

Editoriale

Il trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo: farmaci, psicoterapia o trattamento integrato?

Treatment of obsessive-compulsive disorder: drugs, psychotherapy or combined treatments?

UMBERTO ALBERT¹, FILIPPO BOGETTO¹

E-mail: umberto.albert@unito.it

Dipartimento di Neuroscienze Rita Levi Montalcini, Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia, Università di Torino

SUMMARY. Serotonin reuptake inhibitors (SRIs) and cognitive-behavioral psychotherapy (CBT) are first-line treatments for obsessive-compulsive disorder (OCD). However, little is known concerning whether combining both treatments *ab initio* is more effective than either monotherapy alone. A review of the available literature, which is poor, shows that combining *ab initio* CBT and SRI has not been found to be clearly superior of either therapy alone, except for patients with severe depression (who could be treated effectively with pharmacotherapy alone) and for children and adolescents. Another promising area of research is combined sequential treatment, that is the addition of CBT in subjects not responding to SRIs alone. More research is clearly needed in order to achieve a personalized treatment plan for every OCD patient.

KEY WORDS: obsessive-compulsive disorder, serotonin reuptake inhibitors, cognitive-behavioural therapy, combined treatments.

Con la pubblicazione del DSM-5, il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), a lungo considerato uno dei disturbi d'ansia, ha finalmente acquisito una dignità nosografica autonoma¹. Anzi, ha assunto la posizione di disturbo paradigmatico intorno al quale è costruito il capitolo "disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati", in conformità a numerose evidenze tra cui il rilievo di una risposta specifica a trattamenti diversi da quelli di comune impiego per altri disturbi d'ansia.

Nello specifico, due sono le strategie terapeutiche considerate di prima scelta dalle linee-guida italiane e internazionali^{2,3}: la farmacoterapia, rappresentata dall'impiego degli inibitori del reuptake della serotonina (IRS) – clomipramina (CMI) e inibitori selettivi del reuptake della serotonina (ISRS) –, e la terapia cognitivo-comportamentale (TCC), in particolare con la tecnica di esposizione e prevenzione della risposta (EPR), eventualmente associata a una ristrutturazione cognitiva. Le evidenze circa l'efficacia delle due strategie terapeutiche menzionate sono numerose, derivanti da molteplici studi controllati verso placebo o trattamenti psicologici "placebo". La specificità dell'impiego di tali strategie si manifesta, per esempio, con la necessità di impiegare dosi medio-alte di farmaci, con l'evidenza di una latenza d'azione dei trattamenti farmacologici più lunga rispetto a quella di comune riscontro nel caso di un episodio depressivo maggiore (6-8 settimane, 12 settimane per valutare l'eventuale risposta), e nella modalità della risposta, che tipicamente è lenta e progressiva, con riduzione della sintomatologia continua nel corso di mesi (la stessa definizione di risposta ai trattamenti, comunemente impiegata negli studi controllati – riduzione ≥ 25 -35% della Yale-Brown Obsessi-

ve-Compulsive Scale dopo 12 settimane di trattamento a dosi medio-elevate – è espressione di questa evidenza clinica). Per i trattamenti cognitivo-comportamentali, allo stato attuale della ricerca unici trattamenti psicologici di provata efficacia nel DOC, la specificità risiede nell'impiego di una tecnica specifica che consiste nell'esposizione e nella prevenzione della risposta, componente essenziale del trattamento secondo le diverse linee-guida internazionali.

Mentre quindi non vi sono dubbi sulla possibilità di trattare con successo con interventi validati i pazienti con DOC, rimane molta ricerca da compiere circa quale specifico trattamento (farmaci o psicoterapia, per esempio) sia da prescrivere nel singolo paziente. Altra area di estremo interesse pratico e poco studiata è quella dell'integrazione dei trattamenti: combinare *ab initio* le strategie farmacologica e psicoterapica nel singolo paziente comporta vantaggi rispetto al trattamento singolo?

Sulla base dell'analisi dei risultati dei pochi studi controllati condotti con almeno un braccio in trattamento farmacologico, un braccio in trattamento psicoterapico e uno con trattamento combinato⁴, possiamo trarre alcune indicazioni: la combinazione *ab initio* di farmaci e psicoterapia non è chiaramente più efficace delle singole monoterapie; tale strategia non è quindi consigliabile per la maggioranza dei pazienti con DOC. La scelta del trattamento iniziale tra TCC e IRS dipende da caratteristiche cliniche quali la gravità del DOC, una eventuale comorbilità per depressione maggiore o disturbo da tic, o dall'età del paziente. In caso di DOC grave o con concomitante depressione maggiore è indicata una terapia iniziale con IRS; a tale trattamento può essere associata una TCC in un secondo tempo (terapia sequenziale). Al-

Albert U, Bogetto F

tra condizione in cui è indicato un trattamento con IRS è costituita da bambini o adolescenti con DOC e familiarità per DOC; in tale caso infatti la risposta alla sola TCC è inferiore a quanto atteso. Resta da verificare se vi sia un vantaggio aggiuntivo derivante da un trattamento combinato *ab initio* rispetto alla sola farmacoterapia. Bambini o adolescenti con DOC senza familiarità dovrebbero invece essere indirizzati a un trattamento combinato *ab initio*, che risulta più efficace in tale gruppo rispetto a entrambe le terapie singole; vista tuttavia la buona efficacia della TCC da sola e i limiti prescrittivi circa la somministrazione di farmaci in età infantile, può essere indicata anche una terapia psicologica da sola come trattamento iniziale. La copresenza di un disturbo da tic (fenomeno di ampio riscontro nella pratica clinica) condiziona la scelta del trattamento: la TCC sembra efficace, mentre gli IRS da soli non lo sembrano altrettanto. Qualora si opti per un trattamento farmacologico in tali pazienti (magari in considerazione della gravità del DOC, condizione che richiede un trattamento anche o solo farmacologico), può essere consigliabile associare anche da subito agli IRS un antipsicotico a basso dosaggio, dal momento che la presenza di tic costituisce un predittore di risposta preferenziale a tale strategia di potenziamento. Questa opzione, tuttavia, rimane da approfondire visti gli effetti collaterali (per es., sindrome metabolica) associati all'impiego di antipsicotici anche nei pazienti con DOC⁵.

Una seconda modalità di integrazione dei trattamenti, forse più utile nella pratica clinica, consiste nel cosiddetto trattamento integrato "sequenziale", con la somministrazione di TCC in potenziamento ai farmaci in pazienti non responder: esistono chiare evidenze, anche da studi randomizzati controllati, dell'efficacia di questo approccio, anche in setting naturalistici⁶. Quest'ultima conclusione ci porta a effettuare una considerazione: per la gestione terapeutica dei pazienti resistenti oggi risultano dalla letteratura evidenze di efficacia sia per il trattamento sequenziale IRS+TCC, sia per il potenziamento

degli IRS con farmaci antipsicotici. Quale tra le due strategie sia preferibile, maggiormente efficace e/o meno gravata da effetti collaterali, rimane argomento da approfondire.

In conclusione, appare evidente, da quanto riassunto circa i risultati degli studi, la necessità di orientare la ricerca futura sulla programmazione degli interventi nel DOC, al fine di utilizzare al meglio gli strumenti, efficaci e ben tollerati, di cui disponiamo per il trattamento, farmaci e terapie cognitivo-comportamentali. È altresì necessario, a nostro giudizio, che i clinici siano consapevoli della possibilità di integrare, ove possibile e indicato, i trattamenti a patto che gli interventi psicoterapici siano specifici come lo sono quelli psicofarmacologici, pur tenendo conto delle peculiarità dei rispettivi ambiti.

BIBLIOGRAFIA

1. Biondi M, Bersani FS, Valentini M. Il DSM-5: l'edizione italiana. *Riv Psichiatr* 2014; 49: 57-60.
2. Albert U, Bellodi L. Disturbo ossessivo-compulsivo. In: Altamura C, Bogetto F, Casacchia M, Muscettola G, Maj M. *Manuale di terapia psichiatrica integrata. Riabilitazione. Trattamento dei quadri sindromici*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2012.
3. Katzman MA, Bleau P, Blier P, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry* 2014; 14 Suppl 1: S1.
4. Albert U, Barbaro F, Aguglia A, Maina G, Bogetto F. Combined treatments in obsessive-compulsive disorder: current knowledge and future prospects. *Riv Psichiatr* 2013; 47: 255-68.
5. Albert U, Aguglia A, Chiarle A, Bogetto F, Maina G. Metabolic syndrome and obsessive-compulsive disorder: a naturalistic Italian study. *Gen Hosp Psychiatry* 2013; 35: 154-9.
6. Albert U, Aguglia A, Bogetto F, et al. Effectiveness of cognitive-behavioural therapy addition to pharmacotherapy in resistant obsessive-compulsive disorder: a multicenter study. *Psychother Psychosom* 2012; 81: 383-5.