

# Obsedantně-kompulzivní porucha v dětství

MUDr. Pavel Theiner, Ph.D.

Psychiatrická klinika FN a MU Brno

Článek shrnuje současné poznatky o obsedantně-kompulzivní poruše (OCD). Základní příznaky jsou obsese a kompulze, často jsou i další přidružené příznaky. OCD typicky začíná v rané dospělosti, ale až pětina pacientů má příznaky před pubertou. V dětství se porucha vyskytuje častěji u chlapců a také má lepší prognózu než u dospělých. Je znám podíl orbitofrontálního a ventrálního cingulárního kortexu a bazálních ganglií v patofyziologii OCD. Jeden podtyp OCD může souviset s infekcí streptokoky skupiny A. Léčba je založena na farmakoterapii a kognitivně behaviorální terapii. Z léků se používají inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SRI).

**Klíčová slova:** obsedantně-kompulzivní porucha, diagnostika OCD, léčba OCD.

## Obsessive-compulsive disorder in childhood

The article summarizes current knowledge on obsessive-compulsive disorder (OCD). The core symptoms are obsessions and compulsions, often accompanied by associated symptoms. The age of onset of OCD is typically the early adulthood, up to one fifth of patients however are symptomatic before puberty. The disorder is more frequent in boys in childhood and has a better outcome than in adults. It has been found a significant role of the orbitofrontal and anterior cingulate cortex and the basal ganglia in the pathophysiology of OCD. One subtype may be associated with the group A streptococcal infections. The treatment is based on pharmacotherapy and cognitive-behavioral therapy. The drugs used are serotonin reuptake inhibitors (SRI).

**Key words:** obsessive-compulsive disorder, diagnosis of OCD, treatment of OCD.

Pediatr. prax, 2015, 16(6): 244–246

## Úvod

Obsedantně-kompulzivní porucha, často zkracovaná na OCD z anglického *obsessive-compulsive disorder*, patří k častějším psychiatrickým diagnózám u dětí i dospělých. Je to také jedno z psychiatrických onemocnění, jehož pochopení se výrazně měnilo v posledních desetiletích. Již na počátku 20. století popsal rakouský psychiatr a neurolog Sigmund Freud (1856–1939), zakladatel psychoanalýzy, obsese jako obranné odpovědi na nevědomé impulzy. V roce 1903 jako první klinicky popsal OCD Pierre Janet (1859–1947), francouzský psycholog, psychoterapeut a filozof. Proto byla OCD po desetiletí pokládána za důsledek nevyřešeného konfliktu v nevědomí, vzniklého ve Freudově „anální fázi“, a rodiče byli obviňováni z „příliš tvrdého nácviku hygieny“ u svých dětí (1, 2). Bohužel léčba založená na těchto teoriích nepřinesla signifikantní výsledky. Později byly formulovány kognitivní modely OCD, které se zabývaly dysfunkčními přesvědčeními o nadměrné osobní zodpovědnosti, přeceňování rizika a potřeby ovládat své myšlenky. Teprve ve druhé půli 20. století byla obecně přijata biologická teorie OCD. I když je biologická podstata OCD vysoce pravděpodobná, je zřejmé, že není způsobena jediným biologickým faktorem (např. genetiky, neuroinfektem, anatomickými a funkčními odchylkami mozku). Výzkum běží mnoha směry a v současnosti dokážeme rozlišit několik subtypů OCD. Porucha je v psychiatrické klasifikaci řazena mezi „Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy“, ale od ostatních

poruch v této skupině se nápadně liší. To již odráží poslední verze americké klasifikace duševních poruch (DSM 5, květen 2013), která řadí OCD jako samostatnou skupinu.

## Klinické projevy

**Obsese** (z lat. *ob-sessio*, tedy po-sedlost, dále přes angličtinu) jsou vtíravé myšlenky, nápady či představy, které se stále objevují v myslí navzdory snahám je zahnat nebo je ignorovat. Mohou mít jakýkoli obsah, zásadní je jejich vtíravý charakter. Pacienti je obvykle chápou jako své vlastní, avšak velmi nepříjemné myšlenky. Jejich obsah obvykle působí psychickou nepohodu spojenou s emocemi úzkosti, vzteku nebo zhnusení. Příklad: „Čtrnáctiletý pacient má vždy myšlenky, že se nakazil smrtelnou žloutenkou, když se dotkne čehokoli, čeho se před ním mohl dotknout jiný člověk. Poté je vtíravé představy svého miminka celého od krve.“ Někteří pacienti nedokáží přesně popsat své obsese, popisují je jako nepříjemný pocit, že „něco není v pořádku“ (angl. *just right feeling*). Někdy se obsese manifestují zase jako extrémní nerozhodnost – mluvíme o **obsedantní zpomalenosti**.

**Kompulze** (z lat. *compulsio*, odvozeno od slovesa *compellere*: vyžadovat [si], nutit) je nutkavé jednání, které obvykle slouží ke zmírnění nepohody navozené obsesí. Někdy, zvláště pokud jsou systematické, se nazývají i rituály. Toto jednání může mít různou podobu – od viditelných činností, jako je mytí rukou nebo celého těla, rovnání věcí a opakování některých úkonů, až k méně

nápadným tzv. mentálním kompulzím, které probíhají jen v duchu, např. počítání číselných řad, odříkávání modliteb nebo opakování slov a vět, které dotyčný zaslechne. Udává se, že 80% pacientů s OCD má mezi svými kompulzemi mentální kompulze a 10% pacientů výhradně mentální kompulze (3). Příklad: „Čtrnáctiletý chlapec si po každé po návratu domů umývá ruce tak, že je musí 10 minut umývat studenou vodou, poté 5 minut namydlat a poté 10 minut oplachovat horkou vodou, přičemž tento cyklus opakuje vždy 3x. Pokud ho něco přeruší, musí začít od počátku. Pokud se dotkne něčeho doma, provede celý cyklus jen 1x.“

**Vyhýbavé chování** je další významnou částí OCD, která ale není vyjmenována v základních kritériích. Mnoho pacientů se různým situacím důsledně vyhýbá, aby se neobjevovaly nepříjemné myšlenky a nemuseli pak dlouhý čas trávit prováděním kompulzí.

Nejčastější témata obsesí jsou obavy z kontaminace, obavy, že ublíží sobě či jiným, potřeba symetrie, obavy týkající se těla, náboženské a sexuální myšlenky. Nejčastějšími kompulzemi jsou kontrolování, mytí, opakování, mentální rituály, rovnání, počítání (3). U dětí se nejčastěji setkáváme se strachem ze znečištění a rituály mytí, s patologickými pochybami spojenými s rituály kontroly, s neodbytnými myšlenkami agresivní nebo sexuální povahy, s různými „magickými“ rituály, s obsesí symetrie a pořádku, s rituály rovnání a uspořádávání a konečně s primární obsedantní zpomaleností (4).

## Epidemiologie

Dlouho se předpokládalo, že OCD je poměrně vzácná porucha. V roce 1988 ale populační studie ECA (v USA) ukázala celoživotní prevalenci OCD mezi 2–3%, což bylo mnohem víc, než se očekávalo (5, 6). Následné studie v ostatních zemích přinesly podobné výsledky (7). Určit typický věk nástupu není snadné, mnoho pacientů má totiž dlouholeté subsyndromální příznaky. Nejčastěji se objevuje klinická OCD kolem 21 roků, u mužů o něco dříve, v 19, u žen později, v 22 letech (8). Je ale známo, že 21% pacientů má příznaky již před pubertou (9). Existují i formy s pozdním nástupem po 30. roce (10). U dětských forem je typický nástup onemocnění mezi 7. a 12. rokem (11). V dětském věku převažují chlapci nad dívkami v poměru 3:2. OCD dětí na rozdíl od OCD u dospělých poměrně často přechází do remise či do subsyndromální podoby (12).

## Etiologie, patofyziologie a průběh

Je vysoce pravděpodobné, že OCD je heterogenní jednotkou s různými etiologickými faktory, jde o multifaktoriální onemocnění. Genetické vlivy jsou patrně důležité, ale je nepravděpodobné, že by se našel jediný gen zodpovědný za všechny příznaky OCD (nejčastěji se zkoumají geny související s neurotransmitery). Jeden z podtypů OCD má pravděpodobně souvislost s imunitním systémem, a to konkrétně s reakcí na antigen beta-hemolytických streptokoků skupiny A. Na přelomu 80. a 90. let se zjistilo, že u některých dětí se náhle objevují příznaky OCD (a/nebo tiky) po infekci tímto streptokokem. Tento syndrom dostal název **PANDAS** (*pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections*) (2). Do této skupiny pravděpodobně náležejí jen malá část pacientů s OCD.

V oblasti patofyziologie je u OCD nejčastěji popisována dysfunkce v oblasti orbitofrontální kůry (OFC), přední cingulární kůry (ACC), thalamu a bazálních ganglií, specificky v ncl. caudatus. Opakovaně se potvrzuje nadměrná aktivita v OFC, ACC a ncl. caudatus, která klesá po úspěšné léčbě (2).

Průběh je typicky chronický a prakticky celoživotní. Příznaky v průběhu života různě fluktuují, ale pravděpodobnost spontánní remise u dospělých pacientů je nízká (13). Moderní léčba ovšem zcela změnila průběh onemocnění, 1/3 pacientů při ní dosáhne 75% zlepšení (14) a přes 10% pacientů dosáhne kompletní remise (13). Naprostá většina pacientů po léčbě nadále splňuje diagnostická kritéria pro OCD, cítí však výraznou úlevu.

**Tabulka 1.** Dávkování SRI u OCD (dle SÚKL\*, FDA a American Psychiatric Association 2007)

	Dospělí	Děti
Klomipramin	250–300 mg/d	do 200 mg/d*
Sertralin	200–400 mg/d	do 200 mg/d*
Citalopram	80–120 mg/d	10–60 mg/d
Escitalopram	40–60 mg/d	10–40 mg/d
Paroxetin	60–100 mg/d	10–60 mg/d
Fluoxetin	80–120 mg/d	10–80 mg/d
Fluvoxamin	300–450 mg/d	do 200 mg/d*

U OCD se vyskytuje značná komorbidita, tedy současná přítomnost jiných psychiatrických poruch, a to až u 2/3 pacientů (5). Nejčastěji se jedná o depresivní poruchu, sociální fobii, poruchy příjmu potravy, závislost na alkoholu a panickou poruchu (9). U dětí se často (až v 50%) vyskytují současně tiky, úzkostné poruchy a ADHD (15). OCD bývá velmi častou komorbidní poruchou také u Tourettova syndromu.

## Pediatr a dítě s OCD

Příznaky OCD jsou poměrně typické. Nicméně v běžné klinické praxi se často setkáváme s nejasnými příznaky a často není snadné diagnózu určit. OCD je takový chameleon, který má mnoho různých podob. Pro diagnostiku slouží i speciální dotazníky, z nichž se nejvíce používá Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale) a jeho verze pro děti CY-BOCS. Jsou to však poměrně dlouhé a složité dotazníky. Doporučujeme proto, aby bylo dítě s podezřením na OCD odesláno k vyšetření u dětského psychiatra. Navíc je u OCD často přítomna další psychiatrická komorbidita. Pediatr může před odesláním k psychiatrovi vyšetřit ASLO a při jeho případné pozitivitě vyšetřit dítě na možné fokusy infekce a v indikovaných případech přeléčit antibiotikem. Léčba antibiotikem ale sama o sobě nestačí a příznaky samy nevyzmizí. Neurologické vyšetření, EEG ani zobrazovací vyšetření mozku nebývá přínosné, pokud nezvažujeme nějakou organickou příčinu, pro kterou svědčí jiné příznaky. Rodinu může uklidnit vyhlídka relativně dobré prognózy, pokud je psychiatrická léčba započata včas. Přesto půjde o léčbu dlouhodobou a poměrně náročnou pro dítě i celou rodinu.

## Farmakologická léčba OCD

Léčba OCD bývala až do 70. let 20. století doménou psychoterapie, hlavně psychoanalýzy. Výsledky však nebyly příliš dobré. Teprve po vytvoření biologické teorie OCD se započalo se zkoušením lékové léčby a jako úspěšné se ukázaly léky blokující zpětné vychytávání serotoninu

(skupina SRI). V roce 1980 byla publikována první úspěšná léčba klomipraminem (16), což je tricyklické antidepresivum, které silně inhibuje zpětné vychytávání serotoninu (mimo jiných přenašečů). V roce 1989 byl pak klomipramin v USA oficiálně schválen pro léčbu OCD. V 90. letech se objevily další serotoninové inhibitory, které působí na rozdíl od klomipraminu selektivně a mají mnohem méně nežádoucích účinků. Tato skupina léčiv, nazývaná selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), se stala spolu s klomipraminem základem současné moderní léčby OCD (2). Klomipramin, který je schválen i k léčbě dětí, se v klinické praxi jeví o něco účinnější než SSRI (17). Málokdy se však používá jako lék první volby pro své nežádoucí účinky plynoucí z jeho anticholinergního, antihistaminového a antiadrenergního působení: sucho v ústech, retence moči, zácpa, sedace, přibývání na váze a ortostatická hypotenze. Klomipramin je poněkud kardiotoxický – prodlužuje QT interval na EKG, a vyžaduje tedy kontroly EKG před nasazením a v průběhu léčby. V dávkách nad 250 mg/d má epileptogenní působení a zvyšuje jaterní enzymy. Lékem prvé volby jsou ale obvykle SSRI, kam patří sertralin, citalopram, escitalopram, paroxetin, fluoxetin a fluvoxamin. Jsou velmi dobře tolerované a nevyžadují speciální monitorování. Dávkování SSRI je však u OCD mnohem vyšší než u depresivních či úzkostných poruch. Vyšší účinnost vysokých dávek je jednoznačně prokázána, přičemž plazmatické hladiny a míra účinku spolu nekorelují. Nástup účinku je také mnohem pozdější než u jiných diagnóz: léčba v adekvátní dávce musí trvat 10–12 týdnů (tedy až 3 měsíce!) a teprve poté se dá hodnotit, zda je lék účinný či ne (18). U některých pacientů se účinek začne projevovat až 12. týden, pak je nutno počkat 16 týdnů a teprve zhodnotit účinek. U nás jsou schválené k léčbě dětí s OCD klomipramin, sertralin (od 6 let) a fluvoxamin (od 8 let). Dávkování je uvedeno v tabulce 1.

Jiné léky nejsou samy o sobě u OCD účinné. U dětí se zkoumala augmentace nízkými dávkami risperidonu a aripiprazolu s pozitivním výsledkem (19–21), studie však byly malé.

Užívání léků je obvykle dlouhodobé. Po jejich vysazení často pozorujeme návrat příznaků.

## Pediatr a léčba OCD

Léčba OCD u dětí náleží zcela do kompetence dětského psychiatra. Pediatr je však při léčbě partnerem a má důležitou roli při multidisciplinární léčbě. Při léčbě klomipraminem bude třeba kontrolovat EKG a případně konzultovat s dětským kardiologem. Tento preparát se ale u dětí používá málo, spíše u rezistentnějších případů. SSRI mají obecně málo nežádoucích účinků, k nimž patří hlavně různé gastrointestinální potíže. Děti mohou na počátku léčby velmi mírně ubývat na váze. U sertralínu bylo výjimečně popsáno zvýšení jaterních enzymů. Všechny tyto preparáty mají v příbalovém letáku varování, že u dětí mohou působit sebevražedné myšlenky. To vychází ze studií dětské deprese a šlo opravdu o to, že se u dětí na počátku léčby SSRI častěji objevovaly myšlenky na sebevraždu než u skupiny na placebo. Nebyl však žádný rozdíl ve výskytu sebevražedných pokusů či snad dokonaných sebevražd.

Typickými dlouhodobými nežádoucími účinky preparátů SSRI jsou sexuální dysfunkce (snížená chuť k sexu, oddálení ejakulace, poruchy erekce), které mohou představovat problém u adolescentů.

## Kognitivně behaviorální terapie

Od 60. let začala do léčby OCD pronikat behaviorální, později kognitivně behaviorální terapie a tato metoda začala přinášet pozitivní výsledky v léčbě. Kognitivně behaviorální terapie (KBT) pracuje s vědomými procesy, tedy myšlenkami, představami a přesvědčeními, s emocemi a zjevným chováním (22). Práce s obsesemi, tedy jejich testování a zpochybňování, se ukázala jako málo účinná. Teprve technika expozice se zábranou rituálu (*exposure with ritual prevention* – ERP) se ukázala jako velmi účinná (23).

Léčebný program v KBT sestává u pacientů s OCD v podrobné edukaci o poruše (dětský pacient a rodiče), pacienti dále pečlivě zaznamenávají po určitou dobu projevy OCD. Technika ERP znamená vystavení se obávané situaci a následně neprovedení kompulze, která by snížila nastalou nepohodu. Po spontánním poklesu nepohody (tedy úzkosti nebo znechucení), což může trvat i 2–3 hodiny, následuje nová expozice atd. Postupně automaticky vzniká desenzitizace, tedy organizmus přestává reagovat silnou úzkostí či znechucením na spouštěče. Nejprve je však nutné vytvořit ve spolupráci s pacientem

hierarchii spouštěčů a začít pak s tím nejméně „náročným“. Například s dítětem, které nesáhá na žádné předměty, které by mohly být potenciálně znečištěny, a pokud ano, pak se hodiny důkladně myje, sestavíme seznam situací, které jsou pro něj nepříjemné (dotyk kliky, dotyk dveří na WC, dotyk prkénka na WC, dotyk podlahy na WC apod.), a postupně ho za podpory terapeuta nebo rodiče necháme se těmito situacemi vystavit a přitom si nesmí umýt ruce. Metoda je náročná na fantazii terapeuta, na podporu dítěti (které často zpočátku nevydrží a kompulzi provede), ale má velmi dobré výsledky. Celý program pak zahrnuje ještě další kroky. Velmi účinné jsou KBT programy zaměřené na celou rodinu. Ty jsou prakticky jedinou možností u mladších dětí.

KBT se dá kombinovat s lékovou léčbou popsanou výše. KBT je stejně účinná jako léková léčba a kombinace KBT s léky je účinnější než léky samotné (24). KBT je však prakticky mnohem méně dostupná a k jejímu provádění je třeba speciálního výcviku.

Podrobněji KBT práci s dětmi s OCD kazuisťicky popisuje Stárková (25).

## Závěr

OCD je chronické, celoživotní a často invalidizující onemocnění s typickým začátkem v mladém věku, ale asi u pětiny pacientů začíná již před pubertou. OCD je heterogenní skupina nemocí a postupně se z ní na základě výzkumu vyčleňují podtypy. Moderní léčba s prokázanou účinností stojí na farmakoterapii preparáty inhibujícími zpětné vychytávání serotoninu (SRI) a na KBT.

## Literatura

- Adams P. Obsessive Children. New York, Brummer/Mazel 1973; p. 193.
- Hudak R, Dougherty D, ed. Clinical Obsessive-Compulsive Disorders in Adults and Children. Cambridge University Press, New York 2011; 222 p.
- Foa EB, Kozak MJ, Goodman WK, et al. DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 90–96.
- Hort V, Hrdlička M, Kocourková J, et al. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2000: 496.
- Karno M, Golding JM, Sorenson SB, et al. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1094–1099.
- Goodman WK. Obsessive-compulsive disorder: diagnosis and treatment. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(Suppl 18): 27–32.
- Horwath E, Weissman MM. The epidemiology and cross-national presentation of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin N Am* 2000; 23: 493–507.
- Rasmussen SA, Eisen JL. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1990; 51(Suppl): 10–13.
- Attiaullah N, Eisen LJ, Rasmussen SA. Clinical features of obsessive-compulsive disorder. *Psych Clin N Am* 2000; 23: 469–491.
- Grant JE, Mancebo MC, Pinto A. Late-onset obsessive compulsive disorder: clinical characteristics and psychiatric comorbidity. *Psychiatry Res* 2007; 30: 21–27.

11. Geller DA, Biederman J, Jones J, et al. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a review. *Harv Rev Psychiatry* 1998; 5: 260–273.

12. Stewart SE, Geller DA, Jenike M, et al. Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110: 3–14.

13. Eisen JL, Goodman WK, Keller MB, et al. Patterns of remission and relapse in obsessive-compulsive disorder: a 2-year prospective study. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 346–351.

14. Orloff LM, Battle MA, Baer L, et al. Long-term follow-up of 85 patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1994; 51: 441–442.

15. Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL, et al. Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27: 764–771.

16. Montgomery SA. Clomipramine in obsessional neurosis: a placebo controlled trial. *Pharmaceut Med* 1980; 1: 189–192.

17. Watson RJ, Rees CS. Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychol Psychiatry* 2008; 49: 489–498.

18. Fineberg NA, Gale TM. Evidence-based pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol* 2005; 8: 107–129.

19. Fitzgerald KD, Stewart CM, Tawile V, et al. Risperidone augmentation of serotonin reuptake inhibitor treatment of pediatric obsessive compulsive disorder. *J Clin Adolesc Psychopharmacol* 1999; 9: 115–123.

20. Thomsen PH. Risperidone augmentation in the treatment of severe adolescent OCD in SSRI-refractory cases: a case-series. *Ann Clin Psychiatry* 2004; 16: 201–207.

21. Storch EA, Lehmkuhl H, Geffken GR, et al. Aripiprazole augmentation of incomplete treatment response in an adolescent male with obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 2008; 25: 172–174.

22. Praško J, Možný P, Šlepecký M, et al. Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. Praha: Triton, 2007: 1063 s.

23. Neziroglu F, Henricksen J, Yaryura-Tobias J. Psychotherapy of obsessive-compulsive disorder and spectrum: Established facts and advances 1995–2005. *Psychiatr Clin N Am* 2006; 29: 585–604.

24. POTS: Pediatric OCD treatment Study Team: Cognitive-behavioral therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 292: 1969–1976.

25. Stárková L. KBT: praktické užití v ordinaci pedopsychiatrie. II. část: Obsedantně kompulzivní porucha. *Psychiatrie pro praxi*, 2003; 4(1): 17–19.

26. Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. Duševní poruchy a porucha chování. Praha, Psychiatrické centrum 1992.

*Podpořeno projektem koncepčního rozvoje výzkumné organizace 6526 9705 (FN Brno).*

*Článek je převzatý z*

*Pediatr. praxi 2014; 15(1): 25–27*

**MUDr. Pavel Theiner, Ph.D.**

*Psychiatrická klinika FN a MU Brno*

*Jihlavská 20, 625 00 Brno*

*ptheiner@fnbrno.cz*