

PERSPEKTIVY DĚLENÍ OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHY

souborný článek

Karel Chromý

Psychiatrická léčebna Bohnice,
Praha

Kontaktní adresa:

prof. MUDr. Karel Chromý, CSc.
Psychiatrická léčebna Bohnice
Ústavní 91
181 02 Praha 8
e-mail: chromyk@quick.cz

SOUHRN

Chromý K. Perspektivy dělení obsedantně-kompulzivní poruchy

Dosavadní znalosti o obsedantně-kompulzivní poruše vzbuzují pochybnost o její homogenitě. V příštích revizích klasifikací lze předpokládat rozdělení poruchy do subtypů na základě četných faktorových analýz klinických souborů, pravděpodobně nejméně do čtyř variant. Může to urychlit další výzkum i péči o tyto pacienty.

Klíčová slova: obsedantně-kompulzivní porucha, klasifikace, dělení, dimenze, faktorová analýza.

SUMMARY

Chromý K. Perspectives of the subdivision of obsessive-compulsive disorder

The current knowledge of obsessive-compulsive disorder rises doubt about its homogeneity. In the next revisions of classifications of mental disorders a subdivision of the disorder according to numerous factor-analytic studies can be expected presumably at least into four subgroups. It can ameliorate next research and care of patients.

Key words: obsessive-compulsive disorder, classification, subdivision, dimensions, factor analysis.

ÚVOD

V současných verzích hlavních klasifikací duševních poruch (MSK-10 a DSM-IV) je obsedantně-kompulzivní porucha (dále jen „porucha“) pojata jako jednotná položka (bez dalšího třídění na přesně definované subtypy), což je v rozporu s velkou odlišností jednotlivých pacientů po stránce klinické, neuropsychologické, neurobiologické i dalších. Také pokrok výzkumu poruchy byl donedávna brzděn protichůdnými výsledky vyplývajícími z nehomogeneity patientských souborů. Nejméně od 90. let 20. století se

projevují snahy rozdělit tuto poruchu do homogennějších subtypů^{1,2} a pro pátou verzi DSM se již rozdělení poruchy předpokládá.³ Z dosavadních nálezů je jasné, že základní subtypy nebudou mít kategoriální povahu (buď příslušnost k jednomu, nebo druhému subtypu), ale charakter dimenzní (půjde o převažování určitého seskupení příznaků u daného pacienta).⁴ Další dělení pacientů roztríděných dle dimenzí kategoriální charakter mít může (s tiky nebo bez nich, s časným nebo pozdním začátkem aj.).¹

METODIKA HLEDÁNÍ SUBTYPŮ

Východiskem řešení bývá kompletní inventura všech minulých a přítomných obsesí a kompulzí ve velkých patientských souborech. Inventura se u jednotlivých pacientů provádí standardizovaným způsobem, tj. pomocí ověřených dotazníků, resp. seznamu příznaků. Nejčastějším prostředkem bývá Y-BOCS-SC (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale – Symptom Checklist). Jde o součást u nás dobře známé a užívané škály Y-BOCS (u nás ji dávno popularizovali např. Maršálek a Praško et al.) k hodnocení intenzity, dynamiky a interference obsesí a kompulzí. Škála byla vytvořena pracovníky Yaleovy a Brownovy univerzity v čele s W. K. Goodmanem (1989) a součástí je seznam obsesí a kompulzí seřazených do třinácti typů. Posouzením zastoupení jednotlivých položek seznamu (Symptom Checklistu) může odborník u pacienta zjistit převažující dimenzi, např. vtíravé obavy ze znečištění s kompulzivním mytím, tedy ho identifikovat jako tzv. čističe.

Hlavní využití přinesl zmíněný seznam pro statistické zpracování velkých patientských souborů technikou analýzy základních komponent, faktorovou analýzou, příp. dalšími statistickými postupy.

Sběr dat je zdokonalen později používáním dimenzní škály (Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale),⁵ což je opět seznam příznaků, tentokrát však seřazený do šesti skupin (dimenzí) a umožňující hodnotit pacientem i odborníkem tíži každé dimenze, frekvenci, dynamiku a interferenci příznaků. Méně často se k stanovení dimenzí používá Padovský,⁶ Vancouverský⁷ nebo OCI dotazník (Obsessive-Compulsive Inventory),⁸ které jsou vyplňované samotným pacientem.

VÝVOJ VÝSLEDKŮ

Od počátku 90. let bylo prozkoumáno pomocí některého ze zmíněných nástrojů mnoho patientských souborů v různých částech světa bohužel s rozdílnými závěry, a to i co do celkového počtu zjištěných dimenzí (od tří až do šesti).

Průzkumy se shodují ve zjištění tří faktorů (dimenzí),^{6,9} a to: 1) obsesí týkajících se znečištění (kontaminace) spolu s čisticími (mycími) kompulzemi, 2) obsesí ohledně (ne) symetrie, výstižněji pocitu nesprávného uspořádání spolu s aranžovacími, počítacími a opakovacími kompulzemi, 3) obsesí a kompulzí hromadících.

Menší shoda je v případných dalších dimenzích, protože jednotlivé analýzy shledávají ve svých souborech rozdílné faktory. Tak např. byl zjištěn faktor (dimenze) somatické, sexuální a agresivní obsese plus počítání,⁹ jindy tytéž obsese spojené s kontrolováním.^{2,6,10} Pozice kontrolovacích kompulzí zůstává až dosud – přes jejich převažování mezi všemi kompulzemi¹¹ – nejasná: Máme-li před sebou jasného „kontrolora“, neznáme automaticky povahu jeho obsesí – kontrolování je motivačně heterogenní.¹² U kontrolora může jít např. o obsese zahrnované pod termín „vysoké hodnocení rizika“ = „škodní“ („nezhasl jsem, vyhoří dům“)⁶ nebo „pochybovací“ („zamkla jsem skutečně?“) či kontaminační („lidé mě v metru opět znečistili nosním sekretem“).¹³

Pojem „pochybovací“ připomíná Janetův pojem „folie du doute“ (1903) coby součást jeho taxonomie vedle „folie d'incomplétude“ – chorobného prožitku neúplnosti,^{14,15} některými dnes označovaného za nikoli myšlenkový, ale senzorický (zrakový) fenomén.¹⁵ Bývá popisován obratem „not just right feeling“ přeložitelným snad nejlépe jako „pocit ne úplně správného stavu“, nedokonalosti, líčeného aranžéry jako zdroj stálého neklidu a jako popud k nekonečným kompulzivním úpravám (k neproduktivnímu časově náročnému tékání, nesmyslnému „zdokonalujícímu“ kutění, tudíž k typickým časovým skluzům).

V části studií se vynořují faktory další, např. tabuizované myšlenky (agresivní – zahrnující i potenciální škodu, způsobenou subjektem, sexuální a náboženské),^{10,12} pověry,¹⁶ impulzy se strachem ze ztráty sebekontroly, ruminace⁶ jako předpokládané další taxonomické skupiny. Pro tuto nejasnost se pokoušeli někteří pracovat jen s „jasnými“ dimenzemi „myčí“, „aranžéři“, „myčí i aranžéři“ a „nemyčí a nearanžéři“.¹⁷

Metaanalýza faktorově analytických studií celkem pěti tisíc pacientů¹⁰ se přiklání ke čtyřdimenznímu obecněji přijímanému řešení.¹⁸

- 1) symetrie (obsese ohledně uspořádání + kompulze opakovací, počítací a aranžovací), „aranžéři“,
- 2) tabuizované („škodní“) myšlenky (= agresivní, sexuální, náboženské a somatické obsese a kontrolovací kompulze), „kontroloři“,
- 3) čištění (kontaminační obsese a čisticí kompulze), „čističi“,
- 4) hromadění (hromadící obsese a kompulzivní hromadění), „hromadiči“.

Při jakémkoli používání je třeba dimenze chápat jako navzájem se překrývající konstrukty⁴ dovolující zařadit podle převládající symptomatiky jen asi tři čtvrtiny pacientů,¹⁹ přičemž nejčastější dimenze jsou čističi a kontroloři. O něco více čističek je mezi ženami, o něco více aranžérů mezi muži.^{20,21}

Pozice hromadění je poněkud zpochybňována nejen chyběním této dimenze v některých analýzách,⁶ ale i spojením hromadění s obsesemi o symetrii.^{16,22,23} Argumentuje se pro zařazení této poruchy do budoucího obsedantně-kompulzivního spektra v klasifikaci, ale mimo obsedantně-kompulzivní poruchu.³

Navíc i při případné shodě v názoru na dimenze není ustálená terminologie: někdy je zjištěná dimenze vystihována převládající obsesí (např. tabuizované myšlenky), jindy nejnápadnější kompulzí (např. „umývač“), tedy způsobem, který je preferován v tomto sdělení, ovšem s vědomím absence adekvátního označení mentálních (nemotorických) kompulzí, např. odčiňujících modliteb po rouhavých myšlenkách. U této části pacientů pro dorozumění nezbyvá než odkaz na tabuizované myšlenky.

Příkladem snad méně známých, ale ve skutečnosti častých somatických obsesí je vtíravý strach z povolení pánevních sfinkterů, který je zvládnut kompulzivním vyprazdňováním – kontrolováním obsahu vyměšovacích orgánů, plenami a omezením pohybu na veřejnosti (tj. vyhýbáním).

STABILITA DIMENZÍ

Předpoklad, že určité seskupení příznaků bude mít u pacienta určitou časovou stálost, je jedním z argumentů pro zavedení do praxe. Protože se soudí, že podstatná část pacientů má příznaky od dětského věku, byly zkoumány popsány metodami (ovšem dětskou verzí škály) dimenze u postižených dětí. Většina nálezů mluví pro existenci stejných dimenzí u dětí i dospělých^{4,9,14,25} ojedinele zjištěny dimenze odlišné.²⁶ V dětském věku jsou dimenze méně časově stabilní než v dospělosti (např. čištění se vytrácí), ale zřídka lze zaznamenat vystřídaní dimenze.⁹ Mezi postiženými chlapci je více s tabuizovanými (sexuálními) myšlenkami, mezi děvčaty více hromadiček,²⁵ čističů je v dětství relativně méně než u dospělých.²⁷

Další otázkou je změna dimenze od dětského věku do dospělosti u téhož jedince: i zde nalezena stabilita.^{9,14,26,28} Pokud porucha přetrvá do dospělosti, podrží zpravidla subtyp vzniklý v dětství.

Také stabilita dimenze v dospělosti byla sledována, a to včetně změn navozených jakoukoli léčbou. Opět se ukázala stálost dimenze u daného jedince, změny se týkaly tíže příznaků, nikoli jejich převažujícího seskupení.^{24,28,29,30}

DIMENZE A OKOLNOSTI VÝSKYTU PORUCHY

Dospělí hromadiči zmiňují malou rodičovskou vřelost v dětství.³¹ V rodinách se u více členů opakuje především kontrolování³² a hromadění,³³ totéž u sourozenců.³⁴ Aranžující matka představuje riziko výskytu jakékoli dimenze poruchy u dcery.³⁵ Genetické vlivy byly zjištěny u čističů, kontrolorů i aranžérů.^{16,36}

Čističky často udávají začátek poruchy v perinatálním období,³⁷ muži-aranžéři a kontroloři udávají začátek časněji než ostatní.^{38,39} Na stres navazuje v pozdějším věku zpravidla vznik čištění.⁴⁰

Dimenze mají souvislost s dysfunkčními myšlenkami zdůrazňovanými kognitivním modelem poruchy: nadměrná zodpovědnost a přeceňování nebezpečí má souvislost s čištěním, perfekcionismus a intolerance nejistoty s aranžováním, přesvědčení o významu myšlenek a jejich kontroly předpovídá tabuizované myšlenky a konečně dysfunkční přesvědčení o zodpovědnosti za škody předchází obraz kontrolora.⁴¹

Dimenze a klinický obraz

V dětském věku byly sexuální obsese (dimenze tabuizovaných myšlenek) častější u chlapců, hromadění u děvčat. V tomto věku zahrnuje hromadící dimenze i pomalost, nerozhodnost, nadměrnou zodpovědnost a nejistotu, což výrazně omezuje fungování dětí.⁴²

V dospělosti se sexuální obsese vyskytují stejně často u obou pohlaví, a to u čtvrtiny pacientů, často ve spojení s náboženskými a agresivními a s časným začátkem poruchy.^{19,44} Dospělí aranžéři a hromadiči obou pohlaví mají celkově těžší obraz a horší fungování včetně špatného náhledu.^{19,45}

Suicidální myšlenky se vyskytují během života u třetiny pacientů, pokus u jedné desetiny. K suicidalitě disponuje (mimo některé komorbidity) přítomnost dimenze tabuizovaných (náboženských a sexuálních) myšlenek.⁴⁶

Zhoršená kvalita života i fungování bývá zjišťováno u všech pacientů, zejména pak s dimenzemi hromadění a aranžování,^{19,47} hůře fungují i lidé se subklinickým obrazem.¹⁴

Dimenze a komorbidita

Přítomnost další poruchy je považována po dimenzích za další možné subklasifikační kritérium poruchy, tentokrát kategoriálního charakteru (další porucha přítomna je nebo není).^{2,4,48} Čtvrtina až třetina obsedantů trpí i odpovídající (resp. anankastickou) poruchou osobnosti, což představuje těžší postižení.^{49,50} Nejčastější komorbidity jsou deprese a úzkostné poruchy, případně onipování.²⁰

Kontroloři mívají navíc nejčastěji úzkostnou, depresivní nebo bipolární afektivní poruchu, aranžéři ADHD, tikovou, bipolární afektivní nebo panickou poruchu či užívání alkoholu a čističi poruchy příjmu potravy.^{2,34,38,48,51} U hromadičů se uvádí jako komplikující také úzkost a porucha osobnosti(2).

Dimenze a další nálezy

Odpovídající anatomické a fyziologické nálezy by představovaly významnou podporu navrhované subklasifikace. Tíže nediferencované poruchy koreluje s deficitem šedé hmoty v zadní prefrontální kůře zejména vlevo a jejím nadbytkem v diencefalu, zatímco je objem bílé hmoty snížen oboustranně prefrontálně, v dalších nálezech se liší mycí od hromadičů i aranžérů (voxelová analýza nebo fMRI),^{52,53} přičemž se nálezy u dětí nekryjí zcela s nálezy u dospělých.⁵⁴ Ve snaze shrnout poněkud nepřehledné poznatky se v literárním přehledu uvádí, že je mycí dimenze spojená se strukturami emoční kontroly (orbitofrontální a přední cingulární kůra, amygdala a inzula), dimenze tabuizovaných myšlenek se strukturami kognitivní kontroly (bazální ganglia a přední cingulární kůra) a hromadící faktor s rozhodovacími strukturami (ventromediální část orbitofrontální kůry a dorzolaterální prefrontální kůra).⁵⁵ Dimenze se částečně v anatomických korelátech liší, částečně překrývají.⁵³ Funkční magnetická rezonance při provokaci čištění a aranžování zjistila sníženou aktivitu v oblastech emočního a kognitivního zpracování a motorických výkonů, přičemž se nálezy u dětí a adolescentů poněkud lišily od dospělých.⁵⁴ (Nález snížené aktivity při provokačních pokusech zdánlivě kontrastuje s tradovanou patofyziologickou hypotézou, že obsedanti mají ve frontotalamostriálních okruzích aktivitu zvýšenou.)²

Výzkum neuropsychologických funkcí se může opírat o nálezy nejrůznějších deficitů u celé skupiny pacientů.² Čističi měli výsledky relativně dobré, kontroloři mají horší exekutivní funkce a aranžéři i logickou paměť.^{56,57} Hromadiči mívají výraznou poruchu strategického plánování,⁵⁸ ale podstatou jejich poruchy může být deficit pozornosti podobný ADHD.⁵⁹

Dimenze, léčba a prognóza

Spouštěčem vyhledání pomoci (obvykle velmi pozdní) je jednak přítomnost tabuizovaných myšlenek, jednak komorbidní úzkost a deprese.¹⁴

Terapeutické odpovědi podle dimenzí byly sledovány u obou základních léčeb – (kognitivně)-behaviorální i farmakoterapie (SRI). Behaviorální terapie (expozice a zábrana odpovědi) funguje dobře u čističů a aranžérů, hůře u hromadičů a kontrolorů.^{60–62} Při rodinné kognitivně-behaviorální terapii byla dokonce zjištěna dobrá odezva jedinců s agresivními obsesemi a kontrolovacími kompulzemi.⁶³ Nejlepším prediktorem výsledku je původní tíže poruchy.⁶⁰

Při léčbě SRI (klomipramin nebo SSRI) byla shledána pozitivní odpověď zejména u pacientů s dimenzí tabuizovaných myšlenek a škodných obsesí spojených s kontrolováním,⁶⁴ horší u čističů, hromadičů a aranžérů, což je přičítáno patogenetické spoluúčasti dopaminového systému u těchto dimenzí.^{2,5,23} (O zkoumání obvyklých augmentací SRI léčby nejsou vzhledem k dimenzím zatím zprávy.)

Přestože zatím platí, že ke zjištěnému subtypu poruchy nelze jednoznačně přiřadit specifickou léčbu,⁶² zdá se, že např. čističi a aranžéři by měli být více povzbuzováni k absolvování kognitivně-behaviorální léčby coby k úspěšnější alternativě. Slabší odezva hromadičů na oba typy léčby trochu ztrácí na praktickém významu vzhledem k jejich převažujícímu chybění náhledu a tím i vyhýbání se jak pomoci, tak i setrvání v léčbě.¹⁹

Zajímavou, ale nepřiliš zdůrazňovanou kapitolou je zatážení rodiny do výkonu kompulzí, což je jev známý zejména u čističů, a to zhoršováním prognózy.⁶⁵ Z klinické praxe se traduje velmi důrazné zapojování nepostížených členů rodiny známé i u jiných subtypů, např. aranžérů nebo kontrolorů.

ZÁVĚR

Pojetí obsedantně-kompulzivního obrazu jako jednotné poruchy (OCD) z mnoha hledisek nevyhovuje a oficiální vyčlenění subtypů pro klinické a výzkumné potřeby se zdá neodkladné, i když je zatím předběžné, snad i neúplné. Podle převažujících příznaků lze většinu pacientů zařadit mezi aranžéry, čističe, kontrolory a hromadiče.

Aranžéři (zhusta muži) jsou obtěžováni vtíravým pocitem (příp. zrakovým vjemem), že věci nejsou tak, jak být mají, čemuž čelivají kompulzivním, často nekonečným zdokonalováním, opakováním, počítáním a ověřováním. Mohou se jevit jako perfekcionista nesnášející nejistotu. Mívají časný začátek poruchy, rodinný výskyt, špatný ná-

hled a výrazně zhoršené fungování i kvalitu života. Trpívají komorbidními emočními, úzkostnými a tikovými poruchami, ale také ADHD. Reagují relativně dobře na KBT, hůře na SRI.

Kontroloři mívají nejčastěji (nikoli výhradně) tzv. škodní obsese (vtíravé obavy z hrozcících katastrof) nebo subjektivně nepříjemné (náboženské, sexuální, agresivní a somatické) myšlenkové obsahy podobné někdy impulzům. Povaha kontrolovacích kompulzí odpovídá obsesi – např. od obíhání nebezpečných spotřebičů k nekonečným mentálním výkonům. Jejich kognitivní charakteristikou je přebujelá zodpovědnost jak za možné budoucí škody, tak za vlastní myšlenky. Přítomnost tabuizovaných myšlenek představuje jedno z rizik suicidálního jednání, jež může být zesilováno častou emoční a úzkostnou komorbiditou. Odezva na KBT je problematická, na SRI dobrá.

Čističi (častěji ženy) mají vracející se obavu z kontaminace materiálního typu (zárodky, špína), někdy i metaforické povahy (pod dveřmi se dostává do bytu zlo), a kompulzivně udržují čistotu dle svých představ (nejznáměji mytím). Obraz se – jako dva předchozí rovněž s genetikým podílem – vyskytuje již v dětství, ale zdá se nejméně fixovaný. Subtyp se občas manifestuje u žen až v perinatálním období a u obou pohlaví v návaznosti na stres v dospělém věku. Kognitivním základem je – mimo opět přebujelou zodpovědnost – i přeceňování nebezpečí. Subtyp vyniká výraznou adaptací okolí – zpravidla myje a čistí celá rodina. Specifická komorbidita čističky je porucha příjmu potravy. Na KBT je odezva dobrá, na SRI slabší.

Hromadiči vynikají problémy s množstvím věcí nebo zvířat ve svém bezprostředním okolí. Množství věcí vzniká jednak kompulzivním sběrem – případně nakupováním – na podkladě obsesí, že by se mohly v budoucnosti hodit, jednak neschopností zbavit se téměř jakékoli věci z vlastní blízkosti. (Při hromadění zvířat se uplatňují mechanismy jiné.) V dětství je hromadění častější mezi děvčaty a obecně má výrazný rodinný výskyt. V pozadí poruchy je znovu intolerance nejistoty, zejména potřeba „být připraven“ na veškeré eventuality a nadměrná zodpovědnost. Porucha od dětství silně omezuje fungování (nerozhodnost, pomalost), je často spojena s chyběním náhledu a nespoluprací při jakékoli léčbě, komplikována bývá mimo úzkostné poruchy také poruchami osobnosti.

Navrhovaná taxonomie zatím nepokrývá veškerou patientskou populaci, nepředstavuje závazný podklad pro volbu léčby ani její výsledek, ale usnadňuje odbornou komunikaci a hlavně bude součástí příštích revizí klasifikací.

Poděkování

Tato práce vznikla s podporou ředitele MUDr. M. Hollého a MUDr. I. Davida, CSc.

LITERATURA

1. de Mathis DA, Diniz JB, do Rosário MC et al. What is the optimal way to subdivide obsessive-compulsive disorder? CNS Spectr 2006; 11 (10): 762–779.

2. Leckman JF, Rauch SL, Mataix-Cols D. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. CNS Spectr 2007; 12 (5): 376–387.

3. Leckman JF, Denys D, Simpson HB et al. Obsessive-compulsive disorder.

Depress Anxiety 2010; 27 (6): 507–527.

4. Leckman JF, Bloch MH, King RA. Symptom dimensions and subtypes of obsessive-compulsive disorder. Dialogues Clin Neurosci 2009; 11 (2): 21–33.

5. Rosario MC, Miguel EC, Quatrano S et al. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Molecular Psychiatry* 2006; 11: 495–504.
6. Denys D, de Geus F, van Meegen HJ, Westenberg HG. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology* 2004; 37 (4): 181–189.
7. Gönner S, Ecker W, Leonhart R, Limbacher K. Multidimensional assessment of OCD. *J Clin Psychol* 2010; 66 (7): 739–757.
8. Foa WB, Huppert JD, Leiberg S et al. The Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychol Ass* 2002; 14 (4): 485–496.
9. Delorme R, Bille A, Betancur C et al. Exploratory analysis of obsessive-compulsive symptom dimensions in children and adolescents. *BMC Psychiatry* 2006; 6: 1.
10. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Rosario MC, Pittenger C, Leckman JF. Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2008; 165 (122): 1532–1542.
11. Rotge JY, Clair AH, Jaafari N et al. A challenging task for assessment of checking behaviors in obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 117 (6): 475–473.
12. Ecker W, Gönner S. Incompleteness and harm avoidance in OCD symptom dimensions. *Behav Res Ther* 2008; 46 (8): 895–904.
13. Pinto A, Eisen JL, Mancebo MC et al. Taboo thoughts and doubt/checking. *Psychiatry Res* 2007; 151 (3): 255–258.
14. Fullana MA, Mataix-Cols D, Caspi A et al. Obsessions and compulsions in the community. *Am J Psychiatry* 2009; 166 (3): 329–336.
15. Prado HS, Rosario MC, Lee J et al. Sensory phenomena in obsessive-compulsive disorder and tic disorders. *CNS Spectr* 2008; 13(5): 425–432.
16. Katerberg H, Delucchi KL, Stewart SE et al. Symptom dimensions in OCD. *Behav Genet* 2010; 40 (4): 505–517.
17. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Versiani M. Clinical subtypes of obsessive-compulsive disorder based on the presence of checking and washing compulsions. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27 (3): 201–207.
18. Stewart SE, Rosario MC, Baer L et al. Four-factor structure of obsessive-compulsive disorder symptoms in children, adolescents, and adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47 (7): 263–272.
19. Matsunaga H, Hayashida K, Kiriike N, Kaebayashi K, Stein DJ. The clinical utility of symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2010; 180 (1): 25–29.
20. Miguel EC, Ferrao YA, Rosario MC et al. The Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders. *Rev Bras Psiquiatr* 2008; 30 (3): 185–196.
21. Li Y, Marques L, Hinton DG, Wang Y, Xiao ZP. Symptom dimensions in Chinese patients with obsessive-compulsive disorder. *CNS Neurosci Ther* 2009; 15 (3): 276–282.
22. Stein DJ, Carey PD, Lochner C et al. Escitalopram in obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr* 2008; 13 (6): 492–498.
23. Stein DJ, Anderson EW, Fredricson Overo K. Response of symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder to treatment with citalopram or placebo. *Rev Bras Psiquiatr* 2007; 29 (4): 303–307.
24. Fullana MA, Tortella-Feliu M, Caseras X et al. Temporal stability of obsessive-compulsive symptom dimensions in an undergraduate sample. *Behav Modif* 2007; 31 (6): 815–824.
25. Mataix-Cols D, Nakatani E, Micali N, Heyman I. Structure of obsessive-compulsive symptoms in pediatric OCD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47 (7): 773–778.
26. McKay D, Piacentini J, Greisberg S et al. The structure of childhood obsessions and compulsions. *Behav Res Ther* 2006; 44 (1): 137–146.
27. Butwicka A, Gmitrowicz A. Symptom clusters in obsessive-compulsive disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010; 19 (4): 365–370.
28. Besiroglu L, Uguz F, Ozdebit O et al. Longitudinal assessment of symptom and subtype categories in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 2007; 24 (7): 461–466.
29. Mataix-Cols D, Rauch SL, Baer L et al. Symptom stability in adult obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2002; 159 (2): 263–268.
30. Rufer M, Grothausen A, Mass R, Peter H, Hand I. Temporal stability of symptom dimensions in adult patients with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* 2004; 88 (1): 99–102.
31. Alonso P, Menchon JM, Mataix-Cols D et al. Perceived parental rearing style in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2004; 127 (3): 267–278.
32. Bhattacharyya S, Prasanna CL, Khanna S, Janardhan Reddy YC, Sheshadri S. Family genetic study of clinical subtypes of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Genet* 2005; 15 (3): 175–180.
33. Pinto A, Greenberg BD, Grados MA et al. Further development of Y-BOCS dimensions in the OCD collaborative genetics study. *Psychiatry Res* 2008; 160 (1): 83–93.
34. Hasler G, Pinto A, Greenberg BD et al. Familiality of factor analysis-derived Y-BOCS dimensions in OCD-affected sibling pairs from the OCD Collaborative Genetics Study. *Biol Psychiatry* 2007; 61(5): 617–625.
35. Taberner J, Fullana MA, Caseras X et al. Are obsessive-compulsive symptom dimensions familial in nonclinical individuals? *Depress Anxiety* 2009; 26 (10): 902–908.
36. Van Grootheest DS, Boosma DI, Hettema JM, Kondler KS. Heritability of obsessive-compulsive symptom dimensions. *Neuropsychiatr Genet* 2008; 147B (4): 473–478.
37. Labad J, Alonso P, Segalas C et al. Distinct correlates of hoarding and cleaning symptom dimensions in relation to onset of obsessive-compulsive disorder at menarche or the perinatal period. *Arch Womens Ment Health* 2010; 13 (1): 75–81.
38. Labad J, Mechon JM, Alonso P et al. Gender differences in obsessive compulsive symptom dimensions. *Depress Anxiety* 2008; 25 (10): 832–838.
39. Tükel R, Ertekin E, Batmaz S et al. Age on onset and clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 2005; 21 (3): 112–117.
40. Real E, Labad J, Alonso P et al. Stressful life events at onset of obsessive-compulsive disorder are associated with a distinct clinical pattern. *Depress Anxiety* 2011; 28 (5): 367–376.
41. Wheaton MG, Abramowitz JS, Berman NC, Riemann BC, Hale LR. The relationship between obsessive beliefs and symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 2010; 48 (10): 849–854.
42. Mataix-Cols D, Nakatani E, Micali N, Heyman I. Structure of obsessive-compulsive symptoms in pediatric OCD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47 (7): 773–778.
43. Grant JE, Pinto A, Gunnip et al. Sexual obsessions and clinical correlates in adults with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2006; 47 (5): 325–329.
44. Albert U, Bogetto F, Maina G et al. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2010; 179 (2): 204–211.
45. Fontenelle IS, Fontenelle LF, Borges MC et al. Quality of life and symptom dimensions of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2010; 179 (2): 198–203.
46. Torres AR, Ramos-Cerqueira AT, Ferrão Y et al. Suicidality in obsessive-compulsive disorder. *J. Clin Psychiatry* 2011; 72 (1): 17–26.
47. Fontenelle IS, Fontenelle LF, Borges MC et al. Quality of life and symptom dimensions of patients with obsessive-

- compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2010; 179 (2): 198–203.
48. Nestadt G, Di CZ, Riddle MA, Grados MA et al. Obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med* 2009; 39 (9): 1491–1501.
 49. Coles ME, Pinto A, Mancebo MC, Rasmussen SA, Eisen JL. OCD with comorbid OCPD. *J Psychiatr Res* 2008; 42 (4): 289–296.
 50. Garyfallos G, Katsigiannopoulos K, Adamopoulou A et al. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder with obsessive-compulsive personality disorder. *Psychiatry Res* 2010; 177 (1–2): 156–160.
 51. Hasler G, LaSalle-Ricci VH, Ronquillo JG et al. Obsessive-compulsive symptom dimensions show specific relationship to psychiatric comorbidity. *Psychiatry Res* 2005; 135 (2): 121–132.
 52. Gilbert AR, Mataix-Cols D, Almeida JR et al. Brain structure and symptom dimension relationships in obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* 2008; 109 (1–2): 117–126.
 53. Van den Heuvel OA, Remijnse PL, Mataix-Cols D et al. The major symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder are mediated by partially distinct neural systems. *Brain* 2009; 132: 853–868.
 54. Gilbert AR, Akkal D., Almeida JR et al. Neural correlates of symptom dimensions in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 48 (9): 936–944.
 55. Dold M, Aigner M. Neuroimaging the various symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychiatr* 2009; 23 (4): 193–205.
 56. Hashimoto N, Nakaaki S, Omori IM et al. Distinct neuropsychological profiles of three major symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2011; 187 (1–2): 166–173.
 57. Jang JH, Kim HS, Ha TH et al. Non-verbal memory and organizational dysfunctions are related with distinct symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2010; 180 (2–3): 93–98.
 58. Pinto PS, Iego S, Nunes S et al. Influence of specific obsessive-compulsive symptom dimensions on strategic planning in patients with obsessive-compulsive disorder. *Rev Bras Psiquiatr* 2011; 33 (1): 40–46.
 59. Tollin DF, Villavicencio A. Inattention, but not OCD, predicts the core features of Hoarding Disorder. *Behav Res Ther* 2011; 49 (2): 120–125.
 60. Mataix-Cols D, Marks IM, Greist JH, Kobak KA, Baer L. Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy. *Psychother Psychosom* 2002; 71 (5): 255–262.
 61. Rufer M, Fricke S, Moritz S, Kloss M, Hand I. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113(5): 440–446.
 62. Starcevic V, Brakoulias V. Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder: are they relevant for treatment? *Aust N Z J Psychiatry* 2008; 42 (8): 651–661.
 63. Storch EA, Merlo LJ, Larson MJ et al. Symptom dimensions and cognitive-behavioural therapy outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 117(1):67–75.
 64. Landeros-Weisenberger A, Bloch MH, Kelmendi B et al. Dimensional predictors of response to SRI pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* 2010; 121 (1–2): 175–179.
 65. Albert U, Bogetto F, Maina G et al. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2010; 179 (2): 204–211.

Zdeněk Kalvach, Libuše Čeledová, Iva Holmerová, Roman Jiráček, Helena Zavázalová, Petr Wija a kolektiv

KŘEHKÝ PACIENT A PRIMÁRNÍ PÉČE



Publikace poprvé u nás zveřejňuje komplexní přístup ke znevýhodněným, křehkým, závislým lidem se závažným zdravotním postižením. Seznamuje tak odbornou veřejnost s postupně se vyvíjející koncepcí dlouhodobé péče (long-term care, LTC), kterou se mezinárodní společenství snaží v duchu nejlepších humanistických tradic a s využitím

moderních medicínských i technických možností zajistit těmto „lidem v ohrožení“ kvalitní život, a to pokud možno v přirozeném domácím prostředí asistovaným komunitními službami. Publikace reaguje a uvádí do praxe doporučení EU z posledních let.

645 Kč, Grada Publishing, první vydání, 399 s., černobíle, 170 × 240 mm, brožované

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