

**Opis przypadku pacjentki cierpiącej na przewlekłe i odporne w terapii
zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne:
analiza psychopatologii i sposobów leczenia.**

Autor: dr n. med. Maciej Żerdziński

II Oddział Psychiatrii Centrum Psychiatrii w Katowicach

Opis przypadku: Pani Zofia

Przypadek pani Zofii - Wprowadzenie.

Kiedy ją poznałem, pani Zofia przedstawiła się: „Byłam pielęgniarką”. Nie mogła powiedzieć o sobie inaczej, ponieważ choroba odebrała jej możliwości wykonywania zawodu – ostatni raz pracowała 10 lat temu, a potem „ostatecznie zawaładnęły mną te natręctwa”.

W chwili przyjęcia do oddziału, pani Zofia miała 40 lat, z czego ostatnie osiem poświęciła na szukanie pomocy w różnych ośrodkach medycznych, niestety – bez wyraźnych efektów terapeutycznych.

Czuła rezygnację i uważała się za osobę nieuleczalną (taką też opinię słyszała od niektórych leczących).



Jak to bywa z osobami cierpiącymi z powodu chronicznych i ciężkich OCD, pani Zofia sprawiała wrażenie osoby spowolnionej, zamyślanej, nieco rozkojarzonej i nieobecnej. Jej nastrój był raczej obojętny niż obniżony, afekt stłumiony, ubogo prezentowany i zasadniczo, bardzo monotony. Nie inaczej podjęła komunikację werbalną – ostrożnie, cicho, w stereotypowej niepewności czy jest właściwie rozumiana, manierycznie powtarzając: "Rozumie pan, prawda?". Trudno było ocenić możliwości poznawcze pani Zofii, ponieważ nie inicjowała żadnych tematów dowolnych. Sucho przedstawiła następujące fakty: "Jestem mężatką, mam 13-letnią córkę. Małżeństwo od dawna nie układa się. Mąż mnie nie rozumie i nie chce rozmawiać o mojej chorobie. Córka ma do mnie dużą złość. Nie potrafię zajmować się niczym innym, tylko czyszczyć, dotykam i sprawdzam. Nikt mnie nie rozumie". Mówiąc to, pani Zofia apatycznie relacjonowała kolejne dane z wywiadu i okazywała wyniki przeprowadzonych badań. Dotąd, nie wykazano żadnych istotnych patologii somatycznych i nie stwierdzono zmian w zakresie ośrodkowego układu nerwowego (TK, RM i badania psychologiczne).

Przypadek pani Zofii: Natręctwa, ich konsekwencje i leczenie - relacja chorej.

Sytuacja uległa zasadniczej zmianie, kiedy podjąłem temat natręctw. Ustąpiła bladość afektywna, a wraz z nią rozwinęła się komunikacja werbalna i mimika twarzy chorej. Niemal z lubością, pani Zofia zaczęła opowiadać o nieskończonych rytuałach przepełnionych purystyczną chęcią wytępienia wszystkich "zarazków". Objawy te trwały od co najmniej 17 roku życia, jednak ich pierwotne nasilenie pozwalało na względnie dobre funkcjonowanie psychospołeczne. Dopiero kolejne czynniki stresogenne zachodzące w rodzinie i w pracy (w obiektywnej ocenie - przeciętne) zdeterminowały postępujące dekompensacje i dalszy rozwój natręctw. Co ciekawe, różnice te miały charakter ilościowy, a nie jakościowy: monotony schemat symptomów pozostawał ten

sam. Pani Zofia relacjonowała nieustanny lęk przed zabrudzeniem, zainfekowaniem i zarażeniem.

Oto jeden z przykładów jej wypowiedzi w pierwszych dniach pobytu w oddziale: "Wszędzie widzę brud i zarazki. Kiedy wchodzę do autobusu, boję się trzymać poręczy. Kiedy już ją złapię, czuję, że moja dłoń jest brudna. Mam wrażenie, że dotykam nią włosów, twarzy, ubrania i chwilę później, jestem już cała w zarazkach. Czuję niepokój, niekiedy tak duży, że muszę wysiąść z autobusu i wrócić do domu w potrzebie umycia się. Wracając, boję się dotknąć



klamki w drzwiach domu i wszelkich przedmiotów w drodze do łazienki. Jeśli mam przy sobie zakupy, wydaje mi się, że i one się pobrudziły. Zaczynam się myć. Dawniej wystarczyło kilkakrotne mycie rąk, prysznic, szorowanie siatek, klamek, opakowań produktów spożywczych i wszystkich miejsc, które mogłam sobą dotknąć. Teraz jest inaczej. Muszę wyparzać ręce w gorącej wodzie i gotuję wszystko, co można odkazić wrzątkiem. Polewam wodą z czajnika zakupy, przed i po sprzątnięciu gotuję szmaty, szoruję szczotką powierzchnie warzyw i owoców, stale zmieniam ubrania. W ostatnich miesiącach, zaczęłam gotować nie tylko puszki czy butelki, ale także dezodoranty. Kiedy gotowałam jeden z nich, wystrzeliła we mnie zakrętka i wbiła mi się w okolice piersi. Moje dłonie są już bardzo okaleczone, ponieważ odkazałam je silnymi detergentami.

Najgorsze jest jednak to, że obawiam się, iż brud wnosi także moja córka. Kiedy nie widzi, staram się czyścić wszystkie miejsca w których przebywa córka po powrocie ze szkoły, szoruję po niej krzesła, podeszwy butów, mam przymus dotykania jej ubrania. Córka krzyczy, przeklina mnie, ucieka z domu, a mąż dawno przestał już reagować, stale siedzi w pracy, nie chce ze mną rozmawiać. Kiedy córka wraca, muszę wszystko zrobić ponownie. Wiem, że robię dla niej bardzo źle, ale nie potrafię inaczej. To stale narasta. Kiedyś mogłam usiąść, włączyć telewizję, miałam koleżanki, byłam dobrą pielęgniarką. Teraz stale myślę o brudzie i boję się, że znowu źle się wymyłam. Pracuję na czystością całymi dniami, chodzę coraz później spać, bo najlepiej sprzątam wieczorem, kiedy nikt już nie chodzi po domu. Unikam wielu aktywności, bo po nich mam jeszcze więcej natręctw. Przestałam odkurzać, ponieważ jeden dywan czyściłam kilka dni. Kiedyś mój mąż mnie uderzył, bo nie chciałam mu oddać odkurzacza, a on chciał spać".

Pytana o to, co jej grozi w przypadku zaprzestania mycia / czyszczenia / szorowania / odkażania, pani Zofia odpowiadała: "Właściwie to nie ma znaczenia. Chodzi o zarazki i brud. Nie myślę o jakiejś konkretnej chorobie". Pytana o to, czy uznaje natręctwa za chorobę, odpowiadała: "Tak, ale ja nie mogę inaczej żyć, to wciąż wraca, te myśli, ten lęk, w kółko to samo. Ja w to wierzę". Pytana o inne, niż natręctwa kwestie, odpowiadała: "Ja nie mam już nic innego, bo cały czas muszę łapać i czyścić".

Utraciła pracę, ponieważ zostawała w niej coraz dłużej i choć starała się pracować coraz lepiej, efektywność jej działań pogarszała się. Chyłkiem odkażała łóżka chorych itp, tym samym, skupiała się na innych niż jej wyznaczono obowiązkach. Nikt jej nie pomógł. Została zwolniona, co przyjęła z ulgą, ponieważ wracając ze szpitala do domu, bała się, iż zabrudzi "zarazkami" cały dom. Odmówiono jej świadczeń rentowych, uznając "nerwicę natręctw" za zaburzenie czynnościowe, nie wyczerpujące pojęcia nawet częściowej

niezdolności do pracy. Pozostała na utrzymaniu pracującego męża. Próbowała intensyfikować leczenie, szukając pomocy w renomowanych ośrodkach:

"Leczyłam się w różnych oddziałach dla pacjentów z nerwicą. Nie dawałam rady. Nie rozumiałam co mówią, bo nie mogłam się skupić. Stale zapisywano mnie do terapii grupowej, udawałam, że jakoś w tym wszystkim uczestniczę, jednak choroba ciągle nasilała się".

Terapii psychologicznej, niemal zawsze towarzyszyła farmakoterapia. W dotychczasowej historii leczenia, konsekwentnie rozpoznawano zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, jednak stosowano leki o różnym profilu działania. I tak, były to leki przeciwpsychotyczne (perazyna, lewomepromazyna, sulpiryd, olanzapina, risperidone, chloroprotixen), leki przeciwdepresyjne o innym niż serotonergicznym profilu działania (doxepina, tianeptyna, imipramina, moklobemid, mianseryna), leki przeciwdepresyjne z grupy SRI (sertralina - do 100 mg/d, fluwoksamina - do 100 mg/d, fluoksetyna - do 40 mg/d, paroksetyna - do 20 mg/d oraz klomipramina - do 75 mg/d). Czas leczenia każdym SRI trwał co najmniej kilka miesięcy. Wszystkie było tolerowane dobrze, co jest częstym fenomenem u chorych z OCD. Stosowano także buspiron, leki z grupy benzodwiazepin, oraz pochodne kwasu walproinowego.

"Nie czułam się wyraźnie lepiej." - podsumowywała farmakoterapię pani Zofia. - "Czasem byłam bardziej senna, czasem zmęczona, ale potem zawsze musiałam nadrabiać zaległości w sprzątaniu (...). Tak, pamiętam krótkie poprawy, kiedy miałam lepszy humor, czułam mniej niepokoju i mniej się bałam klamek, poręczy i zakupów. Ale to nigdy nie ustępowało. Po chwili ulgi musiałam powracać do wyparzania. Pamiętam, że najlepiej czułam się po klomipraminie" (którą to wraz z perazyną i diazepamem zażywała do chwili przyjęcia, co najmniej od 6 miesięcy i po raz kolejny).

Przypadek pani Zofii: analiza objawów.

Choć informacje, które przekazywała pacjentka były bardzo przytłaczające ilościowo, czasem brzmiały sensacyjnie lub co najmniej dziwacznie, to jednak można je sprowadzić do krótkiego schematu wzajemnych, anankastycznych zależności:

obsesja czystości - lęk przed zabrudzeniem - kompulsja odczyniająca - chwilowa ulga i nawrót obsesji czystości

Jest to typowy schemat objawów OCD. Niezależnie od dziwaczności treści obsesji czy zdumienia, które budziły niektóre kompulsje, pacjentka przeżywała natręctwa, formujące się w coraz dłuższe, wielogodzinne rytuały.

Innym, typowym dla OCD symptomem było irracjonalne odczucie lęku, którego chora nie potrafiła zdefiniować i któremu w pełni się poddawała. Kolejnym symptomem anankastycznym było przykre odczucie wątpliwości decyzyjnych, towarzyszących już raz wykonanej czynności i wymuszające powtórzenie działania (kompulsje). Równie klasyczne dla ciężkich przypadków OCD są symptomy unikania wykonywania czynności w obawie przed dalszą intensyfikacją wyczerpujących rytuałów (w skrajnej wersji prowadzi to do tzw. anankastycznego spowolnienia, z ang. "obsessional slowness). Pani Zofia - co częste w przewlekłych zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych - wkleła w rytuały swą córkę i męża, zmieniając tym samym rytm życia rodziny.

Bywa, że kwestią sporu diagnostów jest kwestia wglądu w treści natręctw. Choć w niektórych definicjach zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, istotnie uznaje się, iż pacjent powinien zachować pełen krytycyzm wobec obsesji (np. w ICD-10), to jednak już klasyfikacja DSM IV dopuszcza możliwość występowania natręctw z częściowym wglądem (z ang. poor insight OCD). Pani Zofia jest jednym z wielu przypadków codziennej pracy klinicznej gdzie ów wgląd pozostawał wątpliwy, przynajmniej do uzyskania poprawy o której będę pisał poniżej.

Reasumując - uznaliśmy, że postawione wcześniej rozpoznanie zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych było trafne.

Przypadek pani Zofii: analiza stosowanego leczenia.

Jak już napisano, pacjentka zażywała bardzo różne leki, także te, które nie są polecane w terapii zespołu natręctw. Problemem farmakoterapii OCD jest często bezradność leczących wobec skarg i oczekiwań pacjentów, którzy cierpią i oczekują wyraźnego efektu. Tym samym, zdarza się, że psychiatrzy stosują leki, które nie mają większego sensu terapeutycznego.

Nigdy nie udowodniono, ani nie wykazano (prócz kazuistycznych doniesień), aby pacjenci z OCD - także ci z mniejszym wglądem w treści obsesji - mogli być skutecznie leczeni lekami przeciwpsychotycznymi. W opozycji do tych danych, leczący stosunkowo często (podobnie, jak miało to miejsce u pani Zofii) stosują właśnie leki neuroleptyczne, co szczególnie prowokują dwa czynniki: brak pozytywnej odpowiedzi na uznane leczenie farmakologiczne i obecność natręctw o dziwacznych, nietypowych czy przerażających treściach. W przypadku pani Zofii, leki neuroleptyczne nie przyniosły żadnego efektu przeciwoobsesyjnego, odnotowano natomiast, objawy uboczne - głównie senność i sedację.

Nie mogły tu także pomóc zlecane leki przeciwdepresyjne o innym niż serotonergiczny profilu oddziaływania, oraz leki z grupy BZD, czy walproiniany: zaprzeczono ich skuteczności w leczeniu OCD.

Zasadne były natomiast próby leczenia pani Zofii ww. lekami z grupy SRI.

Dlaczego więc pacjentka nie zyskała oczekiwanego efektu terapeutycznego? Należy pamiętać, iż zasady biologicznego leczenia OCD są odmienne od terapii zaburzeń depresyjnych. W przypadku leczenia natręctw istotnie wydłuża się czas oczekiwania na potencjalny efekt (co najmniej 3 miesiące od chwili włączenia leku), a przede wszystkim, należy stosować znacznie większe, często maksymalne dawki danego SRI.

O ile pani Zofia zażywała leki w odpowiednio długim czasie, to zastosowane dawki były zbyt niskie. Inną ważną przesłanką w leczeniu opornych w terapii

OCD jest równoczesne kombinowanie metody farmakologicznej z indywidualną terapią behawioralno-poznawczą (CBT). Tymczasem, pani Zofia podejmowała odmienne metody leczenia psychologicznego, przede wszystkim w formie grupowej i nastawionej na wgląd.

Reasumując - niskie dawki SRI i nie polecane w OCD formy psychoterapii nie mogły przeciwstawić się ciężkim zaburzeniom anankastycznym pacjentki.

Przypadek pani Zofii - leczenie w oddziale.

W pierwszym etapie leczenia szpitalnego, zweryfikowano zlecenia farmakologiczne odstawiając perazynę i stopniowo zwiększając dawkę klomipraminy do 225 mg na dobę (w czasie kolejnych 14 dni). Wraz z leczeniem biologicznym, podjęto konsekwentną edukację chorej w kierunku OCD i zaproponowano nie wymagające od niej większego wysiłku intelektualnego ćwiczenia behawioralne. Po 4 tygodniach takiej intensyfikacji leczenia, pani Zofia odnotowała znaczącą poprawę. Korzystny efekt farmakoterapii klomipraminą, umożliwił podjęcie pracy nad anankastycznymi schematami poznawczymi, a ćwiczenia z objawem stały się stosunkowo proste.

Co najważniejsze, coraz lepiej rozumiejąca swą chorobę i cele leczenia pacjentka, sama podejmowała nowe zadania i wyzwania. Tym samym, przejawiała tak bardzo oczekiwaną inicjatywę. Okresy krótkich urlopów (obarczone zadaniami w domu pacjentki) potwierdziły rychłą możliwość wypisu, który nastąpił w 7 tygodniu od dnia przyjęcia. Kontrolne badania laboratoryjne (w tym zapis Ekg) były normatywne, a pani Zofia nie zgłaszała objawów ubocznych w związku ze zwiększeniem dawki klomipraminy.

Chora wraz z zespołem leczących, podsumowała efekt terapii szpitalnej na 50-60% redukcji natręctw i lęku. Zważywszy na kilkunastoletni przebieg schorzenia trudno by oczekiwać bardziej znaczących zysków w tak krótkim przecieź czasie.

Przypadek pani Zofii - 4 lata później.

Od chwili wypisu, chora podejmuje regularne, co miesięczne leczenie ambulatoryjne, którego zasady są zbliżone do opisanego wcześniej leczenia szpitalnego. Trudno by przeszacować korzystne zmiany wynikające z zastosowania dużych dawek klomipraminy i terapii CBT. Przede wszystkim, pani Zofii udało się odbudować sensowną pozycję pani domu i naprawić relacje z córką (którą również wsparto pomocą psychologiczną). W dwa lata po wypisie, pani Zofia powróciła do czynnej pracy zawodowej - "Znowu jestem pielęgniarką i mogę się cieszyć z życia".

Pani Zofia nie przeżywa już anankastycznych rytuałów, a jedynie pojedyncze, nie pogarszające jakości życia natręctwa. Jako, że objawy OCD miały tu charakter ego-syntoniczny, czyli zgodny z cechami osobowości pacjentki, nie uznaję, iż nieco przesadna potrzeba bycia czystą i uporządkowaną nadal wyczerpuje kryteria psychopatologii OCD. Pani Zofia zachowuje dobry nastrój, przejawia żywą komunikację werbalną, inicjuje zdrowe aktywności i stale nawiązuje nowe relacje w ludzi.

Analizując przebieg procesu zdrowienia, należy uznać, iż ma on charakter liniowy. Nie obserwowano cięższych nawrotów objawów OCD, a jedynie - w pierwszych dwóch latach leczenia - kilka krótkich dekompensacji związanych z sytuacją rodzinną. W trzecim roku leczenia, w porozumieniu z chorą, zmniejszono dawkę klomipraminy do 150 mg/d. Tolerancja leku jest nadal bardzo dobra i nie planuję wycofania się z tego zlecenia w najbliższych 3 latach. Stratą jest siedmio kilogramowy wzrost masy ciała.

Przypadek pani Zofii - podsumowanie.

1. Opisany tu przypadek jest reprezentatywny dla wielu innych cierpiących z powodu zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, pochopnie uznanych za "nieuleczalnych", czy "wyjątkowo opornych w leczeniu".

2. Długi czas intensywnego i nieskutecznego leczenia psychiatrycznego, nie musi oznaczać, iż pacjent z natręctwami nie rokuje remisji/wyzdrowienia. W przypadku pani Zofii, nie stosowano optymalnych metod leczenia OCD, którymi są: duże dawki leków przeciwdepresyjnych z grupy SRI i terapia CBT.
3. Klomipramina ponownie okazała się skutecznym lekiem w terapii ciężkich zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych. Większe dawki tego leku były dobrze tolerowane. Farmakoterapia pani Zofii ma przewlekły, wieloletni charakter, jednak zyski wynikłe z zastosowanego leczenia przytłaczają wszelkie jego straty (głównie wzrost masy ciała).

W tekście wykorzystano grafiki autora.