

EWA PILACZYŃSKA-JODKIEWICZ

*Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej
Kurpińskiego 19, 85-096 Bydgoszcz
e-mail: sigmaone@poczta.wp.pl*

ZABURZENIA OBSESYJNO-KOMPULSYJNE A PŁEĆ PACJENTA

WPROWADZENIE

Zespół natręctw, zwany też zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym (ZOK) (ang. obsessive-compulsive disorder OCD), charakteryzuje się nawracającymi, uporczywymi myślami natrętnymi (obsesjami) lub czynnościami przymusowymi (kompulsjami). Myśli natrętne są to idee, wyobrażenia czy impulsy do działania, które pojawiają się w świadomości w sposób stereotypowy, nieomal zawsze przeżywane są w sposób przykry i pacjent często próbuje się im przeciwstawiać. Chociaż pojawiają się wbrew woli i budzą wewnętrzny sprzeciw, są mimo wszystko uznawane za własne myśli. Czynności przymusowe czy rytuały są to stereotypowe i wielokrotnie powtarzane zachowania, które mają zapobiegać jakimś mało prawdopodobnym wydarzeniom, które według obaw pacjenta mogłyby nastąpić, gdyby zaniechał wykonania tych czynności. Te domniemane wydarzenia związane są z obawą wyrządzenia przez pacjenta krzywdy sobie lub komuś. Zachowanie to pacjent zwykle postrzega jako bezsensowne lub niepotrzebne i często próbuje mu się opierać. Nieomal zawsze łączy się to z lękiem, który nasila się przy próbach zaniechania czynności przymusowej (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, (ang. International Classification of Diseases) (ICD-10, 1992).

Zaburzenia o charakterze myśli czy czynności natrętnych nie spełniające kryterium diagnostycznych ZOK, zaliczamy do spektrum zespołu natręctw. Ze względu na charakter obja-

wów i rodzaj dysfunkcji ośrodkowego układu nerwowego, spektrum to można podzielić na trzy grupy:

1) obsesyjne myśli, zespół dysmorficzny, zaburzenia jedzenia, zespół hipochondryczny;

2) zaburzenia kontroli impulsów – trichotillomania (wrywanie włosów), kompulsje seksualne – parafilie, patologiczny hazard (zaliczany w USA do zespołu natręctw), kompulsyjne zakupy, kleptomania i piromania;

3) grupa tzw. neurologiczna – tiki (choroba Tourette), choroba Sydenhama (płasawica zakaźna Sydenhama charakteryzuje się ruchami mimowolnymi poszczególnych odcinków lub całego ciała, jest prawdopodobnie spowodowana reumatycznym zapaleniem mózgu), niektóre zaburzenia o charakterze napadów padaczkowych (HOLLANDER i BANZAQUEN 1997).

Przekonanie, że obsesje i kompulsje należą do zaburzeń o klasycznym nerwicowym podłożu, funkcjonowało w literaturze medycznej do połowy XX w. jako obowiązująca teoria. Rzetelne badania dotyczące etiologii i patogenety schorzenia trwają dopiero od około 10 lat i jak dotychczas specyficzne markery odpowiedzialne za powstanie objawów nie zostały jednoznacznie wyodrębnione, mimo iż w świetle współczesnych poglądów zespół natręctw zaliczany jest do schorzeń neuropsychiatrycznych.

EPIDEMIOLOGIA

Rozpowszechnienie zespołu natręctw wynosi około 2,5% populacji. Trudności z uzyskaniem jednoznacznych danych epidemiologicznych wynikają z mało precyzyjnych kryteriów diagnostycznych i braku rzetelnych instrumentów diagnostycznych oraz intymnego charakteru objawów, co w wielu regionach kulturowych utrudnia badanie.

Zespół natręctw zajmuje czwarte miejsce pod względem częstości występowania zaburzeń psychicznych – po zespołach depresyjnych, zespole zależności alkoholowej oraz fobiach, natomiast występuje dwukrotnie częściej niż schizofrenia i częściej niż pozostałe zespoły lękowe (MONTGOMERY i ZOHAR 1999). W przeciwieństwie do zespołów depresyjnych, gdzie częściej chorują kobiety i zespołu zależności alkoholowej, gdzie częściej chorują mężczyźni, nie stwierdzono różnic ilościowych w rozpowszechnieniu ZOK pomiędzy kobietami i mężczyznami (KIEJNA i współaut. 2002). Badania retrospektywne wykazały, iż u około 50% chorych pierwsze objawy wystąpiły w okresie dzieciństwa i dorastania, natomiast u pozostałych chorych ujawniają się najpóźniej po

między 24 a 35 rokiem życia. Pierwsze objawy choroby pojawiają się wcześniej u mężczyzn – średnio około 16 roku życia, później u kobiet – średnio około 21 roku życia.

Trudna jest jednak definicja początku choroby – czy jest to moment pojawienia się pierwszych myśli natrętnych? Czy okres, gdy dochodzi u pacjenta do zaburzeń funkcjonowania z powodu objawów? Czy za początek choroby należy przyjąć datę pierwszej wizyty u lekarza? Jest to o tyle istotne, że część pacjentów adaptuje się do występujących od wielu lat objawów, w miarę dobrze funkcjonuje i zgłasza się do lekarza w momencie zaostrzenia dolegliwości lub wystąpienia zaburzeń towarzyszących, np. depresji czy lęku. Mężczyźni zgłaszają się do lekarza dopiero około 20 roku życia, kobiety jeszcze później bo w 26 roku życia.

Przeprowadzone badania wykazały, że u około 80% chorych występują zarówno zaburzenia behawioralne, jak i myśli natrętne, u około 20% wyłącznie zaburzenia behawioralne, natomiast tylko u 0.2% stwierdza się zaburzenia myśli bez zaburzeń behawioralnych.

ZABURZENIA OBSESYJNO-KOMPULSYJNE W RÓŻNYCH ZESPOŁACH PSYCHIATRYCZNYCH

Zespół natręctw często współistnieje z innymi zaburzeniami psychiatrycznymi. Stwierdzono, iż odsetek pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, u których występują objawy o charakterze myśli lub czynności natrętnych wynosi około 15% (część autorów uważa, że nawet 40%). Współistnienie dwóch jednostek chorobowych (tj. schizofrenii i ZOK) wpływa niekorzystnie na nasilenie i przebieg zaburzeń klinicznych (patrz art. ARASZKIEWICZA i PŁOCKIEJ-LEWANDOWSKIEJ w tym numerze KOSMOSU), jakość życia oraz powoduje gorszy efekt farmakoterapii (RASMUSSEN i EISEN 1992).

Stwierdzono również, że 1/3 pacjentów depresyjnych miewa objawy zespołu natręctw, a u pacjentów z pierwotnie rozpoznanymi zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi w około 80% występują nawracające depresje, zespoły lękowe i fobie społeczne. Zespół natręctw towarzyszy także chorym z zespołem zależności alkoholowej (12%). Szczegółne i odrębne miejsce w problemie współistnienia zespołu natręctw i innych schorzeń psychiatrycznych zaj-

mują zaburzenia lękowe. Lęk jako objaw jest istotnym, patognomicznym elementem zespołu natręctw – zarówno myśli jak i czynności natrętne są przyczyną znacznego lęku, który może się nasilać przy próbach przeciwstawiania się czynnościom przymusowym. Pacjent próbując zredukować poziom lęku poddaje się stereotypowym działaniom, rytuałom czy natrętnym myślom, mimo iż postrzega je jako bezsensowne. Z drugiej strony sytuacje i czynniki wyzwalające lęk nasilają natręctwa ruchowe i myślowe.

Natręctwa mogą towarzyszyć różnorodnym zaburzeniom neurologicznym, zwłaszcza związanym z uszkodzeniem jąder podstawy mózgu (struktury podkorowe mózgu). U chorych z zespołem natręctwa często stwierdza się obecność dyskretnych, rozsianych objawów neurologicznych. Pojawiają się one okresowo lub występują w sposób ciągły.

Do współistnienia ZOK z innymi schorzeniami psychicznymi predysponowane są przede wszystkim kobiety. Objawy zespołu natręctw występują u pacjentek z zaburzeniami

depresyjnymi, zaburzeniami lękowymi takimi jak: fobia społeczna, fobie izolowane, zespół lęku napadowego, zespół stresu pourazowego, z uzależnieniami od alkoholu, nikotyny, środków uspokajających oraz zaburzeniami odżywiania (GRABE i współaut. 2001). W badaniu obejmującym 307 dorosłych pacjentów z rozpoznaniem zespołu natręctw, aż u 12% kobiet w wywiadzie stwierdzono zaburzenia odżywiania o typie anoreksji (NOSHIRVANI i współaut. 1991). W przypadku kobiet większą rolę niż u mężczyzn odgrywają czynniki stresowe, poprzedzające wyzwolenie objawów obsesyjno-kompulsyjnych (BOGETTO 1999). U męż-

czyzn ZOK częściej współlistnieje z zaburzeniami osobowości typu schizoidalnego oraz dysmorfofobią (zaburzenie poczucia schematu ciała) (ALBERT i współaut. 2002).

Natręctwa stanowią również istotny element obrazu klinicznego choroby Tourette'a (tiki), przypuszcza się, iż zarówno natręctwa, jak i tiki mogą mieć podobną etiologię genetyczną (COFFEY i współaut. 1998). Tiki towarzyszące zespołowi natręctw częściej obserwuje się u mężczyzn, co większość autorów wiąże z urazem okołoporodowym (LENSI i współaut. 1996, SANTANGELO i współaut. 1994).

ETIOPATOGENEZA

Zespół natręctw zaliczany jest do przewlekłych schorzeń neuropsychiatrycznych o niekorzystnym rokowaniu. Etiopatogeneza ZOK jest złożona, a czynniki genetyczne odgrywają w niej istotną rolę. Sposób dziedziczenia nie został jednak jak dotychczas jednoznacznie określony. Zespół natręctw występuje pięć razy częściej w przypadku rodzinnego obciążenia w porównaniu do grupy chorych bez takiego obciążenia.

Ostatnie badania wskazują, iż istotną rolę w etiologii ZOK może odgrywać polimorfizm genu aktywności *COMT* (katecho-*o*-metyltransferazy), a także genu *MAO-A* (inhibitor monoaminooksydazy typu A) oraz genu transportera serotoniny *5HT2A*. Dotychczasowe badania wskazywały, iż mniejsza aktywność *COMT* związana była tylko z grupą chorych mężczyzn (ENOCH i GREENBERG 2001); aktualnie stwierdzono, iż alel niskiej aktywności *COMT* występuje także u części chorych kobiet (ALSO-BROOK i ZOHAR 2002). Natomiast zarówno gen kodujący aktywność *MAO-A*, jak i *5HT-2A* związane są przede wszystkim z zespołem natręctw występującym u kobiet (CAMARENA i współaut. 2001).

Zmiany anatomiczne w zespole natręctw dotyczą przede wszystkim płatów czołowych, szczególnie półkuli lewej, struktur podkorowych oraz połączeń neuronalnych kory i jąder podkorowych. Niejednoznaczna jest jednak zależność pomiędzy dysfunkcją kory czołowej a nasileniem zespołu natręctw. W przeprowadzonym badaniu porównującym ten związek stwierdzono, iż w przypadku kobiet korelacja ma charakter negatywny, a w przypadku mężczyzn – pozytywny (ZOHAR 1999).

Zmiany anatomiczne zostały potwierdzone w licznych badaniach obrazowych mózgu – jak tomografia komputerowa, emisyjna tomografia pozytronowa, emisyjna tomografia komputerowa pojedynczych fotonów. Szczególne jednak znaczenie mają obrazowe badania czynnościowe mózgu. Przy ich użyciu stwierdzono wzmożoną aktywność osi podwzórce-przysadka-nadnercza u kobiet z rozpoznaniem zespołu natręctw, w porównaniu do grupy mężczyzn, co według autorów badania może być związane z dysfunkcją neuroprzekaznictwa serotonergicznego (MONTELEONE i współaut. 1997).

NEUROCHEMIA – UKŁADY NEUROPRZĘKA NIKÓW: SEROTONINY, DOPAMINY, NORADERENALINY I INNYCH

Wiele danych wskazuje na to, że serotonina jest głównym neuroprzekaznikiem związanym z patogenezą zespołu natręctw, zwłaszcza w zakresie aktywności postsynaptycznej. Jednak wydaje się mało prawdopodobne, aby choroba o tak złożonym mechanizmie i szerokiej gamie

objawów łączyła się z dysfunkcją tylko jednego neuroprzekaznika.

Ostatnie badania eksperymentalne i kliniczne wskazują na rolę innych neuroprzekazników, głównie dopaminy. Jest to zrozumiałe, gdy weźmie się pod uwagę fakt istnie-

nia ścisłego związku pomiędzy systemem przekąźnictwa serotonergicznego i dopaminergicznego. Znacznie mniej jest danych określających rolę przekąźnictwa noradrenergicznego w zespole natręctw. Stwierdzono jednak, iż klonidyna, agonista receptora alfa-2-adrenergicznego, może zmniejszać objawy zespołu, natomiast johimbina, antagonist

receptora alfa-2 adrenergicznego zwiększa u pacjentów z ZOK poziom lęku (GROVE i współaut. 1996).

Wyniki przedstawionych badań biologicznych wskazują, iż zaburzenia biochemiczne w zespole natręctw są bardziej zbliżone do zaburzeń spotykanych w zespole depresyjnym niż w zaburzeniach lękowych czy schizofrenii.

NEUROPSYCHOLOGIA

Zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym (o.u.n.) w zespole natręctw zostały potwierdzone w badaniach neuropsychologicznych. Deficyty neuropsychologiczne mają głównie charakter zaburzeń uwagi, pamięci świeżej niewerbalnej, inicjacji oraz koordynacji ruchu. Badania neuropsychologiczne pozwalają na, w miarę precyzyjne, określenie lokalizacji dysfunkcji o.u.n. Wśród stosowanych testów należy wymienić test fluencji słownej, test łączenia punktów Reitana, test Stroopa, a także test Wechslera, Wisconsin oraz Bentona. Wyniki testów wskazują, iż zmiany dotyczą głównie kory czołowej (wyniki w testach łączenia punktów, Stroopa, fluencji słownej) i jąder podstawy (test Bentona).

Na szczególną uwagę zasługuje badanie ruchów gałek ocznych, które w istotny i jednoznaczny sposób różnicuje grupę chorych z zespołem natręctw od grupy osób zdrowych. W próbie wywołania oczopląsu poziomego u chorych z zespołem natręctw stwierdzono, w porównaniu z osobami zdrowymi, nadmierną reakcję na bodźce wywołujące oczopląs oraz utrzymywanie się oczopląsu mimo działania bodźców stabilizujących.

W testach aktywacji półkulowej u chorych z zespołem natręctw stwierdzono zaburzenia lateralizacji, wskazujące na nadmierną aktywację lewej półkuli w odpowiedzi na bodźce o treści emocjonalnej i przestrzennej (STEIN i LUDIK 2000, BORKOWSKA i współaut. 2002).

NEUROIMMUNOLOGIA

Badania czynników autoimmunologicznych, wykazały związek ZOK z chorobą autoimmunologiczną jąder podstawy chorobą Sydenhama. Niemal u wszystkich chorych stwierdzono przeciwciała przeciwko jądru ogoniastemu (struktura jąder podkorowych), a u wszystkich chorych w początkowym okresie zachorowania występowały objawy zespołu natręctw (MAES i współaut. 1994).

Stwierdzono także, iż u 70% chorych z powodu choroby reumatycznej, występowały objawy ZOK. Autorzy wiążą to z rolą streptokoków betaheamolizujących grupy A. Ostatnie badania wykazały, iż w tych przypadkach dochodzi do wzrostu przeciwciał przeciwko somatostatynie i dynorfinie, głównych neuromodulatorów peptydowych jąder podstawy (ALTEMUS i współaut. 1993).

OBRAZ KLINICZNY I PRZEBIEG ZABURZEŃ

Treść zaburzeń obsesyjnych i kompulsyjnych w pewnym sensie jest wyrazem uwarunkowań kulturowych. Mimo iż rozpowszechnienie ze względu na płeć jest podobne w różnych regionach świata, zauważono, że w Egipcie kontakt z lekarzem mieli częściej mężczyźni niż kobiety, w porównaniu z kulturami zachodnimi. Jednocześnie cała populacja chorych w tym kraju miała istotnie wyższą liczbę punktów w skali Y-BOCS (skala diagnostyczna do oceny

stopnia nasilenia objawów zespołu natręctw), co można wiązać z wysoką tolerancją środowiskową dla tego typu objawów i stosunkowo późnym włączaniem leków.

Podobną sytuację stwierdzono w krajach Afryki, gdzie jednocześnie występowały różnice treści obsesji i kompulsji. W tej grupie chorych myśli natrętne dotyczyły głównie obaw przed złamaniem tabu, rytuału czy byciem zaszarowanym. W kulturach religii chrześcijań-

skiej i muzułmańskiej istotnie częściej dominowały u pacjentów z ZOK treści religijne w porównaniu do innych (OKASHA i współaut. 1994).

W większości przypadków obsesje i kompulsje wywołują u chorego stres, w pojedynczych sytuacjach mogą być dla chorego przyjemne. Często również w związku z wykonywaniem niektórych czynności, chorzy wtórnie mają problemy zdrowotne, np. częste mycie rąk powoduje zmiany skórne i w konsekwencji leczenie dermatologiczne, podobnie kompulsywne mycie zębów może być przyczyną chorób przyzębia. Generalnie choroba w istotny sposób zaburza funkcjonowanie społeczne i zawodowe chorych, szczególnie mężczyzn. Jak wynika z przeprowadzonych badań kobiety z ZOK częściej wychodzą za mąż i rodzą dzieci, mimo iż zaburzenia funkcji seksualnych (anorgasmia, osłabienie libido) jest u tych pacjentek znacznie bardziej nasilone niż w zespołach lękowych. Natomiast chorzy mężczyźni rzadziej nawiązują trwałe związki partnerskie (MATSUNAGA 2000, AKSARAY i współaut. 2001).

Najczęściej obserwowane myśli natrętne to:

- obawa przed chorobą, brudem, zakażeniem (około 45% chorych),

- obawa przed zrobieniem komuś krzywdy np. zarażeniem chorobą, zatruciem, zranieniem itp. (28%),

- obawa przed niewłaściwym zachowaniem się w sensie społecznym, towarzyskim,
- myśli o charakterze seksualnym (26%).

Najczęściej obserwowane kompulsje to:

- wielokrotne sprawdzanie poprzednio wykonanych czynności – np. zamknięcie drzwi, wyłączenie światła itp. (60%),

- wielokrotne powtarzanie pewnych liczb, słów, zachowań, bez których niemożliwe jest poruszanie się (36%),

- kolekcjonowanie starych rzeczy, kopert, określonych przedmiotów (18%),

- czyszczenie, mycie rąk, ciała, odzieży itp. (50%),

- stałe aranżowanie układów symetrycznych lub w określonym porządku (28%).

Obraz kliniczny zespołu zależy od płci pacjenta. U kobiet częściej obserwuje się większą różnorodność natręctw. Dotyczą one przede wszystkim mycia, czyszczenia, obaw przed zachowaniem agresywnym, a także zaburzenia związane z kontrolą impulsów jak kleptomania, patologiczne zakupy, zaburzenia odżywiania (MCELROY i współaut. 1995, MAGGINI i współaut. 2001). U mężczyzn objawy częściej związane są z potrzebą utrzymania określonej symetrii, patologiczną pedantycznością, rytuałami oraz myślami o treści seksualnej (LENSI i współaut. 1996). Szczególnie znaczące różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami stwierdzono w przypadku trichotillomanii (kompulsyjne wrywanie włosów) – u kobiet trichotillomania występuje 9 razy częściej niż u mężczyzn (CHRISTENSON i współaut. 1994).

Zespół natręctw zaliczany jest raczej do schorzeń przewlekłych, głównie w przypadku mężczyzn, natomiast u kobiet obserwuje się statystycznie częstszą epizodyczność objawów (RAVIZZA i współaut. 1997).

Diagnostyka zespołu natręctw jest dość trudna, gdyż z jednej strony chorzy niechętnie wypowiadają się na temat swoich obsesji i kompulsji, ponieważ mają one często charakter intymny, z drugiej zaś towarzyszące pacjentom wątpliwości, trudności w podejmowaniu decyzji, konieczność wielokrotnego powtarzania pewnych działań zaburzają sprawne wypełnianie skal psychometrycznych. W diagnostyce klinicznej stosuje się głównie następujące skale psychometryczne:

- Y-BOCS (ang. Yale Brown Obsessive Compulsive Scale),

- Skala NIMH-OC (ang. National Institute of Mental Health Global Obsessive Compulsive Scale) a także skale do oceny własnej pacjenta, stosowane bardziej jako instrument screeninowy: Leyton Obsessional Inventory, Maudsley Obsessive Compulsive Inventory, Hopkins Symptom Checklist.

TERAPIA

Właściwe leczenie pacjentów z zespołem natręctw, powoduje znaczącą poprawę u około 25% chorych, w 50% poprawa ma charakter umiarkowany, a u pozostałych pacjen-

tów obserwuje się brak poprawy lub nawet pogorszenie stanu psychicznego.

Wśród czynników dających dobre rokowanie wymienia się: (i) korzystne uwarunkowanie

społeczne i zawodowe chorego (lepsze funkcjonowanie u kobiet), (ii) określenie czynnika wywołującego zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, (iii) epizodyczność objawów (częściej występuje u kobiet).

Wśród czynników dających niekorzystne rokowanie znajdują się: (i) wczesny początek zachorowania (częściej u mężczyzn), (ii) hospitalizacje, (iii) towarzyszące objawy depresyjne (częściej u kobiet), (iv) obecność nasta-

wienia urojeniowego, (v) akceptowanie objawów przez chorego, (vi) zaburzenia osobowości (częściej u mężczyzn).

W leczeniu ZOK najbardziej skuteczna okazała się terapia kompleksowa, w której podstawową rolę odgrywa leczenie farmakologiczne, często kojarzone ze specyficznymi technikami psychoterapeutycznymi, zwłaszcza terapii behawioralnej.

LECZENIE FARMAKOLOGICZNE

1) Clomipramina – jedyny skuteczny trójpierścieniowy lek przeciwdepresyjny,

2) Inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI): fluwoksamina, fluoksetyna, paroksetyna, sertralina,

3) Leki antypsychotyczne: haloperidol, risperidon,

4) Leki o działaniu anksjolitycznym: buspiron, klonazepam,

5) Inne: karbamazepina, węglan litu.

Oddziaływania psychoterapeutyczne:

1) terapia behawioralna – najbardziej skuteczna, powinna być jednak stosowana z farmakoterapią,

2) terapia kognitywna,

3) psychoterapia dynamiczna – efekt krótkotrwały.

Inne metody lecznicze (stosowane bardzo rzadko, w wyjątkowych przypadkach tzw.

“złośliwych zespołów obsesyjno-kompulsyjnych”) to metody neurochirurgiczne (z wykorzystaniem techniki stereotaktycznej). Stosowane są tylko w kilku ośrodkach na świecie. Zabieg tego typu został w grudniu 2002 r. przeprowadzony po raz pierwszy w Polsce w Klinice Neurochirurgii X Szpitala Wojskowego w Bydgoszczy.

Odpowiedź terapeutyczna na stosowane leki może także zależeć od płci chorego. W przeprowadzonych ostatnio badaniach stwierdzono, iż w przypadku kobiet leczenie clomipraminą jest bardziej efektywne w porównaniu do mężczyzn. Uważa się, że za różnice odpowiedzialne są hormony płciowe, indukujące zmiany w metabolizmie clomipraminy (MUNDO i współaut. 1999).

PODSUMOWANIE

Podsumowując można stwierdzić, iż zespół natręctw jest szeroko rozpowszechnionym schorzeniem neuropsychiatrycznym, w jednakowym procencie występującym u kobiet i mężczyzn. Pierwsze objawy choroby występują wcześniej u mężczyzn niż kobiet i generalnie przebieg schorzenia jest gorszy u mężczyzn (przewlekły charakter objawów, gorsze funkcjonowanie społeczne i zawodowe oraz gorsza odpowiedź na niektóre środki farmakologiczne). Nieco inny jest także obraz kliniczny zespołu natręctw i koincydencja z wieloma zaburzeniami psychiatrycznymi. Jak wynika z ostat-

nio przeprowadzonym badań różnice te mogą wynikać z odmiennych uwarunkowań genetycznych, roli czynników środowiskowych, a także z odrębności w potencjalnych markerach biologicznych (np. dysfunkcji neurotransmisji serotoniny).

W związku z tym postawiono nawet hipotezę wyodrębniającą dwa subtypy zespołu natręctw w zależności od płci chorego (ALBERT i współaut. 2002), jednak ze względu na zbyt nikłe udokumentowanie założeń tej hipotezy wymaga ona dalszej weryfikacji.

OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER AND GENDER

S u m m a r y

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a neuropsychiatric illness due to damage of prefrontal cortex

and basal ganglia. The lifetime prevalence rate of OCD is about 2.5% of the population. The rates in men and

women are equal. The mean age of onset is in the mid-to-late twenties to early thirties, and it is slightly earlier in males' population.

OCD has two fundamental phenomenological characteristics: repetitive urges of thoughts or actions which patients experience as coming from their own mind but as alien to their will; and surges of unbearable anxiety which accompany either resistance to these compulsions or exposure to objects or thoughts which trigger the repetitive behaviour or cognitions. The cultural influence on the content of the obsessions has been noted in the epidemiological studies. The familial nature of OCD has been observed since several years and recent studies have provided limited evidence for the importance of genetic factors in the

manifestation of obsessive-compulsive symptoms. Recent studies suggest gender-related clinical differences in the obsessive-compulsive disorder. The most prevalent obsession is concerned with contamination by dirt and/or germs. Washing is the accompanying compulsion and such patients may spend several hours daily washing their hands or cleaning their clothes.

There are two main approaches to the treatment of OCD: psychological treatment and pharmacological treatment. Antidepressants afford a successful treatment for OCD but only those with potent effects on the serotonergic neurotransmitter systems appear to have antiobsessional efficacy.

LITERATURA

- AKSARAY G., YELKEN B., KAPTANOGLU C., OFLU S., OZALTIN M., 2001. *Sexuality in women with obsessive-compulsive disorder*. J. Sex. Marital Ther. 27, 273–277.
- ALBERT V., PICCO C., MARINA G., FORNER F., AGUGLIA E., BOGETTO F., 2002. *Phenomenology of patients with early and adults onset obsessive-compulsive disorder*. Epidemiol. Psychiat. Soc. 11, 116–126.
- ALSOBROOK J. P., ZOHAR A. H., 2002. *Association between the COMT and obsessive-compulsive disorder in females but not males*. Am. J. Med. Genet. 114, 116–120.
- ALTEMUS M., PIGOTT T., L'HEUREUX F., DAVIS C. L., RUBINOW D. R., MURPHY D. L., GOLD P. W., 1993. *CSF somatostatin in obsessive-compulsive disorder*. Am. J. Psychiatry 150, 460–464.
- BOGETTO F., VENTURELLO S., ALBERT U., MAINA G., RAVIZZA L., 1999. *Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder*. Eur. Psychiatry 14, 434–441.
- BORKOWSKA A., PILACZYŃSKA E., ARASZKIEWICZ A., RYBAKOWSKI J., 2002. *Wpływ sertraliny na funkcje poznawcze u chorych z zespołem natęrcu*. Psych. Pol. 36, 289–295.
- CAMARENA B., RINETTI G., CRUZ C., GOMEZ A., DE LA FUENTE J. R., NICOLINI H., 2001. *Additional evidence that genetic variation of MAO-A gene supports a gender subtype in obsessive-compulsive disorder*. Am. J. Med. Genet. 105, 279–282.
- CHRISTENSON G. A., MCKENZIE T. B., MITCHELL J. E., 1994. *Adult men and women with trichotillomania. A comparison of male and female characteristics*. Psychosomatics 35, 142–149.
- COFFEY B. J., MIGUEL E. C., BIEDERMAN J., BAER L., RAUCH S. L., O'SULLIVAN R. L., SAVAGE C. R., PHILLIPS K., BORGMAN A., GREEN-LEIBOVITZ M. I., MOORE E., PARK K. S., JENIKE M. A., 1998. *Tourette's disorder with and without obsessive-compulsive disorder in adults: are they different?* J. Nerv. Ment. Dis. 186, 201–206.
- ENOCH M. A., GREENBERG B. D., 2001. *Sexually dimorphic relationship of a 5-HT_{2A} promoter polymorphism with obsessive-compulsive disorder*. Biol. Psychiatry 49, 385–388.
- GRABE H. J., MEYER C., HAPKE U., RUMPF H. J., FREYBERGER H. J., DILLING H., 2001. *Lifetime comorbidity of obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in Northern Germany*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 251, 130–135.
- ICD-10, 1992. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. UWM „Vesalius” i Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa.
- JOHN U., 2001. *Lifetime comorbidity of obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in Northern Germany*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 251, 130–135.
- GROVE G., COPLAN J., MARGOLIN L., HOLLANDER E., 1996. *The neuroanatomy of serotonin (5-HT) Dysregulation on obsessive-compulsive disorder*. CNS Spektrum 1, 16–22.
- HOLLANDER E., BANZAQUEN S. D., 1997. *The obsessive-compulsive spectrum disorder*. J. A. den Boer, H. G. M. Westenberg.
- KIEJNA A., RYMASZEWSKA J., KANTORSKA-JANIEC M., TOKARSKI W., 2002. *Epidemiologia zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych*. Psych. Pol. 36, 539–548.
- LENSI P., CASSANO G. B., CORREDDU G., RAVAGLI S., KUNNOVAC J. L., AKISKAL H. S., 1996. *Obsessive-compulsive disorder. Familial – developmental history symptomatology, comorbidity, and course with special reference to gender-related differences*. Br. J. Psychiatry 169, 101–107.
- MAES M., MELTZER H. Y., BOSMANS E., 1994. *Psychoimmune investigation in obsessive-compulsive disorder: assays of plasma transferrin, IL-2 and IL-6 receptor, and IL-1beta and IL-6 concentrations*. Neuropsychobiology 30, 57–60.
- MAGGINI C., AMPOLLINI P., GARBOLDI S., PEQLIZZA L., MARECHESI C., 2001. *The Parma High school Epidemiology Survey: obsessive-compulsive symptoms*. Acta Psychiatr. Scand. 103, 441–446.
- MATSUNAGA H., KIRIIE N., MATSUI T., MIYATA A., IWASAKI Y., FUJIMOTO K., KASAI S., KOJIMA M., 2000. *Gender differences in social and interpersonal features and personality disorders among Japanese patients with obsessive-compulsive disorder*. Compr. Psychiatry 41, 266–272.

- MCELROY S. L., KECK P. E., PHILLIPS K. A., 1995. *Kleptomania, compulsive buying and binge-eating disorder*. J. Clin. Psychiatry 56, 14–26.
- MONTELEONE P., CATAPANO F., TORTORELLA A., MAJ M., 1997. *Cortisol response to d-fenfluramine in patients with obsessive-compulsive disorder and healthy subjects: evidence for a gender related effect*. Neuropsychobiology 36, 8–12.
- MONTGOMERY S., ZOHAR J., 1999. *Obsessive compulsive disorder*. Martin Dunitz Ltd.
- MUNDO E., BARREGI S. R., PIROLA R., BELLODI L., 1999. *Effect of acute intravenous clomipramine and antiobsessional response to proserotonergic drugs: is gender a predictive variable?* Biol. Psychiatry 45, 290–294.
- NOSHIRVANI H. F., KASVIKIS Y., MARKS I.M., TSAKIRIS F., MONTEIRO W. O., 1991. *Gender-divergent aetiological factors in obsessive-compulsive disorder*. Br. J. Psychiatry 158, 260–263.
- OKASHA A., SAAD A., KHALIL A.H., EL DAWLA A. S., YEHIA N., 1994. *Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: A transkultural study*. Compr. Psychiatry 35, 191–197.
- RASMUSSEN S., EISEN J. L., 1992. *The epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder*. Psychiatry Clin. North Am. 14, 743–758.
- RAVIZZA L., MAINA G., BOGETTO F., 1997. *Episodic and chronic obsessive-compulsive disorder*. Depress. Anxiety 6, 154–158.
- SANTANGELO S. L., PAULS D. L., GOLDSTEIN J. M., FARAONE S. V., TSUANG M. T., LECKMAN J. F., 1994. *Tourette's syndrome: what are the influences of gender and comorbid obsessive-compulsive disorder*. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 33, 795–804.
- STEIN D. J., LUDIK J., 2000. *A neural network of obsessive-compulsive disorder: modeling cognitive disinhibition and neurotransmitter dysfunction*. Med. Hypotheses 55, 168–176.
- ZOHAR J., 1999. *Orbitofrontal cortex dysfunction in obsessive-compulsive disorder? Alternation learning in obsessive-compulsive disorder male-female comparisons*. Eur. Neuropsychopharmacol. 9, 407–413.