



Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne – pytanie o genezę

Obsessive-compulsive disorder – the problem of origin

MARTA PRZYBYŁO-PARTYKA¹, MAŁGORZATA KALINOWSKA²,
MAŁGORZATA LESZCZYK-BARANOWSKA¹

Z: 1. I Oddziału Psychiatrycznego Szpitala – Centrum Psychiatrii SPZOZ w Katowicach
2. Oddziału Depresji i Zaburzeń Lękowych Szpitala – Centrum Psychiatrii SPZOZ w Katowicach

STRESZCZENIE

Cel. Podjęto próbę określenia przyczyny zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych.

Przypadek. Pacjent z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi, prawdopodobnie na podłożu organicznym.

Komentarz. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne mogą mieć podłoże organiczne, a ich obraz psychopatologiczny może pozostawać w ścisłym związku z traumatycznymi doświadczeniami z wcześniejszych okresów życia.

SUMMARY

Objective. An attempt was made to establish the cause of obsessive-compulsive disorder.

Case. A patient with obsessive-compulsive disorder, probably of an organic origin.

Commentary. Obsessive-compulsive disorders may originate from organic lesions, and their psychopathological picture may be closely related to traumatic experiences from earlier stages of the patient's life.

Słowa kluczowe: zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne / diagnostyka

Key words: obsessive-compulsive disorders / diagnostics

Zespół natręctw, zwany też zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym (OCD), charakteryzuje się nawracającymi, uporczywymi myślami natrętnymi, czyli obsesjami lub czynnościami przymusowymi, czyli kompulsjami. Obecnie uważa się, że rozpowszechnienie OCD dotyczy ok. 2,5% populacji, nieco częściej kobiet. Jest jedną z częstszych przyczyn zgłaszania się pacjentów do gabinetów psychiatrycznych, zajmuje bowiem czwarte miejsce pod względem częstości występowania zaburzeń psychicznych po zespołach depresyjnych, zespole uzależnienia od alkoholu i zaburzeniach lękowych [1]. Tradycyjnie zaburzenia OCD zaliczano do zaburzeń nerwicowych wg klasyfikacji ICD-10 [2] i do zaburzeń lękowych wg klasyfikacji DSM-IV [1]. Natomiast w badaniach z ostatnich lat coraz częściej stwierdza się organiczne podłoże tych zaburzeń, a więc strukturalne i czynnościowe zmiany określonych rejonów mózgu, szczególnie płatów czołowych, przedniej części zakrętu obręczy, jąder podkorowych: ogoniastego, soczewkowatego, gałki bladej, istoty czarnej, jądra grzbietowego szwu, struktur układu limbicznego oraz połączeń między tymi strukturami [1]. Rozważając przyczyny powstawania OCD pozwoliłam sobie opisać przypadek pacjentki, u której zaburzenia psychiczne powstały prawdopodobnie na podłożu organicznym, natomiast ich obraz psychopatologiczny wydaje się pozostawać w ścisłym związku z traumatycznymi doświadczeniami z wcześniejszych okresów życia.

OPIS PRZYPADKU

Pacjentka lat 43, wykształcenie zawodowe, mężatka, matka dwóch dorosłych, uczących się synów, skierowana do szpitala z PZP z rozpoznaniem zaburzeń depresyjno-lękowych. Początek objawów pacjentka datuje na ok. 1986 r. (miała wówczas 26 lat, była na urlopie wychowawczym po urodzeniu drugiego dziecka) i wiąże z konfliktową sytuacją z dwoma rodzinami z sąsiedztwa. Sąsiadka wygrażała pacjentce publicznie, że zabije jej 6-letniego syna, ponieważ ten „szkodzi” jej dzieciom – wówczas pojawiły się pierwsze objawy lęku przed sąsiadami, poczucie wstydu, ukrywanie się przed nimi. W 1991 r. rozpoczęła pracę zgodnie z wyuczonym zawodem w zakładach odzieżowych, po roku została zwolniona z powodu likwidacji zakładu. W kolejnym zakładzie pracy po początkowym dobrym okresie zaczęła odczuwać lęk – bała się głównie o wyniki swojej pracy.

Pracowała w obecności innych kobiet na dużej hali. Nie chciała, żeby inne osoby obserwowały ją w trakcie wykonywanych czynności, bała się ich oceny. Praca odbywała się w systemie akordowym, pacjentka bardzo starała się wykonywać ją sprawnie, aby otrzymać dodatkową pracę, ale inni zawsze ją ubiegali, lęk narastał, a ona coraz gorzej czuła się wśród ludzi. Przestała np. korzystać ze stołówki pracowniczej, ponieważ, cytując: „tak trzęsłam się ze strachu, że nie potrafiłam utrzymać

kubka”. Pojawiła się wówczas natrętna potrzeba kontrolowania wykonanej pracy, wielokrotnie prosiła osoby nadzorujące o sprawdzenie, chociaż wiedziała, że zrobiła to dobrze, narażając się w ten sposób na niechęć i zniecierpliwienie ze strony tych osób. Następnie zaczęły występować okresowe stany „wyłączenia się”, zamyślenia, miała wrażenie, że nie docierają do niej bodźce z otoczenia. Pojawiły się zaburzenia koncentracji uwagi, w związku z czym często myliła się, co potęgowało jej lęk. W domu, bała się otwierać drzwi, kiedy ktoś dzwonił; pojawiła się nadwrażliwość na dźwięki, hałas – „aż do bólu”, lokalizowanego w jamie brzusznej.

Od ok. 1997 r. zaczęły występować natrętne czynności, które stały się przyczyną trwającego do chwili obecnej ogromnego poczucia dyskomfortu i początkiem inwalidyzacji pacjentki. Pacjentka, jak sama to określa z poczuciem wstydu, zaczęła „dziwnie patrzeć na ludzi”, jakby „molestowała ich seksualnie”. Początkowo dotyczyło to osób, przy których czuła się bezpiecznie, następnie wszystkich, z którymi kontaktowała się, a więc osób w pracy, w sklepie, w tramwaju, na ulicy, w poczekalni u lekarza itp. Odczuwała przymus patrzenia ludziom, niezależnie od płci, w okolicę genitaliów, co wywoływało u niej stan znacznego podniecenia seksualnego, aż do rozładowania napięcia. Nie była w stanie tego ukryć, więc zauważali to, reagując lekceważąco, obraźliwie, złośliwie, nakazując się jej leczyć. Nie potrafiła zapanować nad tymi spojrzeniami pomimo wyraźnego upokorzenia, jakiego doznawała za każdym razem. Przymusowe spojrzenia dotyczyły również członków najbliższej rodziny, a więc męża, który również traktował ją lekceważąco, oraz synów, którzy w takich momentach reagowali uwagami typu „mamo, nie patrz tak” lub wychodzili. Pojawił się również objaw, który jest dla pacjentki najbardziej wstydlivy i budzący wstręt do samej siebie, mianowicie na widok odchodów ludzkich czy zwierzęcych odczuwa potrzebę zjedzenia ich.

Od 1998 r. pacjentka zaczęła leczyć się w PZP. Przyjmowała różne leki, których nazw nie pamięta, ponieważ nie przynosiły efektu, ale najlepiej czuła się stosując kłomipraminę. Dwa razy próbowała odstawić leki, ale następowało nasilenie objawów. W okresie przed leczeniem i w trakcie odstawiania leków natrętne myśli i czynności zajmowały pacjentce prawie 100% czasu w ciągu dnia, przestawała normalnie funkcjonować, nie potrafiła wykonywać codziennych obowiązków, była przygnębiona, bez chęci do życia, z poczuciem bardzo niskiej samooceny, pojawiły się myśli samobójcze bez tendencji do ich realizacji. Powodowało to również izolację społeczną pacjentki. Została zwolniona z pracy z komentarzem, że powinna się leczyć. Z powodu powyższych zaburzeń od 2002 r. jest na rencie inwalidzkiej.

Dla obrazu psychopatologicznego istotne znaczenie wydają się mieć przeżycia z okresu dzieciństwa i młodości. Pacjentka pochodzi z wielodzietnej rodziny o niskim statusie materialnym, ze środowiska wiejskiego. Jest trzecim z kolei dzieckiem spośród sześciorga rodzeństwa. Wspomina, że kiedy miała 11 lat, jej starszy o 2 lata brat

obnażał się przed nią i zmuszał do przyglądania mu się, co powodowało u niej ogromny lęk. Robił tak zawsze pod nieobecność rodziców. Pacjentka nikomu o tym nie mówiła, ale zaczęła być przygnębiona, miała kłopoty w nauce. Sytuacje takie miały miejsce przez okres 4 lat, do 15 roku życia pacjentki, kiedy to, po skończeniu szkoły podstawowej, przeniosła się do pobliskiego miasta, gdzie podjęła naukę w szkole zawodowej. Do domu rodzinnego nigdy już na stałe nie wróciła. Wspomina również, że jako mała dziewczynka była dotykana w intymne miejsca przez obcego mężczyznę. Nie jest także wykluczone, że jakaś forma nadużycia seksualnego spotkała ją również ze strony ojca (pacjentka mówi o tym niejasno). Podaje natomiast, że kiedy była już dorosła i przyjeżdżała do domu w odwiedzinach, ojciec też „tak dziwnie” na nią patrzył. Ojciec pod koniec życia przez wiele lat poważnie chorował, miał wypadek, po którym nie wrócił do normalnej aktywności. Zmarł z powodu choroby nowotworowej w 1986 r. i od tego czasu u pacjentki rozpoczęły się objawy lękowe. Wspomniany wcześniej brat zginął w tragicznych okolicznościach. Fakt ten wywoływał u pacjentki poczucie winy. Żywiła do niego dużo negatywnych uczuć i nigdy nie wybaczyła mu tego co zrobił.

W wieku 19 lat pacjentka wyszła za mąż. Od początku znajomości mąż nie okazywał pacjentce zrozumienia, kilka razy dopuścił się rękoczynów. W ciągu ostatnich kilku lat także współżycie seksualne nie układa się dobrze, pacjentka czuje się do niego zmuszana, a mąż przejawia skłonności sadystyczne.

Pacjentka została przyjęta na Oddział Depresji i Zaburzeń Lękowych w styczniu 2003 r. do terapii grupowej. W trakcie pierwszego badania nawiązała logiczny, spontaniczny kontakt unikając jednak kontaktu wzrokowego, przejawiała obniżenie nastroju i napędu, chwiejność emocjonalną, wycofanie, lęk, o którym jednak więcej mówiła niż faktycznie go zdradzała. Również w trakcie tego pierwszego spotkania opowiedziała o wszystkich swoich objawach, także tych najbardziej wstydlivych mówiąc, że jestem pierwszą osobą, której to mówi (co później nie okazało się prawdą). Opowiedziała również o swoich przeżyciach z dzieciństwa. Twierdziła, że jest zmotywowana do terapii. Jednak już po kilku pierwszych dniach pobytu na oddziale zgłaszała silny niepokój związany z tym, że nie będzie w stanie z powodu wstydu ujawnić w obecności grupy swoich objawów oraz wielu faktów ze swojego życia. Wyraziła duże wątpliwości, czy w związku z tym będzie mogła kontynuować terapię grupową. Zdecydowała się jednak pozostać na oddziale. Przez następne dni nadal w poczuciu lęku, skupiona na objawach, kładąca nacisk na swój dyskomfort z powodu przeżywanych doznań, czyli natrętnego podniecania się, manifestująca niezadowolenie, że objawy te nie mijają. Jednocześnie podkreślała ich wyjątkowość, dewalując problemy innych. Natrętne spojrzenia występowały nadal szczególnie na sali wobec współpacjentek oraz w miejscach poza oddziałem, np. w kaplicy, jak również rzadziej w trakcie trwania sesji

grupowych, co znacznie utrudniało pacjentce korzystanie z terapii (jak zaobserwowałam, pacjentka próbowała radzić sobie z tym w ten sposób, że starała się nie patrzeć na uczestników grupy, a wzrok kierowała na podłogę lub zamykała oczy). Miała ogromne trudności w nawiązywaniu kontaktów z pozostałymi pacjentami, nie potrafiła mówić o sobie, bardzo bała się oceny, jej wypowiedzi były krótkie i ubogie. Nie panowała również nad emocjami, często kierowała złość do innych pacjentów i osoby terapeuty na zasadzie nietrzymania afektu, bez wglądu. Podkreślała, że znacznie lepiej czuje się w kontakcie indywidualnym.

W wykonanych w trakcie hospitalizacji badaniach dodatkowych stwierdzono: w badaniu TK głowy: zwapnienia w rzucie jąder podkorowych. W badaniu psychologicznym testami triady organicznej: w teście Bender wynik z pogranicza normy i patologii, w teście Bentona wynik sugerujący zmiany w o.u.n. – mogące dawać deficyty sfery emocjonalnej; w badaniu metodą Rorschacha obniżony poziom intelektualny zakłócany przez wpływ nierównowagi emocjonalnej. Funkcjonowanie emocjonalne charakteryzuje silne rozchwianie, dominuje emocjonalność pierwotna, stymulowana przez aktywność ośrodków podkorowych. Kontrola intelektualna emocji jest znacznie obniżona, natomiast nieświadoma kontrola emocji za pomocą lęku jest nieadekwatna. Myślenie i działanie może być ze względu na to zaburzone w momentach dużego spiętrzenia emocji. W dominującej postawie życiowej widoczna niska dojrzałość, nierealistyczne podejście do życia. Wysoki poziom agresywności w tle, szoki seksualne. Profil testu potwierdza możliwość istnienia zmian organicznych o.u.n. W teście MMSE wynik 24 pkt. świadczący o zaburzeniach poznawczych bez otępienia.

W leczeniu zastosowano fluwoksaminę w dawce 200 mg na dobę (stosowaną wcześniej klomipraminę odstawiono ze względu na znaczną suchość w ustach). Pacjentka wypisała się na własną prośbę w piątym tygodniu leczenia, ponieważ nie była w stanie kontynuować terapii grupowej. Pozostaje w kontakcie indywidualnym w terapii wspierającej z elementami terapii poznawczej. Obecnie przyjmuje klomipraminę, do której powróciła sama, fluwoksaminę odstawiała ze względu na nadmierną sedację. Ostatnio twierdzi, że czuje się lepiej i potrafi łatwiej nawiązać kontakt z członkami rodziny. Przymusowe spojrzenia występują nadal, ale nie wywołują już takiego podniecenia. Podaje również, że w trakcie kon-

taktu ze mną natrętne spojrzenia zdarzają się jej bardzo rzadko, bądź wcale. Może to świadczyć o tym, że jeżeli kontakt z drugim człowiekiem oparty jest na wzajemnym zaufaniu, szacunku, akceptacji, jest wolny od oceny i daje poczucie bezpieczeństwa, pacjentka potrafi kontrolować objawy.

KOMENTARZ

W opisanym przypadku u pacjentki z zespołem natręctw stwierdzono organiczne zmiany o.u.n. W początkowym okresie choroby u pacjentki dominowały objawy lękowe, dopiero po kilku latach trwania choroby przybrały charakter zespołu natręctw. Być może przyczyną takiego przebiegu choroby było właśnie dokonanie się procesu organicznego. Natomiast jeżeli chodzi o treść OCD, to jak wiadomo w pewnym stopniu może być ona wynikiem uwarunkowań kulturowych, może mieć również znaczenie symboliczne i to wydaje się być wyraźnie zauważalne w opisanym przypadku. Dodam jeszcze, że ujawnione w badaniu TK zwapnienia jąder podkorowych mogą również obligować do rozpoznania zespołu Fahra [3], czyli idiopatycznego zwapnienia zwojów podstawy, co brano pod uwagę. W obrazie klinicznym tego zespołu mogą występować różne zaburzenia psychiczne, w tym również zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. Ponieważ rozpoznanie to stawiane jest na podstawie badania radiologicznego i zwykle nie udaje się ustalić przyczyny zwapnień leczenie zaburzeń psychicznych ma i tak charakter wyłącznie objawowy. Na podstawie analizy opisanego przypadku można wysnuć wniosek, że procesy organiczne toczące się w o.u.n. mogą być podłożem zaburzeń typu OCD, natomiast doświadczenia życiowe znajdują odbicie w ich symptomatyce.

PIŚMIENNICTWO

1. Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. Psychiatria. Tom 2. Wrocław: Wyd Med Urban & Partner; 2002: 454–65.
2. ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Kraków, Warszawa: Uniw Wyd Med „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1997.
3. Rabe-Jabłońska J, Dobrowolska I, Rojek J, Kwiecińska E, Kłoszewska I. Zaburzenia psychiczne u chorych z zespołem Fahra – przegląd piśmiennictwa i opis dwóch przypadków. Post Psychiatr Neurol 2000; 9: 199–205.