



Anankastyczna moc czy przeciętność w zdrowiu: dylematy pacjentów z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi w procesie leczenia. Opis przypadku

Anancastic power or mediocrity in health: dilemmas of patients with obsessive-compulsive disorders in the process of treatment. Case report

MACIEJ ŻERDZIŃSKI

Z II Oddziału Psychiatrycznego Szpitala – Centrum Psychiatrii w Katowicach

STRESZCZENIE. Na przykładzie dwóch chorych z rozbudowanym systemem natręctw, autor omawia trudności terapeutyczne związane z ich subiektywnie odmienną koncepcją zdrowia i choroby, dopuszczalnym przez nich poziomem interwencji terapeutycznej oraz jej skutecznością (red.).

SUMMARY. On the example of two patients with rich systems of compulsions therapeutic difficulties are discussed. The difficulties are related to the patients' different subjective concept of health and disease, as well as to the level of therapeutic intervention acceptable to them, and to these interventions efficacy (Ed.).

Słowa kluczowe: zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne / rytuały / osobowość o cechach anankastycznych / opis przypadku

Key words: obsessive-compulsive disorders / rituals / ancastic personality traits / case report

Powszechnie wiadomo, że zaburzenia anankastyczne charakteryzują się wczesnym początkiem wystąpienia pierwszych objawów, przewlekłym przebiegiem i znacząco opóźnionym momentem rozpoczęcia specjalistycznego leczenia [1, 2, 6, 7]. Objawy zespołu natręctw, choć często miewają wpływ inwalidyzujący, bywają absurdalne w treściach i czynią spustoszenie w życiu pacjenta oraz jego bliskich, są jednak najczęściej starannie skrywane czy wręcz chronione przez chorego, który dopiero w krytycznej sytuacji, gotów jest zgłosić się do psychiatry, aby szukać pomocy [1, 6, 7]. Oczywiście jest więc, że zastosowanie znajduje tu częsta w medycynie zasada: późno wykryte – trudne do leczenia. Faktem jest także, że do dziś nie wskazano na jednoznacznie skuteczne sposoby terapii zaburzeń obsesyjno-

kompulsyjnych, a terapeutów mających kontakt z pacjentami cierpiącymi na zaburzenia z kręgu zespołu natręctw, doskonale wiedzą jak trudno jest zyskać zarówno zaufanie pacjenta, jak i – w dalszej perspektywie – pełną i trwałą remisję symptomów. Kolejnymi istotnymi problemami są: długi, często wieloletni czas prowadzenia takiego leczenia i zawsze konieczna, wielopoziomowa forma oddziaływań terapeutycznych [5, 6, 7]. W szczególnie trudnych przypadkach, efekty nawet bardzo intensywnie prowadzonej terapii są powolne i nieczęsto mają charakter spektakularnych popraw. Bywa, że trudno ocenić, czy to chory jest bardziej rozczarowany mizernymi efektami leczenia, czy raczej terapeuta bardziej sfrustrowany klęskami w poniesionych w zabiegach o zdrowie pacjenta.

W tej pracy, chciałbym przedstawić problemy związane z różnymi etapami leczenia, czy przede wszystkim zdrowienia dwóch pacjentów cierpiących na zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne.

PRZYPADEK 1

Pan Józef, 51-letni mężczyzna, leczenie zespołu natręctw postanowił rozpocząć w 50 roku życia. Wcześniej nie przechodził żadnych istotnych schorzeń somatycznych i w ogóle unikał kontaktu z lekarzami. Wywiad w zakresie objawów anankastycznych sięgał ok. 30 lat wstecz, a objawy narastały w sposób liniowy. Pan Józef nie założył rodziny i nie zyskał wielu przyjaciół. Przez całe dorosłe życie pracował jako urzędnik państwowy. Pracę wykonywał zawsze w sposób skrajnie anankastyczny i w swojej ocenie, uznawany był za wzór. Podobnie prowadził się sam: surowo, sztywno i bezbłędnie, czego także wymagał od innych. Kiedy zaczęto go unikać, pan Józef uznał, że: „nikt nie potrafił mi sprostać”. Z czasem, objawy anankastyczne zaczęły przybierać coraz dziwaczniejsze formy: pan Józef skradał się po mieszkaniu, w obawie, że podmucha powietrza, może zwiać kartki papieru wcześniej pieczołowicie ułożone, zniemacka wyskakiwał na klatkę schodową w obawie, iż skradziono mu wycieraczkę (jednak nie mógł później zamknąć drzwi – z tej samej obawy przed gwałtowniejszym podmucha powietrza), a kiedy już wychodził z domu, poruszał się w szczególny sposób – co chwilę zawracał, aby sprawdzić czy rzeczywiście dostrzegł leżącą monetę, czy tylko był to zwykły kamień. O ile początkowo wracał rzadko, to z czasem robił to co kilka minut, coraz bardziej wydłużając dystanse i zamieniając kilkusetmetrowe odcinki w pętle o wielokilometrowej długości. Potrafił nawet wyskoczyć z pociągu relacji Katowice-Bielsko, aby upewnić się, że na pewno zamknął drzwi mieszkania. Jednak najbardziej wyniszczającym rytuałem stało się „wieczne podsumowanie”. Jeśli pan Józef nie zdołał

sobie przypomnieć wszystkich ważniejszych zdarzeń dnia, nie miał prawa wejść do windy swojego bloku. Kiedy dwa lata temu zwolniono go z pracy, potrafił stać przed tą windą przez 6-8 godzin, a niekiedy całą noc. Jedyнным wypracowanym przez pana Józefa (a stosowanym także przez innych chorych z zespołem natręctw) sposobem przeciwdziałania rytuałom było ich unikanie, czyli tzw. *obsessional slowness* [Hand 1996]. Choć trudno to sobie wyobrazić, to nie mył włosów od kilku lat, pomimo że zmuszał fryzjerów, aby je stale podcinał. Jeśliby zapomnieć o przykrym zapachu, który wydziełał, pan Józef zachował godny wygląd.

Do mojego gabinetu przyprowadził go proboszcz parafii pana Józefa, jedyny autorytet, który gotów był on uznać. Od początku leczenia, pan Józef jasno określił zasady tej terapii: to on decyduje o lekach, zmiana zasadniczych rytuałów nie jest możliwa do zrealizowania, nie będzie też żadnych ćwiczeń behawioralnych („przecież to jakieś bzdury są”), ani badań medycznych. Na bardzo delikatne pytanie o ewentualną hospitalizację, obraził się, a kiedy wskazałem na jego beznadziejną sytuację ogólną i konieczność zyskania świadczeń rentowych, powiedział, że zupełnie nie rozumiem na co cierpi i jak skutecznie temu przeciwdziała, po czym silnie wzburzony, opuścił gabinet. Wrócił. Z czasem, pozwolił na włączenie do terapii leków i zaczął opowiadać o chorobie. Niemal rok później, zgodził się także na pomoc w fatalnie opóźnionej sprawie rentowej. W międzyczasie żywił się niemal samym chlebem, skromnie gospodarując resztkami oszczędności.

Pan Józef zawsze bardzo dumnie i godnie opowiada o swoich rytuałach. Buduje bardzo długie, barwne, złożone zdania i potrafi bez przerwy mówić przez kilkanaście minut. Uznaje się za mistrza perfekcji i twierdzi, że gdyby objawy anankastyczne ustąpiły, on sam nie miałby już żadnych celów ani planów. Co roku, rytualnie pielgrzymuje do miejsc świętych, a stale obecne kłopoty hi-

gieniczne uznaje za nikłe i wie, że gdyby chciał, mógłby im sprostać (choć nie potrafi wymyć się także w czasie pielgrzymowania). Twierdzi, że nikt inny nie może sobie nawet wyobrazić, jaki potrafi być dokładny i nie uznaje, by zaburzenia anankastyczne mogły dotyczyć również innych ludzi. Uważa się za człowieka unikalnego (fakt, że trudno nie przyznać mu racji). W leczeniu chciałby uzyskać poprawę selektywną: część rytuałów zachować, a część zlikwidować. Kiedy jednak rzeczywiście zyskał pewną poprawę po zleconej klomipraminie, już po kilku tygodniach uznał, że to beznadziejny lek, ponieważ miewa po nim jakieś bardziej swobodne myśli, a „z takowych nie wynika nic dobrego”. Pomimo bardzo dobrych możliwości intelektualnych, nie jest on w stanie dopuścić możliwości wyzdrowienia. Wydaje się, że nie potrafi sobie nawet tego wyobrazić. Instytucje mogące dać mu wsparcie, stanowczo odesłał do „ludzi bardziej potrzebujących pomocy”.

Jak na razie, po około roku znajomości z panem Józefem, uznać należy, iż największym sukcesem tej terapii jest fakt, iż pacjent podejmuje regularny kontakt z psychiatrą, co umożliwi mu próby krytycznego podejścia do problemu i mobilizuje do jakiegokolwiek aktywności psychoruchowej, innej, niż wynikającej z zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych.

PRZYPADEK 2

Pan Robert jest 21-letnim mężczyzną. Mieszka z rodzicami, którzy od początku choroby konsekwentnie podporządkowali się nieprawdopodobnym rytuałom, które im narzucił, a z czasem zdominował i opanował niemal całe mieszkanie. Swoją własną pokój definitywnie opuścił kilka lat przed rozpoczęciem leczenia, zakazując tam wstępu nie tylko sobie, ale także innym domownikom, co uzasadnił: „wszystko jest tam ustawione w najdoskonalszy sposób”. Faktycznie: w meblościance stały słoiki wypełnione idealną (wedle rozumowania chorego) ilością

piasku i niesamowicie równo ułożone książki. Pomiedzy nimi, spoczywał precyzyjnie i „na zawsze” ustawiony teleskop. Na ścianach pokoju, chory przykleił kilka ulubionych plakatów, w których pozaginał rogi w „doskonały sposób”. Jako, że każde przejście przez to terytorium mogło zaburzyć stworzoną tam równowagę, jedynym wyjściem, zgodnym z rytuałem chorowania, było opuszczenie pokoju w ogóle i zajęcie salonu rodzinnego. Symbiotyczna relacja z matką, umożliwiła wielotygodniowe ciągi irracjonalnych kompulsji, w konsekwencji których, pan Robert nie był w stanie wykonywać nawet najprostszych czynności niezbędnych do samodzielnej egzystencji. Potrafił stać nieruchomo przez kilkanaście godzin, nie jeść przez wiele dni i nie wychodzić z toalety przez całą noc. Powstrzymywał mocz i stolec do granic wytrzymałości, choć zdarzało się, że rytuały przewlekały się i chory zanieczyszczał się. Zdecydowanie wyeliminował wszystkie aktywności pozadomowe, uznając, że nie są konieczne. W przeciwieństwie do pana Józefa, zawsze zgadzał się na leczenie, pomimo iż w pierwszych latach rozpoznawano u niego schizofrenię prostą, co skrycie oceniał jako absurd. Rzeczywiście, chory nie przeżywał dotąd żadnych objawów psychotycznych, a w opozycji do rozpoznania schizofrenii prostej, przedstawiał aktywność wręcz niezwykłą – w sensie perfekcyjności i powtarzalności. Długie wyczerpujące rytuały zbudowane były z obsesyjnego porządkowania, odliczania i kompulsyjnego ubierania się (bądź przygotowywania do kąpieli). W razie najdrobniejszej nawet pomyłki, pacjent konsekwentnie i surowo karał się, poprzez specyficzne zwielokrotnienie rytuałów, prowokując tym samym dalsze wydłużanie i tak już niezwykle rozwlekłe realizowanych, a stosunkowo prostych czynności. Ostatecznie, kiedy popadł w anankastyczne spowolnienie, udało mu się zredukować nasilenie natręctw. Mając na uwadze fakt, iż w obrazie klinicznym zdecydowanie dominowały osiowe ob-

jawy zespołu natręctw, nasz ośrodek zmienił wcześniej stawianą diagnozę. Dopiero wtedy pan Robert uznał, że może nam zaufać i zgodził się na ofertę wielopoziomowego leczenia opartego na farmakoterapii (wszystkie dostępne SSRI i klomipramina), terapii behawioralnej i leczeniu systemu rodzinnego. W zakresie zleceń farmakologicznych najskuteczniejszymi okazały się tu: paroksetyna w dawce 60 mg/die i fluowoksamina w dawce 200 mg/die, przy równoczesnym stosowaniu małych dawek pindololu. Było to pięć lat temu. Dalsze szczegóły dotyczące diagnostyki i pierwszego etapu leczenia zostały opublikowane w 2 suplemencie Postępów Psychiatrii i Neurologii w 1998 r. [6].

W obecnej pracy przedmiotem zainteresowania jest ostatnie 12 miesięcy, kiedy to pan Robert zyskał wreszcie istotną poprawę stanu zdrowia. Wobec ustąpienia najbardziej wyniszczających natręctw i znaczących postępów w terapii rodziny, prowadzonej przez inną psychoterapeutkę, chory zdołał zasadniczo zmienić zasadnicze rytuały – wcześniej uznawane za niemożliwe do zdobycia fortyfikacje. Przede wszystkim, powrócił do swojego pokoju, gdzie stopniowo „pokonywał” nienaruszalny wcześniej porządek. Jako, że pan Robert zawsze przejawiał niesamowitą siłę, a wręcz anankastyczną moc, rozpoczął od nadrabiania zaległych spraw. Zgłosił się do biblioteki, z której około 14 lat temu wypożyczył parę książek i – ku zdumieniu pracownic – oddał je, wskazując na swoją matkę jako winną zaistniałej sytuacji. Następnie, poszedł do operatora TV kablowej, zgłaszając, iż od kilku lat jego rodzice korzystają z dodatkowego i nielegalnego łącza, co uważa za skandaliczne naruszenie porządku. Kiedy sprawę próbowano zignorować, coraz bardziej wzburzony pan Robert tak długo interweniował, aż nielegalne łącze usunięto. Żądał także surowej kary, którą należało wymierzyć wszystkim domownikom. Równolegle, zaczął inwestować odłożone pieniądze i nabył telefon komórkowy, który uznał za bliski własnej perfekcji. Po-

stanowił także usprawnić lokalną zbiórkę śmieci, a w oczekiwaniu na sukces, zawoził ich poszczególne partie do sąsiednich Katowic, w mistrzowskim poczuciu przestrzegania zasad ekologii. Zdołał wreszcie zapanaować nad swoją wagą i higieną, a salon mieszkania pozostawił do dyspozycji rodzicom. Zaczął pilnie pracować nad komunikacją werbalną (wcześniej mówił w rytualny sposób, nie przekraczając 3 do 5 słów w zdaniach, z możliwie długimi przerwami pomiędzy wyrazami). Chory postanowił także przejawiać i modulować afekt (wcześniej za wzór funkcjonowania uznał model „androida” ze znanego z filmu „Terminator”).

Ponieważ utracił symbiotyczną relację z matką, szczególnie silnie skupił się na mnie. Początkowo uznał, że jesteśmy identyczni i dla własnych potrzeb sporządził mój portret psychologiczny oraz zaczął obsesyjnie odgadywać moje myśli, czy interpretować zupełnie nieistotne słowa bądź zdarzenia. Jako, że pan Robert dysponuje fenomenalną pamięcią, przywołuje rozmowy sprzed lat, dopasowując je do własnych potrzeb, co niejednokrotnie wprawia mnie w zakłopotanie. Kiedy zapytałem go jak to jest, kiedy człowiek wraca do zwykłych aktywności po tylu latach owładnięcia obsesjami i kompulsjami, pan Robert odpowiedział: „To tak, jak gdyby wylądować na innej planecie. Czuję się tak bardzo innym człowiekiem, że zwykły przejazd autobusem, napawa mnie zdumieniem. Ludzie robią błędy, są chaotyczni i nie rozumieją co to znaczy prawdziwy porządek”. Pan Robert potwierdził, że w jego ocenie, czuje się zdecydowanie lepszy niż inni. Wskazuje przy tym na swój unikalny perfekcjonizm, co uzasadnia swoistym, bardzo cynicznym poczuciem humoru. Uparcie twierdzi, że wcześniej nie chciał zdrowieć, bo uznawał, że zdrowie jest nudne, co obecnie się potwierdza.

Właściwie trudno uzasadnić motywację pacjenta. Być może lata wielopoziomowej terapii, a przede wszystkim zdobyte zaufanie i szacunek okazywały choremu, pozwalają

obecnie na podążanie za moimi pomysłami, umożliwiającymi samodzielną egzystencję i przejawianie własnych aktywności. Co szczególnie cieszy, pan Robert nie tylko zyskał separację od symbiotycznej relacji z bezradną wcześniej matką, ale także – w ostatnich miesiącach – zaczyna konsekwentnie konfrontować się także ze mną. Potwierdza to coraz silniejsze dążenie chorego do autoidentyfikacji i chęci bycia niezależnym, pomimo braku (bądź niedojrzałości) własnych pomysłów na realistyczną, a zarazem godziwą egzystencję.

KOMENTARZ

1. Przedstawione przypadki dwóch mężczyzn w różnym wieku cierpiących na zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne potwierdzają, iż objawy anankastyczne mogą być dla chorego bardziej naturalnym środowiskiem funkcjonowania niż szeroko rozumiane zdrowie. Przypomina to problemy niektórych pacjentów cierpiących na schizofrenię, a zarazem oddala zespół natręctw od zaburzeń nerwicowych. Obydwaj opisani pacjenci, pomimo różnego wieku i odmienności ujawnianych objawów czy niektórych cech osobowości, są niezwykle podobni w zakresie rozumienia takich pojęć jak: terytorium, perfekcja, odmienność, doskonałość, afekt, rytuał, kontrola, potrzeba, siła.

Każdy z nich niezwykle przestrzega wybranych przepisów i obydwaj nie uznają kłamstwa, chociaż wielokrotnie mijali się z prawdą mówiąc o swoich objawach. Bez wątplenia, zarówno pan Robert jak i pan Józef, uznają siebie za wyjątkowych i lepszych ludzi, jednak dotyczy to tylko fazy chorobowej. Żaden nie dopuszcza do siebie możliwości, iż zespół natręctw jest schorzeniem dotyczącym także innych ludzi. Różnice w wieku obu pacjentów determinowały różne formy podejmowania leczenia. Pan Robert, młodszy o 30 lat, konsekwentnie zyskujący zadziwiająco ostatnio poprawę, stara się odnaleźć w rzeczywistości, stosując

mechanizmy obronne bliskie magicznej, wielkościowej samoocenie, przez co nadal może uznawać się za człowieka jedyne w swoim rodzaju i zdecydowanie niepowtarzalnego. Ten etap procesu leczenia, pomimo stale obecnych, rozmaitych dziwactw, umożliwia mu zatem względnie poprawne funkcjonowanie. Nie potrafi tego pan Józef. Po kilkudziesięciu latach przeżywania nasilonych zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, jak na razie nie chce on zaakceptować większości oferowanych możliwości leczenia i stale stara się dominować w zakresie korygowania proponowanych mu pomysłów. Wydaje się, iż pan Józef, mający wcześniej niezły status społeczny, w ten właśnie sposób, nadal pragnie zachować potęgę swojej osobowości, a przede wszystkim kontroluje zaistniałą sytuację. Zapewne doskonale zdaje sobie sprawę, iż w jego przypadku definicja zdrowia jest na tyle obca, niejasna i niepewna, że z obawy przed dekompensacją, nie decyduje się obecnie na właściwą konfrontację z objawami. Zarazem, zgadzając się na regularny kontakt z psychiatrą, okazuje chęć zmiany i ambiwalencję. Możliwa jest zatem hipoteza, iż pan Józef, zdradzający także objawy w pełni ukształtowanej osobowości anankastycznej, ma już mniejszą możliwość dokonania nawet drobnych zmian, przede wszystkim w zakresie motywacji i plastyczności w podejmowaniu decyzji innych niż chorobowe. Zdecydowanie młodszy pan Robert (mający także cechy osobowości anankastycznej), z racji bardzo wczesnego początku objawów chorobowych, przejawia jednak większe możliwości dokonywania zmian. Pomimo że wyjściowo cierpiał na bardziej nasilone i rozbudowane rytuały, zdrowieje szybciej i stale poszukuje nowych możliwości zdobywania kolejnych aktywności, co skłania do lepszego rokowania.

W przypadku pana Józefa dopiero dalsze lata pokażą, czy uda się pogłębić proces leczenia i doprowadzić do znaczącej redukcji symptomów obsesyjno-kompulsyjnych.

2. Podobnie jak moi pacjenci, coraz częściej zadają sobie pytanie, do jakich granic możliwe jest zdrowienie w ciężkich przypadkach zaburzeń anankastycznych i jaką właściwie ofertę tego zdrowia mogą zaproponować chorzy. Brak skutecznych i prostszych narzędzi terapeutycznych wobec tak intensywnych symptomów chorobowych, bardzo utrudnia uzyskanie motywacji przez chorego i czyni leczenie stosunkowo przewlekłym. Wobec złożonej etiopatologii zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych [3, 4], jedyłą możliwą formą leczenia jest zatem leczenie kombinowane, wielopoziomowe, co z kolei wymaga znaczących inwestycji i cierpliwości zarówno chorego, jak i jego terapeuty [5, 6, 7]. Bardzo przydatnym okazuje się początkowe zaakceptowanie pomysłów pacjenta. Nawet, jeśli nie mają one zasadnej skuteczności, to umożliwiają budowanie długotrwałej relacji terapeutycznej. To właśnie zaufanie stanowi o możliwości utrzymania się chorego w procesie leczenia, pomimo licznych i przewidywanych konfliktów interesów w dalszej perspektywie.

3. Być może kluczem do znalezienia skuteczniejszych sposobów terapii ciężkich zaburzeń anankastycznych byłoby zrozumienie pojęcia „anankastycznej mocy”. Jak dotąd, autor niniejszej pracy, nie znalazł doniesień przekonująco wyjaśniających ową omnipotentną kontrolę czy poczucie wyższości wobec innych. Opierając się na własnych doświadczeniach, dostrzegam zbieżność występowania „anankastycznej mocy” w przypadku równoległego rozpoznania zespołu natręctw i osobowości o cechach anankastycznych. Jeśli by uznać, iż pierwotnym mechanizmem tego zaburzenia jest lęk, to rozumiałbym stąd się chęć uniknięcia przeżywania tegoż lęku, czyli w praktyce – całkowite odcięcie się od jakichkolwiek emocji. Pacjentów z zespołem natręctw i osobowością anankastyczną cechuje wyjątkowa wręcz sztywność. Być może, poprzez znakomite ograniczenie aktywności do form rytualnych, chorzy ci unikają sytuacji no-

wych, niejasnych i niepewnych, czyli potencjalnie – lękorodnych. W ich rozumieniu, brakuje zatem interpretacji „mechanizm obronny, ale patologiczny”, ponieważ obwarowany natręctwami lęk staje się w pewnym sensie możliwy do opanowania i przewidywalny (w praktyce ogranicza się on do zgodności realizowania rytuałów). Im te rytuały bardziej dziwaczne i rozbudowane, tym możliwość „groźnej” dla chorego improwizacji zmniejsza się, a zarazem – zgodnie z mechanizmem błędnego koła – potęguje się sztywność i powtarzalność. Pomimo że pacjenci o osobowości anankastycznej najwyraźniej potrzebują także manifestacji siły swojego charakteru, to jednak przy znaczącym nasileniu objawów chorobowych, nie sposób liczyć na sukcesy, które mieściłyby się w szeroko pojętej normie. Najprawdopodobniej jedynym wyjściem godzącym potrzeby osobowości i objawy chorobowe jest dalsze i jedyne w swoim rodzaju zanurzenie się w świat choroby. Tłumaczyłoby to irracjonalne, niemal zawzięte chronienie czy nawet wspieranie natręctw, a zarazem szukanie sojuszników (np. rodziny), którzy mogliby docenić unikalność i perfekcję realizowania rytuałów. Każdy terapeuta, który podejmuje leczenie takich zaburzeń, stara się przeciwstawić objawom chorobowym, czym zakłóca istniejącą równowagę, a co gorsza, sprowadza „anankastyczną moc” do patologii. Tym samym pacjent jeszcze bardziej potęguje objawy, ponieważ – zgodnie z cechami swojej osobowości – musiałby przyznać się do błędów poznawczych i zaprzeczyć unikalnym cechom swojej choroby. Szukając nowych możliwości ujawnienia swoich zdolności (już nie w zakresie manifestacji choroby), pacjent musiałby ponownie szukać, zatem improwizować, czym zapewne sprowokowałby lęk. Prawdopodobnie chorzy na zespół natręctw mają pewną świadomość powyżej opisanego mechanizmu zaburzenia, ponieważ (co potwierdzają wyżej opisane przypadki), leczenie rozpoczynają bardzo późno, wcześniej usilnie skrywając

objawy anankastyczne i często biernie godzą się na inne rozpoznania czy zażywanie zlecanych neuroleptyków.

PIŚMIENNICTWO

1. Hollander E, Jee H Kwon, i wsp. Obsessive-compulsive and spectrum disorders: Overview and quality of life issues. *J Clin Psychiatry* 1996; 57 (supl 8): 3-6.
2. Koran LM, Thienemann ML. Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*; 153 (6); 783-8.
3. Krause MS. A consideration of the nosological status of obsessive-compulsive disorder. *Neurol Psychiatry Brain Res*; 3 (1): 35-46.
4. Nelson J, Chouinard G. Obsessive compulsive disorder is not an anxiety disorder. *Confrontation Psychiatriques*; 36: 139-73.
5. Rasmussen SA, Eisen JL: Treatment strategies for chronic and refractory obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 (supl 13): 9-13, 49.
6. Żerdziński M. Trudności diagnostyczne i terapeutyczne u pacjenta z rozpoznaniem osobowości anankastycznej i zespołu obsesyjno-kompulsyjnego o szczególnym obrazie. *Post Psychiatr Neurol* 1998; 7, (supl 2/7): 43-9.
7. Żerdziński M. Zespół obsesyjno-kompulsyjny o obrazie należącym do tzw. spektrum zaburzeń OCD: opis przypadku. *Post Psychiatr Neurol* 2000; 9, (supl 3/11): 87-92.

*Adres: Dr Maciej Żerdziński, II Oddział Psychiatryczny Szpitala – Centrum Psychiatrii,
ul. Korczaka 27, 40-340 Katowice*