

A kényszerbetegség kivizsgálása és kezelése

Jill N. Fenske, MD ■ Thomas L. Schwenk, MD

Kommentár: Csigó Katalin és Dr. Döme László

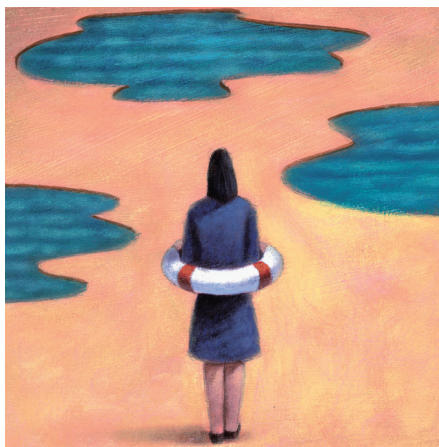
AKÉNYSZERBETEGSÉG (obsessive-compulsive disorder, OCD) olyan neuropszichiátriai megbetegedés, amelyben a beteget újra és újra visszatérő kellemetlen gondolatok gyötrik, illetve a beteg ismétlődő cselekvéssorral vagy lelki rituálékkal igyekszik úrrá lenni szorongásán. E tünetek mellett gyakran feltámad benne a bűntudat érzése és a titkolózás vágya, mivel ő maga is tisztában van azzal, hogy viselkedése indokolatlan. A tünetek eltitkolása miatt az egészségügyben dolgozók figyelme még könnyebben elsiklik a kényszerbetegség tünetei felett, így csak hosszú idő után ismerik fel a betegséget, és a terápia is jelentős késedelmet szenved. A kényszerbetegség kezelése általában véve nem könnyű feladat, de azért számos hatásos terápiás eszközünk van ellene.

Epidemiológia

A kényszerbetegség élettartam-prevalenciája 1,6%.¹ Az első tünetek általában serdülőkorban jelentkeznek, az érintettek több mint fele a 20. születésnapja előtt észleli a betegség első jeleit.¹ A kényszerbetegség jelentősen rontja az általános jóllétet; a betegek több mint felében a kényszergondolatok (obszessziók) és/vagy kényszercselekvések (kompulziók) nagyfokú lelki feszültséget keltenek.² A kényszerbetegség kedvezőtlenül befolyásolja

A kényszerbetegség (obszesszív-kompulzív zavar) jelentős lelki megterhelést és munkaképesség-csökkenést okozó állapot, mely sok esetben felismerés és kezelés nélkül marad. A háziornak tisztában kell lennie megjelenési formáival, képesnek kell lennie az obszessziók (kényszergondolatok) és kompulziók (kényszercselekvések) azonosítására, tájékoztatnia kell a beteget betegségéről természetéről. A kezelés ritkán hoz teljes gyógyulást, de enyhíti a tüneteket. Elsőként kognitív viselkedésterápiával kell próbálkozni, az expozíció és a válaszreakció megelőzésével. Emellett jó hatásúak a szelektív szerotoninvisszavétel-gátló szerek (SSRI). A kényszerbetegség kezelése során gyakran nagyobb dózisban kell adagolni a gyógyszereket, mint más kórképekben, és hosszabb idő telhet el a hatás jelentkezéséig. Terápiarezisztens esetekben az SSRI kiegészíthető atípusos antipszichotikummal. A kényszerbetegség idült kórkép, nem ritkák a visszaesések. A kezelés leépítése csak óvatosan történhet. A beteget nem szabad szem elől téveszteni, hogy időben felismerhessük az esetleges depressziót és az öngyilkossági gondolatokat.

KULCSSZAVAK: KÉNYSZERBETEGSÉG, KÉNYSZERCSELEKVÉSEK, KÉNYSZERGONDOLATOK, KOGNITÍV VISELKEDÉSTERÁPIA, SZEROTONINSZINDRÓMA, SZELEKTÍV SZEROTONINVISSZAVÉTEL-GÁTLÓK



a munkateljesítményt, valamint a társas és családi kapcsolatokat.

Idült megbetegedésről van szó, hatásos kezelés nélkül a betegség nagy

valószínűséggel perzisztál. A tünetek az esetek csaknem 70%-ában tartósan fennállnak, míg az esetek 23%-ában hullámzó a kórlefolyás.³ A kényszerbetegség diagnosztikai kritériumainak teljesülése és a kezelés megkezdése között átlagosan 11 év telik el.³ A késedelem többféle tényezőtől tevődik össze, és részint abból ered, hogy a betegek nem szívesen beszélnek tüneteikről, részint abból, hogy az orvosok a panaszok ismeretében sem mindig ismerik fel a betegséget.

Patogenezis

A kényszerbetegség jelenleg érvényesnek tekintett patogenetikai modellje összetett. A neurológiai képalkotó vizsgálatok szerint a kórlefolyás érinti a prefrontális kéreg dorzolaterális részét,

DR. FENSKE a Michigani Egyetem Orvoskarán (Ann Arbor) a Családorvosi Tanszék oktatója. **DR. SCHWENK** tanszékvezető egyetemi tanár ugyanott.

Főbb gyakorlati ajánlások és evidenciaszintjük

Ajánlás	Szint	Hivatkozás
A kényszerbetegségben szenvedő betegeket szorosan követni kell egyéb pszichiátriai betegségek és öngyilkossági gondolatok irányában	C	3, 19, 21
Kényszerbetegségben hatásos az expozíció és a válaszreakció prevenciójával kiegészített kognitív viselkedésterápia	A	21, 24, 35
Az SSRI szerekkel végzett terápiás próbálkozást 8–12 héten át kell fenntartani, ezen belül legalább 4–6 héten át a maximális tolerálható dózist kell alkalmazni	C	21
Az SSRI szereket legalább 1-2 éven át kell alkalmazni, mielőtt kísérletet tennék a gyógyszeres kezelés leépítésére. A relapszusok megelőzésének eszköze az expozíció és válaszreakció kivédését célzó terápiás ülés	C	21
A terápiarezisztens kényszerbetegség eseteiben hatásos lehet az SSRI szerek hatásának erősítése atípusos antipszichotikumokkal	B	16, 21, 30

A: kifogástalan minőségű betegközpontú vizsgálatok egybehangzó eredményei; B: nem kifogástalan minőségű vagy nem egybehangzó betegközpontú vizsgálatok eredményei; C: szakmai konszenzus, betegségi központi vizsgálatok eredményei, általános gyakorlat vagy esetsorozat

a bazális ganglionokat és a thalamust.⁴ A szelektív szerotonin visszavétel-gátlókra (selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI) való reagálás alapján feltételezik, hogy a kényszerbetegségben megfigyelhető neurokémiai változások közelről érintik a szerotonin-rendszert.

A családvizsgálatok arról tanúskodnak, hogy genetikai tényezők is közrehatnak a kényszerbetegség, különösen a korai kezdetű forma etiológiájában.⁵ Immunológiai komponens szerepét is feltételezik a kényszerbetegség, illetve a *Streptococcus*-fertőzésekkel összefüggő gyermekkori autoimmun neuropszichiátriai kórképek (pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with streptococcal infections, PANDAS) között igazolt kapcsolat alapján. E betegségecsoport jellegzetessége, hogy A típusú *Streptococcus* fertőzésen éppen átesett gyermekeknél jelentkezik minden átmenet nélkül kényszerbetegség vagy tic.

Kóriszmérés

Az obszessziók újra és újra a beteg fejébe toladó gondolatok vagy képek, amelyek nagyfokú feszültséget keltenek benne. A betegek általában felismerik, hogy a gondolatokat jórészt saját maguk generálják, és azok nem felelnek meg a valós körülményeknek. A gyakori kényszergondolatok közé tartozik például a beteg féelme a beszennyeződéstől, aggodalmaskodása amiatt, hogy egy feladatot teljesített-e, illetve rettegése attól, hogy valamely cselekvésével kárt okoz másoknak (1. táblázat).

A kényszercselekvések vagy kompulziók olyan ismétlődő mozdulatsort vagy mentális rituálét jelentenek, amelyek célja az obszessziók által keltett szorongás oldása. Gyakori kényszercselekvés a kézmosás, az ellenőrzés, a rendezgetés, az imádkozás, a számolás és az állandó megerősítés vágya (1. táblázat). A *Diagnostic and Statistical Manual*

of Mental Disorders 4. kiadása (DSM-IV) szerint nem elégíti ki a kényszerbetegség kritériumait az a személy, akinek túlzott aggodalma mögött valós mindennapos problémák állnak, és a diagnózis kimondásához az is szükséges, hogy az obszessziók jelentős lelki feszültséget keltsenek az érintettben (2. táblázat).⁶

A kényszerbetegség többféle alcsoportból és sokszínű megjelenési formákból összetevődő, sokrétű kórállapot (3. táblázat).⁷⁻¹⁵ A kényszerbetegséget számos egyéb rendellenesség kísérheti (melyeket gyakran az „OCD spektrum zavarok” gyűjtőnévvel foglalnak össze). Ide tartoznak például a testképzavar, a hajtépkedés (trichotilomania), a hipochondria és az evészavarok. A felsorolt kórállapotok hasonló jellegzetességeket mutatnak, és hasonlóképpen reagálnak a kényszerbetegség ellen alkalmazott terápiára.

Sok beteg nem szívesen számol be a kényszerbetegség tüneteiről. Az orvos-

1. táblázat. Gyakori kényszer gondolatok és kényszer cselekvések

Típus	Példa
Kényszer gondolatok (obszessziók)	
Agresszív impulzusok	Gyermek vagy szülő bántalmazásával kapcsolatos képzetek
Szennyeződés	A beteg félelme attól, hogy a másik ember kézfogása miatt beszennyeződik
Rendtevési kényszer	A tárgyak rendetlen vagy aszimmetrikus helyzete a betegben feszültséget kelt
Vallási gondolatok	Istenkáromló gondolatok, akaratlan vétkezéstől való félelem
Ismétlődő kétségek	A beteg nem biztos benne, hogy bezárta-e az ajtót
Szexuális képzetek	Visszatérő pornográf képek
Kényszer cselekvések (kompulziók)	
Ellenőrzés	Zárak, riasztók, különféle berendezések állandó ellenőrzése
Tisztítás	Kézmosás
Felhalmozás	Felesleges dolgok gyűjtögetése
Mentális tevékenység	A beteg állandóan imádkozik, számol vagy bizonyos szavakat ismételtet magában
Rendezgetés	A tárgyak szimmetrikus elrendezése
Megerősítés keresése	Állandó megerősítés kérése másoktól
Ismétlődő cselekvések	Állandó járkálás az ajtón ki-be

ban mindig fel kell merülnie a kényszerbetegség lehetőségének, ha szorongás vagy depresszió általános panaszai-val jelentkező beteget vizsgál. Megerősítheti a gyanút, ha a beteg állandóan visszatérő gondolatokról vagy rendszeresen ismétlődő cselekvésekről számol be. Gyakori jelenség, hogy a beteg igyekszik kerülni bizonyos tárgyakat vagy helyzeteket, túlságosan retteg a betegségektől, sérülésektől, és állandó megerősítést keres környezete részéről. A kéz bőrének repedezettsége kényszeres kézmosásra utalhat.

Néhány egyszerű szűrő jellegű kérdés segíthet tisztázni a kényszerbetegség gyanúját. (Például: Előfordul-e, hogy bizonyos gondolatok vagy képek állandóan visszatérnek a fejébe, melyeket aztán nehéz kiűzni onnan?, Érzett-e valaha kényszer olyan cselekvésre, melyről tudta, hogy semmi értelme

dóan visszatérnek a fejébe, melyeket aztán nehéz kiűzni onnan?, Érzett-e valaha kényszer olyan cselekvésre, melyről tudta, hogy semmi értelme

vagy igazából nem is áll szándékában megtenni [mosakodás, tisztogatás, számolás, ellenőriztetés?]) Standardizált diagnosztikai kérdőívek is léteznek, legtöbbjük azonban nem használatos az alapellátásban. Hasznosak lehetnek a beteg beszámolóira alapozott eszközök is; ezek közül széles körben használatos az Obsessive-Compulsive Inventory-Revised¹⁷ és a Florida Obsessive-Compulsive Inventory.¹⁸ Pszichiátriai szakrendelésre kell utalni a beteget minden olyan esetben, amikor a diagnózis bizonytalan.

Társuló betegségek

A kényszerbetegség mellett az esetek jelentős hányadában más pszichiátriai kórképek is fennállnak, különösen akkor, ha a betegség súlyos fokú. Egy követéses vizsgálatban 90% feletti értékben adták meg azok arányát, akik a kényszerbetegség mellett legalább egy másik, az I. tengelyhez tartozó (axis-I) kórkép diagnosztikai kritériumait is kielégítik.³ Ezek közül a leggya-

2. táblázat. A kényszerbetegség diagnosztikus kritériumai

Visszatérő kényszer gondolatok és kényszer cselekvések
A kényszer gondolatok és kényszer cselekvések jelentős időt (napi egy óránál többet) emésztnek fel, vagy kifejezett feszültséget keltenek a betegben, vagy nagyfokban befolyásolják életvitelét
A betegség lefolyásának bizonyos pontján a beteg felismeri, hogy kényszer gondolatai/kényszer cselekvései túlzottak vagy indokolatlanok
Ha másik I. tengelyhez tartozó (axis-I) betegség is fennáll, akkor a kényszer gondolatok/kényszer cselekvések nem kizárólag arra vonatkoznak
A rendellenesség nem vezethető vissza szerhasználat vagy belgyógyászati betegség pszichológiai hatására

Irodalmi adatok⁶ alapján

3. táblázat. A kényszerbetegség altípusai

Altípus	Jellegzetességek
Korai kezdetű kényszerbetegség ^{7,8}	Az első tünetek a serdülőkor előtt jelentkeznek Gyakrabban fordul elő tic és egyéb pszichiátriai kórkép A kényszcselekvések gyakran megelőzik a kényszer gondolatokat A kényszcselekvések gyakran súlyos fokúak és gyakoriak Kevésbé reagál az elsőként választott kezelésre Erős familiáris jelleg (gyakorisága az első fokú rokonok között 17%)
Gyűjtögetés ⁹	Kevesebb belátás, mint az egyéb altípusokban A tünetek gyakran súlyosabbak Nagyobb arányban kísérik egyéb pszichiátriai kórképek, különösen szociális fóbia A globális károsodás nagyobb mértékű Esetenként kevésbé reagál a pszichiátriai kezelésre
Tökéletességre törekvés („just right”) ^{10,11}	A beteg minden dolgában tökéletességre, bizonyosságra vagy kontrollálhatóságra törekszik Ennek következtében addig ismételt bizonyos cselekvéseket, míg nem enyhül benne a kényelmetlenség érzése A „nem tökéletes” érzése a kényszerbetegség minden formájában gyakori, de némelyeknél ez a vezető tünet
Elsődlegesen kényszer-gondolatokkal jellemzett kényszerbetegség ¹²	Az esetek 25%-ában nem mutatkoznak nyilvánvaló kényszcselekvések Nem hiányoznak teljesen a rituálék, de gyakran mentális jellegűek (pl. imádkozás, számolás, „jó szavak” ismételtetése) A kényszer gondolatok gyakori témája a nemiség, az erőszak és a vallás Korábban úgy gondolták, hogy a kóros gondolatokkal kísért kórállapot kevésbé reagál a kezelésre, de a gyógyszeres terápia, illetve az expozíció és a válaszreakció prevenciója jó hatású
Aggályoskodás, kínos lelkiismeretesség ¹³	Vallásos vagy morális kényszer gondolatok Súlyos következményekkel jár azok számára, akiknek az életében a hit vagy a vallásos kapcsolatok kiemelt szerepet játszanak A kényszer gondolatok arra irányulnak, hogy a beteg vétkezett-e vagy forogott-e a fejében istenkáromló gondolatokat A kényszcselekvések gyakori formája az imádkozás, a pap általi megerősítés igénye és a túlbuzgó gyónás
Tickel kapcsolatos kényszerbetegség ^{14,15}	Sok tekintetben hasonlít a korai kezdetű kényszerbetegséghez Az esetek jelentős hányadában teljesülnek a Tourette-szindróma kritériumai Az esetek nagy részében egyéb kórállapotok is fennállnak (pl. figyelemhiány/hiperaktivitás szindróma, testképzavar, trichotillomania, szociális szorongás, hangulatzavarok) Gyakoriak a kényszeres gyűjtögetés és a szomatikus kényszer gondolatok Gyakran válik szükségessé SSRI és atípusos antipszichotikum adása

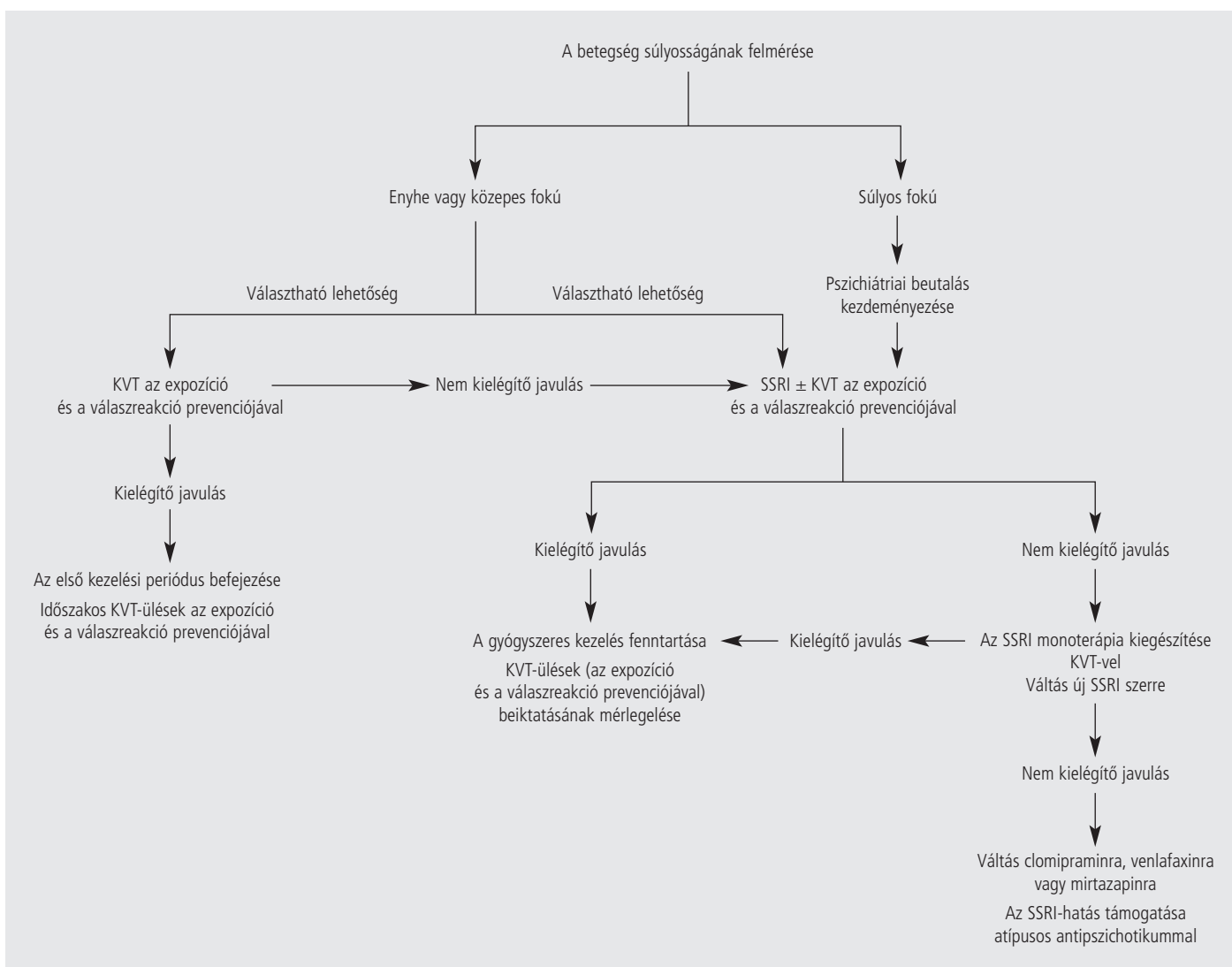
SSRI: szelektív szerotonin visszavétel-gátló gyógyszer

Irodalmi adatok⁷⁻¹⁵ alapján

koribb a major depresszió, amely a kényszerbetegségben szenvedők kétharmadánál jelentkezik valamikor életük során.³ Nem számít ritkaságnak a pánikbetegség, a szociális fóbia, az egyéb speciális fóbia és a szerhasználat sem. A kényszerbetegségben szenvedő betegek között igen nagyfokú az öngyilkossági hajlam; a betegek több mint felénél jelentkeznek öngyilkossági képzetek, és a betegek 15%-a megpróbálkozik az öngyilkossággal.³ A kényszerbetegséghez társuló szuicid magatartás szoros összefüggést mutat a depresszióval és reményvesztettséggel.¹⁹ A betegeket szorosan figyelemmel kell kísérni az öngyilkossági kockázat és a depresszió tüneteinek felismerése céljából.

Kezelés

A kényszerbetegség kórismézését követően fontos feladat a beteg tájékoztatása és támogatása. Bár a betegség ritkán kerül teljes remisszióba, az esetek többségében jelentős javulás érhető el. Bizonyítékokon alapuló gyógyszeres és viselkedésterápiás módszerek állnak rendelkezésre a kényszer gondolatok és kényszcselekvések súlyosságának és gyakoriságának csökkentésére, de még így is hetekbe, hónapokba telhet, míg a kezelés hatása jelentkezik. Fel kell világosítani a beteget arról, hogy bizonyos ideig várnia kell a terápiás hatás kibontakozására, de addig is megfelelő támogatást kell biztosítani számára, és arra kell ösztönözni, hogy ha az első időszakban csalódottságot érez, az ne tántorítsa el a kezeléstől.



1. ábra. A kényszerbetegség kezelésének algorit-musa. KVT: kognitív viselkedésterápia; SSRI: szelektív szerotoninvisszavétel-gátló gyógyszer

Irodalmi adatok¹⁶⁻²¹ alapján

Sokat segíthet, ha már a kezelés megkezdése előtt, majd a terápia időszakaiban pontosan felmérjük a tüne-

tek súlyosságát és a károsodás mértékét. Ez történhet standardizált értékelő skálák segítségével, de jó támpontot nyújthat az is, ha a beteg önmaga határozza meg az obszesszív gondolatokkal, kompulzív cselekvésekkel naponta eltöltött idő hosszát. A Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) megbízható eszköz a tünetek súlyosságának megítélésére.²⁰ Fontos, hogy

figyelemmel kísérjük, hogy a kényszerbetegség tünetei miként befolyásolják a beteg kapcsolatait, munkáját, önálló képességét és kikapcsolódását.

A kezelés akkor indokolt, ha a betegség tünetei megzavarják a beteg mindennapi tevékenységeit vagy jelentős feszültséget ébresztenek benne. Ésszerű célkitűzés, hogy a terápia nyomán egy óra alá csökkenjen a naponta kény-

szergondolatokkal és -cselekvésekkel töltött idő, és ezek csak elhanyagolható mértékben zavarják a napi feladatok ellátását. A kezelési algoritmust az 1. ábra mutatja be.

Pszichiátriai konzílium szükséges abban az esetben, ha az Y-BOCS súlyos fokú kényszerbetegséget jelez. Enyhe vagy szubklinikus tünetek észlelésekor elegendő lehet a beteg felvilágosítása és támogatása. Jó minőségű betegtájékoztatók állnak rendelkezésre, melyek bővebb információt nyújtanak a betegség természetéről, megjelenési formáiról és a lehetséges kezelésekről.

Pszichológiai kezelések

A kényszerbetegség eredményesen kezelhető a pszichológia eszközeivel.²² A pszichológiai eszközöket csak megfelelő képzettséggel rendelkező egészségügyi szakemberek (pszichológusok, szociális munkások) vehetik igénybe. A kognitív viselkedésterápia gyakran alkalmazott pszichoterápiás módszer; a pszichodinamikus pszichoterápia vagy „beszélgetésterápia” kényszerbetegségben való alkalmazhatósága még bizonyításra vár.

A kognitív viselkedésterápia kulcsfontosságú eleme az expozíció és a válaszreakció megelőzése, ami eredményesnek mutatkozott kényszerbetegségben.²³ Ennek során a betegek megtanulják, hogyan szembesüljenek a kényszerszergondolatokat ébresztő helyzetekkel anélkül, hogy kényszer-cselekvéssel válaszolnának rájuk. Az aggodalmat keltő helyzetek előidézhetőek közvetlenül (pl. egy nyilvános helyiségben lévő tárgyak megérintésével), vagy a képze-

let útján (pl. a beteg maga elé idéz egy olyan helyzetet, amikor kezet fog valakivel). A betegek addig tartózkodnak a rituálék végzésétől, amíg szorongásuk enyhül. Az expozíció és válaszreakció megelőzése rendszerint heti gyakoriságú, alkalmanként 1-2 órás terápiás üléseken történik, 13–20 héten keresztül.²¹

Gyógyszeres kezelés

A kényszerbetegség igen szelektív módon reagál a szerotonerg gyógyszerekre. Korábban az erős szerotonerg hatású triciklusos antidepresszívum, a clomipramin adását tekintették a betegség elsőként választandó kezelésének. A triciklusos készítmények biztonságosságával és hatásosságával kapcsolatos aggodalmak nyomán azonban az SSRI-terápia került az első vonalba a kényszerbetegség kezelésében. Az Egyesült Államok gyógyszer-felügyeleti hatósága (FDA) a fluoxetint, a fluvoxamint, a paroxetint és a sertralint fogadta el a kényszerbetegség terápiájában, de a citalopram és az escitalopram is széles körben használatos. Az SSRI-kezelés az esetek 60–70%-ában eredményez több-kevesebb tüneti javulást.²⁴ Egy nemrég elvégzett Cochran-elemzés igazolta az SSRI szerek hatását kényszerbetegségben: az abszolút kockázatsökkenés 8–17% volt, egy terápiás sikerhez 6–12 beteget kellett kezelni.²⁵

Az SSRI szereket gyakran nagyobb adagban kell adni kényszerbetegségben, mint más betegségek kezelésekor.²¹ A dózist 4–6 hét alatt kell a maximálisan tolerálható adagig, illetve a mellékhatások jelentkezéséig

emelni.²¹ Esetenként át is léphetjük a maximálisan tolerálható szintet, de ilyenkor szoros követésre van szükség a szerotoninszindróma felismerésére. A szerotoninszindróma korai jele a szorongás, remegés, tachycardia és verejtékezés.²⁶ A betegnek 8–12 héten át kell szednie az SSRI szereket, ezen belül legalább 4–6 héten át a maximálisan tolerálható dózisban kell adagolni a szert.²¹ A beteg rendszerint csak 4–6 hét múltán tapasztal jelentős javulást, de előfordulhat, hogy 10–12 hétig vagy még annál is tovább kell várnia a terápiás hatás jelentkezésére.

Ha a kezelés sikeres, úgy azt legalább 1-2 évig kell folytatni.²¹ Ha a beteg úgy dönt, hogy felhagy a gyógyszer szedésével, a dózist csak több hónapon át fokozatosan csökkentve szabad beszüntetni azt. Ha eközben a tünetek súlyosbodását tapasztaljuk, akkor ismét az eredeti dózisban kell adni a készítményt, és csak fenntartással jöhet szóba ismét a terápia abbahagyása. Egyes esetekben a betegnek egész életében szednie kell gyógyszereit.

Az első adatok alapján a pszichológiai kezelés tartósabb hatást biztosít, mint a gyógyszerek adása.²⁷ A pszichológiai kezelés szüneteltetésének időszakában fenyegető relapszusok kivédésére „megerősítő” terápiás ülések iktathatók be az expozíció és a válaszreakció megelőzése végett.²¹ A relapszusok megelőzését célozza a gyógyszeres kezelés leépítése előtti pszichológiai terápia is.

Ha az SSRI- vagy pszichológiai kezelés nem hozza meg a kívánt eredményt, úgy kombinációs kezelés mérlegelhető.

A gyógyszeres kezelést előnyben részesítő betegek esetében hatásos lehet, ha a korábban szedett SSRI szert egy másik SSRI készítményre cseréljük.²¹ Legalább kétféle SSRI-kezelés kudarcát követően clomipramin adása jön szóba.²¹ A clomipramin alkalmazása antikolinerg mellékhatások veszélyét rejti magában, és néha szívritmuszavarok vagy görcsrohamok is felléphetnek. A mellékhatások lehetőség szerinti elkerülése érdekében kezdetben kis dózissal (25 mg) próbálkozunk, majd az adag fokozatosan emelhető. A második vonalbeli kezelés másik szere a venlafaxin, melynek elhúzódo felszabadulású formái a véletlen besorolásos, kontroll vizsgálatokban egyenértékűnek mutatkoztak a paroxetinnel.²⁸ Egy kis előzetes vizsgálat eredményei arra utalnak, hogy a mirtazapin is alkalmas a kényszerbetegség kezelésére.²⁹

Az SSRI-terápiára részleges választ adó betegek esetében hasznos lehet, ha a korábbi gyógyszereket atípusos antipszichotikummal egészítjük ki. Erre azonban csak akkor kerülhet sor, ha a 3 hónapon át maximális dózisban alkalmazott SSRI-kezelés sikertelennek bizonyult.³⁰ A risperidon esetében tűnik leginkább bizonyítottnak a kiegészítő terápia létjogosultsága, de adható quetiapin vagy olanzapin is.¹⁶ A terápiás hatás antipszichotikummal való erősítése különösen akkor célravezető, ha tic is mutatkozik. Az SSRI risperidonnal vagy haloperidollal alkotott kombinációja előnyt élvez e betegcsoport kezelésében.³⁰

A terápiarezisztens kényszerbetegség kezelése szakorvosi feladat. Számos

módszer kínálkozik e betegek kezelésére, de jobbra csak kevés beteg bevonásával végzett előzetes kutatások vagy szakértői vélemények igazolják ezek hatását.^{16,21} A terápiarezisztens kényszerbetegség súlyos formájában időszakos kórházi felvétel vagy bentlakásos kezelés jöhet szóba.

Komplementer és alternatív gyógymódok

Mind ez ideig csak kevés vizsgálat foglalkozott a kényszerbetegségben alkalmazható komplementer és alternatív gyógymódokkal. Az első tapasztalatok arra utalnak, hogy jó hatású lehet a közepes intenzitású aerob testedzés és a mentális beavatkozás (pl. meditatív légzés).^{31,32} Régióta felmerült az orbáncfűvel (*Hypericum perforatum*) való kezelés lehetősége is. Egy nemrég lezárult kettős vak vizsgálat nem igazolta ennek hatásosságát, de további kutatásokat tartanak szükségesnek a témában.

A gyermekkori kényszerbetegség speciális szempontjai

Bár a kényszerbetegség gyermekkorban általában izolált problémaként jelenik meg, az esetek jelentős hányadában hangulatzavarral, tickel, figyelemhiány/hiperaktivitás szindrómával vagy fejlődési zavarokkal társul. Hirtelen kialakuló obszesszív-kompulzív tünetek vagy tic észlelésekor a gyermeket ki kell vizsgálni A csoportú *Streptococcus* fertőzés irányában, mert felmerül a PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococcal Infection) gyanúja. A kényszerbetegségben szenvedő gyermeket spe-

cialistához kell utalni. Elsőként kognitív viselkedésterápiával kell próbálkozni, kiegészítve azt az expozíció és a válaszreakció prevenciójával. SSRI-terápiát kell indítani súlyos tünetek esetén, illetve azokban az esetekben, amikor a kognitív viselkedésterápia önmagában nem hoz javulást.

Köszönetnyilvánítás. A szerzők köszönetet mondanak dr. Joseph Himle-nek (Michigani Egyetem Orvoskara, Pszichiátriai Klinika) a kézirat elkészítéséhez nyújtott segítségéért.

Nyilatkozat. A szerzők nem jeleztek érdekütközést

OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: DIAGNOSIS AND MANAGEMENT • VOL 80 / NO 3 / AUGUST 1, 2009 / AMERICAN FAMILY PHYSICIAN

Levelezési cím: Jill N. Fenske, MD, Chelsea Health Center, 14700 E. Old U.S. Highway 12, Chelsea, MI 48118. E-mail: jnfenske@med.umich.edu. Különlenyomatot a szerzők nem küldenek

Irodalom:

1. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication [published correction appears in Arch Gen Psychiatry 2005;62(7):709]. Arch Gen Psychiatry 2005;62(6):617-627
2. Koran LM. Quality of life in obsessive-compulsive disorder. Psychiatr Clin North Am 2000;23(3):509-517
3. Pinto A, Mancebo MC, Eisen JL, Pagano ME, Rasmussen SA. The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study: clinical features and symptoms of the sample at intake. J Clin Psychiatry 2006;67(5):703-711
4. Friedlander L, Desrocher M. Neuroimaging studies of obsessive-compulsive disorder in adults and children. Clin Psychol Rev 2006;26(1):32-49
5. Pauls DL. The genetics of obsessive compulsive disorder: a review of the evidence. Am J Med Genet C Semin Med Genet 2008;148(2):133-139
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed., text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000
7. Chabane N, Delorme R, Millet B, Mouren MC, Leboyer M, Pauls D. Early-onset obsessive-compulsive disorder: a subgroup with a specific clinical

and familial pattern? *J Child Psychol Psychiatry* 2005;46(8):881–887

8. Rosario-Campos MC, Leckman JF, et al. Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158(11):1899–1903

9. Wheaton M, Timpano KR, Lasalle-Ricci VH, Murphy D. Characterizing the hoarding phenotype in individuals with OCD: associations with comorbidity, severity and gender. *J Anxiety Disord* 2008;22(2):243–252

10. Coles ME, Frost RO, Heimberg RG, Rhéaume J. „Not just right experiences”: perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behav Res Ther* 2003;41(6):681–700

11. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1992;15(4):743–758

12. McKay D, Abramowitz JS, Calamari JE, et al. A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: symptoms versus mechanisms. *Clin Psychol Rev* 2004;24(3):283–313

13. Nelson EA, Abramowitz JS, Whiteside SP, Deacon BJ. Scrupulosity in patients with obsessive-compulsive disorder: relationship to clinical and cognitive phenomena. *J Anxiety Disord* 2006;20(8):1071–1086

14. Diniz JB, Rosario-Campos MC, Hounie AG, et al. Chronic tics and Tourette syndrome in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res* 2006;40(6):487–493

15. McDougle CJ, Goodman WK, Leckman JF, Lee NC, Heninger GR, Price LH. Haloperidol addition in fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder. A double-blind, placebo-controlled study in patients with and without tics. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51(4):302–308

16. Canadian Psychiatric Association. Clinical practice guidelines. Management of anxiety disor-

ders [published correction appears in *Can J Psychiatry* 2006;51(10):623]. *Can J Psychiatry* 2006;51(8 suppl 2):9S–91S

17. Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, et al. The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychol Assess* 2002;14(4):485–496

18. Storch EA, Kaufman DA, Bagner D, et al. Florida Obsessive-Compulsive Inventory: development, reliability, and validity [published correction appears in *J Clin Psychol* 2007;63(12):1265]. *J Clin Psychol* 2007;63(9):851–859

19. Kamath P, Reddy YC, Kandavel T. Suicidal behavior in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2007;68(11):1741–1750

20. Rush JA. *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000:572–574

21. Koran LM, Hanna GL, Hollander E, Nestadt G, Simpson HB, for the American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2007;164(7 suppl):5–53

22. Gava I, Barbui C, Aguglia E, et al. Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(2):CD005333

23. Fisher PL, Wells A. How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behav Res Ther* 2005;43(12):1543–1558

24. Eddy KT, Dutra L, Bradley R, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev* 2004;24(8):1011–1030

25. Soomro GM, Altman D, Rajagopal S, Oakley-Browne M. Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) versus placebo for obsessive compulsive

disorder (OCD). *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(1):CD001765

26. Adams SM, Miller KE, Zylstra RG. Pharmacologic management of adult depression. *Am Fam Physician* 2008;77(6):785–792

27. Simpson HB, Liebowitz MR, Foa EB, et al. Post-treatment effects of exposure therapy and clomipramine in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 2004;19(4):225–233

28. Denys D, van der Wee N, van Megen HJ, Westenberg HG. A double blind comparison of venlafaxine and paroxetine in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2003;23(6):568–575

29. Koran LM, Gamel NN, Choung HW, Smith EH, Aboujaoude EN. Mirtazapine for obsessive-compulsive disorder: an open trial followed by double-blind discontinuation. *J Clin Psychiatry* 2005;66(4):515–520

30. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Kelmendi B, Coric V, Bracken MB, Leckman JF. A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder [published correction appears in *Mol Psychiatry* 2006;11(8):795]. *Mol Psychiatry* 2006;11(7):622–632

31. Brown RA, Abrantes AM, Strong DR, et al. A pilot study of moderate-intensity aerobic exercise for obsessive compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis* 2007;195(6):514–520

32. Hanstede M, Gidron Y, Nyklicek I. The effects of a mindfulness intervention on obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical student population. *J Nerv Ment Dis* 2008;196(10):776–779

33. Kobak KA, Taylor LV, Bystritsky A, et al. St John's wort versus placebo in obsessive-compulsive disorder: results from a double-blind study. *Int Clin Psychopharmacol* 2005;20(6):299–304



Kommentár: Csígyó Katalin és Dr. Döme László • Nyíró Gyula Kórház, II. Pszichiátria, Budapest

45

Kényszerbetegségen kényszerszorongásokból (obszessziók) és kényszerszelekvésekből (kompulziók) álló tünetegyüttest értünk, a diagnózis felállításának kritériuma az, hogy a tünetek legalább 2 héten keresztül tartóan fennálljanak, illetve naponta legalább egy órán át igénybe vegyék a páciens, jelentősen akadályozva ezzel a beteg mindennapi életvitelét (DSM-IV.).¹

Az obszesszív-kompulzív zavar (OCD) megértésében és kezelési alapelveiben az utóbbi 30 évben jelentős változások történtek. Fenske és Schwenk cikke az OCD-t neuropszichiátriai zavarként definiálja, utalva ezzel a betegséggel kapcsolatos legmodernebb tudományos eredményekre.

A betegséget a nemzetközi szakirodalomban a döntéshozás vagy a kételkedés betegségeként is szokás említeni, a „neuropszichiátriai betegség” kifejezés is jól ismert.² Ma a betegségről alkotott ismereteink kereteit több különböző szakterületről (pszichiátria, neuropszichológia, neuroimmunológia, képalkotó eljárások) szerzett információk tágitják.

Epidemiológia

A kényszerbetegség ma már a negyedik leggyakoribb pszichiátriai betegség, holott prevalenciáját az 1950-es években még csak 0,05%-ra becsülték. Fenske és Schwenk az

élettartam-prevalenciát 1,6%-ra teszi, magyar vizsgálatok hazai populációban 2,8%-os prevalenciát igazoltak.³ A szerzőpáros a betegséget krónikus betegségként definiálja, utalva a tünetek tartós és markáns fennállására és a sok esetben hosszú évekig tartó terápiás próbálkozásokra. A mai adatok szerint a betegek egy alcsoportját (20–40%-át) terápiareszisztensnek mondhatjuk, a terápiareszisztencia sajátos tünettannal, kezelési konzekvenciákkal és feltehetően neuropszichológiai rendellenességekkel is leírható altípusnak tekinthető.⁴ A kényszerbetegség előfordulásában nemi különbségek nem mutathatók ki, de a férfiaknál hamarabb, általában a serdülőkorban indul a betegség, míg a nők esetében a betegség kezdete a húszas évekre tehető.

Etiológia

A betegség kialakulásában genetikai, neuroanatómiai és neurokémiai, valamint pszichológiai összetevőknek egyaránt szerepük van. Ezek közül a cikk a neuroanatómiai és neurokémiai tényezőket említi, utalva a képalkotó eljárások eredményeire, amelyek a dorzolaterális prefrontális kéreg, a bazális ganglion és a thalamus érintettségét igazolták. Ugyanakkor a genetikai tényezők jelentőségére utal a családi halmozódás; a szerotoninrendszer érintettsége egyértelműen igazolódott, de ma már adatok állnak rendelkezésünkre a dopaminrendszer érintettségét illetően is.

A cikk nem tárgyalja a betegség etiológiájában közrejátszó pszichológiai tényezők szerepét, ugyanakkor a legjelentősebb pszichológiai iskolák – pszichoanalízis, tanuláselmélet,

rendszer szemléletű családterápia – is kidolgoztak magyarázó elveket az OCD kialakulására vonatkozóan.

Diagnózis

A szerzők ismertetik az obszessziók és a kompulziók fogalmát, és jól áttekinthető táblázatokban, példákkal is illusztrálva közlik a kényszerszorongások és kényszerszelekvések fontosabb típusait. Utalnak a szakirodalomban jól ismert „kényszerbetegség spektrum” kifejezésre is: az OCD spektrumba tartozó betegségeként említik a testdiszmorfofóbiát, a trichotillomániát, a hipochondriát és az evészavart. A spektrum modellben gondolkodva az OCD határterületének tekinthetjük a kényszer vásárlást, a kleptomániát és a kóros játékszenvedélyt is.⁵ Fenske és Schwenk a betegség tüneteinek felmérésére két önkitöltő skálát említ (Obsessive-Compulsive Inventory-Revised; Florida Obsessive-Compulsive Inventory), a betegség diagnosztikai kivizsgálásakor a nemzetközi és a magyarországi klinikai gyakorlat is a Yale-Brown Obszesszív Kompulzív Skálát (Y-BOCS) használja. Magyar fordításban már hozzáférhető a Y-BOCS teszt bővített változata, amely a betegség dimenzionális megközelítését veszi alapul.⁶ Az OCD dimenzionális megközelítése szerint a betegség heterogén klinikai tüneteinek belül létrehozhatók egységes alcsoportok, úgynevezett dimenziók. A dimenzió vagy faktor szerinti betegségmegközelítés fog szerepelni a DSM következő változatában.

Kezelés

Az OCD kezelésében a komplex – farmakoterápiás és pszichoterápiás – megközelítések a leghatékonyabbak. Fenske és Schwenk terá-

piás algoritmus elsősorban a szelektív szerotoninvisszavétel-gátlók (SSRI) beállítására és a kognitív viselkedésterápia kivitelezésére helyezi a hangsúlyt. A magyar klinikai gyakorlatban szélesebb megközelítésű terápiás lehetőségeket veszünk figyelembe.

Farmakoterápia. Számos jól kontrollált vizsgálat igazolta az SSRI szerek (clomipramin, fluvoxamin, fluoxetin, paroxetin, sertralin, citalopram, escitalopram) hatékonyságát az OCD kezelésében.³ A vizsgálatok azt igazolják, hogy az SSRI szerek nagyobb dózisban eredményesen csökkentik az OCD tüneteit, bár lassabban fejtik ki ezt a hatásukat és hosszabb ideig kell fenntartani a megfelelő dózist. A szerzők 60–70%-ra becsülik az SSRI adására a tünetek csökkenésével reagáló betegek arányát. Újabb vizsgálatok szerint a kettős hatású, a noradrenalin-visszavételt is gátló (SNRI) venlafaxin szintén hatásos az OCD tüneteinek kezelésében. Fenske és Schwenk utal arra, hogy esetenként atípusos antipszichotikumok (risperidon, olanzapin, quetiapin) is alkalmazhatók, mert fokozzák az antidepresszívumok hatását. Az antipszichotikumokkal végzett klinikai vizsgálatok megerősítik a dopaminerg rendszer jelentőségét az OCD etiológiájában, ugyanakkor a vizsgálatok értékét korlátozza az a tény, hogy az atípusos antipszichotikumok egy részének a dopaminerg aktivitás mellett szerotonerg hatása is van.⁷ A legújabb feltevések szerint az OCD lényege a dopaminerg és a szerotonerg rendszer közti finom összhang megbomlása.

Pszichoterápia. A szerzők az ingerexpozi-ción és válaszmegelőzésen alapuló kognitív viselkedésterápia egyedüli hatékonyságát emelik ki cikkükben, azt hangsúlyozva, hogy a tünetek 13–20 hetes kezeléssel gyógyíthatók. A kognitív viselkedésterápián kívül alternatív terápiás lehetőségeket – aerobik, meditációs légzéstechnikák – is megemlítenek áttekintő tanulmányukban. A magyar gyakorlatban a támogató (szupportív) terápia, a kognitív viselkedésterápia, a pszichodinamikus szemléletű pszichoterápia és a családterápia is rendelkezésre áll a kezelési lehetőségek között. A család tájékoztatása, bevonása a kezelésbe, gyermekek esetében a családterápia OCD esetén kifejezetten javasolt.

A kezelési idő tapasztalataink szerint jelentős mértékben függ a tünetek felismerésének időpontjától (a betegség stádiumától), a tünetek súlyosságától, a beteg szorongás-tűrésétől, belátóképességétől és együttműködésétől, valamint a családi rendszer érintettségétől is.

Idegebérszet. A farmakoterápia és a pszichoterápia sikertelensége esetén felmerülhet idegebérszeti eljárások alkalmazása is, ezek az OCD-ben érintett pályarendszerek irreverzibilis megszakítását (cingulotomia, anterior capsulotomia, limbikus leukotomia, subcaudatus tractotomia) vagy reverzibilis stimulációját (mély agyi stimuláció) jelentik.⁴ A hazai gyakorlatban az anterior capsulotomiával és a mély agyi stimulációval kapcsolatban vannak tapasztalataink.

Összegzés

Fenske és Schwenk tanulmánya jól összefoglalja a kényszerbetegséggel kapcsolatos legfontosabb ismereteket. Hazai viszonyokra adaptálva a szerzők üzenetét, érdemes hangsúlyozni, hogy ma Magyarországon a népesség több mint 2%-a szenved kényszerbetegségben. A betegség kialakulásában mind biológiai, mind pszichológiai tényezőknek szerepük van. A betegség megértésében jelentős előrelépések történtek, új ismereteket nyújtanak a neuropszichológiai és a képalkotó eljárásokkal szerzett kutatási adatok. A klinikum szempontjából a legfontosabb tapasztalat pedig az, hogy az esetek többségében a komplex farmako- és pszichoterápiától várható érdemi tüneti javulás.

Irodalom:

1. A DSM-IV diagnosztikai kritériumai. Zsebkönyv. Animula, Budapest, 1997
2. Bejerot S. Psychosurgery for Obsessive-Compulsive Disorder – concerns remain. Acta Psychiatrica Scandinavica 2003;107:241–243
3. Füredi J, Németh A, Tariska P, eds. A pszichiátria magyar kézikönyve. Medicina, Budapest, 2009
4. Csigó K, Harsányi A, Demeter Gy, Németh A, Racsmány M. Terápiarezisztens kényszerbetegség műtéti kezelése. Áttekintő tanulmány. Psychiatria Hungarica 2008;23(2):94–108
5. Németh A. A kényszerbetegség és határterülete. Filium, Budapest, 2000
6. Harsányi A, Csigó K, Demeter Gy, Rajkai Cs, Németh A, Racsmány M. A Dimenzionális Yale-Brown Obszesszív-Kompulzív Teszt (DY-BOCS) magyar fordítása és a teszttel szerzett első tapasztalataink Psychiatria Hungarica 2009;24(1):18–59
7. Harsányi A, Csigó K, Demeter Gy, Németh A. A kényszerbetegség új megközelítése: a dopaminerg teóriák. Psychiatria Hungarica 2007;22(4):248–258