

Joanna Mikulska¹, Anita Bryńska²

ZABURZENIE OBSESYJNO-KOMPULSYJNE — METODY LECZENIA I CZYNNIKI DETERMINUJĄCE ICH SKUTECZNOŚĆ

OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER — METHODS OF TREATMENT AND THE FACTORS INFLUENCING THEIR EFFICACY

¹ I Klinika Psychiatrii Instytutu Psychiatrii i Neurologii
Kierownik: prof. dr hab. Jacek Wciórka

² Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego, Szpital im. Michałowicza
Kierownik: dr hab. Tomasz Wolańczyk, profesor AM

**obsessive-compulsive disorder
cognitive-behavioral therapy
pharmacotherapy**

W artykule przedstawiono przegląd piśmiennictwa dotyczącego leczenia zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego oraz czynników, które mogą wpływać na skuteczność psychoterapii i farmakoterapii u pacjentów z tym zaburzeniem. Dotychczas zidentyfikowano kilkanaście takich czynników; wśród nich wymienia się m.in. wzorce metabolizmu mózgowego, cechy obrazu klinicznego (np. przewaga obsesji lub kompulsji, współistnienie objawów depresyjnych). Także treść objawów natręctw okazuje się związana z wynikami leczenia. Autorki wskazują na znaczenie psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu tej grupy pacjentów.

Summary: The aim of this review is to summarize the known factors which can determine the efficacy of therapy (pharmacotherapy and cognitive-behavioural therapy) in OCD. The Medline and Psych.Info (1966-2003) were reviewed with key words: OCD and CBT, OCD and BT. The emerging data suggest that there exist some factors which can influence the efficacy of therapy in OCD: metabolism of fluorodeoxyglucose in the left orbitofrontal cortex, the clinical picture of the disease – predominance of obsessions or compulsions, predominance of a specific group of symptoms (i.e. sexual/religious obsessions, compulsive hoarding and saving), associated symptoms of depression, duration of illness, the number of previous therapies, the level of functioning before treatment, Y-BOCS score before treatment, compliance with the therapist during the first week of psychotherapy and reduction of anxiety between sessions (two last factors refer to cognitive-behavioural therapy).

Wstęp

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne — definicja, obraz kliniczny i klasyfikacja

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (obsessive-compulsive disorder, OCD), zwane również nerwicą natręctw, charakteryzuje się występowaniem myśli natrętnych (obsesji) lub/i czynności natrętnych (kompulsji).

Myśli natrętne mogą mieć postać idei, wyobrażeń lub impulsów odczuwanych przez pacjenta jako natrętne, przeszkadzające lub niewłaściwe. Wdzierają się one do świadomości chorego bez jego zgody i budzą lęk, jednak są odbierane jako jego własne myśli. Chory przeważnie próbuje je zignorować lub pozbyć się ich, co jest jednak zwykle trudne, a czasem wręcz niemożliwe.

Czynności natrętne, zarówno te, które są, jak i te, które nie są poprzedzone myślami natrętnymi, zazwyczaj przyjmują postać stereotypowych, wielokrotnie powtarzanych zachowań. Mogą przybierać formę swoistych rytuałów. Są przesadne i przeważnie postrzegane przez chorego jako bezsensowne lub niepotrzebne. Ich funkcją jest redukcja niepokoju lub zapobieżenie wystąpieniu określonej sytuacji (której pacjent się obawia i uważa, że wykonując rytuał nie dopuści do jej zaistnienia), przy czym próba zaniechania wykonania czynności przymusowej powoduje nasilenie lęku [1].

Treść i tematyka objawów występujących w przebiegu OCD może być bardzo różna. W większości badań zajmujących się oceną skuteczności leczenia tego schorzenia autorzy wykorzystują skalę Y-BOCS (The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Goodman i wsp., 1986). Jest ona narzędziem służącym do oceny nasilenia objawów zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego oraz monitorowania jego zmian w czasie prowadzonej terapii. W skali tej można wyróżnić pięć najważniejszych wymiarów objawowych OCD: nadmierną potrzebę porządku i symetrii (symetry/ordering), przymus gromadzenia przedmiotów (hoarding), nadmierne obawy dotyczące zakażenia oraz związane z nimi rytuały czystościowe (contamination/cleaning), impulsy agresywne i rytuały sprawdzania (aggressive/checking) oraz myśli natrętne o charakterze seksualnym i religijnym (sexual/religious) [2, 3].

Według klasyfikacji ICD-10 zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne należy do grupy zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem, i występujących pod postacią somatyczną, znajdując się w bliskim sąsiedztwie zaburzeń lękowych, natomiast klasyfikacja DSM-IV umieszcza je bezpośrednio w grupie zaburzeń lękowych.

Wiadomo że choroba ta często współistnieje z innymi zaburzeniami psychicznymi, w tym najczęściej z kręgu zaburzeń lękowych i z depresją [4, 5, 6, 7]. Również w rodzinach chorych na zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne wśród najczęściej współwystępujących chorób opisuje się zaburzenia lękowe i afektywne [3].

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne jest chorobą heterogenną, o różnorodnym obrazie klinicznym, który być może determinuje skuteczność jej leczenia.

Obraz neuropatologiczny

W powstawaniu objawów obsesyjno-kompulsyjnych biorą udział określone struktury mózgu takie, jak: płaty czołowe, zwłaszcza lewej półkuli, przednia część zakrętu obręczy, jądra podkorowe: ogoniaste i soczewkowate, istota czarna, jądro grzbietowe szwu oraz połączenia neuronalne łączące te struktury [1, 8]. Dzięki wykorzystaniu badań neuroobrazowych oceniających strukturę i funkcję mózgu, w tym pozytonowej tomografii emisyjnej (PET), w ostatnim czasie lepiej poznano zmiany czynnościowe w mózgu występujące u chorych na OCD oraz zbadano, w jaki sposób różne formy leczenia mogą modyfikować metabolizm mózgowy, co, jak się wydaje, koreluje z obrazem klinicznym choroby. Z punktu widzenia neurofizjologii objawy OCD są postrzegane jako „fałszywe sygnały”, które są interpretowane przez mózg w kategoriach, że coś jest złe, a rzeczy są inne niż

powinny być. Zaburzenia równowagi w wewnętrznych obwodach neuronalnych zwojów podstawy prowadzą do nadmiernego odhamowania szlaków wzgórzowo-korowych, a to z kolei powoduje ciągłą aktywację „obwodu martwienia się” (kora czołowa-jądro ogoniaste-wzgórze) [8].

Leczenie

Farmakoterapia

Leczenie zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego zawsze sprawiało trudności. Przełomem w dziedzinie farmakoterapii było wprowadzenie klomipraminy i zastosowanie jej w leczeniu tego schorzenia. Lek ten od lat 80. stał się w Europie uznanym środkiem pierwszego wyboru w leczeniu OCD (w Stanach Zjednoczonych nastąpiło to później). Skuteczność klomipraminy wiąże się z jej działaniem na wychwyty zwrotny serotoniny – uważa się, że jest ona głównym neuroprzekaznikiem związanym z patogenezą OCD [1]. Od około 10 lat dysponujemy również innymi lekami hamującymi w sposób wybiórczy wychwyty zwrotny serotoniny (SSRI – selective serotonin reuptake inhibitors) takimi, jak: fluoksetyna, fluwoksamina, sertralina, paroksetyna, citalopram i escitalopram. Wiadomo jednak, że leczenie farmakologiczne OCD ma pewne ograniczenia. Nie jest ono skuteczne u wszystkich pacjentów, a efekt kliniczny często występuje tylko w okresie przyjmowania leków. Leczenie farmakologiczne nie chroni również w pełni przed nawrotami choroby. Podczas stosowania leków występują działania niepożądane, co może mieć szczególne znaczenie w przypadku dzieci i młodzieży [7].

Psychoterapia

Drugą uznaną metodą leczenia zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego jest psychoterapia behawioralna (behavioral therapy, BT) lub poznawczo-behawioralna (cognitive-behavioral therapy, CBT). Najczęściej stosowanymi oddziaływaniami behawioralnymi jest tzw. terapia ekspozycyjna polegająca na łączeniu ekspozycji na budzący lęk bodziec (tworzenie sytuacji, w której pacjent ma myśli natrętne lub odczuwa przymus wykonania czynności natrętnej) z powstrzymaniem reakcji (z wykorzystaniem różnych technik radzenia sobie z myślami natrętnymi lub niedopuszczenie do wykonania czynności natrętnej). Metoda ta wykorzystuje zjawisko habituacji i wygaszania wzmocnienia, którym dla pacjenta jest redukcja niepokoju uzyskana wskutek wykonania czynności natrętnych lub ulegania myślom natrętnym. Jej stosowanie prowadzi do zmniejszenia lęku oraz wyeliminowania stereotypowych zachowań, a także sprzyja zwalczaniu zachowań unikających (tzn. podejmowanych przez pacjenta prób unikania budzących lęk sytuacji). Ekspozycja i powstrzymanie reakcji mogą być uzupełnione technikami poznawczymi.

Terapia poznawczo-behawioralna, pomimo uznanej skuteczności w leczeniu OCD, ma jednak również pewne wady i ograniczenia. Należy do nich częsta odmowa uczestnictwa w sesjach lub wykonywania zadań domowych (będących ważnym elementem takiego leczenia) – na wstępie lub w trakcie terapii. Niewątpliwym ograniczeniem stosowania terapii poznawczo-behawioralnej są również wysokie koszty i niewielka dostępność tej metody, co wynika z braku dostatecznej liczby wyszkolonych terapeutów [9].

Wybór terapii

W opublikowanym w 1997 roku *Obsessive-compulsive disorder executive summary* [10] przedstawiono wytyczne dotyczące leczenia zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, wśród których zwracają uwagę zwłaszcza następujące punkty:

- OCD o łagodnym nasileniu: zalecane stosowanie tylko CBT lub CBT + SRI (serotonin reuptake inhibitor – inhibitor wychwytu zwrotnego serotoniny).
- OCD o znaczniejszym nasileniu: zalecane stosowanie CBT + SRI.

Oznacza to, że terapia poznawczo-behawioralna stała się powszechnie uznaną metodą leczenia pierwszego wyboru w OCD. Wybór formy terapii jest dodatkowo uzależniony od wieku pacjenta, tolerancji i akceptacji określonej metody leczenia, charakteru dominujących objawów, występowania schorzeń towarzyszących (zarówno ogólnych, jak i psychicznych) oraz reakcji na dotychczas stosowane leczenie farmakologiczne.

Cel pracy i metody

Celem pracy jest próba podsumowania czynników determinujących skuteczność leczenia w OCD, ze szczególnym uwzględnieniem CBT. Aby prześledzić to zagadnienie, przeszukano bazy Medline i Psych. Info, w latach: 1966–2003, za pomocą słów kluczowych: OCD i CBT, OCD i BT, oraz zapoznano się z wybranym piśmiennictwem zaczerpniętym z wyszukanych artykułów.

Czynniki warunkujące skuteczność farmakoterapii

Tak, jak już wspomniano na wstępie, lekami stosowanymi obecnie w terapii zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego są przede wszystkim inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny. Według zaleceń grupy ekspertów leki te powinny być stosowane jako uzupełnienie terapii poznawczo-behawioralnej w przypadkach choroby o cięższym nasileniu (w łagodniejszych przypadkach oraz u dzieci przed okresem dojrzewania zaleca się stosowanie tylko terapii poznawczo-behawioralnej). Jedynie u dorosłych z ciężką postacią choroby dopuszcza się stosowanie wyłącznie farmakoterapii [10].

W leczeniu zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego zaleca się stosowanie niektórych leków w dawkach wyższych niż w terapii zespołów depresyjnych: klomipraminy do 300 mg/dobę, fluoksaminy do 200–300 mg/dobę, fluoksetyny 40–60 mg/dobę, paroksetyny 40–60 mg/dobę. Co ciekawe, sertralina charakteryzuje się największą skutecznością w dawkach niskich (50 mg/dobę) i wysokich (200 mg/dobę), a mniejszą w dawkach pośrednich [1]. W piśmiennictwie medycznym istnieje wiele dowodów potwierdzających skuteczność inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny w leczeniu zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego [4, 11, 12, 13], co wiąże się ze wspomnianym poprzednio udziałem serotoniny w patogenezie tej choroby. Najprawdopodobniej występuje tutaj nadwrażliwość układu nerwowego na endogenną serotoninę, a leki prowadzą do stopniowej adaptacji receptorów serotonergicznych [4, 14].

Ocenia się, że właściwe leczenie farmakologiczne pacjentów cierpiących na zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne powoduje znaczną poprawę u około 25% chorych, umiarkowaną u 50% chorych, natomiast u pozostałych pacjentów stwierdza się brak poprawy lub nawet

pogorszenie się stanu psychicznego [1]. W literaturze brak jednoznacznych informacji dotyczących czynników determinujących oporność na leczenie farmakologiczne u chorych z OCD.

W badaniach wykorzystujących neuroobrazujące badania czynnościowe (pozytro-nową tomografię emisyjną — PET) Brody i wsp. [15] stwierdzili, że występujące przed rozpoczęciem leczenia u pacjentów z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym obniżenie metabolizmu fluorodeoksyglukozy w rejonie oczodołowym kory czołowej po prawej stronie i w przedniej części zakrętu obręczy było związane z lepszą reakcją na leczenie klomipraminą. W badaniu, w którym próbowano określić związek pomiędzy różnymi wzorcami metabolizmu mózgowego a reakcją na terapię behawioralną lub leczenie farmakologiczne, stwierdzono, że istotnym czynnikiem predykcyjnym jest metabolizm fluorodeoksyglukozy w rejonie oczodołowym kory czołowej po stronie lewej (w odniesieniu do metabolizmu w całej półkuli po tej samej stronie). Większy stopień normalizacji metabolizmu w tym rejonie (powrót do metabolizmu jak w przeciwnej półkuli) korelował z gorszym wynikiem leczenia fluoksetyną oraz z większą poprawą po zastosowaniu terapii behawioralnej [15]. Uzyskane wyniki sugerują, że pacjenci z różnymi wzorcami metabolizmu mózgowego mogą odmiennie reagować na różne formy leczenia.

W wielu badaniach porównuje się skuteczność farmakoterapii i psychoterapii poznawczo-behawioralnej. W jedynym z nich Hohagen i wsp. [16] oceniali, czy dołączenie fluwoksaminy do multimodalnej terapii poznawczo-behawioralnej (obejmującej ekspozycję i powstrzymanie reakcji, przeformułowanie poznawcze i wytworzenie alternatywnych zachowań) ma przewagę nad stosowaniem CBT w połączeniu z placebo. Badani pacjenci cierpieli na zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne o dużym nasileniu. W grupie, w której oprócz psychoterapii stosowano również fluwoksaminę, stwierdzono większą redukcję ilości i nasilenia myśli natrętnych. Nie obserwowano natomiast różnic między grupami w zakresie czynności natrętnych. Stwierdzono również, że u pacjentów, u których współwystępowały nasilone objawy depresyjne, reakcja na leczenie, oceniana na podstawie zmiany wyników w skali Y-BOCS, była istotnie gorsza w grupie leczonej tylko CBT (w połączeniu z placebo). Wyniki tego badania przemawiają za zasadnością łączenia terapii poznawczo-behawioralnej z fluwoksaminą u pacjentów, u których w obrazie klinicznym dominują myśli natrętne oraz współwystępują objawy depresji [16].

Wykazano również, że występowanie myśli natrętnych o treściach seksualnych było związane z gorszym wynikiem leczenia klomipraminą [3, 17]. Wiadomo także, że chorzy, u których dominują objawy w postaci natrętnego gromadzenia przedmiotów i oszczędzania (compulsive hoarding and saving) gorzej reagują na leczenie farmakologiczne i psychoterapię w porównaniu z pacjentami, u których w obrazie OCD dominują objawy innego rodzaju [18].

Badania dotyczące skuteczności różnych metod leczenia OCD utrudnia to, że choroba przebiega zazwyczaj w postaci samoistnych zaostrzeń i remisji. Nawet przy aktywnym, wielostronnym leczeniu nigdy nie ma pewności, czy nastąpi całkowite wyleczenie. Częściej uzyskuje się jedynie częściową remisję objawów. W badaniu prospektywnym, Eisen i wsp. [6] przez 2 lata obserwowali pacjentów z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym leczonych przede wszystkim selektywnymi inhibitorami wychwyty zwrotnego serotoniny (jedynie u 18% pacjentów stosowano terapię behawioralną). Stwierdzili, że prawdopodobieństwo

uzyskania pełnej remisji wynosiło 12%; wyższe było prawdopodobieństwo uzyskania częściowego złagodzenia objawów (47%). Po uzyskaniu remisji, prawdopodobieństwo nawrotu choroby wynosiło 48%. W badaniu nie stwierdzono zależności pomiędzy skutecznością leczenia a takimi czynnikami, jak: zaburzenia osobowości typu osobowości unikająco-zależnej, występowanie depresji endogennej, przemijających zaburzeń depresyjnych, tików lub pojawienie się zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego przed 14. rokiem życia. Brak potwierdzenia powyższych związków mógł być spowodowany zbyt małą liczbą (66) objętych badaniem pacjentów [6].

W kolejnym badaniu, także podejmującym próbę zidentyfikowania czynników determinujących skuteczność leczenia zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, Alonso i wsp. [3] obserwowali pacjentów przez stosunkowo długi czas (od 1 roku do 5 lat — średnio przez 2,5 roku). Wszyscy chorzy byli leczeni inhibitorami wychwytu zwrotnego serotoniny, a ponad 70% z nich przyjmowało więcej niż jeden lek z tej grupy. U ponad 60% stosowano ponadto terapię behawioralną. Jednym z celów badania była próba odpowiedzi na pytanie, czy dobra początkowa reakcja na leczenie farmakologiczne pozwala na prognozowanie długotrwałego rokowania w leczeniu OCD, kolejnym — próba określenia, czy istnieją jakieś czynniki społeczno-demograficzne i/lub zmienne kliniczne, które mogłyby mieć znaczenie prognostyczne dla odległego przebiegu zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. W badaniu stwierdzono, że krótkotrwała reakcja na leczenie inhibitorami wychwytu zwrotnego serotoniny nie była czynnikiem, który pozwala przewidzieć długoterminowy wynik leczenia w OCD. Jest to zgodne z wynikami uzyskanymi przez innych autorów [19, 20], którzy stwierdzili brak korelacji pomiędzy początkową reakcją na leczenie kломipraminą a odległym rokowaniem. Spośród innych czynników o potencjalnym znaczeniu prognostycznym żaden z branych pod uwagę nie okazał się istotny statystycznie, co mogło być jednak spowodowane zbyt małą liczbą pacjentów w grupie nie reagującej na obydwie stosowane metody leczenia (leczenie farmakologiczne i terapię behawioralną). U pacjentów nie odpowiadających na terapię (u wszystkich pacjentów stosowano lek z grupy SRI, a u 60% chorych dodatkowo terapię behawioralną) stwierdzono jedynie tendencję do podawania dłuższego czasu trwania zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, mniejszej liczby podjętych prób leczenia, uzyskiwania wyższych początkowych wyników w skali Y-BOCS i w podskali oceniającej myśli natrętne oraz mniejszą redukcję ogólnego wyniku w skali Y-BOCS po początkowym leczeniu farmakologicznym. Stwierdzono ponadto, że występowanie myśli natrętnych o treściach seksualnych i religijnych było jedyną zmienną kliniczną związaną z gorszym odległym wynikiem leczenia. Ponieważ wszyscy oceniani pacjenci byli leczeni farmakologicznie, a u ok. 60% z nich dodatkowo stosowano terapię behawioralną, nie wiadomo, do której ze stosowanych metod leczenia odnosi się ten czynnik. Wiadomo natomiast, że CBT okazała się skuteczna przede wszystkim w odniesieniu do wszystkich czynności natrętnych [3].

Czynniki warunkujące skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej

Jak wspomniano na wstępie, terapia poznawczo-behawioralna stanowi uznaną podstawową lub uzupełniającą metodę leczenia zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego [10].

Pomimo że jest to stosunkowo nowa metoda leczenia (pierwsze opisy terapii metodą ekspozycji połączonej z powstrzymaniem reakcji pojawiły się w latach 70.), w literaturze można znaleźć obecnie wiele dowodów na jej skuteczność.

Pierwsze badania kontrolowane oceniające skuteczność CBT pojawiły się w latach 70. [21, 22]. Obecnie wiadomo, że terapia poznawczo-behawioralna może wpływać na czynnościowe interakcje pomiędzy korą limbiczną a zwojami podstawy, które to struktury mózgu mają podstawowe znaczenie w neuropatologii OCD [8].

Często dokonuje się oceny skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej w określonych grupach pacjentów.

Kampman i wsp. [23] wykazali skuteczność CBT u 14 z 56 pacjentów, którzy nie zareagowali na początkowe leczenie fluoksetyną (tzn. uzyskano u nich zmniejszenie wyników w skali Y-BOCS o mniej niż 25%). U chorych tych po zastosowaniu terapii poznawczo-behawioralnej uzyskano zmniejszenie nasilenia objawów o ponad 40% [23].

Istnieje stosunkowo niewiele badań oceniających skuteczność jednoczesnego stosowania terapii poznawczo-behawioralnej i inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny.

W jednym z nich Franklin i wsp. [24], którzy u wszystkich pacjentów zastosowali CBT, a w jednej grupie dodatkowo lek z grupy SRI, stwierdzili znaczną poprawę kliniczną w obu grupach. Wnioskowali, że terapia poznawczo-behawioralna jest skuteczna również przy rezygnacji z leczenia farmakologicznego.

W niewielkim, niestety, bo obejmującym 29 pacjentów, badaniu O'Connor i wsp. próbowali ocenić efekt jednoczesnego stosowania CBT i podawania SRI. Podzielili oni pacjentów na cztery grupy (lek + CBT, tylko CBT, tylko lek, placebo w grupie oczekującej na CBT). Wykazali przewagę aktywnych metod leczenia nad placebo. Stwierdzili również, że połączenie terapii poznawczo-behawioralnej z leczeniem farmakologicznym wiązało się z większą skutecznością terapeutyczną [25].

Stosunkowo niewiele badań ocenia skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu dzieci i młodzieży. Ich wyniki sugerują jednak, że CBT jest skuteczną i wskazaną metodą leczenia również w tej grupie wiekowej [26, 27].

Obawa przed występowaniem działań niepożądanych związanych z leczeniem farmakologicznym i przewlekłą farmakoterapią u dzieci może sprzyjać preferowaniu psychoterapii. Korzystna jest także ich większa „podatność” na psychoterapię, krótszy czas trwania zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego (co jest związane z mniejszym stopniem utrwalenia zachowań i przekonań związanych z chorobą) oraz lepsze wyniki w zapobieganiu nawrotom w wyniku stosowania CBT.

Benazon i wsp. [28] wykazali, że CBT może być skuteczna u dzieci z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym. W badanej grupie dzieci nie stosowano leczenia farmakologicznego w przeszłości ani w trakcie badania [28].

Nie badano skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej w grupie osób w podeszłym wieku. W piśmiennictwie odnaleziono tylko jeden artykuł kazuistyczny, w którym Carmin i wsp. [29] wykazali skuteczność intensywnej terapii poznawczo-behawioralnej w postaci ekspozycji i powstrzymania reakcji u starszej osoby, u której OCD wystąpiło po udarze niedokrwinnym w rejonie zwojów podstawy. W wyniku leczenia uzyskano zmniejszenie wyników w skali Y-BOCS o 20 punktów, a rezultat ten utrzymywał się w rok po zakończeniu leczenia. Jest to jednak bardzo specyficzny przypadek, o podłożu organicznym, i choć uzyskana poprawa była spektakularna, to nie można przecież wykluczyć w tej sytuacji znaczenia innych czynników (np. cofania się następstw udaru).

Terapia poznawczo-behawioralna może koncentrować się na technikach poznawczych (np. korekcji fałszywych lub dysfunkcjonalnych przekonań) lub behawioralnych, w postaci

ekspozycji na budzący lęk bodziec z powstrzymaniem reakcji prowadzącej do zmniejszenia nasilenia lęku (tzn. sprowokowanie sytuacji wyzwalającej natręctwa i niedopuszczenie do ich wystąpienia). W leczeniu OCD zaleca się stosowanie obydwu tych elementów, w zależności od obrazu klinicznego choroby i charakteru dominujących objawów.

Uważa się, że techniki behawioralne w postaci ekspozycji połączonej z powstrzymaniem reakcji są szczególnie wskazane u pacjentów, u których występują objawy typu obaw przed zakażeniem lub skażeniem, rytuały wynikające z potrzeby symetrii, liczenie/powtarzanie, gromadzenie przedmiotów oraz impulsy agresywne. Natomiast w przypadku dominacji takich objawów, jak nadmierna skrupulatność, poczucie winy i odpowiedzialności moralnej oraz patologicznych wątpliwości bardziej wskazane są metody poznawcze [10].

W jednym z badań Cottraux i wsp. [30] podjęli próbę porównania terapii poznawczej z behawioralną w leczeniu zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. Pacjentów podzielono na dwie grupy: w jednej stosowano terapię poznawczą, w drugiej behawioralną (po 20 sesji), nie stosowano leczenia farmakologicznego. Stwierdzono jednakową poprawę kliniczną w obydwu grupach. Jedyne obserwowane różnice dotyczyły objawów depresji mierzonych w skali Becka, na które w większym stopniu wpływała terapia poznawcza.

Jednak w większości badań nie dokonuje się tak jednoznacznego oddzielenia terapii poznawczej od behawioralnej, a pod pojęciem CBT w leczeniu zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego najczęściej kryje się stosowanie ekspozycji z powstrzymaniem reakcji (E/PR), często uzupełnione elementem poznawczym.

Piacentini i wsp. [31] podjęli jedną z prób oceny czynników determinujących skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej (w postaci ekspozycji i powstrzymania reakcji) u dzieci z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym. Stwierdzili, że reakcja na leczenie była niezależna od wieku, płci, stosowania leków na początku badania, współistniejących chorób ani doświadczenia terapeuty. Gorszy wynik leczenia obserwowano u dzieci z bardziej nasilonymi myślami natrętnymi i większym upośledzeniem funkcjonowania szkolnego stwierdzanym w momencie rozpoczęcia badania [31].

W grupie pacjentów, u których występuje natrętne gromadzenie przedmiotów i przymus oszczędzania, stwierdzono gorszą niż w innych typach OCD reakcję na leczenie multimodalne, obejmujące stosowanie farmakoterapii, terapii poznawczo-behawioralnej i rehabilitacji psychospołecznej [18].

Mataix-Cols i wsp. [2] w dość dużym, obejmującym 153 pacjentów, wielośrodkowym randomizowanym badaniu z grupą kontrolną, oceniali, czy zidentyfikowane wcześniej wymiary objawowe zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego pozwalają przewidzieć wypełnianie zaleceń terapeuty i reakcję na terapię behawioralną. Wyróżniono następujące wymiary objawów w OCD:

- obawy przed zakażeniem/mycie, czyszczenie;
- potrzeba symetrii/ustawianie, porządkowanie;
- gromadzenie, oszczędzanie;
- impulsy agresywne/sprawdzanie;
- myśli i impulsy natrętne o treściach seksualnych i religijnych.

Stwierdzono, że natrętne gromadzenie i oszczędzanie było istotnym czynnikiem rokującym przerwanie współpracy w relacji terapeutycznej (współpraca jest podstawowym warunkiem skuteczności terapii). Autorzy próbują tłumaczyć to występującym w tej grupie pacjentów brakiem wglądu i krytycyzmu chorobowego, egosyntonicznym charakterem

objawów, stosowaniem mechanizmów obronnych w postaci zaprzeczania i racjonalizacji oraz niewielką motywacją do zmiany. W przypadku osób, które zakończyły leczenie, najważniejszym czynnikiem determinującym jego skuteczność było nasilenie objawów przed rozpoczęciem leczenia, tzn. pacjenci, którzy uzyskali wyższe wyniki w skali Y-BOCS przed rozpoczęciem leczenia, zwykle uzyskiwali również stosunkowo wysokie wyniki po jego zakończeniu. Występowanie depresji na początku badania nie wpływało na wynik leczenia. Po uwzględnieniu całościowego nasilenia objawów, stwierdzono, że większe nasilenie myśli natrętnych i impulsów o treściach seksualnych i religijnych były związane z gorszym wynikiem leczenia terapią behawioralną. Ten wymiar objawowy OCD jest, według autorów badania, najbardziej zbliżony do „czystych myśli natrętnych”. Na podstawie uzyskanych wyników autorzy sugerują, że terapia behawioralna jest szczególnie wskazana u pacjentów, u których dominują objawy typu impulsów agresywnych/potrzeby sprawdzania; obaw przed zakażeniem/mycia, czyszczenia oraz potrzeby symetrii/układania, porządkowania.

Również de Araujo i wsp. [32] podjęli próbę zidentyfikowania czynników determinujących skuteczność terapii behawioralnej w postaci ekspozycji i powstrzymania reakcji w leczeniu zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. Oceniali wpływ następujących czynników: wiek w momencie rozpoczęcia terapii, płeć, czas trwania choroby, wiek w momencie zachorowania, czy pacjent zgłasza się do lekarza sam, współistnienie innych zaburzeń psychicznych, dominacja objawów z kręgu mycia i czyszczenia, nasilenie rytuałów i myśli natrętnych na początku badania oraz wyniki w skalach: YBOCS, Skali Depresji Hamiltona, Skali Depresji Becka, CGI, a także ogólny poziom funkcjonowania zawodowego i społecznego, ogólne przekonania. Autorzy brali również pod uwagę stopień wypełniania zaleceń terapeuty między kolejnymi sesjami (odsetek wykonanych zadań domowych w stosunku do uzgodnionych z terapeutą w ciągu ostatniego tygodnia), zaangażowanie w ekspozycję podczas pierwszej sesji i nasilenie lęku w tym czasie oraz redukcję lęku pomiędzy sesjami od początku terapii do czwartego tygodnia. Czynnikiem, który w największym stopniu determinował dobry wynik leczenia, zarówno bezpośrednio po jego zakończeniu (po 9 tygodniach), jak i po upływie 32 tygodni, okazało się wypełnianie zaleceń terapeuty polegające na wykonywaniu prac domowych w ciągu pierwszego tygodnia terapii. Badacze stwierdzili, że na ten czynnik w największym stopniu wpływały z kolei następujące zmienne: mniejsze ogólne nasilenie objawów, mniejszy stopień utrwalenia (sztywności) przekonań i młodszy wiek. Mniej istotnym czynnikiem predykcyjnym było zmniejszenie lęku między sesjami od początku terapii do czwartego tygodnia. Nie stwierdzono wpływu na skuteczność leczenia takich czynników, jak wiek w momencie zachorowania, czas trwania choroby, płeć, nasilenie depresji na początku badania. Mniejsze nasilenie lęku na początku badania i lepsze dostosowanie w pracy/społeczne w niewielkim stopniu wiązało się z korzystniejszym wynikiem terapii.

W badaniu przeprowadzonym przez Alonso i wsp. [3], w którym wszyscy pacjenci otrzymywali lek z grupy inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny, a u ok. 60% zastosowano również terapię behawioralną, stwierdzono, że leczenie skojarzone było bardziej skuteczne w odniesieniu do czynności natrętnych. Natomiast występowanie myśli natrętnych o treściach seksualnych i religijnych było uniwersalnym czynnikiem związanym z gorszym odległym wynikiem leczenia (przy braku zależności od stosowanych form terapii — tzn. psycho- czy farmakoterapia). Autorzy oceniali również wpływ wielu innych czynników na wynik leczenia, jednak z opisu i schematu badania (wszyscy pacjenci otrzymywali

leki) nie wynikało, na jaki rodzaj leczenia wpływają te parametry, a ich wpływ stwierdzony w badaniu był niewielki.

Greist [33] w artykule przeglądowym na temat terapii behawioralnej zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, zwraca uwagę m.in. na pewne ograniczenia, które „na wstępie” decydują o mniejszej zasadności stosowania tej formy leczenia. Należy do nich nasiloną depresję, która może w znacznym stopniu utrudniać terapię poznawczo-behawioralną, podobnie jak wszystkie inne formy psychoterapii. W tym przypadku, jak sugeruje autor, korzystne jest rozpoczęcie od leczenia farmakologicznego lekiem z grupy inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny. Duże znaczenie dla powodzenia terapii poznawczo-behawioralnej ma stopień wglądu w objawy choroby. Do jego utraty dochodzi w rzadkich przypadkach, częściej u dzieci lub osób, u których choroba trwa długo, a myśli natrętne przybierają postać idei nadwartościowych, które czasem mogą być zbliżone do urojeń. Jednak nawet osoby, u których OCD współistnieje ze schizofrenią, mogą korzystnie reagować na terapię poznawczo-behawioralną. Wiadomo również, że stosowanie leków anksjolitycznych z grupy benzodiazepin zmniejsza skuteczność CBT, poprzez obniżenie podstawowego poziomu czuwania i zaburzenie procesu habituacji. Podobnie mogą działać wszystkie inne leki o działaniu depresyjnym na ośrodkowy układ nerwowy. Obecnie wydaje się jednak, że inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny nie zaburzają procesu uczenia się i habituacji, a zatem ich stosowanie nie powinno wpływać na zmniejszenie się skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej. Autor zwraca również uwagę na problem odmowy uczestniczenia w terapii na wstępie lub niewypełniania zaleceń terapeuty, który dotyczy około 25% chorych [33].

Inne formy CBT, BT mające na celu obniżenie kosztów i zwiększenie dostępności tej formy terapii

Ze względu na wysokie koszty i stosunkowo małą jeszcze dostępność terapii poznawczo-behawioralnej niektórzy badacze próbują oceniać skuteczność tańszych i bardziej dostępnych jej form, w tym terapii grupowej, sterowanej komputerowo czy przez telefon.

Cordioli i wsp. [34] oceniali skuteczność grupowej CBT w leczeniu OCD i wykazali, że ta metoda leczenia powoduje poprawę jakości życia pacjentów (wynikającą prawdopodobnie ze zmniejszenia nasilenia objawów choroby). Stwierdzili również, że odsetek pacjentów uczestniczących w kolejnych sesjach był wysoki, co mogło wynikać z korzystnego wpływu grupy (poczucie wspólnoty problemów, uczenie się przez obserwację, dawanie lub otrzymywanie wsparcia, spójność grupy). Grupowa terapia poznawczo-behawioralna okazała się korzystna u pacjentów, u których nie osiągnięto poprawy po zastosowaniu leczenia farmakologicznego.

Greist i wsp. [35] oceniali skuteczność sterowanej komputerowo terapii poznawczo-behawioralnej w porównaniu z tradycyjną postacią tej formy leczenia (tzn. stosowanej wyłącznie przez terapeutę) oraz relaksacją (stosowaną w grupie kontrolnej). CBT sterowana komputerowo okazała się skuteczną metodą leczenia (aczkolwiek nieco mniej niż terapia z udziałem terapeuty). Może być ona pomocna w sytuacjach, kiedy tradycyjna CBT nie jest dostępna.

Podsumowanie

W tabeli przedstawiono podsumowanie danych z cytowanego w pracy piśmiennictwa, dotyczących czynników wpływających (lub nie) na skuteczność farmakoterapii i terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego.

Tabela 1

Porównanie wpływu wybranych czynników na skuteczność farmakoterapii i terapii poznawczo-behawioralnej według cytowanych w pracy źródeł

| Czynnik | Farmakoterapia (numery piosenienigłów) | | | | | | | | | | Terapia poznawczo- behawioralna (numery piosenienigłów) | | | | | | | | | |
|---|---|---|----|----|----|----|----|----|---|---|---|----|----|----|----|----|-----|--|--|--|
| | 3 | 5 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 2 | 3 | 5 | 15 | 16 | 18 | 31 | 32 | 33 | | | |
| Męto lub farm fluoro destryglukozy w regionie o czodofowym koryzofowej po stronie lewej (w odniesieniu do męto lub farmu wyżej półkuli po tej samej stronie) — normalizacja | | | ↓ | | | | | | | | | ↑ | | | | | | | | |
| Przewaga myśli natężonych w obrazie klinicznym OCD | ↓ | | | ↑ | | | | | | ↓ | | ↓ | | ↓ | | | | | | |
| Przewaga czynności natężonych w obrazie klinicznym OCD | | | | ↔ | | | | | | ↑ | | ↔ | | | | | | | | |
| Dominacja objawów wzrzągu qromadnie obsesję | | | | | ↓ | | | ↓ | | | | | ↓ | | | | | | | |
| Dominacja myśli natężonych o treściach seksualnych i religijnych | ↓ | | | ↓ | | | | | | ↓ | | | | | | | | | | |
| Towarzyszące objawy depresji | | ↔ | | ↑ | | | | ↔ | | ↔ | | | | | | | ↓* | | | |
| Cebowooobie mo-azlegna | | ↔ | | | | | | | | ↔ | | | | | | | | | | |
| Pozatekchoroby przed 14 rokiem życia | | ↔ | | | | | | | | ↔ | | | | | | | | | | |
| Długie czasy trwania choroby | ↓ | | | | | | | | | ↓ | | | | | | | | | | |
| Gorsze funkcjonowanie przed rozpoczęciem leczenia | | | | | | | | | | | | | | | ↓ | | | | | |
| Mniejsza liczba podjętych wczesniej prób leczenia | ↓ | | | | | | | | | ↓ | | | | | | | | | | |
| Wyższy wynik w skali Y-BOCS przed rozpoczęciem leczenia | ↓ | | | | | | | ↓ | | ↓ | | | | | | | | | | |
| Dobra reakcja na początkowe leczenie farmakologiczne | ↔ | | | | | | ↔↔ | | | ↔ | | | | | | | | | | |
| Wypełnienie zaleceń terapeuty w pierwszym tygodniu terapii | | | | | | | | | | | | | | | | | ↑** | | | |
| Zmniejszenie czasu między seansami CBT (0-4 tygodnie) | | | | | | | | | | | | | | | | | ↑ | | | |

↑ - czynnik związany z większą skutecznością leczenia,

↓ - czynnik związany z mniejszą skutecznością leczenia,

↔ - czynnik nie związany z wynikiem leczenia

* tylko depresja o znacznym nasileniu, która determinuje gorszą skuteczność różnych form psychoterapii, w tym poznawczo-behawioralnej; depresja o nasileniu łagodnym i umiarkowanym nie wpływała na wynik leczenia CBT

** na oceniany czynnik (wypełnianie zaleceń terapeuty w pierwszym tygodniu terapii) w największym stopniu wpływały trzy inne zmienne (mniejsze ogólne nasilenie objawów, mniejszy stopień utrwalenia (sztywności) przekonań i młodszy wiek).

Piśmiennictwo

1. Pilaczyńska E, Rybakowski J. Zespół natręctw. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*, tom II, wyd. 1. Wrocław: Urban & Partner; 2002, s. 454-466.
2. Mataix-Cols D, Marks IM, Greist JH, Kobak KA, Baer L. Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: results from a controlled trial. *Psychother. Psychosom.* 2002; 71: 255–262.
3. Alonso P, Menchon JM, Pifarre J, Mataix-Cols D, Torres L, Salgado P, Vallejo J. Long-term follow-up and predictors of clinical outcome in obsessive-compulsive patients treated with serotonin reuptake inhibitors and behavioral therapy. *J. Clin. Psychiatry* 2001; 62: 535–540.
4. Bryńska A. Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne u dzieci i młodzieży – przegląd piśmiennictwa. *Psychiatr. Pol.* 1998; tom XXXII, nr I: 77–88.
5. Piacentini J, Bergman RL. Obsessive-compulsive disorder in children. *Psychiatr. Clin. N. Am.* 2000; 23(3): 519–533.
6. Eisen JL, Goodman WK, Keller MB, Warshaw MG, DeMarco LM, Luce DD, Rasmussen SA. Patterns of remission and relapse in obsessive-compulsive disorder: a 2-year prospective study. *J. Clin. Psychiatry* 1999; 60: 5.
7. Swedo S, Rapaport JL, Leonard HL. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Arch. Gen. Psychiatry* 1989; 46: 335–341.
8. Schwartz JM. Neuroanatomical aspects of cognitive-behavioural therapy response in obsessive-compulsive disorder. *Brit. J. Psychiatry* 1998; 173 (supl. 35): 38–44.
9. March JS, Frances A, Carpenter D. The Expert Consensus Guideline Series – Treatment of obsessive-compulsive disorder. *J. Clin. Psychiatry* 1997; 58 (supl.4): 13–72.
10. March JS, Frances A, Carpenter D. Expert Consensus Guideline Series. Obsessive-compulsive disorder executive summary. *J. Clin. Psychiatry* 1997; 58, (supl. 4): 11-12.
11. Jenike MA, Buttolph L, Baer L. Open trial of fluoxetine in obsessive-compulsive disorder. *Am. J. Psychiatry* 1989; 146: 909–911.
12. Thoren P, Asberg M, Cornholm B. Clomipramine treatment of OCD: I. A controlled clinical trial. *Arch. Gen. Psychiatry* 1980; 37: 1025–1037.
13. Zohr J, Insel T, Zohar-Kadouch R. Serotonergic responsivity in OCD: Effects of chronic clomipramine treatment. *Arch. Gen. Psychiatry* 1988; 45: 167–172.
14. Jenike MA, Hyman S, Baer LA controlled trial of fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: Implications for a serotonergic theory. *Am. J. Psychiatry* 1990; 147: 1209–1215.
15. Brody AL, Saxena S, Schwartz JM, Stoessel PW, Maidment K, Phelps ME, Baxter LR. FDG-PET predictors of response to behavioral therapy and pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry. Res.* 1998; 84 (1): 1–6.
16. Hohagen F, Winkelmann G, Rasche-Ruchle H, Hand I, König A, Munchau N, Hiss H, Geiger-Kabish C, Kappler C, Schramm P, Rey E, Aldenhoff J, Berger M. Combination of behavior therapy with fluvoxamine in comparison with behavior therapy and placebo. Results of a multicentre study. *Brit. J. Psychiatry (supl.)* 1998; (35): 71–8.
17. Goodman W.K, Rasmussen S.A, Price L.H. Type of obsessive-compulsive symptoms and response to clomipramine. Zaprezentowano na corocznym spotkaniu American College of Neuropsychopharmacology (przy Vanderbilt University, Nashville, Tennessee, USA); 1989.
18. Saxena S, Maidment KM, Vapnik T, Golden G, Rishwain T, Rosen RM, Tarlow G, Bystritsky A. Obsessive-compulsive hoarding: symptom severity and response to multimodal treatment. *J. Clin. Psychiatry* 2002; 63: 21–27.
19. Flament MF, Koby E, Rappaport JL. Childhood obsessive-compulsive disorder: a prospective follow-up study. *J. Child. Psychol. Psychiatry* 1990; 31: 396–380.
20. Bolton D, Luckie M, Steinberg D. Long term course of obsessive-compulsive disorder treated in adolescence. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 1995; 34: 1441–1449.
21. Marks IM, Hodgson R, Rachman S. Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis in vivo exposure: a 2 year follow-up and issues in treatment. *Brit. J. Psychiatry* 1975; 127: 349–364.
22. Foa EB, Goldstein A. Continuous exposure and complete response prevention of obsessive-compulsive disorder. *Behav. Ther.* 1978; 9: 821–829.

23. Kampman M, Keijsers GP, Hoogduin CA, Verbraak MJ. Addition of cognitive-behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder patients non-responding to fluoxetine. *Act. Psychiatr. Scand.* 2002; 106(4): 314–319.
24. Franklin ME, Abramowitz JS, Bux DA, Zellner LA, Feeny NC. Cognitive-behavioral therapy with and without medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Profess. Psychol. – Res. Pract.* 2002; 33 (2): 162–168.
25. O'Connor K, Todorov C, Robillard S, Borgeat F, Brault M. Cognitive-behavioral therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a controlled study. *Can. J. Psychiatry* 1999; 44(1): 64–71.
26. Piacentini J, Jaffer M, Gittow A. i in. *Psychopharmacological treatment of child and adolescent obsessive-compulsive disorder.* *Arch. Gen. Psychiatry* 1986; 43: 1180–1182.
27. Piacentini J. Cognitive behavioral therapy of childhood OCD – review. *Child Adolesc. Psychiatric Clin. North Am.* 1999; 8(3): 599–616.
28. Benazon NR, Ager J, Rosenberg DR. Cognitive behavior therapy in treatment – naive children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: an open trial. *Behav. Res. Ther.* 2002; 40(5): 529–539.
29. Carmin CN, Wiegartz PS, Yunus U, Gillock KL. Treatment of late-onset OCD following basal ganglia infarct. *Depress. Anx.* 2002; 15(2): 87–90.
30. Cottraux J, Note I, Yao SN, Lafont S, Note B, Mollard E, Bouvard M, Sauteraud A, Bourgeois M, Dartigues JF. A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behavior therapy in obsessive-compulsive disorder. *Psychother. Psychosom.* 2001; 70(6): 228–297.
31. Piacentini J, Bergman RL, Jacobs C, McCracken JT, Kretzman J. Open trial of cognitive behavior therapy for childhood obsessive-compulsive disorder. *J. Anx. Dis.* 2002; 16(2): 207–219.
32. De Araujo LA, Ito LM, Marks IM. Early compliance and other factors predicting outcome of exposure for obsessive-compulsive disorder. *Br. J. Psychiatry* 1996; 169: 747–752.
33. Greist J.H. New developments in behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder. *International Clin. Psychopharmacol.* 1996; 11, supplement 5.
34. Cordioli AV, Heldt E, Bochi DB, Margis R, deSouza MB, Tonello JF, Manfro GG, Kapczinski F. Cognitive behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: A randomized clinical trial. *Psychother. Psychosom.* 2003; 72: 211–216.
35. Greist JH, Marks IM, Baer L, Kobak KA, Wenzel KW, Hirsch MJ, Mantle JM, Clary CM. Behavior therapy for obsessive-compulsive disorder guided by a computer or by a clinician compared with relaxation as a control. *J. Clin. Psychiatry* 2002; 63 (2): 138–145.

Adres: ¹ Instytut Psychiatrii i Neurologii

al. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa,

² Klinika Psychiatrii Wieków Rozwojowego, Szpital im. Michałowicza

ul. Marszałkowska 2-4, 00-576 Warszawa

