôli nákaze ochoriem.

Zaoberám sa tým, že šírením nákazy spôsobím ochorenie druhým.

Zaoberám sa nákazlivými ochoreniami (AIDS, žltáčka, pohlavne prenosné ochorenia)

Nezaoberám sa inými aspektmi nákazy, okrem toho, ako sa bude pri nej cítiť.

SEXUÁLNE OBSESIE

Mám zakázané alebo perverzné sexuálne myšlienky, predstavy alebo nápady.

Mám sexuálne myšlienky, ktorých obsah sa týka detí alebo incestu.

Mám sexuálne myšlienky či nápady týkajúci sa homosexuality.

Mám myšlienky na nevhodné či agresívne sexuálne správanie sa k druhým.

OBSESIE TÝKAJÚCÍ SA UCHOVÁVANIA(USKLADŇOVANIA,ZBIERANIA)

Mám nutkanie zhromažďovať či schovávať veci (napr. časopisy, papiere, domáci odpad).

OBSESIE TÝKAJÚCE SA NÁBOŽENSTVA A VIERY

Zaoberám sa rúhaním a svätokrádežami.

Nadmerne sa zaoberám morálkou, hodnotím, čo je správne a čo správne nie je.

Mám náboženské predstavy a myšlienky o diabli.

Mám iné náboženské predstavy a myšlienky.

NUTKAVÁ POTREBA SYMETRIE A PRESNOSTI

Mám potrebu mať veci symetricky usporiadané alebo „tak akurát“.

RÔZNE INÉ OBSESIE

Mám excesívnu (nadmernú) potrebu poznať/vedieť a pamätať si.

Mám strach povedať určité veci.

Mám strach, že nedokážem povedať presne to pravé.

Mám strach zo straty vecí.

Obťažujú ma intruzívne (rušivé, vtierajúce sa) nenásilné predstavy.

Rozrušujú ma vtierajúce sa nezmyselné slová, zvuky, melódie.

Rozrušujú ma určité hlasy alebo zvuky.

Mám šťastné a nešťastné čísla.

Prisudzujem farbám špecifický (konkrétny) význam (čierna znamená smrť, červená nebezpečenstvo ap.).

Mám poverčivý strach.

Mám strach, že urobím chybu.

SOMATICKE OBSESIE

Nadmerne sa zaoberám poruchami a chorobami.

Nadmerne sa zaoberám nejakou časťou tela alebo výzorom, o ktorom si myslím, že je defektný či škaredý.

KOMPULZIA

KOMPULZIA je nutkavé správanie alebo činnosť, ktorú musíte urobiť, ak keď si uvedomujete, že je nezmyselná alebo nadmerná. Občas sa snažíte tomuto správaniu zabrániť, ale je to príliš ťažké. Môžete pociťovať úzkosť, ktorá nezmizne dovtedy, kým toto správanie neuskutočíte.

NUTKAVÉ UMÝVANIE A UPRATOVANIE

Nadmerne alebo ritualizovane si umývam ruky.

Nadmerne alebo ritualizovane sa sprchujem či kúpem.

Nadmerne alebo ritualizovane si umývam zuby.

Nadmerne sa upravujem a trávim čas v kúpeľni.

Nutkavo umývam a upratujem predmety v domácnosti alebo iné veci.

Robím nadmerne iné veci, ako napr. používanie špeciálnych čistiacich prostriedkov na zabránenie kontaktu s nákazou.

Robím opatrenia, ktoré majú predchádzať alebo zabrániť kontaktu s nákazou.

NUTKAVÉ KONTROLOVANIE

Nadmerne kontrolujem zámky, sporák, spotrebiče apod.

Nadmerne kontrolujem, či je plynový kohútik zatvorený.

Nadmerne kontrolujem, či sú dvere či okná zatvorené.

Nadmerne kontrolujem, či je vodovodný kohútik zatvorený.

Nadmerne kontrolujem, či som niekoho nezranil/a (robím opatrenia, aby sa to nestalo).

Nadmerne kontrolujem, či som si neublížil/a (robím opatrenia, aby som si neublížil/a)

Kontrolujem, či sa nestalo nič hrozné (robím opatrenia, aby sa nič hrozné nestalo).

Nadmerne kontrolujem, či som neurobil/a chybu.

Nadmerne kontrolujem niektoré aspekty svojho tela z dôvodu môjho telesného stavu.

RITUALIZOVANÉ OPAKOVANIE

Musím opakovane čítať prečítané alebo prepisovať napísané.

Mám potrebu opakovať rutinné činnosti (napr. vchádzanie a vychádzanie z dverí, sadanie a vstávanie zo stoličky, obliekanie a vyzliekanie).

NUTKAVÉ POČÍTANIE

Musím neustále počítat'.

NUTKAVÉ UPRAVOVANIE(ZROVNÁVANIE)

Musím mať veci v poriadku alebo „presne“ umiestnené.

NUTKAVÉ UCHOVÁVANIE(ZBIERANIE)

Uchovávam staré noviny, letáky, preberám odpadky a zbieram nepotrebné veci (nezahŕňa to koničky a zbieranie cenných vecí alebo vecí, ku ktorým máte sentimentálny/citový vzťah).

RÔZNE KOMPULZIE

Mám myšlienkové rituály (iné než kontrolovanie, počítanie).

Nadmerne sa venujem písaniu zoznamov.

Mám nadmernú potrebu hovoriť a pýtať sa alebo sa sponedať.

Potrebujem sa dotýkať, ťukať, alebo sa škriabať.

Prevádzam opatrenia, aby som zabránil/a zraneniu seba samého/samej.

Prevádzam opatrenia, aby som zabránil/a zraneniu iných.

Prevádzam opatrenia, aby som zabránil/a hrozným veciam.

Mám rituály týkajúce sa mrkania alebo upreného pohľadu.

Mám ritualizované stravovacie návyky.

Mám poverčivé správanie.

Vytrhávam si vlasy a chlpy (z hlavy, obočia, viečok, pubického ochlpenia, t. j. ochlpenia okolo genitálu)

Mám sebaškodujúce alebo sebazraňujúce správanie.

Neustále si vyžadujem potvrdenie od ostatných.

YALE - BROWN ŠKÁLA NA HODNOTENIE OBSESIÍ A KOMPULZIÍ (Y-BOCS)

Pri odpovedaní na nasledujúcich päť otázok Vám pomôže, keď si vypíšete hlavné obsesie, ktoré ste vyznačili na zozname príznakov Y-BOCS. Zamyslite sa nad tým, ako to bolo za posledných 7 dní (vrátane dneška), a vyberte jednu odpoveď na každú otázku.

1. Koľko času Vám zaberajú obsedantné myšlienky? Ako často sa obsedantné myšlienky objavujú?

- 0 = žiadny
- 1 = menej ako 1 hodinu denne alebo príležitostné vtieranie sa obsedantných myšlienok (neobjavujú sa viac ako 8-krát za deň)
- 2 = 1 - 3 hodiny za deň, alebo časté vtieranie sa obsedantných myšlienok (častejšie ako 8-krát za deň, ale väčšina hodín dňa je bez obsesií)
- 3 = 3 - 8 hodín denne alebo veľmi časté vtieranie sa obsedantných myšlienok (častejšie ako 8-krát za deň počas väčšiny hodín dňa)
- 4 = viac ako 8 hodín denne alebo takmer neustále vtieranie sa obsedantných myšlienok (nedá sa to ani spočítať, hodina zriedka ubehne bez obsesií)

2. Nakoľko obsedantné myšlienky narúšajú Vaše fungovanie v práci alebo v spoločenskom živote? (Pokiaľ v súčasnej dobe nepracujete, premýšľajte, nakoľko obsesie narúšajú Vaše každodenné aktivity.)

- 0 = vôbec nie
- 1 = mierne, nepatrné obmedzenie sociálnych alebo pracovných aktivít, ale celkový výkon nie je narušený
- 2 = stredne, zreteľné narušenie sociálnych aktivít a pracovného výkonu, ale stále zvládateľné
- 3 = vážne, podstatné zníženie sociálnych aktivít alebo pracovného výkonu
- 4 = extrémne, zneschopňuje

3. Ako veľký stres vám Vaše obsedantné myšlienky spôsobujú?

- 0 = žiadny
- 1 = mierny, nie veľmi častý, nie príliš znepokojujúci
- 2 = stredný, častý a znepokojujúce, ale ovládnuteľný
- 3 = vážny, veľmi častý a veľmi rušivý
- 4 = extrémny, takmer trvalý, paralyzujúci stres

4. Ako často sa pokúšate nevšimáť si obsedantné myšlienky a nechať ich len mysl'ou voľne prejsť? (V tejto otázke nejde o to, nakoľko sa Vám to darí, ale o to, ako často sa snažíte.)

- 0 = vždy
- 1 = väčšinu času (t. j. vo viac ako polovici prípadov)
- 2 = občas
- 3 = zriedka
- 4 = nikdy

5. Nakoľko sa Vám darí nevšímať si obsedantné myšlienky? (Nezahrňajte sem situácie, keď obsedantné myšlienky zmiznú po kompulzívnom správaní.)

- 0: vždy sa mi darí nevšímať si obsesie
- 1: obvykle sa mi darí nevšímať si obsesie
- 2: niekedy sa mi darí nevšímať si obsesie
- 3: zriedka sa mi darí nevšímať si obsesie
- 4: som zriedka schopný/schopná nevšímať si obsesie, dokonca ani na okamih

KOMPULZIA

Kompulzia je správanie alebo jednanie, ktoré ste vnútorne nútení robiť, aj keď si uvedomujete, že je nezmyselné alebo prehnané. Občas sa môžete snažiť tomuto správaniu zabrániť, ale môže to byť príliš ťažké. Môžete pociťovať úzkosť, ktorá sa neznižuje, pokiaľ toto správanie neuskutočnite.

Pri odpovedaní na nasledujúcich päť otázok Vám pomôže, keď si vypíšete hlavné kompulzie, ktoré ste vyznačili na zozname príznakov Y-BOCS. Zamyslite sa nad tým, ako to bolo za posledných 7 dní (vrátane dneška) a vyberte jednu odpoveď na každú otázku.

6. Koľko času Vám zaberá nutkavé správanie? Ako často musíte robiť kompulzie? (pokiaľ sa rituály týkajú každodenných činností, prosím zvážte, o koľko viac času nimi strávite, než keby ste ich robili bez rituálov)

- 0 = žiadny
- 1 = menej ako jednu hodinu denne alebo sú kompulzie vykonávané príležitostne (nie však častejšie ako 8-krát za deň)
- 2 = 1 - 3 hodiny denne alebo sú kompulzie vykonávané často (viac ako 8-krát za deň a nie behom väčšiny hodín dňa)
- 3 = 3 - 8 hodín denne alebo sú kompulzie vykonávané veľmi často (objavujú sa viac ako 8-krát denne a počas väčšiny hodín dňa)
- 4 = viac ako 8 hodín denne alebo sú kompulzie takmer trvalé (sú tak časté, že sa to nedá spočítať)

7. Ako veľmi Vás kompulzívne správanie obmedzuje v pracovnom výkone alebo v sociálnych aktivitách? (pokiaľ v súčasnej dobe nepracujete, premýšľajte o Vašich každodenných aktivitách)

- 0 = vôbec nie
- 1 = mierne, nepatrné obmedzenie sociálnych alebo pracovných aktivít, ale celkový výkon nie je narušený
- 2 = stredne, zreteľné narušenie sociálnych aktivít a pracovného výkonu, ale stále zvládateľné
- 3 = vážne, podstatné zníženie sociálnych aktivít alebo pracovného výkonu
- 4 = extrémne, zneschopňuje

8. Ako by ste sa cítili, keď by Vám bolo zabránené nutkavé správanie vykonať? Ako veľkú úzkosť by ste cítili?

- 0 = žiadnu
- 1 = miernu

- 2 = úzkosť by sa zvyšovala, ale bola by stál zvládnuteľná
- 3 = úzkosť by bola značná a veľmi znepokojivo by sa zvýšila
- 4 = extrémnu, paralyzujúcu úzkosť pri akejkoľvek intervencii cielenej na zníženie kompulzií

9. Koľko úsilia vyvíjate, aby ste zabránili nutkavému správaniu? Alebo ako často sa snažíte nutkavé správanie zastaviť? (počítajte len to, ako často alebo ako veľmi sa snažíte nutkavému správaniu odolať, nie ako sa Vám to v skutočnosti darí)

- 0 = vždy sa snažím im zabrániť (alebo moje príznaky sú tak mierne, že nie je potrebné sa im aktívne brániť)
- 1 = snažím sa mu zabrániť väčšinu času
- 2 = niekedy sa mu snažím zabrániť
- 3 = poddávam sa takmer všetkým kompulziám, bez toho, aby som sa im snažil/a zabrániť, ale robím to s určitou váhavosťou a nechuťou
- 4 = úplne a bez zaváhania a ochotne sa poddávam všetkým kompulziám

10. Ako sa Vám darí nutkavé správanie ovládať? Ako sa Vám darí zastavovať rituály? (aj pokiaľ sa snažíte zabrániť nutkavému správaniu len zriedka, zamyslite sa nad tými situáciami, kedy ste sa o to pokúsili)

0 = mám úplnú kontrolu

1 = obvykle môžem, s určitým úsilím, nutkavému správaniu zabrániť

2 = niekedy môžem nutkavému správaniu zabrániť, ale len s ťažkosťami

3 = môžem nutkavé správanie len oddialiť, ale potom musí byť vykonané celé

4 = som len zriedka schopný/schopná oddialiť vykonanie nutkavého správania, aj keď len na okamih

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý audit a revízia - 2 roky, následne každých 5 rokov. Audit a revízia v prípade vydania novej revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb.

Literatúra

1. Abramowitz, J. S. 1997. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. In Journal of Consulting Clinical Psychology. ISSN 0022-006X, 1997, vol. 65, p. 44–52.
2. Abramowitz, J. S., Foa, E. B., Franklin, M. E. 2003. Exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: Effects of intensive versus twice-weekly sessions. In Journal of Consulting Clinical Psychology. ISSN 0022-006X, 2003, vol. 71, p. 394–398.
3. Abramowitz, J. S. Psychotherapy for obsessive-compulsive disorder in adults, 2019, cit. podľa <https://www.uptodate.com/contents/psychotherapy-for-obsessive-compulsive-disorder-in-adults?source=autocomplete&index=0~4&search=obsde>
4. Adam, Y., Meinschmidt G., Gloster A.T., Lieb R. 2012. Obsessive-compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment. In Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. ISSN 1433-9285, vol. 47, p. 339-349.

5. American Psychological association. 2015. Society of clinical psychology, Division 12. Dostupné na internete: www.div12.org/diagnoses
6. American Psychiatric Association. 2007. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2007. Dostupné na internete: <http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/prac_guide.cfm>
7. Anand, N., a kol. 2011. Cognitive behavior therapy in medication non-responders with obsessive-compulsive disorder: A prospective 1-year follow-up study. In *Journal of Anxiety Disorders*. ISSN 0887-6185, 2011, vol. 25, p. 939–945.
8. Andersson, E., a kol. 2012. Internet-based cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. In *Psychological Medicine*. ISSN 00332917, 2012, vol. 42, no. 10, p. 2193-2203. doi: 10.1017/S0033291712000244.
9. Anxiety and Depression Association of America. (2015). Dostupné na internete: <adaa.org/resources-professionals/practice-guidelines-ocd>
10. Baxter, L., a kol. 1992. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 0003-990X, 1992, vol. 49, no. 9, p. 681–689.
11. Belloch, A., a kol. 2011. Group versus individual cognitive treatment for obsessive-compulsive disorder: Changes in non-OCD symptoms and cognitions at posttreatment and one-year follow-up. In *Psychiatry Research*. ISSN 0022-3956, 2011, vol. 187, p. 174–179.
12. Belotto-Silva, C. a kol., 2012. Group cognitive-behavioral therapy versus selective serotonin reuptake inhibitors for obsessive-compulsive disorder: A practical clinical trial. In *Journal of Anxiety Disorders*. ISSN 0887-6185, 2012, vol. 26, p. 25–31.
13. Bland, R. C., Newman, S. C., Orn, H. 1988. Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. In *Acta Psychiatrica Scandinavica*. ISSN 1600-0447, 1988, vol. 77, no. 338, p.33-42.
14. Bolton, D. a kol. 2011. Randomized controlled trial of full and brief cognitive-behaviour therapy and wait-list for paediatric obsessive-compulsive disorder. In *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. ISSN 1469-7610, vol. 52, p. 1269-1278.
15. Braga, D. T. a kol. 2010. Full remission and relapse of obsessive-compulsive symptoms after cognitive-behavioral group therapy: A two-year follow-up. In *Revista Brasileira de Psiquiatria*. ISSN 1809-452X, 2010, vol. 32, p.164–168.
16. Brander, G. a kol. 2016. Systematic review of environmental risk factors for Obsessive-Compulsive Disorder: A proposed roadmap from association to causation. In *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. ISSN 1873-7528, 2016, vol. 65, p.36-62.
17. Buhlmann, U. a kol. 2006. Cognitive retraining for organizational impairment in obsessive-compulsive disorder. In *Psychiatry Research*. ISSN 0165-1718, 2006, vol. 144, p. 109–116.
18. Cabedo, E. a kol. 2010. Group versus individual cognitive treatment for obsessive-compulsive disorder: Changes in severity at post-treatment and one-year follow-up. In *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. ISSN 1469-1833, 2010, vol. 38, p. 227–232.

19. Ciesielski, K. T. a kol. 2012. Role of medial cortical networks for anticipatory processing in obsessive-compulsive disorder. In *Human Brain Mapping*. ISSN 1097-0193, 2012, vol 33, no. 9, p. 2125–2134.
20. Coetzer, B. R. 2004. Obsessive-compulsive disorder following brain injury: a review. In *International Journal of Psychiatry in Medicine*. ISSN 0091-2174, 2004, vol. 34, no. 4, p. 363-377.
21. DSM-5. Diagnostický a štatistický manuál duševných poruch, Hogrefe – Testcentrum, Praha 2015, 1032 s.
22. Eddy, K. T., Dutra, L., Bradley, R., Westen, D. 2004. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. In *Clinical Psychology Review*. ISSN 0272-7358, 2004, vol. 24, no.8, p. 1011–1030.
23. Eisen, J. L., Goodman, W. K., Keller, M. B. 1999. Patterns of remission and relapse in obsessive-compulsive disorder: A two-year prospective study. In *Journal of Clinical Psychiatry*. ISSN 1555-2101, 1999, vol. 60, p. 346–351.
24. Evans, D. a kol. 2012. *Treating and Prevention Adolescent Mental Health Disorders: What We Know and What We Don't Know. A research Agenda for Improving the mental Health of Our Youth*. Oxford: Oxford University Press, 2012. 818 p. ISBN 9780195173647.
25. Figeé, M. a kol. 2013. Neurosurgical targets for compulsivity: what can we learn from acquired brain lesions? In *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. ISSN 1873-7528, 2013, vol. 37, no. 3, p. 328-339.
26. Foa, E. B., Franklin, M. E., Moser, J. 2002. Context in the clinic: How well do cognitive-behavioral therapies and medications work in combination? In *Biology Psychiatry*. ISSN 0006-3223, 2002, vol. 52, no.10, p.987–997.
27. Foa, E. a kol. 2005. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. In *The American Journal of Psychiatry*. ISSN 1535-7228, 2005, vol.162, no.1, p.151–161.
28. Fostick, L., Nacasch, N., Zohar, J. 2012. Acute obsessive compulsive disorder (OCD) in veterans with posttraumatic stress disorder (PTSD). In *World Journal of Biological Psychiatry*. ISSN 1562-2975, 2012, vol. 13, no. 4, p. 312-315.
29. Freeston, M. H. a kol. 1997. Cognitive-behavioral treatment of obsessive thoughts: A controlled study. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. ISSN 0022-006X, 1997, vol. 65, no. 3, p. 405–413.
30. Gava, I. a kol. 2007. Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive-compulsive disorder (OCD). In *The Cochrane Database Systematic Reviews*. ISSN 1469-493X, 2007, vol. 18, no. 2, CD005333.
31. Grant, J. E. a kol. 2007. Late-onset obsessive compulsive disorder: clinical characteristics and psychiatric comorbidity. In *Psychiatry Research*. ISSN 0165-1781, 2007, vol. 152, no. 1, p. 21-27.
32. Greist, J. H. a kol. 2002. Behavior therapy for obsessive-compulsive disorder guided by a computer or by a clinician compared with relaxation as a control. In *Journal of Clinical Psychiatry*. ISSN 1555-6689, 2002, vol. 63, no. 2, p. 138–145.

33. Grisham, J. R. a kol. 2011. Risk factors prospectively associated with adult obsessive-compulsive symptom dimensions and obsessive-compulsive disorder. In *Psychological Medicine*. ISSN , 2011, vol. 41, no. 12, p.2495-24506.
34. Guglielmi, V. a kol. 2014. Obsessive-compulsive disorder and female reproductive cycle events: results from the OCD and reproduction collaborative study. In *Depression and Anxiety*. ISSN 1520-6394, 2014, vol. 31, no. 12, p. 979-987.
35. Hanstede, M., Gidron, Y., Nyklicek, I. 2008. The effects of a mindfulness intervention on obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical student population. In *Journal of Nervouse and Mental Diseases*. ISSN , 2008, vol. 196, no.10, p.776–779.
36. Hauschildt, M. a kol. 2010. Generic and illness-specific quality of life in obsessive-compulsive disorder. In *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*. 2010, vol.38, p. 417-436.
37. Hofmann, S. G., Smits, J. A. 2008. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. In *Journal of Clinical Psychiatry*, ISSN 1555-2101, 2008, vol. 69, no. 4, p. 621-632.
38. Hofmann, S. G. a kol. 2009. Is it beneficial to add pharmacotherapy to cognitive-behavioral therapy when treating anxiety disorders? A meta-analytic review. In *International Journal of Cognitive Therapy*. ISSN 1937-1217, 2009,vo. 2, no. 2, p. 160–175.
39. Jaurrieta, N. a kol. 2008. Individual versus group cognitive behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: Follow up. In *Psychotherapy Research*. ISSN 1468-4381, 2008, vol. 18, no.5, p.604-614.
40. Jones, M. K., Menzies, R. G. 1998. Danger ideation reduction therapy (DIRT) for obsessive-compulsive washers. A controlled trial. In *Behaviour Research and Therapy*. ISSN 0005-7967, 1998, vol. 36, no. 10, p. 959-970.
41. Jonsson, H., Hougaard, E. 2009. Group cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. In *Acta Psychiatrica Scandinavica*. ISSN 1600-0447, 2009, vol. 119, no. 2, p. 98–106.
42. Jonsson, H., Hougaard, E., Bennedsen, B. E. 2011. Randomized comparative study of group versus individual cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder. In *Acta Psychiatrica Scandinavica*. ISSN 1600-0447, 2011, vol. 123, p. 387–397.
43. KARNO, M. a kol. 1988. The epidemiology of obsessive compulsive disorder in five US communities. In *Archives of general psychiatry*. 1988, vol. 45, no.12, p. 1094-1099.
44. Katzman, M, A. a kol. 2014. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. In *BMC Psychiatry*. 2014, vol. 14, no.1. Dostupné na internete:<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/S1/>
45. Kenwright, M. a kol. 2005. Brief cheduled phone support from a clinician to enhance computer-aided self-help for obsessive-compulsive disorder: Randomized controlled trial. In *Journal of Clinical Psychology*. ISSN 1097-4679, 2005, vol. 61, no. 12, p. 1499–1508.

46. Kessler, R.C. a kol. 2005a. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. In *Archives of General Psychiatry*. 2005, vol. 62, p. 593-602.
47. Kessler, R.C. a kol. 2005b. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. In *Archives of General Psychiatry*. 2005, vol. 62, p. 617-627.
48. Kopřivová, J. a kol. 2009. Medial frontal and dorsal cortical morphometric abnormalities are related to obsessive-compulsive disorder. In *Neuroscience Letters*. ISSN 0304-3940, 2009, vol. 464, p. 62–66.
49. Kopřivová, J. a kol. 2013. Standardized low-resolution electromagnetic tomography in obsessive-compulsive disorder—a replication study. In *Neurosciences Letters*,. ISSN 0304-3940, 2013, vol. 548, p. 185–189.
50. Kordon, A. a kol. 2005. Clinical outcome in patients with obsessive-compulsive disorder after discontinuation of SRI treatment: results from a two-year follow-up. In *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*. ISSN 1433-8491, 2005, vol. 255, p.48–50.
51. Kosová, J., Pašková, B. Obsedantně kompulzivní porucha. In: Seifertová, D., Praško, J., Horáček, J., Höschl, C. 2008. *Postupy v léčbě psychických poruch*. Academia Medica Pragensis: Praha, 2008. s. 233-252. ISBN 8086694062.
52. Kozak, M., Foa, E. 1997. *Mastery of obsessive-compulsive disorder: A cognitive-behavioral approach*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation, 1997. 192 p. ISBN 9780195186825.
53. Krochmalik, A. a kol. 2004. The superiority of danger ideation reduction therapy (DIRT) over exposure and response prevention (ERP) in treating compulsive washing. In *Behaviour Change*. ISSN 2049-7768, 2004, vol. 21, p. 251–268.
54. Lambert, M. 2008. APA Releases Guidelines on Treating Obsessive-Compulsive Disorder. In *Am Fam Physician*. 2008, vol. 78, no. 1, p. 131–135. Dostupné na internete: http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/prac_guide.cfm
55. Lebowitz, E. R. a kol. 2012. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. In *Expert Review of Neurotherapeutics*. ISSN 1473-7175 , 2012, vol. 12, no. 2, p. 229–238.
56. Lovell, K. a kol. 2006. Telephone administered cognitive behaviour therapy for treatment of obsessive compulsive disorder: randomised controlled non-inferiority trial. In *BMJ*. 2006, vol. 333, no. 7574, p. 883.
57. Mancini, C. a kol. 2003 Development and validation of self-report psychiatric screening tool: MACSCREEN [poster]. In *Anxiety Disorders Association of America 23rd Annual Conference*; March 27–30. Canada: Toronto, 2003.
58. McGuinness, M., Blissett, J., Jones, C. 2011. OCD in the perinatal period: is postpartum OCD (ppOCD) a distinct subtype? A review of the literature. In *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. ISSN 1469-1833, 2011, vol. 39, no. 3, p. 285-310. doi: 10.1017/S1352465810000718.
59. Meyer, E. a kol. 2010. A randomized clinical trial to examine enhancing cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder with motivational interviewing and thought mapping. In *Journal of Behavioral and Cognitive*

- Psychotherapy. ISSN 1352-4658, 2010, vol. 38, no. 3, p. 319–336. doi 10.1017/S1352465810000111.
60. Mezinárodní klasifikace nemocí. 1996. Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum. 10.revizie. Praha: Psychiatrické centrum, 1996, 179 s.
61. Moritz, S. a kol. 2010. How to treat the untreated: Effectiveness of a self-help metacognitive training program (myMCT) for obsessive-compulsive disorder. In Dialogues in Clinical Neurosciences. ISSN 2608-3477, 2010, vol. 12, no.2, p. 209–220.
62. Moritz, S., Jelinek, L. 2011. Further evidence for the efficacy of association splitting as a self-help technique for reducing obsessive thoughts. In Depression and Anxiety. ISSN 1520-6394, 2011, vol. 28, no. 7, p. 574–581.
63. Muroff, J. a kol. 2012. Group cognitive and behavioral therapy and bibliotherapy for hoarding: A pilot trial. In Depression and Anxiety. ISSN 1520-6394, 2012, vol. 29, p. 597–604.
64. Nazari, H. a kol. 2011. Comparison of eye movement desensitization and reprocessing with citalopram in treatment of obsessive-compulsive disorder. In International Journal of Psychiatry and Clinical Practise. ISSN 1471-1788, 2011, vol. 15, no.4, p. 270–274.
65. NICE, 2005. Obsessive-compulsive disorder: Core intervention in the treatment of obsessive-compulsive and body dysmorphic disorder (Clinical Guideline 31). London: National Institute for Health and care Excellence. 2005. Dostupné na internete: <https://tinyurl.com/guidelineOCD2005>
66. Noordik, E. a kol. 2010. Exposure-in-vivo containing interventions to improve work functioning of workers with anxiety disorder: A systematic review. In BMC Public Health. 2010, vol. 10, no. 598.
67. O'Connor, K. a kol. 2005. Group versus individual treatment in obsessions without compulsions. In Clinical Psychology and Psychotherapy. ISSN 1099-0879, 2005, vol. 12, no. 2, p.87–96.
68. O'Connor, K. P. a kol. 2006. Cognitive behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder. In Acta Psychiatrica Scandinavica. ISSN 1600-0447, 2006, vol. 113, p. 408–419.
69. O'Kearney, R. T., Anstey, K. J., von Sanden, C. 2006. Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. In Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006, vol 18, no. 4, CD004856. Dostupné na internete: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17054218>>
70. Ougrin, D. 2011. Efficacy of exposure versus cognitive therapy in anxiety disorders: Systematic review and meta-analysis. In BMC Psychiatry. ISSN 1471-244X, 2011, vol. 11, no. 200. Dostupné na internete: < <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-11-200>>
71. Pálová, E. 2008. Liečba obsedantne-kompulzívnej poruchy. In Psychiatria pre prax. ISSN 1335-9584, 2008, vol. 9, no. 3, p. 112–116.
72. Park, H. S. a kol. 2006. Effect of cognitive training focusing on organizational strategies in patients with obsessive-compulsive disorder. In Psychiatry and Clinical Neurosciences. ISSN 1440-1819, 2006, vol. 60, no. 6, p. 718–726.

73. Pauls, D. L. 2014. Obsessive-compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. In *Nature Reviews. Neurosciences*. ISSN 1471-0048, 2014, vol. 15, no. 6, p. 410-424. doi: 10.1038/nrn3746.
74. Pigott, T. A. a kol. 1994. Obsessive compulsive disorder: Comorbid conditions. In *Journal of Clinical Psychiatry*. ISSN 1555-2101, 1994, vol. 55, p.15–27.
75. Perse, T. 1988. Obsessive-compulsive disorder: A treatment review. In *Journal of Clinical Psychiatry*. ISSN 1555-2101, 1988, vol. 49, p. 48–55.
76. Praško, J. a kol. 2003. Obsedantně kompulzivní porucha a jak se ji bránit. Praha: Portál, 2003, 128s. ISBN 9788072625314.
77. Praško, J. a kol. 2009. Predicting the therapeutic response to cognitive behavioral therapy in patients with pharmacoresistant obsessive-compulsive disorder. In *Neuroendocrinology Letters*. ISSN 0172-780X, 2009, vol. 30, no. 5, p. 615–623.
78. Rasmussen, S. A., Eisen, J. L. 1992. The epidemiology and clinical features of obsessive- compulsive disorder. In *Psychiatric Clinics of North America*. ISSN 0193-953X, 1992, vol. 15, no. 4, p. 743–758.
79. Rasmussen, S. A., Eisen, J. L. 1994. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. In *Journal of Clinical Psychiatry*. ISSN 0160-6689, 1994, vol. 55, p. 5–14.
80. Raszka, M. a kol. 2009. Depersonalizační a derealizační syndrom u pacientky s úzkostně depresivní poruchou v obraze 18FDG PET. Kazuistika. In *Psychiatrie*. ISSN 1212-6845, 2009, vol. 13, no. 1, p. 33–38.
81. Rauch, S. L. a kol. 2001. Cerebral metabolic correlates as potential predictors of response to anterior cingulotomy for obsessive compulsive disorder. In *Biological Psychiatry*. ISSN 0006-3223, 2001, vol. 50, no. 9, p. 659–667.
82. Ravizza, L., Maina, G., Bogetto, F. 1997. Episodic and chronic obsessive-compulsive disorder. In *Depression and Anxiety*. ISSN 1520-6394, 1997, vol. 6, no. 4, p. 154-158.
83. Robertson, M. M., Yakeley, J. 1996. Gilles de la Tourette syndrome and obsessive-compulsive disorder. In Schiffer, R. B., Fogel, B. S., Rao, S. M. *Neuropsychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996, p. 827–870. ISBN 978-0781726559
84. Rosa-Alcazar, A. I. a kol. 2008. Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: a metaanalysis. In *Clinical Psychology Review*. ISSN 0272-7358, 2008, vol. 28, no. 8, p.1310–1325.
85. Roshanaei-Moghaddam, B. a kol. 2011. Relative effects of CBT and pharmacotherapy in depression versus anxiety: Is medication somewhat better for depression, and CBT somewhat better for anxiety? In *Depression and Anxiety*. ISSN 2167-1044, 2011, vol. 28, no. 7, p. 560–567.
86. Ruscio, A. M. a kol. 2010. The epidemiology of obsessive compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. In *Molecular Psychiatry*. ISSN 1359-4184, 2010, vol. 15, no. 1, p. 53-63.
87. Salkovskis, P. M., Warwick, H. M. C. 1989. Behavior therapy and obsessional ruminations: Can failure be turned into success? In *Behavior Research and Therapy*. ISSN 0005-7969, 1989, vol. 27, no. 1, p. 149–160.
88. Sheehan, D. V. a kol. 1998. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric

- interview for DSM-IV and ICD-10. In *Journal of Clinical Psychiatry*. ISSN 1555-2101, 1998, vol. 59, no. 20, p. 22–33.
89. Schwartz, J. M. a kol. 1996. Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 2168-6238, vol. 53, no. 2, p. 109–113.
 90. Simpson, H. B. a kol. 2004. Post-treatment effects of exposure therapy and clomipramine in obsessive-compulsive disorder. In *Depression and Anxiety*. ISSN 2167-1044, 2004, vol. 19, no. 4, p. 225–233.
 91. Simpson, H. B., Huppert, J. D., Petkova, E. a kol. 2006. Response versus remission in obsessive-compulsive disorder. In *Journal of Clinical Psychiatry*. ISSN 1555-2101, 2006, vol. 67, no. 2, p. 269-276.
 92. Simpson, H. B. a kol. 2008. A randomized, controlled trial of cognitive-behavioral therapy for augmenting pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. In *American Journal of Psychiatry*. ISSN 1538-7228, 2008, vol. 165, no. 5, p. 621–630.
 93. Simpson, H. B. a kol. 2010. Challenges using motivational interviewing as an adjunct to exposure therapy for obsessive-compulsive disorder. In *Behaviour Research and Therapy*. ISSN 0005-7967, 2010, vol. 48, no. 10, p. 941–948.
 94. Singer, H. S. a kol. 2012. Moving from PANDAS to CANS. In *The Journal of Pediatrics*. ISSN 0022-3476, 2012, vol. 160, no. 5, p. 725-731. doi: 10.1016/j.jpeds.2011.11.040.
 95. Skoog, G., Skoog, I. A. 1999. 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder [see commetns]. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 0003-990X, 1999, vol. 56, no. 2, p.121-127.
 96. Snider, L. A., Swedo S. E. 2004. PANDAS: current status and directions for research. In *Molecular Psychiatry*. ISSN 1476-5578, 2004, vol. 9, no. 10, p. 900-907.
 97. Sousa, M. B. a kol. 2006. A randomized clinical trial of cognitive-behavioral group therapy and sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. In *Journal of Clinical Psychiatry*. ISSN 1555-2101, 2006, vol. 67, no. 7, p. 1133–1139.
 98. Steketee, G., Barlow, D. H. 2002. Obsessive-compulsive disorder. In Barlow D.H. 2002. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. 2nd ed. New York: Guilford Press 2002, p. 516–550. ISBN 9781572304307.
 99. Steketee, G. a kol. 2017. Predicting treatment outcomes for obsessive-compulsive disorder: Effects of comorbidity. In Goodman, W. K., Rudorfer, M. V., Mase, J. D., (eds.). *Obsessive-compulsive disorder: Contemporary issues in treatment*. London: Taylor, Francis Ltd, 2017, p. 257–274. ISBN 9781138674783.
 100. Tolin, D. F. a kol. 2007. A randomized controlled trial of self-directed versus therapist-directed cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder patients with prior medication trials. In *Behaviour Therapy*. 2007, vol. 38, no. 2, p. 179–191.
 101. Tolin, D. F., Diefenbach, G. J., Gilliam, C. M. 2011. Stepped care versus standard cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A preliminary study of efficacy and costs. In *Depression and Anxiety*. ISSN 2167-1044, 2011, vol. 28, no. 4, p. 314–323.

102. Torres, A. R. a kol. 2006. Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. In *American Journal of Psychiatry*. ISSN 1538-7228, 2006, vol. 163, no. 11, p. 1978-1985.
103. Torres, A. R. a kol. 2011. Suicidality in obsessive-compulsive disorder: prevalence and relation to symptom dimensions and comorbid conditions. In *Journal of Clinical Psychiatry*. ISSN 1555-2101, 2011, vol. 72, no. 1, p. 17-26.
104. Tumur, I. a kol. 2007. Computerised cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review. In *Psychotherapy and Psychosomatics*. ISSN 1423-0348, 2007, vol. 76, p. 196–202.
105. Turner, C., Heyman, I., Futh, A., Lovell, K. 2009. A pilot study of telephone cognitive-behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder in young people. In *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. ISSN 1469-1833, 2009, vol. 37, no. 4, p. 469-474.
106. Twohig, M. P. a kol. 2010. A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. ISSN 0022-006X, 2010, vol. 78, no. 5, p. 705–716.
107. Van Ameringen, M. a kol. 2010. Potential use of Internet-based screening for anxiety disorders: A pilot study. In *Depression and Anxiety*. ISSN 2167-1044, 2010, vol. 27, no. 11, p. 1006–1010.
108. van Oppen, P. a kol. 2005. Cognitive therapy and exposure in vivo alone and in combination with fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: A 5-year follow-up. In *Journal of Clinical Psychiatry*. ISSN 1555-2101, 2005, vol. 66, no. 11, p. 1415–1422.
109. Veldhuis, J. a kol. 2012. Incidence and prevalence of “diagnosed OCD” in a primary care, treatment seeking, population. In *International Journal of Psychiatry and Clinical Practise*. ISSN 1471-1788, 2012, vol. 16, no. 2, p. 85–92.
110. Vikas, A., Avasthi, A., Sharan, P. 2011. Psychosocial impact of obsessive compulsive disorder on patients and their caregivers: a comparative study with depressive disorder. In *International Journal of Social Psychiatry*. ISSN 0020-7640, 2011, vol. 57, no. 1, p. 45-56.
111. Watson, H. J., Rees, C. S. 2008. Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. In *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. ISSN 1469-7610, 2008, vol. 49, no. 5, p. 489-498.
112. Wilhelm, S. a kol. 2009. Modular cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A wait-list controlled trial. In *Journal of Cognitive Psychotherapy*. ISSN 0889-8391, 2009, vol. 23, no. 4, p. 294–305.
113. Williams, T. I. a kol. 2010. A randomised controlled trial of cognitive behavioural treatment for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. In *European Child and Adolescent Psychiatry*. ISSN 1435-165X, 2010, vol. 19, no. 5, p. 449-456.
114. Whittal, M. L. a kol. 2008. Group and individual treatment of obsessive-compulsive disorder using cognitive therapy and exposure plus response prevention: A

2-year follow-up of two randomized trials. In Journal of Consulting and Clinical Psychology. ISSN 0022-006X, 2008, vol. 76, no. 6, p. 1003–1014.

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.

Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 1. apríla 2020.

Peter Pellegrini
poverený vedením
ministerstva