

Obsedantně kompulzivní porucha a citová vazba

Mgr. František Hodný, prof. MUDr. Ján Praško, CSc., PhDr. Marie Ocisková, Ph.D.,
PhDr. Michaela Holubová, Ph.D., MUDr. Jakub Vaněk, doc. MUDr. Dana Končelíková, Ph.D.,
PhDr. Petra Kasalová, MUDr. Vlastimil Nesnidal, MUDr. Jana Zmeková
Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Úvod: Citová vazba vzniká v raném dětství mezi dítětem a primární pečující osobou a zásadním způsobem ovlivňuje sebehodnocení dítěte a jeho vnímání světa jako bezpečného místa. Cílem této přehledové studie je představit současný stav poznání týkající se vztahu mezi vazbou a obsedantně kompulzivní poruchou (OCD), průběhem poruchy a účinností léčby.

Metoda: Průzkum literatury byl proveden pomocí databází PubMed, Web of Science, Google Scholar a ScienceDirect za pomoci klíčových vyhledávacích termínů. Vědecké texty byly extrahovány za období od ledna 1990 do konce března 2020.

Výsledky: Nejistá vazba snižuje osobní pocit vlastní hodnoty a může vést k perfekcionismu a nutkavému chování, které se stává prostředkem ke snaze zajistit si a stabilizovat hodnotu sebepojetí a kontrolovat okolní dění. Obě charakteristiky jsou u pacientů s OCD časté. Nejistá vazba je dále spojená s maladaptivními kognitivními procesy (jako jsou nadměrný smysl pro odpovědnost, perfekcionismus a kontrola myšlenek), které také souvisí s OCD. Ze dvou dimenzí, které nejistou vazbu v dospělosti definují (úzkostná a vyhýbavá), má větší souvislost s OCD vazebná úzkost. V námi nalezených článcích nebyl popsán žádný výzkum dokazující přímou souvislost mezi vazbou a závažností OCD. Výzkum mezi vazbou a OCD komplikuje častá komorbidní deprese.

Závěry: Nejistá citová vazba je u pacientů s OCD častá a prolíná se se základní OCD symptomatologií. Z tohoto pohledu mohou být v léčbě OCD významné strategie, které podporují pocity bezpečí, přijetí a ocenění v rámci terapeutického vztahu.

Klíčová slova: obsedantně kompulzivní porucha, averzivní zážitky v dětství, trauma v dětství, citová vazba.

Obsessive compulsive disorder and attachment

Introduction: Emotional attachment arises between the child and the primary caregiver in early childhood and fundamentally affects the child's self-esteem and their perception of the world as a safe place. The aim of this review is to present the current state of knowledge about the relationship between attachment and obsessive-compulsive disorder (OCD), the course of the disorder and the effectiveness of the treatment.

Method: A literature search was performed using PubMed, Web of Science, Google Scholar, and ScienceDirect databases using key search terms. Scientific texts were extracted for the period from January 1990 to the end of March 2020.

Results: An insecure attachment reduces a personal sense of self-worth and can lead to perfectionism and compulsive behavior, which becomes a means of trying to secure and stabilize the value of self-concept and control the surrounding events. Both characteristics are common in patients with OCD. Uncertain attachment is further associated with maladaptive cognitive processes (such as excessive sense of responsibility, perfectionism, and mind control), which are also associated with OCD. Of the two dimensions that define uncertain adulthood attachment (anxiety and avoidance), attachment anxiety is more closely related to OCD. No research has been described in the articles we found to prove a direct link between the attachment and the severity of OCD. Insecure emotional attachment and OCD is complicated by frequent comorbid depression.

Conclusions: Anxious emotional attachment is common in patients with OCD and interconnects with basic OCD symptomatology. From this perspective, strategies that promote feelings of safety, acceptance, and appreciation within a therapeutic relationship may be important in the treatment of OCD.

Key words: obsessive compulsive disorder, aversive childhood experiences, childhood trauma, emotional attachment.

Úvod

Obsedantně kompulzivní porucha (OCD) je závažná psychická porucha, která má typicky chronický a obtížný průběh a z ní většina pacientů nedosáhne plné symptomatické remise (1, 2). Jádrovými příznaky jsou kognitivní a behaviorální projevy, mezi které patří obsedantní myšlenky a ritualizované nebo vyhýbavé chování. Obsese jsou trvalé nutkavé nápady, myšlenky, impulzy nebo obrazy, které jsou vnímány jako rušivé a nevhodné. Mohou být považovány za nepříjemné, nesmyslné, nebo protivolní, ale jedinec má problém je potlačit. Téměř vždy vyvolávají tíseň, napětí, úzkost nebo jiné obtěžující emoce. Někdy vyvolávají pocit ohrožení samotného nositele, jindy mohou být obscenního nebo násilného rázu. Na rozdíl od úmyslného zabývání se určitými myšlenkami jsou obsese nepříjemné. Nutí jedince ke kompulzím – k jednání nebo myšlenkovým procesům, které neutralizují doprovodné pocity tísně, úzkosti, strachu, znechucení nebo napětí. Kompulze obvykle probíhají jako stereotypní opakuje se chování nebo jako mentální akty, jejichž cílem je snižovat negativní emoce nebo jim předcházet (3). Obsedantně kompulzivní porucha je doprovázena četnými omezeními v osobním a mezilidském fungování (4). Snižuje kvalitu života (5–7) a vede ke zhoršení v oblastech mezilidských vztahů a profesního postavení (8). Často má závažný, invalidizující průběh (9, 10). Řada pacientů zůstává významně symptomatická, a to přesto, že se řídí doporučenou léčbou a při terapii dobře spolupracují (7, 11).

OCD má celoživotní prevalenci 1,6 % (12) s lehkou převahou žen nad muži (13). Postihuje všechny kulturní a etnické skupiny (14). Patří v celosvětovém měřítku mezi hlavní příčiny postižení (15), je významným osobním, sociálním a zdravotním problémem a je spojená s vysokou mírou psychiatrické komorbidity, zejména s depresivní poruchou a s úzkostnými poruchami (16–20).

Dobře ověřenou metodou volby je spolu s medikací kognitivně behaviorální terapie s expozicemi a zábranou odpovědi (ERP; Exposure and Response Prevention) (11, 21–27). Odpověď pacientů na léčbu bývá různá a bohužel často přetrvávají reziduální příznaky (1, 2). V posledních letech se také stávají stále populárnějšími terapie tzv. třetí vlny kognitivně behaviorální terapie (KBT). Jedná se například o přístupy založené na všímavosti (součástí terapeutické práce je

meditace), meta-kognitivní terapie (pracuje nejen s myšlenkami týkajícími se ohrožení, ale i s myšlenkami o myšlenkách), nebo schematerapii (pracuje s hlubšími postoji – ranými maladaptivními schémata, která vznikla v dětství a adolescenci na základě averzivních zážitků a v současnosti ovlivňují prožívání pacienta). Několik malých studií, které je zkoumaly, předběžně vykazuje slibné výsledky (28–30).

Identifikace prediktorů poruchy může pomoci zlepšit péči o pacienta tím, že poskytne lékařům informace o pravděpodobné prognóze a vhodných léčebných strategiích. Dle provedených studií výsledky léčby negativně ovlivňuje časný počátek poruchy, její delší trvání a větší závažnost, traumatizace v dětství, přítomnost obsesí a kompulzí spojených s váhavostí, symetrií a shromažďováním, vysoká míra disociace a přítomnost komorbidní poruchy osobnosti (31–35).

Teorie citové vazby

Bowlby (36–38) navrhl teorii attachmentu (citové vazby), která předpokládá, že lidé se rodí s vrozeným a adaptivním motivačním systémem, který vede k potřebě připoutání k blízké osobě, zejména pak v reakci na hrozby. Během častých interakcí s podpůrným a citlivým pečovatelem vyvíjí dítě stabilní emocionálně-kognitivní strukturu, která snižuje stres a poskytuje klid, pohodlí a ochranu před ohrožujícími situacemi (39).

Citová vazba označuje emoční pouto, které velmi časně vzniká mezi dítětem a primárním pečovatelem. Toto pouto se projevuje zejména ve chvíli potřeby, např. když dítě ve stresu hledá „bezpečný přístav“ nebo když prozkoumává okolí (40). Teorie citové vazby ukazuje, že když rodičovské chování selže v tom, aby se dítě cítilo bezpečně a bylo schopno důvěřovat rodičům v době nouze, bude v budoucnosti méně schopné ovládat své emoce a naplňovat své potřeby (40). Podle Bowlbyho je proces připoutání během života relativně konstantní (38, 41).

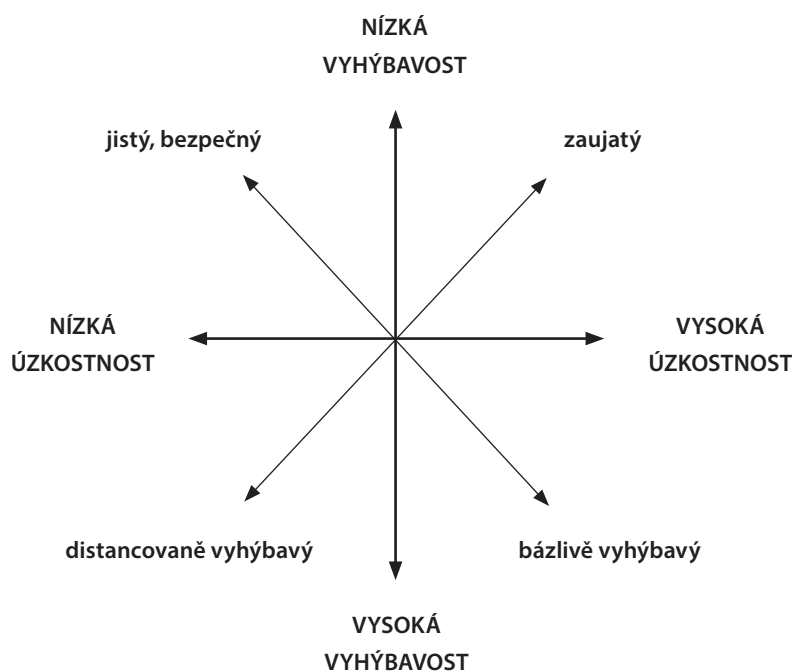
Rozmanité výchovné přístupy rodičů vedou k vytvoření čtyř typů vazby. Pokud pečující osoba konzistentně reaguje na pláč nebo křik dítěte poskytováním péče a bezpečí, odstraňuje tím u něj pocit ohrožení a vzniká tzv. **jistá (bezpečná) vazba**. Pokud pečující osoba v tomto aspektu selhává, vede to k vytvoření některého ze tří typů tzv. **nejisté vazby** – *vyhýbavé, úzkost-*

ně ambivalentní nebo *dezorganizované* vazby (36, 42, 43).

Kvalita interakcí dítěte s jeho primárním pečovatelem, která závisí na citlivosti a odpovědnosti vazbové osoby (attachment figure) k primárním potřebám dítěte a pohybovým signálům, vede ke tvorbě vnitřních pracovních modelů (internal working models, IWM) sebe a ostatních (36, 37). Tyto modely jsou relativně stabilní a ovlivňují jedince po celý život. Modely vztažené k sobě samému obsahují kognitivně-afektivní informace o tom, zda se jedinec vnímá jako hodný péče, podpory a lásky, tedy informace, které jsou nakonec začleněny do osobního pocitu vlastní hodnoty. Modely týkající se ostatních obsahují kognitivně-afektivní informace o partnerských vztazích, zda jsou vnímány jako citlivé a naplňující potřeby podpory a ochrany. Přesahují rámec dřívějšího připoutání s primárním pečovatelem a stávají se šablonami pro vnímání a očekávání od důležitých lidí v životě (např. přátel a partnerů) (44–46).

Hazan a Shaver (47) se pokusili přizpůsobit typologii dětské vazby vztahům v dospělosti. Vycházeli přitom ze tří základních typů, které již dříve definovala Ainsworthová. Na začátku 90. let pak na základě výzkumu realizovaném s adolescenty vytvořili Bartholomew & Horowitz (48) model, který člení připoutání v dospělosti na čtyři styly: (1) jistý, bezpečný (secure); (2) zaujatý (preoccupied); (3) bázlivě vyhýbavý (fearful-avoidant); (4) distancovaně vyhýbavý (dismissive-avoidant). O sedm let později provedl Brennan s kolegy (49) výzkum u 1 086 dospělých z obecné populace s cílem vyvinout spolehlivější sebeposuzovací škálu na posuzování vazby v dospělosti. Autoři zjistili, že kvalita připoutání v dospělosti se dá vyjádřit pomocí dvojdimenzionálního modelu, jehož osy tvoří úzkostnost a vyhýbavost (49).

Tento historický vývoj přináší do výzkumu dospělé vazby určité terminologické výzvy. Někteří autoři vychází ze čtyř typů definovaných Bartholomewem & Horowitzem (48), jiní popisují styl připoutání pomocí jednotlivých os Brennanova dvojdimenzionálního modelu (bezpečný, úzkostný, vyhýbavý, úzkostně-vyhýbavý). V odborných publikacích se také často rozlišuje pouze mezi jistým a nejistým připoutáním, které pak v daném kontextu zahrnuje zbývající typy. Na domácí scéně pak situaci dále komplikuje nejednotnost českých překladů. Pro větší přehled-

Obr. 1. Dvoudimenzionální model individuálních rozdílů v citové vazbě u dospělých

nost lze souvislost zmíněných modelů aspoň zjednodušeně znázornit pomocí následujícího schématu (50).

Bezpečně připoutaní jedinci se vyznačují nízkou úzkostí a nízkým vyhýbáním; cítí se dobře, když hledají pomoc a intimitu, a očekávají podporu od ostatních (51). Lidé se *zaujatým připoutáním* se vyznačují vysokou úzkostí a nízkým vyhýbáním; projevují úzkostný, vzrušený styl vztahu s nadměrným strachem ze ztráty blízké osoby. *Osoby vyhýbající se strachu* se vyznačují vysokou úzkostí a velkým vyhýbáním: hluboce potřebují blízký vztah, a přesto se vyhýbají intimě. Hlavními rysy lidí s *distancovaně vyhýbavým připoutáním* jsou nízká úzkost a vysoká míra vyhýbání. Tito jedinci vykazují nezávislost, vyhýbají se intimě a nedůvěřují ostatním (51).

Metoda

Rešerše literatury byla provedena pomocí databází PubMed, Web of Science, Google Scholar a ScienceDirect následujících klíčových termínů: Obsessive compulsive disorder/attachment/therapy/treatment/long-term outcome. Zvolený časový rámec se pohyboval mezi lednem 1990 a koncem března 2020. Po výběru primárních publikací byly vyhledávány relevantní články z literárních citací textů prvního výběru. Cílem této přehledové studie bylo prozkoumat a přiblížit literaturu vztahu mezi citovou vaz-

bou a rozvojem OCD, jeho průběhem a vlivem na výstupy léčby. Pro tyto účely byly položeny následující výzkumné otázky:

1. Jaká je vazba u pacientů s OCD v dětství?
2. Jaká je vazba u pacientů s OCD v dospělosti?
3. Souvisí vazba se závažností OCD?
4. Souvisí vazba se subtypy OCD?
5. Ovlivňuje vazba výsledky léčby OCD?

Výsledky

Výsledky přehledu jsou uspořádány podle výzkumných otázek.

Vliv připoutání v dětství na rozvoj OCD

Podle Myhra et al. (52) může nejistá vazba predisponovat děti k rozvoji OCD. V souladu s tím Sunderland & Armstrong (53) uvedli, že nejisté připoutání je rizikovým faktorem pro dětské OCD. Stejně tak i v dospělosti je OCD spojeno s nejistou dětskou vazbou (54). Guidano & Liotti (55) tvrdí, že vnímání světa jako ohrožujícího, ale kontrolovatelného, se promítá do aktivních pokusů o kontrolu prostředí, ve kterém člověk žije, což je možné pozorovat v symptomatologii pacientů trpících OCD.

Subjektivní pocit bezpečí, a tedy i míra, v jaké je svět vnímán jako ohrožující, souvisí s časnými zkušenostmi s připoutáním (37, 42). Bylo zjištěno, že jedinci s OCD často zažívají myšlenky, v nichž negativně hodnotí sebe sama

a svou schopnost zvládnout případnou ohrožující situaci (56). Děti s OCD jsou citlivé na rušivé myšlenky, které vyvolávají nejistotu ohledně jejich kompetence v oblastech, které považují za vysoce ceněné. Sookman et al. (57) ukázali, že pro OCD jsou také typické větší vnímání osobní zranitelnosti, potíže s nepředvídatelností a větší potřeba kontroly.

Ivarsson et al. (58) zkoumali, zda mohou nepříznivé zkušenosti s vazbou v dětství přispět k rozvoji OCD. Do výzkumu bylo zahrnuto sto adolescentů rozdělených do čtyř skupin: (1) pacienti s primární obsedantně-kompulzivní poruchou (OCD); (2) pacienti s primární depresivní poruchou; (3) pacienti s kombinací těchto poruch a (4) kontrolní skupina. Pomocí pohovoru autoři posuzovali zkušenosti s připoutáním, včetně traumatické a nepříznivé zkušenosti. Rodiče dospívajících s OCD, depresivní poruchou nebo kombinací těchto poruch v dětství častěji neplnili funkci „bezpečného přístavu“ a nevykazovali chování, které by naplňovalo citové potřeby jejich dětí. Traumatické zážitky související s nedostatečným vazebným chováním rodičů se však významně častěji objevovaly pouze u účastníků s depresí. Autoři tedy uzavírají, že nepříznivé zkušenosti s připoutáním v dětství mohou mít vliv na rozvoj depresivních stavů (u samotné depresivní poruchy a kombinace OCD s depresivní poruchou) a je nepravděpodobné, že by přímo přispívaly k etiologii OCD.

Guidano & Liotti (55) navrhli teorii, v níž tvrdí, že interakce mezi rodiči a dětmi, které vytvářejí u dětí nejistotu ohledně toho, jak moc jsou milované, chtěné nebo hodnotné, je mohou vést k tomu, že si vytvoří protichůdné sebepojetí, buď jsou milované, nebo nemilované. Toto nejisté nebo ambivalentní sebehodnocení může mít za následek sklony k nadměrnému sebezpozorování a ruminace o vztahu k ostatním. Perfeccionismus a nutkavé chování se pak objevují jako prostředek k zajištění lásky a hodnoty. Ehiobuche (59) ukázal, že studenti s vysokou mírou nutkavých projevů častěji popisovali své rodiče jako odmítající, hyperprotektivní a méně emocionálně vřelé. Také podle Turgeona et al. (60) byla nadměrná rodičovská ochrana častější v rodinách dětí s OCD než v kontrolních rodinách. Zmíněné styly rodičovské interakce mohou děti znepokojovat a vést k obavám z intenzivních emocí. Někteří rodiče, kteří se snaží silným emocím vyhnout, mohou své děti

nadměrně ovládat, což se projevuje zvýšenou kontrolou jejich času, prostoru, přesvědčení, pocitů a přání. V zásadě mohou komunikovat se svými dětmi způsobem: „Ne, ty necítíš to, ale cítíš toto. Ne, tohle ty nepotřebuješ, ty potřebuješ toto.“ (53). Tyto interakce podřívají schopnost dítěte samostatně se vyrovnat s emočně nabitými událostmi. Když tedy dítě nemá nikoho, kdo by mu pomohl s jeho emocemi, stávají se obsedantní rituály nebo podobné kontrolující chování jeho jediným způsobem, jak vytvořit ze světa alespoň trochu bezpečné místo. To je velmi podobné jednomu z předpokládaných účelů kompulzí – učinit alespoň část prostředí předvídatelnou a spolehlivou (53).

Připoutání v dospělosti a OCD

Protože existuje společná charakteristika v interakcích rodič – dítě a dospělý – dospělý, teorie připoutání byla rychle rozšířena na partnerské vztahy dospělých, přičemž zdůraznila, že partnerský vztah zahrnuje integraci tří systémů chování: připoutání, péče a sexuální vztah (47).

Existuje několik rozdílů mezi prototypickými vztahy dospělých a kojeneckou vazbou. Dětská vazba je komplementární (pečovatel péči poskytuje, ale nedostává ji), zatímco vztahy s partnery jsou obvykle oboustranně sdílené. Kromě toho malé děti potřebují k tomu, aby se cítily zcela bezpečně, fyzický kontakt. Dospělým může stačit vědomí, že osoba, ke které jsou připoutaní, je v případě potřeby přístupná. Dítě je většinou připoutáno k rodiči, zatímco vazebnou osobou dospělých je nejčastěji vrstevník, obvykle intimní partner. Proto v sobě požadavek na dostupnost zahrnuje potřebu exkluzivity: z tohoto důvodu vede podle některých autorů možnost opuštění a strach ze ztráty partnera a jeho exkluzivity k žárlivosti (61).

I když je podle Bowlbyho (37, 38) systém připoutání nesmírně relevantní zejména během raného dětství, zůstává aktivní po celou dobu života a individuální rozdíly ve vnitřních pracovních modelech mohou ovlivnit přizpůsobení, psychické fungování a duševní zdraví během dětství, dospívání a dospělosti (41, 62, 63).

Doron et al. (64) v průřezové studii poukázali na to, že souvislost mezi nejistým připoutáním a příznaky OCD u dospělých je zprostředkována dysfunkčními přesvědčeními spojenými s OCD, jako je nadměrný smysl pro odpovědnost, perfekcionismus a kontrola myšlenek.

Podle Dorona & Kyriose (54) myšlenky nebo události, které napadají důležité oblasti sebepojetí (např. nemorální myšlenky nebo chování), poškozují subjektivně vnímanou hodnotu člověka a spouštějí procesy oprav a kompenzaci vnímaných nedostatků (např. udělat dobrý skutek, abych dokázal, že jsem morální člověk). V případě jedinců s OCD však bývá toto kompenzační chování neadaptivní (např. zahnat „zlou myšlenku“ dvacetkrát opakovanou modlitbou) a může paradoxně výskyt nežádoucích vtíravých myšlenek dále zvýšit – čím více vtíravé myšlenky neutralizuje, tím více se jich objevuje. To následně vede k potvrzení „obávaného sebepoznání“ (např. jsem špatný, nemorální, nehodný). Tímto způsobem mohou u těchto jedinců běžné averzní zkušenosti aktivovat převážně negativní hodnocení v citlivých oblastech sebepojetí (65). Tyto procesy spolu s aktivací dalších neadaptivních myšlenek (např. nadměrného pocitu odpovědnosti, nadhodnocování hrozeb), se neustále rozvíjejí a mohou vést k rozvoji obsesí a kompulzí.

V souladu s tímto pohledem jsou zesílené příznaky OCD spojeny s pocity nekompetence v důležitých oblastech sebepojetí (tzv. „citlivých doménách“), jako je morálka, pracovní kompetence a sociální přijatelnost (65), vnímání sebe sama jako zodpovědného za prevenci škod (66), pohled na sebe jako na potenciálně nebezpečného pro ostatní a ambivalentní hodnocení sebe sama (67). Podle Dorona et al. (68) je však nepravděpodobné, že každý člověk, který zažije averzivní událost, která zpochybňuje takové citlivé domény, bude zaplaven negativním sebehodnocením, maladaptivními přesvědčeními a obsesemi. Pro většinu lidí zkušenost s náročnými citlivými vlastními doménami vede k aktivaci strategií pro regulaci stresu, které rozptýlí vtíravé myšlenky, potvrdí vlastní hodnotu a obnoví emoční klid daného jedince. Avšak nejisté připoutání, které souvisí s horší emoční regulací, narušuje proces zvládání zážitků a tím přispívá k rozvoji nebo udržování OCD.

Ve skutečnosti je nejistá vazba spojená s neadaptivními kognitivními procesy souvisejícími s OCD (69). Bylo například zjištěno, že vazebná úzkost (attachment anxiety) souvisí s vyšším subjektivním hodnocením míry ohrožení za běžných životních okolností bez ohledu na objektivní úroveň ohrožení (70), s dysfunkčními perfekcionistařskými sklony (71), obtížemi

při potlačování myšlenek (72) s mentálními ruminacemi myšlenek spojených se stresem (46,73) a tendencí podceňovat své schopnosti zvládat problémy v ohrožujících situacích (46). Úzkostně připoutaní lidé mohou selhávat při hledání vnitřních zdrojů bezpečí nebo vnějších zdrojů podpory. Negativní vnitřní pracovní modely tak mohou zvýšit pravděpodobnost rozvoje maladaptivních přesvědčení o sobě (např. vnímání vlastní neschopnosti), o druhých (např. zvýšené pochybnosti o úmyslech a dobré vůli ostatních, zvýšená citlivost na odmítnutí) a světě (tj. zvýšené vnímání hrozeb).

Podle Mikulincera & Shavera (74) může úzkostná vazba spouštět kaskádu mentálních stresujících událostí, jako je katastrofizace, přehánění negativních důsledků averzivního zážitku, mentálních ruminací o těchto negativních důsledcích a hyperaktivaci touhy po vazbě i strachu z ní. Například hyperaktivace systému vazby vede k prohloubení projevů distresu a žádosti péče od druhých, jakož i zvýšení pochybnosti o vlastní láskyhodnosti, rozvoji frustrace a hněvu kvůli nedostatečné podpoře a strachu z opuštění kvůli domnělé vlastní nedostatečné nebo špatné povaze (75). Všechny tyto pocity a kognitivní procesy udržují sklony k přeceňování hrozby. Vedou k prožívání ochromující, nekontrolovatelné úzkosti, zesilují vtíravé myšlenky a nízké sebevědomí a mohou přispívat k rozvoji obsesí.

I když výzkum ukazuje, že pro vznik OCD hraje důležitou roli přítomnost úzkostné dětské vazby, pouze několik studií přímo zkoumalo vztah mezi nejistou vazbou v dospělosti a OCD. V první studii (52) bylo pomocí revidované stupnice pro vazbu u dospělých porovnáno 36 ambulantních pacientů s OCD, 16 depresivních ambulantních pacientů a 26 kontrol ve třech dimenzích souvisejících s attachmentem (tj. jak komfortní je pro jedince být v blízkém vztahu, schopnost spoléhat se na ostatní a strach z opuštění) (76). Přestože pacienti s OCD a s depresivní poruchou vykazovali vyšší strach z opuštění než nekliniční účastníci, mezi oběma klinickými skupinami nebyly nalezeny významné rozdíly. Jedinou výjimkou byl významný rozdíl mezi ženatými účastníky s OCD a ženatými účastníky s depresí, přičemž druhá skupina vykazovala nižší schopnosti spoléhání na ostatní. Překrývání diagnóz ve skupinách kvůli velké komorbiditě (69 % účastníků OCD ve vzorku vykazovalo vysoké skóre v Beckově inventáři deprese) však mohlo

bránit zachycení rozdílů mezi oběma klinickými skupinami ve škálách vazby.

V neklinickém vzorku studentů ($n = 446$) Doron et al. (68) zjistili, že subjektivně posuzovaná úzkostná vazba a vyhýbání se byly spojené s vyšší mírou příznaků a kognitivních poruch u OCD. Tyto výsledky podporují mediační model. Dimenze attachmentu (úzkost, vyhýbání se) měly vliv na některé kognitivní procesy (dysfunkční přesvědčení spojovaná s OCD, vyšší vnímavost vůči hrozbám) a ty pak následně přispívaly k příznakům OCD. Vazebná úzkost měla poněkud vyšší účinek než vazebné vyhýbání se.

Zakiei et al. (77) zkoumali na 260 vysokoškolských studentech styl připoutání, stupeň resilience a anankastickou poruchu osobnosti. Nešlo tedy o OCD jako v předešlých textech, nicméně anankastická porucha osobnosti se mj. projevuje výrazným perfekcionismem a nadměrným zaměřením na detail, což je typické také pro řadu pacientů s OCD. Výsledky ukázaly, že tato porucha osobnosti pozitivně koreluje s ambivalentním/vyhýbavým attachmentem a negativně s resiliencí. Dále se ukázalo, že styl připoutání a resilience může souviset s obsedantně-kompulzivní (anankastickou) poruchou osobnosti.

Připoutání a závažnost OCD

Cílem studie Carpentera & Chunga (78) bylo prozkoumat vzájemné vztahy mezi dětským traumatem, charakterem připoutání, alexithymií (snížená schopnost rozpoznat a chápat emoce) a závažností obsedantně-kompulzivní poruchy (OCD) v kohortě účastníků s OCD. Soubor tvořilo 82 lidí s OCD a 92 kontrol. Objevila se významná pozitivní korelace mezi dětským traumatem a vyhýbavým stylem připoutání, což bylo zase pozitivně spojeno s alexithymií. Alexithymie pak byla významně spojena se závažností příznaků OCD a počtem příznaků OCD. Mediační analýza ukázala, že alexithymie významně zprostředkovala vliv vyhýbavé vazby na závažnost obsesí a kompulzí. Zdá se tedy, že existuje vztah mezi dětským traumatem a OCD, tento vztah však nemá přímý charakter, ale je ovlivňován minulými zkušenostmi pacientů s významnými lidmi a souvisejícími problémy s emočním zpracováním vztahových problémů.

Připoutání a různé subtypy OCD

Vztahu mezi typem připoutání a subtypy OCD se zatím nevěnoval žádný výzkum. Několik

studií se nicméně věnovalo souvislosti mezi vazbou a hromaděním, které je podle DSM-5 řazeno do obsedantně-kompulzivního spektra poruch.

Hromadění a připoutání

Problematika hromadění se dá charakterizovat dvěma aspekty – získáváním nadbytečných předmětů a sníženou schopností se nepotřebného majetku zbavit (79). Kognitivně-behaviorální model hromadění předpokládá, že osoby, které hromadí, projevují nadměrné připoutání ke svému majetku a šetří jej kvůli zvýšenému vnímání sentimentálních anebo instrumentálních hodnot jednotlivých předmětů (80, 81).

Podle Frosta & Steketee (82) se sentimentální hodnota týká symbolického významu položky a její schopnosti poskytovat pohodlí a podporu v důsledku jejího spojení s důležitou osobou nebo událostí. Instrumentální hodnota se naproti tomu vztahuje na úsudek o potenciálním využití, funkci nebo potřebě předmět vlastnit (82). Ačkoliv model předpokládá, že jsou jedinci, kteří hromadí a mají rádi předměty kvůli svým vnímaným sentimentálním a instrumentálním hodnotám, nespecifikuje proces, který vede k maladaptivním projevům hromadění.

Zkoumání potřeb sounáležitosti a sebeúcty může pomoci zlepšit chápání toho, proč lidé, kteří hromadí, přiřazují objektům zvýšenou hodnotu. Sociální psychologové předpokládají, že jednotlivci mají vrozenou potřebu udržovat mezilidské vztahy, aby dosáhli pocitu sounáležitosti a udržovali pozitivní sebehodnocení, a proto sociální vyloučení motivuje jedince k hledání pozitivního sociálního kontaktu (83, 84). Sociálně psychologický výzkum ukázal, že sociálně vyloučení jednotlivci vykazují snížený pocit kontroly, sebeúcty a příslušnosti k určité skupině. V důsledku toho pak v porovnání s nevyloučenými jednotlivci projevují větší snahu o sociální kontakt a začlenění (85, 86).

Protože jednotlivci s hromaděním často trpí mezilidskými problémy a jsou sociálně izolováni, jejich schopnost získat vedení nebo podporu od blízkých může být omezená (87, 88). Výsledkem je, že lidé, kteří hromadí, mohou tvořit silnou připoutanost k objektům v důsledku opakujících se nespokojených pocitů úcty a potřeby někam patřit (89). Tento vzorec obracení se k předmětům jako náhradnímu zdroji naplnění mezilidských potřeb,

začíná v dětství, kdy rodiče nejsou k dispozici. Děti pak vytvářejí emocionální pouto s neživými objekty, které jsou pro ně náhradou za rodiče (90). V dospělosti výzkum využívající neklinické osoby ukázal, že sociálně vyloučení jednotlivci nakupují, aby uspokojili své nenaplněné mezilidské potřeby (91), a dávají přednost produktům, které představují jejich příslušnost ke skupině (92). Protože mnoho jedinců s hromaděním je sociálně izolovaných, může odvození pocitu bezpečí od vlastnění neživých objektů pomoci kompenzovat nenaplněné sociální potřeby.

Ukázalo se také, že chronicky osamělí jedinci přiřazují neživým objektům více lidských rysů než neosamělí lidé (93). Pociť sociálního vyloučení může povzbudit tyto jedince k antropomorfizaci předmětů (tj. vnímat je jako lidské), aby splnily nenaplněné potřeby příslušnosti, což může zvýšit sentimentální a instrumentální hodnoty objektů, a pak vést k silnějšímu připoutání k objektu (94). Výzkum s použitím neklinických a subklinických hromadících populací ukázal, že větší antropomorfní tendence jsou pozitivně spojeny s většími majetnickými tendencemi (95, 96) a větší celkovou závažností hromadění (79, 97).

Norberg et al. (98) ve studii zahrnující 361 respondentů zjistil, že vyšší hodnoty úzkostné vazby vedou k horšímu snášení distresu a k silnější tendenci antropomorfizovat neživé objekty. To pak společně vede ke zvýšené akvizici nadbytečných předmětů. Výsledky výzkumu Medard & Kellet (88) zase hovoří o tom, že hromadící osoby ($N = 380$) vykazují vyšší úroveň obou typů nejisté vazby (vyhýbavé a úzkostné) než kontrolní skupina.

Připoutání a výsledky léčby OCD

Studie autorů Tibi et al. (99) zkoumala, na kolik styl vazby a vyjádřených emocí ovlivňuje výsledky expozice s prevencí odpovědi (exposure and response prevention, ERP). Autoři na vzorku 118 pacientů s OCD zkoumali prediktor dokončení a výsledků léčby a stav pacientů 4 a 13 měsíců po léčbě. Hlavními moderátory výsledku léčby se ukázaly být závažnost OCD a úzkostný styl připoutání, který vedl k horší odpovědi na akutní léčbu. V katamněze se však ukázalo, že i u těchto pacientů došlo ke zmírnění příznaků. U pacientů se závažnou symptomatologií došlo ve srovnání s méně závažnými klienty k rychlejšímu poklesu příznaků v průběhu léčby i při následném sledování.

V nedávné studii zkoumali Tibi et al. (100), existují-li u pacientů s OCD faktory, které dokážou předpovědět pravděpodobnost remise v horizontu dvou a čtyř let od ukončení léčby. Do výzkumu bylo zahrnuto 382 dospělých pacientů s OCD, remise byla hodnocena pomocí Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). Přítomnost dětského traumatu a časný věk nástupu poruchy predikovaly horší čtyřletou katamnzu. Styl bezpečné vazby se naopak ukázal být protektivním faktorem, který vedl k lepším výsledkům.

Diskuze

Cílem této přehledové studie bylo představit současný stav poznání týkající se vztahu mezi vazbou a obsedantně kompulzivní poruchou (OCD). Konkrétně jsme se zaměřili na pět oblastí reprezentovaných jednotlivými výzkumnými otázkami.

Odpovědi na výzkumné otázky

Jaká je vazba u pacientů s OCD v dětství?

Kvalita citové vazby, která vzniká v raném dětství mezi dítětem a pečovatelem, zásadním způsobem ovlivňuje sebehodnocení dítěte i to, jestli vnímá svět jako bezpečné místo. Nejistá vazba snižuje pocit hodnoty a může vést k perfekcionismu a nutkavému chování, které se stává prostředkem k zajištění přijetí a pocitu hodnoty. Vnímání světa jako ohrožujícího může vést k nadměrné snaze o jeho kontrolu. Oba tyto aspekty jsou pro pacienty trpící OCD klíčové. Výzkum vztahu mezi nejistou citovou vazbou a OCD naráží na častou komorbiditu OCD s depresivní poruchou. Nejistá vazba může být faktorem zvyšujícím depresivní příznaky jedince, prokázat její přímou etiologickou souvislost s OCD však může být obtížné.

Jaká je vazba u pacientů s OCD v dospělosti?

Existuje souvislost mezi symptomy OCD a nejistým připoutáním v dospělosti. Tato souvislost není přímá, ale bývá zprostředkována dysfunkčními přesvědčeními spojenými s OCD,

jako je nadměrný smysl pro odpovědnost, perfekcionismus a kontrola myšlenek. Nejistá vazba je tedy spojená s neadaptivními kognitivními procesy.

Ze dvou dimenzí, které nejistou vazbu v dospělosti definují (úzkostná a vyhýbavá) má vyšší souvislost s OCD vazebná úzkost. Ta je spojená s vyšším vnímáním ohrožení za běžných životních okolností, s dysfunkčními perfekcionistařskými sklony, obtížemi při potlačování myšlenek, s mentálními ruminacemi myšlenek spojených se stresem a tendencí podceňovat svou schopnost zvládat ohrožující situace. Úzkostně připoutaní lidé mohou selhávat při hledání vnitřních reprezentací bezpečí nebo vnějších zdrojů podpory. Všechny tyto jevy se u lidí s OCD často objevují. Nejisté připoutání souvisí také s horší emoční regulací, a tím přispívá k rozvoji nebo udržování OCD.

Souvisí vazba se závažností OCD?

Dosud nebyl popsán žádný výzkum dokazující přímou souvislost mezi vazbou a závažností OCD. Typ vazby však může nepřímo ovlivňovat závažnost příznaků OCD prostřednictvím mediačního faktoru – např. alexithymie.

Souvisí vazba se subtypy OCD?

Typům připoutání a subtypům OCD se dosud nevěnoval žádný výzkum. Několik studií nicméně zkoumalo souvislost mezi vazbou a hromaděním, které je podle DSM-5 řazeno do obsedantně-kompulzivního spektra poruch. Různí autoři vnímají hromaděním jako substitut naplnění mezilidských potřeb. Vyšší míra úzkostné vazby může vést k horšímu snášení distresu a k silnější tendenci antropomorfizovat neživé objekty, což společně směřuje ke zvýšené akvizici nadbytečných předmětů.

Ovlivňuje vazba výsledky léčby OCD?

Úzkostný styl připoutání může vést k horší odpovědi v akutní léčbě. Oproti tomu bezpečná vazba může být protektivním faktorem, který zvyšuje pravděpodobnost remise po ukončení léčby.

Omezení dostupné literatury a návrhy pro budoucí výzkum

Hlavním limitem významné části výzkumů v této oblasti je nízký počet probandů a zaměření na ambulantní pacienty s lehčími formami poruchy. Stále také chybí rozsáhlejší longitudinální studie, které by empiricky potvrdily souvislost mezi typem vazby vznikajícím v raném dětství a vazbou v dospělosti. Na typ dětské vazby dospělého pacienta většinou usuzujeme pouze na základě sebesupozovacích škál a anamnestických údajů. Takto získané informace však mohou být výrazně zkreslené. Pokud by u dostatečně reprezentativního vzorku došlo k zevrubnějšímu zmapování vazebného chování od útlého věku až do prvního kontaktu s psychiatrií, bylo by možné identifikovat proměnné podílející se na změnách ve vnitřních pracovních modelech. Na tomto podkladě by pak mohl být vytvořen preventivní i terapeutický přístup doplňující současné léčebné možnosti. Výzkum vztahu mezi vazbou a OCD také komplikuje častá komorbidita OCD s depresivní poruchou. Výzkum zaměřený na pacienty s OCD bez přidružených diagnóz by mohl omezit vliv intervenujících proměnných souvisejících s depresivní symptomatologií. Vysoká míra komorbidit u této populace by však činila zobecnitelnost takto získaných výsledků velmi omezenou.

Závěry

Cílem tohoto přehledného článku bylo představit současný stav poznání týkající se vztahu mezi vazbou a obsedantně kompulzivní poruchou (OCD). Pokusili jsme se přiblížit vliv dětské a dospělé vazby na vznik a dynamiku OCD a to, jakým způsobem může vazba ovlivňovat léčbu této poruchy.

Nejistá citová vazba je u pacientů s OCD častá a prolíná se se základní OCD symptomatologií. Zabývání se attachmentem u pacientů s OCD může pomoci ke zlepšení terapeutických výsledků. Zejména strategie, které podporují pocity bezpečí, přijetí a ocenění v rámci terapeutického vztahu se v tomto světle její jako velmi důležité. Tento přehled poukazuje na potřebu dalšího výzkumu v oblasti OCD a připoutání v dětství.

LITERATURA

1. Fineberg NA, Hengartner MP, Bergbaum C, Gale T, Rössler W, Angst J. Remission of obsessive-compulsive disorders and syndromes: evidence from a prospective community cohort study over 30 years. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2013; 17(3): 179–187.

2. Kühne F, Ay DS, Marschner L, Weck F. The heterogeneous course of OCD – A scoping review on the variety of definitions. *Psychiatry Res.* 2020; 285: 112821.

3. American Psychiatric Association. *DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition.* Arlington 2013.

4. Grover S & Dutt A. Perceived burden and quality of life of caregivers in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2011; 65(5): 416–422.

5. Prasko J, Hruby R, Ociskova M, Holubova M, Latalova K, Marackova M, Grambal A, Sigmundova Z, Kasalova P, Vysko-

- cilová J. Unmet needs of the patients with obsessive-compulsive disorder. *Neuro Endocrinol Lett.* 2016; 37(5): 373–382.
6. Wu MS, Hamblin R, Nadeau J, Simmons J, Smith A, Wilson M, Eken S, Small B, Phares V, Storch EA. Quality of life and burden in caregivers of youth with obsessive-compulsive disorder presenting for intensive treatment. *Compr Psychiatry.* 2018; 80: 46–56.
 7. Skapinakis P, Politis S, Karampas A, Petrikis P, Mavreas V. Prevalence, comorbidity, quality of life and use of services of obsessive-compulsive disorder and subthreshold obsessive-compulsive symptoms in the general adult population of Greece. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2019; 23(3): 215–224.
 8. Sahoo P, Sethy RR, Ram D. Functional impairment and quality of life in patients with obsessive compulsive disorder. *Indian J Psychol Med.* 2017; 39(6): 760–765.
 9. Chaudhary RK, Kumar P, Mishra BP. Depression and risk of suicide in patients with obsessive-compulsive disorder: A hospital-based study. *Ind Psychiatry J.* 2016; 25(2): 166–170.
 10. Weingarden H, Renshaw KD, Wilhelm S, Tangney JP, DiMauro J. Anxiety and shame as risk factors for depression, suicidality, and functional impairment in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2016; 204(11): 832–839.
 11. Jacobson NC, Newman MG, Goldfried MR. Clinical feedback about empirically supported treatments for obsessive-compulsive disorder. *Behav Ther.* 2016; 47(1): 75–90.
 12. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry.* 2005; 62(6): 593–602.
 13. Bebbington PE. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry.* 1998; 173: 2–6.
 14. Horwath E & Weissman MM. The epidemiology and cross-national presentation of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America.* 2000; 23(3): 493–507.
 15. World Health Organization. Global burden of disease: A comprehensive assessment and morbidity from disease, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. New York: Author 1996.
 16. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry.* 1988; 45(12): 1094–1099.
 17. Rasmussen S & Eisen J. The epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America.* 1992; 15: 743–758.
 18. Sobin C, Blundell M, Weiller F, Gavigan C, Haiman C, Karayiorgou M. Phenotypic characteristics of obsessive-compulsive disorder ascertained in adulthood. *Journal of Psychiatric Research.* 1999; 33(3): 265–273.
 19. Angst J, Gamma A, Endrass J, Goodwin R, Ajdacic V, Eich D, Rossler W. Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: Prevalence, comorbidity, and course. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience.* 2004; 254(3): 156–164.
 19. Eisen JL, Goodman WK, Keller MB, Warshaw MG, DeMarco LM, Luce DD. Patterns of remission and relapse in obsessive-compulsive disorder: A 2-year prospective study. *J Clin Psychiatry.* 1999; 60: 346–351.
 20. Mikulincer M, Orbach I, Iavnieli D. Adult attachment style and affect regulation: Strategic variations in subjective self-other similarity. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1998; 75(2): 436–448.
 21. Butler A, Chapman J, Forman E, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review.* 2006; 26(1): 17–31.
 22. NICE. Obsessive-compulsive disorder: Evidence Update September 2013: A summary of selected new evidence relevant to NICE clinical guideline 31 'Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder' (2005) [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK).
 23. Gellatly J & Molloy C. Psychological interventions in obsessive compulsive disorder. *Nurs Stand.* 2014; 28(51): 51–59.
 24. Manjula M & Sudhir PM. New-wave behavioral therapies in obsessive-compulsive disorder: Moving toward integrated behavioral therapies. *Indian J Psychiatry.* 2019; 61(Suppl 1): S104–S113.
 25. Menchon JM, Bobes J, Alamo C, Alonso P, García-Portilla MP, Ibáñez Á, Real E, Bousño M, Saiz-Gonzalez MD, Saiz-Ruiz J. Pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder in adults: A clinical practice guideline based on the ADAP-TE methodology. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2019; 12(2): 77–91.
 26. Woody EZ, Hoffman KL, Szechtman H. Obsessive compulsive disorder (OCD): Current treatments and a framework for neurotherapeutic research. *Adv Pharmacol.* 2019; 86: 237–271.
 27. Szechtman H, Harvey BH, Woody EZ, Hoffman KL. The Psychopharmacology of Obsessive-Compulsive Disorder: A Preclinical Roadmap. *Pharmacol Rev.* 2020; 72(1): 80–151.
 28. Külz A, Barton B, Voderholzer U. [Third wave therapies of cognitive behavioral therapy for obsessive compulsive disorder: a reasonable add-on therapy for CBT? State of the Art]. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2016; 66(3–4): 106–111.
 29. Key BL, Rowa K, Bieling P, McCabe R, Pawluk EJ. Mindfulness-based cognitive therapy as an augmentation treatment for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Psychother.* 2017; 24(5): 1109–1120.

Další literatura u autora
a na www.psychiatriepropaxi.cz