

LIEČBA OBSEDANTNO-KOMPULZÍVNEJ PORUCHY

MUDr. Eva Pálová, PhD.

I. Psychiatrická klinika LF UPJŠ a FNLP, Košice

Obsedantno-kompulzívna porucha (OCD) je závažnou, štvrtou najčastejšou psychickou poruchou (po fobickej poruche, abúze látok a rekurentnej depresívnej poruche) so začiatkom zvyčajne v detstve alebo adolescencii, s chronickým, kolísavým priebehom. Hlavnými symptómami sú obsesie a/alebo kompulzie, no aj napriek pomerne jasnému klinickému obrazu trvá v priemere 17 rokov, kým sa stanoví správna diagnóza. V liečbe sú najúčinnnejšie antidepresíva inhibujúce spätné vychytávanie sérotonínu (SRI) a kognitívno-behaviorálna terapia (KBT). Liečba je dlhodobá, často celoživotná.

Kľúčové slová: obsedantno-kompulzívna porucha, farmakoterapia, kognitívno-behaviorálna terapia.

TREATMENT OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is the fourth most common psychiatric disorder (following phobic disorder, abuse of substances and recurrent depressive disorder) with the beginning in childhood or adolescence. OCD is usually severe chronic illness with a waxing and waning course, having obsessions and/or compulsions as main symptoms. Despite its typical clinical symptoms it takes about 17 years to give the patients the proper diagnosis. The most effective treatment are SRI's (Serotonin Reuptake Inhibitors) and Cognitive-Behavioral Treatment (CBT). The treatment is long-term, quite often life-long.

Key words: obsessive-compulsive disorder, pharmacotherapy, cognitive-behavioral treatment.

Psychiatr. prax; 2008; 9 (3): 112–116

Úvod

Obsedantno-kompulzívna porucha (OCD) je psychická porucha, ktorá bola v minulosti považovaná za pomerne vzácnu. Jej výskyt v bežnej populácii sa odhadoval na 5 prípadov/1000 jedincov. Epidemiologické štúdie vykonané v rôznych častiach sveta v posledných dvoch desaťročiach však poukázali na skutočnosť, že životná prevalencia OCD je približne 25 – 60 krát vyššia, než sa pôvodne usudzovalo. Podľa výsledkov *Epidemiologic Catchment Area* štúdie (ECA) sa životná prevalencia OCD pohybuje okolo 2,5% v bežnej populácii (1). Nástup OCD je najčastejší v adolescencii alebo ranej dospelosti, až u 65% pacientov sa OCD objaví pred 25. rokom veku života (2), pričom väčšina pacientov má tzv. „minor OC symptoms“ už vo veku 13,4±7,6 roka. Porucha má zvyčajne chronický priebeh s kolísavou závažnosťou (zhoršovanie a zlepšovanie symptómov).

Pre diagnózu OCD je podľa platných diagnostických kritérií MKCH 10, resp. DSM-IV nevyhnutná prítomnosť obsesí a/alebo kompulzií (3, 4).

Obsesie sú myšlienky, predstavy alebo impulzy, ktoré sa opakovane vtierajú do mysle jedinca, obťažujú ho, jedinec si zvyčajne uvedomuje ich nezmyselnosť, napriek tomu im niekedy nedokáže odolávať. Sú vnímané ako vlastné, nie ako dané zvonku.

Kompulzie sú opakované, stereotypné formy správania alebo aj duševné aktivity, ktorými sa jedinec zvyčajne snaží predchádzať určitým obávaným situáciám, aj keď si zvyčajne zreteľne uvedomuje nezmyselnosť a neprimeranosť takéhoto správania.

Obsesie a kompulzie sú pre pacienta nechcené, spôsobujú mu značný distress, sú zvyčajne časovo

náročné (zaberajú viac ako 1 hodinu denne) a veľmi podstatne komplikujú existenciu jedinca (pracovnú, rodinnú, spoločenskú,...). Najčastejšie formy obsesí a kompulzií sú uvedené v tabuľke 1.

Napriek pomerne jednoznačnému klinickému obrazu trvá v priemere asi 17 rokov obdobie od nástupu ochorenia po začatie adekvátnej liečby. Pacienti, u ktorých sa vyskytli prvé symptómy už vo veku 14 – 15 rokov, vyhľadali odbornú pomoc v priemere až o 10 rokov neskôr, pričom sa k správnej diagnóze dospelo až po ďalších 6 rokoch. Dokonca aj po stanovení správnej diagnózy musel typický pacient s OCD čakať v priemere 18 mesiacov, kým dostal adekvátnu liečbu (obrázok 1). To znamená, že porucha, ktorá je dnes už pomerne dobre liečiteľná, postihuje najčastejšie ľudí počas akademicky, profesijne, ale aj osobne najvýznamnejších rokov života, čo sa samozrejme odráža vo výrazne zhoršenej kvalite ich života (5). V skupine 701 pacientov s OCD malo 58%

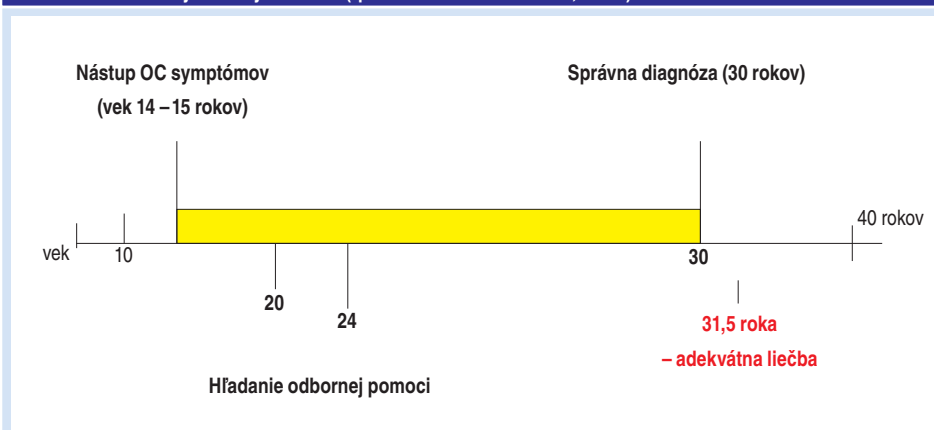
horšie študijné výsledky, 73% udávalo výrazné zasahovanie OCD do rodinného života, 64% dosiahlo v povolani menší postup a 41% nebolo vôbec schopných pracovať. Až 13% pacientov s OCD uvádza v anamnéze samovražedný pokus (6).

OCD je psychická porucha spojená s vysokými priamymi aj nepriamymi nákladmi, ktoré sú zvyčajne dôsledkom nedostatočnej diagnostiky a neadekvátnej liečby (7).

Tabuľka 1. Najčastejšie formy obsesí a kompulzií v rámci OCD.

Obsesie	Kompulzie
Agresivity	Kontrolovanie
Kontaminácie	Umývanie/čistenie
Exaktnosti/symetrie	Opakovanie
Zhromažďovania	Počítanie
Sexuálne obsahy	Usporiadanie
Somatické	Zhromažďovanie
Religiózne	Zmiešané/mnohopočetné
Zmiešané/mnohopočetné	

Obrázok 1. 17-ročný časový interval (podľa Hollandera a kol., 1996)



Priebeh je chronický, kolísavý a len u minimálneho percenta pacientov dochádza k plnej remisii symptómov (8, 9), aj keď sú popísané prípady, kde postupom času došlo k jeho zlepšeniu (10).

Posudzovacie a hodnotiace škály

V procese liečby OCD je veľmi dôležité posúdenie závažnosti OCD na začiatku aj počas liečby, nakoľko nám umožňuje posúdiť mieru terapeutickú odpoveď. Okrem štruktúrovaných diagnostických dotazníkov, ktoré vychádzajú z DSM-IV, ako sú SCID-IV (*the Structured Clinical Interview* pri DSM-IV), ADIS-IV (*the Anxiety Disorders Interview Schedule* pri DSM-IV), existuje množstvo rôznych škál, dotazníkov a posudzovacích stupníc, ktoré viac alebo menej umožňujú spoľahlivo posúdiť závažnosť OCD. Sú to napríklad *Symptom Checklist 90-Revised* (SCL 90-R) (11), 30-položkový *Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory* (MOCI) (12), *Leyton Obsessional Inventory* (LOI) so 69 otázkami (13).

V klinickej aj výskumnej praxi sa však najčastejšie využívajú NIMH *Global Obsessive-Compulsive Scale* (GOCS) (12) a *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Y-BOCS) (14, 15), pričom Y-BOCS je u nás k dispozícii aj v slovenskej verzii (na požiadanie u autorov). Aj GOCS aj Y-BOCS sú dostatočne senzitívne a spoľahlivé a 10-položková Y-BOCS má aj veľmi dobré psychometrické vlastnosti. Y-BOCS je vysoko spoľahlivá škála, ktorá umožňuje posúdenie jednej závažnosti, jednak spektra obsesí a/alebo kompulzií, pričom skóre Y-BOCS ≥ 16 sa rovná klinicky významnej závažnosti OCD a je zvyčajne hranicou, pri ktorej je vhodné začať liečbu OCD (farmakologickú či psychoterapeutickú).

Terapeutické možnosti

Evidence-based dôkazy svedčia o tom, že v liečbe OCD sú liekom 1. voľby preparáty, ktoré pôsobia na serotonínernú neurotransmisiu – SRI (Serotonin Reuptake inhibitors), t. j. klomipramín a SSRI (Selektívne Serotonin Reuptake inhibitors).

Od začiatku liečby OCD je dôležité sledovať terapeutickú odpoveď pacienta, aby bolo možné posúdiť mieru ústupu obsedantno-kompulzívnych symptómov alebo naopak ich pretrvávanie. Toto sledovanie umožňuje lekárovi upravovať liečbu tak, aby sa dosiahla čo najlepšia úprava stavu pacienta, či už úpravou dávky, zamenou lieku alebo augmentáciou liečby. Na posúdenie miery závažnosti sa najčastejšie používa Y-BOCS škála (10 otázok, rozpätie bodovej hodnoty 0 – 40), pričom sa za responziu považuje 25 – 35% pokles bazálneho skóre Y-BOCS (16). Štúdie, ktoré sledovali odpoveď pacientov s OCD na liečbu SSRI a klomipramínom poukazujú na fakt, že v priemere 60% pacientov udáva pokles závažnosti OC symptómov aspoň o 25 – 35% (17), avšak všeobecne platí,

Tabuľka 2. Dávkovanie SRI v liečbe OCD (21).

SRI	Počiatková dávka mg/deň	Zvyčajná terapeutická dávka mg/deň	Maximálna denná dávka mg/deň	Občas predpísaná maximálna dávka (mg/deň) *
Citalopram	20	40–60	80	120
Klomipramín	25	100–250	250	-**
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

* tieto dávky sa môžu občas vyskytnúť u rýchlych metabolizérov resp. u pacientov, ktorí nemajú žiadne alebo len minimálne nežiaduce účinky pri nedostatočnej terapeutickú odpovedi po 8 týždňoch liečby zvyčajnou maximálnou terapeutickou dávkou

** plazmatická hladina klomipramínu a desmethylklomipramínu 12 hodín po poslednej dávke by mal byť < 500 ng/ml (aby sa minimalizovalo riziko vzniku záchvatov resp. poruchy srdcového rytmu)

že 40 – 60% pacientov sú nonrespondéri na podaný liek (18). V bežnej klinickej praxi je preto potrebné prebrať žiaduce percento poklesu závažnosti s každým pacientom individuálne, pacientov je však potrebné upozorniť na skutočnosť, že 100% ústup OC symptómov je mimoriadne zriedkavý.

Na posúdenie antiobsedantnej účinnosti je potrebný časovo dlhší interval, ako napríklad pri depresii – je potrebné aspoň 10-týždňové obdobie, aby sme mohli zodpovedne posúdiť terapeutický efekt podávaného lieku. Dávky podávaných antiobsedantných liekov by mali byť vyššie ako pri depresii (tabuľka 2), niekedy sa odporúča rýchla titrácia dávky nahor, po ktorej môže dôjsť k rýchlejšej rezpozii, avšak dlhodo- bejší efekt tejto stratégie sa nepotvrdil (19).

Inhibitory spätného vychytávania sérotonínu (SRI) – lieky 1. voľby v liečbe OCD

Antiobsedantný mechanizmus účinku tejto skupiny liekov ešte nie je doposiaľ úplne jasne vysvetlený, aj keď sa plne akceptuje hypotéza, že spočíva v presynaptickej blokáde spätného vychytávania sérotonínu – 5-HT (20). Skupina zahŕňa klomipramín (tricyklické antidepresívum s vlastnosťou blokovat spätné vychytávanie serotonínu na presynaptickej membráne) a tzv. skupinu SSRI antidepresív, kam patria fluoxetín, fluvoxamín, sertralín, paroxetín, citalopram a escitalopram. Všetky SSRI prípravky sú indikované v liečbe OCD, ich účinnosť bolo potvrdená dvojito-slepými, placebo kontrolovanými štúdiami (21, 35). Zatiaľ nie sú k dispozícii dáta, ktoré by potvrdili väčšiu účinnosť jedného SSRI voči inému (22–24), metaanalýza 32 doposiaľ publikovaných štúdií s celkovým počtom 588 pacientov však poukazuje na vyšší „effect-size“ klomipramínu v liečbe OCD, ktorý je však v bežnej klinickej praxi vyvažovaný jeho nepriaznivým spektrom nežiaducich účinkov (25).

Klomipramín bol prvým liekom, ktorý bol s úspechom použitý pred viac ako tromi desaťročiami v liečbe OCD (26). Odvtedy jeho účinnosť potvrdilo

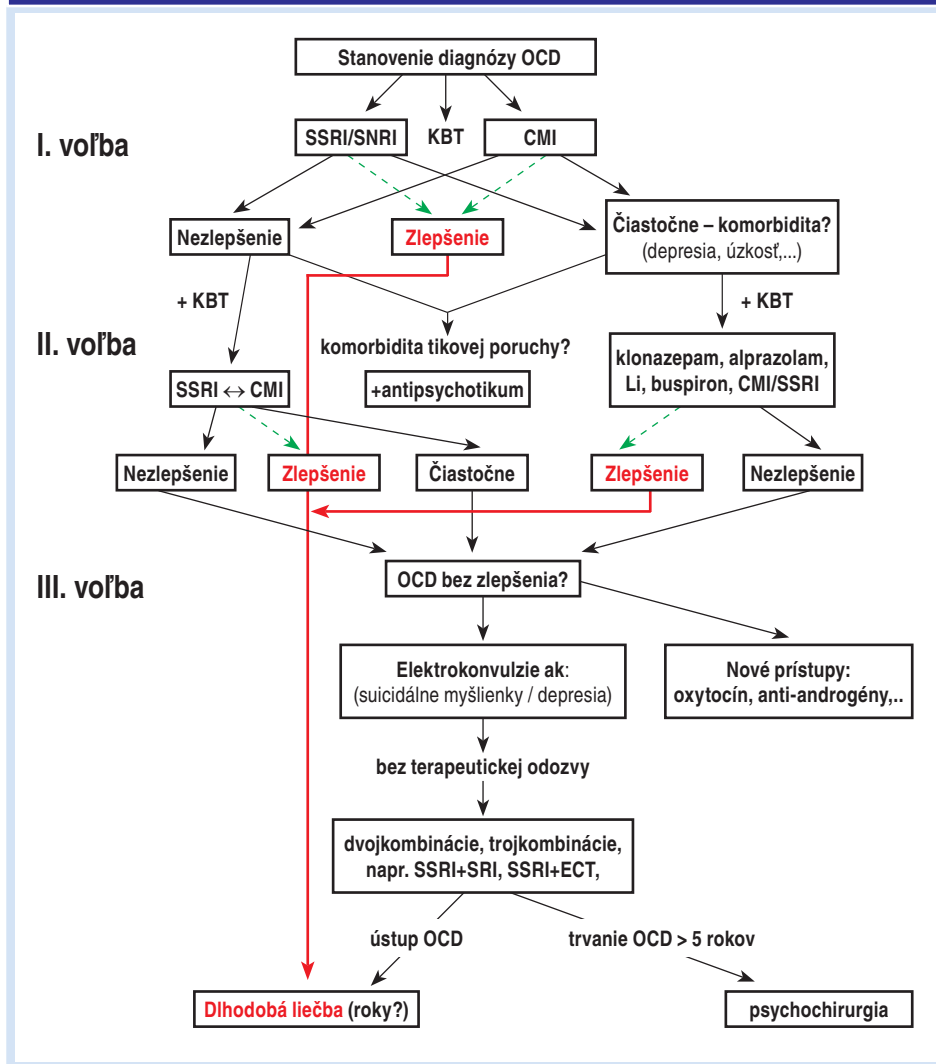
niekoľko dvojito-slepých, placebo kontrolovaných štúdií, po 10-týždňovej liečbe sa až 58% liečených pacientov samo hodnotilo ako zlepšených alebo veľmi zlepšených, kým v skupine pacientov užívajúcich placebo to boli iba 3% (27). Odporúčaná dávka je 150–250 mg/deň, pričom denná dávka okolo 250 mg môže byť spojená s vyšším rizikom záchvatov s krčmi v porovnaní s ostatnými antidepresívami. Navyiac, u pacientov nad 40 rokov by mal byť klomipramín ordinovaný po komplexnom vyšetrení, vrátane EKG a očného vyšetrenia (úzkouhlový glaukóm!).

SSRI – selektívne blokujú spätné vychytávanie serotonínu, pričom majú minimálnu afinitu k histamínovým, muskarínovým a adrenergickým receptorom. Vo všeobecnosti sú veľmi dobre tolerované, majú nízku toxicitu a sú relatívne bezpečné pri predávkovaní. Medzi najčastejšie nežiaduce účinky liečby SSRI patria gastrointestinálne ťažkosti, agitovanosť, insomnie alebo somnolencia a sexuálne nežiaduce účinky, najčastejšie pokles libida, poruchy erekcie a orgazmu (17, 21). Multicentrické, placebo kontrolované štúdie vykazovali nasledovné percento redukcie OC symptómov: fluoxetín (20 – 60 mg/deň) 22–27%, fluvoxamín (250 mg/deň) 20%, sertralín (50 – 200 mg/deň) 24 – 28%, paroxetín (20 – 60 mg/deň) 25 – 29%, kým napríklad escitalopram (10 – 20 mg/deň) mal pokles o $\geq 25\%$ u 74% pacientov pri liečbe do 1 roka (28 – 32). V liečbe OCD platí, že denné dávky SSRI sú vyššie ako sú denné dávky v liečbe depresii a pohybujú sa skôr v hornom pásme terapeutického rozmedzia (tabuľka 2).

Klinické skúsenosti poukazujú na zistenie, že nonresponzia na jedno SRI neznamená automaticky nonresponziu na iné SRI, preto sa pri nedostatočnom účinku odporúča vymeniť jedno SRI za iné – pre tento postup však zatiaľ neexistuje dostatok kontrolovaných, porovnávacích štúdií (21, 33, 34, 35).

SNRI – *venlafaxín* je predstaviteľom novej skupiny antidepresív s kombinovanou inhibíciou spätného vychytávania serotonínu a noradrenalínu a kontrolované štúdie potvrdili jeho dobrú účinnosť v liečbe OCD v dennej dávke 225 – 350 mg/deň (36,37).

Obrázok č. 2 Algoritmus liečby OCD – podľa miery dosiahnutej úpravy (voľne podľa Greista a Jeffersona, 1998)



Terapeutické možnosti v liečbe non-respondérov

Non-responzia alebo parciálna responzia v liečbe OCD je pomerne bežná a mnoho pacientov nedosiahne po 8–12 týždňovej liečbe žiaduce zlepšenie stavu. V praxi to zahŕňa pacientov s menšou ako 25% redukciov symptómov alebo s Y-BOCS skóre > 12, pričom títo pacienti mali absolvovať viac ako 10 týždňov trvajúcu liečbu klomipramínom a liečbu aspoň tromi SSRI preparátmi. Pre takýchto pacientov je už v súčasnosti k dispozícii hneď niekoľko možností (21, 34), treba však podotknúť, že tieto postupy už patria do rúk špecialistu – psychiata a nemali by byť súčasťou bežnej praxe v ambulancii praktického lekára. Najčastejšie ide o augmentáciu už prebiehajúcej liečby alebo kombinácie liekov.

Augmentácia liečby

OCD je závažná, chronická psychická porucha vyžadujúca dlhodobú liečbu a nie vždy je po 10–12 týždňoch liečby zreteľný terapeutický efekt. V prípade nedostatočnej terapeuticko odpovede je možné použiť niekoľko augmentačných stratégií, ktoré by

mali ďalej zlepšiť terapeutický výsledok. Väčšina z týchto stratégií však nemá dostatočný počet kontrolovaných štúdií, ktoré by potvrdili ich účinnosť (s výnimkou antipsychotík).

Atypické antipsychotiká (olanzapín, risperidón, quetiapín, klozapín,...) sa v súčasnosti používajú v rámci augmentačných stratégií najčastejšie, používajú sa zvyčajne iba malé denné dávky, napríklad risperidón 1–2 mg denne, olanzapín 2,5–10 mg/deň, quetiapín 50–100 mg/deň (42).

Konvenčné antipsychotiká (haloperidol, pimozid,...), napríklad haloperidol v dávke 1,5 mg denne bol účinný u pacientov, u ktorých sa vyskytli aj tiky, v súčasnosti sú však lieky tejto skupiny stále častejšie nahrádzané atypickými antipsychotikami.

Pindolol sa používal v dávke 3 x denne 2,5 mg, zdá sa však, že šlo skôr o „potlačenie“, parciálnych respondérov, než o zvrátenie nonrespondérov v respondérov.

Lithium – na jeho použitie v tejto indikácii existujú pozitívne, sporné aj protichodné názory.

Buspiron – jeho prínos v tejto indikácii je nejasný, údaje sú často protichodné.

Trazodon v dávke 100–200 mg/denne bol v niekoľkých kazuistikách opísaný ako účinný v liečbe OCD, avšak kontrolovaná štúdia to doposiaľ nepotvrdila.

Tryptofán v dávke 2–10 mg/deň bol popísaný ako účinný v liečbe OCD, avšak v bežnej praxi sa nepoužíva.

Stimulanciá napr. amfetamín, ktorý bol účinný v zmiernení OC symptomatiky u niekoľkých pacientov sa pre zreteľné riziko možnosti vzniku závilosti nerozšíril v bežnej terapeuticko praxi.

Antikonvulzíva sa v rámci augmentačných stratégií liečby OCD zatiaľ výraznejšie nepresadili, chýbajú im kontrolované štúdie.

T3 môže mať v dávke 25–50 ug určitú antiobsedantnú účinnosť, táto však zatiaľ nebola potvrdená kontrolovaným štúdiom.

Všetky tieto terapeutické možnosti sú zahrnuté v návrhu algoritmu liečby (obrázok 2). Treba podotknúť, že terapeutické postupy v rámci II. a III. voľby už patria do rúk špecialistu – psychiata (21, 34–36).

Iné terapeutické možnosti

Klomipramín intravenózne (43), MAOI, klonazepam, inositol, klonidín, elektrokonvulzívna terapia, transkraniálna magnetická stimulancia, p.o. morfín, sumatriptan, antiandrogénna terapia – to všetko sú možnosti, ktoré v prípade nonresponzie môžu znamenať pre pacienta alternatívnu efektívnu formu liečby, aj keď pre väčšinu týchto postupov nie sú k dispozícii údaje z kontrolovaných štúdií – vo väčšine prípadov ide o pozitívne pozorovanie publikované buď formou kazuistik, malých súborov pacientov alebo epizodických správ (21, 43).

Kognitívno-behaviorálna terapia (KBT)

Kombinácia KBT a farmakoterapie sa zdá byť najoptimálnejším variantom liečby OCD, v prípade non-responzie je táto kombinácia ešte viac žiaduca. Výhodné je aj jej použitie iba u parciálnych respondérov alebo aj v prípade, že to pacient priamo požaduje. Môže ísť o individuálne, skupinové, ale aj rodinné sedenia, pričom dĺžka sedení sa pohybuje od 1 do 2 hodín. Sedenia by mali byť týždenné a nemalo by ich byť viac ako 13–20, aj keď presný počet sedení, ich dĺžka a celková doba trvania liečby neboli zatiaľ presne stanovené. Pacienti so závažnejšou formou OCD však môžu vyžadovať dlhšiu dobu liečby a častejšie terapeutické sedenia. Najčastejšie používané v liečbe OCD sú tzv. *expozícia in vivo, response prevention a flooding* (39–41). Psychiater môže liečbu robiť sám alebo poslať pacienta k špecialistovi na KBT liečbu OCD (ak je takáto možnosť). Nevyhnutnou súčasťou nielen KBT liečby, ale liečby OCD všeobecne, je edukácia pacienta a jeho blízkych.

Chirurgický zákrok

Môže byť vhodnou alternatívou pre tých pacientov, u ktorých sa napriek absolvovaniu všetkých možných variácií a kombinácií farmakoterapie a/alebo KBT nepodarilo dosiahnuť terapeutickú odpoveď, a ktorí spĺňajú kritériá pre zaradenie na tento zákrok, t. j. aspoň 5 rokov intenzívnej farmakoterapie alebo intenzívnej KBT (vrátane všetkých predoperačných aj pooperačných procedúr) a dali písomný súhlas s účasťou na predoperačnom a pooperačnom rehabilitačnom programe. Existuje niekoľko možností psychochirurgických zákrokov, najčastejšie sa však vykonáva predná cingulotómia, predná gamma kapsulotómia, subkaudálna traktotómia a limbická leukotómia. Zákroky sa zatiaľ vykonávajú vo väčšom meradle v USA a Švédsku a podľa súhrnných údajov o pacientoch, ktorí absolvovali doposiaľ takýto psychochirurgický zákrok sa udáva, že až 40 – 60 % pacientov po tomto zákroku udáva zlepšenie, čo je pozoruhodný výsledok, ak uvážime, že ide o skupinu pacientov, ktorá bola pred zákrokom hodnotená ako nonrespondéri event. pacienti refraktérni na podávanú liečbu (47 – 49). Napriek tomu, že po zákrokoch neboli až na ojedinelé epileptické záchvaty a miernu emočnú oploštosť popísané iné závažnejšie nežiaduce účinky, pretrváva však stále určitá neochota k tomuto spôsobu liečby a ozývajú sa aj hlasy, ktoré spochybňujú údaje o úspešnosti tejto procedúry.

Dlhodobá liečba OCD

V liečbe OCD sa odporúča vytrvať minimálne 9 – 12 mesiacov, pričom udržiavacia postupne aj profylaktická liečba môže trvať niekedy niekoľko rokov, v určitých prípadoch aj celoživotne (21, 35). Väčšina pacientov, ktorí boli liečení antiobsedantnou medicáciou vykazuje veľmi rýchle zhoršenie stavu po prerušení liečby. V skupine pacientov liečených klomipramínom malo relaps do 7 týždňov po prerušení liečby až 89 % pacientov. Podobné výsledky boli získané aj z pokračovacích fáz štúdií s SSRI, kde sa symptómy OCD vrátili veľmi skoro po vysadení SSRI.

Dáta získané z dlhodobých štúdií (2 roky) potvrdzujú fakt, že dlhodobá liečba OCD bola spojená s 50 – 60 % zlepšením stavu a významnou redukciami závažnosti symptómov (6, 44 – 46).

Záver

Aj keď je OCD štvrtou najčastejšou psychickou poruchou s celoživotnou prevalenciou 2 – 3 % v bežnej populácii, v bežnej dennej psychiatrickej praxi sa táto diagnóza ešte stále vyskytuje pomerne zriedka. K faktu, že je OCD nedostatočne diagnostikované môže prispievať jednak samotná porucha, jednak neochota pacientov spontánne hovoriť o svojich často bizarných ťažkostiach, za ktoré sa hanbia. Nemalú úlohu tu zohráva aj nedostatočná informovanosť medicínskej, ale aj laickej verejnosti o tejto poruche. Prognóza však už zďaleka nie je taká ne-

priaznivá ako tomu bolo v nie tak dávnej minulosti. Posledné 2 – 3 dekády priniesli viac optimizmu do liečby aj perspektívy pacientov s OCD. Úloha sérotonínu v etiopatogenéze OCD a následná sérotonínová hypotéza boli potvrdené početnými kontrolovanými, multicentrickými štúdiami, v ktorých sa potvrdila účinnosť preparátov, pôsobiacich na serotonínovú neurotransmisiu (SRI). Kombinácia farmakoterapie s cieľenou KBT sa zdá byť najvhodnejšou a najúčinnou formou liečby OCD, ktorá musí byť u väčšiny pacientov s OCD často dlhodobá, niekedy aj doživotná. Vysoké percento relapsov po vysadení farmakologickej liečby v priebehu niekoľkých týždňov a stále vysoký podiel nonrespondérov v liečbe sú ešte oblasti, ktoré vyžadujú ďalšie podrobné skúmanie a stanovenie spoľahlivých terapeutických stratégií aj pre túto podskupinu pacientov s OCD.

Napriek tomu aj z algoritmu liečby OCD je zrejme, že časy, kedy sa OCD považovala za ne-liečiteľnú poruchu sú už minimálne dve desaťročia preč, a že pre týchto pacientov je už v súčasnosti k dispozícii efektívna a bezpečná liečba, ktorá výrazným spôsobom prispieva k skvalitneniu života pacientov s OCD.

MUDr. Eva Pálová, PhD.

I. Psychiatrická klinika LF UPJŠ a FNLP
SNP 1, 040 01 Košice
e-mail: eva.palova@upjs.sk

Literatúra

- Karno M, Golding JM, Sorenson SB a Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five U.S. communities. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:1094–1099.
- Zohar AH. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiat Clin North America* 1999; 8: 445–460.
- World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. World Health Organization, Geneva 1993.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. American Psychiatric Association, Washington 1994.
- Stein DJ, Allen A, Bobes J et al. Quality of life in obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrums* 2000; 5(suppl 4): 37–39.
- Hollander E, Stein DJ, Broatch J a kol. A pharmaco-economic and quality of life study of obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrum* 1997; 2: 16–25.
- Dupont RL, Rice DP, Shiraki S et al. Economic costs of obsessive-compulsive disorder. *Med Interface* 1995; 8: 102–109.
- Demal U, Lenz G, Mayrhofer A, Zapotoczky HG, Zitterl W. Obsessive compulsive disorder and depression: a retrospective study on course and interaction. *Psychopathology* 1993; 26: 145–150.
- Skoog G, Skoog I. A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 121–132.
- Angst J, Gamma A, Endrass J et al. Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: prevalence, comorbidity, and course. *Eur Archs Psychiat, Clin Neurosci* 2004; 254(3) : 156–164.
- Derogatis L, Lipman R, Covi L. The SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale. *Psychopharmacol Bull* 1973; 9: 13–20.
- Rachman SJ, Hodgson RJ. Obsessions and Compulsions. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1980.
- Cooper J. The Leyton Obsessional Inventory. *Psychiatr Med* 1970; 1: 48–54.
- Goodman W, Price L, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Chareny DS. The Yale –Brown Obsessive Compulsive Scale.II. Validity. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1012–1016.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CI, Heninger GR, Chareny DS. The Yale –Brown Obsessive Compulsive Scale.I. Development, use and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1006–1011.
- Pallanti S, Hollander E, Bienstock C, Koran L, Leckman J et al. Treatment non-reponse in OCD: methodological issues and operational definitions. *Int J Neuropsychopharmacol* 2002; 5: 181–191.
- Fineberg NA, Gale T. Evidence-based pharmacological treatment for obsessive-compulsive disorder. *Int J Psychopharmacol* 2005; 8: 107–129.
- Koran LM, Saxena S. Issues and Strategies in Treating Refractory Obsessive-Compulsive Disorder. *CNS Spectrums* 2000; 5 (suppl 4): 24–31.
- Bogeto F, Albert U, Maina G. Sertraline treatment of obsessive-compulsive disorder: efficacy and tolerability of a rapid titration regime. *Euro Neuropsychopharmacol* 2002; 12: 181–186.
- Fineberg NA, Roberts A, Montgomery SA, Cowen PH. Grain 5-HT function in obsessive-compulsive disorder: prolactin responses to d-fenfluramine. *Br J Psychiat* 1997; 171: 289–292.
- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2007; 164 (suppl 1): 1–56.
- Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray JA, Richards WS. Evidence-based medicine. What it is and what is isn't. *BMJ* 1996; 312, 71–72.
- Ackerman DL, Greenlan S. Multivariate meta-analysis controlled drug studies for obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2002; 22: 309–317.
- Cox BJ, Swinson RP, Morrison B, Lee PS. Clomipramine, fluoxetine, and behaviour therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1993; 24: 149–153.
- Eddy KT, Gutra L, Bradley R, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychology Rev Clin Psychology Rev* 2004; 24: 2011–230.
- Fernández CE, Lopez-Ibor JJ. Monochlorimipramine in the treatment of psychiatric resistant to other therapies. *Actas Luso Esp Neurol Psiquienc Afines* 1967; 26: 119–147.
- Clomipramine Collaborative Study Group. Clomipramine in treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 730–738.
- Montgomery SA, McIntyre A, Osterheider M, Sarteschi P. et al. A double-blind, placebo controlled study of patients with DSM-III-R obsessive-compulsive disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 1993; 3: 143–152.
- Perse TL, Greist JH, Jefferson RH, Rosenfeld R, Dar R. Fluvoxamine treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1543–1548.
- Greist JH, Jefferson JW, Kobak KA, Chouinard G, DuBoff E, Halaris A et al. A 1 year double-blind placebo-controlled fixed dose study of sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 1995; 10: 57–65.
- Zohar J, Judge R. Paroxetine versus clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 468–474.
- Fineberg NA, Tonnoir B, Lemming O et al. Escitalopram prevents relapse of obsessive-compulsive disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 2007; 17: 430–439.
- Greist JH, Jefferson JW. Pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry* 1998; 173 (suppl 35): 64–70.

34. Baldwin DS, Anderson LM, Nutt DJ et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association of Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2005; 19: 567–596.
35. March JS, Frances A, Carpenter D, Kahn DA. The Expert Consensus Guideline series. Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 (suppl 4): 1–71.
36. Denys D, van der Wee, van Megen HJ, Westenberg HG: A double-blind comparison of venlafaxine and paroxetine in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2003; 23: 568–575.
37. Denys D, van Megen HJ, van der Wee N, Westenberg HG: A double-blind switch study of paroxetine and venlafaxine in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 37–43.
38. Hollander E, Bienstock CA, Koran LM, Pallanti S, Marazziti D a kol. Refractory Obsessive-Compulsive Disorder: State-of-the-Art Treatment. *J Clin Psychiatry* 2002; 63 (suppl 6): 20–29.
39. O'Connor K, Todorov C, Robillard S, Borgeat F, Brault M. Cognitive-behaviour Therapy and medication in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: A Controlled Study. *Can J Psychiatry* 1999; 44: 64–71.
40. Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1999; 37 (suppl): 29–52.
41. Greist JH. Behavior therapy for obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiat* 1994; 55(suppl): 60–68.
42. Fineberg NA, Gale T, Sivakumaran T. A Review of antipsychotics in treatment resistant obsessive-compulsive disorder (OCD). *Psychopharmacol* 2006(b); 20: 97–103.
43. Fallon BA, Liebowitz MR, Campeas R et al. Intravenous clomipramine for obsessive-compulsive disorder refractory to oral clomipramine: a placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 918–924.
44. Zohar J, Sasson Y, Chopra M, Amital D, Iancu I. Pharmacological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: A Review. In: *Obsessive-Compulsive Disorder*. Edt. Maj Mario et al., John Wiley, Chichester, UK, 2000; 44–61.
45. Rasmussen S, Hackett E, DuBoff E et al. A 2-year study of sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 1997; 12: 309–316.
46. Romano S, Goodman WK, Tanmura R et al. Long-term treatment of obsessive-compulsive disorder after an acute response: a comparison of fluoxetine versus placebo. *J Clin Psychopharmacol* 2001; 21: 46–52.
47. Jenike MA. Neurosurgical treatment of obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiat* 1998; 35 (suppl): 79–90.
48. Rauch SL, Dougherty DD, Cosgrove GR et al. What is the role of psychiatric neurosurgery in the 21st century? *Revista Brasileira De Psiquiatria* 1999; 26: 4–5.
49. Rauch SL, Kim H, Makris N et al. Volume reduction in the caudate nucleus following stereotactic placement of lesions in the anterior cingulate cortex in humans: a morphometric magnetic resonance imaging study. *J Neurosurg* 2000; 1019–1025.

Sekcia psychiatrov v predatestačnej príprave
Slovenskej psychiatrickej spoločnosti SLS
a Sekcie Mladých psychiatrov (MP) České psychiatrické společnosti JEP
s podporou spoločnosti Eli Lilly vypisujú

Cenu pre mladých psychiatrov

Cena je určená mladým psychiatrom, členom SPS SLS/ČPS JEP do 7 rokov od ates-tácie alebo do veku 40 rokov.

Odmenené budú projekty a terapeutické aktivity s bezprostredným klinickým uplatnením, práce skvalitňujúce starostlivosť o psychiatrického pacienta alebo riešiace problémy špeci-ficky spojené s psychiatrickou starostlivosťou. Projekty prinášajúce pozitívne inovácie v prístu-pe k liečbe, edukácii i rehabilitácii pacientov s duševným ochorením, práca s príbuznými, program zameraný na zlepšenie života pacientov, prípadne zorganizovanie akcie prinášajú-cej pacientom priamy prospech.

Maximálne dvojstranové anotácie projektu uchádzajúceho sa o cenu musia byť do 15. augusta 2008 doručené v písomnej forme na adresu:

J MUDr. René Pospíšil,
II. psychiatrická klinika SZU a PNPP, Mužské odd.,
Psychiatrická Nemocnica Philippa Pinela,
Malacká cesta 63, 902 18 Pezinok

**a označené názvom „Cena pre mladých psychiatrov“
Zároveň musia byť práce zaslané na e-mailovú adresu: pospisil@pnpp.sk**

Víťazná slovenská práca bude vybraná 6 českými zástupcami mladých psychiatrov a pred-sedom České psychiatrické společnosti JEP. Víťazná česká práca bude vybraná výborom Sekcie psychiatrov v predatestačnej príprave SPS SLS a predsedom Slovenskej psychiatrickej spoločnosti SLS.

Cena bude dotovaná čiastkou 30 000 Sk a bude odovzdaná na Sympóziu mladých psychiatrov na Konferencii WPA 21. septembra 2008 v Prahe.

MUDr. René Pospíšil
Predseda Sekcie psychiatrov v predatestačnej príprave SPS SLS