

NÁHLED U OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHY

souborný článek

Karel Chromý

Psychiatrická léčebna Bohnice,
Praha

Kontaktní adresa:

prof. MUDr. Karel Chromý, CSc.
Ústavní 91
181 02 Praha 8
e-mail: karel.chromy@plbohnice.cz

SOUHRN

Chromý K. Náhled u obsedantně-kompulzivní poruchy

Obsedantně-kompulzivní porucha je v domácí literatuře líčena jako porucha s náhledem. Je to v rozporu s četnými zahraničními poznatky o významné proporcii pacientů, kteří nemají dobrý nebo žádný náhled, tj. nejenže nevyhledávají léčbu, ale zcela jim chybí pocit vlastního zdravotního problému. Interpretace vyhýbání se nebo pozdního vyhledání léčby těmito pacienty a přisouvání pozdní léčby výhradně obavě ze stigmatizace musí napříště s častým chyběním náhledu počítat. Zhruba čtvrtina obsedantů v populaci nemá náhled. Je pravděpodobné, že představují svéráznou podskupinu heterogenní obsedantně-kompulzivní poruchy.

Klíčová slova: obsedantně-kompulzivní porucha, náhled, dělení obsedantně-kompulzivní poruchy, hodnocení náhledu.

SUMMARY

Chromý K. Insight in obsessive-compulsive disorder

In the home literature the obsessive-compulsive disorder has been described as comprising full insight. This is in contrast with the numerous findings abroad concerning the substantial proportion of patients having poor or no insight, e.g. seeking no help and not feeling any health problem. In future the explaining the avoidance of the patients and their late help-seeking solely by their fear of the stigmatization must include also their frequent absence of insight. Fourth part of the people suffering from the obsessive-compulsive disorder are probably lacking insight. It seems they represent a special subgroup of the heterogenous obsessive-compulsive disorder.

Key words: Obsessive-compulsive disorder, insight, subgroup of obsessive-compulsive disorder, assessment of insight.

ÚVOD

Obsedantně-kompulzivní porucha (dále OCD) je v 10. revizi Mezinárodní statistické klasifikace zařazena pod záhlavím neurotických, stresových a somatoformních poruch, což navazuje na někdejší koncept obsedantní neurózy. Otázka náhledu nebývala u neuróz sporným bodem, u takto postižených se předpokládá vždy dobrý

náhled. V tomto duchu jsou koncipovány i statě o OCD v domácích učebnicích – postižený si uvědomuje nesmyslnost svých nutkání a brání se jim, vtíravé fenomény jsou ego-dystonní,^{1,2} stejný obsah mají i jiné publikace zabývající se OCD. Pouze E. Malá naznačuje mezi řádky, že části dětských a dorostových pacientů s OCD náhled chybí.³

Čtenáři jsou tedy dosud v otázce náhledu u OCD větší-
nou informováni v rozporu s poznatky publikovanými
od 80. let minulého století.

HISTORIE PROBLÉMU

Ze třetí revize DSM (1980) mizí u nově pojmenované obse-
dantně-kompulzivní poruchy požadavek na přítomnost
dobrého náhledu. Objevují se zjištění, že u OCD existuje
kontinuum náhledu,⁴ tedy že se vedle pacientů s náhle-
dem dobrým vyskytují i jedinci s náhledem horším nebo
žádným. Znamená to, že jsou obsedanti, kteří nejen nepo-
važují intruzivní myšlenky a repetitivní jednání za cizí
vlastnímu já, ale naopak hodnotí své vtíravé myšlenky
a kompulze jako přiměřené a rozumné. (Podle autorových
zkušeností tito pacienti dokonce negativně hodnotí chová-
ní nepostiženého okolí, které je dle jejich měřítek nepořá-
dné, nečisté, nezodpovědné atd.). Objevila se i potřeba tyto
„ego-syntonní obsese“ nově pojmenovat pro jejich blízkost
bludům, a to nejčastěji jako přečeňované myšlenky (over-
valued ideas). Přečeňovaná myšlenka není ego-dystonní,
dominuje v životě postiženého a je čímsi mezi obsesí a blu-
dem.^{5,6,7} V naší literatuře je snad označována za ovládací.⁸

V DSM-III-R (1987) byl zaveden u OCD specifický
„se špatným náhledem“, což dovolovalo diagnosticky vyja-
dřovat přítomnost nebo absenci pacientova přesvědčení
o opodstatněnosti a rozumnosti vlastních obsesí a kom-
pulzí (nikoli přitom zařazovat pacienty s přesvědčeními
kvality bludu). Dnes je i toto řešení považováno za nedo-
statečné, protože zachází s náhledem jako s kategoriální
veličinou (buď je, nebo není), ač jeho povaha je kontinuál-
ní (vyskytuje se v různých plynulých stupních).^{6,9,10,11}

DEFINICE NÁHLEDU

Náhledem se rozumí způsob vysvětlování symptomů,
uvědomování si nenormálnosti a nepřijatelnosti vlastních
pocitů a jednání.¹² Dosavadní klasifikace zacházejí s ná-
hledem jako s kategoriální veličinou – buď je, nebo není,
zatímco klinické zkušenosti zjišťují kontinuálnost, tedy
různé stupně náhledu mezi extrémy, tj. mezi dokonalým
náhledem a jeho absolutní absencí, a to nejen u OCD,
ale i u hypochondrické poruchy, poruch příjmu potravy
a tělesné dysmorfické poruchy.^{9,13} Absenci náhledu lze
shledat jako jediný psychotický příznak u této skupiny
poruch.¹⁴ Zjištění kontinua přesvědčení se odráží ve zmí-
něném operování pojmem přečeňovaných myšlenek
jako s něčím mezi obsesí a bludem,^{5,15} nebo uvažováním
o sporné pozici OCD mezi neurotickými a psychotickými
poruchami.¹⁶ Přečeňované myšlenky jsou Wernickeovým
pojmem – ovládají život postiženého, mají silný emoční
náboj, proti bludu postiženého více rozpoznávají konkurující
náhledy a zabývají se jimi.^{7,11,17}

MĚŘENÍ NÁHLEDU

Protože je mezi odborníky shoda, že detailnější vyjad-
řování stupně náhledu má význam pro popis klinického

obrazu u jednotlivých pacientů zejména k výzkumným
účelům, používají se stupnicové metody.

Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)
je mezi zainteresovanými psychiatry dobře známá
stupnice k měření tíže a dynamiky OCD, resp. obse-
sí a kompulzí. Yale ani Brown nejsou autoři této škály,
ale dávní mecenáši univerzit, kde autoři stupnice prac-
ovali.¹⁸ Mimo dvě často užívané pětipoložkové části pro
bodování obsesí a kompulzí lékařem na základě sezna-
mu (Y-BOCS Symptom Checklist) byly k výzkumným
účelům přidány statisticky neověřené další položky, mj.
náhled. Hodnotí se opět pěti stupni (od „normální“ nuly
k naprosté absenci náhledu – 4 body), ale počet se neza-
počítává do celkového skóre obsesí ani kompulzí. Hod-
nocení náhledu podle této jedenácté položky Y-BOCS
bývá výzkumně využíváno,^{19,20,21,22,23} ale vadit může přece
jen dosti vágní definice stupňů (nepřítomný – lehký –
střední – těžký – extrémní).

Nevýhodu Y-BOCS při hodnocení náhledu má odstra-
nit „**Brownovská stupnice pro hodnocení přesvědče-
ní**“ (Brown Assessment of Beliefs Scale, BABS).⁹ Škála
má základních šest položek: 1) míra přesvědčení subjektu
o správnosti vlastního přesvědčení, 2) schopnost vnímá-
ní odlišných názorů okolí, 3) výklad odlišných názorů
okolí, 4) vývratnost vlastních názorů, 5) ochota uvažovat
o nesprávnosti vlastních přesvědčení a 6) míra existence
psychologicko-psychiatrického výkladu u subjektu (ná-
hled v užším slova smyslu). Fakultativní sedmou neza-
počítávanou položkou je vztahovačnost, která přichází
v úvahu u jiných poruch než OCD, u nichž byla stupnice
s úspěchem rovněž použita. Stupnici aplikuje pozorovatel
za použití pěti stupňů patologie u všech položek. Za blud-
nou se porucha považuje při skóre 4 v první položce
(naprostá jistota subjektu o správnosti) a celkovém skóre
nejméně 18 bodů.^{9,24}

VÝSKYT ŠPATNÉHO NÁHLEDU

V jednom z posledních šetření (2010) byla v populaci
v USA zjištěna celoživotní prevalence OCD u 2,3 % oby-
vatel, prevalence subsyndromálních (podprahových)
forem u 28,2 % lidí, přičemž náhled evidován nebyl.²⁵ Jeho
frekvence je alespoň zachycena v řadě klinických souborů.
Špatný nebo chybějící náhled je doložen u 15–36 %
pacientů.^{19,21,22,26,27,28} Soudí se, že náhled silně ovlivňuje
vyhledání pomoci.¹² Lze tedy předpokládat, že v klinických
souborech jsou lidé se špatným náhledem zastoupeni
nedostatečně.

NÁHLED A KLINICKÉ OTÁZKY

Přítomnost špatného náhledu lze častěji očekávat u pa-
cientů s komorbidní schizotypní a tělesnou dysmorfic-
kou poruchou,^{12,29} u agresivních, náboženských, tělesných
a hromadících obsesí,^{19,30} u vleklého průběhu a při rodin-
ném výskytu OCD a schizofrenních poruch.^{31,32}

Zkoumání vztahu mezi kvalitou náhledu a tíží obsesí
a kompulzí (hodnocenou skórem Y-BOCS) vedlo k roz-
porným výsledkům: někteří odborníci zaznamenali pozi-

tivní korelaci,^{27,28,29} jiní pozitivní korelaci popírají^{21,24} nebo připouštějí pouze pozitivní vztah špatného náhledu a skóre pro samotné kompulze.³¹ Není tedy prokázáno, že by se špatný náhled vyskytoval pravidelně spolu s těžkými obsesemi a kompulzemi.

Jinak ovšem nelze korelace špatného náhledu popírat: špatný náhled bývá spojen s časnějším začátkem poruchy,^{27,28,32} s výraznějšími depresivními příznaky,^{12,23,26,28} s hloubkou kognitivního deficitu – odpovídá schizofrennímu postižení,^{5,33} s alexitýmií,¹⁹ frekvencí zobrazovaných mozkových abnormit,³⁴ velikostí pacientova funkčního postižení i zasažení rodiny.^{19,22,32,35}

Prognóza obvyklé léčby (SRI, KBT) je u pacientů se špatným náhledem popisována buď jako horší a vyžadující augmentaci SRI antipsychotikem,^{27,28} nebo naopak shodná jako u dobrého náhledu a náhled sám je považován za ovlivnitelný léčbou.^{22,26} Skóre BABS při léčbě sleduje zlepšování v Y-BOCS.²⁴

BUDOUCNOST KLASIFIKACE

Současná kritéria obsedantně-kompulzivní poruchy se nepovažují z řady důvodů za vyhovující a navrhuje se četné změny. Pokud jde o náhled, mají budoucí kritéria

umožňovat klasifikování pacientů s kontinuálním spektrem eventualit náhledu včetně jeho úplné absence.^{10,13}

ZÁVĚR

Obsedantně-kompulzivní poruchu (podobně jako poruchu hypochondrickou, tělesně dysmorfickou a poruchu příjmu potravy) nelze již na základě mnohaletých zahraničních poznatků i domácích zkušeností pojímat jako poruchu zásadně s plným náhledem. Náhled u těchto poruch kolísá plynule od pacienta k pacientovi nebo i v průběhu času u téhož pacienta od náhledu dobrého přes špatný až k vůbec žádnému. Pacienti bez náhledu nevnímají obsese ani kompulze jako ego-dystonní, ale jako opodstatněné a racionální myšlenky a činy, necítí u sebe jakýkoli zdravotní problém a nevyhledávají kvůli němu léčbu. Mohou se ovšem ocitnout v psychiatrické péči kvůli nejrůznějším komorbiditám a úplná diagnóza a účinná léčba u nich vyžaduje pozorné vyšetření i sledování.

PODĚKOVÁNÍ

Tato práce vznikla s podporou řed. MUDr. Martina Hollého a MUDr. Ivana Davida, CSC.

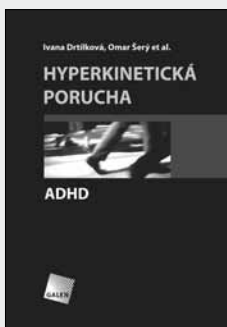
LITERATURA

- Kosová J. Obsedantně kompulzivní porucha. In: Höschl C, Libiger J, Švestka J (eds.). *Psychiatrie*. Praha: Tigis; 2002: 497.
- Raboch J. Obsedantně kompulzivní porucha. In: Raboch J, Zvolský P (eds.). *Psychiatrie*. Praha: Galén; 2001: 290.
- Malá E. Obsedantně kompulzivní porucha. In: Hort V, Hrdlička M, Kocourková J, Malá E et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál; 2008: 231.
- Insel TR, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features. *Am J Psychiatry*, 143, 1986: 1527–1533.
- Kitis A, Akdede BB, Alptekin, K, Akvardar Y, Arkar H, Erol A, Kaya N. Cognitive dysfunctions in patients with obsessive-compulsive disorder compared to the patients with schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2007; 31: 254–261.
- Kozak MJ, Foa EB. Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1994; 32: 343–353.
- McKenna PJ. Disorders with overvalued ideas. *Br J Psychiatry* 1984; 145: 579–585.
- Horáček J, Švestka J. Poruchy myšlení. In: Höschl C, Libiger J, Švestka J. *Psychiatrie*. Praha: Tigis; 2002: 319.
- Eisen JL, Phillips KA, Baer L, Beer DA, Atala KD, Rasmussen SA. The Brown Assessment of Beliefs Scale. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 102–108.
- Leckman JF, Denys D, Simpson HB, Mataix-Cols D, Hollander E, Saxena S, Miguel EC, Rauch SL, Goodman WK, Phillips KA, Stein DJ. Obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 2010; 27: 507–527.
- Palomo Nicolau AL, Alcoverro Fortuny O, Hurtado Ruiz G, Guerrero Pedraza A. Thought disorders in obsessive-compulsive disorder. *Actas Esp Psiquiatr* 2003; 31: 100–102.
- Nakata AC, Diniz JB, Torres AR, De Mathis MA, Fosaluza V, Braganças CA, Ferrão Y, Miguel EC. Level of insight and clinical features of obsessive-compulsive disorder with and without body dysmorphic disorder. *CNS Spectrums* 2007; 12: 295–303.
- Van der Zwaard R, de Leeuw AS, van der Dael F, Knook LM. With psychotic features? *Tijdschr Psychiatr* 2006; 48: 461–466.
- Eisen JL, Rasmussen SA. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features. *J Clin Psychiatry* 1993; 54: 373–379.
- Neziröglü F, Stevens KP, McKay D, Yaryura-Tobias JA. Predictive validity of the Overvalued Ideas Scale. *Behav Res Ther* 2001; 39: 745–756.
- Khess RJC, Das J, Parial A, Kpothari S, Joseph T. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features. *Hong Kong J Psychiatry* 1999; 9: 21–25.
- Mullen R, Linscott RJ. A comparison of delusions and overvalued ideas. *J Nerv Ment Dis* 2010; 198: 35–38.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RN, Hill CL, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive-compulsive scale. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 48: 1006–1011.
- De Berardis D, Campanella D, Gambi F, Sepede G, Salini G, Carano A, La Rovere R, Pelusi L, Penna L, Ciccone A, Cotellera C, Salerno RM, Ferro FM. Insight and alexithymia in adult outpatients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 255: 350–358.
- De Berardis D, Campanella D, Serroni N, Gambi F, Carrano A, La Rovere R, Nardella E, Pizzorno AM, Cotellera C, Salerno RM, Ferro FM. Insight and perceived expressed emotion among adult outpatients with obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Pract* 2008; 14: 154–159.
- Marazziti D, Dell'Osso L, Di Nasso E, Pfanner C, Presta S, Mungai F, Cassano GB. Insight in obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry* 2002; 17: 407–410.
- Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, Oya K, Iwasaki Y, Koshimune K, Miyata A,

- Stein DJ. Obsessive-compulsive disorder with poor insight. *Compr Psychiatry* 2002; 43: 150–157.
23. Türksöy N, Tükel R, Ozdemir O, Kartali A. Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2002; 16: 413–423.
24. Eisen JL, Rasmussen SA, Phillips KA, Price LH, Davidson J, Lydiard RB, Ninan P, Piggot T. Insight and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2001; 42: 494–497.
25. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry* 2010; 15: 53–63.
26. Alonso O, Menchón JM, Segalàs C, Jaurrieta N, Jiménez-Murcia S, Cardoner N, Labad J, Real E, Pertusa A, Vallejo J. Clinical implications of insight assessment in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2008; 49: 305–312.
27. Catapano F, Perris F, Fabrazzo M, Cioffi V, Giacco D, De Santis V, Maj M. Obsessive-compulsive disorder with poor insight. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2010; 34: 323–330.
28. Ravi Kishore V, Samar R, Janardhan Reddy YC, Chandrasekhar CR, Thenarasu K. Clinical characteristics and treatment response in poor and good insight obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry* 2004; 19: 202–208.
29. Catapano F, Sperandeo R, Perris F, Lanzaro M, Maj M. Insight and resistance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology* 2001; 34: 62–68.
30. Tolin DF, Abramowitz JS, Kozak MJ, Foa EB. Fixity of belief, perceptual aberration, and magical ideation in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2001; 15: 501–510.
31. Bellino S, Patria L, Ziero S, Bogetto F. Clinical picture of obsessive-compulsive disorder with poor insight. *Psychiatry Res* 2005; 136: 223–231.
32. Lewin AB, Lindsey Bergman R, Peris TS, Chang S, McCracken JT, Piacentini J. Correlates of insight among youth with obsessive-compulsive disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 2010; 51: 603–611.
33. Tumkaya S, Karadag F, Oguzhanoglu NK, Tekkanat C, Varma G, Ozdel O, Atesci F. Schizophrenia with obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive disorder with poor insight. *Psychiatry Res* 2009; 30: 38–46.
34. Aigner M, Zitterl W, Prayer D, Demal U, Bach M, Prayer L, Stompe T, Lenz G. Magnetic resonance imaging in patients with obsessive-compulsive disorder with good versus poor insight. *Psychiatry Res* 2005; 140: 173–179.
35. Storch EA, Milsom VA, Merlo LJ, Larson M, Geffken GR, Jacob ML, Murphy TK, Goodman WK. Insight in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2008; 160: 212–220.

Ivana Drtílková, Omar Šerý et al.

HYPERKINETICKÁ PORUCHA / ADHD



Publikace podává ucelený přehled současných poznatků o hyperkinetické poruše, které byla v posledních letech v odborné literatuře věnována mimořádná pozornost. Na jedné straně nové poznatky z oblasti neurovědy a genetiky umožnily specialistům lépe porozumět příčinám tohoto onemocnění, na druhé straně se však problematika stala složitější a méně srozumitelnou pro všechny, kdo nejsou přímo odborníky v dané oblasti. Kolektiv autorů z dětského oddělení Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice Brno zpracoval problematiku hyperkinetické poruchy způsobem, který je přínosný pro odbornou veřejnost a současně může oslovit i laiky – zejména rodiče hyperkinetických dětí.

Monografie je rozdělena na dvě části: větší díl obsahuje kapitoly určené odborníkům (klasifikace, etiopatogeneze, genetika, biologické příčiny hyperkinetické poruchy,

metody klinického a psychologického vyšetření, diagnostika, diferenciální diagnostika, výskyt komorbidních poruch, průběh hyperkinetické poruchy od dětství do dospělosti, farmakoterapie, psychoterapie); odbornou část doplňuje samostatná příloha vhodná zejména pro rodiče a vychovatele, která pojednává o hyperkinetické poruše u dětí formou otázek a odpovědí. Vedle přehledu současných znalostí je záměrem monografie také zdůvodnit potřebu komplexního, multimodálního terapeutického přístupu k léčbě hyperkinetické poruchy – použitím moderní farmakoterapie společně se specifickými výchovnými a psychoterapeutickými metodami.

Publikace je určena především psychiatrům a klinickým psychologům, ale přínosná bude i pro další odborníky, kteří se s problematikou hyperkinetické poruchy ve své praxi setkávají (pediatři, pedagogové, neurologové).

390 Kč, Galén, 2007, 268 s. – první vydání, 155 × 225 mm, brožované, černobíle

Objednávky: Galén, Na Bělidle 34, 150 00 Praha 5, tel. 257 326 178, fax 257 326 170, e-mail: objednavky@galen.cz
 Přímý prodej: Zdravotnická literatura, Lipová 6, 120 00 Praha 2, tel. 224 923 115