



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Léčba obsedantně-kompulzivní poruchy u dospělých

Autoři: Ján Praško et al.

Garant:

Oponent:

Základní struktura postupu

Postup má tyto hlavní moduly:

1. **Diagnostika a základní vyšetření**
2. **První linie léčby (16 týdnů)**
3. **Kontrola účinku po 12–16 týdnech a rozhodovací uzly**
4. **Pokračující fáze / udržování / prevence relapsu**
5. **Rezistentní OCD (augmentace, intenzifikace, neuromodulace)**
6. **Zvláštní situace & organizace péče**
7. **Literatura**

Okénko 1: Diagnostika a základní vyšetření

- Screening OCD (např. pomocí OCI-R, Y-BOCS, M.I.N.I.).
- Stanovení diagnózy OCD dle DSM-5 / MKN-11
- Vyloučení jiných duševních a somatických poruch Diferenciální diagnostika (např. generalizovaná úzkostná porucha, poruchy obsedantně-kompulzivního spektra, poruchy osobnosti, psychotické rysy, anorexie/dysmorie, trichotillomanie, závislosti)
- Diagnóza komorbidních poruch:
 - poruchy nálady (deprese)
 - jiné úzkostné poruchy
 - poruchy závislostí (návykové látky)
 - tiková porucha
 - poruchy osobnosti
- Somatické vyšetření / základní laboratorní testy

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

- EKG, EEG – pokud klinicky indikováno
- Posouzení funkcionality a handicapu: vliv OCD (a kompulzí) na školu/práci, vztahy, volný čas
- Hodnocení závažnosti symptomu: objektivní (Y-BOCS) + subjektivní škály (např. subj Y-BOCS, OCI-R, FOCI, BAI, BDI-II)
- Zhodnocení funkčního dopadu.
- V některých případech lze zvažovat i zobrazovací metody (např. při neurologickém podezření), ale ne jako standard
- Edukace pacienta a rodiny.

Komentář k okénku 1

Diagnostika OCD by měla vycházet z klinického rozhovoru doplněného o standardizované škály, zejména Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), která umožňuje kvantifikovat závažnost symptomů a sledovat efekt terapie (Goodman et al., 1989). Screeningové nástroje jako Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R) jsou vhodné pro rychlou identifikaci symptomů (Foa et al., 2002).

Podle dat z mezinárodních epidemiologických studií je celoživotní prevalence OCD kolem 2–3 %, přičemž většina případů začíná v adolescenci nebo rané dospělosti (Stein et al., 2025). OCD je vysoce komorbidní s depresí, úzkostnými poruchami a tiky, což zásadně ovlivňuje prognózu (Ruscio et al., 2010).

Evropské (DGPPN, 2022), kanadské (CAG, 2020), NICE (2022) i brazilské doporučené postupy (de Oliveira et al., 2023; de Mathis et al., 2023) se shodují na nutnosti pečlivé diferenciální diagnostiky a zhodnocení komorbidit. Tyto kroky jsou nezbytné pro volbu optimální strategie – např. přítomnost tikové poruchy může ovlivnit volbu farmakoterapie.

V českých podmínkách je třeba zohlednit dostupnost diagnostických nástrojů – Y-BOCS je standardně používaná a přeložená, OCI-R je rovněž k dispozici. Doporučuje se systematické využití standardizovaných dotazníků v ambulantní i nemocniční péči, což zvyšuje kvalitu diagnostiky a umožňuje následné měření efektu léčby.

Okénko 2: Klinické vedení a psychoedukace

- Psychoedukace pacienta (a rodiny, pokud relevantní):

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

- co je OCD, jak funguje (obsese vs kompulze)
- model udržování (jak rituály posilují úzkost)
- možnosti léčby (psychoterapie, farmaka, kombinace)
- výhody, možné nežádoucí účinky, délka léčby
- Stanovení cílů léčby ve spolupráci s pacientem – realistické cíle
- Rozhodnutí o modelu poskytování péče:
 - ambulantní léčba
 - denní stacionář / intenzivní ambulantní program
 - hospitalizace (v závažných případech)
- Rozhodnutí o metodách léčby, které budou použity:
 - psychoterapie (především behaviorálně-kognitivní terapie s expozičními prvky)
 - farmakoterapie
 - kombinace (psychoterapie + medikace)
 - u pacientů s extrémně rezistentní formou: možnost neurochirurgické intervence / neuromodulační metody

Komentář:

- V novém WFSBP guideline se klade větší důraz nejen na medikaci, ale také na psychoterapii a možnosti inovativních / modulárních přístupů (např. internetová KBT) (Bandelow et al. 2023).
- Důležité je zohlednit pacientovy preference a možný rezervoár zdrojů (kapacita psychologů, financování)
- Je dobré hned na začátku informovat o délce léčby (obvykle mnoho měsíců) a nutnosti trpělivosti

Okénko 3: První linie léčby (16 týdnů)

Postup (zvolte podle závažnosti, preferencí a dostupnosti):

- **KBT s ERP** (12–16 sezení; individuálně/skupinově; každé sezení obsahuje cílené expozice + prevenci rituálů; domácí úkoly – expozice mezi sezeními).

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

- **SSRI v horní doporučené/tolerované dávce** s postupnou titrací; **držet 4–6 týdnů na max. tolerované dávce**; celková adekvátní zkouška **8–12 (až 16) týdnů**.
- **Kombinace KBT/ERP + SSRI** u středně těžké/těžké OCD (nebo při preferenci pacienta / nedostupnosti jedné modality).
- **Cílové dávky (dospělí)**: sertralin **150–200 mg**, fluoxetin **60–80 mg**, fluvoxamin **200–300 mg**, paroxetin **40–60 mg**, escitalopram **20–40 mg**; **klomipramin 100–250 mg** (spíše 2. volba pro toleranci); **venlafaxin 225–300(350) mg** (2. linie).
- **Organizace**: **krokový přístup**; nabídnout **iKBT/tele-ERP** pokud je prezenční ERP limitovaná.
- **Monitoring**: Y-BOCS/CGI každé **4–6 týdnů**; včas upravit dávku/intenzitu ERP.

Komentář k okénku 2:

- **Rovnocenné první volby**: Mezinárodní doporučení shodně doporučují **KBT s expozičními technikami (ERP)** nebo **SSRI** jako dvě validní první linie; u těžších forem preferují **kombinaci** obou (NICE, 2005/2019; DGPPN, 2023; de Oliveira et al., 2023; de Mathis et al., 2023; Fineberg et al., 2023).
- **ERP je jádro psychoterapie**: ERP má nejvyšší úroveň evidence, je doporučena v evropských, amerických i brazilských guideline a má být strukturovaná, s domácími expozicemi a plánem prevence relapsu (DGPPN, 2023; de Mathis et al., 2023).
- **Dávky a časování SSRI**: farmakologická doporučení přesně vymezují **cílové dávky** a trvají na **4–9 týdnech na maximálně tolerované dávce** před rozhodnutím o změně strategie; **mega-dávky** lze zvážit u non-respondérů, ale jde o **off-label** se slabší evidencí (de Oliveira et al., 2023).
- **Klomipramin & venlafaxin**: Klomipramin je účinná alternativa po selhání SSRI (horší tolerance), **venlafaxin není doporučen jako 1. volba** v německé S3; zvažovat ve 2. linii (DGPPN, 2023; de Oliveira et al., 2023).
- **iKBT/tele-ERP**: Při omezené dostupnosti ERP využijte **internetem dodávanou KBT** s terapeutickou podporou; RCT a metaanalýzy ukazují srovnatelný směr účinku u pečlivě vedených protokolů (Andersson et al., 2012; Kyrios et al., 2018; Pozza et al., 2014; de Mathis et al., 2023).
- **Stepped-care & kvalita péče**: NICE a kanadský Quality Standard (Ontario) zdůrazňují stepped-care, **měření výstupů každých 4–6 týdnů**, a jasné trajektorie eskalace při nedostatečné odpovědi (NICE, 2005/2019; Ontario Health, 2020; CAMH, 2021).
- **Kdy kombinovat**: U **středně těžké/těžké OCD** (vysoké Y-BOCS, výrazná dysfunkce) nebo při **pomalejší/lokálně omezené dostupnosti ERP** preferujte **kombinaci SSRI + ERP** už od začátku (NICE, 2005/2019; Fineberg et al., 2023; de Oliveira et al., 2023).

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Tabulka (matice rozhodnutí): Volba léčebné strategie dle závažnosti a kontextu

Závažnost / kontext	Preferovaná léčba	Alternativy / poznámky
Mírné až střední bez významné komorbidity	Psychoterapie (KBT/ERP) jako první volba	Pokud psychoterapie není dostupná / preferováno, lze zvážit SSRI
Střední až těžké případy, významná dysfunkce	Kombinovaná léčba (KBT + SSRI)	Alternativa: zahájení SSRI + pozdější přidání psychoterapie
Těžké obraz, závažné komorbidity, riziko sebevraždy, selhání ambulantní péče	Hospitalizace / intenzivní program + kombinovaná medikace a psychoterapie	V některých situacích lze zvážit rychlejší augmentaci
Specifické situace (komorbidity, riziko, těžká rezistence)	Individuální přístup, možná augmentace, experimentální přístupy, neuromodulace	viz kapitola o léčebné rezistenci

Komentář:

- WFSBP verze 3 jasně uvádí jako první volbu **SSRIs + KBT** při většině forem OCD (Bandelow et al. 2023).
- NICE guideline (CG31) stanovuje tzv. „stepped care model“, při kterém se nejdříve nabídne méně intenzivní psychoterapie a teprve pak intenzivnější zásahy či medikace (NICE 2005/2024).
- Internetová/off-line KBT (tele-psychoterapie) je v novější literatuře diskutována jako slibná varianta, zejména pokud je přímý přístup omezený (Bandelow et al. 2023).
- Je důležité při volbě zohlednit možná omezení (kapacity psychoterapie, finance, motivaci pacienta) a upřednostnit flexibilitu.

Tabulka: Psychoterapie (KBT/ERP)

- Používaná forma: kognitivně-behaviorální terapie s **expozicí + zabráněním reakce (ERP)**
- Obvyklý rozsah sezení: typicky 16-36 sezení, někdy více
- Doprovodné techniky: kognitivní restrukturalizace, prevence relapsu, techniky zvládnání úzkosti
- Mezi další varianty: skupinová forma, modulární forma, internetová CBT, samostatné expozice (self-help)
- Povinnost domácích úkolů (procvičování expozic, záznamy)

Komentář:



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

- Evidence jasně ukazuje, že ERP je jádrem účinné psychoterapie pro OCD, a je efektivní i v kombinaci s farmaky (Bandelow et al. 2023).
- V novějších guideline se zdůrazňuje využití modulárních / digitálních forem CBT, zejména v situacích omezené kapacity osobní terapie (NICE 2024).
- Pokud psychoterapie není dostupná či je neveřejná, je potřeba mít protokol (standardizovaný program) a sledování výsledku.

Tabulka: Farmakoterapie

- První volba: **SSRIs** (např. fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin, sertralin, escitalopram)
- Dávkování: titrace až do maximálně tolerované dávky (pokud je tolerováno)
- Délka otevřeného pokusu: min. 12 týdnů (někdy až 16 týdnů)
- Pokud nedostatečná odpověď:
 - převedení na jiné SSRI
 - přidání psychoterapie
 - augmentace antipsychotik (risperidon, aripiprazol)
 - experimentální augmentace (např. glutamátergní látky)
- Udržování (pokud účinné): pokračování medikace min. 12 měsíců, v některých případech 18–24 měsíců či déle
- Postupné vysazování: velmi pomalu, postupně (1–3 měsíce)

Komentář:

- WFSBP verze 3 potvrzuje SSRIs jako pilíř medikace a uvádí, že klonipramin může být alternativou, pokud SSRI selže (Bandelow et al. 2023).
- V guideline se upozorňuje, že SNRI (venlafaxin) obecně **není doporučeno** jako primární volba pro OCD bez přítomnosti komorbidity (NICE 2013/2025).
- Augmentace antipsychotiky v rezistentních případech má podporu v literatuře (např. risperidon, aripiprazol) dle metaanalýz (Bandelow et al. 2023).
- U pacientů s refrakterní formou lze uvažovat o neuromodulačních metodách (rTMS, hluboká mozková stimulace) či neurochirurgických intervencí – s velmi úzkým výběrem a odborným přístupem (Bandelow et al. 2023).



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Tabulka: Kombinovaná léčba (psychoterapie + farmakoterapie)

- U středně těžkých a těžkých forem je často doporučeno zahájit od začátku kombinaci
- Pokud pacient začne pouze s medikací a nedostatečně reaguje, přidat psychoterapii
- Pokud začíná psychoterapií a odpověď je nedostatečná, přidat medikaci

Komentář:

- Kombinace obou přístupů obvykle přináší vyšší účinnost, zejména v těžších případech (Bandelow et al. 2024).
- V některých guideline se diskutuje i sekvenční přidávání – nejdříve psychoterapie, pokud neúčinná, přidat medikaci nebo naopak (NICE 2013/2025).

Okénko 3: Kontrola účinku po 12–16 týdnech a rozhodovací uzly

Postup (vyhodnoťte pomocí Y-BOCS/CGI a podle výsledku pokračujte):

- **A. Odpověď / remise:** ≥ 35 % pokles Y-BOCS **nebo** Y-BOCS ≤ 12 ; pokračujte do udržovací fáze (Okénko 5).
- **B. Částečná odpověď:** ~ 25 – 34 % pokles Y-BOCS **nebo** klinicky významné, ale nedostatečné zlepšení:
 1. ověřit adherenci, domácí ERP a že SSRI jsou **na max. tolerované dávce min. 4–6 týdnů**,
 2. **dovytitrovat** SSRI (případně opatrně „megadóza“ – off-label),
 3. **přidat druhou modalitu** (ERP \rightleftharpoons SSRI),
 4. **zintenzivnit ERP** (častější sezení, denní stacionář / krátkodobý intenzivní program) nebo zvážit **iCBT** při limitované dostupnosti.
- **C. Nedostatečná odpověď / non-response:** < 25 % pokles Y-BOCS a adekvátní léčebný pokus proběhl:
 1. **switch SSRI \rightleftharpoons SSRI** nebo **na klomipramin**,
 2. zvažte **kombinaci ERP + farmakoterapie**,
 3. připravte se na **augmentaci** v rezistentním algoritmu (Okénko 5); **augmentaci hodnotit po 6 týdnech** a bez efektu ukončit.



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

- **Monitoring:** Y-BOCS/CGI **každých 4–6 týdnů**; průběžný bezpečnostní dohled (NÚ, QT, metabolický profil u AP).

Komentář k okénku 3:

- **Prahové hodnoty pro rozhodování:** V klinických studiích a metaanalýzách je **odpověď** často definována jako $\geq 35\%$ pokles Y-BOCS, **remise** pak nízké aktuální skóre (např. ≤ 12) (Gadot et al., 2022). Tato kritéria jsou praktická pro řízení léčby i sdílené rozhodování.
- **Časování kontroly:** Adekvátní farmakologický pokus zahrnuje **titraci na horní hranici tolerance a setrvání 4–6 týdnů na max. dávce**; většina odpovědí se projeví v tomto okně. Teprve poté má smysl měnit strategii (de Oliveira et al., 2023).
- **Co dělat při částečné odpovědi:** Postupujte **krokově** – nejprve **upevnit adherenci** a kvalitu domácího ERP, **dovytitrovat SSRI** (zvážit opatrně „megadózu“ jako **off-label** s informovaným souhlasem), **přidat chybějící modalitu** (ERP \rightleftharpoons SSRI) a **zintenzivnit ERP** (de Mathis et al., 2023; de Oliveira et al., 2023).
- **Kdy měnit léky:** Při nedostatečné odpovědi po adekvátním pokusu je na místě **switch v rámci SSRI** nebo přechod na **kломipramin**; venlafaxin zůstává spíše druhou linií a **není doporučen jako 1. volba** v německé S3 (DGPPN, 2023).
- **iKBT / tele-ERP:** Při omezené dostupnosti prezenční ERP zvažte **internet-delivered CBT s terapeutickou podporou**; RCT a metaanalýzy ukazují příznivé výsledky, zejména v dobře vedených protokolech (Andersson et al., 2012; Pozza et al., 2014; Kyrios et al., 2018; de Mathis et al., 2023).
- **Intenzifikace péče a setting:** U pacientů s větší dysfunkcí pomáhá **zvýšení intenzity ERP** (denní stacionář/hospitalizace), což podle metaanalýzy vede k **velkým efektům** u těžších případů (Zisler et al., 2024).
- **Jasně uzly pro augmentaci:** Pokud dvě adekvátní linie selžou (SSRI/ERP \pm kombinace), přecházejte na **augmentaci** (Okénko 5) – **antipsychotika pouze jako augmentace a bez efektu ukončit po ~6 týdnech** (DGPPN, 2023).
- **Pravidelný monitoring kvality:** NICE a kanadský **Ontario Quality Standard** doporučují **měřit výstupy každých 4–6 týdnů** a mít definované trajektorie eskalace (NICE, 2005/2019; Ontario Health, 2020).

Okénko 4: Pokračující fáze / Udržovací léčba / Prevence relapsu

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

- Pokud dosažena remise nebo významné zlepšení: pokračovat v léčbě po 12–18 měsíců
- Pokračování psychoterapie v menším rozsahu (např. 6–10 sezení)
- Udržování medikace na stejné dávce po stanovenou dobu
- Postupné a velmi opatrné vysazení medikace (pokud indikováno), s pozorováním relapsu
- Vysazování by mělo trvat 1–3 měsíce
- U pacientů s opakovanými relapsy nebo residuálními symptomy: zvážit prodlouženou léčbu, možná celoživotní podpora

Komentář:

- NICE guideline doporučuje pokračovat v léčbě alespoň 12 měsíců, pokud byla medikace účinná (NICE 2013).
- Novější WFSBP guideline upozorňuje, že u některých pacientů může být vhodné pokračování léčby i nad rámec běžných období, zvláště při vyšším riziku relapsu (Bandelow et al. 2023).
- Důraz je kladen na monitorování při vysazování léků (relaps, rebound)

Okénko 5: Rezistentní OCD (augmentace, intenzifikace, neuromodulace)

Postup (po ≥ 2 adekvátních liniích – SSRI/ERP \pm kombinace):

1. Ověřit „adekvátnost“ dosavadní léčby: adherence, ERP s domácími expozicemi, SSRI 4–6 týdnů na max. tolerované dávce, komorbidity (deprese, tiky), látky (alkohol/THC).
2. Switch farmakoterapie: SSRI \rightleftharpoons jiné SSRI nebo na klomipramin; ERP vždy zachovat/zesílit (častější sezení; denní stacionář / krátký intenzivní program).
3. Augmentace antipsychotikem (pouze jako augmentace; 6 týdnů, pak vyhodnotit):
 - risperidon 0,5–2 mg/den; aripiprazol 5–15 mg/den (*1. volby*),
 - haloperidol 0,5–2 mg/den (*zvážit u tiků; horší tolerance*),
 - nedoporučeno: quetiapin/olanzapin/paliperidon (bez prokázaného přínosu, horší NÚ).
4. „Možné, ale slabší/heterogenní evidence“ (off-label, specializované pracoviště, informovaný souhlas):
 - glutamátergní/ostatní augmentace: memantin 10–20 mg/den, topiramát do 200 mg/den, pregabalin do 225 mg/den, amantadin 100 mg/den;
 - nedoporučeno: N-acetylcystein, lamotrigin (inkonzistentní data/safety), ketamin (bez trvalého přínosu, bezpečnost).

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

5. Neuromodulace:

- rTMS/dTMS: možné u refrakterních případů, efekt střední s vysokou heterogenitou; volba cílových oblastí (SMA, DLPFC, mPFC/ACC) dle protokolu a dostupnosti,
- tDCS/HD-tDCS: výsledky nejednoznačné; spíše v rámci výzkumných/specializovaných programů,
- DBS: pouze u těžké chronické léčebně rezistentní OCD ve vysoce specializovaném centru; multidisciplinární posouzení, registry výsledků.

6. Po dosažení stabilní remise 3–6 měsíců: pokusit se nejdříve vysadit augmentační antipsychotikum (pomalý taper), pokračovat v ERP-boosteru a monitoringu.

Komentář k okénku 5:

- Definice a první kroky: Rezistence znamená nedostatečnou odpověď po dvou adekvátních pokusech (SSRI/ERP ± kombinace). Klíčové je potvrdit, že byl dostatek ERP s domácími úkoly a farmakoterapie proběhla v maximálně tolerované dávce ≥ 4 –6 týdnů, jinak měníme strategii příliš brzy (de Oliveira et al., 2023; de Mathis et al., 2023).
- Switch & klomipramin: Po selhání SSRI je vhodný switch v rámci SSRI nebo přechod na klomipramin (účinný, ale horší tolerance a EKG/QT monitoring), venlafaxin není v evropských doporučeních 1. volbou (DGPPN, 2023; de Oliveira et al., 2023).
- Augmentace antipsychotikem: Nejlépe podložené jsou risperidon a aripiprazol v nízkých dávkách; haloperidol spíše u tiků a krátkodobě. Antipsychotika jako monoterapie u OCD se nedoporučují a augmentaci bez efektu ukončujeme po ~6 týdnech (DGPPN, 2023; de Oliveira et al., 2023; Gautam, 2023).
- Co nedoporučovat: Quetiapin/olanzapin/paliperidon nepřinášejí benefit a mají horší toleranci (de Oliveira et al., 2023). NAC a lamotrigin mají nekonzistentní výsledky a/nebo bezpečnostní limity; ketamin postrádá trvalý přínos a nese rizika (de Oliveira et al., 2023).
- „Možné, ale opatrně“ (off-label): Memantin, topiramát, pregabalin, amantadin – systematicky/NMA ukazují potenciální přínos u části pacientů, ale kvalita důkazů je heterogenní; používat ve specializovaných centrech a s informovaným souhlasem (Hadi et al., 2021; Maiti et al., 2023; Suhas et al., 2023).
- Intenzifikace ERP a setting: U těžších případů a comorbidity prospívá intenzivní ERP v denním stacionáři/hospitalizaci; metaanalýzy ukazují velké efekty a jejich udržení při následné ambulantní péči (Zisler et al., 2024).
- rTMS/dTMS: Umbrella přehledy a metaanalýzy potvrzují průměrný efekt zejména pro SMA/DLPFC a variabilní pro mPFC/ACC (dTMS), ale s vysokou heterogenitou → pečlivý výběr protokolu a očekávání (Kar et al., 2024; Patel et al., 2023).



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

- tDCS/HD-tDCS: Systematiky se rozcházejí; část přehledů nachází malé/střední efekty, jiné zpochybňují konzistenci a kvalitu; v klinické praxi spíše individualizovaně (Brunelin et al. 2018; Green et al., 2024; Xie et al., 2024).
- DBS: Metaanalýzy a umbrella přehledy ukazují velký a klinicky relevantní pokles Y-BOCS (~14 bodů; ≈ 40–50 %) u vybraných rezistentních pacientů; indikovat až po selhání standardních strategií, s registrací výsledků a bezpečnosti (Gadot et al., 2022; Abdulbaki et al., 2025). V britském prostředí je DBS regulována NICE IPG693 (NICE, 2021).
- Český kontext (legislativa a bezpečnost): Off-label augmentace vyžadují informovaný souhlas a dokumentaci; u klomipraminu/citalopramu sledovat QT/EGK, u antipsychotik metabolický profil; DBS pouze ve specializovaných centrech s multidisciplinárním schválením (NICE, 2021; DGPPN, 2023).

Okénko 6: Zvláštní situace & organizace péče (iKBT, dostupnost ERP, kvalita a monitoring)

Postup (systémové a organizační kroky):

- Stepped-care a triáž: rychlé nasměrování k ERP-kompetentnímu terapeutovi; u středně těžké/těžké OCD od počátku kombinace ERP+SSRI; jasné trajektorie eskalace (ambulance → intenzivní ERP denní stacionář/hospitalizace).
- Dostupnost ERP: budovat síť vycvičených terapeutů; využít iKBT/tele-ERP s terapeutickou podporou tam, kde je prezenční ERP omezená.
- Standard iKBT: strukturovaný protokol s ERP, průběžný kontakt terapeuta, domácí expozice, krizový plán; indikace u mírné–střední OCD, vyloučit akutní suicidální riziko a těžkou komorbiditu vyžadující jiný režim.
- Měření kvality: Y-BOCS/CGI každých 4–6 týdnů, funkční škály (např. WSAS), NÚ, adherence; při stagnaci změna kroku (titrovat, přidat modalitu, intenzifikovat ERP).
- Rodinná spolupráce: psychoedukace, redukce rodinného přizpůsobení (ujistování, spolupodílení na rituálech).
- Bezpečnost a legislativa: off-label postupy (např. „mega-dávky“ SSRI, glutamátergní augmentace, DBS) jen se zdokumentovaným informovaným souhlasem; u klomipraminu/citalopramu QT/EGK; u AP metabolický screening; DBS pouze ve vysoce specializovaných centrech.



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

- Česká implementace: zavést minimální standardy – dostupnost ERP (vč. iCBT), pravidelné měření výstupů, jasné „switch/augment“ uzly; vytvořit navazující péči po intenzivních programech (booster ERP + plán prevence relapsu).

Komentář k okénku 6:

Model stepped-care s jasnými rozhodovacími uzly (měření výstupů a eskalace/intenzifikace) doporučuje dlouhodobě NICE a kanadský Quality Standard (NICE, 2005/2019; Ontario Health, 2020; CAMH, 2021). U dostupnosti ERP je jádro specifická ERP-kompetence; tam, kde chybí, lze terapeuticky vedenou iKBT – RCT a metaanalýzy prokazují klinicky významné efekty (Andersson et al., 2012; Kyrios et al., 2018; Pozza et al., 2014; de Mathis et al., 2023). Struktura iKBT má kopírovat standardní ERP: opakované expozice bez rituálů, domácí úkoly, krizový plán a pravidelný kontakt s terapeutem (de Mathis et al., 2023; Andersson et al., 2012).

Měření kvality (Y-BOCS/CGI každých 4–6 týdnů) a definované trajektorie změn (titrovat SSRI, přidat chybějící modalitu, zvýšit intenzitu ERP) jsou doporučeny pro zajištění účinnosti a hospodárnosti péče (NICE, 2005/2019; Ontario Health, 2020). Rodinná spolupráce s redukcí „family accommodation“ je standardní součástí ERP-plánu v evropských i brazilských doporučeních (DGPPN, 2023; de Mathis et al., 2023).

Legislativně-bezpečnostní rámec: off-label postupy (např. „mega-dávky“ SSRI, memantin/topiramát/pregabalin/amantadin, DBS) vyžadují informovaný souhlas, monitoraci a dokumentaci; DBS je dle britských doporučení vyhrazena pro těžkou chronickou rezistentní OCD a provádí se ve specializovaných centrech (NICE, 2021; Gadot et al., 2022; Abdulbaki et al., 2025).

Literatura:

Abdulbaki A, El Masri J, Ghazi M, Kahl KG, Mocking RJT, Salameh P, Schuurman R, Nuttin B, Krauss JK. Efficacy of deep brain stimulation for obsessive-compulsive disorder: umbrella review and updated meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2025 Sep;351:116651. doi: 10.1016/j.psychres.2025.116651. Epub 2025 Jul 23. PMID: 40780115.

Andersson E, Enander J, Andrén P, Hedman E, Ljótsson B, Hursti T, Bergström J, Kaldö V, Lindfors N, Andersson G, Rück C. Internet-based cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled trial. *Psychol Med.* 2012 Oct;42(10):2193-203. doi: 10.1017/S0033291712000244. Epub 2012 Feb 21. PMID: 22348650; PMCID: PMC3435873.

Bandelow B, Allgulander C, Baldwin DS, Costa DLDC, Denys D, Dilbaz N, Domschke K, Hollander E, Kasper S, Möller HJ, Eriksson E, Fineberg NA, Hättenschwiler J, Kaiya H, Karavaeva T, Katzman MA, Kim YK, Inoue T, Lim L, Masdrakis V, Menchón JM, Miguel EC, Nardi AE, Pallanti S, Perna G, Rujescu D, Starcevic V, Stein DJ, Tsai SJ, Van Ameringen M, Vasileva A, Wang Z, Zohar J. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders - Version 3. Part II: OCD and PTSD. *World J Biol Psychiatry.* 2023 Feb;24(2):118-134. doi: 10.1080/15622975.2022.2086296. Epub 2022 Jul 28. PMID: 35900217



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Brunelin J, Mondino M, Bation R, Palm U, Saoud M, Poulet E. Transcranial Direct Current Stimulation for Obsessive-Compulsive Disorder: A Systematic Review. *Brain Sci.* 2018 Feb 24;8(2):37. doi: 10.3390/brainsci8020037. PMID: 29495298; PMCID: PMC5836056.

Centre for Addiction and Mental Health (CAMH). Obsessive-Compulsive Disorder (OCD): Clinical guidance for professionals. Toronto: CAMH; 2021.

de Mathis MA, Chacon P, Boavista R, de Oliveira MVS, de Barros PMF, Echevarria MAN, Ferrão YA, Vattimo EFQ, Lopes AC, Torres AR, Diniz JB, Fontenelle L, do Rosário MC, Shavitt RG, da Silva RMF, Miguel EC, Costa DLDC. Brazilian research consortium on obsessive-compulsive spectrum disorders guidelines for the treatment of adult obsessive-compulsive disorder. Part II: Cognitive-Behavior Therapy treatment. *Braz J Psychiatry.* 2023 Sep 17;45(5):431–47. doi: 10.47626/1516-4446-2023-3081. Epub ahead of print. PMID: 37718254; PMCID: PMC10894635.

de Oliveira MVS, de Barros PMF, de Mathis MA, Boavista R, Chacon P, Echevarria MAN, Ferrão YA, Vattimo EFQ, Lopes AC, Torres AR, Diniz JB, Fontenelle LF, Rosário MCD, Shavitt RG, Miguel EC, da Silva RMF, Costa DLDC. Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders guidelines for the treatment of adult obsessive-compulsive disorder. Part I: pharmacological treatment. *Braz J Psychiatry.* 2023 May 11;45(2):146-161. doi: 10.47626/1516-4446-2022-2891. PMID: 36749887; PMCID: PMC10154009.

DGPPN. S3-Leitlinie Zwangsstörungen (Obsessive-Compulsive Disorder). Langfassung. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde; 2023.

Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, Langner R, Kichic R, Hajcak G, Salkovskis PM. The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychol Assess.* 2002 Dec;14(4):485-96. PMID: 12501574.

Gadot R, Najera R, Hirani S, Anand A, Storch E, Goodman WK, Shofty B, Sheth SA. Efficacy of deep brain stimulation for treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: systematic review and meta-analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2022 Sep 20;jnnp-2021-328738. doi: 10.1136/jnnp-2021-328738. Epub ahead of print. Erratum in: *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2023 Oct;94(10):e1. doi: 10.1136/jnnp-2021-328738corr1. PMID: 36127157.

Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry.* 1989 Nov;46(11):1006-11. doi: 10.1001/archpsyc.1989.01810110048007. PMID: 2684084.

Hadi F, Kashefinejad S, Kamalzadeh L, Hoobehfekar S, Shalbfan M. Glutamatergic medications as adjunctive therapy for moderate to severe obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pharmacol Toxicol.* 2021 Nov 4;22(1):69. doi: 10.1186/s40360-021-00534-6. PMID: 34736541; PMCID: PMC8569963.



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Kar SK, Agrawal A, Silva-Dos-Santos A, Gupta Y, Deng ZD. The Efficacy of Transcranial Magnetic Stimulation in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: An Umbrella Review of Meta-Analyses. *CNS Spectr.* 2024 Apr;29(2):109-118. doi: 10.1017/S1092852923006387. Epub 2023 Dec 6. PMID: 38053347; PMCID: PMC11524532.

Kyrios M, Ahern C, Fassnacht DB, Nedeljkovic M, Moulding R, Meyer D. Therapist-Assisted Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy Versus Progressive Relaxation in Obsessive-Compulsive Disorder: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res.* 2018 Aug 8;20(8):e242. doi: 10.2196/jmir.9566. PMID: 30089607; PMCID: PMC6105869.

Maiti R, Mishra A, Srinivasan A, Mishra BR. Pharmacological augmentation of serotonin reuptake inhibitors in patients with obsessive-compulsive disorder: A network meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2023 Jul;148(1):19-31. doi: 10.1111/acps.13568. Epub 2023 May 12. PMID: 37177823.

National Institute for Health and Care Excellence. Deep brain stimulation for obsessive-compulsive disorder (IPG693). London: NICE; 2021.

National Institute for Health and Care Excellence. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment (CG31). London: NICE; 2005. Updated 2019, Updated 2025.

Pozza A, Andersson G, Dèttore D. What does best evidence tell us about the efficacy of group cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder? Protocol for a systematic review and meta-analysis. *Psychol Res Behav Manag.* 2015 Aug 6;8:225-30. doi: 10.2147/PRBM.S83872. PMID: 26345233; PMCID: PMC4531017.

Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry.* 2010 Jan;15(1):53-63. doi: 10.1038/mp.2008.94. Epub 2008 Aug 26. PMID: 18725912; PMCID: PMC2797569.

Xie L, Hu P, Guo Z, Chen M, Wang X, Du X, Li Y, Chen B, Zhang J, Zhao W, Liu S. Immediate and long-term efficacy of transcranial direct current stimulation (tCDS) in obsessive-compulsive disorder, posttraumatic stress disorder and anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Transl Psychiatry.* 2024 Aug 25;14(1):343. doi: 10.1038/s41398-024-03053-0. PMID: 39183315; PMCID: PMC11345433.

Zisler EM, Meule A, Endres D, Schennach R, Jelinek L, Voderholzer U. Effects of inpatient, residential, and day-patient treatment on obsessive-compulsive symptoms in persons with obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2024 Aug;176:182-197. doi: 10.1016/j.jpsychires.2024.06.007. Epub 2024 Jun 6. PMID: 38875774.