

OBSEDANTNO-KOMPULZÍVNA PORUCHA

Branislav Moťovský

Psychiatrická klinika FN v Trenčíne

Obsedantno-kompulzívna porucha (v staršej terminológii obsedantná neuróza) patrí medzi najčastejšie duševné poruchy. Klinický obraz býva obvykle špecifický, no napriek tomu táto porucha zostáva u pacienta často nezistená alebo neadekvátne liečená. Zväčša má chronický priebeh. Optimálna liečba pre väčšinu pacientov spočíva v kombinácii psychoterapie a psychofarmakoterapie, súčasné algoritmy odporúčajú ako prvú voľbu inhibítory spätného vychytávania serotonínu (SSRI) a kognitívno-behaviorálnu psychoterapiu (KBT).

Kľúčové slová: inhibítory spätného vychytávania serotonínu, kognitívno-behaviorálna psychoterapia, obsedantne-kompulzívny syndróm, vyhýbavé správanie

OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

Obsessive-compulsive disorder (in older terminology obsessive neurosis) belongs to the most common mental diseases. Clinical picture is usually specific. Despite to it disease is in patient often not detected a not properly treated. It is usually chronic disorder. Optimal treatment for majority of patients is provided by combination of psychotherapy and psycho-pharmacotherapy. Current guidelines recommend as the drug of the first choice selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) and cognitive-behavioral psychotherapy (CBT).

Key words: selective serotonin reuptake inhibitors, cognitive-behavioral psychotherapy, obsessive-compulsive syndrome, avoiding behavior.

Ambulantná terapia, 2008, roč. 6 (3): 152–157

Úvod

Pôvodne sa predpokladalo, že obsedantno-kompulzívna porucha (*Obsessive-compulsive disorder*, OCD) je zriedkavá porucha. Súčasná epidemiologická údaje hovoria o celoživotnej prevalencii 1,9–2,5% (Weissman et al, 1994). Priebeh OCD je chronický, s obdobiami zlepšenia a zhoršenia, úplné vyliečenie nie je časté, približne 5% pacientov má medzi epizódami asymptomatické intervaly, 15% pacientov sa trvalo zhoršuje. OCD je častá u detí aj dospelých. Pomer výskytu u žien a mužov je rovnaký, podľa niektorých zdrojov sa vyskytuje častejšie u žien (1, 2). Porucha môže začať postupne aj náhle, asi v 50% prípadov jej predchádza stresujúca životná skúsenosť. Iba jedna tretina pacientov dosiahne spontánnu remisiu (3).

Podľa súčasného chápania predstavuje OCD **neuropsychiatrickú poruchu**, v ktorej etiológii zohrávajú podstatnú úlohu psychogénne a neuro-biologické vplyvy. V etiopatogenéze OCD sa zisťuje kľúčová rola **dysfunkcie okruhu kortex-striatum-talamus-kortex**, v ktorom obzvlášť dôležitú úlohu hrajú serotonínové a dopaminové receptory. Aj variácie génov týchto receptorov a imunitné mechanizmy môžu mať svoj etiopatogenetický podiel (Saint-Cyr et al, 1995; Graybiel 1998; Stein, Fineberg, 2007).

Podľa **kognitívno-behaviorálneho modelu** sú obsesie podmienenými reflexami; ak sa neutrálny podnet spojí s podnetom vyvolávajúcou úzkosťou, dochádza k vzniku úzkosti aj po podnete emočne neutrálnom. Kompulzie redukujú úzkosť, pacient sa nimi opakovane snaží zbaviť úzkosti, čo sa však darí len na malú chvíľu. Takto sa obsesie aj kompulzie udržiavajú a ešte viac fixujú. Automatické myšlienky (pôvodne „neškodné“ sa stávajú uvedomovanými, kontrolovanými a úzkostnými) aktivujú dysfunkčné

schémy, ktoré sú výsledkom výchovy a spoločenských noriem (podľa Salkovskis, 1989). Z **psychodynamického hľadiska** dochádza pri OCD k regresii z oidipálnej do análnej fázy psychosexuálneho vývoja a k ambivalencii emócií (láska, nenávisť). Nevedomé agresívne a sexuálne impulzy spôsobujú úzkosť, ktorej sa pacient snaží vyhnúť za pomoci obranných mechanizmov (Freud, 1973).

Klinický obraz a diagnostika

Obraz OCD jednej pacientky je popísaný v kazuistike. Podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH-10) sú **obsedantné myšlienky – obsesie** nápady, predstavy, impulzy, ktoré sa opakovane a stereotypne vtierajú do mysle pacienta. Takmer vždy sú pre pacienta intenzívne zaťažujúce a pacient sa snaží im čeliť, poväčšinou neúspešne. Uvedomuje si, že sú to jeho myšlienky, že patria jemu (na rozdiel od psychóz), uvedomuje si ako ho obťažujú a vadia mu, uvedomuje si ich prehnanosť alebo aj úplnú nezmyselnosť (príklad obsesie – nutkavá potreba pacienta dávať pozor, aby pri chôdzi po dlaždenom chodníku nestúpil na „čiaru“ – miesto kde sú dve dlaždice murivom na povrchu spojené).

Kompulzívne konanie – kompulzie – sú opakované, stereotypné konania, ktoré môžu na seba nadväzovať a vzniká rituál – komplex viacerých kompulzií. **Dôvodom vzniku kompulzie je úzkosť vyvolaná obsesiou**, ktorá pacienta vedie k nejakému konaniu, pacient má strach, že ak niečo neurobí, nepodnikne, nezabezpečí, tak sa stane niečo zlé jemu alebo iným; ale nemusí mať ani „racionálne“ vysvetlenie svojho strachu („neviem, prečo to robím...skrátka musím...“), len cíti úzkosť, keď kompulziu nerealizuje (napr. obsesia „čiaru medzi dlaždicami – nesmiem na ne stúpiť“, kompulzia – pri chôdzi po chodníku sústredene nohy

kladie len na dlaždice, aby nestúpil aj na čiary medzi nimi). Konkrétny obsah – tému obavy dáva obsesia. Pokiaľ sa pacient snaží kompulziu nevykonať, zabrániť jej, oddialiť ju alebo previesť v slabšej intenzite, začne pociťovať masívnu úzkosť (uvedomuje si nezmyselnosť „nestúpania“ na čiary – spomaľuje mu to chôdzu, okoloidúci si ho s prekvapením všimajú, preto sa prínúti chvíľu pozeráť pred seba a nie na chodník, čím ale stratí kontrolu nad chodníkom). Rýchlo narastá úzkosť, ktorá nakoniec pacienta donúti, aby kompulziu vykonal (rýchlo a silne narastajúca úzkosť ho prinúti, aby chodník opäť začal pohľadom kontrolovať a stúpať len na dlaždice a na čiary nie). Tým sa na chvíľu úzkosť zredukuje, no len na krátko, ďalšie objavujúce sa obsesie opäť spustia tento bludný kruh.

Existujú aj tzv. mentálne kompulzie, kedy kompulzívnym konaním je kompulzívne počítanie, vymenovávanie napríklad mien začínajúcich na E, kompulzívne modlenie, atď. Pacient sa snaží vyhnúť ľuďom, situáciám, miestam, ktoré majú nejakú súvislosť s konkrétnymi obsesiami a kompulziami – vzniká **vyhýbavé správanie**, čo pacientovi postupne zásadne obmedzí život (začne do práce chodiť veľkou okľukou po chodníku bez dlaždíc, takže musí o hodinu skôr vstávať, v zamestnaní sa snaží chodiť len výťahom, lebo na chodbách sú dlaždice príliš malé a teda chôdza po nich je veľmi obtiažna a zdĺhavá). Kompulzie poväčšinou nevedú k účelnej aktivite, nebývajú reálne v živote produktívne, neprispievajú k riešeniu nejakého problému – presne naopak: obsesie, kompulzie, vyhýbavé správanie a úzkosť pohlcujú pri boji pacienta s nimi mnoho času a energie, čo obmedzuje, alebo zabraňuje žiť pacientovi normálny, aktívny, profesne aj vzťahovo prirodzený život. Kompulzie nemusia mať priamy obsahový súvis s obsesiami.

Obsesie, kompulzie a vyhýbavé správanie majú v čase tendenciu rozširovať sa, čím postupne pohltia celý život pacienta, aj jeho blízkych (pre pacienta postupne už aj chôdza po parketách doma je problém kvôli čiaram, aj puklinám na chodníkoch, aj linoleám s náznakom lineárnej kresby, ale pridruží sa postupne aj obava, že niektoré chodníky nie sú dosť pevné a sú pre pacienta nebezpečné, postupne sa objavajú obavy, že aj niektoré stavby sú staticky nebezpečné a môžu spadnúť, lebo sú na nich náznaky puklín – najprv obchod, potom zamestnanie a nakoniec aj panelák, kde pacient žije, takže pacient sa doslova nemá kam pohnúť, prestane chodiť do práce, k lekárovi, prestane navštevovať svoje deti a býva najradšej v záhradkárskych chatkách bez kúrenia). Uvedomuje si nezmyselnosť a tragédiu tejto situácie, ale úzkosť z nevyhovenia obsesiám je silnejšia. Z dôvodu OCD sa často rapídne zhoršujú alebo aj končia medziľudské vzťahy, zhoršuje sa profesijný výkon a status pacienta, čo často vedie k invalidizácii.

Existuje mnoho konkrétnych obsesií a kompulzií, no niektoré sa pri OCD objavujú ako typické a obzvlášť časté. Klinickým pozorovaním, ale aj faktorovou analýzou sa vymedzili symptómové klastre OCD (Leckman et al, 2001): **symetria, precíznosť** (knihy na stole zarovnané v pravom uhle, papuče pri posteli uložené úplne rovnobežne, perfekcionistické dokumentácie informácií); **zhromažďovanie a zbieranie** (rôznych, aj nepotrebných/starých vecí); **kontaminácia** (špinou, mikróbmami, chemikáliami s následným opakovaným umývaním seba, vecí, práním – zo strachu z nákazy alebo znečistenia); **obava z ohrozenia seba alebo iných** (opakované kontrolovanie, či je doma vypnutý plyn, či je byt zamknutý s následným opakovaným kontrolovaním a uisťovaním sa; na prechode pre chodcov sa 30x pozrieť doľava aj doprava či nejde auto); k ostatným častým symptómom patria **sexuálne, náboženské, somatické** (dotýkanie sa), **muzikálne** (melódie, obsahy) (Stein et al 2001). Na tomto mieste je však potrebné pripomenúť, že slabé subsyndromálne obsesie a kompulzie môžu byť normálnym prejavom bežnej ľudskej existencie, pokiaľ nespôsobujú vážnejšiu úzkosť a vážnejšie neovplyvňujú bežný život.

Klinický obraz OCD je špecifický. Pokiaľ pacient v rozhovore vyrozpráva svoje ťažkosti, môže sa lekárovi (praktickí lekári, špecialisti, psychiatri) diagnóza OCD ponúkať pomerne rýchlo. Pacient však môže mať pocity hanby, viny, nenormálnosti, „šialenosti“ (napr. veriacemu sa vnucujú proti jeho vôli myšlienky, že Boh je zlý, alebo matka má nutkavý tlak povedať dieťaťu niečo vulgárne), pre ktoré má strach o tomto s lekárom hovoriť, alebo nemusí tieto symptómy detekovať ako niečo „neadekvátne, choré“. Hoci si pacient uvedomuje, že ho to obťažuje, veľmi mu komplikuje život a chcel by sa toho zbaviť, môže to považovať za bežný údel svojho života, za

„svoju nemennú“ časť psychiky, teda niečo, čo k lekárovi nepatrí a čo vlastne ani lekár nezvykne riešiť. Preto je dôležité, pokiaľ máme nejaké podozrenie, že by u nášho pacienta mohlo ísť o tento problém, priamo sa pacienta na tieto symptómy pýtať. V tabuľke 1 je odporučených 5 jednoduchých skriningových otázok. V prípade jednej pozitívnej odpovede je potrebné detailné vyšetrenie k potvrdeniu alebo vylúčeniu OCD. Tento *Zohar-Fineberg obsedantno-kompulzívny skrining* (Z-FOCS) (tabuľka 1) autori vytvorili ako pomôcku pre lekárov a zdravotné sestry. Pri rozhovore s pacientom zaberie menej ako minútu, samozrejme, nemôže nahradiť štandardné vyšetrenie, ale môže upozorniť, že u pacienta sa môže vyvíjať o obsedantno-kompulzívny syndróm. OCD zostáva často nespoznávaná, poddiagnostikovaná alebo neadekvátne liečená (2). Podľa Hollandera (1997) od vzniku symptómov k stanoveniu diagnózy ubehne v priemere 17 rokov.

Diferenciálna diagnóza a komorbidity

Pri Tourettovom syndróme sa obsedantno-kompulzívne symptómy vyskytujú až v 90 %, dve tretiny pacientov spĺňajú kritériá pre OCD. Hlavným rozlišovacím znakom sú motorické a vokálne tiky. OCD od ostatných úzkostných porúch možno odlíšiť podľa obsahovej stránky (3) (sociálna fobia – nutkavá úzkosť v sociálnych situáciách; špecifické fobie majú vysoko špecifický, konkrétny obsah úzkosti...). Obsesie a kompulzie sa od psychotických porúch myslenia (bludy) a konania odlišujú náhľadom na chorobnosť týchto symptómov – pacientom s OCD tieto symptómy vadia, sú egodystónne, kým pri psychóze nie (hoci aj pri schizofrénii niekedy pacient vníma nepríjemné obsesie ako niečo, čo k nemu nepatrí a vadí mu, kým k bludným obsahom má iný postoj). OCD sa

často vyskytuje spolu s inými duševnými poruchami – špecifické fobie 22 %, sociálna fobia 18 %, poruchy príjmu potravy 17 %, alkoholová závislosť 14 %, panická porucha 12 %, Tourettov syndróm 7 % (Piggot et al, 1994). Depresívna porucha sa niekedy v živote u pacientov s OCD vyskytne až v 67 % (Piggot et al, 1994; Denys et al, 2004). Takáto depresia reaguje podobne ako OCD na liečbu SSRI a klomipramínom, ale nie na liečbu ostatnými tricyklickými antidepresívami. Na druhej strane, recidivujúca depresívna porucha (aj endogenomorfná) môže mať vo svojom obraze popri depresívnom syndróme obsedantno-kompulzívne symptómy, ktoré ustupujú a znovu sa objavujú s depresívnymi epizódami.

Anankastická porucha osobnosti (v americkej klasifikácii DSM-IV je synonymom pre túto poruchu obsedantno-kompulzívna porucha osobnosti) sa od obsedantno-kompulzívnej poruchy odlišuje tým, že pri nej nie sú prítomné obsesie a kompulzie. Kým pri OCD sú obsesie a kompulzie vnímané egodystónne (vadia pacientovi, chce sa ich zbaviť), pri anankastickej poruche osobnosti sú egosyntónne, dotýčaj sa ich a považuje obavy a neistoty za opodstatnené, stotožňuje sa s nimi a obvykle nie sú zaťažujúce takou silnou úzkosťou. Obe sa môžu vyskytovať komorbídne (4). Samozrejme, rozdiel medzi OCD a anankastickou

Tabuľka 1. Obsedantno-kompulzívny skrining podľa Zohar-Fineberg (Z-FOCS):

1. Umývate sa často alebo často periete?
2. Často kontrolujete veci, situácie?
3. Máte nejaké myšlienky, ktoré vás obťažujú a ktorých by ste sa chceli zbaviť, ale nedarí sa vám to?
4. Trvá vám dlho ukončenie bežných aktivít?
5. Robíte si starosti, alebo príliš sa zaoberáte usporiadanosťou a súmernosťou?

© Joseph Zohar and Naomi A. Fineberg, 2006.

Tabuľka 2. Obsedantno-kompulzívne spektrum (podľa Hollander a Wong, 1995)

I. Obsedantné	Dysmorfofobia Depersonalizačný syndróm Schizo-obsedantná forma schizofrénie Hypochondrická porucha Mentálna anorexia Syndróm nutkavého prejedania sa
II. Impulzívne	Patologické hráčstvo Pyrománia Kleptománia Trichotilománia Kompulzívne nakupovanie Sexuálne kompulzie Sebapoškodzujúce správanie
III. Neurologické (záchvatovité)	Autizmus Aspergerova choroba Tourettov syndróm Sydenhamova choroba Huntingtonova choroba Torticollis Niektoré typy epilepsie

poruchou osobnosti je podstatne viac, ide v zásade o rozdielne poruchy, vyžadujúce aj rozdielnu liečbu. Anankastická porucha osobnosti nedosahuje až v takej miere intenzitu úzkosti a prehnanosť obáv ako je tomu pri OCD.

Obsedantno-kompulzívne spektrum, OCS (Hollander, 1996) (tabuľka 2).

Do OC spektra patria niektoré duševné a neurologické poruchy, u ktorých sa vyskytujú nutkavé myšlienky a konanie. OC spektrum rozdeľujeme na skupinu obsedantnú (kompulzívnu), impulzívnu a skupinu neurologických porúch (tabuľka 2). Impulzivnosť a kompulzivnosť majú spoločnú nutkavosť, naliehavosť, „pnutie“, ktoré vedie k určitému konaniu. Kompulzie sú nepríjemné v celom priebehu a predstavujú nadmerné, prehnané vyhýbanie sa určitému riziku, ohrozeniu. Naopak impulzívne konanie môže byť na začiatku príjemné, pacient s pozitívnym pocitom očakáva takéto konanie, pričom podceňuje dôsledky tohto konania (napr. patologickí hráči, pyromani). Samozrejme, poruchy z OC spektra nie sú výlučne kompulzívne alebo impulzívne, existuje impulzívno-kompulzívne kontinuum, kde na kompulzívnom póle je OCD, na impulzívnom impulzívna porucha osobnosti. Hypochondrická, telesná dysmorfická porucha a mentálna anorexia sú skôr bližšie k OCD pólu, kým sexuálne kompulzie, patologické hráčstvo, trichotillománia sú bližšie k impulzívne pólu; Tourettov syndróm a depersonalizačná porucha približne v strede. Poruchy a choroby v OC spektre majú spoločné niektoré symptómy, etiologické a neurobiologické činitele, a tiež pozitívnu odpoveď na SSRI a KBT.

Liečba OCD

Optimálna liečba by mala zahŕňať kombináciu psychofarmakoterapie a kognitívne-behaviorálnej psychoterapie.

Pri psychofarmakoterapii klinická skúsenosť, ako aj dôkazy (klinické štúdie) ukazujú, že pri OCD majú najlepší terapeutický efekt látky s podstatnou schopnosťou inhibovať v synapsiách spätné vychytávanie serotonínu (*serotonin reuptake inhibitors*, SRI) a tým zvyšovať koncentráciu serotonínu v synapsiách. K SRI patria antidepresíva – inhibitory spätného vychytávania serotonínu (*selective serotonin reuptake inhibitors*, SSRI) a klomipramín. V tomto zmysle možno zaradiť k SRI aj novšie antidepresíva venlafaxín (*inhibitor reuptake serotonínu a noradrenalínu*, SNRI), ktorý má tiež svoje miesto v algoritmoch liečby OCD.

Prvým psychofarmakom s overenou a dodnes akceptovanou účinnosťou pri liečbe OCD bol v 60. rokoch minulého storočia **klomipramín** patriaci do skupiny tricyklických antidepresív (TCA), čiže antidepresív I. generácie. V rámci tejto skupiny má svoje „unikátne postavenie“ – najviac ovplyvňuje serotonín-

Tabuľka 3. Dávkovanie SSRI pri obsedantno-kompulzívnej poruche.

SSRI	Počiatková dávka (mg/deň) ^a	Obvyklá dávka (mg/deň)	Obvyklá maximálna dávka (mg/deň)	Občas – maximálna dávka presahujúca najvyšší definovaný limit (mg/deň) ^b
Citalopram	20	40 – 60	80	120
Escitalopram	10	20	40	60
Fluoxetín	20	40 – 60	80	120
Fluvoxamín	50	200	300	450
Paroxetín	20	40 – 60	60	100
Sertralín	50	200	200	400

a – zároveň je to dávka, o ktorú možno zvyšovať celkovú dennú dávku
b – pozri v texte tohto článku

Podľa American Psychiatric Association – Practice Guideline for the Treatment of Patients With Obsessive-Compulsive Disorder; 2007. Copyright © 2008 American Psychiatric Publishing, Inc. All Rights Reserved.

gnú transmisii blokádou reuptake serotonínu (popri menej intenzívnej noradrenergnej transmisii blokádou reuptake noradrenalínu) v porovnaní s ostatnými TCA, u ktorých efekt pri liečbe OCD neočakávame (nortriptylín, desipramín, maprotilín s prevahou reuptake noradrenalínu; imipramín, dosulepín a amitriptylín – reuptake serotonínu a noradrenalínu vyrovnaný). Popri tom má klomipramín aj účinok anticholinergný, adrenergický a antihistaminový. Z tohto farmakologického profilu vyplývajú aj jeho nežiaduce účinky (NÚ) (obdobne ako pri ostatných TCA) – *anticholinergné NÚ*: tachykardia, obštipácia, poruchy močenia s retenciou moču, suchosť slizníc, obzvlášť dutiny ústnej, porucha očnej akomodácie s rozmazaným videním, zvýšenie vnútroočného tlaku a dekompenzácia glaukómu, anticholinergné delírium, mnestické poruchy; *antihistaminové NÚ*: ospalosť, hyperorexia a príberanie na váhe; *adrenolytické* (blokáda alfa1 adrenoceptorov) + *noradrenergné NÚ*: reflexná tachykardia, posturálna hypotenzia, tremor, sexuálne dysfunkcie; *serotonínergné NÚ*: nauzea, hnačka, vomitus, sexuálne dysfunkcie, insomnie, agitovanosť. TCA majú aj určitý epileptogénny potenciál a sú kardiotoxické. Predávkovanie TCA býva závažné (5, 6, 7). Pri klomipramíne je možný aj intravenózný spôsob podania. Nevýhodou klomipramínu oproti SSRI je aj jeho postupná a dlhšia titrácia (z 25 mg pro die) do odporučených dávok 100–250 mg pro die, maximálne dávky do 500 ng/mL klomipramínu a desmetylklomipramínu v plazme (8). Klomipramín má relevantné farmakologické interakcie a je inhibítorom CYP2D6. Pokiaľ ide o účinnosť klomipramínu v porovnaní s SSRI, predpokladalo sa, že účinnosť klomipramínu je o niečo vyššia, na čo poukázali aj metanalýzy placebo kontrolovaných štúdií (Greist et al, 1995). Ale head-to-head štúdie porovnávajúce priamo SSRI a klomipramín nepotvrdili tento predpoklad (8).

Inhibitory spätného vychytávania serotonínu (SSRI) sa označujú aj ako antidepresíva III. generácie. V tabuľke 3 sú jednotlivé SSRI a s ich dávkovaním (podľa APA, 2007). Podľa niektorých zdrojov (Bejerot

et Bodland, 1998), ale aj podľa odporúčení Americkej psychiatickej asociácie, pri rezistencii a dobrej tolerancii maximálnych dávok, ale aj u rýchlych metabolizérov, možno zvýšiť dávkovanie SSRI nad oficiálne limity a očakávať prelomenie terapeutickú rezistencie. Okrem inhibície reuptake serotonínu neovplyvňujú SSRI podstatnejšie ostatné neurotransmiterové systémy (histaminový, cholinergný, adrenergný), majú teda podstatne menej nežiaducich účinkov ako klomipramín, sú lepšie tolerované a bezpečnejšie.

Nežiaduce účinky SSRI vyplývajú zo *serotonínergného pôsobenia*: sexuálne (pokles libida, oneskorená ejakulácia alebo jej chýbanie, anorgazmia), gastrointestinálne (nauzea, vomitus, hnačka, pokles chuti do jedla), insomnie, resp. aj ospalosť, tenzia, agitovanosť, cefalea. Jediný paroxetín má spomedzi SSRI stredne silné anticholinergné NÚ (5, 6, 7). SSRI sú podstatne lepšie pacientmi tolerované ako klomipramín, zlepšuje sa ich kompliance – v klinických štúdiách s SSRI sa predčasné ukončenie pre NÚ objavuje v 5–15%. Klomipramín je zaťažený častejším výskytom sexuálnych NÚ (až do 80%) ako u SSRI, kde sa vyskytujú asi v 30% (Monteiro et al, 1987). SSRI nie sú kardiotoxické, pri predávkovaní sú podstatne bezpečnejšie ako klomipramín. Izoenzýmy P450 2D6 bývajú inhibované fluoxetínom, paroxetínom a mierne aj sertralínom, čím vznikajú interakcie s tricyklickými antidepresívami, antipsychotikami, antiarytmikami a beta-blokátormi. Fluvoxamín inhibuje izoenzymy CYP 1A2 a 3A4, ktoré eliminujú warfarín, tricyklická, benzodiazepíny a niektoré antiarytmiká. Citalopram a escitalopram prakticky neovplyvňujú cytochróm P450 (2, 5, 6, 7). Podľa niektorých zdrojov (Bairry et al, 2007) sa užívanie fluoxetínu v gravidite ukazuje ako relatívne bezpečné; pokiaľ ide o riziko teratogenity pri užívaní SSRI počas gravidity, podľa FDA patria fluoxetín a sertralín do kategórie B (Bazire, 2005). Samozrejme, pokiaľ to nie je nevyhnutné, v gravidite by antidepresíva nemali byť podávané. Nežiaduce účinky vyššie popísaných liekov majú po začatí liečby tendenciu ustupovať (v priebehu dní až týždňov), až vymiznúť. Najčastejšie

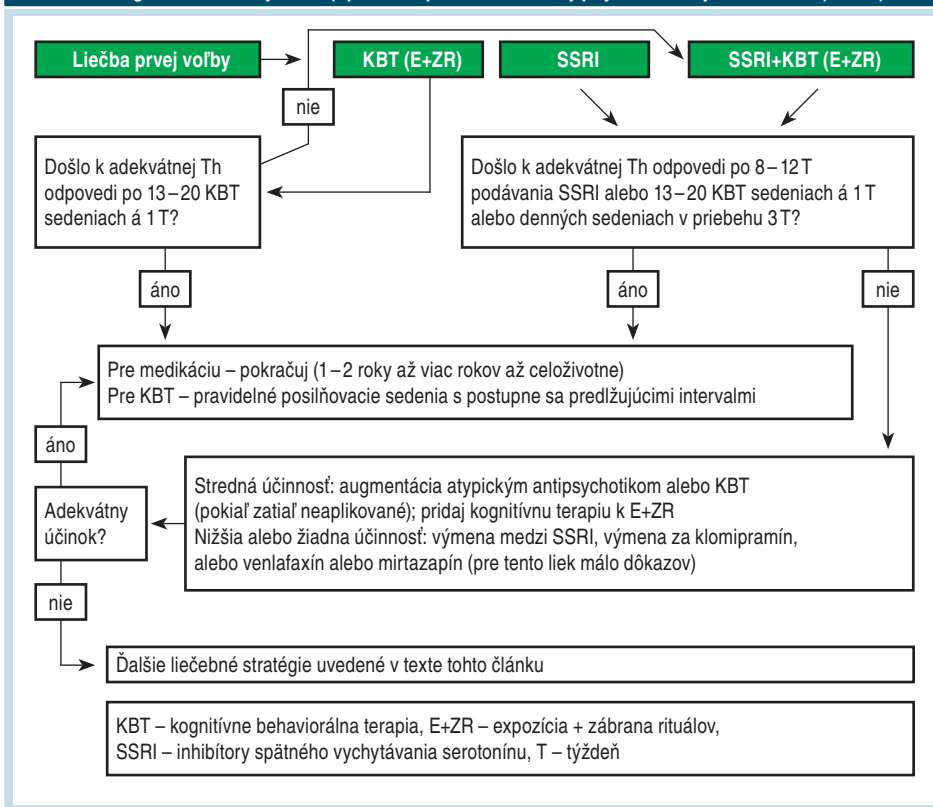
pretrvávajúce nežiaduce účinky SSRI sú sexuálne dysfunkcie, ktoré sa však dajú pozitívne ovplyvniť. Hoci všetky farmaká zo skupiny SSRI sú pri OCD porovnateľne účinné, konkrétny pacient môže mať lepšiu klinickú odpoveď na jeden liek zo skupiny SSRI a na iný z tej istej skupiny nie.

Nástup účinku antidepresív pri OCD je pomalší ako pri liečbe depresie a účinné sú obvykle vyššie dávky antidepresív ako pri liečbe depresie. Na hodnotenie závažnosti OCD ako aj efektivity liečby OCD sa používa *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS) – rozmedzia závažnosti tejto škály: skóre 0 – 7: subklinická forma; 8 – 15: mierna; 16 – 23: stredne ťažká; 24 – 31: ťažká; 32 – 40: veľmi ťažká OCD. V tabuľke 4 je v stručnosti znázornený algoritmus liečby OCD podľa Americkéj psychiatickej asociácie (APA) (iné národné algoritmy s určitými výnimkami sú podobné). Adekvátna liečba pred zhodnotením jej účinnosti alebo neúčinnosti by mala predstavovať obdobie 10–12 týždňov (akútna fáza liečby) podávania maximálne tolerovanej dávky (v rámci povoleného dávkovania) SSRI alebo klomipramínu, pričom 4 – 6 týždňov z toho by mala byť podávaná maximálna (tolerovateľná) dáva. Ak je farmakoterapia kombinovaná s KBT (alebo len KBT samotná), tak táto by mala byť aplikovaná nasledovne: jedno sedenie 1 x týždenne po dobu 13 – 20 týždňov alebo 3 týždne s každodenným terapeutickým sedením (8). Takéto dlhé obdobie je nevyhnutné, lebo až 20% pacientov reaguje na antidepresívum až po 8 týždňoch a asi 20% pacientov reaguje až na ďalšie podávané SSRI (Albert et al, 2002). Pri OCD podľa všeobecného odborného názoru pokles v skórovaní Y-BOCS o 25% oproti začatiu liečby sa považuje za klinicky relevantné zlepšenie, čo sa podarí dosiahnuť (v klinických, placebom kontrolovaných štúdiách) u približne 30 – 60% pacientov v priebehu akútnej fázy trvajúcej 10 – 12 týždňov (Fineberg, Gale; 2005).

Liečebnou stratégiou 1. voľby sú SSRI + KBT, alebo samotná KBT (bez farmakoterapie len pri ľahších formách), alebo len SSRI v trvaní v akútnej fáze ako je popísané vyššie.

Pokiaľ sa objaví efekt, t. j. pokles počtu a intenzity symptómov a dôjde k výraznému zlepšeniu alebo úplnej remisii, vo farmakoterapii je nutné pokračovať 1–2 roky v dávkach ako pri akútnej liečbe (následne len s veľmi pomalým a stupňovitým niekoľkokomesačným vysadzovaním) a v KBT v posilňovacích sedeniach s postupne znižujúcou sa frekvenciou sedení. Pri chronickom priebehu OCD s parciálnymi remisiami, čo je častejšia a pravdepodobnejšia situácia (Pinto et al, 2006), je nutné počítať s dlhodobou, niekoľkoročnou aj celoživotnou liečbou. Remisiu pri liečbe SSRI dosiahne približne 50% pacientov, no pri rôznych štúdiách bola stanovená aj rôzna hranica remisie, pri niektorých bol za remisiu považovaný pokles skóre v Y-BOCS na 16 a menej, kým ďalšie štúdie boli strikt-

Tabuľka 4. Algoritmus liečby OCD (upravené podľa Americkéj psychiatickej asociácie) 2007



nejšie – pokles na 7 a menej (Simpson et al 2006; Sreini et al 2007). K relapsu dochádza po vysadení lieku po ročnej medikamentóznej liečbe až u 90% pacientov (Pat et al, 1988). Niektorí autori však poukazujú na fakt, že pri hodnotení efektivity liečby môže ísť o skreslenie smerom k menej optimistickejšiemu výsledkom, nakoľko mnoho štúdií sa robilo na špecializovaných pracoviskách, kde boli liečení pacienti práve s určitou mierou terapeutickú rezistencie (2, 3, 8). K prediktorom nedostatočnej terapeutickú odozvy na liečbu SSRI a klomipramínom patria: zhromažďujúce rituály, komorbidné tiky, schizotypová porucha osobnosti (ale aj akákoľvek porucha osobnosti), očistné rituály, rodinná anamnéza, ťažší priebeh poruchy (intenzívnejšie vyjadrené symptómy, chronicita, potreby hospitalizácií, dĺžka trvania poruchy, skorší vznik poruchy) (Pigott a Seay, 1997; 2).

Ak je liečba prvej voľby neefektívna alebo nedostatočná, pristúpi sa k ďalším terapeutickým postupom. V krátkosti povedané, ide o nasledujúce kroky (8, 7, 2, 3): ak v prvej voľbe nebola použitá behaviorálna psychoterapia alebo KBT, je potrebné ich skombinovať s už stávajúcou liečbou; výmena jedného SSRI za druhé (aj viac pokusov – 25% šanca terapeutického úspechu – Goodman et al, 1997), alebo za klomipramín (opäť čakať 10–12 týždňov); augmentácia (pridanie lieku k SSRI alebo klomipramínu) nižšou až strednou dávkou atypického antipsychotika (AAP) – risperidon, olanzapín, quetiapín; výmena SRI za venlafaxín, ktorý je inhibítorom spätného vychytávania serotonínu aj noradrenalinu,

resp. vo vysokých dávkach aj dopamínu), kombinácia SSRI + klomipramín, i. v. podávanie klomipramínu, augmentácia haloperidolom.

Po vyčerpaní týchto krokov možno zvažovať ďalšie liečebné stratégie (no s malou silou dôkazov o ich účinnosti, niektoré zdroje o nich tvrdia, že sú neúčinné) – monoterapia amfetamínom, tramadolom, alebo ondansetronom, alebo liečba inhibítormi monoaminoxidázy, či augmentácia už existujúcej liečby buspironom, pindololom, lítium (Pigott et al, 1991), morfínom, inositolom, topiramátom, riluzolom, memantinom (Poyurovsky et al 2005), trazodonom a tryptofanom (Nierenberg et al, 1994; Rasmussen, 1984). Vzhľadom na určitú súvislosť medzi obsedantno-kompulzívnou symptomatikou a infekciou hemolytickými streptokokmi A a B u detí sa skúšal i. v. imunoglobulín a plazmaferéza, kde bol popísaný efekt (Perlmutter et al, 1999; Allen et al, 1995). Po vyčerpaní liečby prvej a druhej voľby je nutné zvážiť ECT, transkraniálnu magnetickú stimuláciu, hlbokú mozgovú stimuláciu alebo ablatívnu neurochirurgiu (v úplne rezistentných, ťažkých a zásadne život znebezpečujúcich prípadoch).

Psychoterapia OCD má rovnakú dôležitosť ako farmakoterapia. Vzhľadom na rozsah tejto témy bude v krátkosti predstavená **behaviorálna liečba OCD**, nakoľko v porovnaní s ostatnými psychoterapeutickými postupmi je v určitom zmysle „jednoduchšia“ a s ohľadom na náročnosť psychoterapeutického vzdelania a výcviku terapeuta ľahšie realizovateľná. Behaviorálna liečba je súčasťou komplexnej kogni-

tívno-behaviorálnej psychoterapie, v nasledujúcom texte bude prevažne dôraz na behaviorálnu „časť“ tohto širšieho (a na vzdelanie náročnejšieho) psychoterapeutického prístupu.

Kognitívno-behaviorálna terapia (9, 10, 3, 2, 8). Psychoterapiu OCD je možné realizovať poväčšinou ambulantne. V porovnaní s inými duševnými poruchami, pri OCD sú sedenia na začiatku o častejšie a dlhšie (3–5 x týždenne, sedenia môžu trvať 2–3 hodiny). Expozícia *in vivo* spolu so zábranou rituálov spočíva vo vystavení pacienta reálnej úzkostnej situácii so zabránením vykonania kompulzie, expoziícia trvá až dovtedy, kým spontánne úzkosť nestratí na intenzite (čo môže trvať aj 3 hodiny). Napríklad pri kontaminačných obsesiách a kompulziách (napr. opakované a desiatky minút trvajúce umývanie rúk cca každé 2 hodiny) pacient dostane za úlohu neumyť si ruky a v prítomnosti terapeuta vyčakať na spontánny ústup úzkosti. Je pri tom dôležité, aby ho terapeut udržoval pri obsedantnej téme, aby myšlienkami neunikal k iným témam (o jeho rodine, o počasí...). Tým pádom by šlo opäť o vyhýbavé správanie (mentálne) a účinnosť expoziície by sa negovala. Pacient musí opäť zažiť (po rokoch trvania poruchy), že ak nevyhovie obsesii (som špinavý, musím sa umyť..., lebo ochorím na vážnu infekčnú chorobu) kompulziou (50x za sebou umyť ruky mydlom a opláchnuť), tak úzkosť sa nebude zvyšovať donekonečna, dosiahne svoj vrchol a po určitej dobe (minútach, hodinách) začne spontánne klesať. Ak to pacient vydrží, bude sa cítiť rovnako (čo sa týka intenzity úzkosti), ako keby nutkaniu vyhovel, ale nere realizoval kompulziu. V tomto pokračuje aj doma po skončení sedenia. Na sedení terapeut s pacientom presne dohodne ako často, kde, ako dlho a koľkokrát bude v expoziiciách medzi sedeniami pokračovať. Terapeut by mal sám ísť príkladom, napríklad chytiť dlaňou kľučku a potom si ňou prejsť po tvári, aby pacient videl, že to, čo sa po ňom žiada nie je nebezpečné. Na začiatku terapie sa urobí „inventár“ obsesií a kompulzií a zoradí podľa intenzity úzkosti. Pri expoziícii sa začína s ľahšími situáciami, po čase, keď ich zvládne tak, že úzkosť pri nich podstatne klesne (čo môže trvať niekoľko sedení), prechádza sa k ťažšej situácii (úzkostnejšej obsesii). Spočiatku možno napríklad zredukovať počet umývaní rúk z 50 na 30 opakovaní. Keď to začne pacient zvládať s podstatne slabšou úzkosťou, prejdeme na 15 opakovaní, atď.

Pri expoziiciách sa úspechy s poklesom úzkosti generalizujú aj na ostatné obsesie a kompulzie (ak pacient zvláda v expoziiciách umývanie rúk, tak spontánne začne ustupovať aj nadmerné sprchovanie detí, umývanie topánok, požívanie zásadne len lúpaného ovocia...). Samozrejme na sedení nebudeme postupne preberať všetky obávané situácie, no v pokročilejšom štádiu liečby by už pacient v bežnom živote mal ísť do expoziície voči všetkým obsesiám, ktoré má a po ukončení terapie si musí tento „štandard“ udržiavať (ale už

Kazuistika

27-ročná, vydatá žena, matka 2 detí, stredoškolsky vzdelaná, bez pozitívnej psychiatrickej rodinnej anamnézy, s ťažkou OCD, doposiaľ neliečená. Matka pacientky dôraznejšie dbala na hygienu a bola k deťom dosť kritická. Pacientka má asi 10 rokov postupne silnejšie a rozrastajúce sa ťažkosti: nadmerne sa obáva infekčného ochorenia u seba, detí aj manžela (hepatitída, HIV, zápal mozgových blán, alebo iná nebezpečná infekcia). Z tohto dôvodu si v súčasnosti umýva ruky asi 10 x denne, obvykle to trvá 15 minút, lebo si nie je istá, či sa dôkladne umyla. Následkom toho má zodranú kožu na rukách, v minulosti dostala (paradoxne) na takto oslabenom teréne aj infekciu. Nikto v rodine nesmie nosiť nohavice ani iné oblečenie dlhšie ako jeden deň, veľa perie, no po vypratí bielizne pri vyberaní z práčky má pocit, že sa bielizňou dotkla dlážky, takže obvykle pranie opakuje aj 3 x. Nemôže variť ani natrieť chlieb maslom, lebo to trvá aj hodinu – má pocit, že sa dotkla rukami (už umytými) chleba, zeleniny, takže to musí vyhodiť a začať znova. Pri čistení zemiakov opakovane ich viac a viac šúpe, lebo má pocit, že predošlá vrstva skontaminovala tú hlbšiu, takže väčšinu zemiakov „úplne sfrézuje“, alebo ich vyhodí. Uvaríť polievku jej trvá aj 4 hodiny. Deti aj manžel sa stravujú mimo domova, čo jej však vadí. Akonáhle niekto príde domov, umyje topánky, následne dlážku v predsieni, ale „postupnou kontamináciou“ sa dostane až do haly a kuchyne, niekedy musí umyť dlážku v celom byte. Má strach, že deti ochorejú na infekčnú chorobu jej chybou – „zanedbaním“ hygieny, čo by si veľmi vyčítala: „Neprežila by som tie výčitky.“ Deťom nedovolí hrať sa von, lebo môžu prísť do kontaktu s ťulavými psami alebo mačkami. Pacientka nechodí do obchodu, lebo by sa mohla obtrieť o infekčného bezdomovca alebo menej hygienicky udržiavaného človeka. Vlastne už rok neopúšťa byt (riziko infekcie mimo domova), prišla preto aj o prácu. Od manžela pred milovaním vyžadovala 3 x sa osprchovať a po milovaní tiež. Aj napriek tomu sa počas sexuálneho aktu cítila napätá z pocitu „nehygienickosti“ (pot, sliny, sperma...). Manžel aj deti boli jej požiadavkami terorizovaní, požadovala od nich rovnakú „dôslednosť a obozretnosť“ vo vyššie uvedených situáciách. Následkom takejto existencie bolo rozpadajúce sa manželstvo a oslabujúci sa vzťah s deťmi. Pacientka si v prevažnej miere uvedomovala premštenosť svojich obáv a nezmyselnosť jej konania, no aj tak pod tlakom – ako sama povedala – „prišernej úzkosti z ktorej by sa za pár minút zbláznila“, trávil takmer celý deň vo svojich rituáloch a na bežný život jej už nezostal čas. „Toto svinstvo (OCD) mi zničilo život...“

bez úzkosti, alebo s podstatne redukovanou úzkosťou). Inak hrozí, že obsesie sa začnú znova rozrastať.

Veľmi dôležitá je **edukácia** pacienta a event. podľa zväzenia u konkrétneho pacienta aj jeho rodiny o poruche, ako vzniká (z behaviorálneho hľadiska sa ju pacient „naučil“ tým, že postupne vznikajúcim obsesiám vyhovel kompulziou), o možnostiach liečby medikamentózne a psychoterapeutickej, o tom, že v začiatkoch pri expoziiciách sa jeho stav prechodne môže zhoršiť, o rizikosti užívania benzodiazepínov, o riziku relapsu a ako ho minimalizovať. Pacient a jeho príbuzní by mali dostať kvalitný edukačný leták. Pacient môže byť liečený aj **expoziíou v imagináciách** (predovšetkým ak *in vivo* nemožno realizovať; už spomínaná obsesia – strach zo zrútenia budovy...). Veľmi dôležitý je nácvik relaxačných cvičení – **autogénny tréning**, **Jacobsonova svalová relaxácia**. V rámci komplexnej KBT sa robí kognitívna reštrukturalizácia, Stop technika, plánovanie času, riešenie problémov, práca s dysfunkčnými kogníciami a jadrovými presvedčeniami. Efektívnosť KBT je porovnateľná s farmakoterapiou a je udávaná okolo 75 – 80%, po jej ukončení efekt pretr-

váva, na rozdiel od medikamentózne liečby. Vzhľadom na náročnosť pre pacienta, túto liečbu odmieta alebo neukončí 30 – 50% pacientov. Po skončení akútnej liečby sa pokračuje v stabilizačných a udržiavacích sedeniach, ktorých intervaly sa postupne predlžujú. Štandardné terapeutické postupy odporúčajú pre väčšinu pacientov s OCD kombináciu KBT + SSRI/klomipramín (Greist et al, 2003; Simpson et al, 1999). KBT má spomedzi všetkých psychoterapeutických smerov pre liečbu OCD najviac dôkazov. **Psychodynamická psychoterapia** nemá dostatok kontrolovaných štúdií pre liečbu OCD, no môže byť užitočná predovšetkým pri rezistencii, pri interpersonálnych problémoch (aj sekundárnych – ako následok OCD), pri vystopovaní spúšťačov dekompenzácií a sekundárnych ziskov, a pri „rizikovej“ osobnostnej štruktúre (11).



MUDr. Branislav Moťovský

Psychiatrická klinika FN v Trenčíne
Legionárska 28, 911 01 Trenčín
e-mail: motovskybr@stonline.sk

Literatúra

- Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy, 2. vydání. Praha: Maxdorf 2002.
- Stein DJ, Fineberg NA. Obsessive-compulsive disorder. Oxford: Oxford University Press 2007.
- Kosová J, Pašková B. Obsedantně kompulzivní porucha. In: Seifertová D, Praško J, Höschl C. (Eds) Postupy v léčbě psychických poruch. Praha: Academia Medica Pragensis 2005.
- Praško J. Poruchy osobnosti. Praha: Portál 2003.
- Benkert O, Hippus H et al. Průručka psychiatrické farmakoterapie. Trenčín: Vydavateľstvo F 2002.
- Švestka J. Antidepressiva. In Höschl C, Libiger J, Švestka J. (Eds) Psychiatrie, 2. vydání. Praha: Tigis 2004.
- Bazire S. Psychotropic drug directory 2005. Salisbury: Fivepin Limited 2005.
- Lorin MK et al. Work Group on OCD. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Obsessive-Compulsive disorder, 2007. American Psychiatric Association. American Psychiatric Publishing 2008.
- Silva P, Rachman S. Obsessive Compulsive Disorders: The Facts. Oxford: Oxford University Press 1998.
- Možný P, Praško J. Kognitívno-behaviorální terapie – úvod do teorie a praxe. Praha: Triton 1999.
- Gabbard OG. Psychodynamic psychiatry in clinical practice, third edition. American Psychiatric Press 2000.