

## Natęctwa w schizofrenii

### Wstęp

Badając związek natęctw ze schizofrenią napotyka się sięgające ubiegłego wieku kliniczne opisy syndromu natęctw w psychozach (6). W literaturze klinicznej opisywane jest zarówno występowanie natęctw w schizofrenii jak również „przejście” od natęctw do zaburzeń schizofrenicznych (9).

### Prevalencja

Wyniki badań dotyczące prevalencji natęctw w schizofrenii wahają się między 1 a 3,5% w starszej i 12 – 20% w nowszej literaturze (6, 1). W studium ECA z roku 1988 (8) stwierdzono w 12,2% przypadkach schizofrenii towarzyszące tej chorobie występowanie natęctw.

Różnice w wynikach badań nad prevalencją symptomatyki natęctw w schizofrenii nie są zaskoczeniem, ponieważ w badaniach stosowano odbiegające od siebie definicje schizofrenii, a ponadto zbieranie danych na temat symptomatyki natęctw odbywało się przy pomocy różnych metod (np. retrospektywna analiza historii choroby, metoda anamnestyczna, wywiad kliniczny, standaryzowana rejestracja symptomów wg kryteriów). Oprócz tego badano pacjentów.

Kontrowersje wzbudza ciągle kwestia, czy istnieje długotrwały syndrom natęctw, który w końcu przechodzi w psychozę schizofreniczną. Prezentowane tutaj wyniki badań empirycznych różnią się do siebie i w zależności od okresu katamnezy wahają się

między 0 – 12,3% (9). Goodwin et al. (1969) nie znaleźli w metaanalizie przypadków pacjentów z dłuższymi okresami natęctw znaczącego wzrostu ryzyka zachorowania na schizofrenię; autorzy wykazali, że przebieg choroby natęctw jest wprawdzie chroniczny, jednak zmienny.

### Diagnostyka

Interesujące pod względem psychopatologicznym, a równocześnie problematyczne są te przypadki, w których rozpoznanie różnicowe natęctwo i/lub schizofrenia długo pozostaje nierozstrzygnięte. Pacjentom z silnie zaznaczającym się syndromem natęctw, u których przejściowo występują również syndromy psychozy, tradycyjni autorzy postawili diagnozę „schizofrenia pseudoneurotyczna” (Mayer-Gross, 1932). Autorzy ci traktowali syndrom natęctw przede wszystkim jako wyraz niespecyficznej reakcji anankastycznej osobowości pierwotnej na utajoną psychozę. Myśli natęctne rozumiano tu np. jako zwiastuny urojeń, ewentualnie jako niespecyficzne symptomy zwiastujące psychozę schizofreniczną. Stengel (1944) interpretował symptomatykę natęctw np. jako mechanizm copingu (radzenia sobie) mający na celu „stłumienie” symptomatyki psychotycznej.

Współcześni autorzy (Insel i Akiskal, 1986; Zohar et al., 1993) określają podobny przebieg choroby jako zaburzenie schizoobsesyjne albo jako zespół natęctw z cechami psychotycznymi. Autorzy ci traktują natęctwa

two jako psychopatologiczne spektrum zaburzeń, przy czym zarówno wgląd w symptomatykę natręctw jak i opór przeciwko tej symptomatyce mogą się bardzo różnić pod względem stopnia intensywności. Obserwacje kliniczne przemawiają za tym, że w chorobie natręctw mogą przejściowo wystąpić stany psychotyczne. Pytanie, jakie się z tym wiąże dotyczy kwestii, czy symptomatykę psychotyczną traktować jako wskaźnik stopnia ciężkości zespołu natręctw, czy natręctwa traktować jako objaw zwiastujący psychozę schizofreniczną, czy też należy zdecydować się na postawienie dwóch diagnoz. Cechą charakterystyczną tej grupy pacjentów ma być to, że nie zawsze przeżywają natręctwa jako egodystoniczne.

Inny poważny problem związany z rozpoznaniem różnicowym polega na tym, że w schizofrenii istnieje fenomenologiczny brak ostrości brzeżnej pomiędzy objawami natręctw a objawami schizofrenicznymi. Tak więc, trudno jest na przykład odróżnić od siebie myśli natrętne i występujące w schizofrenii określone zaburzenia poznania (idee nadwartościowe, urojenia, stereotypy myślowe, słabość ekstynkcji, powtarzające się ruminalacje). Höffler i Braunig (1994) zwrócili uwagę na fenomenologiczne przejście pomiędzy symptomami natręctw a określonymi symptomami katatonicznymi – stereotypami, rytuałami, manierami, dziwacznością.

Biorąc pod uwagę wyniki badań Eggersa (1969) Braun-Scharm zidentyfikował zmienne typy kombinacji natręctw i symptomatyki schizofrenicznej, z których wynikało, że objawy natręctw mogą występować przedchorobowo zarówno przed, w trakcie, jak i po ostrych stadiach schizofrenii. Ponadto opisane zostało naprzemienne występowanie objawów natręctw oraz symptomatyki psychotycznej w schizofrenii, jak również trwająca przez dłuższy okres koegzystencja natręctw i objawów schizofrenii.

Fenton i McGlashan (1986) przebadali klinicznie znaczenie symptomatyki natręctw w schizofrenii i uznali je za predyktory rokujące niepomyślnie.

Na tle literatury klinicznej na temat objawów natręctw w schizofrenii nie jest niczym zaskakującym, że dzisiaj mówi się nawet o

obsesyjno – kompulsywnym subtypie psychozy schizofrenicznej (1).

Poniższa kazuistyka obrazuje problematykę kliniczną. Chodzi o pacjentkę, która już w dzieciństwie zachorowała na zespół natręctw, przejściowo cierpiała także na manię wrywania włosów. We wczesnym okresie dojrzałości pojawiła się u tej pacjentki psychoza schizofreniczna.

## Kazuistyka

### Wywiad rodzinny:

Ojciec pacjentki cierpi na zespół natręctw. U jednego z braci ojca pojawiły się w okresie dzieciństwa natręctwa a we wczesnym okresie dojrzałości zachorował na psychozę schizofreniczną. Jedyna siostra pacjentki cierpi na zespół natręctw i lęki. W wieku dorastania była leczona stacjonarnie z powodu lęków. Matka pacjentki jest leczona psychiatrycznie z powodu ogólnych zaburzeń lękowych.

### Wywiad indywidualny:

Skomplikowana ciąża matki (ciąża ryzyka z powodu skłonności do przedwczesnego porodu). Poród o czasie, bez komplikacji. Spowolniony rozwój statomotoryczny – swobodne chodzenie dopiero w wieku 20 miesięcy, z pominięciem fazy raczkowania. Rozwój mowy o czasie. Przyuczanie do czystości zakończyło się dopiero w 3 roku życia. Nie chorowała na ciężkie choroby wieku dziecięcego. W wieku przedszkolnym manifestacja manii wrywania włosów. Już wtedy pojawiły się częste stany lękowe i pierwsze oznaki natręctw jak również wyraźne skłonności do rytualizacji oraz tendencja do sztywnych działań rutynowych. Z powodu wadliwej postawy ciała pacjentka od urodzenia uczęszczała na zajęcia gimnastyki korekcyjnej. We wczesnym wieku szkolnym natręctwa lękowe, myślowe, dotykowe i wyraźne zaburzenia kontaktu z rówieśnikami. W wieku 12 lat manifestacja silnego chorobliwego popędu do mycia, ponadto zwątpienia, trudności z podejmowaniem decyzji, silnej manii wrywania włosów i zaburzeń jedzenia (zachowania subanorektyczne, unikanie określonych artykułów spożywczych, chwilami

nieodpowiednie konsumowanie słodczy). Zaostrzenie symptomów w 17 roku życia, do których dołączyły jeszcze silny lęk, zachowania negatywistyczne i manieryczne. Na tle dotychczasowych wyraźnych psychotycznych zmian w przeżywaniu uformowały się cechy ruchowe dla schizofrenii (zachowania anankastyczne, myślenie magiczne, rytualizacje i stereotypy, zachowania dziwaczne).

Pomiędzy 17 i 21 rokiem życia 7 terapii psychiatrycznych w klinice. Za każdym razem występowała alternacja z jednej strony natręctw idących w parze z lękliwością i depresyjnością, z drugiej zaś strony psychotycznych zmian przeżywania z urojeniami odniesieniowymi, halucynacjami i symptomatyką katatoniczną. Wystąpiły następujące objawy katatoniczne: manieryczność mowy, wyrazu, ruchu, zachowania dziwaczne, parakineza, katalepsja, zjawiska echa, stereotypy ruchowe, stereotypy językowe (verbalizacje), stereotypy postawy ciała, objawy dysmorfofobiczne, ambiwalencja/ambivalentność oraz impulsywna gotowość do działania.

W okresach pomiędzy stadiami choroby z ostrymi objawami schizofrenii pacjentka przedstawiała sobie obraz kliniczny mocno rozwiniętego ("złośliwego") syndromu natręctw. Na plan pierwszy wysuwały się następujące objawy: natręctwo mycia, porządkowania i kontrolowania, wsteczne ubezpieczanie się, ruminaacja, drobiazgowość i spowolnienie, niemożność znoszenia cielesnej lub przestrzennej bliskości innych ludzi (bliskość indukuje nieścisłość lub niechęć), zachowania nacechowane wahaniem i niemożnością podejmowania decyzji, mania wyrwania włosów, objawy dysmorfii ciała, natręctwa dotykowe (stereotypowe dotykanie niektórych części ciała, jak również ścian oraz określonych mebli), natrętne patrzenie do lustra, sztywność, nieelastyczność, zachowania negatywistyczne – odrzucające, lękliwość w kontaktach, natręctwo systematyzacji i symetrii, natręctwo liczenia lub odliczania, powtarzające się, rytualizowane naciskanie klamki. Następnie można było zaobserwować nawykowe koliste ruchy ramion, tiki mimiczne i nawykowe, sprawiające wrażenie zakłopotania

kręcenie przedramion lub dłoni. Przejściowo występują także przeżycia depersonalizacyjne. Następnie dało się zaobserwować stereotypowe przyjmowanie dziwnych postaw ciała i nienaturalnie długie zachowywanie tych pozycji.

Leczenie farmakologiczne było utrudnione, ponieważ pacjentka wykazywała ekstremalną nietolerancję na konwencjonalne neuroleptyki – już przy niskich dawkach neuroleptyków pojawiała się silna akatyzya i ostra dystonia jak również wyraźne objawy choroby Parkinsona. Także benzodiazepiny, przy pomocy których można zazwyczaj osiągnąć pozytywne rezultaty, zwłaszcza w przypadku ukrytego syndromu katatonicznego, dawały jedynie umiarkowany efekt terapeutyczny. Poprawę objawów udało się osiągnąć po zastosowaniu leczenia clozapiną (12,5-75 mg) z dodatkiem inhibitora wychwytu zwrotnego serotoniny – fluvoxaminy (25-100 mg).

Pod względem psychoterapeutycznym korzystne dla pacjentki było objaśnienie jej modelu zaburzeń jak również rozpracowanie funkcjonalności objawów, które po części przeżywała jako egodystonię. Zrozumiała zależność pomiędzy nasileniem niepokoju i lęku a ich słabnięciem wywołanym przez natręctwa. Pomimo swojej niskiej wytrzymałości pacjentka nauczyła się redukować czas poświęcany natrętnemu wstecznemu ubezpieczeniu się, co w szczególny sposób zaburzało kontakty z innymi ludźmi.

### Podsumowanie

Kazuistyka ta pokazuje, że objawy natręctw w psychozach schizofrenicznych stanowią obok objawów pozytywnych i negatywnych objawy dodatkowe, koniecznie zasługujące na uwagę, ponieważ mogą spowodować znaczne cierpienie, a z tym związane są zasadnicze konsekwencje terapeutyczne. Konsekwencje te dotyczą zarówno farmakoterapii (podawanie inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny) jak również leczenia przy pomocy psychoterapii (terapia zachowania ze szczególnym uwzględnieniem objawów natręctw). Ponadto stwierdzenie i właściwa interpretacja tych objawów (zachowania anankastyczne, stereotypowe, rytuały) są podstawą efektywnego poradnic-

stwa dla opiekunów i członków rodziny, co ma im umożliwić wypracowanie właściwego zrozumienia dla specyficznych problemów, takich jak np. popędliwość, brak elastyczności lub natrętne wsteczne ubezpieczanie się.

#### Literatur

- 1 Berman, I.; Kalinowski, A.; Berman, S.M.; Lengua, J.A.; Green, A.I.: Obsessive and compulsive Symptoms in chronic Schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* 36: 6-10, 1996.
- 2 Braun-Scharm, H.: Zwangssphänomene bei schizophrenen Jugendlichen. *Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 40: 166-171, 1991.
- 3 Fenton, W.S.; McGlashan, T.H.: The prognostic significance of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 143: 437-441, 1986.
- 4 Goodwin, D.W.; Guze, S.B.; Robins, E.: Follow up studies in obsessional neurosis. *Arch Gen Psychiatry*, Vol. 20: 182-187, 1969.
- 5 Höffler, J.; Bräunig, P.: Hypokinetische Starre, Manieren, Anankasmen: Zur Differenzierung von Bewegungsstörungen bei Schizophrenien. In: Huffmann, G.; Branne, H.-J.; Henn, K.-H. (Hrsg.) *Extrapyramidalmotorische Erkrankungen*. Einhorn-Press Verlag, Reinbeck S. 616-620, 1994.
- 6 Huber, G.; Gross, G.: Zwangssyndrome bei Schizophrenie. *Schwerpunktmed.* 5. Heft 2, 1982.
- 7 Insel, T.R.; Akiskal, H.S.: Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: A phenomenologic analysis. *American Journal of Psychiatry* 143: 1527-1533, 1986.
- 8 Karno, M.; Golding, J.M.; Sorenson, S.B.; Burman, A.: The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five U.S. communities. *Arch Gen Psychiatry* 45: 1094-1099, 1988.
- 9 Müller, C.: Der Übergang von Zwangneurose in Schizophrenie im Lichte der Katamnese. *Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiat* 72: 218-231, 1953.