



Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne i schizofrenia: różnicowanie, współwystępowanie, leczenie

*Obsessive-compulsive disorders and schizophrenia:
differential diagnosis, co-morbidity, and management*

MACIEJ ŻERDZIŃSKI, ANITA PŁADER

Z II Oddziału Psychiatrycznego Szpitala Centrum Psychiatrii w Katowicach

STRESZCZENIE. *Cel.* Celem niniejszej pracy jest rozważenie związków pomiędzy schizofrenią a zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi i próba określenia do jakich wymiarów można te związki (o ile istnieją) sprowadzić. Równolegle, autorzy próbowali ocenić dotychczas proponowane metody terapii obu schorzeń, w tych przypadkach, kiedy współwystępują. **Poglądy.** Autorzy zwracają uwagę na stosunkowo częste omyłki diagnostyczne w zakresie różnicowania ciężkich zaburzeń anankastycznych i schizofrenii, pomimo że oba schorzenia są zasadniczo od siebie różne czy wręcz sobie przeciwstawne. Stąd też, w pierwszej części pracy dokonano porównania symptomatologicznego, a w części drugiej etiopatogenetycznego i wzajemnych współzależności. Autorzy założyli, iż nie sposób jednoznacznie określić roli jaką mogą odgrywać natręctwa występujące w przebiegu schizofrenii – wydaje się, że jest to proces złożony, wieloznaczeniowy, przez co osobniczo zmienny, wymykający się standaryzacji. Naszym właściwym zamysłem była szersza analiza zjawiska współchorobowości OCD i schizofrenii, umożliwiającą bardziej plastyczne podejście do diagnozowania i leczenia poszczególnych chorych. **Wnioski.** Problematyka współwystępowania OCD i schizofrenii jest faktem i stanowi istotną trudność zarówno w wymiarach etiopatogenetycznym i syndromologicznym, jak przede wszystkim terapeutycznym. Brak standardów w zakresie równoległego leczenia obu chorób prowokuje dalsze poszukiwania w tym zakresie. Zdecydowanie warto diagnozować natręctwa w przebiegu schizofrenii. Skłania to do bliższej współpracy z chorym, co umożliwi poszukiwanie nie tylko skuteczniejszych metod terapeutycznych ale też przyczynia się do budowania zaufania pacjenta i usprawnia wzajemną komunikację. Wszystkie te czynniki mogą redukować cierpienie, które w przypadku współchorobowości schizofrenii i OCD jest znaczne.

SUMMARY. Objectives. An attempt was made in the paper to consider relationships between schizophrenia and obsessive-compulsive disorders in terms of possible dimensions (if any) to which these relationships might be reduced. At the same time the authors strived to assess the treatment methods proposed so far in cases of both these conditions concurrence. **Review.** The authors draw attention to relatively frequent errors committed in differential diagnosis of severe anancastic disorders and schizophrenia, despite the fact that the two conditions are essentially different from or even opposite to each other. Therefore, a comparison of their symptomatology is followed in the paper by an outline of differences in etiopathology and by a discussion of their mutual relationships. Having assumed that it is not possible to give a clear-cut definition of the possible role of obsessions in the course of schizophrenia, the authors propose that it is a complex, ambiguous process, individually specific and thus escaping standardization. The authors' main idea was to analyse the phenomenon of obsessive-compulsive disorders and schizophrenia co-morbidity from a wider perspective, as this would enable a more flexible approach to the diagnosis and treatment of individual patients. **Conclusions.** The problems of OCD and schizophrenia co-morbidity are the source of considerable difficulty in the etiopathogenic, syndromological, and, above all, therapeutic dimensions. The lack of standards regarding parallel treatment of both these conditions is an incentive to further research in this area. It is definitely advisable to diagnose obsessions in the course of schizophrenia. This requires a closer co-operation with the patient, which in turn contributes not only to the search for more effective treatment methods, but also to the development of the patient's more trustful attitude and better mutual communication. All these factors may alleviate the patient's suffering, so considerable in schizophrenia associated with the OCD.

Słowa kluczowe: obsesje / kompulsje / schizofrenia / różnicowanie / współwystępowanie
Key words: obsession / compulsion / schizophrenia / differential diagnosis / co-morbidity

Problematyka współwystępowania zespołu natręctw i schizofrenii stanowi temat bardzo złożony i wielowymiarowy. Pomimo że ma on charakter historyczny, to jednak nadal jest mało poznany, choć punktu widzenia klinicystów podejmujących się terapii obu schorzeń – interesujący. By jednak właściwie leczyć zaburzenia mieszane (tzw. schizoobsesyjne), pierwszym zadaniem pozostaje umiejętność właściwego różnicowania klasycznych natręctw od symptomów psychotycznych.

Niniejsza praca jest kolejną próbą analizy takich właśnie asocjacji chorobowych, a służyć ma przede wszystkim lepszej diagnostyce, co w dalszej perspektywie może przyczynić się do efektywniejszej terapii i redukcji cierpienia pacjenta.

Celem pełniejszej analizy problematyki współwystępowania zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych i schizofrenii, autorzy pracy zdecydowali się na dokonanie wstępnego porównania obu schorzeń, przez co proponowane w drugiej części pracy wymiary współwystępowania zespołu natręctw (*obsessive-compulsive disorder*, OCD) i schizofrenii staną się bardziej jasne.

PROBLEMATYKA RÓŻNICOWANIA

Pomimo zasadniczych różnic pomiędzy schizofrenią a zespołem natręctw, stosunkowo często opisywano naprzemienne i mylne rozpoznania tych chorób [1, 2, 3, 4]. Niemal regularnym błędem terapeutycznym stało się ignorowanie bądź niedostrzeganie natręctw współwystępujących w przebiegu schizofrenii [5, 6].

Zarazem trudno byłoby oczekiwać na spontaniczne ujawnianie obsesji czy kompulsji przez samego chorego, chociaż błędne zdefiniowanie tych symptomów (jako urojeń czy halucynacji) prowadzi tylko do dalszych nieporozumień w zakresie komunikacji pa-

cjent–terapeuta i prowokuje kolejne klęski i frustracje w procesie leczenia. Co szczególnie ważne, na podstawie samej analizy osi psychopatologicznych obu schorzeń, uznać by można, że są one sobie wręcz przeciwstawne. W schizofrenii, prócz symptomów wytwórczych, dominują przecież objawy fragmentacji osobowości, chaos, przypadkowość, zmienność, nieprzewidywalność czy formalne zaburzenia toku myślenia. Tymczasem, chorzy na OCD są najczęściej perfekcyjni, niezwykle uporządkowani, bardzo powtarzalni, schematyczni, przez co przewidywalni i zborni w zakresie toku myślenia. Współwystępowanie OCD i schizofrenii wydaje się tym bardziej intrygujące. Poniższa analiza wybranych cech różnicujących może być pomocna we właściwej diagnostyce czy terapii.

Problem wglądu i zaburzeń treści myślenia

Jedną z cech definiujących obsesje jest zachowanie przez chorego właściwego sądu krytycznego co do przeżywanych natręctw, w odróżnieniu od urojeń bądź omamów, gdzie o wgląd czy krytycyzm nie sposób [7]. Podobnie dzieje się w przypadku kompulsji. Choć często są one skrajnie irracjonalne bądź rozbudowane do dziwacznych, wielogodzinnych rytuałów myślowo-ruchowych, to jednak realizowane świadomie, celem wykorzystania ich magicznego efektu odczyniania lęku, w opozycji do zaburzeń ruchowych w schizofrenii, które są przejawem utraty kontroli nad treściami myśli bądź przejawami idei psychotycznych, pozornie tylko zbornych, a niedostosowanych do rzeczywistości. Chory na OCD wie – a jedynie wypiera czy intelektualizuje ten fakt – że kompulsje są patologią, ponieważ wstydzi się swoich rytuałów (dyskomfort po ich zrealizowaniu), przez co skrzętnie maskuje je przed otoczeniem. Chory na schizofrenię może jedynie dyssymulować objawy, co wcale nie oznacza,

iz kontroluje zachodzące procesy psychoruchowe bądź przejawia krytycyzm. Stąd właśnie, zasadniczo nośnym pozostaje stwierdzenie XIX-wiecznych autorów (Esquirol, Legrand du Salle, Janet), którzy nazywali natręctwa „szaleństwem z wglądem” czy „szaleństwem wątpliwości”, w odróżnieniu od psychoz, czyli „szaleństwa bez wglądu” [8].

Problematyka wglądu pozornie wydaje się cechą jednoznacznie różnicującą schizofrenię i OCD, jednak ma to najczęściej miejsce u tych chorych, u których objawy anankastyczne pozostają w konflikcie z cechami osobowości, czyli są zaburzeniem ego-dystonicznym. W odróżnieniu od tej grupy chorych, pacjenci z ciężkimi formami natręctw powstałymi na bazie osobowości obsesyjno-kompulsyjnej, nierzadko nie są w stanie przejawiać krytycyzmu wobec obsesji czy kompulsji, a wręcz gloryfikują te objawy, potęgując tym samym własną moc i chęć bycia zachowania swej unikalności [1, 4]. Natręctwa bez wglądu tym różnią się od doznań urojeniowych, iż najczęściej (podobnie jak klasyczne obsesje) są tylko częścią rytuału, czyli prowokują odczyniające lęk działania kompulsyjne, co dzieje się w sposób bardzo powtarzalny, identyczny i zborny, rysując tym samym obraz chorobowy typowy dla OCD. Jednak owa wielkościowa, dumna, niemal „boska” (co nie oznacza psychotyczna) postawa pacjenta, nierzadko bywa przyczyną omyłek diagnostycznych i dlatego w tej też grupie chorych, stosunkowo często i zupełnie mylnie rozpoznaje się schizofrenię. Pomocna w trafniejszym różnicowaniu może być zatem ocena sfery afektywnej bądź analiza sposobu komunikacji.

Analiza sfery afektywno-behawioralnej

Pacjenci cierpiący na zespół natręctw często zdradzają zaburzenia afektu zbliżone do tych, które wikłają schizofrenię bądź stanowią o rozpoznaniu zaburzeń schizoafektywnych (depresja, submania, mania) [9, 10, 11, 12, 13]. Jednak bez takich powikłań czy dekompensacji, chorzy na OCD przejawiają przede wszystkim stłumienie afektu poprzez

zawężenie przeżyć do realizowanych rytuałów. Nie oznacza to, że nie panują nad afektem, jak często zdarza się u chorych na schizofrenię, a wskazuje jedynie na specyficzny rodzaj kontroli emocji. Szczególne zaburzenia sfery poznawczo-emocjonalno-dążeniowej, występują w ciężkich postaciach zespołu natręctw, prowadzących niemal do chronicznego bezruchu, zwanych „obsesyjnym spowolnieniem”. Chorzy tacy często zaniedbują się higienicznie i bywają wyniszczeni z powodu rytualnego ograniczenia jedzenia do minimum [1, 2, 3, 4], ujawniając zarazem niezwykle silnie stłumiony i niemal płaski w wymowie afekt, co wcale nie oznacza, że jest on ubogi (jak ma to miejsce w mylnie tu rozpoznawanej schizofrenii prostej). Kiedy bowiem przerwać im odwlekanie, interweniować w rytualną apatię, czy też zachęcić do jakichkolwiek zmian „strategicznych” zasad funkcjonowania, natychmiast okazują silny gniew, złość czy wręcz dysfориę. W odróżnieniu od objawów negatywnych schizofrenii, samo spowolnienie funkcji motorycznych nie wynika tu z braku potrzeb czy z negatywizmu, a wręcz przeciwnie – stanowi patologiczny sposób uniknięcia niekończących się rytuałów, które odradzają się w chwili jakiegokolwiek złożonego działania. Dlatego właśnie należy uznać, iż w przypadku obsesyjnego spowolnienia, bezruch jest raczej przejawem bardzo specyficznej aktywności, a nie konsekwencją negatywizmu procesu schizofrenii. Bardzo pomocnym we właściwej diagnozie może okazać się wywiad, który u chorych na zespół natręctw, zawsze wskazuje na znakomitą, choć kompulsyjną aktywność w fazie poprzedzającej bieżące spowolnienie ruchowe. Częste pomyłki diagnostyczne można wyjaśniać stereotypowym uznawaniem dziwaczności czy magiczności zachowań anankastycznych za wskaźnik schizofrenii.

Ocena komunikacji i toku myślenia

Podobnie jak aktywność ruchowa, u chorych z ciężkim zespołem natręctw zaburzona bywa także komunikacja werbalna. Deficyty

w tym zakresie, specyfika (często bardzo dziwaczna) budowania zdań czy przewlekające się milczenie chorego, nie oznaczają wcale dyssymulacji, zahamowania toku myślenia czy też neologizmów słownych. Zaburzenia komunikacji wynikają tu jedynie z rytualnego pojmowania jej zasad, które chory na zespół natręctw narzuca sobie, a zarazem całemu otoczeniu [1, 2, 3, 4]. W trakcie milczenia przeżywa on bowiem wiele intensywnych i intruzyjnych myśli, co potwierdza aktywność czynności myślowych i *de facto* zaprzecza spowolnieniu toku myślenia czy opustoszeniu jego treści. Często zdarza się, że chory na zespół natręctw dokładnie i długo wyjaśnia prowadzącemu terapię, że przeżywa obsesje, ale z powodu przesadnie częstego i równie stereotypowego sprowadzania objawów anankastycznych do rytualnego mycia rąk, kontrolowania zamków czy zaworów bądź liczenia płytek chodnikowych, jakiegokolwiek bardziej rozbudowane czy magiczne w wyrazie rytuały są natychmiast oceniane jako urojenia i przypisywane rozpoznaniu schizofrenii. Pacjent chorujący na zespół natręctw najczęściej tak silnie uznaje autorytet lekarza, że nie potrafi przejawić bardziej aktywnego werbalnie protestu, czym nieświadomie prowokuje przedłużanie bezzasadnego leczenia w kierunku schizofrenii.

Istotną cechą różnicującą może być także zborność w zakresie toku myślenia. W schizofrenii dezorganizacja toku myślenia jest stosunkowo często niemal głównym objawem chorobowym. Chorzy na zespół natręctw (nawet w najcięższych jego formach) nie przejawiają dysocjacji procesów myślowych bądź ześlizgów tematycznych czy wielowątkowości, a wręcz przeciwnie – lekko, konsekwentnie i schematycznie przywierają do tematyki swoich symptomów. Nierzadko zdarza się, iż pacjenci cierpiący na schizofrenię narzucają swoje nadwartościowe czy urojeniowe idee otoczeniu, w przeciwieństwie do pacjentów z OCD, którzy praktycznie zawsze zachowują interpretacje wyjaśniające anankastyczne mechanizmy działania wyłącznie dla siebie. Nietrudno też dowieść

im (kiedy czują się właściwie rozumiani i bezpieczni), iż są w błędzie, co *ex definitione* wyklucza się w konfrontacji z objawami psychotycznymi. Jeśli tacy „wyedukowani” chorzy na OCD nawet powtarzają rytuał myślowy, to czynią to już wstydliwie, w poczuciu irracjonalności, zażenowania, co oznacza krytyczny osąd symptomów, choć niekoniecznie poprzez otwartą komunikację werbalną z terapeutą.

Ocena funkcji poznawczych i intelektu

O ile w przypadku schizofrenii, zwłaszcza w ostatnich latach, podkreśla się rangę dysfunkcji poznawczych (co jest w pewnym sensie nawiązaniem do kraepelinowskiego pojęcia *dementia praecox*), to w problematyce zespołu natręctw temat ten był i jest podejmowany bardzo rzadko. Nie oznacza to wcale, że nie ma on znaczenia, ponieważ większość chorych na OCD przejawia zaburzenia także i w tym zakresie. W badaniach testem sortowania kart Wisconsin, chorzy na schizofrenię wypadli znacząco gorzej od grupy pacjentów z OCD, w przeciwieństwie do wyników testu *Gambling Task*, gdzie istotnie więcej błędów popełnili pacjenci anankastyczni. Co ważne, w porównaniu z grupą kontrolną obie grupy chorych wykazały istotnie więcej omyłek, zarówno w wymienionych testach, jak i w trakcie badania testem wież Hanoi. Podejmując leczenie chorych na OCD, pamiętać należy, iż przesadnie często przejawiają oni (jawnie bądź skrycie) własne możliwości intelektualne, co zazwyczaj udziela się i prowadzącemu terapię. Zasadnicze uporządkowanie, bardzo przemyślane, zwarte wypowiedzi, szczególna siła osobowości, którą okazują i stosunkowo duży, bądź wyrafinowany zasób słownictwa (nie zawsze zresztą trafnie dobranego), czy pewna „elegancja” lub nienaganne zasady w obyciu z rozmówcą, bezwiednie prowokują nadinterpretację możliwości intelektu chorego. Jednak, jak wynika z obserwacji własnych autorów tej pracy, pacjenci cierpiący na OCD nie tylko nie osiągają wybitnych wyników w testach na inteligencję, lecz najczęściej

wypadają poniżej przeciętnej. Zjawisko przesadnego okazywania dobrych zasobów intelektualnych jest więc najpewniej tylko kolejnym z mechanizmów obronnych, utrudniających terapię i choremu krytyczną oceną rzeczywistej sytuacji. Stąd zapewne ciężko chorzy na OCD (szczególnie silnie ukazujący tzw. anankastyczną moc) uporczywie opierają się obiektywizacji ich możliwości intelektualnych czy poznawczych, różniąc się w tym zakresie od chorych na schizofrenię z urojeniami wielkościami, którzy na tyle głęboko dają wiarę fałszywym myślom, iż zupełnie bezkrytycznie i chaotycznie podejmują wszelkie proponowane zadania diagnostyczne.

PROBLEMATYKA WSPÓŁWYSTĘPOWANIA

Wymiar epidemiologiczny

Chociaż już w początkach XIX wieku opisano przypadki współwystępowania objawów anankastycznych i schizofrenii [14], to dopiero w 1926 r. badacze niemieccy dokonali pierwszej naukowej analizy tego zjawiska, wykazując, że u 1% chorych na schizofrenię występują także natręctwa [15]. Jakkolwiek obecne wyniki badań statystycznych nie zmieniły się w sensie jakościowym, to ilościowo różnice są znamienne: współwystępowanie natręctw w przebiegu schizofrenii oceniane jest w granicach 3,5–46% (przeciętnie ok. 15–25%) [5, 16, 17, 18]. Badania te nie tylko potwierdzają aktualność problemu, ale także – wobec 2–3% występowania OCD w populacji ludzi zdrowych [19] – podkreślają jego znaczenie, zachęcając do dalszych badań w zakresie określenia związków pomiędzy schizofrenią a zespołem natręctw.

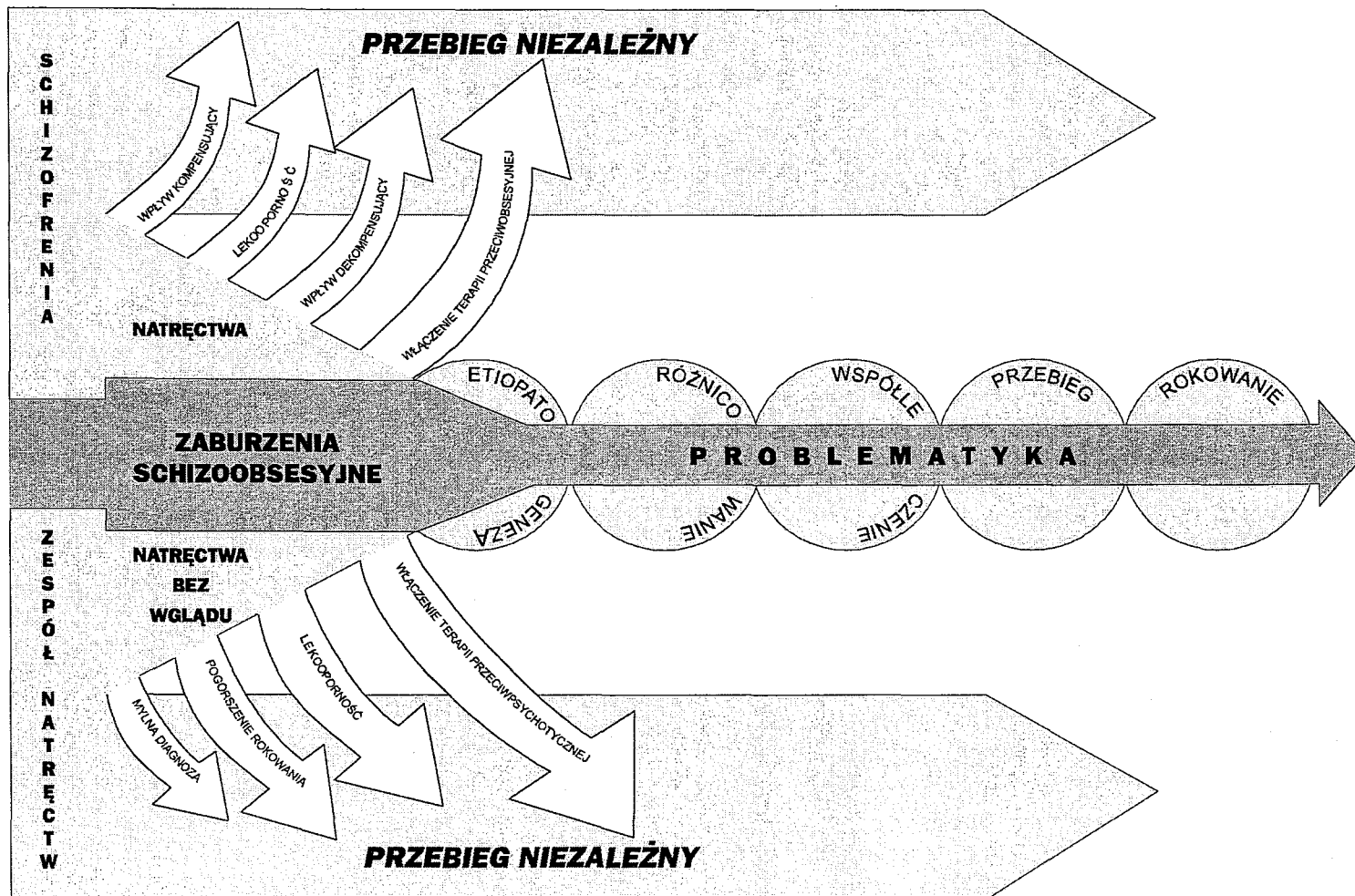
Poniższe schematy są propozycją ukazania związków pomiędzy schizofrenią a zespołem natręctw w rozmaitych wymiarach współwystępowania symptomów obu schorzeń, a także wzajemny ich wpływ. W dalszej części pracy podejmujemy próbę interpretacji tych związków i zależności.

Wymiar etiopatogenetyczny

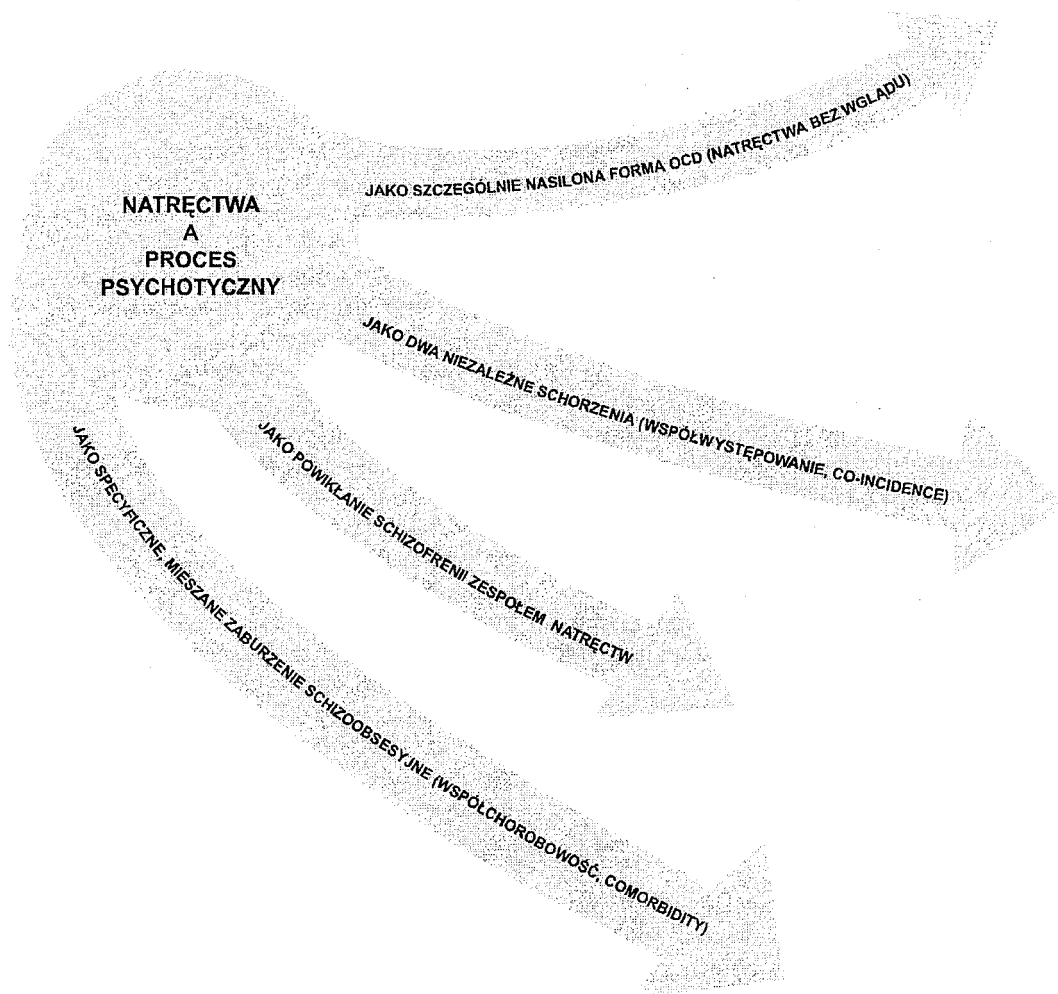
Uwarunkowania neurobiologiczne

Zarówno schizofrenia jak i zespół natręctw są chorobami o złożonej i nadal nie do końca wyjaśnionej etiopatogenezie. O ile w pierwszych badaniach dotyczących schizofrenii wiodącą rolę przypisywano układowi dopaminergicznemu, to w zespole natręctw – zaburzeniom w układzie serotonergicznym. Dziś proste koncepcje nie spełniają już swoich założeń, a wręcz przeciwnie, uznaje się, że w leczeniu obu schorzeń pomocne mogą być oddziaływania na różne układy neurotransmisji [20, 21]. Badania modelowe przeprowadzone na zwierzętach, u których eksperymentalnie wywołano wzrost wydzielania dopaminy (zbliżony do tego, która ma miejsce w patobiologii schizofrenii), wtórnie prowokowały zaburzenia w sekrecji serotoniny, charakterystyczne dla chorych na OCD [22, 23]. Badania te sugerują, iż w początkowej fazie rozwoju schizofrenii zaburzone są oba systemy, co w dalszym przebiegu psychozy może przejawiać się wystąpieniem natręctw. Czy są to te same symptomy anankastyczne, które stanowią o istocie zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych? Poszukując odpowiedzi na to pytanie, Berman i wsp. przeprowadzili badanie chorych cierpiących na „zaburzenia schizoobsesyjne”, gdzie błędy w zakresie perseweracji i upośledzenie pamięci wzrokowej okazały się charakterystyczne dla pacjentów cierpiących na klasyczne formy zespołu natręctw. Badania te mają znaczenie diagnostyczne i etiopatogenetyczne i mogą – z dużą ostrożnością – sugerować współwystępowanie (*co-occurrence*) a nie współchorobowość (*co-morbidity*) symptomów schizofrenii i OCD.

Zarówno w schizofrenii, jak i w zespole natręctw potwierdzono dysfunkcje w przedczołowych połączeniach korowych z ośrodkami podwzgórza. Jednak deficyty poznawcze mierzone na poziomie klinicznym są już odmienne, jak w cytowanych powyżej badaniach neurokognitywnych. Przypadkiem, znaczenie współwystąpienia OCD w przebiegu



Rysunek 1. Problematyka wzajemnych oddziaływań zespołu natręctw i schizofrenii



Rysunek 2. Propozycje form współistnienia natręctw i objawów psychotycznych

schizofrenii podkreśliły również nowoczesne sposoby leczenia schizofrenii. Poprzez pobudzenie postsynaptycznego receptora 5HT₂, zlokalizowanego na neuronach dopaminergicznych, serotonina może obniżyć poziom dopaminy w śródmózgowiu. Tak właśnie działają (pośród innych mechanizmów regulacji neurotransmisji) atypowe leki przeciwpsychotyczne. O ile ich skuteczność w leczeniu schizofrenii nie poddaje się wątpliwości, to możliwość prowokacji symptomów zespołu natręctw staje się coraz większym problemem – co dotyczy przede wszystkim terapii

klozapiną [6, 24]. Owo kliniczne powikłanie w leczeniu objawów schizofrenicznych, znajduje swoje wytłumaczenie w neurobiologii ośrodkowego układu nerwowego. To właśnie klozapina wykazuje najsilniejsze powinowactwo do blokowania receptorów 5HT₂/D₂ i specyficznie uwrażliwia receptory 5HT_{2C}, których szczególna koncentracja ma miejsce w jądrach podkorowych, od lat uznawanych za zasadnicze dla biologicznych uwarunkowań patomechanizmu OCD [25]. Zjawisko to poprawnie tłumaczy problem powikłania objawami anankastycznymi terapii schizofrenii

lekami nowej generacji (w odróżnieniu od neuroleptyków klasycznych), jednak – niestety, w zupełnej sprzeczności – nie wyjaśnia licznych doniesień i obserwacji klinicznych wykazujących, iż to właśnie zastosowanie atypowych leków przeciwpsychotycznych bywa pomocne w leczeniu ciężkich postaci zaburzeń anankastycznych, zwłaszcza tych, w których natręctwa pozostają bez krytycznego wglądu [26, 27, 28].

Uwarunkowanie psychodynamiczne

W rozumieniu współchorobowości natręctw i schizofrenii, zastosowanie może należeć dynamiczna koncepcja roli symptomów OCD w przebiegu schizofrenii, odmienna od biologicznej, która mimo jednoznacznej wymowy, wciąż pozostaje przesadnie „mechaniczna”. O ile łatwiej tu o przesadną interpretację zjawiska, to jednak z zyskiem w postaci szerszego, humanistycznego zrozumieniu cierpienia chorego człowieka.

Podstawowe pytanie nawiązujące do rozważań z pierwszej części tej pracy brzmi: jeśli symptomy anankastyczne są tak bardzo odmienne od objawów schizofrenii, to dlaczego tak często przenikają czy poprzedzają proces psychotyczny? Pytanie to skłonić może do rozmaitych odpowiedzi, jednak prowokuje też następne: czy zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne są formą obrony przed postępującym procesem rozwoju schizofrenii? Przy takim ujmowaniu symptomów OCD uznać należy, iż mają one rolę porządkującą, integrującą i kompensującą – chory walczy z objawami psychozy, biernością czy negatywizmem poprzez aktywność kompulsyjną, automatyczną (co jest istotnie „zdrowsze” niż całkowite poddanie się chaosowi wynikającemu z destrukcyjnej roli psychozy). Ważny wydaje się także zachodzący tu proces zmiany w jakości myślenia: z „obcych”, niezgodnych z *ego* urojeń, na „swoje”, bardziej przyziemne, czyli realne (choć nadal niepożądane czy bezkrytycznie oceniane) obsesje. W ten właśnie sposób, wewnętrzne „ja” chorego sprawniej panuje nad sferą popędową, chociażby poprzez uruchomienie karzących me-

chanizmów *superego*, które odgrywają główną rolę w dynamicznym tłumaczeniu powstawania natręctw.

Czy zatem można uznać, że obsesje czy kompulsje stanowią nieświadomą walkę pacjenta z postępującą dezintegracją osobowości, poprzez ustanawianie pewnych ram czy granic w zakresie aktywności psychoruchowej? W przypadku zaburzeń anankastycznych, mimo sztywności i powtarzalności, są one jednak uznawane za własne, zatem bezpieczniejsze niż pustka lub alienacyjny chaos procesu psychotycznego. Koncepcja ta wymaga oczywiście dalszych badań, jednak roboczo może tłumaczyć zjawisko nakładania się objawów anankastycznych na objawy schizofreniczne, bądź też wyjaśnia dlaczego objawy zespołu natręctw mogą poprzedzać późniejszą, pełnoobjawową schizofrenię. Opisana tu hipoteza nie jest nowa. W nieco innej wersji wskazywano ją już w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych ubiegłego stulecia [18].

W nawiązaniu do biologicznych konotacji pomiędzy schizofrenią a OCD, klozapina, lek niosący największe ryzyko prowokacji objawów anankastycznych w terapii schizofrenii, jest właśnie neuroleptykiem o bodaj najskuteczniejszym (jeśli tolerowanym) efekcie antypsychotycznym czy „przeciwpsychotycznym”. Rozumując w sposób dynamiczny, zdrowie, zyskane bądź zyskiwane w trakcie terapii tym lekiem, generuje zatem inne, łatwiejsze do akceptacji, osobnicze mechanizmy obronne (m.in. natręctwa), które umacniać mogą remisję psychozy, czyli integrować poddane dysocjacji ego.

Koncepcje ochrony przeciwpsychotycznej przez obsesje i kompulsje w pewnym sensie tłumaczą współwystępowanie obu schorzeń, tym bardziej, że są to zaburzenia, które nie tylko nie mogą być uważane za kontinuum, lecz wręcz przeciwnie – stanowią przeżycia *ex definitione* przeciwstawne sobie.

Wymiar przebiegu i rokowania

Trudno jednoznacznie określić etiopatogenezę i znaczenie symptomów anankastycznych w przebiegu schizofrenii. Istotne było-

by zatem wykazanie, czy i jak natręctwa wpływają na jakość życia chorych na schizofrenię. Także i w tym punkcie badacze zajmują bardzo różne stanowiska. W latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych XX wieku podkreślano możliwości protekcyjne czy kompensujące symptomom anankastycznych, przez co rokowanie dla tej grupy chorych na schizofrenię miało być korzystniejsze. W opozycji do tych doniesień pozostają badania z lat dziewięćdziesiątych zeszłego stulecia, gdzie współwystąpienie natręctw stanowiło o gorszym przebiegu schizofrenii. Chorzy ci byli dłużej hospitalizowani i bardziej wyizolowani w zakresie życia psychospołecznego chorzy na schizofrenię bez powikłań anankastycznych [29]. Wyniki tych ostatnich badań wydają się zgodne z obserwacjami autorów tej pracy. Chorzy na schizofrenię zdradzający objawy anankastyczne są szczególnie trudną terapeutycznie i lekooporną grupą pacjentów. Przejawiają oni istotne trudności w zakresie komunikacji werbalnej, szczególnie silnie unikają kontaktów interpersonalnych, są bardzo ubodzy w możliwości abstrahowania, przez co niełatwo edukować ich w zakresie symptomatologii natręctw. Trudno też – wobec rytuałów i sztywności procesów poznawczych – o skłonienie ich do rehabilitacji, nawet po ustąpieniu objawów paranoidalnych. Łatwo za to o niezrozumienie wobec ich kompulsyjnej aktywności, często prostej, monotonnej, a nawet prymitywnej (np. poruszanie się po korytarzu oddziału odmierzoną ilość razy, bądź uporczywe stanie przy łóżku). Pytani o formę, bardzo często odpowiadają zawsze tak samo: „Jest dobrze”, „A dziękuję, jest coraz lepiej”, czy „Jak ja się czuję? Czuję się dobrze” – co ciekawe, cytaty pochodzą od 4 różnych chorych i kontrastują do ich obiektywnie złego stanu psychofizycznego.

Wydaje się, że pacjenci zdradzający zaburzenia schizo-obsesyjne są szczególnie silnie narażeni na objawy negatywne – najbardziej inwalidyzujące symptomy schizofrenii. Kliniczne obserwacje autorów tej pracy potwierdza badanie Fabischa – spośród 42 cho-

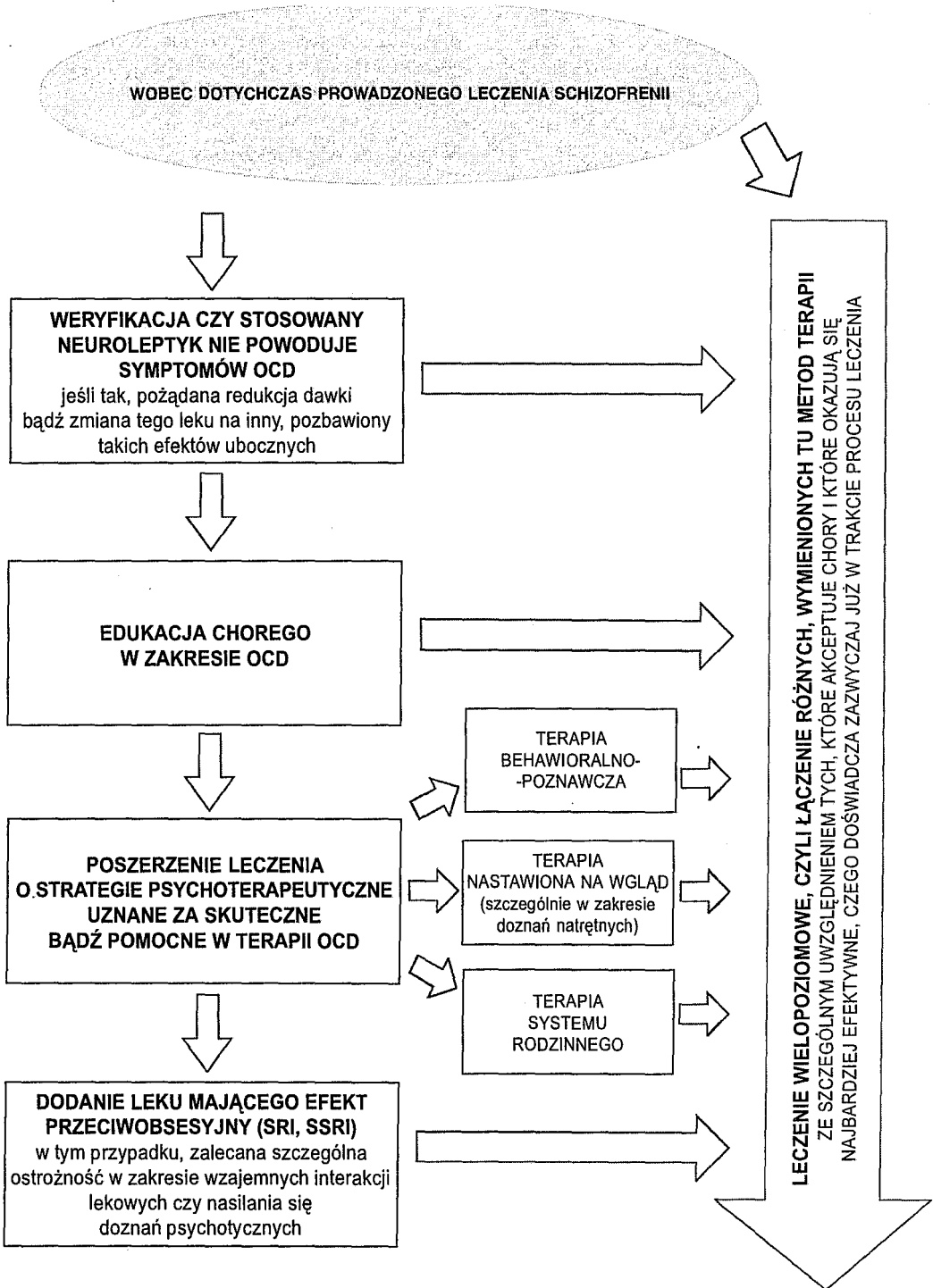
rych na schizofrenię 19% przeżywało także natręctwa i to u tych właśnie pacjentów szczególnie silnie widoczne były cechy deficytowe [29].

Wymiar terapeutyczny

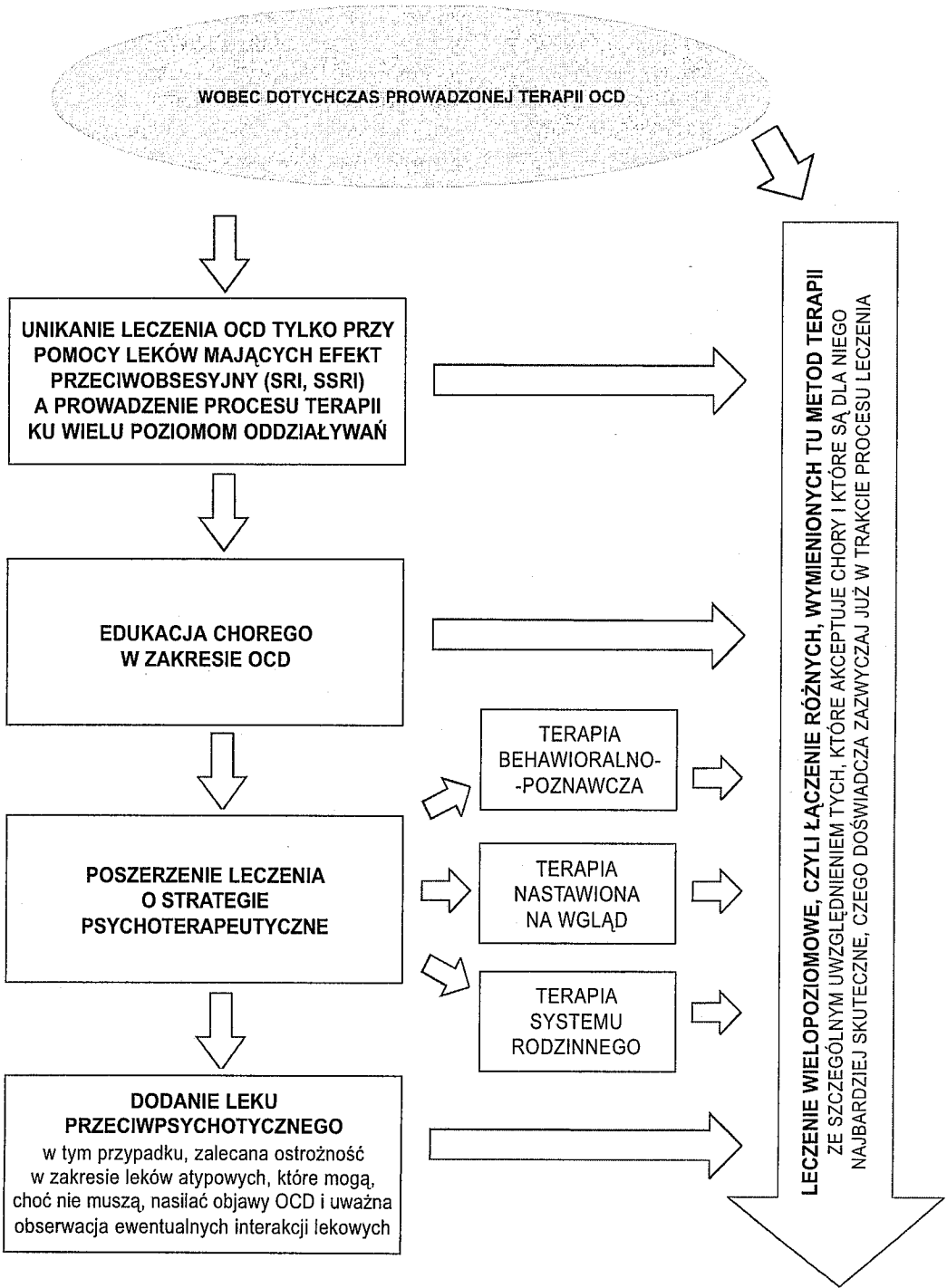
Niezależnie od tego, czy natręctwa są biologicznym powikłaniem przebiegu schizofrenii, czy też stanowią intrapsychiczny mechanizm obronny, są przede wszystkim przejawem patologii. Dlatego, nawet jeśli rzeczywiście są specyficznym mechanizmem ochronnym, to jednak nadal na poziomie chorobowym, czyli zasadniczo destrukcyjnym.

Zgodnie z przytoczonymi danymi statystycznymi i obserwacjami klinicznymi, współwystępowanie objawów schizofrenii i zespołu natręctw nie tylko ma miejsce, ale sprawia istotne trudności w zakresie leczenia. Obraz mieszany praktycznie uniemożliwia tak bardzo pożądaną monoterapię farmakologiczną, jednak wydaje się, że najgorszym błędem jest tu błąd zaniechania leczenia symptomów anankastycznych. Dla samego chorego istotny jest przecież poziom cierpienia, a nie klasyfikowanie symptomatologii zgodnie z definicjami poszczególnych zaburzeń psychicznych. Terapeuci często uznają zyskanie remisji objawów psychotycznych za ostateczny wynik leczenia, co zupełnie mija się z odczuciami chorego, który nie doznając już objawów paranoidalnych nadal cierpi na przetrwał objawy zespołu natręctw. Potęgują one stereotypowość zachowań, upośledzają swobodne funkcjonowanie i powodują lęk, nasilając tym samym problem „etykietyzacji” i ograniczając szansę powrotu do oczekiwanej aktywności psychospołecznej. Obraz chorobowy zmierza w kierunku negatywnym, a chory gubi się w pojęciu „remisji”, albowiem nadal czuje się źle. Nieporozumienia w kontakcie z lekarzem narastają, co sprawia, że kontynuowanie terapii staje się problematyczne.

Opisane próby leczenia natręctw współwystępujących w przebiegu schizofrenii mają najczęściej charakter incydentalny bądź obejmują niewielkie grupy pacjentów. Pośród



Rysunek 3. Propozycje terapii natręctw w przebiegu schizofrenii



Rysunek 4. Propozycje terapii chorych na ciężkie formy anankastyczne, tzw. natręctwa bez wglądu

psychiatrów panuje pogląd, iż włączenie do terapii leku mającego efekt „przeciwobsesyjny” (i *de facto* przeciwdepresyjny) niesie za sobą ryzyko zaostrzenia symptomów psychotycznych. Stąd właśnie uznaje się, że włączenie leku z grupy SRI do terapii natręctw w przebiegu schizofrenii powinno mieć miejsce tylko u chorych będących w remisji objawów psychotycznych, przyjmujących ustabilizowane dawki neuroleptyku pod warunkiem uważnej obserwacji możliwych interakcji lekowych [30]. Piśmiennictwo najobszerniej bodaj opisuje wpływ klomipraminy na symptomy OCD w przebiegu schizofrenii leczonej klasycznymi neuroleptykami. Dodanie 250–300 mg tego leku korzystnie (w sposób umiarkowany bądź istotny) redukowało natrętne doznania, a zarazem – co ciekawe – sprzyjało poprawie innych objawów podstawowej choroby. Tylko w jednym przypadku stan chorego pogorszył się [31, 32]. W przypadku odstawienia klomipraminy, objawy OCD nawracały [30].

Mechanizm wyjaśniający prawdopodobną prowokację symptomów OCD podczas leczenia schizofrenii neuroleptykami atypowymi został już opisany w części dotyczącej etiopatogenezy. Podkreślić należy, iż możliwość sprowokowania natręctw w trakcie terapii schizofrenii neuroleptykami atypowymi jest niewielka i wynosi mniej niż 1% leczonych przypadków [33]. Jeśli takie powikłanie wystąpi, może mieć charakter przejściowy i ustąpić samoistnie bądź po redukcji dawki zleconego neuroleptyku [34]. Jak dotąd nie ma w tym zakresie jednoznacznie przekonujących, obszernych i zasadnych metodologicznie badań. Poniższe schematy (rys. 3 i 4) stanowią propozycje terapii natręctw w przebiegu schizofrenii i w przebiegu OCD o szczególnie ciężkim nasileniu, gdzie dominują natręctwa bez wglądu, mające nasilenie niemal urojeniowe.

Mamy świadomość jak trudne jest leczenie obu samodzielnie występujących schorzeń, stąd właśnie, przytoczone wyżej schematy są tylko propozycjami sygnalizującymi

potrzebę rozbudowania oddziaływań terapeutycznych w przypadkach współwystępowania objawów schizofrenii i zespołu natręctw. Nie sposób tu o odniesienia do standardów polskiej czy światowej terapii, ponieważ dostępne piśmiennictwo nie ukazuje jednoznacznie przekonujących propozycji. Stąd też, naszkicowane tu sposoby postępowania wobec natręctw w przebiegu schizofrenii, czy natręctw bez wglądu w przebiegu OCD, mają raczej jedynie zobrazować znaczenie i komplikację problemu, zachęcając do dyskusji i przemyśleń.

PODSUMOWANIE

Współwystępowanie zespołu natręctw i schizofrenii wydaje się mieć wiele wymiarów i zapewne nie wszystkie z nich zostały ogarnięte w tej pracy. Mamy nadzieję, że ten temat, stosunkowo rzadko podejmowany w piśmiennictwie, rozwiną także inni. Nie ulega wątpliwości, że zarówno chorzy na schizofrenię powikłaną objawami anankastycznymi, jak i ci, którzy cierpią na szczególnie ciężkie formy OCD, są nie tylko wyzwaniem dla terapeutów, ale przede wszystkim przeżywają niezwykle intensywne, nieremitujące doznania chorobowe, wobec których leki okazują się nieskuteczne, co z rozmaitych powodów (po części z braku wiedzy bądź niemożności zrozumienia chorego) sprzyja wnioskowi o ich przewlekłości lub nieuleczalności. Właściwym celem naszej pracy jest zatem chęć bliższej analizy owych „trudnych przypadków”. Sama próba zrozumienia mechanizmów psychopatologicznych niekoniecznie oznaczać musi sukces terapeutyczny, jednak pochylenie się nad chorym sprzyja zapewnieniu mu lepszego oparcia i może stanowić o nadziei w dalszych etapach procesu leczenia. Dlatego problematyka współwystępowania natręctw i schizofrenii powinna raczej zachęcać leczących do mobilizacji niż do przyjęcia biernej postawy usprawiedliwanej przez stereotyp beznadziejnego rokowania.

PIŚMIENNICTWO

1. Hand I. Terapia behawioralna chorych z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi i ich bliskich. *Post Psychiatr Neurol* 1996; 5: 115–39.
2. 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.
3. 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.
4. Żerdziński M. Anancastic power or mediocrity in health: dilemmas of patients with obsessive-compulsive disorder in the process of treatment. Case report. *Arch Psychiatry and Psychotherapy* 2003; 5: 21–8.
5. Berman I, Kalinowski A, Berman SM, i wsp. Obsessive and compulsive symptoms in chronic schizophrenia. *Compr Psychiatry* 1995; 36 (1): 6–10.
6. Tibbo Ph. Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: epidemiologic and biologic overlap. *J Psychiatry Neurosci* 1999; 24 (1): 15–24.
7. Wciórka J. Schizofrenia. W: Bilikiewicz A, red. *Psychiatria kliniczna*. Wrocław: Urban & Partner; 2002: 262–3.
8. Namysłowska I. Etiopatogeneza zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. Czynniki psychospołeczne. *Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. Kompendium wiedzy o schorzeniu* 2002; 2/1: 7–14.
9. Alloy L, Kelly K, Mineka S. Comorbidity in anxiety and depressive disorders: a helplessness/hopelessness perspective. *Comorbidity of Anxiety and Mood Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1990: 499–533.
10. Angst J. Comorbidity of anxiety, phobia, compulsion and depression. *Int Clin Psychopharmacol* 1993; 8S: 21–5.
11. Hantouche EG, Kochman F, Demonfaucon C. Bipolar obsessive-compulsive disorder: confirmation of results of the „ABC-OCD” survey in 2 populations of an associations. *Encephale* 2002; 28 (1): 21–8.
12. Hollander E, i wsp. Uncomplicated and comorbidity obsessive-compulsive disorder in an epidemiological sample. *Depress Anxiety* 1996; 7 (4): 111–9.
13. Kruger S, Brauning P, Cooke RG. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder in recovered inpatients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2000; 2 (1): 71–4.
14. Berrios GE. Obsessive-compulsive disorder: its conceptual history in France during the 19th century. *Compr Psychiatry* 1989; 30: 283–95.
15. Jahrrheis W. Obsessions during schizophrenia. *Arch Psych Nervenkr* 1926; 77: 740–88.
16. Fenton WS, McGlashan TH. The prognostic significance of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 437–41.
17. Porto L, i wsp. A profile of obsessive compulsive symptoms in schizophrenia. *Schizophr Res* 1997; 24: 20.
18. Rosen I. The clinical significance of obsessions in schizophrenia. *J Ment Sci* 1957; 103: 773–85.
19. Weissman MM, Bland RC, Canino GL. The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1994; 55: 5–10.
20. Goodman WK, McDougle CJ, Price LH. The role of serotonin and dopamine in the pathophysiology of obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 1992; 7 (supl 1): 35–8.
21. Kapur S, Remington G. Serotonin-dopamine interaction and its relevance to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 446–76.
22. Breese GR, Baumeister AA, McCown TJ, i wsp. Behavioral differences between neonatal and adult 6-hydroxydopamine-treated rats to dopamine agonists: relevance to neurological symptoms in clinical syndromes with reduced brain dopamine. *J Pharmacol Exp Ther* 1984; 231 (2): 343–54.
23. Jackson D, Bruno JP, Stachowiak MK, Zigmond MJ. Inhibition of striatal acetylcholine release by serotonin and dopamine after the intracerebral administration of 6-hydroxydopamine to neonatal rats. *Brain Res* 1998; 457 (2): 267–73.
24. Eales MJ, Layeni AO. Exacerbation of obsessive-compulsive symptoms associated with clozapine. *Br J Psychiatry* 1994; 164: 687–8.
25. Barr L, Goodman W, Price L. The serotonin hypothesis of OCD: implications of pharmacologic challenge studies. *J Clin Psychiatry* 1992; 53: 17–28.
26. McDougle CJ, Fleischmann RL, Epperson CN. Risperidone addition in fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder: three cases. *J Clin Psychiatry* 1995; 56: 526–8.

27. Potenza MN, Wasyluk S, Longhurst JG. Olanzapine augmentation of fluoxetine in the treatment of refractory obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol* 1998; 18: 423–4.
28. Stein DJ, Bouwer C, Hawkrigde S. Risperidone augmentation of serotonine reuptake inhibitors in obsessive-compulsive and related disorders. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 119–22.
29. Fabisch K, Fabisch H, Langs G, Viesemann G, Zapotoczky HG. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *Schizophr Res* 1997; 24: 17.
30. Sasson Y, Bermanzohn PC, Zohar JA. Treatment of obsessive-compulsive syndromes in schizophrenia. *CNS Spectrums* 1997; 2: 34–6, 45.
31. Berman I, i wsp. Treatment of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenic patients with clomipramine. *J Clin Psychopharmacol* 1995; 15: 206–10.
32. Zohar J, Kaplan Z, Benjamin J. Clomipramine treatment of obsessive-compulsive symptomatology in schizophrenic patients. *J Clin Psychiatry* 1994; 54: 385–8.
33. Ghaemi, i wsp. Is there a relationship between clozapine and obsessive-compulsive disorder? A retrospective chart review. *Compr Psychiatry* 1995; 36: 267–70.
34. Patil VJ. Development of transient obsessive-compulsive symptoms during treatment with clozapine. (Letter). *Am J Psychiatry* 1992; 149: 272.

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