
Farmakoterapia oparta na dowodach i inne metody terapeutyczne stosowane w leczeniu zespołu natręctw

Andreas Kordon, Bartosz Zurowski, Karina Wahl, Frite Hohagen

Nervenarzt 2011,82:319–324

W metaanalizach randomizowanych badań kontrolowanych jednoznacznie wykazano, że w leczeniu OCD lekiem pierwszego rzutu są selektywne inhibitory wychwyty serotoniny (SSRI), podczas gdy terapia poznawczo-behawioralna jest metodą terapeutyczną pierwszego rzutu. Również niektóre z zaleceń rekomendują SSRI jako leki pierwszego rzutu w terapii OCD. Przy czym SSRI powinny być stosowane w dużych dawkach i dłużej niż na przykład w leczeniu depresji. W przypadku OCD opornego na leczenie należy starannie zebrać wywiad dotyczący farmakoterapii i ustalić jak dotychczasowe leczenie ma się do wytycznych zawartych w zaleceniach. Leki przeciwpsychotyczne (risperydon, kwetiapina, haloperidol) zaleca się do potencjalizacji, jako substancje pierwszego rzutu. U pacjentów cierpiących na OCD, u których nie uzyskano odpowiedzi na leczenie różnymi lekami z grupy SSRI ani na potencjalizację oraz skojarzenie z terapią poznawczo-behawioralną, można rozważyć zastosowanie innych zabiegów, takich jak głęboka stymulacja mózgu.

Słowa kluczowe: medycyna oparta na dowodach, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny, potencjalizacja, głęboka stymulacja mózgu

W leczeniu zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego udowodniono skuteczność dwóch rodzajów terapii: leczenia inhibitorami wychwyty zwrotnego serotoniny (SRI, klomipramina i selektywne SRI) oraz terapii poznawczo-behawioralnej (CBT). Terapia skojarzona jest korzystna w ostrej fazie leczenia, przy nasilonych objawach oraz przy współistniejącej depresji. W przypadkach nasilonej choroby i oporności na leczenie można rozważyć głęboką stymulację mózgu.

Terapia wyłącznie farmakologiczna, lekami z grupy SRI, jest wskazana w przypadkach, gdy pacjent nie zdecyduje się podjąć terapii poznawczo-behawioralnej lub nie jest ona dostępna z uwagi na długi czas oczekiwania, brak odpowiedniego zaplecza terapeutycznego albo w celu odpowiedniej redukcji objawów zwiększającej gotowość chorego do podjęcia terapii CBT. Terapia poznawczo-behawioralna powoduje zwykle lepszą i trwalszą poprawę objawową i dlatego jest uważana za złoty standard i zalecana jako terapia pierwszego rzutu. Dlatego za już rozpoczętym leczeniem farmakologicznym lekami z grupy SRI powinna możliwie zawsze

podążać terapia poznawczo-behawioralna. Celem leczenia jest poprawa w zakresie objawów OCD, funkcjonowania psycho-społecznego i jakości życia. W większości badań oceniana jest jednak głównie zmiana nasilenia objawów OCD. Stosuje się do tego półustrukuryzowany wywiad i skalę Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale) o udowodnionej przydatności. Z reguły o skuteczności terapii świadczy redukcja punktacji skali Y-BOCS o 25-30% i więcej w stosunku do wartości wyjściowej.

Z powodu pewnych trudności dotyczących bezpośredniego przełożenia wyników badań na codzienną praktykę kliniczną pomoc stanowią oficjalne zalecenia. Aktualnie z inicjatywy i ze wsparciem Niemieckiego Towarzystwa Psychiatrii, Psychoterapii i Leczenia Chorób Nerwowych (DGPPN) opracowywane są zalecenia S3 dotyczące leczenia OCD (S3 zaleca poprawność metodologiczną na podstawie systematycznego przeglądu piśmiennictwa naukowego). Jak dotąd w Stanach Zjednoczonych dostępne są zalecenia opracowane przez APA (American Psychiatric Association),⁵ a w Wielkiej Brytanii – przez National Collaborating

Adres do korespondencji: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität zu Lübeck, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck, Niemcy; e-mail: andreas.kordon@psychiatrie.uk-sh.de

Konflikt interesów. Autor zgłasza następujące związki z firmami: doradztwo dla AstraZeneca, Janssen-Cilag, Lundbeck, Servier, współfinansowanie badania naukowego firma Medtronic.

Centre for Mental Health.¹³ W zaleceniach NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) podejście metodyczne jest przejrzyste udokumentowane, dlatego te zalecenia wybrane zostały jako podstawa opracowania wyciecznych DGPPN.

W artykule wykorzystano przegląd piśmiennictwa i wynik prac nad zaleceniami przyjętymi w pierwszej połowie 2011 roku przy współpracy wszystkich zainteresowanych grup i stowarzyszeń.

Skuteczność SSRI

W badaniach skuteczności SSRI stwierdzono, że leki z tej grupy (citalopram, escitalopram, fluoksetyna, fluoksamina, paroksetyna, sertralina) skutecznie zmniejszają objawy OCD w porównaniu z placebo i prowadzą do istotnej klinicznie poprawy. W nowych badaniach^{9,12} wykazano, że większe dawki citalopramu, escitalopramu, fluoksetyny, paroksetyny i sertraliny są skuteczniejsze od mniejszych i że stosowanie większych dawek wiązało się rzadszym przerywaniem leczenia. Możliwe, że wynika to z lepszej odpowiedzi na leczenie przy większych dawkach. Zwiększanie dawki powinno odbywać się wolno i stopniowo, w tempie dostosowanym do indywidualnej wrażliwości pacjenta, jak również odpowiednio do zalecanych dawek maksymalnych (tabela).

Dotychczas nie wykazano różnic w skuteczności SSRI w przypadku różnych rodzajów OCD¹² i nie ma wystarczających danych, by stwierdzić przewagę któregoś z SSRI. Ogólnie uważa się, że skuteczność poszczególnych SSRI jest podobna, a wybór leku dla konkretnego pacjenta powinien być dokonywany indywidualnie, w szczególności z uwzględnieniem profilu działań niepożądanych i potencjalnych interakcji z innymi lekami.

W badaniach wykazano, że leki z grupy SSRI skuteczne w ostrej fazie cechowały się utrzymującą się skutecznością w trwającej do 48 tygodni terapii podtrzymującej. Na podstawie wyników badań dotyczących profilaktyki nawrotów w czasie 12 miesięcy sugerowano, że leczenie podtrzymujące SSRI chroni przed nawrotami. Dlatego w terapii podtrzymującej oraz w profilaktyce nawrotów leki powinny być stosowane we wcześniej skutecznej dawce.

Skuteczność klomipraminy

Klomipramina jest trójpierścieniowym lekiem przeciwdepresyjnym (TLPD) i była pierwszym lekiem o udowodnionej skuteczności w leczeniu OCD. Klomipramina pod względem farmakologicznym różni się od innych TLPD działaniem polegającym na silnym zwrotnym hamowaniu wychwytu zwrotnego serotoniny. Nie jest to jednak substancja selektywnie serotonergiczna, gdyż jej aktywny metabolit desmetylochloremipramina działa silnie hamująco

na wychwyt zwrotny noradrenaliny. Jako lek trójpierścieniowy, klomipramina wykazuje typowe dla tej grupy działania niepożądane oraz toksyczność w przypadku przedawkowania.

W analizie skuteczności opisaną w zaleceniach NICE¹³ przedstawiono w sumie 27 z 64 badań, do których włączono łącznie 2121 pacjentów. Nie ma natomiast nowszych badań na temat skuteczności klomipraminy. W sumie w 7 z tych badań porównywano skuteczność klomipraminy w stosunku do placebo i wykazano jej przewagę w leczeniu ostrej fazy (2-16 tygodni). Dodatkowo w tych badaniach porównywano działanie klomipraminy i innych trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych, takich jak imipramina, dezypramina lub nortryptylina, które głównie blokują wychwyt zwrotny noradrenaliny. W badaniach wykazano większą skuteczność klomipraminy w porównaniu z innymi trójpierścieniowymi lekami przeciwdepresyjnymi, dlatego leki te nie są wskazane w leczeniu OCD. Nie ma natomiast dostępnych wyników badań dawkowania, dlatego nie można określić żadnych konkretnych zaleceń dotyczących najlepszej skutecznej dawki klomipraminy w leczeniu OCD. Co więcej, z powodu braku długoterminowych badań nie można formułować żadnych ostatecznych wniosków o jej skuteczności w terapii podtrzymującej.

DOUSTNE VS DOŻYLNIE STOSOWANIE KLOMIPRAMINY

Ze względu na zbyt małą liczbę uczestników na podstawie wcześniejszych badań porównujących skuteczność klomipraminy podawanej dożylnie i doustnie nie można sformułować ostatecznych wniosków.

W jednym z nowszych większych randomizowanych badań kontrolowanych⁶ nie wykazano żadnej różnicy między klomipraminą aplikowaną drogą dożylną a doustną. Po podaniu dożylnym klomipraminy nie zaobserwowano ani szybszej, ani większej poprawy w zakresie nasilenia objawów OCD.

Tabela. SSRI skuteczne w zespole natręctw

SSRI	Maksymalna dopuszczalna dawka leku
Citalopram ^a	20-40 mg/24 h
Escitalopram	10-20 mg/24 h
Fluoksamina	100-300 mg/24 h
Fluoksetyna	20-60 mg/24 h
Paroksetyna	20-60 mg/24 h
Sertralina ^a	50-200 mg/24 h

^aPoza wskazaniami

SSRI – selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny

KLOMIPRAMINA W PORÓWNANIU Z SSRI

Nie stwierdzono żadnej klinicznie istotnej różnicy w zakresie skuteczności lub działań niepożądanych między SSRI i klomipraminą (8 badań, $n=1019$).¹³ W przypadku klomipraminy stwierdzono jednak większe prawdopodobieństwo przerwania leczenia lub rezygnacji z udziału w badaniu z powodu zdarzeń niepożądanych.

Dlatego jeżeli wskazana jest farmakoterapia, najpierw należy stosować leki z grupy SSRI (citalopram, escitalopram, fluoksetynę, fluwoksaminę, paroksetynę, sertralinę). Klomipramina została uznana za lek drugiego rzutu w leczeniu chorych z OCD, w przypadkach, gdy pacjent nie reaguje na SSRI lub ich nie toleruje.

Strategie postępowania w przypadku niepełnej odpowiedzi na farmakoterapię

Całkowita skuteczność leczenia OCD za pomocą SSRI lub klomipraminy wynosi 60-70%. Oznacza to, że po zastosowaniu leków ponad 30% osób cierpiących na OCD nie odczuwa pełnej lub wręcz żadnej poprawy w zakresie objawów natręctw. Jest sporo danych dotyczących SSRI i klomipraminy, natomiast niewiele badań dotyczy postępowania w przypadkach braku odpowiedzi na leczenie. Zanim zostanie stwierdzony brak odpowiedzi na leczenie farmakologiczne, należy ocenić, czy leczenie prowadzone było dostatecznie długo. Nie ma natomiast dowodów, na podstawie których można z całą pewnością określić, ile powinna trwać odpowiednio długa terapia. Większość zaleceń ekspertów i wytycznych klinicznych mówi w przypadku SSRI o leczeniu trwającym przynajmniej 12 tygodni. Przy czym ostatnie 4-6 tygodni leczenia powinno być prowadzone z zastosowaniem maksymalnej tolerowanej dawki terapeutycznej. Jeżeli terapia SSRI nie jest wystarczająco lub w ogóle skuteczna, z reguły pozostają jeszcze dwie możliwości modyfikacji farmakoterapii:

- zmiana leku
- potencjalizacja, czyli dodanie innej substancji.

ZMIANA LEKU

Zwiększenie dawki

Jak już wcześniej wspomniano, w niektórych badaniach sugerowano, że większe dawki SSRI mogą prowadzić do zmniejszenia nasilenia objawów OCD oraz do lepszej odpowiedzi na leczenie. Dlatego przy niewystarczającej skuteczności SSRI należy myśleć najpierw o zastosowaniu najwyższej tolerowanej przez pacjenta dawki leku.

Zmiana na inny SRI

Liczba badań na temat strategii postępowania w przypadku częściowej odpowiedzi na leczenie jest bardzo ograniczona, dlatego nie ma dokładnych wskazówek dotyczących takiego postępowania. Zrozumiałe jest jednak, że w przypadku nie-

wystarczającej skuteczności któregoś z SRI (gdy leczenie było odpowiednio długo prowadzone) pacjent zostaje przestawiony na inny SRI, mimo że dowodów na skuteczność takiego postępowania jest niewiele. W dwóch randomizowanych badaniach kontrolowanych wykazano, że w przypadku 30-40% chorych, którzy wcześniej nie odpowiadali na leczenie, zmiana leku na inny SSRI przynosiła poprawę. Nie przeprowadzono jednak badań kontrolowanych porównujących kontynuowanie terapii ze zmianą leku na inny SSRI.

POTENCJALIZACJA LEKIEM PRZECIWPASYCHOTYCZNYM

Chociaż chorzy z OCD relacjonują niekiedy bardzo dziwaczne treści swoich obsesji i mają względnie niewielki dystans wobec objawów, należy wyraźnie odróżnić zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne od psychotycznych. Dlatego w leczeniu OCD monoterapia lekiem przeciwpsychotycznym nie jest wskazana, tym bardziej że nie ma żadnych dowodów jej skuteczności. Natomiast przeprowadzono wiele badań skuteczności potencjalizacji SRI neuroleptykiem, między innymi dwie metaanalizy o wysokiej wartości metodycznej.^{1,11} Wyniki można podsumować w następujący sposób:

- w przypadku braku lub niewystarczającej odpowiedzi na odpowiednio prowadzoną terapię lekami z grupy SRI należy dołączyć do dotychczas stosowanego leku neuroleptyk, taki jak risperidon, haloperidol lub kwetiapinę. Potencjalizacja neuroleptykiem wydaje się szczególnie korzystna przy współistniejących zaburzeniach tikowych.

Należy zwrócić uwagę, że większość badań dotyczy kwetiapiny, natomiast nie przynoszą one spójnych wniosków. Co więcej, potencjalizacja haloperidolem, z uwagi na możliwość pojawienia się działań niepożądanych pod postacią objawów pozapiramidowych, nie powinna być wyborem pierwszego rzutu, a dawki powinny być małe. W przypadku braku odpowiedzi należy odstawić lek przeciwpsychotyczny najpóźniej po 6 miesiącach, gdyż prawdopodobieństwo uzyskania poprawy jest małe.

Inne metody terapii

PRZECZASZKOWA STYMULACJA MAGNETYCZNA

Przeprowadzono wiele randomizowanych badań kontrolowanych na temat zastosowania przeczaszkowej stymulacji magnetycznej (TMS) w leczeniu OCD. Stymulacja dotyczyła głównie kory przedczołowej (grzbietowobocznej), obszaru dodatkowej kory ruchowej⁸ lub kory oczodołowoczołowej po stronie lewej.¹⁰ Ich wyniki trudno jednak ze sobą porównywać, gdyż parametry stymulacji (częstotliwość, długość i częstość zabiegów), jej lokalizacja oraz rodzaj zabiegów pozorowanych były różne. Podsumowując, na podstawie wyników badań nie można stwierdzić skuteczności TMS w leczeniu OCD. Jeżeli stwierdzano krótko- lub długotrwałą poprawę dotyczącą na-

silenia objawów OCD szło to w parze z poprawą w zakresie objawów depresyjnych, co mogłoby wyjaśniać znaczną część tego działania.

ELEKTROWSTRZAŚY

Skuteczność elektrowstrzaś w terapii opornego na leczenie OCD oceniano tylko w badaniu otwartym,⁴ retrospektywnej serii przypadków⁷ i licznych pojedynczych opisach przypadków. Nie ma metodycznie wiarygodnych danych pochodzących z randomizowanych badań kontrolowanych. Dodatkowo chorzy poddani EW prawie zawsze byli leczeni również innymi rodzajami terapii oraz występował u nich duży odsetek zaburzeń współistniejących (schizofrenia, depresja, zespół Tourette'a). Niezależnie od tego, dostępne dane na temat EW w leczeniu OCD nie są zachęcające, gdyż obserwowana poprawa była często jedynie przejściowa. Dane pochodzą przede wszystkim z obserwacji pojedynczych przypadków i dlatego wyniki dotyczące skuteczności mogą być obciążone pewnym błędem. Podsumowując, nie ma wiarygodnych dowodów dotyczących skuteczności EW, tak by stosować tę metodę w przypadku opornych na leczenie zespołów natręctw.

ZABIEGI CHIRURGICZNE

Ponownie powszechne zainteresowanie zwróciły zabiegi chirurgiczne jako metoda leczenia natręctw, aktualnie szczególnie dzięki rozwojowi techniki głębokiej stymulacji mózgu (DBS) będącej małoinwazyjnym i odwracalnym zabiegiem o niewielkich działaniach niepożądanych w porównaniu z metodami neuroleji od wielu lat stosowanymi w niektórych krajach. Wskazaniami do stereotaktycznego zabiegu neurochirurgicznego są z reguły nasilone i oporne na leczenie natręctwa, które w znacznym stopniu zaburzają funkcjonowanie w przypadku, gdy długotrwałe i intensywne leczenie psychoterapeutyczne i farmakologiczne nie przyniosło poprawy.

Za każdym razem zabieg chirurgiczny musi być poprzedzony dokładną i wyczerpującą oceną psychiatryczną opartą na standaryzowanym wywiadzie i odpowiednich skalach. Przy czym wynik w skali Y-BOCS powinien wynosić ponad 30 punktów, a w skali GAF (Global Assessment of Function) poniżej 45 punktów, natomiast czas trwania choroby więcej niż 5 lat. Skierowanie na DBS powinno być zastrzeżone tylko dla specjalistycznych ośrodków zajmujących się leczeniem OCD. Zabieg ze względu na jego wciąż eksperymentalną formułę, powinien być w miarę możliwości przeprowadzony w ramach badania klinicznego oceniającego jego skuteczność.

GŁĘBOKA STYMULACJA MÓZGU

Na temat DBS przeprowadzono dotąd 4 badania krzyżowe z podwójnie ślełą próbą (stymulacja vs brak stymulacji), w których uczestniczyły jednak niewielkie grupy ($n=36$), a także wiele opisów przypadków.^{2,3} Miejscami stymulacji są przednia odnoga torebki wewnętrznej obustronnie lub

jądro półleżące (jedno- lub obustronnie), jak również jądro niskowzgórzowe. We wszystkich badaniach skuteczność DBS zależała istotnie od stymulacji i nie była obserwowana w czasie, gdy stymulator był wyłączony. U około 2/3 badanych stwierdzono zmniejszenie objawów o przynajmniej 30%. We wszystkich badaniach rezultaty obserwowane były przynajmniej przez rok. Zarówno przednia odnoga skorupy torebki wewnętrznej, jak i jądro półleżące należą do obwodu oczodołowo-czołowo-korowo-prążkowiowego z projekcjami z i do zakrętu obłąka, jądra migdałowego i hipokampa. Główna rola w patogenezie zespołu natręctw przypisywana jest obwodowi oczodołowo-czołowo-korowo-prążkowiowemu. Do stymulacji wybierane są zwykle 4-biegunowe elektrody z kontaktami elektrod leżącymi od siebie w pewnym oddaleniu, dlatego możliwe, że w czasie stymulacji jądra półleżącego stymulacji poddawane są również inne obszary przedniej części torebki, względnie brzuszna część prążkowie. W przypadku pacjentów z objawami bardzo nasilonymi i nieodpowiadającymi na leczenie można rozważać jako ultima ratio obustronną stymulację obszaru torebki wewnętrznej/jądra półleżącego.

ABLACJA

Neuroleza i ablacja z uwagi na ich przeszłość są dosyć kontrowersyjnymi metodami. Wobec odwracalnej metody DBS, która jest przynajmniej tak samo skuteczna, powinny być dziś oceniane wyjątkowo krytycznie. Po wprowadzeniu metody stereotaktycznej wcześniej stosowane były talamotomie grzbietowo-przyśrodkowe, przy śmiertelności wynoszącej 10%, co było wielkością nie do przyjęcia. W późniejszym okresie próbowano celowanej lezji włókien podkorowych biegnących do kory. Ocena badań na ten temat jest wyjątkowo trudna. Brak jest jednoznacznych kryteriów selekcji, lezje były przeprowadzane na obszarach różnej wielkości, w części przypadków były dokonywane poprawki, to znaczy w razie braku efektu obszar lezji był powiększany lub też były dokonywane lezje w różnych punktach. Ze względu na specjalny status tych zabiegów przeprowadzenie badania ze ślełą próbą nie jest możliwe. Dostępne są opisy przypadków i kilka badań kohortowych. Ogólnie, wprawdzie w większości badań wykazywano zmniejszenie objawów OCD, prawie zawsze stwierdzano również deficyty neuropsychologiczne, ciężkie zdarzenia niepożądane (zaburzenia napędu, odhamowanie) oraz powikłania. Ze względu na niekorzystną proporcję przydatność/ryzyko i niewielką przejrzystość metody ablacji neurochirurgiczne nie powinny być już stosowane w opornym na leczenie OCD.

Praktyczne podsumowanie

- w praktyce klinicznej należy stosować zalecenia o dużej wartości metodologicznej i ze względu na ich najlepszą przejrzystość na nich opierać decyzje terapeutyczne.

- w miarę możliwości w leczeniu pacjentów z OCD należy starać się zastosować terapię poznawczo-behawioralną. Przy czym farmakoterapia lekami z grupy SSRI jest dodatkowym wyborem pierwszego rzutu.

- SSRI są szczególnie wskazane w przypadku braku motywacji do terapii CBT, nasilenia objawów uniemożliwiających rozpoczęcie CBT, długiego okresu oczekiwania lub braku oferty CBT.

- terapia skojarzona SSRI i CBT jest zalecana w przypadku nasilonej depresji i ciężkich objawów OCD. Należy przy tym przestrzegać odpowiednio długiego czasu leczenia (>12 tygodni) i stosowania dużych dawek SSRI.

- w przypadku braku odpowiedzi na SSRI należy rozważyć potencjalizację lekiem przeciwpсихотycznym: risperydinem lub kwetiapiną w niewielkich lub średnich dawkach.

© Springer Medizin Verlag 2011. This article Evidenzbasierte Pharmakotherapie und andere somatische Therapieverfahren bei Zwangsstörungen. State of the art by A. Kordon, B. Zurowski, K. Wahl, F. Hohagen is translated and reproduced with permission from Springer.

Piśmiennictwo

1. Koran LM, Hanna GL, Hollander E et al (2007) Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 164(Suppl 7):5–53
2. The National Institute for Health and Clinical Excellence (2006) Obsessive-compulsive disorder: core interventions of OCD and BDD. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, London
3. Ninan PT, Koran L, Kiev A et al (2006) High-dose sertraline strategy for non-responders to acute treatment for OCD: a multicentre double-blind trial. *J Clin Psychiatry* 67:15–22
4. Stein DJ, Andersen EW, Tonnoir B, Fineberg N (2007) Escitalopram in obsessive-compulsive disorder: a randomized, placebo-controlled, paroxetine-referenced, fixed-dose, 24-week study. *Curr Med Res Opin* 23(4):701–11
5. Koran LM, Aboujaoude E, Ward H et al (2006) Pulse-loaded intravenous clomipramine in treatment-resistant OCD. *J Clin Psychopharm* 26:79–83
6. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Kelmendi B (2006) A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry* 11:622–632
7. Skapinaskis P, Papatheodorou T, Mavreas V (2007) Antipsychotic augmentation of serotonergic anti-depressants in treatment-resistant OCD: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur Neuropsychopharmacol* 17(2):79–93
8. Mantovani A, Simpson HB, Fallon BA et al (2010) Randomized sham-controlled trial of repetitive transcranial magnetic stimulation in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol* 13(2):217–27
9. Ruffini C, Locatelli M, Lucca A et al (2009) Augmentation effect of repetitive transcranial magnetic stimulation over the orbitofrontal cortex in drug-resistant obsessive-compulsive disorder patients: a controlled investigation. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 11(5):226–30
10. Khanna S, Gangadhar BN, Sinha V (1988) Electroconvulsive therapy in obsessive-compulsive disorder. *Convuls Ther* 4:314–320
11. Maletzky B, McFarland B, Burt A (1994) Refractory obsessive compulsive disorder and ECT. *Convul Ther* 10:34–42
12. Denys D, Mantione M, Figee M et al (2010) Deep brain stimulation of the nucleus accumbens for treatment-refractory obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 67(10):1061–1068
13. Greenberg BD, Gabriels LA, Malone DA Jr et al (2010) Deep brain stimulation of the ventral internal capsule/ventral striatum for obsessive-compulsive disorder: worldwide experience. *Mol Psychiatry* 15:64–79

KOMENTARZ

Prof. dr hab. n. med. Jolanta Rabe-Jabłońska

Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychiatrii Młodzieżowej
UM w Łodzi

Artykuł Kordona i wsp. zawiera bardzo podstawowe informacje na temat zasad leczenia zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, zwanego przez autorów – zespołem natręctw. Przedstawione informacje są oczywiście rzetelne, ale mało szczegółowe, dlatego po przeczytaniu artykułu wiele pytań pozostaje bez odpowiedzi.

Leczenie zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego jest poważnym wyzwaniem dla lekarzy, wielu z nich uważa, że jest to najtrudniejsze do leczenia zaburzenie lękowe. Mimo stosowania właściwej terapii, u znacznego odsetka chorych nie uzyskuje się zadowalających rezultatów krótko-, a przede wszystkim długoterminowych. Z większości badań wynika, że farmakoterapia przynosi poprawę (w różnym stopniu) tylko u 20-60% pacjentów. Wiadomo, że przynajmniej u osób młodych i w przypadku mniej nasilonych postaci zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego pierwszym wyborem powinna być terapia poznawczo-behawioralna lub choć tylko techniki ekspozycji i powstrzymania reakcji, a łączne stosowanie tych form działań psychoterapeutycznych i odpowiednia farmakoterapia przynoszą najlepsze rezultaty nie tylko krótko-, ale i długoterminowe.

W „Standardach leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych”, pod redakcją Marka Jaremy znajduje się rozdział dotyczący zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, mojego i M. Jaremy autorstwa. Omówiono w nim szczegółowo zasady leczenia tego zaburzenia. Są one oczywiście zbieżne z zamieszczonymi w artykule, ale mają tę zaletę, że przedstawione algorytmy postępowania zarówno psychoterapeutycznego, jak i farmakologicznego uwzględ-

niają wybór kolejnych strategii postępowania w zależności od zakresu uzyskanej poprawy (umiarkowanej, małej) lub przy braku poprawy. Zamieszczono również informacje dotyczące liczby sesji CBT (co najmniej 13-20), które zgodnie z piśmiennictwem mogą przynieść korzyści, a także czasu trwania sesji CBT po stanie ostrym zaburzenia (3-6 miesięcy). Najciekawsze są dla lekarza praktyka przedstawione strategii farmakologiczne stosowane u pacjentów uzyskujących tylko małą poprawę, niezmieniającą istotnie ich funkcjonowania ani jakości życia lub nieuzyskujących poprawy po podstawowym, najlepiej udokumentowanym leczeniu. Propozycje te nie wynikają co prawda z przeprowadzonych licznych, poprawnych pod względem metodologicznym badań, najczęściej pochodzą z badań otwartych małych grup, ale jednak u części lekoopornych pacjentów przynoszą istotną ulgę. Przedstawiono także w omawianych standardach najczęściej przyjmowaną definicję zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego lekoopornego. Zgodnie z piśmiennictwem rozpoznaje się je wówczas, gdy nie stwierdza się skuteczności leczenia (co najmniej umiarkowanej poprawy) po 3 właściwie dobranych lekach z grupy SSRI, (przy czym część autorów zaleca, aby jednym z nich była klomipramina), stosowanymi przez odpowiednio długi czas (8-12 tygodni) w odpowiednich (względnie dużych) dawkach, z reguły większych niż zalecane w dużej depresji.

Uważam też, że autor artykułu stanowczo przecenia skuteczność leczenia głęboką stymulacją magnetyczną, szczególnie że brak jest dobrej dokumentacji długoterminowych rezultatów takiego postępowania.

Wygląda na to, że wykorzystałam komentarz do zareklamowania napisanego przeze mnie rozdziału. Nie taki był mój zamiar, chciałam tylko podkreślić, że omawiany artykuł przedstawia dość powszechnie znane zalecenia i podjęłam próbę wskazania, jak można poszerzyć wiedzę.