



Zespół obsesyjno-kompulsyjny o obrazie należącym do tzw. spektrum zaburzeń OCD: opis przypadku

Obsessive-compulsive syndrome with a clinical picture of the so-called OCD spectrum: case report

MACIEJ ŻERDZIŃSKI

Z II Oddziału Psychiatrycznego Szpitala Centrum Psychiatrii Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Katowicach

STRESZCZENIE. Opis kazuistycznego przypadku reprezentującego objawy obsesyjno-kompulsyjne o szczególnym obrazie psychopatologicznym łączącym w sobie objawy chorób z tzw. spektrum zaburzeń OCD. Późne rozpoczęcie właściwego leczenia psychiatrycznego, skrajna dziwaczność zachowania i symbiotyczny związek z matką stanowią o istotnych trudnościach w kontynuowaniu terapii wielopoziomowej.

SUMMARY. A case is described representing a particular pattern of obsessive-compulsive symptoms including these of diseases belonging to the so-called OCD spectrum. Considerable difficulties in continuation of multilevel therapy of this patient are due to the late beginning of appropriate treatment, as well as to his extremely bizarre behaviours and symbiotic relationship with his mother.

Słowa kluczowe: zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne / spektrum OCD / diagnostyka / opis przypadku
Key words: obsessive-compulsive disorder / OCD spectrum / diagnostics / case report

Do klasycznych objawów zaburzeń anankastycznych zalicza się obsesje i kompulsje. Objawom tym niemal zawsze towarzyszy lęk. Pomimo, że budzą sprzeciw samego pacjenta, są uporczywe i charakteryzują się powtarzalnością, często identycznością, a zarazem przymusem ich przeżywania, pomimo poczucia bezsensu. Objawy obsesyjno-kompulsyjne z trudem poddają się psychoterapii, jak i farmakoterapii. Istotnie zaburzają codzienne funkcjonowanie chorego, co wynika z przewlekłego charakteru objawów, stopnia ich nasilenia i wspomnianych wyżej znaczących trudności w skutecznej terapii. Mogą więc stanowić o inwalidztwie, które porównywane jest niekiedy do ciężkich chorób somatycznych, np. cukrzycy [3]. Uznano, że 92% osób cierpiących na OCD

przejawia trudności w nawiązywaniu relacji, 73% przeżywa kłopoty rodzinne, 62% nie potrafi się zaprzyjaźnić, 58% wykazuje trudności w kontynuowaniu edukacji, 47% ma poważne problemy w pracy, a 40% jest w ogóle do pracy niezdolnych. Aż 13% dokonuje próby samobójczej, która jest wtórną konsekwencją objawów. Jeśli dodać, że zespół natręctw jest często błędnie rozpoznawany (jako depresja, zaburzenia lękowe czy schizofrenia), a kontakt z psychiatrą przeciętnie rozpoczyna się dopiero w 24 r.ż. (przy średnim początku objawów ok. 14,5 r.ż.), okazuje się, że objawy OCD stanowią bardzo poważny problem. Niekiedy objawy obsesyjno-kompulsyjne mają znacznie szerszy wymiar niż wspomniane wyżej, często zdają się zupełnie oderwane od stanu

psychicznego pacjenta. Prowadzi to do leczenia objawowego, które najczęściej inicjuje dermatolodzy, chirurdzy plastyczni, lekarze rodzinni i kardiolodzy. Nadal istotnym problemem jest tzw. przynależność klasyfikacyjna zaburzeń anankastycznych [4, 6]. Opisany niżej przypadek jest tego wybitnym przykładem. Potwierdza on bowiem późną wykrywalność choroby (tzw. skrywana choroba), mylne pierwotne rozpoznanie, zaskakuje rozpiętością objawów z pogranicza psychiatrii i neurologii, a także jest bardzo oporny na leczenie przy konsekwentnie postępującej inwalidyzacji młodego pacjenta. Skala objawów nawiązuje do zaproponowanego przez Hollandera spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych [1, 2], tyle że w odwrotnym wymiarze – symptomy te przeżywa tylko jeden człowiek.

OPIS PRZYPADKU

24-letni mężczyzna. Ciąża i poród przebiegały bez powikłań. Bez rodzinnego obciążenia w zakresie psychiatrycznym. W 5 r.ż., w konsekwencji napadów padaczki o obrazie *grand mal*, rozpoczęto leczenie neurologiczne (karbamazepina). Napady powtórzyły się jeszcze kilkakrotnie w pierwszym latach szkoły podstawowej, po czym ustąpiły bezpowrotnie. Do 15 r.ż. rozwijał się względnie prawidłowo. Pierwsze objawy pojawiły się ok. 16 r.ż. Początek leczenia psychiatrycznego sięga 19 r.ż., rozpoznawano wtedy schizofrenię. Pacjent konsekwentnie odmawiał hospitalizacji, zgadzał się natomiast na rzadki kontakt ambulatoryjny i neurodiagnostykę. Zleczonych leków z reguły nie zażywał. W badaniach obrazujących (TK, MR) i w badaniu psychologicznym nie wykryto patologii. Zapis EEG wskazywał na pogranicze normy i patologii. Wśród objawów dominowały: zaburzenia zachowania spowodowane bardzo intensywnymi kompulsjami i obsesjami, postępujące zaniedbanie higieniczne, ubóstwo wypowiedzanych treści werbalnych, znaczna ekspresja emocji w sensie pozawerbalnym, specyficzne rytuały, ubóstwo zachowań spo-

lecznych, silna selekcja osób i wyjątkowy, symbiotyczny kontakt z niepracującą matką, przy równoczesnej niechęci do kontaktów z ojcem. Pomimo tego, kontynuował edukację w liceum ogólnokształcącym, z czasem tylko w trybie domowym. Nie zdołał przystąpić do egzaminu maturalnego, a objawy znacząco nasiliły się. Pacjent praktycznie przestał opuszczać teren mieszkania. Zupełnie zaniedbał wykonywanie czynności higienicznych: stolec i mocz oddawał w odzież lub określone miejsce pokoju, zaprzestał toalety. Godzinami wykonywał rytuały. Aktywność chorego zaczynała natomiast przybierać coraz to bardziej złożone i dziwaczne formy. Zawsze starał się porządkować rzeczywistość wokół siebie, ale czynił to w sposób skrajnie chaotyczny. Przewracał krzesła, niszczył powierzchnie ścian, rozsypywał przedmioty i nie pozwalał na jakąkolwiek zmianę planowaną przez rodziców. Potrafił rozpoznać nawet najmniejsze przesunięcie i reagował dysforią, która także przybierała coraz to bardziej złożone formy. Obsesyjnie regulował jakość i ilość przyjmowanych posiłków, przez co bardzo wychudł. Przejawiał także koprofalię i kopropraksję, dominujące wśród gwałtownie przejawianych tików ruchowych. Stopniowo wpływało to na sytuację w rodzinie. Słabo werbalizujący problemy ojciec pozostawał na uboczu. Matka zgłaszała niedosyt rozmów czy emocji w relacjach z mężem. Aby utrzymać kontakt z synem – jest jedynym dzieckiem w rodzinie – zaczęła stopniowo dostosowywać się do jego patologicznych oczekiwań czy potrzeb. Nieświadomie zaczęła uczestniczyć w skrajnie dziwacznych rytuałach przez co, podobnie nieświadomie, wzmocniła je i spotęgowała. Jako osoba niepracująca, potrafiła towarzyszyć synowi przez niemal całą dobę, zupełnie ograniczając swoje własne aspiracje. Była ostatnią osobą – prócz domowych nauczycieli – z którą chory zerwał kontakt werbalny. Pomimo tego, potrafił się z nią porozumiewać w dziwaczny sposób. Magiczna komunikacja polegała na przypadkowym wskazywaniu przez matkę zdań lub słów w książkach czy gazetach,

a pacjent przytakiwał lub przeczył, aż udało się skonstruować zaskakująco pełne pytania, prośby, polecenia. Od 22 r.ż. objawy pacjenta jeszcze bardziej zintensyfikowały się i zaczęły przybierać coraz bardziej autoagresywny charakter. Chory rozdrapywał skórę, wyrwał włosy i coraz częściej zanieczyszczał się. Czynności te zawsze poprzedzało długie zwlekanie, opóźnianie i powstrzymywanie się, a po ich wykonaniu – zwłaszcza samookaleczeń – odczuwał ulgę. Samouszkodzenia były karą za pomyłki w rytuałach. Raz na miesiąc w ramach „nagrody” za prawidłowe wykonanie rytuałów wyruszał z domu do biblioteki bądź księgarni, ale przyniesionych książek nie czytał z powodu intensywności objawów rytualnych. Nie siadał, godzinami stał pochrząkując, odliczając i złościł się w razie niepowodzenia. Przestał kontaktować się z psychiatrą. Ojciec nadal nie ingerował, najczęściej pracował poza domem, bądź biernie akceptował zaistniałą sytuację. Matka jeszcze bardziej zbliżyła się do syna. Właściwa intensyfikacja leczenia psychiatrycznego nastąpiła dopiero wiosną 1998 r. Pacjent został przyjęty do oddziału psychiatrycznego bez zgody, w tzw. trybie wnioskowym. Jednak w chwili przyjęcia zgodę na leczenie szpitalne wyraził. Chory był logiczny i prawidłowo zorientowany, w silnie stłumionym afekcie i nieco obniżonym nastroju. Potwierdzał lęk i objawy obsesyjno-kompulsyjne. Zdecydowanie zaprzeczał objawom psychotycznym. Nie wydawał się ich dyssymulować. Wypowiedzi werbalne ograniczał do minimum. Przejawiał tiki i ruchy choreatyczne. Był silnie zaniedbany higienicznie, z poranioną w wielu miejscach skórą i w skrajnie znoszonym ubraniu. Rzadkie, poszarpane włosy przesłaniały całą twarz, co pomagało mu unikać kontaktu wzrokowego. Sprawiał wrażenie człowieka starającego się „opancerzyć” przed jakąkolwiek stresującą go sytuacją. W dalszych dniach hospitalizacji coraz bardziej odhamowywał się w zbliżony do domowego sposób: nasilił rytuały, ograniczył aktywność do wybranych miejsc, unikał kontaktu, nie przyjmował posiłków szpitalnych. Jedzenie przy-

nosiła mu matka, jadł zawsze bez pomocy rąk, pochylony, na stojąco, z zanurzonymi w zupie włosami. Pozostawiony sam na sali, natychmiast zaczynał wokalizować, nasilał gwałtownie dziwaczne zachowania, wykonywał magiczne ruchy kończynami. Tłumaczył, że czuje silny lęk wobec instytucji i pragnie go wyeliminować znanymi sobie sposobami. Stopniowo zaprzyjaźniał się z lekarzem prowadzącym, co objawiało się znaczącą poprawą kontaktu werbalnego, pełniejszymi wypowiedziami, lepiej przejawianym i bardziej adekwatnym afektem. Podejmował tematy dowolne. Wręcz z ulgą zaakceptował rozpoznanie szeroko rozumianego zespołu anankastycznego, potwierdził, iż od lat funkcjonuje w obsesyjny sposób i pomimo że codziennie rano próbuje się przeciwstawiać natręctwom, to jest wobec nich zupełnie bezradny. Znacznie łatwiej skupiał się na znanych mu postaciach niż na sobie. Po kilku tygodniach pobytu w szpitalu, zaczął więcej mówić o emocjach. Podkreślał rolę lęku, choć nie potrafił powiedzieć czy jest on wtórny do objawów czy też stanowi ich przyczynę. Zwiększył aktywność, która była dla niego korzystniejsza. Spacerował, podejmował nieregularną toaletę, w mniejszym stopniu zanieczyszczał się. Coraz bardziej ograniczał autoagresję, a także przybrał na wadze. Przeciwdziałanie tym właśnie objawom uznałem za priorytet pierwszej hospitalizacji. Coraz krytyczniej wypowiadał się o objawach i traktował swój stan jako chorobę. Wydawał się wynurzać z kilkudziesięciomiesięcznej bezradności. Ostatecznie, chory zawarł kontrakt na leczenie oparty przede wszystkim na programie behawioralnym, farmakoterapii, terapii indywidualnej i rodzinnej. Taka właśnie wielopoziomowość wydaje się najskuteczniejszym wyborem terapeutycznym, pomimo znaczących nakładów przy bardzo powolnych zmianach w kierunku zdrowienia [7, 9]. Wielokrotne i szczegółowe interpretacje celowości leczenia farmakologicznego przyniosły tylko częściowy efekt. Pacjent nadal skrycie eliminował niektóre z zlecanych leków. Problem ten stanowił istotną trudność w obiektywnej ocenie ich

skuteczności, a lęk chorego przed nowym zdawał się dominować nad relacją pacjent-terapeuta. Z czasem sam zaproponował dalsze elementy kontraktu i swoje pomysły na przyszłość. Z leków za najlepsze uznał karbamazepinę (do 400 mg/die), haloperydol (do 2 mg/die) i fluwoksaminę (150 mg/die). Żle tolerował sertralinę (występowało wtedy nagle pobudzenie psychoruchowe spowodowane niepokojem). Nie udało się natomiast ocenić działania klomipraminy, ponieważ okres jej stosowania był zbyt krótki. Do dziś zakres możliwych do wykorzystania leków (przeciwdziałanie natręctwom, tikom i działanie normotymiczne) pozostał nie wykorzystany z powodu odmowy ich przyjęcia w okresie próbnym. Odstąpiłem zatem od podawania leków wbrew woli, co pacjent docenił, ograniczając w możliwy dla siebie sposób autoagresję. Po dwóch miesiącach, przystąpiłem na wypis, wobec przedstawienia przez pacjenta sensownego planu leczenia na dalszy okres. Zgodził się na stały, intensywny kontakt ambulatoryjny, spotkania rodzinne, przyjmowanie zlecanych leków, jednak bez zwiększania ich dawek, i powrót do szpitala w razie ponownego nasilenia się objawów autodestrukcyjnych. W następnym, niemal półrocznym okresie leczenia ambulatoryjnego nastąpiła dalsza poprawa. W zgodnej ocenie samego pacjenta, jego rodziny i mojej był to najlepszy od lat okres funkcjonowania. Przeciętnie trzy razy w tygodniu samodzielnie docierał na ustalone spotkania. Podjął także własne inicjatywy w sensie zwiększenia częstości opuszczania domu. Zgodnie z własnym planem powrócił do codziennej nauki celem przystąpienia do egzaminu maturalnego. Ostatecznie do egzaminu przystąpił, choć matury nie zdał. Nie zdołał natomiast w sposób znaczący poprawić stanu własnej higieny. Jak twierdzi matka, pacjent nadal zanieczyszcza pokój, choć przestał zanieczyszczać własne ubranie. Matka zaczyna coraz częściej opierać się na wsparciu męża i próbuje proponować synowi alternatywne formy pomocy (nie wspierające objawów). Z uwagi na symbiozę, proces ten wymaga jednak długiego czasu

dalszej terapii. W ostatnich miesiącach pacjent ponownie ogranicza swoją aktywność, co wydaje się konsekwencją klęski (w jego odczuciu) związanej z niezdanym egzaminem maturalnym. Nadal nie nasila autoagresji. Miałem okazję obserwować chorego w drodze do szpitala, a raz, przypadkowo, widziałem go na ulicy. Najczęściej zastygał w skupieniu odliczając, po czym pochylony, z włosami na twarzy szedł dalej szybkim krokiem do tramwaju. Rytuał ten był nieprawdopodobną kombinacją ściśle wyliczonych skoków, gwałtownych zahamowań, zmian postawy ciała, aż do wślizgnięcia się przez zamykające się drzwi. Pacjent zdawał się nie zauważać otaczających go ludzi. Obecnie pacjent kontynuuje leczenie. Próbuje przeciwstawiać się objawom, pomimo iż stały się dla niego niemal jedyną możliwą formą funkcjonowania psychospołecznego.

KOMENTARZ

Opisany przypadek nie jest pierwszym o podobnym obrazie klinicznym [9]. Potwierdza tezę, że ciężki przebieg zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych może w skrajny sposób inwalidyzować, a prognozy terapeutyczne są mało optymistyczne, pomimo znacznego nakładu terapii [3, 9]. W obrazie psychopatologicznym dominują zachowania kompulsyjne, rytuały i przeżuwanie nawracających obsesji. W moim rozumieniu objawów, u pacjenta dominuje więc zespół obsesyjno-kompulsyjny. Rytuały, magiczne odczynianie, dążenie do porządkowania otoczenia wg ściśle określonych reguł, anankastyczny bezruch, bądź podobne w formie pobudzenie (*slowness* OCD), przewlekłe dystymiczny nastrój, to objawy, które obserwowałem i które potwierdza sam chory. Choć bezskutecznie, to jednak codziennie pragnie się im przeciwstawiać. Obok wymienionych, pacjent zdradza objawy zespołu tików głosowych i ruchowych, czyli zespołu Gilles de la Tourette'a. Do objawów tych zaliczam: eksplozywne powtarzanie pochrząkiwań, mruczenia i obscenicznych słów lub gestów, a także inne tiki

ruchowe. Chory potwierdza nieuchronność tych objawów i mierną skuteczność w ich opanowywaniu. Stereotypowy zakres zainteresowań, potrzeba powtarzalności i identyczności, powierzchowne traktowanie otoczenia, zatem cechy autystyczne bez upośledzenia funkcji intelektualnych, potwierdzają niepewne nozologicznie rozpoznanie zespołu Aspergera. Kompulsyjne wrywanie włosów nosi znamiona trichotilomanii. Obciążający wywiad z dzieciństwa – napady epileptyczne – nakazuje myśleć o trudnym do zobrazowania uszkodzeniu o.u.n. Podobnie interpretować można okresowo obecne ruchy płasawicze o miernym nasileniu. Wszystkie wymienione zaburzenia: objawy obsesyjno-kompulsyjne, zespół Aspergera, zespół Gilles de la Tourettea, trichotilomania, płasawica i padaczka mieszczą się w proponowanym przez Hollandera spektrum OCD [1, 2]. Koncepcja ta, choć na razie bardzo niedoskonała, próbuje w sposób wielopoziomowy łączyć patologie z rozmaitych obszarów psychiatryczno-neurologicznych na podstawie zbieżnej symptomatologii, etiologii, etiopatogenezy, epidemiologii, neurobiologii, czynników genetycznych i odpowiedzi na uznane już czynniki terapeutyczne, które skutecznie przeciwstawiają się obsesjom. Prace te kontynuują także inni autorzy [5, 8].

Jak wynika z mojego doświadczenia i cytowanego już piśmiennictwa, zaburzenia o podobnym obrazie należy leczyć w sposób możliwie szeroki, wielopłaszczyznowy. W zakresie farmakologicznym szczególnie przydatne okazały się selektywne inhibitory zwrotnego wychwyty serotoniny (OCD, dystymia), niewielkie dawki haloperydolu (tiki) i karbamazepina (gwałtowność, eksplozywność, napadowość objawów). Bardzo sprzyjające leczeniu są także: ścisły program behawioralny przywracający względnie prawidłową aktywność, rozumienie objawów w ramach istniejącego systemu rodzinnego, stałe pogłębianie psychoedukacji pacjenta i próby interpretacji objawów kompulsyjnych, wspieranie pomysłów pacjenta sprzyjających zdrowieniu i przygotowanie się na długi, wieloletni czas terapii.

Zwłaszcza cierpliwość i pokora w obiektywnej ocenie efektów leczenia może istotnie pomóc w utrzymaniu relacji z pacjentem, która w dalszym czasie często owocuje motywacją do jego kontynuowania, które jest bodaj największym problemem całości terapii.

Część wspomnianych wyżej objawów można zdiagnozować jako schizofrenię prostą i być może ta właśnie koncepcja stanowiłaby pierwsze, pochopne nieco rozpoznanie klinicysty, tak jak kiedyś nieco nazbyt pochopnie rozpoznawano schizofrenię w przypadku przewlekłej halucynozy alkoholowej, czy obecnie w nasilonych zespołach obsesyjno-kompulsyjnych [1, 9]. Przeciw takiemu rozpoznaniu przemawiają: prawidłowe przejawy okazywania i przeżywania afektu (wymagające jedynie bezpiecznej bądź dobrze znanej pacjentowi sytuacji) i wyraźnie przejawiana wola pacjenta czy wręcz obsesyjna potrzeba realizowania własnych zadań, bez względu na ich konsekwencje. Zatem postawienie rozpoznania schizofrenii prostej należy tu wykluczyć z powodu braku objawów, które znamionują tę właśnie psychozę. Sama dziwaczność czy zmanierowanie są zbyt ogólnymi cechami w psychopatologii, aby przypisywać je procesowi schizofrenicznemu.

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. Hollander E, D'Benzen: Is there a distinct OCD spectrum.
3. Koran LM, Thienemann ML: Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *Am. J. Psychiatry*, 1996, 153, 6, 783–788.
4. Krause MS: A reconsideration of the nosological status of obsessive-compulsive disorder. *Neurol. Psychiatry Brain Res.*, 3, 1, 35–46.
5. Miquel EC i wsp.: Phenomenological differences appearing with repetitive behaviours in obsessive-compulsive disorder and Gilles de la Tourette's syndrome. *Inf. Psiquiatr.*, 16, supl. 1, S4–S10.

6. Nelson J, Chouinard G: Obsessive-compulsive disorder is not an anxiety disorder. *Confrontation Psychiatriques*, 36, 139–173.
7. Rasmussen SA, Eisen JL: Treatment strategies for chronic and refractory obsessive-compulsive disorder. *J. Clin. Psychiatry* 1997, 58, supl. 13, 9–13, 49.
8. Robertson MM: The relationship between Gilles de la Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder. *J. Serotonin Res.*, 1, supl. 1, 49–62.
9. 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, 43–49.

*Adres: Dr Maciej Żerdziński, II Oddział Psychiatryczny
Szpitala Centrum Psychiatrii Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej,
ul. Korczaka 27, 40-340 Katowice*