

Diagnostyka zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych

dr. n. med. Marcin Jabłoński, mgr Agnieszka Lelek

Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (Obsessive-Compulsive Disorder - OCD) są grupą zaburzeń charakteryzujących się występowaniem obsesyjnych, natrętnych myśli oraz czynności przymusowych czyli kompulsji. Klasyfikacja DSM-IV grupuje OCD w obszarze zaburzeń lękowych, natomiast ICD-10 uznaje je za niezależną jednostkę diagnostyczną (kod F42) lokalizując je pomiędzy zaburzeniami lękowymi i pourazowymi. Inne, tradycyjne i rzadziej obecnie stosowane nazwy zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego to zespół natręctw, nerwica natręctw, nerwica obsesyjna, nerwica anankastyczna. Myśli natrętne – obsesje, to własne myśli, impulsy lub obrazy, niezgodne z osobowością pacjenta (tzn. egodystoniczne), a kompulsje to powtarzające się zachowania lub działania pojawiające się zwykle w odpowiedzi na obsesje i powiązane treściowo z nimi. Współwystępujące dolegliwości powodują dystres zarówno chorego jak i jego najbliższego otoczenia. U osób nie objętych leczeniem choroba ma zwykle charakter przewlekły, znacznie upośledzający funkcjonowanie i obniżający jakość życia. Często ma także negatywny wpływ na otoczenie chorego, powodując zaburzenie życia rodzinnego i zawodowego. Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne niejednokrotnie prowadzi też do rozwoju wtórnej depresji.

Szacuje się, że zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne występuje u około 2 % populacji ogólnej. Odsetek zachorowań w różnych populacjach waha się od 1,9% (np. w Korei) do 3% (w Kanadzie i USA) z niższą niż przeciętna obecnością w niektórych tylko populacjach, np. Tajwanu gdzie oceniany jest na 0,7%. OCD w jednakowym stopniu dotyczy mężczyzn i kobiet, a aspekt kulturowy nie odgrywa istotnego znaczenia dla treści obsesji lub rodzaju kompulsji.

U połowy kobiet cierpiących na zespół natręctw można wykazać związek nasilenia dolegliwości psychicznych z cyklem miesięcznym, w taki sposób, że objawy zespołu natręctw nasilają się przed wystąpieniem menstruacji. U około 80% chorych na zespół natręctw pierwsze objawy zaburzenia odnotowuje się przed przed 18 rokiem życia a u połowy pacjentów wczesne objawy OCD pojawiają się już w dzieciństwie. U około 2% pacjentów przebieg choroby ma charakter przewlekły lub nawrotowy, co jest przyczyną znacznego spadku jakości życia, niskiej samooceny, zaburzenia relacji rodzinnych, zaburzenia życia seksualnego, problemów w toku edukacji i w pracy zawodowej. W populacji chorych na zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne rośnie również ryzyko samobójstwa. Według danych WHO zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne stanowi obecnie dziesiątą przyczynę niepełnosprawności na świecie.

Obsesjami określa się pojawiające się w świadomości pacjenta myśli, obrazy i impulsy, których treść jest przykra i niezgodna z wyznawanym systemem wartości lub oceniana jako

irracjonalna. Są odbierane jako obce, nieprzyjemne i trudne do skontrolowania wytwory własnego umysłu. Nie dotyczą z definicji zwykłych, codziennych trosk, myśl w żadnym przypadku nie jest przyjemna, jak również powtarza się w nieprzyjemny dla pacjenta sposób. Doznania te wywołują lęk lub dystres, jednak próby ich kontrolowania poprzez ignorowanie lub tłumienie nie przynoszą pożądanych efektów.

W ujęciu psychoterapii psychodynamicznej myślenie obsesyjne cechują: konkretność, sztywność, brak spontaniczności, silna ambiwalencja, nadmierna sztywność lub nadmierne niezdecydowanie, skłonność do magicznych interpretacji i onipotencja, a rozwój choroby wiąże z nierozwiązanym kompleksem Edypa.

Kompulsje to powtarzające się, stereotypowe, nieużyteczne zachowania i działania, których zadaniem jest redukcja lęku i dystresu pacjenta. Czynności te są nieużyteczne i przymusowe, postrzegane przez pacjenta jako zapobiegające wysoce nieprawdopodobnym wydarzeniom.

Najczęstszymi treściami myśli obsesyjnych są: obawa przed zabrudzeniem, patologiczne wątpliwości, obawy przed występującymi objawami somatycznymi, potrzeba symetrii i uporządkowania, impulsy agresywne lub seksualne nieakceptowane przez pacjenta.

Najczęściej spotykane czynności przymusowe to: kompulsyjne sprawdzanie czy określone czynności zostały wykonane właściwie, mycie, liczenie, dbałość o uporządkowanie, symetrię przedmiotów w otoczeniu, gromadzenie przedmiotów.

Kierując się zaleceniami aktualnych klasyfikacji diagnostycznych, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne może zostać zdiagnozowane jeśli natrętne myśli lub zachowania przymusowe (lub oba te objawy jednocześnie) występują przez większość dni w ciągu kolejnych dwóch tygodni i utrzymują się dłużej niż godzinę dziennie stanowiąc źródło cierpienia pacjenta i utrudniając mu codzienne funkcjonowanie.

Obsesje i kompulsje łączą się w charakterystyczne kliniczne zespoły objawowe. Najczęściej występujące zespoły objawowe w przebiegu zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego to np. zespół zabrudzenia-zakażenia i zespół wątpliwości-sprawdzanie. Opisane zespoły kliniczne związane są odpowiednio z lękiem przed zabrudzeniem/zakażeniem lub zagrożeniami wynikającymi z niewłaściwego wykonania określonych czynności. W pierwszym przypadku pacjent stara się unikać potencjalnych źródeł zabrudzenia, takich jak dotykanie klamek, dłoni innych osób bądź różnych przedmiotów. Czasami źródłem lęku staje się też własne ciało. Osoba taka stara się opanować strach przed chorobą poprzez wielokrotne mycie, często z użyciem specjalnych środków odkażających. W drugim przypadku pacjent w związku z przeżywanym lękiem stara się wielokrotnie sprawdzić czy wykonywane czynności takie jak: zamknięcie mieszkania, wyłączenie urządzeń elektrycznych, gazu zostały wykonane właściwie. W tym celu może on też stosować specjalne rytuały jak wykonywanie tych czynności w określonym porządku lub określoną ilość razy. Objawy te w znacznym stopniu dezorganizują życie pacjenta utrudniając mu wykonywanie codziennych obowiązków. Powodują

spóźnienia, zaniedbywanie ważnych spraw, poprzez niemożność zakończenia działania kompulsyjnego i poświęcenia uwagi innym zadaniom. Stosowanie nadmiernych zabiegów higienicznych jest często przyczyną chorób dłoni i skóry, związanych z wyjałowieniem jak również mechanicznym uszkodzeniem/wysychaniem skóry i śluzówki.

Wśród zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych można wyróżnić szereg podtypów zarówno ze względu na ich szczególny charakter kliniczny, początek pojawienia się dolegliwości czy wreszcie specyfikę etiologiczną. Opisywane są zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne związane z tikami, rozpoczynające się w dzieciństwie, z dominującą potrzebą symetrii, związane z gromadzeniem przedmiotów, z początkiem po porodzie, z zaburzeniami uwagi, z dominującą impulsywnością oraz tzw. urojeniowe zespoły natręctw - charakteryzujące się małym wglądem i często dziwaczną treścią myśli obsesyjnych. Odmianą etiologicznie odmianą zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego jest zespół natręctw związany z mechanizmami autoimmunologicznymi uruchomionymi przebytą infekcją paciorkowcową (PANDAS).

W patogenezie zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego wyróżnia się czynniki genetyczne a także neurologiczne i immunologiczne. Rolę pierwszej grupy czynników potwierdza wysoki – przekraczający 50%, wskaźnik współwystępowania zespołu natręctw u bliźniąt jednojajowych. U pacjentów obserwuje się też polimorfizm genów transportera serotoniny (5HTT), receptorów dopaminowych D2 i D4, oraz układów enzymatycznych odpowiedzialnych za rozkład monoamin w obrębie synaps (COMT, MAO-A). O roli czynników immunologicznych może świadczyć występowanie objawów obsesyjno-kompulsyjnych w przebiegu płasawicy Sydenhama gdzie można wykazać obecność przeciwciał przeciwko komórkom jądra ogoniastego i jąder podstawy mózgu oraz w zakażeniu paciorkowcami beta-hemolizującymi typu A (PANDAS). Niektórzy badacze zwracają również uwagę na specyficzne markery neuropsychologiczne zespołu natręctw. U pacjentów ze zdiagnozowanym zespołem natręctw obserwuje się także zmiany strukturalne i czynnościowe mózgu obejmujące szczególnie jądro grzbietowe szwu i płaty czołowe, a także szereg nieprawidłowości neuropsychologicznych, takich jak: deficyty uwagi i podejmowania decyzji, zaburzenia pamięci świeżej niewerbalnej, zaburzenia inicjacji i koordynacji ruchu, lateralizacji, z przewagą lateralizacji lewostronnej. W badaniu ruchów gałek ocznych obserwuje się łatwość wywołania i długotrwałość oczopląsu.

Rozwój objawów obsesyjno-kompulsyjnych wiąże się z zaburzeniami neuroprzekątnictwa. Obserwuje się zaburzenia przekątnictwa serotoninowego z nadwrażliwością postsynaptycznych receptorów serotoniny, czego dowodem jest dobra skuteczność klomipraminy i selektywnych inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI). O zaburzenia równowagi serotoniny i dopaminy świadczy pośrednio korzystny synergistyczny efekt leków z grupy SSRI i neuroleptyków, oraz współwystępowanie tików z zespołem natręctw. Złagodzenie objawów możliwe do uzyskania przy

zastosowaniu klonidyny podczas gdy efekt przeciwny daje zastosowanie johimbiny, dowodzi, że wpływ na wystąpienie choroby ma także układ noradrenergiczny. Obecnie prowadzone są badania nad postulowaną rolą innych układów przekąźnikowych: argininy, wazopresyny, oxytocyny i somatostatyny.

Istnieje szereg dowodów, że zespół natręctw może zostać wywołany przez traumatyczne doświadczenia, a występujące objawy są zwykle związane z treścią tych przeżyć.

Przykładem takiego zaburzenia może być tzw. pourazowy zespół natręctw opisywany u ofiar wypadków komunikacyjnych, ratowników medycznych i żołnierzy, będących uczestnikami zdarzeń związanych z zabrudzeniem krwią lub okaleczeniem. Kwestia czy ten rodzaj zaburzenia należałoby traktować jak odrębny etiologicznie podtyp zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego pozostaje nadal pytaniem otwartym.

Objawy występujące w OCD w znaczący sposób utrudniają funkcjonowanie wpływając na wszystkie sfery życia. U większości chorych mogą być powodem zaniżonej samooceny. Choroba utrudnia relacje interpersonalne i niekorzystnie wpływa na życie całej rodziny. Pacjenci osiągają zazwyczaj niższe szczeble edukacji, mają niższe aspiracje zawodowe, a około 40 % z nich pozostaje niezdolna do podjęcia pracy dłużej niż 2 lata. Należy zwrócić szczególną uwagę na ryzyko suicydalne u chorych na zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, gdyż 13% z nich podejmuje próby samobójcze.

Ponieważ u większości pacjentów początek choroby jest dość wczesny i ma miejsce w okresie adolescencji, czas upływający od pierwszych objawów do rozpoczęcia adekwatnego leczenia obejmuje niejednokrotnie kilkanaście lat. Egodystonia objawów przejawiająca się poczuciem wstydu i zażenowania może być powodem późnego zgłaszania się pacjentów do lekarza. Istnieje wiele dowodów na to, iż od pierwszych dolegliwości obsesyjno-kompulsyjnych ujawniających się w okresie dojrzewania tj. około 14-15 roku życia, do zgłoszenia się do specjalisty mija około 10 lat. Od tego momentu do prawidłowego rozpoznania i rozpoczęcia adekwatnego leczenia mija kolejne 6-8 lat. Może to być spowodowane niską świadomością klinicznej manifestacji zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego wśród personelu medycznego, i przemawia za intensyfikacją szkoleń w tym zakresie.

Niejednokrotnie osoby chore mają dużą trudność w opisanu nieprzyjemnych doznań. W diagnozowaniu zaburzeń dużą pomocą mogą być dedykowane skale diagnostyczne, takie jak: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), Behavioural Avoidance Test (BAT), Obsessive-Compulsive Inventory (OCI) i inne.

Przydatnym narzędziem przesiewowym, szczególnie użytecznym w codziennej praktyce klinicznej jest wywiad diagnostyczny zaproponowany przez Zohara i Fineberga (Z-FOCS), składający się z pięciu pytań eksplorujących najczęstsze obszary natręctw (sprawdzanie, czystość, potrzebę symetrii, obecność obsesji) ze zwróceniem uwagi na ich wpływ na codzienne funkcjonowanie chorych.

Coraz większe znaczenie nabiera rozumienie problematyki zespołu natręctw w ujęciu spektrum. Do spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych należą: zespoły dysmorficzny i hipochondryczny charakteryzujące się obecnością myśli obsesyjnych, zaburzenia kontroli impulsów takie jak trichotillomania, kleptomania, hazard patologiczny, parafilie, zespoły neurologiczne, np. Zespół Tourette'a, autyzm, choroba Parkinsona, płasawica Sydenhama, niektóre typy padaczek. Szczególne znaczenie kliniczne ze względu na trudności diagnostyczne i wybór leczenia mają zaburzenie schizoobsesyjne i obsesyjno-kompulsyjne zaburzenie osobowości (OCPD).

Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne często współwystępują z innymi zaburzeniami psychicznymi spośród których najczęściej opisywanymi są: depresja, zespoły lękowe, fobie, zaburzenia odżywiania, schizofrenia, uzależnienie od alkoholu i zespół Tourette'a. Szacuje się, że u 15-40 % pacjentów ze zdiagnozowaną schizofrenią pojawiają się istotne klinicznie objawy o charakterze myśli lub czynności natrętnych, co przemawia za określeniem tego zespołu objawowego mianem zaburzenia schizoobsesyjnego.

W różnicowaniu zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego i zaburzeń lękowych mają znaczenie uzyskane w wywiadzie i udokumentowane epidemiologicznie dane kliniczne. Zespół natręctw występuje u młodszych osób, natomiast zaburzenia lękowe mogą pojawić się w każdym wieku, przy czym kobiety chorują dwukrotnie częściej. Powszechne w zaburzeniach lękowych zaburzenia snu, nie występują tak często u pacjentów z zespołem natręctw. Z kolei dobre efekty stosowania anksjolityków u chorych z zaburzeniami lękowymi nie potwierdzają się w przypadku zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. U pacjentów cierpiących na zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne dobre efekty uzyskuje się stosując klomipraminę lub wysoce selektywne leki z grupy SSRI, natomiast mniejsze znaczenie mają inne leki z grupy trójkcyjcznych antydepresantów i leki mniej selektywne np. inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI) jak również leki o receptorowym mechanizmie działania (np. mianseryna).

W przypadku diagnozowania zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego istotną kwestią jest przeprowadzenie diagnostyki różnicowej z innymi jednostkami chorobowymi, m. in. takimi jak: fobie, depresja, zaburzenia nawyków i popędów, zaburzenia odżywiania, uzależnienia, psychozy, osobowość anankastyczna. Objawy podobne do OCD występują w myzofobii (fobii brudu), a także w fobiach społecznych. Obecne w depresji ruminacje, patologiczne poczucie winy – mogą nasuwać skojarzenie z myślami obsesyjnymi. Z terapeutycznego punktu widzenia skuteczne w depresji działania lecznicze – jak trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne, terapia elektrowstrząsowa czy stosowane w potencjalizacji leczenia przeciwdepresyjnego sole litu nie mają praktycznego zastosowania w terapii zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. *Ex juvantibus* ich słaby efekt terapeutyczny może kierować uwagę diagnosty na wymiar obsesyjno-kompulsyjny zaburzeń nastroju. Niektóre typy zaburzeń odżywiania – jak np. bulimia, przejadanie się mogą nasuwać skojarzenia z czynnościami

kompulsyjnymi o impulsywnym charakterze. Szczególnie ważne wydaje się zwrócenie uwagi na obsesyjno-kompulsyjną strukturę uzależnień – od uzależnienia od alkoholu począwszy, a na tzw. uzależnieniach behawioralnych – np. od zakupów, od internetu – skończywszy. Jak już wspomniano, szczególną grupę kliniczną stanowią zespoły objawowe skupiające w swoim obrazie zarówno cechy zespołu natręctw jak i cechy psychozy. Zespół objawowy w którym w porównywalnych proporcjach występują zaburzenia z obu omawianych obszarów nosi nazwę zaburzenia schizoobsesyjnego, a objawy obsesyjno-kompulsyjne przebiegające z brakiem wglądu, określa się też często jako psychozę obsesyjno-kompulsyjną. Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne wymaga także różnicowania z zaburzeniami osobowości, zwłaszcza z tzw. osobowością anankastyczną (obsesyjno-kompulsyjnym zaburzeniem osobowości - OCPD). Pacjentów ch na to zaburzenie cechuje nadmierne przywiązanie do zasad i reguł, sztywność i upór, perfekcjonizm powiązany z brakiem dbałości o relacje interpersonalne, występowanie niechcianych myśli i impulsów. Uważa się, że granica pomiędzy OCD a osobowością anankastyczną nie jest ostra. Jednak w tym drugim przypadku objawy są raczej egosyntoniczne (zgodne z osobowością pacjenta, nie budzące sprzeciwu i nie odrzucane jako obce) i mniej upośledzają jego funkcjonowanie.

Podsumowując można powiedzieć, że zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, stanowi niejednorodną grupę dolegliwości, pomimo znacznego rozpowszechnienia w populacji ogólnej i istotnego wpływu na jakość życia często pozostaje niedodiagnozowane i nieodpowiednio leczone, co sprzyja przewlekłości przebiegu i uniesprawnianiu społecznemu i zawodowemu chorych.