

Maciej Żerdziński

II Oddział Psychiatrii, Centrum Psychiatrii w Katowicach

OCD III, czyli raport z południa kraju

W dniach 29–30 maja 2014 roku, odbyła się w Katowicach III Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa dotycząca zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (OCD). Poprzednie edycje miały miejsce w latach 2004 i 2006. Tradycyjnie już, część naukowo-warsztatowa naszego spotkania została opracowana przez II Oddział Centrum Psychiatrii w Katowicach, tym razem, samą organizację konferencji powierzono jednak Medforum. Jednym z powodów takiej decyzji był niedawno odkryty fakt, że w statucie Centrum Psychiatrii nie ujęto możliwości organizowania spotkań naukowo-szkoleniowych. A przecież wcześniej nasz ośrodek po wielokroć podejmował działania w tym zakresie (obok OCD aż 8 edycji konferencji Kaziuistyka w Psychiatrii). *O tempore, o mores.*

Zarejestrowaliśmy 232 uczestników, którzy przyjechali do Katowic z powodów czysto merytorycznych — budżet nie pozwolił nam na zorganizowanie jakichkolwiek dodatkowych atrakcji. Ni teatru, ni basenu czy nawet lichego pubu. W tym akurat względzie nie kierowały nami surowe zasady superego, a jedynie wymuszony czasami racjonalizm. Fatalną wręcz niechęć sponsorów do wzięcia udziału w naszym przedsięwzięciu dobrze odzwierciedla fakt, że w hotelowym patio stanęły zaledwie trzy stragany firm farmaceutycznych (z czego jeden i tak nie był bezpośrednio związany z psychiatrią...). Dlaczego?

W odpowiedzi na to proste pytanie, zazwyczaj słyszeliśmy równie prosty komunikat: „Nasza firma nie posiada produktu dedykowanemu leczeniu OCD. Nie jesteście więc dla nas *targetem*”.

Kłopot w tym, że nie zdołano jeszcze zsyntetyzować nawet jednej cząsteczki, która byłaby przeznaczona tylko i wyłącznie leczeniu zespołu natręctw. Powszechnie wiadomo, że w leczeniu wykorzystuje się leki przeciwdepresyjne o profilu serotoninergetycznym. Nasuwa się zatem ponura refleksja, że choć, po prawdzie, wszystkie schorzenia psychiatryczne mają charakter demokratyczny, to jednak niekoniecznie w oczach strategów odpowiedzialnych za finanse korporacji farmaceutycznych.

Dostrzegając znaczenie tych wszystkich pozamerytorycznych trudności, narastała w nas organizacyjna niepewność, zwłaszcza że zaszły też inne, bardzo smutne okoliczności. Kiedy jesienią 2013 roku zapraszałem na konferencję Panią prof. Jolantę Rabe-Jabłońską, zmarł mój mistrz, były dyrektor Centrum Psychiatrii dr Krzysztof Czuma. Któż mógł przewidzieć, że ledwie pół roku później, na tydzień przed rozpoczęciem naszego spotkania, odejdzie także i Ona? Należy tu przypomnieć, że zarówno Pani Profesor, jak i Doktor Czuma brali aktywny udział w obu wcześniejszych edycjach OCD.

Chociaż zawiodły korporacje, to nie zawiedli Uczestnicy. Przez dwa intensywne dni konferencji sala wykładowa była pełna. Kiedy kończyliśmy drugi dzień pracy, już w późnych godzinach popołudniowych, pozostali na miejscu Uczestnicy prosili o prezentację kolejnego przypadku... Bardzo nas to ucieszyło, zwłaszcza w kontekście opisanych przygnębiających okoliczności.

O czym tyle rozmawialiśmy? No właśnie... Dla niektórych z nas, lekarzy psychiatrów (rzadziej psychologów), tematyka natręctw ogranicza się do prostego zespołu uporczywych i trudnych w leczeniu objawów. Natrętne są objawy i natrętni są pacjenci, zwłaszcza że leczenie tej choroby jest stosunkowo często mało efektywne. Kiedy jednak wniknąć w problematykę fenomenologii OCD nieco głębiej, naturalnym wydaje się jego rozwinięcie.

Dzień pierwszy:

Problematyka natręctw w psychiatrii: bieżąca pozycja nozologiczna i fenomenologia **Maciej Żerdziński**

W mojej prezentacji, omówiłem między relacje zachodzące pomiędzy OCD i paranoją w kontekście nowego podziału zespołu natręctw ujętego w DSM-V. Tym razem, klasyfikacja schorzeń psychicznych odzwierciedla prozę pracy klinicznej — DSM-V dopuszcza bowiem rozpoznawanie OCD nie tylko z w pełni zachowanym wglądem, ale także z ubogim krytycyzmem i (co najistotniejsze) — z utratą tegoż wglądu, czyli postacią urojeniową (*delusional OCD*). To właśnie tacy pacjenci są dla nas największym wyzwaniem terapeutycznym i stosunkowo często bywają omylnie diagnozowani, na przykład jako chorzy cierpiący z powodu schizofrenii.

Adres do korespondencji:

Maciej Żerdziński
II Oddział Psychiatrii, Centrum Psychiatrii w Katowicach
ul. Korczaka 27, 40–340 Katowice
e-mail: avalone@wp.pl

Lepsza wiedza o etiopatogenezie OCD szansą na bardziej skuteczną terapię

Wystąpienie przygotowywała i miała wygłosić śp. prof. Rabe-Jabłońska. Nie zdążyła...

Ostatecznie, temat, w błyskawicznym wręcz tempie opracowała dr Ewa Pilaczyńska-Jodkiewicz. Odnosząc się do historii zespołu natręctw, w interesujący sposób przybliżyła Uczestnikom współczesną wiedzę neurobiologiczną dotyczącą OCD.

Zaburzenia schizoobsesyjne — próba definicji, różnicowania i leczenia

Anita Pląder, Maciej Żerdziński

Celem wystąpienia było możliwe szerokie rozumienie relacji zachodzących pomiędzy schizofrenią i OCD. Analizie poddano liczbę i jakość występowania objawów anankastycznych w schizofrenii, tym samym potrzebę i sposoby diagnozowania tych objawów oraz metody ich leczenia. Omówiono również sprzeczne sobie mechanizmy, które mogą pełnić (jeśli w ogóle pełnią jakąś rolę) natręctwa w przewlekłym procesie psychotycznym. Doktor Pląder analizowała również wątek zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych bez wglądu, w ujęciu psychotycznego continuum OCD (choć skrajnie ciężkiego, to jednak nadal odmiennego od definicji schizofrenii).

Spektrum zaburzeń impulsywno-kompulsyjnych w chorobach wieku podeszłego

Tomasz Sobów

Profesor Sobów podjął trudny i rzadko omawiany temat relacji zachodzących pomiędzy impulsywnością a kompulsywnością, między innymi w kontekście potencjalnego spektrum takich zaburzeń, perspektywie ewolucyjnej i patogenetycznej. Zjawiska te odniósł do wielu innych problemów, takich jak zespół dysregulacji dopaminowej, zaburzenia kontroli impulsów i „pundingu” w chorobie Parkinsona oraz zbieractwa. Szczególnie zapadło w pamięci cytowane przez prelegenta pytanie: „Dlaczego sójka nie może nauczyć się odraczania a człowiek powinien?” Jak się okazało, pytanie to nie miało wcale charakteru retorycznego.

Zbieractwo. Pomiedzy Pliuszkinem a DSM-V — kryteria diagnostyczne, różnicowanie, leczenie

Tomasz Szafrński

Doktor Szafrński poddał analizie psychopatologię zbieractwa (zespół Pliuszki, zespół Diogenesa, syllogomania) — schorzenie wszystkim znane, a jednak nader rzadko omawiane, rozpoznawane czy leczone. Po gogolowskiej introdukcji, usłyszeliśmy o potencjalnych przyczynach tego chorobowego ostracyzmu i osamotnieniu pracowników opieki środowiskowej. Barwny opis

przypadków został podparty wiedzą neurobiologiczną w kontekście nikłych (jak dotąd) sposobów leczenia tej choroby. Omówiono też cechy wspólne i rozbieżne pomiędzy zbieractwem a OCD.

Uzależnienia oraz nałogi behawioralne jako OCD

Bogusław Habrat

Tematykę współwystępowania OCD kontynuował dr Habrat, który omówił relacje pomiędzy nałogiem a natręctwami. Porównując kliniczny obraz uzależnienia i tak zwanych „nałogów behawioralnych” dowodził, że w obu kategoriach występują natręctwa (lub objawy je przypominające). Wobec częstej prezentacji natręctw w przebiegu alkoholizmu, prelegent zapoznał nas ze skalą OCDS (*Obsessive Compulsive Drinking Scale*), czyli narzędziem diagnozującym natręctwa u osoby pijącej. Warto pamiętać, że również osoby z zespołem natręctw mają większe trudności w kontrolowaniu picia.

OCD na APA 2014 — relacja z Nowego Jorku

Sławomir Murawiec

Autor wystąpienia przywiozł Uczestnikom garść bieżących informacji dotyczących OCD w kontekście niedawnego spotkania *American Psychiatric Association* (APA). Jako że na rynku leków mających przeciwdziałać OCD dzieje się niewiele, dr Murawiec odniósł się do nowej wersji DSM. Tu nie obeszło się bez prelegentkich uwag. Wykładowca krytycznie ocenił umieszczenie w jednym „worse” klasyfikacyjnym tak odmiennych od siebie schorzeń, jakimi są — według wielu z nas, klinicystów — zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, dysmorfobia, zbieractwo czy BFRB (*Body-focused Repetitive Disorder*). Tym samym, poddał w wątpliwość sens wyodrębniania kolejnych, sztucznych, bo stworzonych tylko dla potrzeb klasyfikacyjnych mikropodgrup, minispektrów, semipodziałów itp. Istotnie, trudno sobie wyobrazić, że rewolucja na piśmie czynić będzie rewolucję w podejściu leczącego czy ulży cierpieniu pacjenta.

Leczenie OCD w ujęciu bieżącym: próba standaryzacji i skuteczności

Hanna John-Ziaja, Maciej Żerdziński

20 lat leczenia OCD w II Oddziale Centrum

Psychiatrii. Opis metody złożonej

Angelika Gros, Maciej Żerdziński

Jak się dowiedziałem w kuluarach, wielu Uczestników czekało właśnie na tą część konferencji, co w kontekście naszej codzienności klinicznej wydaje się w pełni zrozumiałe. Istotnie, standardy leczenia natręctw są nadal niedoskonałe i budzą wiele wątpliwości lub nawet frustracji

(o czym przekonała się prezentująca je dr Hanna-John Ziaja). W kontekście naszej bezradności terapeutycznej, niektóre z proponowanych strategii potencjalizowania farmakoterapii napawają obawą przed ich skutkiem ubocznym.

Prowadząc tą część naszej konferencji odniosłem wrażenie, iż dla niektórych psychiatrów bardziej niepokojące okazało się intensyfikowanie dawek leków SRI niż interwencja neurochirurgiczna...

Ze świata standardów, dawek i definicji, zabrała nas mgr Angelika Gros, która omówiła metodę leczenia stosowaną w Oddziale II CP. I tak, podzieliliśmy się z Państwem wypracowywaną przez nas wiedzą dotyczącą rozpoznawania i leczenia różnych postaci OCD. Angelika Gros zaakcentowała nie tylko ważność pracy CBT i współpracy z systemem rodzinnym, ale również konieczność budowania wglądu w lękowe patomechanizmy. Zwróciła też uwagę na niebezpieczeństwo psychotycznych dekompensacji w leczeniu „OCD bez wglądu” na poziomie objawów paranoicznych, tym samym roszczeniowych czy wręcz agresywnych.

Konferencję zakończyła część warsztatowa, która przygotowałem wspólnie z ww. Panią. Każdy z uczestników miał możliwość aktywnego włączania się — z powodów praktycznych — tylko jednak w czasie przeznaczonym na tak zwane głosowanie bezprzewodowe.

Tym razem omówiliśmy 4 przypadki leczonych przez nas pacjentów z OCD w możliwie szerokim kontekście diagnostycznym, interpretacyjnym i terapeutycznym. I tak, podjęliśmy trudny temat obsesji religijnych i relacji sfery duchowej z polarnością afektywną, konotowaliśmy objawy anankastyczne jako maskę paranoi, przedstawiliśmy dziwaczną potęgę natręctw zależnych od akumulatora i opisaliśmy ponad trzyletni, udany proces leczenia osoby cierpiącej z powodu inwalidyzującego OCD. Nie unikaliśmy opowieści o niezrozumieniu i klęsce terapeutycznej, ponieważ nawet wielkie zaangażowanie leczących nie musi wcale oznaczać pewnego sukcesu.

Dziękuję Wszystkim Koleżankom i Kolegom za przygotowanie materiału zjazdowego i uczestnictwo w naszym spotkaniu.