

Szymon Bazaniak¹, Marta Boczkowska^{1, 2}

¹Uniwersytet Medyczny w Łodzi

²Zakład Psychologii Lekarskiej, Katedra Nauk Humanistycznych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Trudności w diagnozie różnicowej zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych ze słabym wglądem i schizofrenii

Obsessive-compulsive disorder with a poor insight-clinical case

Abstract

The aim of the study is to present a clinical description of a patient with diagnosis of schizophrenia and was suffering from obsessive-compulsive disorder (OCD). Schizophrenia may be characterized by symptoms from the spectrum of anankastic behaviour that fall under the clinical picture of this nosological unit. There are also possibilities for the existence OCD with poor insight, which would be describe improperly such as schizophrenia. Content of work recommended for publication on the subject of psychopathological schizophrenia and obsessive-compulsive disorder in the context of diagnostic difficulties with other diseases.

Psychiatria 2021; 18, 1: 68–71

Key words: OCD, schizophrenia, comorbidity, diagnosis

Wstęp

Zaburzenie obsesyjno-kompulsywne (OCD, *obsessive-compulsive disorder*) charakteryzuje się, jak sama nazwa wskazuje, obsesjami i kompulsjami. Obsesje to nawracające i uporczywe myśli, pragnienia oraz wyobrażenia, przeżywane jako natrętne i niechciane. Kompulsje to powtarzające się zachowania lub czynności umysłowe doświadczane przez osobę jako przymusowe, wykonywane w reakcji na obsesję lub zgodnie z regułami, którym musi się sztywno podporządkować [1]. Współistnienie zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych i symptomatów z kręgu objawów anankastycznych (OCS, *obsessive-compulsive symptoms*) w różnych zaburzeniach neuropsychiatrycznych zostało w ciągu lat dobrze ustalone. Obejmują one zespół Tourette'a (TS, *Tourette syndrome*), autyzm, płasawicę Sydenhama, trichotillomanię, zaburzenia odżywiania i dysmorficzne

oraz zaburzenia afektywne [2, 3]. Natręstwa występują także w przebiegu schizofrenii, a ich prezentacja może dotyczyć fenomenów klinicznych, takich jak: 1) OCD/OCS jako integralna część psychozy schizofrenicznej, 2) OCD/OCS jako prodrom schizofrenii, 3) OCD/OCS indukowane lekami przeciwpsychotycznymi 4) OCD/OCS jako koincydencja schizofrenii [4, 5]. W dużym, kontrolowanym, prospektywnym badaniu epidemiologicznym, przeprowadzonym u nowo zdiagnozowanych pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi, stwierdzono obecność 10–20% osób z współlistniejącymi objawami OCS [3]. W ciągu ostatnich trzech dekad badacze zgłaszali częstość OCS w populacji chorych na schizofrenię wynoszącą 10–52% i OCD w populacji chorych na schizofrenię — 7,8–26% [6]. Jednak ostatnie obserwacje pojawienia się OCD *de novo* związane z atypowymi lekami przeciwpsychotycznymi schizofrenii zwiększa prawdopodobieństwo, że niektóre z tych przypadków OCD były wywołane przez leki. W jednym badaniu z grupą 475 osób z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi 14% miało lub było w trakcie rozwijania pełnoobjawowej psychozy, a 4% z nich ostatecznie spełniło pełne kryteria schizofrenii [6, 7]. Częstym powikłaniem OCD, obok

Adres do korespondencji:

Szymon Bazaniak
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
e-mail: szymon.bazaniak@gmail.com

niskiej samooceny i deficytów w życiu psychospołecznym, są objawy dużej depresji [8].

Opis przypadku

Pacjent Z.Z. został przyjęty na oddział psychiatrii dzieci i młodzieży z powodu licznych objawów negatywnych, z apatią, zubożeniem wypowiedzi. Objawy te nasilały się powoli od około 3 miesięcy. Pierwszy pobyt w szpitalu psychiatrycznym pacjent odbył w 17. roku życia. Po konsultacji u lekarza rodzinnego został skierowany do szpitala psychiatrycznego, gdzie zastosowano leczenie antypsychotyczne i postawiono diagnozę schizofrenii paranoidalnej. Podczas wywiadu psychiatrycznego badany przytoczył dwie historie: pierwsza dotyczyła ruszających się pokutników na obrazku ze zdjęciem pielgrzymów idących w stronę Jasnej Góry, natomiast w drugiej opisał, jak przy wpatrywaniu się w obrazek Pierwszej Komunii ukazał mu się Jezus. Objawy te zostały zdiagnozowane jako symptomy psychotyczne, a poprzedziły je skargi chorego na brak chęci do działania, stał się znużony, cechował się marazmem, mimo że były wakacje, nie miał chęci spotykać się ze znajomymi, wycofał się z kontaktów społecznych, twierdził również, iż doświadczał nieuzasadnionego lęku i obawy o przyszłość.

Pacjent źle wspomina hospitalizację, po trzech tygodniach pobytu został wypisany na żądanie przez rodziców, następnie leczenie zostało zmodyfikowane i było stosowane przez 5 lat (brak danych o lekach). Należy podać w wątpliwość pierwotną diagnozę, gdyż zastosowane leczenie przeciwpsychotyczne nie przyniosło znaczącej poprawy u pacjenta, dopiero leczenie ambulatoryjne (najprawdopodobniej rozszerzone o lek przeciwdepresyjny) spowodowało ustąpienie wszystkich objawów. Specyficzne objawy psychotyczne połączone z obniżonym nastrojem, brakiem chęci i zdolności odczuwania przyjemności wraz z utrudnionym funkcjonowaniem poznawczym mogły świadczyć o ciężkim epizodzie depresyjnym z objawami psychotycznymi bądź depresji, w której występowały natręctwa o charakterze religijnym.

Przez 13 lat pacjent nie podejmował leczenia, dlatego trudno tu ustalić, czy objawy chorobowe nie występowały, czy może były na tyle słabe lub zhabituowane, że pacjent nie korzystał z pomocy psychiatry. W tym okresie występowały natomiast specyficzne zachowania powiązane z silną religijnością pacjenta (np. nieustająca modlitwa różańcowa). Mając na uwadze późniejszy rozwój zdarzeń klinicznych, zachowania te mogły mieć charakter anankastyczny, jednak były przez Z.Z. traktowane bezkrytycznie. W wieku 30 lat ponownie nasiliły się u niego natrętne myśli, które dotyczyły obawy niewyłączonego gazu w kuchni, niezakręconego kranu w łazience czy niezamknięcia

drzwi, przez co pacjent kilkakrotnie wracał do domu, aby się upewnić, czy to na pewno zrobił, mimo że sprawdzał kilkanaście razy przed wyjściem z mieszkania. Zaczął spóźniać się do pracy, gdzie wykonywał prace ślusarskie, później został z niej zwolniony z powodu wielogodzinnych rytuałów OCD. Pacjent wykonywał również przymusowe operacje myślowe, posługiwał się kompulsjami mentalnymi dotyczącymi przeszłości, aby jego poczucie, że wydarzy się coś złego, uległo zmniejszeniu. Obsesje i kompulsje znacznie się nasiliły — na tyle, że zakłócały podstawowe funkcjonowanie chorego, w konsekwencji trafił więc na oddział psychiatryczny w celu wdrożenia odpowiedniej farmakoterapii i psychoterapii.

Otrzymał sertralinę w dawce 150 mg rano oraz kwetiapinę w dawce 400 mg wieczorem. Leczenie przyniosło bardzo dobre rezultaty, chory przeszedł psychoterapię poznawczo-behawioralną oraz rehabilitację środowiskową, jednak obecnie nie pracuje w swoim wyuczonym zawodzie. Pacjent leczy się na OCD od 10 lat, obecnie ma 40 lat, terapia nie została przerwana z powodu nawrotu objawów anankastycznych przy próbie odstawienia sertraliny oraz kwetiapiny. Obecnie chory przebywa na oddziale dziennym z powodu ponownego nasilenia objawów obsesyjno-kompulsywnych.

Dyskusja

Ważnym problemem klinicznym, który obrazuje powyższy przypadek, jest występowanie pozornie zbliżonych fenomenów w różnych jednostkach chorobowych, utrudniających trafną diagnozę, a w konsekwencji podjęcie i wdrożenie odpowiedniego leczenia. Pacjent, którego przedstawiono w niniejszym artykule, przejawiał szerokie spektrum symptomów specyficznych dla różnych zaburzeń psychicznych, począwszy od zaburzeń należących do spektrum zaburzeń psychotycznych do objawów obsesyjno-kompulsywnych.

Obraz kliniczny nie był wystarczająco swoisty, a doznania pacjenta, mające najpewniej charakter impulsów wyobraźniowych, typowych dla religijnego OCD, zostały pochopnie zinterpretowane jako objawy psychotyczne. Dodatkowo, obecność objawów depresyjnych jeszcze bardziej utrudniała postawienie rozpoznania zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych i niejako „upsychotyczniała” natręctwa religijne. Nie sposób zapomnieć, że pacjent miał wtedy zaledwie 17 lat i nie posiadał żadnego rozeznania we własnym cierpieniu. Treść objawów chorego nawiązywała do symboli grzechu i pokuty, poczucia winy, co spójnie korespondowało ze specyfiką natrętnych wyobrażeń o charakterze religijnym. W przeciwieństwie do schizofrenii nie miały one charakteru dziwnego i były krytycznie odbierane przez pacjenta jako bezsensowne i absurdalne.

U chorego nie występują obecnie objawy negatywne ani pozytywne schizofrenii, jednak wróciły obsesje i kompulsje dotyczące higieny oraz lęku przed katastrofą. Objawy anankastyczne obejmują również obsesyjne wątpliwości będące wyrazem niepewności pacjenta w stosunku do wcześniejszych działań, rytuały związane ze sprawdzaniem łączące się z obniżeniem poczucia bezpieczeństwa. Pacjent wykonuje przymusowe operacje myślowe, na przykład liczy wielokrotnie według skomplikowanej zasady, często połączonej z nawracającymi wątpliwościami, czy liczenie zostało wykonane prawidłowo i przymusem rozpoczynania rytuału od początku. Zważając na całą historię choroby pacjenta, należy podkreślić trudność w różnicowaniu natręctw i schizofrenii. Badanie kliniczne powinno się koncentrować na kilku aspektach, które pomagają odróżnić urojenia występujące w zespołach paranoidalnych od obsesji w OCD. Urojenia często są określone przez otoczenie jako nierealistyczne, dziwaczne i niemogące zaistnieć w rzeczywistości, mimo perswazji, osąd osoby mającej urojenie pozostaje niezmienny. Urojenia opisują zatem dziwaczne lub ewidentnie nieprawdziwe „fakty” [4]. Natomiast w obsesjach sama treść jest możliwa do zaistnienia, na przykład rozebranie się w miejscu publicznym, ale odbierana przez chorego jako egodystoniczna. Problemu nastroczają skrajnie dziwaczne obsesje, na przykład przekonanie o możliwości zapłodnienia kobiety poprzez pływanie w basenie. Istotny w odróżnieniu urojeń i obsesji jest obiektywizm pacjenta oraz lekarza odnoszącego treść twierdzeń do poziomu wykształcenia, grupy kulturowej i etnicznej pacjenta. Należy również zaznaczyć, że w klasyfikacji *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) należy określić, czy OCD przebiega z dobrym czy słabym wglądem, a nawet z brakiem wglądu/z przekonaniem urojeniowymi [1]. Słaby wgląd często wiąże się z wczesnym początkiem choroby, cięższym i dłuższym prze-

biegiem oraz niepełną odpowiedzią farmakologiczną chorego, a także zwiększonym prawdopodobieństwem występowania dużej depresji. Niekiedy myśli natrętne mogą sugerować halucynacje słuchowe czy automatyzmy psychiczne, szczególnie w przypadku, gdy ich treść ma charakter prostych pytań, słów piosenki lub wypowiedzi, cechujących się niemożnością odsunięcia ich od siebie, ważne jest w tym przypadku, że są przez pacjenta traktowane krytycznie i chory w pewnym stopniu może je modulować. Niektórzy twierdzą, że są „wytworem ich chorego mózgu”. Objawy zaburzeń myślenia pod postacią zubożenia czy spowolnienia mogą stanowić element ciężkiego OCD z powodu zakłóconego przetwarzania informacji i zaburzeniami funkcji poznawczych, które występują w OCD. Objawy zaburzeń aktywności intencjonalnej mogą nakładać się na obraz schizofrenii, depresji oraz OCD. Szczególnie istotne jest różnicowanie kompulsji ze stereotypiami ruchowymi, co często sprawia problem. Mimo że kompulsje są rozbudowane do dziwacznych, wielogodzinnych rytuałów myślowo-ruchowych, to jednak są realizowane świadomie, w celu wykorzystania ich magicznego efektu odczyniania lęku. Dzieje się tak w przeciwieństwie do zaburzeń ruchowych w schizofrenii, które są przejawem utraty kontroli nad treściami myśli bądź przejawami idei psychotycznych, pozornie tylko zbornych, a niedostosowanych do rzeczywistości. Opisany pacjent co kilka minut spoziera na przykład do góry, w prawo albo w tył. Dopiero ustna klaryfikacja pozwoliła na stwierdzenie, dlaczego tak robi — obawia się, że stanie się coś złego, kiedy tego zaprzestanie [9–11]. Reasumując, w przebiegu klinicznym zaburzeń psychicznych u pacjenta Z.Z. można wyróżnić ciężki epizod depresji psychotycznej z natręctwami jako początek zachorowania, wieloletni nieleczony przebieg OCD, a następnie celowaną i skuteczną farmakoterapię OCD oraz nawrót OCD w ostatnim czasie.

Streszczenie

Celem pracy jest przedstawienie opisu przypadku klinicznego pacjenta z postawioną diagnozą schizofrenii, cierpiącego na nielezione zaburzenie obsesyjno-kompulsywne (OCD). Schizofrenia się charakteryzować objawami ze spektrum zachowań anankastycznych, które wpisują się w ramy klinicznego obrazu tej jednostki nozologicznej. Pojawia się jednak możliwość istnienia zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego ze słabym wglądem, co niejednokrotnie jest niewłaściwie rozpoznawane jako schizofrenia. Treść pracy odwołuje się do publikacji dotyczących problemów w diagnostyce psychopatologicznej schizofrenii oraz OCD, szczególnie w kontekście diagnozy różnicowej OCD z innymi jednostkami chorobowymi, w tym ze schizofrenią.

Psychiatrii 2021; 18, 1: 68–71

Słowa kluczowe: OCD, schizofrenia, współchorobowość, diagnoza

Piśmiennictwo:

1. Galecki P, Pilecki M, Rymaszewska J. Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM V. Edra Urban & Partner, Wrocław 2018.
2. Hwang MY, Kim SW, Yum SY, et al. Schizophrenia with obsessive compulsive features. *Psychiatry (Edgmont)*. 2006; 3(9): 34–41, indexed in Pubmed: [20975826](#).
3. Craig T, Hwang MY, Bromet EJ. Obsessive-compulsive and panic symptoms in patients with first-admission psychosis. *Am J Psychiatry*. 2002; 159(4): 592–598, doi: [10.1176/appi.ajp.159.4.592](#), indexed in Pubmed: [11925297](#).
4. Żerdziński M, Płader A. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne i schizofrenia: różnicowanie, współwystępowanie, leczenie. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 2004; 13(3): 263S–276S.
5. Bottas A., Cooke R.G., Richter M.A. Comorbidity and pathophysiology of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: is there evidence for a schizo-obsessive subtype of schizophrenia? *J Psychiatry Neurosci*. 2005;30(3):187S-193S. PMID: 15944743; PMCID: PMC1089779.
6. Frommhold K. Obsessive-compulsive disorder and schizophrenia. A critical review. *Neurol Psychiatr*. 2006; 74(1): 32S–48S, doi: [10.1055/s-2004830284](#), indexed in Pubmed: [16429333](#).
7. Krzyszkowiak W, Kuleta-Krzyszkowiak M, Krzanowska E. Leczenie zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (OCD) i zaburzeń powiązanych (OCRD). *Psychiatr Pol*. 2019; 53(4): 825S–843S.
8. Payton J, Mair P, Riemann C, et al. McNally R. A network perspective on comorbid depression in adolescents with obsessive-compulsive disorder *Journal of Anxiety*. 2018; 53: 1S–8S.
9. Ravi Kishore V, Samar R, Janardhan Reddy YC, et al. Clinical characteristics and treatment response in poor and good insight obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry*. 2004; 19(4): 202–208, doi: [10.1016/j.eurpsy.2003.12.005](#), indexed in Pubmed: [15196601](#).
10. Zink M. Comorbid Obsessive-Compulsive Symptoms in Schizophrenia: Insight into Pathomechanisms Facilitates Treatment. *Adv Med*. 2014; 2014: 317980, doi: [10.1155/2014/317980](#), indexed in Pubmed: [26556409](#).
11. Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. *Psychiatria Tom II*. Edra Urban & Partner, Wrocław 2011: 244S.