

PIASEK, Laura, SZAFRAN, Adrianna, WIŚNIEWSKA, Klaudia, OSTAŃSKA, Agnieszka, TERELAK, Wiktor, CIECHAŃSKI, Marcin, WITKOWSKA, Edyta, GODEK, Grzegorz, WIĘCŁAW, Kacper and STAŃKO, Katarzyna. Understanding obsessive-compulsive disorder - literature review. *Journal of Education, Health and Sport.* 2023;40(1):94-110. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2023.40.01.009>
<https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/44969>
<https://zenodo.org/record/8214628>

The journal has had 40 points in Ministry of Education and Science of Poland parametric evaluation. Annex to the announcement of the Minister of Education and Science of 17.07.2023 No. 32318. Has a Journal's Unique Identifier: 201159. Scientific disciplines assigned: Physical Culture Sciences (Field of Medical sciences and health sciences); Health Sciences (Field of Medical Sciences and Health Sciences). Punkty Ministerialne z 2019 - aktualny rok 40 punktów. Załącznik do komunikatu Ministra Edukacji i Nauki z dnia 17.07.2023 Lp. 32318. Posiada Unikatowy Identyfikator Czasopisma: 201159. Przynależność dyscypliny naukowej: Nauki o kulturze fizycznej (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu); Nauki o zdrowiu (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu).

© The Authors 2023;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author (s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non commercial license Share alike. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 09.07.2023. Revised:30.07.2023. Accepted: 31.07.2023. Published: 08.08.2023.

Understanding obsessive-compulsive disorder - literature review

Zrozumieć zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne - przegląd literatury

Laura Piasek, Adrianna Szafran, Klaudia Wiśniewska, Agnieszka Ostańska, Wiktor Terelak, Marcin Ciechański, Edyta Witkowska, Grzegorz Godek, Kacper Więclaw, Katarzyna Stańko

Laura Piasek

Independent Health Care Center of the Ministry of Interior and Administration, Grenadierów Street 3, 20-331 Lublin

<https://orcid.org/0009-0004-3104-3393>

Email: laurapiasek28@gmail.com

Adrianna Szafran

Independent Health Care Center of the Ministry of Interior and Administration, Grenadierów Street 3, 20-331 Lublin

<https://orcid.org/0009-0004-5723-338X>

Email: adrianna.esz@gmail.com

Klaudia Wiśniewska

Independent Health Care Center of the Ministry of Interior and Administration, Grenadierów Street 3, 20-331 Lublin

<https://orcid.org/0009-0004-4732-806X>

Email: klaudiawisniewska1303@gmail.com

Agnieszka Ostańska

Independent Health Care Center of the Ministry of Interior and Administration, Grenadierów Street 3, 20-331 Lublin

<https://orcid.org/0009-0000-3830-5625>

Email: agnieszkaostanska@gmail.com

Wiktor Terelak

Independent Health Care Center of the Ministry of Interior and Administration, Grenadierów Street 3, 20-331 Lublin

<https://orcid.org/0009-0001-9429-6038>

Email: wikter.wt@gmail.com

Marcin Ciechański

Medical University of Lublin, Raclawicka Avenue 1, 20-059 Lublin

<https://orcid.org/0009-0001-6243-714X>

Email: ciechanski.mc@gmail.com

Edyta Witkowska

Medical University of Lublin, Raclawicka Avenue 1, 20-059 Lublin

<https://orcid.org/0009-0005-6139-5282>

Email: edyta.witkowska321@gmail.com

Grzegorz Godek

Municipal Hospital in Ruda Śląska Ltd., Wincentego Lipa Street 2, 41-703 Ruda Śląska

<https://orcid.org/0000-0001-7332-9534>

Email: grzegorz_godek@o2.pl

Kacper Więclaw

Stefan Cardinal Wyszyński Provincial Specialist Hospital in Lublin, Kraśnicka Avenue 100, 20-718 Lublin

<https://orcid.org/0009-0005-9959-6709>

Email: kwieclaww@gmail.com

Katarzyna Stańko

Independent Public Clinical Hospital No.4 in Lublin, K. Jaczewskiego Street 8, 20-954 Lublin

<https://orcid.org/0009-0003-1097-2508>

Email: kasiastanko95@gmail.com

Abstrakt:

Wstęp: Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne są pogarszającą jakość życia grupą zaburzeń, z którymi pacjenci najczęściej zmagają się przez całe życie. Polegają one na występowaniu obsesji (uporczywych, niechcianych myśli) oraz kompulsji (czynności/rytuałów wykonywanych przez pacjenta w celu zmniejszenia uczucia dyskomfortu związanego z obsesjami). Obecnie rozpoznawane są na podstawie kryteriów DSM-5.

Cel pracy: Celem niniejszej pracy jest przegląd oraz analiza dostępnej literatury na temat zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych.

Materiał i metody: Dokonano przeglądu literatury dostępnej w bazie PubMed oraz Google Scholar na temat zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych.

Wyniki: Dokładna przyczyna ZOK pozostaje dalej nieznana. Podejrzewa się udział czynników m.in. genetycznych i środowiskowych. Wykazano, że uszkodzenia niektórych struktur mózgu w wyniku urazu lub chorób neurodegeneracyjnych mogą prowadzić do rozwinięcia obsesji i/lub kompulsji. Na ciężkość objawów ma wpływ mała elastyczność poznawcza, duże poczucie odpowiedzialności oraz myślenie magiczne. Obecnie podstawą leczenia jest farmakoterapia i/lub psychoterapia. Obraz osób z ZOK jest obecny w historii i sztuce od wieków.

Podsumowanie: Aspekty, przyczyny oraz metody leczenia ZOK są wciąż badane i odkrywane. Przedstawianie tego zaburzenia za pomocą sztuki może pozytywnie wpłynąć na świadomość oraz akceptację społeczną.

Słowa klucze: zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne; obsesje; kompulsje.

Abstract:

Introduction: Obsessive-compulsive disorder can decrease the quality of life and is often experienced by patients throughout their lives. They involve the presence of obsessions (persistent, unwanted thoughts) and compulsions (actions/rituals performed by the patient to alleviate the discomfort associated with the obsessions). Currently, they are diagnosed based on the criteria of DSM-5.

Aim of the study: The aim of this study is to review and analyze the available literature on obsessive-compulsive disorders.

Materials and methods: A review of the literature available in the PubMed and Google Scholar databases on obsessive-compulsive disorders was conducted.

Results: The exact cause of OCD remains unknown. The involvement of genetic and environmental factors is suspected. It has been shown that damage to certain brain structures due to injury or neurodegenerative diseases can lead to the development of obsessions and/or compulsions. The severity of symptoms is influenced by cognitive inflexibility, a high sense of responsibility, and magical thinking. Currently, pharmacotherapy and/or psychotherapy form the basis of treatment. The portrayal of individuals with OCD has been present in history and art for centuries.

Summary: Aspects, causes, and treatment methods of OCD are still being investigated and discovered. Presenting this disorder through art can positively impact awareness and social acceptance.

Keywords: obsessive-compulsive disorders; obsessions; compulsions.

Wstęp

Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (ang. obsessive-compulsive disorder, OCD) są, jak sama nazwa wskazuje, utrudniającym codzienne funkcjonowanie zaburzeniem polegającym na występowaniu uciążliwych, powtarzających się myśli zwanych “obsesjami” [1,2]. Do najczęstszych obsesji należą: lęk przed zabrudzeniem/skażeniem, lęk przed wyrządzeniem

krzywdy, lęki o charakterze seksualnym, lęki o podłożu religijnym oraz potrzeba wykonania czynności w odpowiedni sposób, powodujący subiektywne uczucie zadowolenia i satysfakcji [3]. W celu zmniejszenia napięcia oraz złagodzenia stresu związanego z tymi myślami, pacjent wykonuje pewne czynności bądź rytuały zwane “kompulsjami”. Dane rytuały mogą być prywatne - wykonywane w samotności lub też mogą wymagać obecności innych uczestników. Do najczęstszych kompulsji należą: mycie rąk, liczenie i układanie przedmiotów, sprawdzanie (np.: czy drzwi są zamknięte, kurki z wodą zakręcone) [1,2].



Rycina 1. Cykl zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (źródło: opracowanie własne na podstawie: <https://psychcentral.com/ocd/ocd-cycle#what-is-an-ocd-cycle>, (2023))

Niektórzy pacjenci z diagnozą OCD, poza obsesjami i kompulsjami, zgłaszają również tiki - najczęściej ruchowe lub głosowe. Tiki ruchowe to krótkotrwałe, nagłe i powtarzające się ruchy, np.: mruganie, grymas twarzy, wzruszanie ramionami, nagłe ruchy głowy i ramion. Do najczęstszych tików głosowych należą chrząkanie i wydawanie krótkotrwałych gardłowych dźwięków [1].

W DSM-5, opublikowanym przez American Psychiatric Association (ASA) w 2013, OCD zostało umieszczone w oddzielnym rozdziale “Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne i podobne”. Aby zostało postawione rozpoznanie muszą zostać spełnione następujące warunki (kryteria zawarte w DSM-5):

A. Obecność obsesji i/lub kompulsji.

- a. Obsesje definiowane są jako: 1. Nawracające, natrętne myśli, poczucie przymusu lub impuls, które powodują cierpienie i/lub lęk, są przez pacjenta

niechciane. 2. Osoba zmagająca się z tymi myślami/impulsami próbuje je stłumić za pomocą rytuału/czynności (kompulsji).

b. Kompulsje definiowane są jako: 1. Powtarzane czynności/rytuały, które pacjent wykonuje pod wpływem wewnętrznego przymusu w odpowiedzi na obsesję. 2. Mają one za zadanie zmniejszenie napięcia/lęku oraz zapobieganie wydarzeniom, których pacjent się lęka. Jednak te czynności nie są powiązane w sposób realistyczny z naprawieniem/zapobieganiem lub są one przesadzone (np. wielokrotne sprawdzanie drzwi, palników).

B. Wymienione wyżej objawy zajmują znaczną część dnia (przynajmniej godzinę dziennie), utrudniają codzienne funkcjonowanie na wielu płaszczyznach (społecznej, związanej z karierą i innych) i są przyczyną zmartwień/cierpienia pacjenta.

C. Objawy OCD nie wynikają z używania substancji psychoaktywnej (m.in. narkotyków, leków) oraz innych chorób/stanów.

D. W przypadku współistnienia innych chorób/zaburzeń - nie są one bardziej prawdopodobną przyczyną występowania objawów [2].

Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne przebiegają z okresami zaostrzeń i remisji. 5-10% pacjentów doświadcza pełnej remisji objawów, natomiast u 6-10% przebieg jest stale postępujący [4]. Wiele osób zmagających się z OCD, w celu złagodzenia objawów, stara się unikać wielu czynników które mogą je nasilać lub sięga po używki (alkohol, narkotyki). W większości przypadków, osoba dorosła wie, że jej zachowania i myśli nie mają sensu, lecz w przypadku dzieci najczęściej ich opiekunowie (rodzice oraz nauczyciele) zauważają pierwsze niepokojące objawy [1]. Ze względu hamowanie rozwoju i trudności w utrzymywaniu/tworzeniu związków oraz relacji, WHO umieściło OCD na liście dziesięciu zaburzeń mających największy, negatywny wpływ na jakość życia i stabilność finansową [5,6].

I. Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest przegląd oraz analiza dostępnej literatury na temat zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych.

II. Materiał i metody

Dokonano przegląd literatury dostępnej w bazie PubMed oraz Google Scholar na temat zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych.

III. Wyniki

Etiologia

Dokładna przyczyna zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych pozostaje dalej nieznana, jednakże podejrzewa się, że OCD może być wynikiem wielu czynników, w tym genetycznych [3]. Badania przeprowadzone na ludziach i myszach wskazują na korelację między mutacją NMDA a wystąpieniem objawów zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych - przykładowo mutacja podjednostki NR2 ma związek z lękiem przed skażeniem/zabrudzeniem oraz kompulsywnym czyszczeniem [7]. OCD u członka rodziny zwiększa ryzyko wystąpienia OCD u osoby, która jest z nią spokrewniona - wynosi ono 45-65% u dzieci i 27-45% u dorosłych [8,9].

Występowanie uporczywych objawów tego zaburzenia w badaniach neuropsychologicznych powiązано z brakiem elastyczności poznawczej (ang. cognitive inflexibility). Zjawisko to polega na niemożności przerwania danej myśli lub czynności, mimo że nie mają one żadnej funkcji (obiektywnie uznawane są jako bezcelowe) i wiąże się z nim niemożność zmiany skupienia uwagi z jednego bodźca na inny. Elastyczność poznawczą można zmierzyć za pomocą ustalenia tzw. "przerzutności uwagi" (ang. set-shifting), czyli umiejętności zmiany skupienia uwagi z jednej cechy przedmiotu obserwowanego przez pacjenta w trakcie badania (np. koloru) na inną jego cechę (np. kształt). W trakcie badania z wykorzystaniem fMRI wykazano, że zmniejszona elastyczność poznawcza może mieć związek z osłabieniem przekąźnictwa między prążkowiem a grzbietowo-boczną korą przedczołową [10]. Zmniejszona elastyczność poznawcza została zaobserwowana u pacjentów z diagnozą OCD oraz u osób z nimi spokrewnionych, które nie otrzymały tej diagnozy [11].

Trudności w zaakceptowaniu sytuacji niepewnej, poczucie dużej odpowiedzialności za sytuację i wydarzenia oraz myślenie magiczne to czynniki predysponujące do wystąpienia objawów obsesyjno-kompulsyjnych [5].

Przyczyną tego zaburzenia może być również nieprawidłowe funkcjonowanie mózgu. W dostępnej literaturze, powstałej na podstawie przeprowadzonych badań z użyciem technik obrazowych, wymieniono trzy główne struktury, których uszkodzenie może mieć związek z rozwinięciem objawów OCD: kora oczodołowo-czołowa (ang. orbitofrontal cortex, OFC), kora przedniego zakrętu obręczy (ang. anterior cingulate cortex, ACC) i jądro ogoniaste (łac.

nucleus caudatus) wchodzące w skład jąder podstawnych [12,13]. W przypadku zaburzeń neurodegeneracyjnych z zajęciem jąder podstawnych, np. choroba Parkinsona, choroba Huntingtona czy udar mózgu, zauważono pojawienie lub nasilenie się zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych [9,14,15,16]. Podobny mechanizm można zauważyć w przypadku infekcji paciorkowcami w okresie dziecięcym. Wskutek zakażenia mogą rozwinąć się autoimmunologiczne neuropsychiatryczne zaburzenia związane z infekcją Streptococcus - w skrócie PANDAS (pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections). W wyniku mimikry molekularnej białek błony komórkowej paciorkowca, układ immunologiczny atakuje jądra podstawne, w wyniku czego mogą rozwinąć się obsesje i kompulsje [5,17].

Epidemiologia

Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne dotyczą 1,6-2,3% ludzi na jakimś etapie życia na całym świecie [5,18]. W ciągu danego roku odsetek ludności z rozpoznaniem zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym wynosi 1,2% [19]. Występują z podobną częstotliwością zarówno u mężczyzn jak i u kobiet [1]. Średni wiek pojawienia się pierwszych objawów to 19,5 rok życia [2]. W 50% objawy OCD pojawiają się przed 20 rokiem życia. Rozpoczęcie się zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych po 40 roku życia zdarza się bardzo rzadko [18,19]. Średni czas od wystąpienia objawów do diagnozy i rozpoczęcia leczenia wynosi 11 lat [20]. Przyczyną tak długiego czasu do podjęcia leczenia może być, odczuwany przez osoby dotknięte OCD, wstyd spowodowany niekontrolowanymi przez pacjenta myślami, np. o charakterze seksualnym, religijnym czy związane z przemocą i wyrządzeniem krzywdy osobom bliskim. Około 90% pacjentów ma inne współistniejące schorzenia psychiatryczne [2].

Do towarzyszących schorzeń można zaliczyć: zaburzenia afektywne dwubiegunowe (choroba afektywna dwubiegunowa - ChAD), zaburzenia depresyjne, zaburzenia osobowości obsesyjno-kompulsyjne (inaczej osobowość anankastyczna - charakteryzuje się nadmierną ostrożnością i wątpliwościami, pochłonięciem przez szczegóły i schematy, sztywnością oraz nadmiernym perfekcjonizmem utrudniającym wykonywanie zadań) [21,22], zaburzenia lękowe uogólnione, zaburzenia odżywiania, zespół Tourette'a, zaburzenia ze spektrum autyzmu, trichotillomania, dermatillomania i inne [16,23]. U osób z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi znacznie częściej występuje zespół opóźnionej fazy snu (ang. delayed sleep-phase syndrome, DSPS). Jest to zaburzenie polegające na opóźnieniu głównego epizodu snu

dobowego średnio o 3-6 godzin. Pacjenci z tym zaburzeniem mają problem z dostosowaniem się do norm społecznych dotyczących snu - zasypiają znacznie później niż rówieśnicy i śpią do godzin południowych. Sen w tym przedziale godzinowym jest dla nich satysfakcjonujący, ponadto najlepiej funkcjonują w godzinach wieczornych i nocnych. Jednakże, gdy zostają zmuszeni do wcześniejszego budzenia się z powodu szkoły lub pracy, z powodu małej ilości przespanych godzin, pacjenci zgłaszają zmęczenie, senność i zmniejszenie wydajności w ciągu dnia [24,25,26].

Diagnostyka i metody leczenia

Głównym narzędziem w diagnostyce zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych jest wywiad. Dobrze przeprowadzony, dostarcza nam informacji o objawach, historii choroby i dotychczasowym leczeniu, relacjach z osobami z otoczenia oraz codziennym funkcjonowaniu pacjenta. Dobrym narzędziem wykorzystywanym w tym celu jest skala SOCS (ang. Short Obsessive-Compulsive Disorder Screener) - zawiera ona siedem pytań (pięć dotyczących odczuwanych objawów i dwa mające za zadanie ocenić stosunek pacjenta do tych dolegliwości). SOCS ma główne zastosowanie u pacjentów pediatrycznych, a jej czułość jest szacowana na 97%[3].

The Short OCD Screener (SOCS)

PLEASE ANSWER EACH QUESTION BY TICKING THE BOX THAT MOST APPLIES:			
	No	A bit	A lot
Does your mind often make you do things - such as checking or touching things or counting things - even though you know you don't really have to?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are you particularly fussy about keeping your hands clean?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you ever have to do things over and over a certain number of times before they seem quite right?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you ever have trouble finishing your school work or chores because you have to do something over and over again?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you worry a lot if you've done something not exactly the way you like?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WHEN ANSWERING THE NEXT TWO QUESTIONS, PLEASE THINK OF WHAT WAS MENTIONED IN THE FIRST FIVE QUESTIONS, ESPECIALLY THOSE THAT YOU HAVE ANSWERED 'A lot' or 'A bit':			
Do these things interfere with your life?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you try to stop them?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rycina 2. SOCS – skala wykorzystywana w diagnostyce OCD (źródło: <https://www.allegropediatrics.com/uploads/pdf/shortocdscreenerscoresreferifscores7.pdf>, (2023))

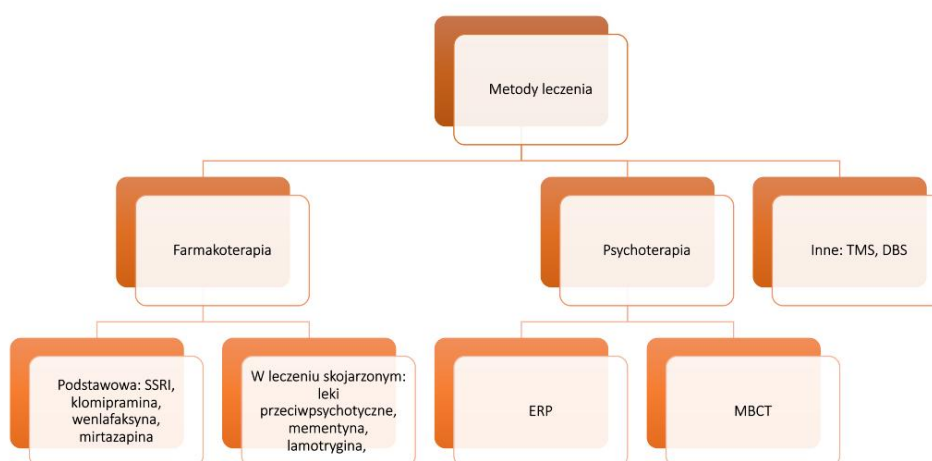
Kolejną skalą, wykorzystywaną znacznie częściej do diagnostyki OCD, jest Y-BOCS (ang. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale). Odpowiadając na zawarte w niej pytania pacjent może uzyskać od 0 (brak objawów OCD) do 40 punktów (ekstremalnie nasilone objawy OCD) [27].

Leczenie OCD obejmuje farmakoterapię, psychoterapię i psychoedukację [1]. W farmakoterapii stosowane są, jako leczenie pierwszego rzutu, inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (ang. selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI), do których należą: fluoksetyna, fluwoksamina, paroksetyna i sertralina. Leki te są stosowane w dawkach większych niż w przypadku depresji [2], ponadto pierwsze efekty leczenia są odczuwane najczęściej po ok. 8-12 tygodniach regularnego przyjmowania leków. Jednakże należy pamiętać, że dawkowanie, przy którym stosunek pozytywnych efektów terapii do działań niepożądanych jest najkorzystniejszy, powinno być odpowiednio dobrane do pacjenta biorąc pod uwagę jego wiek, choroby współistniejące i natężenie objawów [1,28]. Lekiem drugiego rzutu jest klomipramina należąca do grupy trójcyklicznych leków przeciwdepresyjnych (TLPD, ang. tricyclic antidepressants TCA). W latach 80' była ona lekiem pierwszego rzutu ze względu na jej silne działanie hamujące wychwyt zwrotny serotoniny, jednak z powodu zgłaszanych przez pacjentów działań niepożądanych (m.in.: drgawki kloniczne mięśni, stany lękowe, parestezje, szum w uszach, zaburzenia przewodzenia w sercu i wiele innych), zajęła ona drugie miejsce po SSRI [2,28]. Jeśli nie zostanie osiągnięty pożądaný efekt leczenia, można rozważyć zastosowanie następujących leków: citalopram (SSRI, nie jest zalecany jako lek pierwszego rzutu ze względu na ryzyko wydłużenia odstępu QT w przypadku stosowania wysokich dawek) [28], wenlafaksyna (SNRI, lek z grupy inhibitorów zwrotnego wychwyty serotoniny i noradrenaliny) lub mirtazapina (NaSSa, należy do grupy leków przeciwdepresyjnych blokujących receptory adrenergiczne i serotoninergiczne) [4]. Fluoksetyna, fluwoksamina, paroksetyna, sertralina i klomipramina są lekami o udowodnionym działaniu w randomizowanych badaniach z grupą kontrolną przyjmującą placebo. Mogą być stosowane w monoterapii lub w połączeniu z innymi lekami zwiększającymi efekt terapeutyczny [28]. W leczeniu skojarzonym mogą być stosowane niektóre leki przeciwpsychotyczne: aripiprazol, haloperidol i risperidon. Badań dowodzących ich skuteczność we wspomaganíu leczenia OCD jest niewiele, jednak wynika z nich, że efekt terapeutyczny jest lepszy niż w grupie kontrolnej z placebo. Innymi lekami przeciwpsychotycznymi, których zastosowanie można rozważyć

w leczeniu skojarzonym, są: olanzapina, paliperydon i kwetiapina. Wyniki badań, dotyczących stosowania tych leków u osób z OCD, są niejednoznaczne [5]. Inne leki, których skuteczność jest dalej badana, to: memantyna (antagonista receptora NMDA), lamotrygina, acetylocysteina, ketamina, topiramata i glicyna [7].

Istotną częścią leczenia zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, zarówno dzieci jak i dorosłych, jest psychoterapia. Rekomendowana jest terapia poznawczo-behawioralna (ang. cognitive behavioral therapy, CBT), również ta z techniką ekspozycji i powstrzymania reakcji (ang. exposure and response prevention, ERP). ERP polega na ekspozycji pacjenta na bodziec wywołujący lęk (np. dotknięcie brudnego przedmiotu) i powstrzymaniu go przed wykonaniem czynności, która zwykle ten lęk zmniejsza, czyli kompulsji (np. mycia rąk). Metody CBT mają najlepiej udowodnioną skuteczność w wielu badaniach randomizowanych z kontrolą efektu placebo i są najczęściej stosowane u pacjentów ze zdiagnozowanymi zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi [1,2]. Pomocnicze może być dodatkowo zastosowanie technik “mindfulness”, takich jak medytacja czy relaksacja. Podczas badania nad Terapią Poznawczą Opartą na Uważności (ang. Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT) w 2012 roku zauważono, że u 2/3 pacjentów doszło do złagodzenia objawów OCD. W przeciwieństwie do ERP, MBCT nie opiera się na ekspozycji pacjenta na bodziec wywołujący lęk, lecz na analizie własnych myśli i uczuć podczas sytuacji wywołującej lęk, gdy takowa się wydarzy [29].

W 2018 r. FDA (Agencja Żywności i Leków) uznała przezczaszkową stymulację magnetyczną (ang. Transcranial Magnetic Stimulation, TMS) jako metodę uzupełniającą leczenie zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych. Wciąż trwają badania oceniające skuteczność innych metod leczenia, w tym głębokiej stymulacji mózgu (ang. deep brain stimulation, DBS) [1,30].



Rycina 3. Metody leczenia zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (źródło: opracowanie własne na podstawie: <http://www.nimh.nih.gov/>, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30745678>, (2023))

Historia i sztuka

W 1838 roku opis objawów OCD został przedstawiony przez Jean-Étienne Dominique Esquirol (francuskiego lekarza psychiatrę słynącego z tego, że jako pierwszy dokładnie opisał opóźnienie umysłowe

i wprowadził do psychiatrii termin “halucynacje”) jako postać monomanii pod nazwą *délire partiel* [31,32]. Ojcem dawnej, o wiele bardziej znanej, nazwy zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, powstałej w 1895, jest Zygmunt Freud. Znana wówczas jako nerwica natręctw/nerwica obsesyjna, tradycyjnie zaliczana była do zaburzeń nerwicowych [18]. Dopiero w 2013 umieszczono OCD obok zaburzeń takich jak dermatillomania (patologiczne skubanie skóry), trichotillomania (patologiczne wrywanie włosów), cielesne zaburzenia dysmorficzne i syllogomania (patologiczne zbieractwo), tym samym odbierając mu łąkę zaburzenia

o charakterze przede wszystkim nerwicowym [33].

W sztuce motyw zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych przewija się od wieków, czego doskonałym przykładem jest postać Lady Makbet w dramacie Williama Shakespeare'a, która w celu zmycia z siebie uczucia krwi na rękach, wielokrotnie dokładnie je myje [34]. Poza literaturą, wiele przykładów osób zmagających się z OCD można znaleźć w filmach i programach telewizyjnych. W filmie “Dzień świra” aktor Marek Kondrat wcielił się w rolę Adama Miauczyńskiego, 49-letniego polonisty, który zmagają się z licznymi natręctwami

i otaczającą go rzeczywistością. Nasz bohater swój dzień zaczyna od zamieszania kawy w filiżance dokładnie 7 razy, po czym bierze 7 łyków i przechodzi do dalszej części porannego rytuału, na który składa się odmierzanie ilości płatków śniadaniowych, wzięcia zestawu suplementów i poprawienie spodni w odpowiedni sposób [35]. Kolejną postacią z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi w popkulturze jest Adrian Monk w amerykańskim serialu Detektyw Monk. Tytułowy bohater często przedstawiany jako osoba koncentrująca się na zabrudzonych powierzchniach, “złym” ułożeniu pączków w pudełku czy łupieżu na ramionach rozmówcy [36]. Roy, postać grana przez Nicolasa Cage’a w filmie Naciągacze z 2003 roku, również boryka się objawami OCD - od pierwszych minut filmu jesteśmy świadkami kompulsywnego sprzątanego, otwierania i zamykania drzwi oraz obsesji na punkcie porządku i czystości [37]. Przedstawianie zaburzeń psychicznych w filmach i serialach, czasami w sposób przesadzony lub z pominięciem niektórych aspektów danego zaburzenia, może wpłynąć na zwiększenie świadomości i akceptacji społecznej. W przeciwieństwie do nagrań wywiadów z prawdziwymi pacjentami, filmy tworzone w celach rozrywkowych są często wyższej jakości pod kątem obrazu i dźwięku. Ponadto są często bardziej atrakcyjne ze względu na fabułę, muzykę czy obecność lubianego aktora. Takie połączenie realizmu z wymyśloną, ciekawą historią jest łatwym sposobem na przekazanie kluczowych informacji na temat danego zaburzenia w ograniczonym czasie. Istnieje jeszcze jedna zaleta takiej “edukacji” - informacje uzyskane w ten sposób łatwiej zapamiętać [38].

IV. Podsumowanie

Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne należą do grupy schorzeń, z którymi pacjenci często zmagają się przez całe życie. Mogą one powodować zmniejszenie interakcji społecznych (i w efekcie wycofanie społeczne oraz izolację) i pogorszenie jakości życia. Większość osób dotkniętych OCD otrzymuje diagnozę po wielu latach od wystąpienia pierwszych objawów, gdyż pacjenci najczęściej sięgają po pomoc dopiero wtedy, gdy te znacznie zaburzają ich funkcjonowanie. Często objawom towarzyszy duży wstyd i lęk, który również może się przyczynić do opóźnionego zgłoszenia się do specjalisty. Etiologia zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych jest złożona. Wciąż trwają badania dotyczące przyczyny oraz metod ich leczenia. Obecnie leczenie OCD obejmuje głównie farmakoterapię, psychoterapię i psychoedukację. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne są dopiero odkrywaną i poznawaną grupą zaburzeń, jednak ich motyw przewija się w historii i sztuce od wieków. Można znaleźć wiele przykładów osób dotkniętych obsesjami i kompulsjami w literaturze i

filmografii. Przedstawianie tych zaburzeń w sposób przystępny i atrakcyjny wizualnie może wpłynąć na lepsze zrozumienie

w społeczeństwie i wcześniejsze wykrywanie objawów niepokojących zarówno przez osoby zmagające się z tymi zaburzeniami, jak i te z ich najbliższego otoczenia.

Wkłady autorskie:

Konceptualizacja, LP, AS, KW (Więclaw), KW (Wiśniewska); pisanie – oryginalne przygotowanie projektu, LP, AS, AO, GG, KW (Wiśniewska); pisanie – recenzja i redagowanie, LP, AO, WT, MC, EW, KS; administracja projektami, KS, GG, KW (Więclaw).

Wszyscy autorzy przeczytali i zgodzili się na opublikowaną wersję manuskryptu.

Wsparcie finansowe: Nie otrzymano żadnego wsparcia finansowego.

Konflikt interesów: Autorzy nie zgłaszają żadnego konfliktu interesów.

Oświadczenie instytucjonalnej komisji rewizyjnej: Nie dotyczy.

Oświadczenie o świadomej zgodzie: Nie dotyczy.

Oświadczenie o dostępności danych: Nie dotyczy.

Bibliography:

1. The National Institute of Mental Health (NIMH), Obsessive-Compulsive Disorder, www.nimh.nih.gov. (2023).
2. Fenske JN, Petersen K. Obsessive-Compulsive Disorder: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 2015 Nov 15;92(10):896-903.
3. Krebs G, Heyman I. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Arch Dis Child*. 2015 May;100(5):495-9.
4. Jerzy Landowski, Wiesław Jerzy Cubala: Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne. W: Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych. Marek Jarema (red.). Gdańsk: ViaMedica, 2015, s. 212–223.
5. Veale D, Roberts A. Obsessive-compulsive disorder. *BMJ*. 2014 Apr 07;348:g2183.
6. Fineberg NA, Apergis-Schoute AM, Vaghi MM, Banca P, Gillan CM, Voon V, Chamberlain SR, Cinosi E, Reid J, Shahper S, Bullmore ET, Sahakian BJ, Robbins TW. Mapping Compulsivity in the DSM-5 Obsessive Compulsive and Related Disorders: Cognitive Domains, Neural Circuitry, and Treatment. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2018 Jan 01;21(1):42-58.
7. Sheshachala K, Narayanaswamy JC. Glutamatergic augmentation strategies in obsessive-compulsive disorder. *Indian J Psychiatry*. 2019 Jan;61(Suppl 1):S58-S65.

8. Chacon P, Bernardes E, Faggian L, Batistuzzo M, Moriyama T, Miguel EC, Polanczyk GV. Obsessive-compulsive symptoms in children with first degree relatives diagnosed with obsessive-compulsive disorder. *Braz J Psychiatry*. 2018 Oct-Dec;40(4):388-393.
9. Parmar A, Verma R. A Case of Obsessive-Compulsive Disorder Comorbid with Miyoshi Myopathy. *Indian J Psychol Med*. 2018 Jan-Feb;40(1):86-88.
10. Vaghi MM, Vértes PE, Kitzbichler MG, Apergis-Schoute AM, van der Flier FE, Fineberg NA, et al. Specific fronto-striatal circuits for impaired cognitive flexibility and goal-directed planning in obsessive-compulsive disorder: evidence from resting-state functional connectivity. *Biol Psychiatry*. 2017;81(8):708–717.
11. Fineberg NA, Robbins TW. *The neurobiology and treatment of OCD: accelerating progress*. Switzerland AG: Springer Cham; 2021.
12. Carlisi CO, Norman LJ, Lukito SS, Radua J, Mataix-Cols D, Rubia K. Comparative multimodal meta-analysis of structural and functional brain abnormalities in autism spectrum disorder and obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*. 2017;82(2):83–102.
13. Bhikram T, Abi-Jaoude E, Sandor P. OCD: obsessive-compulsive ... disgust? The role of disgust in obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatry Neurosci*. 2017 Sep;42(5):300-306.
14. De Marchi N, Mennella R. Huntington's disease and its association with psychopathology. *Harv Rev Psychiatry*. 2000;7:278–289.
15. Maia AF, Pinto AS, Barbosa ER, Menezes PR, Miguel EC. Obsessive-compulsive symptoms, obsessive-compulsive disorder, and related disorders in Parkinson's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2003;15(3):371–374.
16. Bird JS, Shah E, Shotbolt P. Epilepsy and concomitant obsessive-compulsive disorder. *Epilepsy Behav Case Rep*. 2018;10:106-110.
17. Lauren Vogel, Growing consensus on link between strep and obsessive-compulsive disorder, „Canadian Medical Association Journal”, 190 (3), 2018, E86–E87, PMID: 29358206, PMCID: PMC5780272 (ang.).
18. Goodman WK, Grice DE, Lapidus KA, Coffey BJ. Obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2014 Sep;37(3):257-67.
19. American Psychiatric Association., American Psychiatric Association. *DSM-5 Task Force., Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5., wyd. 5th ed, Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013, s. 237–242,*

20. Fenske JN, Schwenk TL. Obsessive compulsive disorder: diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 2009 Aug 01;80(3):239-45.
21. Y.W. Chen, S.C. Dilsaver, Comorbidity for obsessive-compulsive disorder in bipolar and unipolar disorders, „*Psychiatry Research*”, 59 (1–2), 1995, s. 57–64, DOI: 10.1016/0165-1781(95)02752-1, PMID: 8771221.
22. Sławomir Murawiec. Osobowość anankastyczna. www.mp.pl. 08.08.2012
23. Jill N. Fenske, Thomas L. Schwenk, Obsessive compulsive disorder: diagnosis and management, „*American Family Physician*”, 80 (3), 2009, s. 239–245, PMID: 19621834
24. Jo Turner i inni, A prospective study of delayed sleep phase syndrome in patients with severe resistant obsessive-compulsive disorder, „*World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*”, 6 (2), 2007, s. 108–111, PMID: 18235868, PMCID: PMC2219909.
25. Waldemar Szelenberger, Michał Skalski: Zaburzenia snu. W: Janusz Rybakowski, Stanisław Pużyński, Jacek Wciórka: *Psychiatria*. T. 2. *Psychiatria kliniczna*. Wrocław: Elsevier, 2012, s. 509-510. ISBN 978-83-7609-114-3.
26. Adam Wichniak: Zaburzenia snu. W: Marek Jarema, Jolanta Rabe-Jabłońska: *Psychiatria*. Podręcznik dla studentów medycyny. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2011. ISBN 978-83-200-4180-4.
27. Schruers K, Baldi S, van den Heuvel T, Goossens L, Luyten L, Leentjens AFG, Ackermans L, Temel Y, Viechtbauer W. The effects of deep-brain non-stimulation in severe obsessive-compulsive disorder: an individual patient data meta-analysis. *Transl Psychiatry*. 2019 Aug 05;9(1):183.
28. Pittenger C, Bloch MH. Pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2014 Sep;37(3):375-91.
29. Kumar A, Sharma MP, Narayanaswamy JC, Kandavel T, Janardhan Reddy YC. Efficacy of mindfulness-integrated cognitive behavior therapy in patients with predominant obsessions. *Indian J Psychiatry*. 2016 Oct-Dec;58(4):366-371.
30. van Westen M, Rietveld E, Denys D. Effective Deep Brain Stimulation for Obsessive-Compulsive Disorder Requires Clinical Expertise. *Front Psychol*. 2019;10:2294.
31. G.E. Berrios. Obsessive-compulsive disorder: its conceptual history in France during the 19th century. „*Comprehensive Psychiatry*”. 30 (4), s. 283–295, 1989.
32. *History of Psychiatry and Medical Psychology* / Hrsg. Edwin Wallace ; Hrsg. John Gach. Berlin: Springer US, 2006.

33. Van Ameringen M, Patterson B, Simpson W. DSM-5 obsessive-compulsive and related disorders: clinical implications of new criteria. *Depress Anxiety*. 2014 Jun;31(6):487-93.
34. Janusz Rybakowski, Ewa Pilaczyńska: Zespół natręctw (obsesyjno-kompulsyjny). W: Adam Bilikiewicz, Stanisław Pużyński, Jacek Wciórka, Janusz Rybakowski: *Psychiatria*. T. 2. Wrocław: Urban & Parner, 2011, s. 416.
35. Monika Piorun, "Dzień Świra" w czasach zarazy, czyli dlaczego co czwarty Polak podczas pandemii walczy z nerwicą?, *naTemat*, 14 listopada 2020 (pol.).
36. Eve Pearlman. Actor Tony Shalhoub Takes on Obsessive Compulsive Disorder. *WebMD*. 2008 May 28.
37. Matchstick Men,
<https://web.archive.org/web/20150222173938/http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfo/mindsonfilmblog/matchstickmen.aspx>. Royal College of Psychiatrists. Feb 22 2015.
38. Francine R. Goldberg, Turn Box Office Movies Into Mental Health Opportunities: A Literature Review and Resource Guide for Clinicians and Educators, <https://citeseerx.ist.psu.edu/>. July 8 2011.