

Vztahová obsedantně kompulzivní porucha

Prof. MUDr. Ján Praško, CSc.¹⁻⁵, PhDr. Marie Ocisková, Ph.D.^{1,2,5}, MUDr. Kamila Bělohradová¹, MUDr. Lucie Bundárová¹, MUDr. Jakub Vaněk¹, doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.³

¹Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci

²Jessenia, a. s. – Rehabilitační nemocnice Beroun, AKESO holding, Beroun

³Katedra psychologických věd, Fakulta sociálních věd a zdravotnictva, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Slovenská republika

⁴Katedra psychoterapie, IPVZ Praha

⁵Mindwalk, s. r. o., Praha

Vztahová obsedantně kompulzivní porucha (R-OCD) je subtyp obsedantně-kompulzivní poruchy (OCD), který se projevuje neustálými pochybnostmi a úzkostmi týkajícími se intimního vztahu. Myšlení lidí s R-OCD je zaujato vtíravými myšlenkami, jejichž obsahem jsou pochybnosti, zda pocity, které chovají k partnerovi, jsou správné, zda je partner miluje, zda je vztah vhodný nebo zda má partner nějaké nedostatky. Tyto myšlenky vyvolávají nutkání k provádění rituálů v podobě opakovaných kontrol, ujišťování nebo porovnávání. Rituály vedou ke snížení úzkosti a napětí. Toto chování však vede k narušení vztahu a dlouhodobému udržování úzkosti. Článek popisuje charakteristiky R-OCD a nabízí základní strategie kognitivně behaviorální terapie (KBT), která pomáhá pacientům změnit svůj vztah k obsedantním myšlenkám a snížit nutkavé chování.

Klíčová slova: vztahová OCD, kognitivně behaviorální terapie, obsese, kompulze, vztahy

Relationship-related obsessive-compulsive disorder

Relationship obsessive compulsive disorder (R-OCD) is a subtype of obsessive-compulsive disorder (OCD) that manifests in constant doubts and anxieties about an intimate relationship. People with R-OCD suffer from intrusive thoughts about whether they have the right feelings for their partner, whether their partner loves them, whether the relationship is suitable or whether their partner has any flaws. These thoughts trigger the urge to perform various rituals to alleviate anxiety, such as repeated checking, reassurance or comparison. However, this behaviour leads to disruption of the relationship and long-term maintenance of the anxiety. This paper described characteristics of R-OCD and offers basic cognitive-behavioural strategies that help the patients to change their attitude towards the obsessive thoughts and reduce compulsive behaviour.

Key words: relational OCD, cognitive-behavioural therapy, obsession, compulsion, relationships

Úvod

Vztahová OCD (Relationship OCD; R-OCD) je podtyp obsedantně-kompulzivní poruchy (OCD), který se projevuje neustálými pochybnostmi a obavami o kvalitu romantického vztahu, lásku k partnerovi, jeho atraktivitu nebo kompatibilitu (1, 2). Tyto pochybnosti jsou často doprovázeny nutkavým vyhledáváním ujištění od partnera a blízkých, obsáhlým prohledáváním souvisejících informací na internetu, porovnáváním s jinými páry nebo osobami, kontrolou svých pocitů nebo chování vůči partnerovi nebo vyhýbáním se situacím, které by mohly vyvolat úzkost (2, 3). Toto převážně kompulzivní jednání tlumí krátkodobě úzkost, ale z dlouhodobého hlediska zesiluje nebo udržuje obsese. R-OCD může negativně ovlivňovat spokojenost ve vztahu, důvěru v sebe i partnera, sexuální funkce a celkovou kvalitu života (4). Stejně jako u jiných forem OCD, i u tohoto subtypu je doporučena psy-

choterapie, metodou volby je kognitivně behaviorální terapie (KBT) (5).

R-OCD může unikat klinické pozornosti, a to zvláště u pacientů, kteří se potýkají i s dalšími projevy OCD. Cílem tohoto článku je proto poskytnout přehled o vztahové OCD, jejich projevech, příčinách a léčbě. Dále se zaměříme na některé specifické aspekty terapie, jako jsou přenosové a protipřenosové jevy a zvládání typických situací v terapeutickém sezení. Nakonec prezentujeme několik kazuistik z naší praxe.

Metoda

Jedná se o narativní přehled literatury a vlastní kazuistické příklady. Pro vyhledání relevantních zdrojů jsme použili databáze PubMed, PsycINFO a Web of Science s klíčovými slovy „relationship obsessive compulsive disorder”, „R-OCD”, „relationship OCD” a „partner-focused OCD”. Zahrnuli jsme pouze studie publikované v an-

gličtině od ledna roku 1990 do června roku 2023. Celkem jsme identifikovali 38 prací s touto tematikou.

Výsledky

Projevy vztahové OCD

Obsese se u tohoto typu OCD mohou týkat obav o vztah, vlastní city či chování sebe nebo partnera (6). Kompulzivní jednání představuje především ujišťování se, že vztah je dobrý, testování nebo kontrola partnera, sledování chyb nebo vyhledávání informací, jak poznat kvalitní vztah.

Pochybnosti o vztahu doprovází intenzivní hledání jistoty, k čemuž může patřit opakované kontrolování vlastních pocitů, porovnávání se s jinými páry, vyhledávání rad od ostatních nebo vyhýbání se situacím, které by mohly vyvolat obsese. Pro snížení stresu spojeného s obsesemi jedinci s R-OCD často používají mentální nebo behaviorální neutralizační strate-

gie (7). Často se například snaží získat od ostatních ujištění, že partner nebo vztah je dost dobrý, mohou partnera otestovat nebo zkontrolovat (zblízka) jeho vnímanou chybu, mohou hledat na internetu informace o tom, „jak mám vědět, že jsem ve správném vztahu“ nebo posoudit jejich fyzickou reakci a pocity vůči partnerovi. Tato a podobná chování zvyšují pozornost věnovanou nutkavému myšlení, přikládají mu větší důležitost a činí jej častějším, tím pádem paradoxně zvyšují míru nejistoty a nepříjemných pocitů a oslabují kvalitu vztahu (8). Zpočátku se takové jednání může zdát partnerovi roztomilé a imponující. Člověk se vztahovou OCD partnerovi neustále opakuje, jak jej miluje, a chce to samé slyšet od partnera. Časem se z této výměny stane zahlcující nepříjemný až otravný zvyk. Tyto výměny mohou probíhat mnohokrát denně. Místo milé výměny se něžnosti stávají povinností. Existují dva různé typy vztahové OCD (Tabulka 1).

Příklady obsesí a kompulzí u R-OCD jsou uvedeny níže v Tabulce 2.

R-OCD má negativní dopad na kvalitu života zasažené osoby i jejího partnera (7). Osoba s R-OCD může trpět sníženou sebedůvěrou, depresí, sociální

Tab. 1. Typy vztahové obsedantně kompulzivní poruchy

Někteří lidé mohou prožívat pouze jeden typ, zatímco jiní nachází příznaky obou typů

Zaměření na vztah

• Příznaky tohoto typu se soustředí na samotný vztah. Člověk s tímto typem může obsedantně přemýšlet, zda jej partner opravdu miluje nebo jestli je to ten správný vztah, který má budoucnost.

Zaměření na partnera

• Tyto příznaky se soustředí na charakteristiky partnera. Osoba s tímto typem vztahové OCD může svého partnera milovat, ale cítí se zahlcená otázkami o osobnosti, inteligenci, tělesných a dalších charakteristikách partnera.

izolaci nebo problémy v intimním životě (15). Partner osoby s R-OCD může cítit frustraci, nedostatek důvěry, nedostatek podpory nebo tlak na změnu (16). R-OCD tak může v čase vést k častějším konfliktům nebo rozchodům (17, 18).

Příčiny R-OCD

Přestože R-OCD je stále více uznávána jako specifická forma OCD, nemáme dostatek empirických studií o její etiologii, diagnostice a léčbě. Některí autoři se domnívají, že R-OCD je způsobena dysfunkčními názory na lásku a vztahy, souvisejícími s určitými sociokulturními faktory, jako jsou romantické ideály, mediální zobrazení nebo rodinné vzory (1, 19). Například, že obsese vznikají na základě maladaptivních přesvědčení (např. že vztah, kterým si nejsem absolutně jistý, povede k extrémní katastrofě) (20).

Jiní autoři zdůrazňují roli osobnostních rysů, jako jsou perfekcionismus, nízké sebevědomí nebo strach z opuštění, které mohou zvyšovat citlivost na vnímání ohrožení v blízkých vztazích (21, 22). Další možný faktor je nedostatečná emoční regulace, která může vést k potlačování nebo zesilování negativních emocí spojených s pochybnostmi o vztahu (23).

Léčba vztahové OCD

V současnosti není k dispozici standardizovaný protokol pro léčbu R-OCD. Většina studií používala KBT jako hlavní přístup k léčbě OCD obecně i samotného R-OCD (5, 20, 24, 25). KBT pomáhá pacientovi rozvíjet adaptivní způsoby řešení úzkosti a pochybností bez nutnosti provádět kompulze. Zaměřuje se na identifikaci a zpochybňování maladaptivních přesvědčení o vztahu a lásce, na vystavo-

Tab. 2. Příklady typických obsesí a kompulzí

| Obsese | Příklad neutralizace napětí (zabezpečování, ujišťování, kompulze) |
|--|---|
| Je pro mě „ta pravá“, nebo je pro mě lepší někdo jiný? | Pacient se neustále ptá sám sebe nebo jiných, zda je jeho partner tou správnou osobou. Může také porovnávat svého partnera s jinými lidmi a hledat důkazy o tom, že je lepší, nebo horší. |
| Jsem pro něj dost dobrá partnerka? | Pacient si neustále vyčítá své chyby nebo nedostatky a obává se, že pro svého partnera není dostatečně atraktivní, inteligentní nebo milující. Může také hledat potvrzení od svého partnera nebo jiných osob o tom, že je dobrým partnerem. |
| Necítil jsem se vzrušený, když mě políbila. Znamená to, že je s naším vztahem něco špatné? | Pacient analyzuje každou svou tělesnou reakci nebo pocit vůči svému partnerovi a interpretuje je jako důkaz o kvalitě nebo správnosti vztahu. Může zkoušet různé sexuální praktiky nebo fantazie, aby ověřil svou sexuální přitažlivost k partnerovi. |
| Opravdu miluji svého partnera, nebo jen tak procházím vztahem? | Pacient pochybuje o hloubce nebo pravosti svých citů k partnerovi a snaží se je ověřit různými způsoby. Například může srovnávat své emoce s těmi, které zažíval v minulých vztazích, nebo s těmi, které popisují jiní lidé nebo média. |
| Jiný muž je pro mě atraktivní. Znamená to, že nejsem svému partnerovi dostatečně věrná? | Pacient se obává, že každá myšlenka nebo pohled na jinou osobu je známkou nevěry nebo ztráty lásky k partnerovi. Může se také snažit potlačit nebo vyhnout se těmto myšlenkám nebo pohledům, aby se cítil lépe. |
| Co když jsem udělal chybu, že jsem zůstal v tomto vztahu? | Pacient se bojí, že zmeškal lepší příležitost nebo že je uvězněn v nesprávném vztahu. Může si také představovat, jak by byl jeho život jiný, kdyby byl s někým jiným. |
| Mám být se svým mužem dál, když si nejsem úplně jistá, zda chci být v tomto vztahu navždy? | Pacient se cítí nerozhodně nebo zmateně ohledně své budoucnosti s partnerem a snaží se najít odpověď na to, zda je to ten pravý. Může také hledat rady od jiných lidí nebo zdrojů o tom, jak poznat, zda je vztah stálý a trvalý. |
| Nemyslím pořád na svého partnera – znamená to, že ho doopravdy nemiluji? | Pacient si myslí, že pokud by svého partnera opravdu miloval, pořád by na něj myslel a neměl by žádné jiné zájmy nebo aktivity. Může také cítit vinu nebo úzkost, když dělá něco bez partnera. |
| Je nnesitelné být sama, když se s partnerem rozejdeme. | Pacient se děsí možnosti rozchodu s partnerem a představuje si, jak by byl smutný, osamělý nebo zoufalý. Může setrvávat ve vztahu i tehdy, když není šťastný nebo spokojený, jen aby se vyhnul bolesti z rozchodu. |
| Dnes jsem necítila lásku ke svému partnerovi. Znamená to, že není ten správný partner? | Pacient klade nereálné nároky na své pocity a očekává, že bude cítit lásku ke svému partnerovi každý den a ve všech situacích. Může zároveň opomíjet nebo podceňovat jiné aspekty vztahu, jako jsou společné hodnoty, zkušenosti nebo cíle. |
| Posedlost nedostatkem ve vzhledu nebo osobnosti partnera. Partner může např. žvýkat jídlo způsobem, který pacienta obtěžuje. | Pacient má obavy, zda je partner pro něj ten pravý, zda jej může milovat apod., vede k dalším pochybnostem, porovnávání, může být i snaha kontrolovat partnerovo chování, projevy, nebo se vyhýbat situacím, kde nastává. |

vání se obsesivním myšlenkám bez provádění kompulzí (expozice se zábranou odpovědi; ERP) a na posilování adaptivních způsobů řešení problémů a komunikace ve vztahu (26) (Tabulka 3). Některé práce také popisují další přístupy, jako jsou mindfulness, techniky terapie přijetí a závazku (ACT) nebo metakognitivní terapie (MCT), které se snaží posílit schopnost pacientů tolerovat nejistotu a nepříjemné emoce bez nutkání je eliminovat (4, 27). Výsledky těchto prací vypadají slibně, ale stále jsou omezené malým počtem účastníků, krátkou dobou sledování a absencí kontrolních skupin.

Pokud pacient vyhledá psychotherapii, pak se snaha o kontrolu projevuje také v terapeutickém vztahu (28). Přenosové a protipřenosové zpracování může u pacienta i u terapeuta vyvolávat napětí a bezmoc (1).

Kognitivně-behaviorální terapie vztahové OCD

Základem kognitivně-behaviorální (KBT) je model vycházející z předpokladu, že všichni zažíváme nechtěné, rušivé myšlenky, představy a nutkání (31). Jedinci s OCD si tyto intruzivní zážitky vykládají jako něco špatného – jako známku nedostatečnosti nebo pokřivenosti jejich charakteru nebo ohrožení budoucnosti (nastane katastrofa) (32). Pouhému výskytu nechtěné myšlenky na možnou nehodu milovaného člověka mohou například přisuzovat význam, že chtějí, aby se jim stalo něco špatného (6). Takové interpretace zvyšují pozornost k intruzivním zážitkům, činí je více znepekujícími a zvyšují jejich výskyt (33) (Obrázek 1). Původ těchto zkreslených interpretací se pak nachází v maladaptivních jádrových přesvědčeních (34).

V důsledku zkreslených přesvědčení se jedinci s OCD snaží kontrolovat, neutralizovat nebo zabránit výskytu rušivých myšlenek pomocí různých druhů kontroly, tj. mentálních a behaviorálních rituálů (35, 36). Tyto kontrolní pokusy však paradoxně zvyšují výskyt nežádoucích obsesí a s nimi spojené tísně (Obrázek 2).

KBT u vztahového OCD může být poskytována individuálně nebo v páru, v závislosti na potřebách a preferencích pacienta a jeho partnera (29).

Tab. 3. Léčba vztahové OCD

Závažnost symptomů je spojena se snížením schopnosti navázání a udržení romantického vztahu

Léčba vztahové OCD může zahrnovat psychotherapii, léky nebo kombinaci přístupů:

Psychotherapie:

- Kognitivně behaviorální terapie: Zvládání příznaků – expozice se zábranou odpovědi.
- Kromě zvládání příznaků OCD může psychotherapie poskytnout užitečný rámec pro práci ve specifických oblastech, jako jsou potíže s asertivitou, špatné sociální dovednosti a nedostatek sebedůvěry.
- Mobilní aplikace a on-line terapeutické platformy mohou sloužit jako doplněk klasické KBT a u mírných potíží jsou schopny významně pomoci i bez přidatné terapeutické modalit (29).

Léky:

- Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) a klomipramin jsou typy antidepresiv, která mohou významně pomoci (30).

Tab. 4. Kognitivně behaviorální terapie vztahové OCD

- Podrobné detailní vyšetření, popis potíží, frustrací, interakcí ve vztahu i kognicí, které pacient vztahu věnuje. Terapeut nehodnotí, nemoralizuje, ale validizuje a vcičuje se
- Edukace, bludný kruh obsesí a kompulzí týkajících se vztahových oblastí
- Expozice, zábrana ujišťování a zabezpečovacímu chování, zpravidla plánovitě postupné snižování
- Kognitivní restrukturalizace kognicí týkajících se vztahu, obsesí i důsledků kompulzí
- Kognitivní restrukturalizace schémat a předpokladů, zaměřuje se typicky na nadhodnocování nejistoty a bezmoci, nutnost kontroly
- Reskripce v imaginaci, potřebná pro zraňující události, které byly rozpoznány jako možné predisponující faktory OCD, zejména spojené s pocity bezmoci a ztrátou kontroly
- Expozice v imaginaci – nejhorší scénář při vzdání se kontroly
- Řešení problémů, zejména týkající se svobody v partnerském vztahu
- Zlepšení dovedností řešení problémů a komunikace ve vztahu
- Zlepšení emoční regulace a sebeúcty
- Příprava na budoucnost, zaměřením na udržování zlepšení a prevence relapsu

Upřednostňuje se však individuální KBT, protože některé obsese by partner mohl špatně snášet. Léčba symptomů R-OCD často zahrnuje psychoedukaci o poruše a modelu KBT, expozice a prevence neutralizační reakce na obávané myšlenky nebo představy a zpochybňování maladaptivních vztahových přesvědčení (např. věřit, že být zamilovaný znamená být neustále šťastný) (37) a přesvědčení o sobě, týkající se perfekcionismu a nesnášení nejistoty (38). Pacient si během terapie vytváří toleranci k nejistotě ve vztahu a učí se chápat, že nepříjemné myšlenky jsou běžnou součástí partnerského života (28) (Tabulka 4).

V následujících odstavcích podrobněji popisujeme jednotlivé techniky léčby.

Psychoedukace

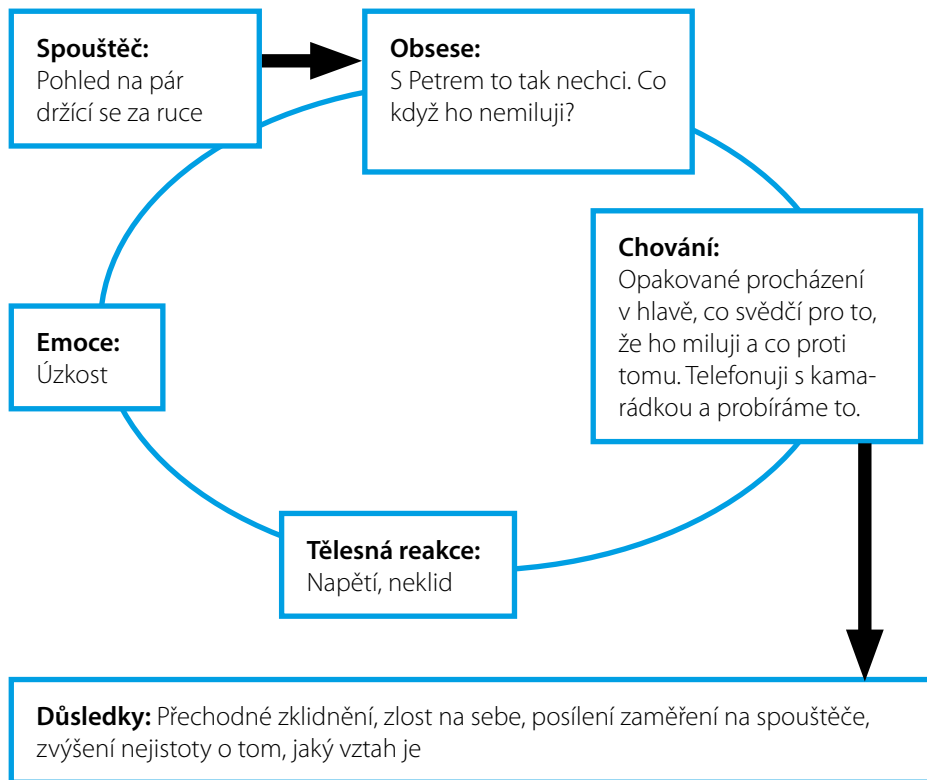
Psychoedukace je prvním krokem léčby R-OCD. Psychoedukace spočívá v poskytování informací o OCD a jeho příčinách, projevech, mechanismech, průběhu a dopadech na vztah. Cílem psychoedukace je pomoci pacientovi porozumět povaze jeho potíží, rozlišit mezi běžnými a škodlivými pochybnostmi o vztahu, užitečné jistoty, snížit pocit viny nebo studu spojený s obsesemi, zvýšit motivaci k léčbě a zvýšit motivaci

k expozici nebo kognitivní restrukturalizaci. Psychoedukace také zahrnuje zapojení partnera do léčby, pokud je to možné a vhodné. Partner může být informován o OCD a jeho projevech u pacienta, o tom, jak mu může pomoci, nebo naopak neprospívat svým chováním (např. poskytováním ujištění nebo podporou kompulzí), o tom, jak může snižovat negativní dopady OCD na svou pohodu a kvalitu vztahu. Partner může být také podpořen v tom, aby vyjadřoval své potřeby a hranice ve vztahu, aby s pacientem komunikoval o svých pocitech a obavách nebo aby spolupracoval s terapeutem na plánování expozic nebo řešení konfliktů.

Expozice s prevencí odpovědi

Behaviorální kroky terapie mají za cíl pomoci pacientovi snížit jeho závislost na kompulzivním chování, které mu poskytuje falešný pocit jistoty nebo úlevy (6). Expozice s prevencí odezvy (ERP) je klíčovou technikou léčby R-OCD (29, 39). ERP spočívá v opakovaném vystavování se situacím nebo myšlenkám vyvolávajícím obsese bez provádění kompulzivních chování nebo mentálních aktů. Cílem ERP je snížit úzkost a pochybnosti spojené s obsesemi a oslabit jejich spojení s kompulzemi. Také pomáhá pacientovi

Obr. 1. Bludný kruh vztahové OCD



rozvíjet toleranci k nejistotě a akceptaci nepříjemných emocí. ERP se provádí podle individuálně sestaveného hierarchického seznamu situací nebo myšlenek vyvolávajících obsese. Seznam se tvoří společně s pacientem na základě jeho zkušeností a obtížnosti jednotlivých situací nebo myšlenek. Pacient se pak postupně vystavuje situacím nebo myšlenkám od těch méně obtížných po ty nejobtížnější, dokud nedosáhne sní-

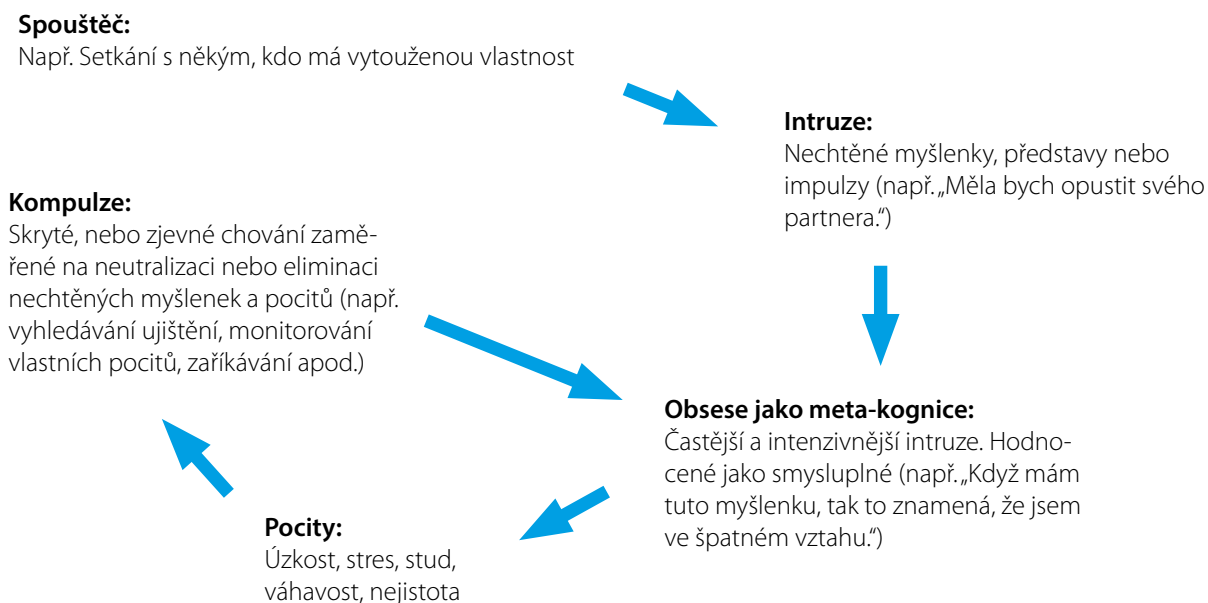
žení úzkosti nebo pochybností o 50 % nebo více. Expozice se může provádět v reálných situacích (např. být s partnerem, když je přítomen někdo atraktivní) nebo v imaginaci (např. představovat si, že partner podvádí). Prevence odezvy znamená, že pacient se zdrží provádění kompulzí během expozice (např. neptá se partnera, jestli ho miluje, nekontroluje své pocity nebo fyzické reakce, nevyhledává informace o tom, jak poznat

správný vztah). Prevence odezvy může být také postupná, pokud je pro pacienta zabránění kompulzím příliš obtížné (např. může se omezit na jednu otázku místo pěti, nebo si dát časový limit pro vyhledávání informací). Cílem je zmírnit úzkost spojenou s obsesemi a zvýšit toleranci nejistoty.

Kognitivní restrukturalizace

Kognitivní restrukturalizace je další důležitou technikou léčby R-OCD. Kognitivní restrukturalizace spočívá v identifikaci a výzvě k maladaptivním přesvědčením a kognitivním zkreslením spojeným s obsesemi. Cílem kognitivní restrukturalizace je rozvinout realističtější a flexibilnější pohled. Má za cíl pomoci pacientovi rozpoznat a zpochybnit iracionální přesvědčení o vztahu a lásce, které udržují jeho obsese a kompulze (20). Terapeut tak může použít techniky jako sokratické dotazování, behaviorální experimenty nebo kognitivní restrukturalizaci k tomu, aby pacient zkoumal důkazy pro a proti svým přesvědčením, aby testoval alternativní hypotézy, nebo aby změnil své zkreslené vnímání (2). Pacient je veden k tomu, aby zkoumal důkazy pro a proti svým iracionálním přesvědčením o vztahu a lásce. Pacient se učí rozvíjet realističtější a flexibilnější pohled na vztah a lásku, který zahrnuje snášení nejistoty, přijetí rozdílů a proměnlivost emocí (Tabulka 5).

Obr. 2. Schematické znázornění vztahu mezi spouštěčem, intruzemi, obsesemi a kompulzemi



Behaviorální experimenty

Pacient je veden k tomu, aby testoval své předpoklady o tom, co by se stalo, kdyby provedl, nebo neprovedl určité kompulze. Cílem je ověřit, zda jsou tyto předpoklady pravdivé, nebo nikoliv. Může například testovat přesvědčení: „Když si na něco pomyslím, tak se to stane?“ Určit si konkrétně, čeho se obává a pak zjišťovat, zda se to opravdu stane. Nebo může testovat své přesvědčení typu: „Láska je, když jsem k někomu neustále přitahován“ tím, že zjistí, jak to cítí jiní lidé, kteří milují svého partnera.

Zpochybňování maladaptivních přesvědčení

Pacient je veden k tomu, aby identifikoval a modifikoval svá maladaptivní schémata o sobě, druhých a světě, která jsou spojená s jeho obsesemi a kompulzemi. Po identifikaci maladaptivních přesvědčení je veden k tomu, aby zkoumal důkazy proti nim. Maladaptivní přesvědčení jsou o sobě, o lidech a o světě okolo. U R-OCD to může být například přesvědčení, že „láska je, když jsem k někomu neustále přitahován“ nebo „vztah, kterým si nejsem absolutně jistý, povede k extrémní katastrofě“, případně i přesvědčení o sobě „pokud nebudu dokonalý/á, tak mě opustí“. Pacient může být veden k tomu, aby tyto nepravdivá přesvědčení zpochybnil (například aby si uvědomil, že láska není jen pocit, ale také volba a závazek, nebo že není možné najít dokonalého partnera, ale že je možné najít partnera, který je pro něj vhodný a kompatibilní).

Zlepšování kvality vztahu

KBT pro R-OCD také zahrnuje intervence zaměřené na zlepšení kvality vztahu mezi pacientem a jeho partnerem (13, 17, 40). Terapeut pomáhá pacientovi a jeho partnerovi porozumět povaze R-OCD a jejím, dopadu na jejich vztah a nabízí jim strategie pro spolupráci při léčbě (28). Terapeut k tomu může využít různé techniky. Osvědčilo se posilování pozitivní interakce, zlepšování komunikačních dovedností, řešení konfliktů nebo podpora intimity k tomu, aby pacient a jeho partner posílili svou důvěru, podporu a spokojenost ve vztahu (26, 41). Pacient a jeho partner mohou být například vedeni k tomu, aby si vyjádřili

Tab. 5. Testování negativní automatické myšlenky

Obsese: Co když bodnu přítelkyni nožem?

| Co svědčí pro to, že myšlenka je pravdivá? | Co svědčí proti myšlence? |
|---|---|
| Tato myšlenka se mi opakuje. | I když mě opakovaně napadla, nikdy jsem jí neublížil. Maximálně pomáhám jí i její dceři. |
| Mám silný pocit neklidu a napětí, bojím se, že se neovládnu. | Napětí mám z té obsese, protože se bojím, že se neovládnu. Nikdy se mi však nestalo, že bych se neovládl. |
| To by mě nemělo napadat, pokud ji miluji. Miluji ji vůbec? | Asi ji miluji, protože si život bez ní neumím představit a myslím na ni a její potřeby. |
| Jsem asi blázen, že mám takové nápady! | Blázen nejsem, může to napadnout kohokoliv. |
| Jsem zlý člověk, když mám takové nápady. Ona mě proto opustí. | Jsou to jen obsese. Doopravdy nic zlého nechci udělat. Opakovaně mi říkala, že je se mnou ráda. |

Racionální odpověď: Mám strach, abych neublížil přítelkyni. Jsou to moje obsese. Důkazy, proč bych to měl udělat, nemám. Ani nic takového doopravdy udělat nechci. Mám ji rád a ona mě také.

Tab. 6. Záznam obsesí a kompulzí

| Situace | Obsese | Emoce | Kompulze | Možnost změny |
|-------------------------------------|--------------------------|----------|--|--|
| Přítel mě políbil. Nic neprožívám. | Co, když ho už nemiluji? | Úzkost 8 | Říkám si v hlavě, proč ho nemiluji a proč ho miluji. | Říct si, že to nebudu řešit, protože jsem to bezvýsledně řešila už tisíckrát, a budu dělat něco jiného, než nad tím hloubat. |
| Ve filmu se žena trápí kvůli lásce. | Náš vztah je divný! | Úzkost 9 | Ptám se dokolečka přítele, jak on prožívá náš vztah. | Nebudu se ho ptát, protože to dělám každý den. Lepší by bylo podniknout spolu něco příjemného. Třeba jít ven. |

své potřeby a očekávání ve vztahu a naši společnou řeč. Nebo mohou společně plánovat činnosti, které jim přinášejí radost a pocit blízkosti.

Prevence relapsu a příprava na budoucnost

Před ukončením léčby je důležité probrat jednotlivé zvládnuté kroky, rekapitulovat dosažené úspěchy i způsob, jakým jich bylo dosaženo. Dále je potřeba se připravit na budoucí možné stresující situace a probrat možnosti jejich řešení. Upozorňujeme ho na to, že obsese i kompulze se mohou vrátit, v jeho možnostech a tím, co se naučil, je se jim postavit a odstranit je. Pacient je povzbuzován, aby dále pokračoval v expozici všem situacím, souvisejícím se spouštěcí obsesí, kterým by měl chuť se vyhnout a zabránit v nich neutralizační reakci. Například pacient může být veden k tomu, aby si vytvořil plán pro situace, které by mohly vyvolat jeho obsese nebo kompulze a napíše si, jak v tomto případě bude provádět expozice se zamezením neutralizace. Pacient a jeho partner se učí posilovat pozitivní interakce, zlepšovat komunikační dovednosti, řešit konflikty a podporovat blízkost ve vztahu. Učí se také efektivnější způsoby zvládnání úzkosti nebo nepříjemných emocí, jako jsou relaxace, mindfulness nebo emoční regulace.

Kazuistiky

V této části prezentujeme několik kazuistik z naší praxe, které ilustrují různé projevy R-OCD a jejich léčbu pomocí KBT. Jména pacientů byla změněna pro zachování anonymity.

Případ 1: Petr

Petr je 25letý muž, který je už tři roky ve vztahu s Janou. Petr se trápí intruzivními myšlenkami na to, zda je pro něj Jana ta pravá. Napadají jej myšlenky typu: „Co když zjistím, že Jana není dost atraktivní?“, „Co když si s Janou nemám co říct?“, „Co když bych byl šťastnější s někým jiným?“ Tyto myšlenky v Petrovi vyvolávají silnou úzkost a další pochybnosti o vztahu. Petr se snaží nutkavé myšlenky potlačit nebo se ujistit, že jsou nesmyslné. Používá k tomu různé kompulze, jako je opakované:

- ověřování svých pocitů k Janě tím, že si představuje jiné ženy nebo sleduje pornografii;
- hledání informací o tom, jak poznat správný vztah nebo partnera na internetu nebo v knihách;
- porovnávání svého vztahu s Janou s jinými páry ve svém okolí nebo v médiích;
- žádání o ujištění od svých přátel nebo rodiny o tom, že je pro něj Jana dobrá;
- vyhýbání se situacím nebo osobám, které by mohly vyvolat jeho obsese,

jako je setkání s Janinými přáteli nebo rodinou.

Petr se rozhodl vyhledat pomoc poté, co se kvůli jeho kompulzím objevily problémy s koncentrací v práci a nespavostí. Uvědomil si, že jeho vztah s Janou kvůli jeho obsesím a kompulzím trpí. Jana si stěžovala na to, že Petr je často duchem nepřítomný, chladný a podezřívavý.

Petr podstoupil individuální KBT. Během terapie pracoval na identifikaci a zpochybňování svých maladaptivních přesvědčení o vztahu a lásce, které udržovaly jeho obsese a kompulze. Terapeut použil sokratovské dotazování k tomu, aby Petr zkoumal důkazy pro a proti svým přesvědčením, jako jsou: „Musím být k Janě neustále přitahován, jinak to není láska.“ Nebo: „Pokud mám o Janě pochybnosti, znamená to, že pro mě není ta pravá.“ Petr také pracoval na rozvoji realističtějšího a flexibilnějšího pohledu na vztah a lásku, který zahrnoval snášení nejistoty, přijetí rozdílů a proměnlivost emocí.

Během behaviorálních technik se Petr vystavoval svým obsesivním myšlenkám nebo situacím bez provádění kompulzí. Petr čelil pomocí ERP svým pochybnostem o Janině atraktivitě nebo své spokojenosti ve vztahu. Naučil se také snášet úzkost a nepříjemné emoce spojené s těmito myšlenkami bez potřeby je potlačovat nebo se ujistit. Pracoval i na rozvoji účinnějších způsobů zvládnání úzkosti nebo nepříjemných emocí tím, že se naučil relaxovat.

KBT pro R-OCD také zahrnovala intervence zaměřené na zlepšení kvality vztahu mezi Petrem a Janou. Terapeut se s Petrem zaměřil na posilování pozitivní interakce s Janou, zlepšování komunikačních dovedností, řešení konfliktů nebo podporu blízkosti k tomu, aby Petr a Jana posílili svou důvěru, podporu a spokojenost ve vztahu. Terapeut také pomohl Petrovi a Janě porozumět povaze R-OCD a jejím dopadu na jejich vztah a nabídl jim strategie pro spolupráci při léčbě.

Po 12 sezeních KBT Petr vykazoval významné snížení svých obsesí a kompulzí. Také hlásil zlepšení své nálady, sebedůvěry a kvality života.

Případ 2: Anna

Anna je 32letá žena, která je ve vztahu s Tomášem už pět let. Anna trpí vztahovou obsedantně-kompulzivní poruchou, kdy se zabírá myšlenkami, zda je dost dobrá pro Tomáše. Anna má často myšlenky jako: „Co když Tomáše nudím?“, „Co když jsem pro něj příliš tlustá?“, „Co když mě podvádí?“ Tyto myšlenky vyvolávají u Anny silnou úzkost a pochybnosti o sobě i o svém vztahu. Anna se snaží tyto myšlenky potlačit nebo se ujistit, že jsou nesmyslné. K tomu používá různé kompulze, jako je opakované:

- ověřování svého vzhledu nebo osobnosti tím, že se ptá Tomáše nebo jiných osob na jejich názor;
- hledání informací o tom, jak být lepší partnerkou nebo jak zhubnout na internetu;
- porovnávání sebe s jinými ženami ve svém okolí nebo v médiích;
- žádání o ujištění od Tomáše o tom, že ji miluje nebo že ji nepodvádí;
- vyhýbání se situacím nebo osobám, které by mohly vyvolat její obsese, jako je setkání s Tomášovými přáteli nebo rodinou.

Anna se rozhodla vyhledat pomoc poté, co její kompulze vedly k problémům s koncentrací v práci, začala trpět depresí a cítila se bezcenná. Uvědomila si, že její vztah s Tomášem trpí kvůli jejím obsesím a kompulzím. Tomáš si stěžoval na to, že Anna je často nervózní, nespokojená nebo žárlivá.

Anna podstoupila individuální KBT. Během terapie pracovala na identifikaci a zpochybňování svých maladaptivních přesvědčení o sobě i o svém vztahu, které udržovaly její obsese a kompulze. Terapeut použil sokratovské dotazování k tomu, aby Anna zkoumala důkazy pro a proti svým přesvědčením, jako jsou „Musím být pro Tomáše dokonalá, jinak mě opustí,“ nebo: „Pokud mám negativní myšlenky o sobě nebo o Tomášovi, znamená to, že jsem špatná partnerka.“ Anna také pracovala na rozvoji více realistického a flexibilního pohledu na sebe i na svůj vztah, který zahrnoval toleranci nejistoty, akceptaci sebe sama a svých nedostatků a uznání svých silných stránek.

Během terapie se Anna vystavovala svým obsesivním myšlenkám nebo situacím bez provádění kompulzivních chování. Terapeut použil ERP k tomu, aby Anna čelila svým myšlenkám jako: „Co když Tomáše nudím?“ Nebo: „Co když jsem pro Tomáše příliš tlustá?“ Anna se naučila snášet úzkost a nepříjemné emoce spojené s těmito myšlenkami bez potřeby je potlačovat nebo se ujistit. Také pracovala na rozvoji efektivnějších způsobů zvládnání úzkosti nebo nepříjemných emocí pomocí mindfulness.

Terapeut posiloval pozitivní interakce mezi partnery, ptal se na společné radostné okamžiky a to, v čem si Anna Tomáše cení, co má na něm ráda. Také jí pomohl při zlepšování komunikačních dovedností pomocí nácviku komplimentu, vyjádření potřeb, nácviku řešení konfliktů a podpore intimity. Po dvanácti sezeních KBT pro R-OCD Anna vykazovala významné snížení svých obsesí a kompulzí. Také byla více spokojená ve vztahu.

Příběh 3: Eva

Eva je 28letá žena, která už dva roky žije se svým přítelem Lukášem. Eva trpí R-OCD zaměřenou na to, zda má Lukáš nějaké chyby nebo nedostatky. Eva má často myšlenky jako: „Co když Lukáš není dostatečně inteligentní?“, „Co když není dostatečně morální?“, „Co když nevypadá dost dobře?“ Tyto myšlenky vyvolávají u Evy silnou úzkost a pochybnosti o svém partnerovi. Eva se snaží tyto myšlenky potlačit nebo se ujistit, zda jsou pravdivé. K tomu používá různé kompulze, jako je opakované a nutkavé:

- hledání chyb nebo nedostatků u Lukáše tím, že ho kritizuje nebo zkoumá jeho chování;
- hledání informací o tom, jak poznat ideálního partnera nebo jak se vyhnout špatnému partnerovi na internetu nebo v knihách;
- porovnávání Lukáše s jinými muži ve svém okolí nebo v médiích;
- žádání o ujištění od svých přátel nebo rodiny o tom, že Lukáš je pro ni dobrý;
- vyhýbání se situacím nebo osobám, které by mohly vyvolat její obsese, jako je setkání s Lukášovými přáteli nebo rodinou.

Eva se rozhodla vyhledat pomoc poté co začala být nadměrně podrážděná a partner si začal stěžovat na to, že Eva je často agresivní, nespravedlivá nebo nevraživá. V té době začala být také nevrlá v práci, na kterou se nedokázala soustředit.

Eva podstoupila individuální psychoterapii. Během terapie pracovala na identifikaci a zpochybňování svých maladaptivních přesvědčení o partnerovi a ideálním vztahu, které udržovaly její obsese a kompulze. V sokratovském dotazování zkoumala důkazy pro a proti svým přesvědčením, jako je: „Musím najít dokonalého partnera, jinak budu nešťastná,” nebo: „Pokud má Lukáš nějaké chyby nebo nedostatky, znamená to, že je špatný partner.” Eva pracovala na rozvoji více realistického a flexibilního pohledu na partnera a vztah, který zahrnoval toleranci nejistoty, akceptaci lidské nedokonalosti a uznání Lukášových kladných vlastností.

Během terapie se Eva opakovaně vystavovala svým obsesivním myšlenkám nebo situacím bez provádění kompulzí. Terapeut použil ERP k tomu, aby Eva čelila svým myšlenkám jako: „Co když Lukáš není dostatečně inteligentní?” Nebo: „Co když Lukáš není dostatečně morální?” Přestavovala si v imaginaci, jak Lukáš dělá hloupé věci nebo se chová nemorálně. Naučila se postupně snášet úzkost a nepříjemné emoce spojené s těmito představami a souběžnými myšlenkami bez potřeby je potlačovat nebo se ujistit.

Od počátku terapie se terapeut s Evou věnovali také vztahu mezi partnery. Eva si psala seznam věcí, které se jí na Lukášovi líbí a čeho si váží, a vedla si každodenní záznam toho, co dobrého pro ni Lukáš každý den dělá. Postupně se pomocí nácviků učila, jak sdělit Lukášovi, co potřebuje, požádat ho o laskavost a dát mu upřímný kompliment. Naučila se více rozumět svými i Lukášovým potřebám a mluvit o nich.

Po 16 sezeních KBT Eva potvrdila významný pokles obsesí a kompulzí. Došlo rovněž ke zlepšení nálady, zvýšení sebedůvěry a kvality partnerského vztahu.

Případ 4: Magda

Magda je 22letá žena, která je ve vztahu s Pavlem už čtyři roky. Magda a Pavel spolu žijí a chodí na stejnou vy-

sokou školu. Oba studují pedagogiku. Magda trpí vztahovou obsedantně kompulzivní poruchou zaměřenou na obsesi, že mohla být Pavlovi nevěrná a nepamatovat si to. Magdu často napadají intruzivní myšlenky typu: „Co když jsem Pavla s někým podvedla?”, „Co když jsem šla do hospody a tam jsem se vyspala s někým na toaletě?”, „Co když jsem byla pod vlivem alkoholu nebo drog a nevím, co jsem dělala?” Tyto myšlenky vyvolávají u Magdy silnou úzkost a pochybnosti o sobě i o svém vztahu. Magda se snaží obsesivní myšlenky potlačit nebo si říkat, že jsou nesmyslné. K tomu používá různé kompulze, jako je opakované:

- procházení cesty, kterou šla, a hledání důkazů o tom, že byla nevěrná;
- chození do hospod, které byly po cestě, a ptaní se personálu nebo hostů, zda tam byla na toaletě nebo s někým neflirtovala;
- kontrolování svého těla nebo oblečení na známky sexuální aktivity nebo cizích vůní;
- vyhledávání informací na internetu nebo v knihách o tom, jak poznat nevěru nebo jak se vyhnout nevěře;
- žádání o ujištění od Pavla o tom, že ji miluje nebo že by ji neopustil, kdyby mu zahrnula.

Magda se rozhodla vyhledat pomoc poté, co její kompulze začaly narušovat její každodenní fungování a problémy s docházkou do školy, objevily se panické ataky. Cítila se zoufalá. Pavel si stěžoval na to, že Magda je často paranojní, dotěrná nebo hysterická. Nechápal to a zlobil se na ni.

Magda podstoupila individuální KBT. Během terapie pracovala na zjišťování a zpochybňování maladaptivních přesvědčení o sobě i o svém vztahu. Terapeutka použila sokratovské dotazování, aby Magda zkoumala důkazy pro a proti svým přesvědčením, jako je: „Musím si pamatovat všechno, co jsem dělala, jinak to znamená, že jsem byla Pavlovi nevěrná.” Nebo: „Pokud mám myšlenky o nevěře, znamená to, že jsem Pavla podvedla nebo že ho chci podvést.” Magda se učila dívat se na svůj vztah méně rigidně a učila se v něm více snášet nejistoty, přijmout, že ona ani partner nemohou být dokonalí a ocenit své i Pavlovy kladné vlastnosti, i když

jsou „jen dost dobré“. Během behaviorální terapie se Magda vystavovala svým obsesivním myšlenkám nebo situacím bez provádění kompulzivního chování. Terapeut použil ERP k tomu, aby Magda čelila svým myšlenkám jako: „Co když jsem Pavla podvedla?” nebo: „Co když jsem šla do hospody a tam jsem měla sex s někým na toaletě?” Magda se naučila snášet úzkost a nepříjemné emoce spojené s těmito myšlenkami bez potřeby je potlačovat nebo se ujistit.

Do terapie byly zařazeny intervence zaměřené na zlepšení kvality vztahu mezi partnery. Terapeut s Magdou nacvičoval vedení rozhovoru s Pavlem, ve kterém se Magda zkoušela otevřít, vyjádřit své potřeby, říkat ne, Pavla ocenit, vcítit se do něj, validizovat jeho pocity apod. Po 16 sezeních KBT Magda popisovala podstatnou změnu, výrazný ústup obsesí a kompulzí, vyrovnanou náladu, zvýšila se jí sebedůvěra i celková kvalita života.

Závěr

Vztahová OCD se projevuje opakovanými pochybnostmi o romantickém vztahu a partnerovi. Tyto pochybnosti doprovází intenzivní hledání jistoty a kompulzivní chování, které narušují kvalitu vztahu a života pacienta a jeho partnera. Léčbou volby je kognitivně behaviorální terapie, která se zaměřuje na zpochybňování maladaptivních přesvědčení o vztahu a lásce, zaměřuje se na vystavování se obsesím bez provádění kompulzí a na posilování adaptivních způsobů řešení problémů a komunikace ve vztahu. KBT u R-OCD může být poskytována individuálně nebo v páru, v závislosti na potřebách a preferencích pacienta a partnera. Kromě KBT mohou být užitečné i jiné formy léčby, jako jsou farmakoterapie nebo mobilní aplikace.

Vztahová OCD je málo rozpoznávanou formou OCD, která významně ovlivňuje vztahy pacienta i jeho blízkých a která zasluhuje systematickou psychoterapii. Je potřeba provést více rigorózních a systematických výzkumů, které by mohly přispět k lepšímu pochopení vzniku, průběhu a léčby R-OCD. Také je důležité zvýšit povědomí o R-OCD u odborníků i široké veřejnosti, aby se zvýšil záchyt poruchy a její účinné řešení.

Literatura

1. Doron G, Derby D, Szepsenwol O, et al. Tackling relationship-related obsessive-compulsive disorder: The development and preliminary evaluation of couple-based cognitive-behavioural therapy. *Behav Modif.* 2012;36(4):451-479.
2. Misirli M, Kayanak GK. Relationship Obsessive Compulsive Disorder: A Systematic Review. *Current Approaches in Psychiatry.* 2023;15(4):549-561.
3. Doron G, Derby D. Assessment and treatment of relationship-related OCD symptoms (ROCD): A modular approach. In J. Abramowitz, D. McKay, & E. Storch (Eds.), *The Wiley Handbook of Obsessive-Compulsive Disorders.* Hoboken NJ: Wiley-Blackwell 2017;547-564.
4. Doron G, Derby DS, Szepsenwol O. Relationship obsessive-compulsive disorder (ROCD): A conceptual framework. *J Obsessive Compuls Relat Disord.* 2014;3(2):169-180.
5. Lombardi A, Rodriguez C. Enhancing exposure and response prevention treatment in an individual with relationship obsessive-compulsive disorder: a case report. *J Cogn Psychother.* 2019;33(3):185-195.
6. Littman R, Leibovits G, Halfon C, et al. Interpersonal transmission of ROCD symptoms and susceptibility to infidelity in romantic relationships. *Journal of Obsessive-compulsive and Related Disorders.* 2023;37:100802.
7. Doron G, Moulding R, Nedeljkovic M, et al. Adult attachment insecurities are associated with obsessive compulsive disorder. *Psychol Psychother.* 2012;85(2):163-178.
8. Calkins AW, Berman NC, Wilhelm S. Recent advances in research on cognition and emotion in OCD: a review. *Curr Psychiatry Rep.* 2013;15(5):357.
9. Tennov D. *Love and limerence: The experience of being in love.* Scarborough House, 1998.
10. Doron G, Szepsenwol O. Partner-focused obsessions and self-esteem: An experimental investigation. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2015; 49(Pt B):173-179.
11. Willmott L, Bentley E. Exploring the lived-experience of limerence: a journey toward authenticity. *The Qualitative Report.* 2015;20(1):20-38.
12. Aardema F, Moulding R, Melli G, et al. The role of feared possible selves in obsessive-compulsive and related disorders: A comparative analysis of a core cognitive self-construct in clinical samples. *Clin Psychol Psychother.* 2018;25(1):e19-e29.
13. Rajaei S. *Relationship OCD: A CBT-Based Guide to Move Beyond Obsessive Doubt, Anxiety, and Fear of Commitment in Romantic Relationships.* New Harbinger Publications, 2023.
14. Taylor S, Thordarson DS, Söchting I. Obsessive-compulsive disorder. In M. M. Antony & D. H. Barlow (Eds.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders.* The Guilford Press 2002;182-214.
15. Doron G, Szepsenwol O, Karp E, et al. Obsessing about intimate relationships: testing the double relationship-vulnerability hypothesis. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2013;44(4):433-440.
16. Doron G, Derby D, Szepsenwol O, et al. Relationship obsessive-compulsive disorder: interference, symptoms, and maladaptive beliefs. *Front Psychiatry.* 2016;7:58.
17. Abbey RD, Clopton JR, Humphreys JD. Obsessive-compulsive disorder and romantic functioning. *J Clin Psychol.* 2007;63(12):1181-1192.
18. Doron G, Derby DS, Szepsenwol O, et al. Tainted love: Exploring relationship-centred obsessive-compulsive symptoms in two non-clinical cohorts. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders.* 2012;1(1):16-24.
19. Shihata S, McEvoy PM, Mullan BA. Pathways from uncertainty to anxiety: An evaluation of a hierarchical model of trait and disorder-specific intolerance of uncertainty on anxiety disorder symptoms. *J Anxiety Disord.* 2017;45:72-79.
20. Doron G, Derby D. Assessment and Treatment of Relationship-Related OCD Symptoms (ROCD) A Modular Approach. *The Wiley Handbook of Obsessive-Compulsive Disorders.* 2017;1:547-564.
21. Sookman D, Pinard G. Overestimation of threat and intolerance of uncertainty in obsessive compulsive disorder. In R. O. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, research, assessment, and treatment.* Pergamon/Elsevier Science Inc 2002;63-89.
22. Egan SJ, Shafraan R. Cognitive-behavioral treatment for perfectionism. In J. Stoeber (Ed.), *The psychology of perfectionism: Theory, research, applications.* Routledge/Taylor & Francis Group 2018;284-305.
23. See CCH, Tan JM, Tan VSY, et al. A systematic review on the links between emotion regulation difficulties and obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res.* 2022;154:341-353.
24. Soondrum T, Wang X, Gao F, et al. The Applicability of Acceptance and Commitment Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Brain Sci.* 2022;12(5):656.
25. Millar JFA, Coughtrey AE, Healy A, et al. The current status of mental contamination in obsessive compulsive disorder: A systematic review. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2023;80:101745.
26. Doron G, Mizrahi M, Szepsenwol O, et al. Right or flawed: relationship obsessions and sexual satisfaction. *J Sex Med.* 2014;11(9):2218-2224.
27. Pascual-Vera B, Akin B, Belloch A, et al. The cross-cultural and transdiagnostic nature of unwanted mental intrusions. *Int J Clin Health Psychol.* 2019;19(2):85-96.
28. Doron G, Moulding R. Cognitive behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder: a broader framework. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2009;46(4):257-263.
29. Cerea S, Ghisi M, Bottesi G, et al. Reaching reliable change using short, daily, cognitive training exercises delivered on a mobile application: The case of Relationship Obsessive Compulsive Disorder (ROCD) symptoms and cognitions in a subclinical cohort. *J Affect Disord.* 2020;276:775-787.
30. Del Casale A, Sorice S, Padovano A, et al. Psychopharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder (OCD). *Current Neuropharmacology.* 2019;17(8):710-736.
31. Spencer SD, Stiede JT, Wiese AD, et al. Cognitive-Behavioural Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2023;46(1):167-180.
32. Jelinek L, Hauschildt M, Hottenrott B, et al. Further evidence for biased semantic networks in obsessive-compulsive disorder (OCD): when knives are no longer associated with buttering bread but only with stabbing people. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2014;45(4):427-434.
33. Albertella L, Le Pelley ME, Chamberlain SR, et al. Reward-related attentional capture and cognitive inflexibility interact to determine greater severity of compulsivity-related problems. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2020;69:101580.
34. Kasalova P, Prasko J, Ociskova M, et al. Marriage under control: obsessive compulsive disorder and partnership. *Neuro Endocrinol Lett.* 2020;41(3):134-145.
35. Hodny F, Ociskova M, Prasko J, et al. Early life experiences and adult attachment in obsessive-compulsive disorder. Part 1: Relationships between demographic, clinical, and psychological factors in pharmacoresistant OCD. *Neuro Endocrinol Lett.* 2022;43(6):333-344.
36. Smith E, Carrigan N, Salkovskis PM. Different cognitive behavioural processes underpinning reassurance seeking in depression and obsessive-compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2022;77:101774.
37. Hodny F, Ociskova M, Prasko J, et al. Early life experiences and adult attachment in obsessive-compulsive disorder. Part 2: The therapeutic effectiveness of combined cognitive behavioural therapy and pharmacotherapy in treatment-resistant inpatients. *Neuro Endocrinol Lett.* 2022;43(6):345-358.
38. Laposa JM, Collimore KC, Hawley LL, et al. Distress tolerance in OCD and anxiety disorders, and its relationship with anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty. *J Anxiety Disord.* 2015;33:8-14.
39. Guzick AG, McCabe RE, Storch EA. A review of motivational interviewing in cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Cogn Psychother.* 2021;35(2):116-132.
40. Doron G, Derby DS, Szepsenwol O, et al. Flaws and all: Exploring partner-focused obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders.* 2012;1(4):234-243.
41. Fernandez S, Sevil C, Moulding R. Feared self and dimensions of obsessive-compulsive symptoms: Sexual orientation-obsessions, relationship obsessions, and general OCD symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders.* 2021;28:100608.

Declarations:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

Conflict of interest and financial disclosures:

None.

Funding/Support:

None.

Článok je prevzatý z:
Psychiatr. praxi. 2024;25(1):7-14

Prof. MUDr. Ján Praško, CSc.
praskojan@seznam.cz