

Trudności diagnostyczne i terapeutyczne u pacjenta z rozpoznaniem osobowości anankastycznej i zespołu obsesyjno-kompulsyjnego o szczególnym obrazie: opis przypadku

*Diagnostic and therapeutic difficulties in a patient
with diagnosed anankastic personality and obsessive-compulsive syndrome
of specific picture: a case study*

MACIEJ ŻERDZIŃSKI

Z II Oddziału Psychiatrycznego Szpitala Miejskiego nr 5 w Katowicach

STRESZCZENIE. *Opisano przypadek 20-letniego mężczyzny z ciężkim zespołem obsesyjno-kompulsyjnym. Późne rozpoczęcie leczenia psychiatrycznego poprzedzone było istotnymi trudnościami diagnostycznymi. Zwracała uwagę niezwykle spowolnienie ruchowe i pełna rytualizacja wielodniowych sekwencji natręctw. Magicznym czynnościom pacjenta towarzyszyli rodzice, a zwłaszcza matka. Autor podejmował próby wielostronnych interwencji terapeutycznych, poprzedzone rozważeniem hipotez etiopatogenetycznych.*

SUMMARY. *A case is described of a 20-year-old male with a severe obsessive-compulsive syndrome. Due to considerable diagnostic problems his treatment was started late. Extremely marked bradykinesia and a complete ritualization of obsessive behaviors sequences of many days' duration were particularly salient in this patient. In his magic activities he was accompanied by his parents, especially mother. Multifaceted therapeutic interventions were undertaken by the author, following his consideration of etiopathogenetic hypotheses.*

Słowa kluczowe: zespół obsesyjno-kompulsyjny / diagnostyka / opis przypadku
Key words: obsessive-compulsive syndrome / diagnostics / case study

OPIS PRZYPADKU

Wywiad sięga dzieciństwa chorego. Tak cięża, jak i poród przebiegały bez patologii. Urodził się jako pierwsze i jedyne dziecko w rodzinie. Do około piątego roku życia pacjent rozwijał się prawidłowo. W kolejnych latach rozwoju rodzice obserwowali u niego objawy pobudzenia emocjonalnego, żywego interesowania się konfliktami rodzinnymi i zdecydowane zaangażowanie pacjenta w ich treści. Jednoznacznie stawał po stronie matki. Jedyнным czynnikiem egzogenным, na który wskazuje wywiad, były objawy zespołu Hoigne'a po iniekcji penicyli-

ny w 9 r.ż. pacjenta. Zaburzenia świadomości ustąpiły bez powikłań somatycznych, obserwowano jednak znaczące nasilenie się objawów lękowych. Ich konsekwencją było pojawienie się pierwszych obsesji, a przede wszystkim kompulsji. Przykładem są tu nawyki częstego mycia rąk, dokładnego przycinania rogów książek szkolnych, dziwaczne rozkładanie sprzętów, szczelne wypełnianie naczyń piaskiem itp. W kolejnych latach życia chorego objawy te intensyfikowały się i przeznaczał on na nie coraz więcej czasu. Zamknięty w swoim pokoju, godzinami

wykonywał precyzyjne, sekwencyjnie od-
twarzane czynności, z czasem coraz bardziej
dziwaczne i magiczne. Aby ich unikać zaczy-
nał ograniczać ilość sprzętów w swoim po-
koju, wedle własnych koncepcji nakazywał
rodzicom czynności porządkowe czy nawet
remontowe. Pomimo trudności, z dobrymi
wynikami ukończył szkołę podstawową.
Naukę kontynuował w liceum ogólnokształ-
cącym. Pierwsze miesiące zmiany środowiska
spowodowały gwałtowną kumulację kompul-
sji i obsesji. Pacjent przestał nadążać w pro-
styach czynnościach – pakowaniu podręcz-
ników szkolnych, załatwianiu potrzeb fizjo-
logicznych i wielokrotnym kontrolowaniu
wszystkich, wykonywanych przez siebie czyn-
ności. Nie nawiązywał też głębszych kontak-
tów z rówieśnikami, wyraźnie izolował się od
swej grupy wiekowej. Z powyższych przyczyn
nie był w stanie kontynuować edukacji w kla-
sie drugiej. Wkrótce całkowicie zerwał kon-
takt słowny z ojcem, pozawerbalnie okazując
mu wrogie emocje. Swe zainteresowania
i uwielbienie jednoznacznie zwrócił w stronę
matki. Schematy swoich objawów nazwał
„Kodeksem”. Istotą tegoż „Kodeksu” był
nikły emocjonalnie odbiór świata zewnętr-
znego (prócz matki), co pacjent czynił poprzez
wciąż narastające objawy natręctw. Ich roz-
budowane formy, nazywał rytuałem. Rodzice
rozpoczęli leczenie syna.

W trakcie terapii ambulatoryjnej i dwóch
hospitalizacji, postawiono rozpoznania: za-
burzenia emocjonalne, zespół pogranicza
i choroba Bleulera. Stan chorego systema-
tycznie pogarszał się. Przestał opuszczać
mieszkanie, a w obrazie objawów zaczął do-
minować bezruch. O ojcu wypowiadał się
używając zwrotu: „to coś”. Nie był w stanie
zdążyć z wykonaniem nawet najprostszych
czynności. Definitywnie opuścił swój pokój
i zajął leżącą lub częściej stojącą pozycję
w centralnym punkcie mieszkania, czemu
całkowicie podporządkowali się rodzice.
Konsekwentnie odwrócił dobowy rytm
funkcjonowania i ściśle ograniczył przyjmo-
wane posiłki (nie przyjmował potraw ciep-
łych i nowych, przerywał jedzenie w okreś-

lonej fazie). Rytualnie oglądał filmy, wyzna-
czając na tę okoliczność specjalną porę ro-
ku. Świat zewnętrzny postrzegał jednoznacz-
nie jako wrogi i nieciekawy, dokonał swoiste-
go podsumowania cywilizacji, wynikiem cze-
go jeszcze surowiej oceniał przypadkowych
ludzi czy doniesienia obserwowane w dzien-
nikach telewizyjnych. Czynności pielęgnacyj-
ne pozwalał wykonywać tylko matce, w ściśle
określonym przez siebie czasie. Niepracująca
matka, podobnie „przestawiła” swój rytm
dobowy. Ojciec pacjenta wykazywał raczej
bierną lub bardzo niekonsekwentną postawę,
okresowo byłwał agresywny słownie wobec
syna. W większości sytuacji jego obecność
była niepożądana i życie rodzinne przejęło tu
jakby dwa równoległe wątki. Pacjent przestał
mówić w pierwszej osobie, do matki zwracał
się *per* „wy”.

W lutym 1996 r., w wieku 19 lat, został
skierowany do naszego Oddziału. W trakcie
hospitalizacji (trwała 4 miesiące) skoncen-
trowano się na poszukiwaniu diagnozy, tak
somatycznej jak i psychiatrycznej. Obraz
fizyczny pacjenta (niedorozwój pierwszych
żeber, cechy ptasiej klatki piersiowej, wczes-
ny początek objawów), sugerowały możli-
wość zaburzeń genetycznych lub hormonal-
nych. Przeprowadzono diagnostykę genetycz-
ną, która określiła genotyp chorego jako
46XY. Badania endokrynologiczne również
nie wykazały odchyień od normy. Rezonans
magnetyczny mózgu i wcześniejsza tomogra-
fia komputerowa nie wykazały zmian orga-
nicznych. Zespół objawów pozostał. Chory
nadal wykonywał swe rytualne czynności.

Natręctwa miały charakter długich, regu-
larnie powtarzanych sekwencji zachowań.
Przykładowo, chory zmierzał do toalety
około 3 godzin i – jeśli nie był wyprowadzo-
ny – tak samo długo powracał. W między-
czasie wykonywał przeciągające się w czasie
dziwaczne czynności. Konsekwentnie nie
nawiązywał żadnych kontaktu słownego, co
dotyczyło nie tylko współpacjentów, ale
także i personelu średniego. Nadal bardzo
skąpo reagował emocjonalnie. Ożywiał się
tylko w czasie wizyt matki. Spędzał z nią

codziennie kilka godzin izolując się w pomieszczeniu jadalnym, gdzie siedząc na jej kolanach, był karmiony lub zachęcany do jedzenia. Poza tym, posiłków nie przyjmował w ogóle. Na skutek wielogodzinnego stania przy łóżku, zwłaszcza w porze wieczorno-nocnej, występowały obrzęki dochodzące aż do podudzi. Inne czynności psychomotoryczne ograniczał do minimum. To zachowanie przypominało opisywane, nieco kontrowersyjne zjawisko spowolnienia obsesyjno-kompulsyjnego (*obsessional slowness*) polegające na tym, że w wyniku bardzo silnie przeżywanych natręctw, jedynym sposobem ich unikania, staje się dla pacjenta bezruch [Hand 1996]. Pierwszy pobyt w naszym szpitalu wykorzystano więc także na ostateczne potwierdzenie diagnozy zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, pobieżne zapoznanie się z mechanizmami relacji pacjent-rodzina i stworzenie załączków terapeutycznych – pacjent-lekarz prowadzący. Pacjent został wypisany na własną prośbę (miał nadzieję kontynuować naukę w liceum wieczorowym). Idea ta, była praktycznie ostatnią, którą próbował jeszcze zrealizować i choć jasnym było, że jego kondycja psychofizyczna uniemożliwia naukę, postanowiono zostawić to ocenie samego pacjenta.

Po raz drugi, został przyjęty około 3 miesiące później. Wywiad wskazywał na gwałtowne pogorszenie. Dominowały objawy obsesyjnego spowolnienia reakcji. Praktycznie przestał opuszczać łóżko. W nim załatwiał czynności fizjologiczne, w nim też raz na dobę przyjmował skąpe posiłki. System rodzinny nadal dostosowywał się do chorobliwych potrzeb pacjenta. Oddawanie moczu trwało nieraz około 4 godzin, a odbywało się zawsze w nocy, przy pomocy matki, wykonującej dziwaczne polecenia pacjenta (odpowiedni kąt trzymania wiaderka, ściśle przestrzeganie reguł nachylenia ciała itp.). Ojciec nieustannie izolował się czy to w pracy, czy w domu, nadal nie zajmując konsekwentnego stanowiska. W trakcie tej miesięcznej hospitalizacji ustalono z pacjentem pierwszy, ściśle sprecyzowany kontrakt terapeutyczny, w myśl

którego obowiązywały go w oddziale normy ustalonego programu behawioralnego. Znacznie nasiliły one jego aktywność – wykonywał rysunkowe czy pisemne podsumowania każdego dnia, o ściśle określonych porach spacerował poza budynkiem, grał w ping-ponga, jadł dwa razy dziennie. Czynności te wykonywał w jednym tylko celu. Ich pozytywne zrealizowanie, gwarantowało mu kontakt z matką, tym razem ograniczony do konkretnych dni i czasu. Coraz bardziej zmęczony swą aktywnością i coraz bardziej zaniepokojony zawiązującym się kontaktem z lekarzem prowadzącym, pacjent, nieoczekiwanie poprosił o wypis, na co przystano. Przed wypisem, ustalono zasady dalszego leczenia (terapia poszerzyła się o kolejnego terapeuty indywidualnego – psychologa klinicznego), rozpoczęto także właściwą, długo oczekiwaną pracę terapeutyczną z rodziną, opierającą się na myśleniu systemowym. Sam pacjent zrezygnował z niej po dwóch spotkaniach, uznając, iż nie jest jeszcze w stanie temu sprostać. Najwyraźniej jednak zaakceptował nasze kontakty ze swoimi rodzicami, niejako „wysłał na terapię swoich rodziców”.

Gdy tylko ponownie znalazł się w swoim środowisku objawy szybko zaostrzyły się. Od pierwszego dnia po wypisie pozostawał w łóżku, a cykl rytuałów wydłużył do około dwóch tygodni. W praktyce oznaczało to, że zaczęty posiłek kończył kilkanaście dni później lub nie jadł w ogóle. Jeśli opuszczał łóżko, trwało to do 72 godzin, co z kolei powodowało nasilenie wspomnianych wyżej obrzęków. Przestał także komunikować się werbalnie z matką, choć jeszcze silniej zintensyfikował komunikację pozawerbalną. Potrafił przy pomocy pojedynczych gestów czy grymasów, przekazać jej każde polecenie czy prostą wypowiedź. Nadal eliminował ojca. Praca z rodziną pogłębiała zrozumienie mechanizmów psychopatologicznych i pomagała radzić sobie z emocjami rodziców, zupełnie bezradnymi wobec coraz bardziej dziwacznych i magicznych zachowań syna.

Ciężko wyniszczony pacjent – nie był wcześniej przekonany co do sensu kolejnej

hospitalizacji – został ponownie przyjęty do oddziału, z założeniem pracy indywidualnej, równoległej dwóch terapeutów i dalszej terapii systemowej rodziny. Warunki funkcjonowania pacjenta w oddziale jasno precyzował kontrakt/program behawioralny. Bardzo ściśle ograniczono odwiedziny matki, co ponownie stało się jedyną motywacją pacjenta. Ustalono, że personel średni, którego pacjent zazwyczaj nie uznawał, będzie odpowiedzialny za czynności pielęgnacyjno-żywnieniowe, a nie jak żądał chory, właśnie jego matka. Swoją opór wyrażał przez całkowitą odmowę przyjmowania posiłków, równoległe prosząc o karmienie przez sondę. Pomimo iż nie chciał się leczyć, akceptował fakt bycia pacjentem. Mnogość wypowiedzianych treści była zaskakująco duża. W kontakcie indywidualnym stał się wielomówny, podejmował wiele pomijanych dotychczas tematów. Uzasadniał swoją inność, jednoznacznie potwierdzając chęć zachowania swych objawów i systemu rodzinnego. Obok nadal silnie przeżywanego objawów obsesyjno-kompulsyjnych, chory dawał wyraz silnej ambiwalencji. Praktycznie każda z jego szerszych wypowiedzi zawierała przeciwstawne sobie wątki. Ostatecznie, całkowicie zrezygnował z wizyt matki, motywując to obawą przed jej zmianą. Kolejny raz przeformułowano zasady kontraktu z chorym. Wraz z postępem efektywności leczenia i pogłębieniem przez chorego wglądu, jemu samemu pozostawiono wybór czasu i form kontaktów z matką. Nie odnotowano pogorszenia także w trakcie kilku krótkich urlopów.

Gdy zapanował nad objawami zagrażającymi życiu oraz przejawiał lepszy napęd, kontakt słowny i motywację własną, został po 8 miesiącach pobytu wypisany z oddziału i rozpoczął kolejny etap terapii. Dojeżdża samodzielnie do oddziału leczenia dziennego, gdzie konfrontuje się z grupą i realizuje wszystkie obowiązki i zasady terapii rehabilitacyjnej. Nawiązał też nikły kontakt werbalny z ojcem, zaczyna podejmować wątki symbiotycznego związku z matką. Uczestniczy w spotkaniach rodzinnych.

Interpretacje

Kontynuując terapię farmakologiczną, systemową, indywidualną i elementy pracy behawioralnej, pragnąłbym krótko je podsumować lub w niektórych przypadkach – wysunąć kilka hipotez, których zasadność potwierdziła skuteczność interwencji terapeutycznych.

Aby jak najlepiej zrozumieć mechanizmy zaburzeń pacjenta, staraliśmy się dokonać możliwie szerokiej diagnostyki. Ta wielopoziomowość sprzyjała tworzeniu hipotez terapeutycznych, okazała się także pomocna w próbach leczenia pacjenta [3, 8, 9].

Farmakoterapia – stosowano praktycznie wszystkie leki psychotropowe opisane jako potencjalnie redukujące ruminalacje obsesji czy kompulsji, łącznie z niewielkimi 1–2 mg/die dawkami risperidonu, dużymi, przewlekłe stosowanymi dawkami fluwoksaminy (300 mg/die), czy szeroką paletą anksjolityków [Jenike 1989, Jenike i wsp. 1990] [2]. Łagodne efekty sedacji czy miorelaksacji, wspierały pracę psychoterapeutyczną dzięki redukcji napięcia psychoruchowego czy somatycznych przejawów lęku. Sam chory konsekwentnie wypowiadał się na ich temat w sposób obojętny. Uznano, że wpływ leków psychotropowych na objawy obsesyjno-kompulsyjne nie przynosi znaczących efektów terapeutycznych.

Hipoteza analityczna – opierała się na obserwacji zaburzeń powstałych w rozwoju w fazie analnej i fallicznej. Wyraźnie widoczny objawowo nierozwiązany kompleks Edypa. Pierwotnym obiektem znaczącym, na który pacjent kieruje energią libidinalną jest matka. Powstanie konfliktu wewnętrznego, będącego jednym z motorów mechanizmów objawowych, jest związane z dążeniem do bliskości z matką i nakazami superego stojącymi na straży normy kulturowej (szczególnie silna w naszej kulturze norma dotycząca kazirodztwa). Na skutek konfliktu silnego *id* ze słabym *ego*, doszło u pacjenta do uruchomienia patologicznych mechanizmów obronnych – wyparcie, reakcja pozorowana, izolacja, odczynianie, pro-

jekcja – chroniących go przed silnym ładunkiem lęku. W konsekwencji libido uległo regresji do fazy analnej i fallicznej. Proces ten, spowodował zwiększenie siły dawnych, tłumionych kompleksów, które jako sprzeczne z superego, uległy ponownemu tłumieniu. To z kolei doprowadziło do ujawnienia się wielu objawów–symboli, np. powstrzymywania się od wydalania/zanieczyszczania się, konsekwentnego utrzymywania pozycji stojącej, powstrzymywanie się od przyjmowania posiłków. Następowaly one zawsze po dłuższych wizytach matki chorego w oddziale szpitala i miały charakter autodestrukcyjny. Wykorzystując ten właśnie sposób rozumienia mechanizmów odpowiedzialnych za szczególnie groźne dla pacjenta objawy, skoncentrowaliśmy się w naszej pracy na budowaniu więzi terapeutycznej, prowadzącej do powstania przeniesienia, tak by zaistniała możliwość prześledzenia i korygowania nerwicorodnych mechanizmów [5, 7].

Myślenie systemowe – w pogłębieniu rozumienia dynamiki objawów pomogła nam analiza systemowa, na którą zdecydowaliśmy się obserwując gwałtowne narastanie objawów natychmiast po wypisaniu pacjenta do domu oraz style interakcji członków rodziny. Początkowo skoncentrowaliśmy się na określeniu podsystemów rodzinnych oraz stylu komunikacji. Próbowaliśmy zrozumieć funkcję objawu w systemie rodzinnym. W rodzinie pacjenta na pierwszy plan wysuwało się zaburzenie komunikacji objawiające się jej zablokowaniem ze strony chorego na poziomie werbalnym do obojga rodziców, a na poziomie niewerbalnym również do jego ojca. Zjawisko to pojmowaliśmy jako swoistą „blokadę” możliwości zmiany patologicznej równowagi rodzinnej. Jako istotną dla funkcjonowania systemu, uznaliśmy trwałą koalicję pacjent–matka, powstałą we wczesnym wieku szkolnym chorego, jednoznacznie obróconą przeciw jego ojcu. Relację pacjent–matka rozumiemy jako symbiotyczną. Dla rodziny pacjenta, charakterystyczne było bardzo słabe wyodrębnienie podsystemu rodzicielskiego

oraz przewlekły konflikt małżeński z rozpadem więzi (wieloletni brak intymności i pożycia seksualnego małżonków). Po niezwykle pomocnej konsultacji z doświadczonymi supervisorami Krakowskiej Fundacji Rozwoju Psychoterapii, zawarliśmy z rodziną kontrakt na spotkania. Ostrożna praca z rodzicami, w pierwszym jej etapie, ogniskowała się na problemach komunikacji oraz na analizie i próbie zmiany postaw rodzicielskich. Miało to na celu wzmocnienie podsystemu rodzicielskiego, pogłębienie diagnozy systemowej oraz zbadanie motywacji (prawdziwej, a nie deklarowanej) do zmiany postaw. W etapie kolejnym, posługiwaliśmy się Bowenowską koncepcją emocjonalnego rozvodu i wielopokoleniowej genezy patologicznej równowagi [1]. Zgodnie z tą koncepcją, rodzina pacjenta jawi się jako system z zaburzonymi granicami wewnętrznymi. Symbiotyczna relacja matka–syn jest przykładem niezróżnicowanego „ja” rodzinnego. W sytuacji kryzysu małżeńskiego, pacjent jako dziecko, stanął na straży właściwej polaryzacji stosunków między rodzicami, dzięki czemu system zyskał możliwość stabilizacji równowagi. Rodzice zawierając „pokój za wszelką cenę”, by uniknąć sytuacji lękorodnych, wykorzystują pacjenta do utrzymania bezpiecznego dystansu. Sam chory buforuje lęk i brak poczucia bezpieczeństwa rodziców. Rozumiejąc system w ten właśnie sposób, sięgnęliśmy do genogramu, czyniąc go podstawową techniką pracy rodzinnej. Praca ta pozwoliła dostrzec przekazy międzypokoleniowe wpływające na dysfunkcję rodziny. Ze strony ojca ujawniła się nie przeżyta żałoba po dziadku pacjenta, i dalej, ogromna słabość wzorców ojcowskich w rodzinie. Ze strony matki zaś, genogram wykazał szereg postaw oraz kryzysów o charakterze depresyjno-lękowym. Warto zaznaczyć, że tych istotnych danych nie udało się uzyskać w rozlicznych próbach zbierania wywiadu. Analiza genogramu zaowocowała podjęciem przez matkę pacjenta terapii indywidualnej, co jak mamy nadzieję, przyczyni się do wzrostu motywacji do leczenia samego pacjenta.

Terapia behawioralna – kolejnym z równoległych wątków pracy z pacjentem było opracowanie programu behawioralnego. Jedynym zasobem, a zarazem podstawową trudnością całej terapii, była symbiotyczna więź z matką. Program behawioralny adresowany był do niektórych mechanizmów powstałych w okresie adolescencji, który jest przez nas interpretowany w kategoriach zaburzenia zachowania, a swoją genezą sięga problemów z postawieniem realnych granic osobowości pacjenta. Szybką korzyścią wdrożenia programu behawioralnego, były zyskane przez pacjenta normy i pogłębienie wglądu. Za bardzo korektywne uważamy sytuacje, w których przypadkowo zanurzony był pacjent. Miały one miejsce w oddziale i dotyczyły kontaktów pacjent–pacjent, czy też pacjent–personel średni lub niższy. Konsekwencją realizowania przez chorego programu behawioralnego było uaktywnienie podstawowych umiejętności, dzięki którym lepiej funkcjonował w społeczności szpitalnej. Co ważne, niektóre z uruchomionych zasobów zaczął traktować jako własne (rytualne zjadanie zlecanych posiłków, zmiana bielizny, spacer, spotkania z terapeutami). Praca ta ułatwiła bardzo trudną dla pacjenta konfrontację z grupą chorych przebywających w leczeniu rehabilitacyjnym czy realizowaniu zaplanowanych w tymże oddziale zajęć [4, 6].

KOMENTARZ

Od początku terapii pacjenta zakładano długie, co najmniej kilkuletnie leczenie. Z uwagi na poważne zagrożenie życia chorego, związane z nieprzyjmowaniem posiłków czy płynów w warunkach domowych, wyjątkowo destrukcyjny schemat objawów i konsekwentnie wspierający patologię system rodzinny, konieczne stało się przewlekłe hospitalizowanie pacjenta w warunkach oddziału całodobowego. Moment wypisu nastąpił w chwili przejścia przez chorego kontroli nad najgroźniejszymi dla niego objawami – utrzymaniem stabilnej wagi, zacho-

waniem podstaw higieny, poprawnej aktywności psychoruchowej – a także zdolnością do kontynuowania terapii w oddziale rehabilitacyjnym. Równolegle wzmocniono system rodzicielski i skorygowano najbardziej niekorzystne dla zdrowia pacjenta zachowania obojga rodziców. W czasie 21-miesięcznego kontaktu z chorym za pozytywne uznano:

-
- ostateczne zweryfikowanie rozpoznania – w myśl postawionego rozpoznania, objawy te nie wykazują specyfiki objawów produkcji psychotycznej, należy jednak podkreślić, że poziom zinvalidyzowania 20-letniego mężczyzny był porównywalny, a nawet głębszy, niż ma to miejsce w ciężkich przypadkach schizofrenii,
 - wprowadzenie do terapii drugiej terapeutki indywidualnej (psychologa klinicznego) i uruchomienie silnych reakcji przeniesieniowych pacjent–terapeuta,
 - aktywne włączenie do terapii personelu średniego,
 - konstruktywne rozwiązanie kryzysowych momentów terapii, na czym zyskał poziom pracy terapeutycznej, m. in.: decyzji chorego o śmierci i kilkakrotnej odmowy przyjmowania posiłków w oddziale, decyzji o „dożywotnim” pobycie pacjenta w warunkach oddziału całodobowego, decyzji nakazującej natychmiastową zmianę w systemie rodzicielskim zgodnie z patologią rytuałów pacjenta,
 - postęp w pracy terapeutycznej z systemem rodzicielskim – rozpoczęcie przez matkę terapii indywidualnej,
 - rozpoczęcie terapii rehabilitacyjnej w oddziale dziennym.
-

Szczególnie silne zastosowanie ma tu ogólnie znana w medycynie koncepcja szybkiego wychwytywania patologii i leczenie wczesnych stadiów zaburzenia. Potwierdza się teza, że zespół obsesyjno-kompulsyjny jest tzw. „zatajaną chorobą”. Na opisanym

etapie, efekty terapii mogą być niepewne, a potrzeba inwestowania duża. Wydaje się jednak, że wysiłek taki warto było podjąć, ponieważ ciężkie wyniszczenie pacjenta mogło mieć śmiertelne konsekwencje. Konieczne wydaje się poszerzanie własnych możliwości i kompetencji, zdecydowana akceptacja wieloczynnikowego oddziaływania terapeutycznego, stosownie do wielu warstw zaburzeń psychicznych. Wydaje się, że jest to jedyna możliwość leczenia tak nasilonych objawów obsesyjno-kompulsyjnych. Silnie sprzyjającym leczeniu okazał się pomysł podwójnej terapii indywidualnej, a także różne płci prowadzących chorego terapeutów.

PODZIĘKOWANIE

Za wspólną terapię opisanego wyżej pacjenta, a także za pomoc w przygotowaniu tej pracy, chciałbym podziękować Pani mgr Irenie Wytyczak.

PIŚMIENNICTWO

1. Bowen M.: The use of family theory in clinical practise. *Compr. Psychiatry*. 1996, 7(5), 345–374.
2. Boyarsky B.K., Perone L.A., Lee N.C., Goodman W.K.: Current treatment approaches to obsessive-compulsive disorder. *Arch. Psychiatr. Nurs.* 1991, 5(5), 299–306.
3. Chalfin R.M., Altieri J.: Supervised treatment of an obsessional patient by a psychiatric resident utilizing psychotherapy and pharmacotherapy. *Am. J. Psychother.* 1991, 45(1), 43–52.
4. de Haan E., van Oppen P. i wsp.: Prediction of outcome and early vs. late improvement in OCD patients treated with cognitive behavior therapy and pharmacotherapy. *Acta Psychiatr. Scand.* 1997, 96(5), 354–361.
5. Fernando J.: The exceptions. Structural and dynamic aspects. *Psychoanal. Study Child.* 1997, 52, 17–28.
6. Hand Ivor: Behavioral therapy of obsessive-compulsive patients and their family members. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1996, 5, 115–139.
7. Ierodiakonou C.S., Ierodiakonou-Benou I.: Short-term psychoanalytic psychotherapy with obsessive preadolescents. *Am. J. Psychother.* 1997, 51(4), 569–579.
8. Jenike M.A.: Augmentation strategies for treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *Harv. Rev. Psychiatry* 1993, 1(1), 17–26.
9. Rasmussen S.A., Eisen J.L.: Treatment strategies for chronic and refractory obsessive-compulsive disorder. *J. Clin. Psychiatry* 1997, 58, suppl. 13, 9–13.

*Adres: Dr Maciej Żerdziński, II Oddział Psychiatryczny Szpitala Miejskiego nr 5,
ul. Korczaka 27, 40-338 Katowice*