

OBSEDANTNĚ KOMPULZIVNÍ SPEKTRUM

prof. MUDr. Karel Chromý, CSc.

Katedra psychiatrie IPVZ Praha

Pojem obsedantně kompulzivního spektra vychází z předpokládané příbuznosti některých poruch (obsedantně kompulzivních, impulzivních a kompulzivně-impulzivních) klasifikovaných dosud pod rozdílnými záhlavími. Přes určité výhrady přináší koncept zajímavé podněty zejména pro farmakoterapii zahrnutých poruch.

Klíčová slova: obsedantní, kompulzivní, impulzivní, spektrum poruch.

OBSESSIVE-COMPULSIVE SPECTRUM

The concept of the obsessive-compulsive spectrum stems from the putative relatedness of some disorders (obsessive-compulsive, impulsive, and compulsive-impulsive) classified currently under different headings. In spite of some reservations the concept brings interesting suggestions especially for the pharmacotherapy of subsumed disorders.

Key words: obsessive, compulsive, impulsive, spectrum of disorders.

Psychiat. pro Praxi; 2007; 3: 109–110

Snaha hledat vztahy mezi duševními poruchami, které by vyjadřovaly nové neurobiologické, klinické a jiné nálezy, vede k úvahám o spektrech poruch. Tato nová seskupení diagnostických jednotek mohou být odlišná od řazení poruch v dosavadních klasifikacích a opírají se o předpokládanou příbuznost diagnostických jednotek zařazených zatím pod rozdílnými – více či méně vzdálenými – záhlavími. Jsou známa spojení jako afektivní nebo autistické spektrum poruch a neméně zajímavá je i představa o obsedantně kompulzivním spektru.

Příbuznost členů jakéhokoli spektra se opírá o fenomenologickou podobnost, o vysokou komorbiditu mezi jednotkami uvnitř spektra, o podobnou komorbiditu s poruchami mimo spektrum, o rodinnou kumulaci poruch spektra, o shodné neurobiologické nálezy i odezvu na specifickou léčbu, případně o další zdůvodnění.

Koncept obsedantně kompulzivního spektra (dále „spektra“) byl navržen v roce 1993 Ericem Hollanderem (12) a je dále rozpracováván i dalšími autory (např. 8, 10). V původní verzi šlo o představu kontinua poruch v dimenzi kompulzivní – impulzivní. Jako kritérium fenomenologické podobnosti byla vzata přítomnost opakovaně se vracejících (repetitivních), špatně kontrolovaných aktů (7). Poruchy na protějších koncích spektra byly definovány jako polárně odlišné (14) v aspektech uvedených v tabulce 1.

K ilustraci předpokládaných představitelů konců spektra lze uvést opatrnickou váhavost, stálý boj s nutkáními a slabou kritičnost k příznakům u jedince s obsedantně kompulzivní poruchou, který navíc pociťuje jen krátkou úlevu od předchozí tenze, pokud podlehne nutkání. Vtíravé myšlenky jsou často vnímány jako ego-dystonní. Naproti tomu člověk odpo-

vídající patologickému sázkařství (hráčství) má rád vzrušení z rizika, negativními následky se nezabývá, egodystonii neprožívá, do hry se pouští bez velkého váhání a při hře pociťuje různé odstíny příjemných emocí.

Do původního návrhu spektra byly zařazeny poruchy uvedené v tabulce 2.

Slabý vzhled typický pro kompulzivní konec spektra má výraz i v navrhovaném odlišování psychotických variant zahrnutých poruch (14): obsedantně kompulzivní porucha má formy se slabým vzhledem, které se mohou podobat bludné poruše, dysmorfofobie i hypochondrická porucha mají rovněž extrémy, které je nutno diagnostikovat jako poruchu s bludem (hypochondrickým), „psychotické“ hodnocení vlastního zevnějšku u některých poruch příjmu potravy je rovněž známé.

Pro 5. revizi americké klasifikace navrhuji někteří odborníci (6, 7) toto dosud dvoupólové spektrum rozšířit ještě o „impulzivně kompulzivní“ střed. Existují údajně problematická jednání, která mají impulzivní realizaci (včetně prožitků) a přitom návratný charakter obvyklý pro kompulze (i za cenu např. trestních následků). Tvrdí se to o čerstvě medicinizovaných vzorcích jednání typu problémového užívání internetu, patologického nakupování a o „onipování kůže“ (impulsive-compulsive skin-picking). Onipování kůže je spolu s kousáním nehtů a vytrháváním vlasů někdy zařazováno v rámci spektra pod záhlaví patologického upravování se (grooming) (1).

Kritéria příbuznosti jsou u takto široce koncipovaného spektra splňována v různé míře (a ne vždy uspokojivě) (10, 11, 13). Tak např. vysoká komorbidita nebo společný rodinný výskyt jsou dobře prokazatelné u obsedantně kompulzivní a tělesné dysmorfické poruchy (podobně třeba i u dysmorfofobie a poruch příjmu potravy), i když obě mají nejvyšší komorbiditu s depresí, nikoli s dalšími poruchami spektra (4, 14). Slabší je to třeba s komorbiditou obsedantně kompulzivní poruchy a patologického

Tabulka 1. Charakteristika krajních variant spektra

aspekt	kompulzivní pól	impulzivní pól
vztah k riziku	vyhýbání se	vyhledávání
anticipace negativních následků	silná	slabá
anticipační úzkost	vysoká	slabá
vzdorování podnětu (puzení) k akci	silné	slabé
vzhled	slabý až žádný	možný
prožitek kolem aktu	většinou krátká redukce předchozí úzkosti	blízký požitku

Tabulka 2. Předpokládané součásti obsedantně kompulzivního spektra

kompulzivní trs	impulzivní trs
obsedantně kompulzivní porucha	tikové poruchy (zejména G. de la Touretteův sy)
tělesná dysmorfická porucha (hypochondrická porucha, dysmorfofobie)	patologické sázkařství (hráčství)
hypochondrická porucha	(jiné) poruchy kontroly impulzů (trichotillo-, pyro-, kleptomanie a intermitentní explozivní porucha – DSM-IV)
poruchy příjmu potravy	

sázkařství (hráčství) nebo kompulzivně impulzivního sexuálního chování (6, 13). Také hypochondrická porucha má vyšší komorbiditu se somatizační nebo afektivní poruchou než s jinou poruchou spektra (4). U navrhovaných kompulzivně impulzivních poruch občas chybí potřebné údaje pro spolehlivé posouzení tohoto aspektu příbuznosti (7). Rodinný výskyt poruch navrhovaného spektra je často v souladu s hypotézou (1, 7, 8, 9, 13, 14, 15) – alespoň některé poruchy spektra se v rodinách hromadí a vyskytují častěji než např. poruchy úzkostné (kam je dosud obsedantně kompulzivní porucha přiřazována).

Neurobiologické poznatky týkající se spektra nelze považovat za definitivní. Zatím se jako nejperspektivnější k dalšímu zkoumání jeví frontostriální okruhy (14) a dopaminergní systém. Dostatek dopaminu na příslušných receptorech v n. accumbens je předpokladem odstranění stresu a vzniku příjemného pocitu. Při geneticky daném nedostatku dopaminových receptorů si jedinec zajišťuje jejich stimulaci uvolněním dalšího dopaminu pomocí drog, glukózy nebo kompulzivně impulzivních aktů. Spoluúčast jiných mediátorových systémů (zejména serotonergního) je vysoce pravděpodobná (2, 3, 5).

Terapeutické zkušenosti přinášejí zajímavé obohacení představ o spektru. Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (dále SSRI) jsou považovány za první volbu, pokud jde o farmakoterapii (u řady poruch spektra byla kromě toho ověřena úspěšnost kognitivní nebo kognitivně behaviorální psychoterapie). Terapeutická odpověď na SSRI se však v rámci spektra liší: poruchy na obsedantně kompulzivním konci vyžadují velké dávky (někdy 2–3násobky dávky užívaných při depresi), ale po více týdnech (občas až po devíti) přinášejí zlepšení nejméně u 60 % léčených (a to včetně bludných variant). Jako augmentace se osvědčily malé dávky antipsychotik (14), a to i těch, která podána samotná vyvolávají u jiných

Tabulka 3. Základní farmakologická léčba a augmentace poruch spektra

část spektra	první volba	augmentace nebo náhrada	poznámka
obsedantně kompulzivní konec	větší dávka SSRI	antipsychotikum II. generace pouze jako augmentace	SSRI nevhodné při komorbiditě s bipol. spektrem
impulzivní konec spektra	větší dávka SSRI	naltrexon při komorbiditě s látkovou závislostí (příp. za přítomnosti zřetelného bažení) tymostabilizér(y) při komorbiditě s bipolárním spektrem bupropion alternativně při komorbiditě s hyperaktivní poruchou	SSRI nevhodné při komorbiditě s bipol. spektrem u Tourettova sy i samotná antipsychotika

pacientů obsedantně kompulzivní projevy (quetiapin, olanzapin, risperidon, sulpirid, ziprasidon).

Poruchy na impulzivním konci mohou reagovat na větší dávky SSRI rychleji, ale efekt bývá dočasný (4, 6, 7, 14). Jako důležité vodítko augmentace nebo výměny nedostatečně úspěšné léčby se ukazuje komorbidita, a to třemi poruchami (nebo jejich okruhy): bipolarita, návykové nemoci nebo hyperaktivní porucha. Spolupřítomnost komorbidní poruchy bipolárního spektra nebo alespoň subsyndromálních projevů (emoční instability) naznačuje perspektivnost podání tymostabilizéru (lithium, valproát), současná existence některé návykové poruchy pak možnou úspěšnost naltrexonu, pokud jde o ovlivnění impulzivity (6, 7). U hyperaktivní poruchy zůstává neúplně dořešená otázka, přetrvává-li ve svých základních projevech (hyperaktivita, porucha pozornosti, impulzivita) alespoň někdy (a jak často) od dětství až do dospělosti, byť v klasifikacích poruch v dospělosti neuváděná (16). Přívrženci eventuality přetrvávání

referují o příznivém ovlivnění projevů hyperaktivní poruchy u dospělých též bupropionem (16) a táž látka se osvědčila i v léčbě některých impulzivních poruch s poruchami pozornosti (7). Principy léčebných postupů jsou uvedeny v tabulce 3.

Podle terapeutických odpovědí i dalších okolností se zdá, že dosavadní jednotky spektra jsou tvořeny řadou odlišných subtypů, o nichž bližší informace dosud chybí. Přestože návrh impulzivního konce spektra zahrnujícího i poruchy patřící snad patogeneticky mezi návykové a afektivní (11) má zatím řadu odpůrců s výmluvnými argumenty (4, 14), některé praktické (zejména farmakoterapeutické) aplikace této hypotézy zasluhují pozornost.

prof. MUDr. Karel Chromý, CSc.
Katedra psychiatrie IPVZ Praha
Ústavní 91, 181 02 Praha 8
e-mail: karel.chromy@plbohnice.cz

Literatura

1. Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA, Hoehn-Saric R, Liang KY, Cullen BA, Grados MA, Nestadt G. The relationship of obsessive compulsive disorder to possible spectrum disorders. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 287–293.
2. Blum K, Braverman ER, Holder JM, Lubar JF, Monastra VJ, Miller D, Lubar JO, Chen TJ, Comings DE. Reward deficiency syndrome. *J Psychoactive Drugs* 2000; 32 (Suppl I–IV): 1–112.
3. Bowirrat A, Oscar-Berman M. Relationship between dopaminergic neurotransmission, alcoholism, and reward deficiency syndrome. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2005; 132: 29–37.
4. Castle DJ, Phillips KA. Obsessive-compulsive spectrum of disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2006; 40: 114–120.
5. Comings DE, Blum K. Reward deficiency syndrome. *Prog Brain Res* 2000; 126: 325–341.
6. Dell'Osso B, Allen A, Hollander E. Comorbidity issues in the pharmaceutical treatment of pathological gambling. *Clin Pract Epid Ment Health* 2005; 1: 21.
7. Dell'Osso B, Altamura AC, Allen A, Marazziti D, Hollander E. Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 256: 464–475.
8. Du Toit PL, van Kradenburg J, Niehaus D, Stein DJ. Comparison of obsessive-compulsive disorder patients with and without comorbid putative obsessive-compulsive spectrum disorders using a structured clinical interview. *Compr Psychiatry* 2001; 42: 291–300.
9. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Versiani M. Impulse control disorders in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 59: 30–37.
10. Grant JE, Potenza MN. Compulsive aspects of impulse-control disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2006; 29: 539–551.
11. Hollander E, Kim S, Khanna S, Pallanti S. Obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive spectrum disorders. *CNS Spectr* 2007; 12: 5–13.
12. Hollander E. Obsessive-compulsive spectrum disorders. *Psychiatr Ann* 1993; 23: 355–358.
13. Jaisoorya TS, Reddy YC, Srinath S. The relationship of obsessive-compulsive disorder to putative spectrum disorders. *Compr Psychiatry* 2003; 44: 317–323.
14. Phillips KA. The obsessive-compulsive spectrums. *Psychiatr Clin North Am* 2002; 25: 791–809.
15. Richter MA, Summerfeldt LJ, Antony MM, Swinson RP. Obsessive-compulsive spectrum conditions in obsessive compulsive disorders and other anxiety disorders. *Depress Anxiety* 2003; 18: 118–127.
16. Zwi M, York A. Attention-deficit hyperactivity disorder in adults: validity unknown. *Adv Psychiatr Treat* 2004; 40: 248–259.