

Póttoraroczna katamneza po zabiegu stymulacji jądra półleżącego u chorej z zespołem obsesyjno-kompulsyjnym o ekstremalnym nasileniu – opis przypadku

One-and-a-half-year follow-up after stimulation of nucleus accumbens in a patient with obsessive-compulsive disorder of extreme intensity – a case report

Wojciech Żak¹, Julita Birska², Marek Harat^{3,2}, Marcin Rudaś², Piotr Zielinski², Janusz Rybakowski¹

¹Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

²Klinika Neurochirurgii i Chirurgii Głowy, 10 Wojskowy Szpital Kliniczny w Bydgoszczy

³Zakład Medycyny Zapobiegawczej i Zdrowia Środowiskowego, Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy

Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2013; 8, 3–4: 123–130

Adres do korespondencji:

dr n. med. Wojciech Jan Żak
Klinika Psychiatrii Dorosłych
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego
ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań
tel. +48 61 847 50 97, faks +48 61 848 03 92
e-mail: wojzak69@gmail.com

Streszczenie

U pacjentów z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym (*obsessive-compulsive disorder* – OCD) o ekstremalnym nasileniu, opornym na leczenie farmakologiczne, istnieje możliwość zastosowania leczenia zabiegowego. W ostatnich latach największą popularność w tym zakresie zyskały metody głębokiej stymulacji mózgu (*deep brain stimulation* – DBS), wśród których najczęściej stosowana jest stymulacja jądra półleżącego (*nucleus accumbens*). W pracy przedstawiono przypadek 35-letniej kobiety cierpiącej od 1998 r. na OCD o ekstremalnym nasileniu, oporne na leczenie farmakologiczne. Przeprowadzono u niej leczenie operacyjne przez założenie głębokiej stymulacji mózgu obustronnie do jądra półleżącego. Okres obserwacji po zabiegu wyniósł 18 miesięcy. Po 8 miesiącach nasilenie objawów natręctw mierzone za pomocą *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* było mniejsze w porównaniu z okresem przed zabiegiem o ok. 45%, po 18 miesiącach zaś o ok. 35%. Mimo różnorodnych wahań samopoczucia w obserwowanym okresie, uwarunkowanych różnymi czynnikami, ogólny efekt zabiegu należy uznać za pozytywny.

Słowa kluczowe: zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, głęboka stymulacja mózgu.

Abstract

In patients with extreme severity of obsessive-compulsive disorder (OCD), highly resistant to pharmacological treatment, a neurosurgical treatment may be taken into consideration. Among the applied neurosurgical procedures in the last few years, deep brain stimulation (DBS) has emerged as the most promising treatment for such patients, with *nucleus accumbens* as the most frequent stimulation target. We describe the case of a 35-year-old woman suffering from OCD since 1998, pharmacological treatment-intractable with extreme intensity of the symptoms. She underwent surgical placement of electrodes for deep brain stimulation into the *nucleus accumbens*, bilaterally. We present 18 months follow-up with symptoms intensity repeatedly evaluated using the Y-BOCS. After 8 months symptoms intensity decreased by about 45% and after 18 months by about 35%. Despite the fluctuations of the patient's general feeling in the covered period, determined by different factors, the general effect of application of the DBS procedure may be accepted as favourable.

Key words: obsessive-compulsive disorder, deep brain stimulation, *nucleus accumbens*.

Wstęp

Zespół natręctw, zwany również zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym (*obsessive-compulsive disorder* – OCD), jest czwartym z kolei najczęściej spotykanym zaburzeniem psychicznym. Dotyczy ono 1–2% populacji ogólnej, choć

niektórzy autorzy sugerują większą częstość występowania, obejmującą 2–3% populacji (Weisman i wsp. 1994). Zespół natręctw jest prawdopodobnie najtrudniejszym do leczenia zaburzeniem lękowym i u wysokiego odsetka chorych, mimo stosowania farmakoterapii i psychoterapii, nie uzyskuje się zadowalających

efektów długoterminowych (Dolberg i wsp. 1996). Pełną i trwałą remisję objawów można stwierdzić zaledwie u 12–20% pacjentów (Eisen i wsp. 1999). Postęp choroby prowadzi często do upośledzenia funkcjonowania psychospołecznego i stanowi poważną przeszkodę w realizowaniu czynności zawodowych. U wielu spośród pacjentów chorujących na OCD występuje również obniżony nastrój, niekiedy współwystępują zaburzenia afektywne (Rybakowski i Pilaczyńska 2011).

W wypadku pacjentów z ciężkim i długotrwałym przebiegiem choroby, u których nie stwierdzono poprawy w wyniku stosowania standardowych form leczenia (farmakoterapia, psychoterapia), istnieje możliwość wykonania zabiegów psychochirurgicznych. Do pierwszej dekady XXI w. stosowano głównie zabiegi ablacyjne w postaci stereotaktycznej cingulotomii lub kapsulotomii. Przypadek pacjenta po takim zabiegu opisano również w piśmiennictwie polskim (Harat i wsp. 2004).

W ostatniej dekadzie coraz większe zainteresowanie zyskują różne techniki neuromodulacji, wśród których najbardziej obiecującą w leczeniu objawów OCD jest głęboka stymulacja jądra półleżącego lub przedniej odnogi torebki wewnętrznej (Nuttin i wsp. 2003; Greenberg i wsp. 2008; Denys i wsp. 2010). Podsumowanie dotychczasowych doświadczeń w tym zakresie przedstawili Blomstedt i wsp. (2013) po przeanalizowaniu 25 publikacji podejmujących próbę oceny skuteczności zastosowania głębokiej stymulacji mózgu (*deep brain stimulation* – DBS) u łącznie 90 pacjentów z opornym na leczenie farmakologiczne i psychoterapeutyczne OCD. Stwierdzili oni, że obustronne umiejscowienie elektrod do DBS w jednej z dwóch powyższych, najczęstszych lokalizacji (jądro półleżące lub torebka wewnętrzna – zdaniem autorów znajdują się one na tyle blisko siebie, że przy uwzględnieniu wielkości elektrod oraz dużej w przypadku OCD siły stymulacji, pobudzenie jednej okolicy prawdopodobnie wywołuje pobudzenie drugiej, tak że można de facto uznać je za jedną, wspólną) prowadzi średnio do zmniejszenia o 50% zarówno nasilenia natręctw, jak i objawów depresji i lęku. Zwrócili jednak uwagę, że w analizowanych doniesieniach czas, jaki upłynął od wykonania zabiegu do momentu dokonania oceny i odnotowania wspomnianej poprawy, był bardzo różny i wynosił od 3 do 24 miesięcy (Blomstedt i wsp. 2013).

W niniejszej pracy przedstawiono wyniki półtorarocznej obserwacji pierwszego w Polsce

przypadku pacjentki cierpiącej na OCD, u której wykonano zabieg obustronnej stymulacji jądra półleżącego przegrody (*nucleus accumbens*).

Opis przypadku

Historia choroby

Pacjentka, lat 34, wykształcenie średnie, panna, leczona psychiatrycznie od 1998 r. Mieszka wspólnie z rodzicami i partnerem, z którym pozostaje w nieformalnym związku od ok. 3 lat. Od 2000 r. jest na świadczeniu rentowym z powodu zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego.

Urodziła się o czasie, siłami natury. Jest drugim dzieckiem z ciąży drugiej, ma o 5 lat starszego brata. Jej rozwój psychoruchowy przebiegał prawidłowo. W okresie wczesnego dzieciństwa wychowywała ją i brata matka, która w tym czasie nie pracowała. Pacjentka uczęszczała do zerówki, do szkoły podstawowej poszła o czasie. Równocześnie rozpoczęła naukę w szkole muzycznej. Uczyła się gry na skrzypcach i fortepianie, ale jak podkreślała, jej „miłością były skrzypce”. Ukończyła liceum ogólnokształcące w trybie zaocznym, ponieważ równolegle uczęszczała do średniej szkoły muzycznej. Wspomina, że była nieśmiałym i raczej zamkniętym w sobie dzieckiem, nie miała wielu znajomych, a jednocześnie dobrze wywiązywała się z pełnionych przez siebie ról społecznych, nie sprawiała kłopotów wychowawczych, była dobrą uczennicą. Większość wolnego czasu poświęcała muzyce. Pacjentka twierdzi, że była dobrze zapowiadającym się muzykiem, miała już pewne osiągnięcia, zajmowała wysokie miejsca w konkursach muzycznych. Z drugim wynikiem dostała się na studia w klasie skrzypiec w Akademii Muzycznej.

Początek choroby pacjentka wiąże z koniecznością przerwania studiów w trakcie drugiego roku. Od momentu rozpoczęcia edukacji w wyższej uczelni muzycznej uskarżała się na dolegliwości bólowe w obrębie kończyny górnej lewej, które początkowo wiązała z wymaganiami nowego nauczyciela gry na skrzypcach (inne ustawienie ręki). Z relacji pacjentki wynika, że po zakończeniu ambulatoryjnego leczenia chirurgicznego, a następnie na oddziale ortopedycznym uznano, że odczuwane przez nią dolegliwości bólowe mają najprawdopodobniej podłoże psychosomatyczne. Niemożność kontynuowania wymarzonych studiów i konieczność powrotu do domu rodzinnego pacjentka wspomina jako największą życiową porażkę. Pogłębiające się obniżenie nastroju i wycofanie

z życia społecznego wraz z uzyskaną wcześniej sugestią diagnostyczną dotyczącą jej dolegliwości bólowych doprowadziły pacjentkę do podjęcia leczenia psychiatrycznego w poradni zdrowia psychicznego, gdzie początkowo postawiono diagnozę zaburzeń depresyjnych. Po upływie kilku miesięcy do symptomatologii depresyjnej dołączyły się objawy natręctw w postaci wielokrotnego włączania i wyłączania światła, 3–4-krotnego w ciągu dnia prowokowania wymiotów czy wielokrotnego cofania się przy przekraczaniu progu. Pacjentka nadmienia, że dwa pierwsze z ww. objawów wraz z częstym myciem rąk występowały już w okresie dzieciństwa (ok. 11. roku życia), ale ustąpiły samostnie w przeciągu kilku lat. Ich wystąpienie wówczas pacjentka wiąże z trudną sytuacją rodzinną, a mianowicie nadużywaniem alkoholu przez rodziców, częstymi konfliktami, awanturami oraz stosowaniem wobec niej różnych form przemocy, w tym również fizycznej. Przez pierwsze dwa lata po przerwaniu studiów pacjentka nie podejmowała pracy. Od 2000 r. przez kilka lat pracowała nieregularnie w firmie zajmującej się produkcją części elektrycznych, wykonując pracę fizyczną i „czując się nikim”. W tych właśnie okolicznościach zaczęła towarzyszyć jej myśl, że „umrze któreś z rodziców”, która z czasem stała się głównym impulsem przymusowych czynności rytualnych, podejmowanych, by temu zapobiec. W związku z nasilaniem się objawów oraz stopniowym poszerzaniem zakresu zarówno rytuałów (np. o konieczność powtarzania przez kogoś z najbliższego otoczenia określonej sekwencji słów przy jakiegokolwiek zmianie pozycji ciała lub miejsca), jak i „zabronionych” form aktywności (np. wchodzenia do pokoju rodziców) pacjentka została w 2004 r. skierowana na leczenie szpitalne.

Do momentu leczenia operacyjnego pacjentka była 10-krotnie hospitalizowana w różnych ośrodkach, w tym 3-krotnie w Klinice Psychiatrii Dorosłych UM w Poznaniu. Obok dominujących w ocenie stanu psychicznego natręctw pacjentka zgłaszała zwykle znaczne pogorszenie samopoczucia: obniżenie nastroju, brak energii i chęci do działania. W 2007 r. nadużyła leków w celach samobójczych, a w 2010 r. dokonała po raz pierwszy samookaleczenia poprzez podcięcie sobie żył, co zdarzyło się później jeszcze co najmniej kilkakrotnie („lubię zadawać sobie ból i widok krwi”) w sytuacjach szczególnie silnie odczuwanego przez nią napięcia i lęku, zwłaszcza przy próbie przeciwstawienia się rytuałom. W trakcie kilku z ww. hospi-

talizacji pacjentka była leczona nie tylko farmakologicznie, lecz także za pomocą psychoterapii indywidualnej i grupowej oraz hipnoterapii, jednak bez istotnego efektu leczniczego. Podobnie nie uzyskano zadowalającego efektu farmakoterapii mimo stosowania coraz większych dawek leków neuroleptycznych, przeciwdepresyjnych, anksjolitycznych, normotymicznych w różnorodnych konfiguracjach. Pacjentce postawiono ostatecznie diagnozę zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych oraz zaburzeń osobowości. W strukturze osobowości dominowały wyraźne cechy osobowości histrionicznej i z pogranicza. W trakcie ostatniego przed zabiegiem pobytu w Klinice Psychiatrii Dorosłych UM w Poznaniu, po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej, pacjentka została zakwalifikowana do zabiegu obustronnej stymulacji jądra półleżącego, z zaleceniem kontynuowania leczenia psychotropowego (fluoksetyna 80 mg/dobę, arypiprazol 15 mg/dobę, karbamazepina 600 mg/dobę oraz doraźnie klonazepam 2,0 mg).

Przy przyjęciu do Kliniki Neurochirurgii 10 WSK w Bydgoszczy pacjentka podała, że po żadnej hospitalizacji nie odczuwała trwałej poprawy. Spośród wymienianych przez nią wówczas jako stale doświadczanych natręctw wyłaniały się wyraźnie dwie grupy objawów:

- 1) kompulsje wykonywania określonych czynności rytualnych („nakazy”), które w większości miałyby zapobiec „śmierci kogoś z rodziców” (powtarzanych kilku- lub wielokrotnie aż do uzyskania „w głowie” zgody, że „już wystarczy”) oraz
- 2) kompulsje niewykonywania określonych czynności i podejmowania niektórych form aktywności („zakazy”) głównie z powodu wyobrażenia, że mogłoby to spowodować „śmierć któregoś z rodziców”.

Zestawienie obu grup objawów przedstawiono w tabeli 1.

Z relacji pacjentki wynikało, że największe nasilenie natręctwa osiągają w godzinach wieczornych i porannych. W wyniku wielości i intensywności doznawanych natręctw pacjentka odczuwała przygnębienie, zwątpienie w możliwość uwolnienia się od ich dokuczliwości, wypowiadała myśli rezygnacyjne. W okresie poprzedzającym ostatnią przed zabiegiem hospitalizację większość czasu spędzała w łóżku, oglądając telewizję, słuchając muzyki i coraz bardziej zaniedbując higienę osobistą. Choroba osiągnęła nasilenie, które nie tylko uniemożliwiło jej funkcjonowanie społeczne (rodzinne i zawodowe), lecz także czerpanie jakiegokolwiek satysfakcji z życia. Opowiadała o swoich pozy-

Tabela 1. Zestawienie dwóch grup najczęściej występujących natręctw pacjentki

Kompulsje wykonywania czynności	Kompulsje niewykonywania czynności
<p>„Nakazy”:</p> <ul style="list-style-type: none"> – zamykania i otwierania oczu po przebudzeniu – zmiany pozycji z leżącej na siedzącą – zmiany pozycji z siedzącej na stojącą – powtarzania przez kogoś z otoczenia określonej sekwencji słów (osobno, kiedy pacjentka znajduje się w pozycji siedzącej, a następnie – stojącej) – cofania się przy przekraczaniu progu – włączania i wyłączenia światła („pstrykanie”) – wkładania (i wyciągania) wtyczki do (z) kontaktu – odkręcania i zakręcania kranu – sputkiwania wody w toalecie – zakładania i zdejmowania poszczególnych części garderoby podczas ubierania się – włączania i wyłączenia czajnika elektrycznego – wlewania i wylewania wody do/z kubka – cofania się do przeczytanych już fragmentów tekstu – pisanie i kasowanie wiadomości SMS – prowokowania wymiotów w sytuacjach, w których w trakcie posiłku w polu widzenia pacjentki pojawiło się coś, co nawiązywało tematycznie do śmierci (np. reklama firmy nagrobkowej) lub budziło w niej automatycznie skojarzenia ze śmiercią rodziców (np. data ważności spożywanego produktu) – przymusowego patrzenia w górę („uciekanie oczu do góry”) w sytuacjach konieczności przebywania dłuższą chwilę w obecności nieznanym jej osób (np. na przystanku autobusowym) z poczuciem bycia obserwowaną i rozpoznawaną jako osoba chora psychicznie („wariatka”) – drapania się po głowie (niekiedy do krwi) 	<p>„Zakazy”:</p> <ul style="list-style-type: none"> – dokonywania wyborów zgodnych z własnym upodobaniem (dotyczących jedzenia, stosowanych kosmetyków, ubioru, zakupów, słuchanej muzyki) – możliwy jest wybór jedynie tych produktów czy przedmiotów (np. płyty CD), na które w trakcie sprawdzania dotykem pacjentka uzyskuje „przywolenie w głowie” – ubierania nowo zakupionych rzeczy („muszą swoje odleżeć”) – przestuchania utworu muzycznego do końca (przed zakończeniem pacjentka musi przewinąć na następny) – samodzielnego włączania telewizora czy komputera – gry na skrzypcach, a nawet ich dotykania – poruszania tematów dotyczących śmierci czy rodziny, a nawet wypowiedziania związanych z tą tematyką słów (np. „mama”, „tata”, „cmentarz”, „trumna”, „grób”) – wchodzenia do pokoju rodziców, korzystania z ich półek w lodówce – mówienia w swoim pokoju (pacjentka komunikuje się tam wyłącznie za pomocą pisma) – prowadzenia rozmowy w pozycji leżącej – dotykania mężczyzny i utrzymywania kontaktów seksualnych – samodzielnego wychodzenia z domu – korzystania z aktywności ruchowej, którą pacjentka wcześniej chętnie podejmowała (np. jazda na rowerze, taniec)

tywnych oczekiwaniach w związku z zaplanowaną operacją. Określała zabieg jako „ostatnią deskę ratunku”, pokładała w nim znaczną nadzieję, dostrzegając szansę na zmniejszenie nasilenia natręctw, a co za tym idzie – na poprawę jakości życia.

Zabieg głębokiej stymulacji mózgu

Trwający ok. 3 godzin zabieg wykonano w Klinice Neurochirurgii 10 WSK w Bydgoszczy. W znieczuleniu miejscowym założono na głowę chorej ramę stereotaktyczną i wykonano tomografię komputerową (*computed tomography* – CT) głowy. Kolejno nałożono na siebie obrazy wcześniej wykonanego rezonansu magnetycznego i CT głowy. Wyznaczono cel obustronnie w jądrze połączeniowym przegrody (*nucleus accumbens*), tak planując trajektorię elektrody, aby przebiegała przez przednią odnogę torebki wewnętrznej – jej przednio-boczną część. W znieczuleniu ogólnym pod kontrolą rentgenowską zaimplantowano u chorej obustronnie elektrody wg powyższego planu. Końce elektrod pozostawiono pod skórą i wykonano u chorej śródoperacyjną CT głowy na sali operacyj-

nej. Potwierdziła ona prawidłowy przebieg elektrod, zgodny z wcześniejszym planem. W następnym etapie operacji wytworzono w tkance podskórnej prawej okolicy podobojczykowej kieszeń dopasowaną wielkością do rozmiarów stymulatora i umieszczono w niej stymulator Libra XP (ANS). Zamknięto rany operacyjne. Chora została wybudzona i przekazana na salę pooperacyjną. W dniu operacji włączono u chorej stymulator. Na obu elektrodach zastosowano stymulację bipolarną z polaryzacją (–) na kontakcie 1 oraz (+) na kontakcie 4 elektrod, szerokość impulsu wynosiła 208 μ s, częstotliwość 130 Hz, a siła stymulacji 2 mA. Z uwagi na dobrą tolerancję podczas pobytu w klinice stopniowo zwiększano siłę stymulacji, osiągając po 5 dniach (przy wypisie chorej) wartość siły 3,75 mA (przy zachowaniu pozostałych parametrów bez zmian). Pierwsza kontrola pooperacyjna z regulacją parametrów stymulacji odbyła się 3 tygodnie po zabiegu, a kolejne – w dwumiesięcznych odstępach. Do tej pory nie odnotowano żadnych objawów niepożądanych związanych z wszczepieniem układu stymulującego, a za jedyny z opisywanych w literaturze skutków ubocznych samej stymulacji

można by uznać obfite pocenie się i męczliwość nieproporcjonalne do podejmowanego wysiłku fizycznego, na które pacjentka zaczęła się skarżyć po ok. 8 miesiącach od zabiegu.

Obserwacja po zabiegu

Obserwację prowadzono równolegle za pomocą metod psychometrycznych oraz klinicznej oceny psychiatrycznej (ze średnią częstością wizyt pacjentki co ok. 2 miesiące, z wyjątkiem częstszych w kilkutygodniowym okresie bezpośrednio po zabiegu).

Badania psychometryczne

Zastosowane metody służyły do oceny nasilenia objawów obsesyjno-kompulsyjnych (za pomocą *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* – Y-BOCS), depresyjnych (za pomocą Skali depresji Becka – BDI) oraz sprawności funkcji poznawczych (czołowych) za pomocą następujących testów neuropsychologicznych: Testu Sortowania Kart Wisconsin (*Wisconsin Card Sorting Test* – WCST), Testu Łączenia Punktów (*Trail Making Test* – TMT) A i B oraz Testu Interferencji Nazw i Kolorów Stroopa (*Stroop Color-Word Interference Test*). Badanie z użyciem ww. testów psychologicznych przeprowadzono przed zabie-

giem implantacji stymulatora, w 5. dobie po operacji oraz 1, 4, 6, 8 i 18 miesięcy po zabiegu.

Wyniki uzyskane w kilkakrotnym badaniu za pomocą wszystkich zastosowanych metod psychologicznych przedstawiono w tabeli 2., a dynamikę zmian nasilenia samych natręctw na podstawie oceny za pomocą skali Y-BOCS przed zabiegiem i w poszczególnych momentach po zabiegu ilustruje rycina 1. Ogólne nasilenie natręctw w skali Y-BOCS po 8 miesiącach było mniejsze o 45%, a po 18 miesiącach mniejsze o 35% w stosunku do obserwowanego przed zabiegiem.

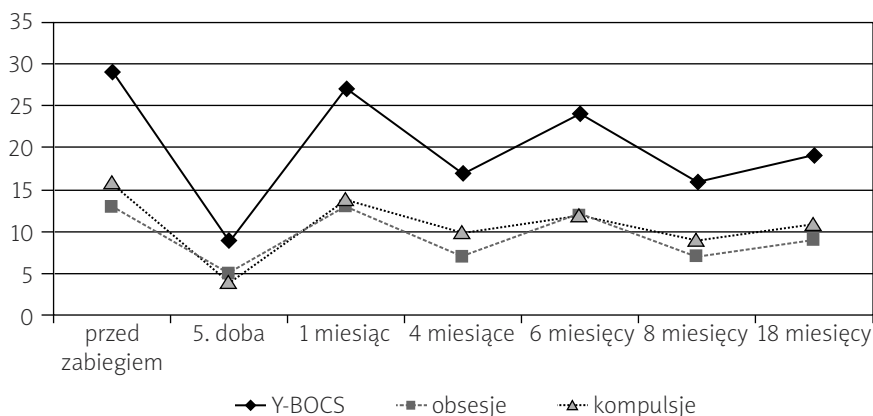
Obserwacja kliniczna

Od pierwszej, dokonanej dwa miesiące po zabiegu, ambulatoryjnej oceny stanu psychicznego najbardziej widoczna zmiana wyrażała się w zasadniczo przeważającej w ciągu 18 miesięcy obserwacji (mimo stwierdzanych również okresowo pogorszeń) poprawie samopoczucia obejmującej poprawę nastroju, większą energię i chęć działania, bycia wśród ludzi, nawiązywania kontaktów, poprawę jakości snu oraz ustąpienie myśli rezygnacyjnych.

Najszybciej odzyskanym z wcześniej „zakazanych”, a jednocześnie szczególnie znaczących dla pacjentki obszarów życiowych (co odnoto-

Tabela 2. Porównanie wyników testów psychologicznych w poszczególnych okresach pooperacyjnych u pacjentki z OCD

Testy	Przed operacją	Po operacji					
		5. doba	miesiąc	4 miesiące	6 miesięcy	8 miesięcy	18 miesięcy
Y-BOCS							
obsesje	13	5	13	7	12	7	8
kompulsje	16	4	14	10	12	9	11
łącznie	29	9	27	17	24	16	19
BDI	50	21	45	17	33	23	30
WCST							
liczba kart	128	128	128	128	128	100	86
bł. pers.	19	34	32	31	19	15	10
bł. niepers.	32	23	34	32	32	10	6
% odp. konc.	46	35	31	31	41	73	74
liczba kategorii	1	1	1	1	2	6	6
1 kategoria	45	22	37	21	41	17	16
TMT							
A (s)	22	23	22	17	18	20	16
B (s)	36	33	39	38	51	36	27
Test Stroopa							
cz. I (s)	26	25	34	23	25	27	26
cz. II (s)	55	52	62	49	63	56	54



Ryc. 1. Porównanie wyników skali Y-BOCS w poszczególnych okresach po zabiegu

wano już w pierwszym badaniu po zabiegu) była gra na skrzypcach, z której pacjentka korzystała przez cały okres obserwacji, zaledwie z 2–3 przerwami trwającymi nie dłużej niż kilka tygodni. Wraz z kilkoma innymi wcześniej odzyskanymi możliwościami dawało jej to poczucie „jakby dostała trochę odwagi do pokonywania rzeczy, które wcześniej bała się robić”. Po 6 miesiącach od zabiegu zaczęła wspólnie z mieszkającym z nią partnerem uczestniczyć codziennie w zajęciach organizowanych przed południem przez ośrodek samopomocy (m.in. terapia zajęciowa, grupa dyskusyjna, relaks, psychoedukacja), gdzie ponadto brała udział w próbach kilkuosobowego zespołu instrumentalnego. Po 9 miesiącach od zabiegu, w związku z kilkutygodniowym pobytem partnera w tutejszej klinice, nie zaniechała uczestnictwa w codziennych zajęciach we wspomnianym ośrodku, choć wiązało się to z niedostępnym dla niej wcześniej samodzielnym wychodzeniem z domu. W tym czasie, aby odwiedzić partnera, odważyła się nawet kilkakrotnie na samodzielny dojazd do kliniki pociągiem (ponad 100 kilometrów) oraz poruszanie się komunikacją miejską bez możliwości poproszenia towarzyszącej jej zwykle osoby o niezbędne wcześniej, redukujące lęk związany z każdą zmianą (wyjście z domu, wejście do ośrodka, kliniki, autobusu itp.), powtarzanie określonych sekwencji słów i wyrażań. W całym okresie objętym badaniem był to niewątpliwie czas, w którym pacjentka, mimo pewnego dyskomfortu związanego z koniecznością poszukiwania nowej, nieopierającej się na objawach natręctw w takim stopniu jak przez ostatnie kilkanaście lat, tożsamości („rytuały były częścią mnie”), czuła się najlepiej – „jakby zaczynała nowe życie”. Niestety, minął on wraz z powrotem partnera, bez którego pacjentka

ponownie przestała wychodzić z domu i samodzielnie się przemieszczać. Niemniej jednak w ciągu 18 miesięcy od zabiegu poszerzył się zakres możliwości dokonywania przez pacjentkę wyborów zgodnych z własnym upodobaniem. Kilkakrotnie zdarzyły się również epizody podejmowania innych, niedostępnych pacjentce wcześniej czynności „zakazanych”, takich jak wycieczka rowerowa, taniec, fizyczna bliskość ze swoim partnerem czy wreszcie pierwsza od kilkunastu lat obecność na pogrzebie. Pacjentka wprawdzie nadal nie może wypowiadać słów związanych ze śmiercią, ale nie musi już wychodzić, gdy inni poruszają tę tematykę. Po 18 miesiącach od zabiegu nieco mniej efektownie przedstawiały się zmiany w zakresie „nakazów”, mające charakter wyłącznie ilościowy i wyrażające się w zmniejszeniu liczby niezbędnych powtórzeń niektórych rytuałów i pochłanianego przez nie czasu – średnio o połowę (np. zamykanie i otwieranie oczu po przebudzeniu czy przekraczanie progu).

Mimo dominującego wrażenia poprawy samopoczucia pacjentki w ciągu 18 miesięcy obserwacji odnotowano również okresy jego pogorszenia, wymagające modyfikacji stosowanego wcześniej leczenia farmakologicznego. I tak po 8 miesiącach od zabiegu, ze względu na coraz bardziej widoczną, choć obecną również przed jego wykonaniem, tendencję do poprawiania sobie samopoczucia za pomocą alkoholu (2–3 piwa dziennie), włączono topirammat w dawce 2 × 50 mg. Nie przyniosło to jednak spodziewanego efektu i został on przy kolejnej wizycie (po ok. 10 miesiącach od zabiegu) zastąpiony klozapiną w dawce 25 mg/noc, co – zdaniem pacjentki – przyczyniło się do zmniejszenia ilości spożywanego alkoholu (do jednego piwa co drugi dzień) i poprawiło jakość snu,

wydłużając go z 6 do 8 godzin. Najbardziej wyraźne pogorszenie samopoczucia pacjentki nastąpiło jednak dopiero po 12 miesiącach od zabiegu, kilka tygodni po dopuszczonym wówczas przez nią kontakcie seksualnym z innym niż jej stały partner mężczyzną. Zaistniała rok po zabiegu sytuacja sugeruje, że choć korzystanie przez pacjentkę z tego „zakazanego obszaru” w ograniczonym (do dwóch w ciągu 18 miesięcy obserwacji epizodów) zakresie stało się w ogóle możliwe, to wg dostępnych pacjentce wzorców osobowościowych. Po tym wydarzeniu pacjentka przeżywała dotkliwe poczucie winy, zaczęła ponownie izolować się od ludzi, z coraz większym trudem wychodziła na kilka godzin do ośrodka samopomocy, po powrocie z niego resztę dnia spędzała w łóżku, straciła apetyt, przestała grać na skrzypcach. Odczuwała także wyraźne nasilenie lęku i natręctw z najbardziej męczącą, rozciągającą się teraz na większą część dnia koniecznością powtarzania określonej sekwencji słów oraz ponownym (po wielu miesiącach przerwy) wystąpieniem przymusu „patrzenia w górę”, utrzymującego się przy podejmowanej przez pacjentkę próbie niezazywania klonazepamu nawet do kilku godzin, z towarzyszącym wyobrażeniem „któregoś z rodziców w trumnie”. W związku z obserwowanym stanem psychicznym pacjentki zmodyfikowano schemat dotychczas podawanych leków (arypiprazol 15 mg, fluoksetyna 80 mg – rano, karbamazepina 2 × 300 mg, klopazyna 25 mg – na noc), zmniejszając dawkę arypiprazolu do 7,5 mg i włączając sertralinę początkowo w dawce 50 mg, z zamiarem stopniowego zwiększania do 200 mg w ciągu 4 tygodni. Ze względu na wystąpienie objawów ubocznych w postaci nasilenia obserwowanej już wcześniej, nieadekwatnej do podejmowanego wysiłku fizycznego męczliwości, z dusznością i znaczną potliwością, oraz zawrotów głowy, uporczywych mdłości i wymiotów (tym razem nieprovokowanych) po większości posiłków, przy kolejnej wizycie zamieniono sertralinę na paroksetynę w dawce 20 mg. Stopniowo uzyskano w ten sposób remisję w zakresie większości objawów ubocznych (z wyjątkiem męczliwości i potliwości) wraz z częściową poprawą nastroju, apetytu i aktywności pacjentki (ponownie chętniej zaczęła wychodzić z domu do ośrodka i na spacer oraz grać na skrzypcach), jednak bez istotnego – jej zdaniem – wpływu na nasilenie dotychczasowych natręctw, a nawet z pojawieniem się nowych, takich jak konieczność wielokrotnego („tak długo, jak głos się tego domaga”) płucia na podłogę w sytuacji dostrzeżenia

w polu widzenia jakiegokolwiek daty (np. ważność produktu spożywczego) kojarzonej automatycznie przez pacjentkę z potencjalną datą śmierci któregoś z rodziców. W 15. miesiącu od zabiegu, przy kolejnym pogorszeniu nastroju pacjentki ze spadkiem apetytu, zaburzeniami snu oraz nasileniem natręctw (zwłaszcza wielokrotnieniem liczby powtórzeń wypowiedzianych sekwencji słów), wobec niewielkiej skuteczności wcześniejszych prób farmakologicznego przyhamowania nasilającej się skłonności pacjentki do nadużywania alkoholu, a jednocześnie niepodjęcia przez nią starań zmierzających do wypracowania korzystniejszych strategii radzenia sobie z przeżywanym napięciem (np. w ramach zalecanej zaraz po zabiegu, a nierozpoczętej systematycznej psychoterapii w miejscu zamieszkania), zaproponowano pacjentce kolejną hospitalizację psychiatryczną. W trakcie jej trwania (był to ostatni etap 18-miesięcznego okresu obserwacji po zabiegu) w niewielkim już stopniu zmodyfikowano wypracowany wcześniej profil leczenia farmakologicznego, zwiększając jedynie wobec dużej sytuacyjnej labilności, z chwilowymi wyraźnymi spadkami nastroju, dawkę paroksetyny do 40 mg/dobę. Podjęto natomiast próbę wspomaganie leczenia farmakologicznego za pomocą oddziaływań psychoterapeutycznych, zachęcając pacjentkę do treningu powstrzymywania się od niektórych rytuałów i redukcji pojawiającego się w tych sytuacjach wzmożonego napięcia psychicznego w inny niż dotychczas sposób, przede wszystkim przez werbalizację towarzyszących temu napięciu przeżyć (myśli, uczuć, wyobrażeń) w rozmowie terapeutycznej. Obserwowano większe niż w czasie poprzedzającego zabieg pobytu w klinice psychiatrii gotowość i zdolność pacjentki do podejmowania refleksji, a w rezultacie większą modyfikowalność przeżywanego stanów emocjonalnych oraz towarzyszących im impulsywnych zachowań, zachęcające do kontynuacji psychoterapii w bardziej systematycznym i intensywnym wymiarze.

Wnioski

1. Badania psychometryczne wykonywane w ciągu 18 miesięcy po zabiegu wskazują na utrzymujące się zmniejszenie nasilenia natręctw w skali Y-BOCS i poprawę w zakresie wyników testów poznawczych.
2. Osiemnastomiesięczna obserwacja kliniczna po wykonanym zabiegu również pozwala stwierdzić, że przyniósł on poprawę kliniczną, choć bardziej odczuwaną przez pacjent-

kę w zakresie nastroju i aktywności niż samych natręctw, a wśród nich – bardziej zmniejszenia intensywności „zakazów” niż „nakazów”.

3. Ze względu na znaczne wahania samopoczucia, w dużym stopniu o podłożu sytuacyjnym i osobowościowym, konieczna wydaje się nie tylko kontynuacja leczenia farmakologicznego, lecz także intensyfikacja oddziaływań psychoterapeutycznych, którym zabieg DBS, stwarzając odpowiednie podłoże neurobiologiczne, może zapewnić, podobnie jak farmakoterapii, większą skuteczność.
4. Ogólnie pozytywny efekt przeprowadzonego po raz pierwszy w Polsce zabiegu wzmacnia istniejące już w świecie przekonanie, że głęboka stymulacja mózgu w zakresie jądra półleżącego może stanowić ważną metodę leczenia zespołu obsesyjno-kompulsyjnego o ekstremalnym nasileniu.

Piśmiennictwo

1. Blomstedt P, Sjöberg RL, Hansson M, et al. Deep brain stimulation in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *World Neurosurg* 2013; 80: e245-253.
2. Denys D, Mantione M, Figeo M, et al. Deep brain stimulation of the nucleus accumbens for treatment-refractory obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67: 1061-1068.
3. Dolberg OT, Sasson Y, Marazziti D, et al. New compounds for the treatment of obsessive-compulsive disorder. W: *Advances in the neurobiology of anxiety disorder*. Westenberg HG, Den Boer JA, Murphy DL (red.). Wiley, Chichester, England 1996; 299-311.
4. Eisen JL, Goodman WK, Keller MB, et al. Patterns of remission and relapse in obsessive-compulsive disorder: a 2-year prospective study. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 346-351.
5. Greenberg BD, Gabriels LA, Malone DA Jr, et al. Deep brain stimulation of the ventral internal capsule/ventral striatum for obsessive-compulsive disorder: worldwide experience. *Mol Psychiatry* 2008; 15: 64-79.
6. Harat M, Borkowska A, Rudaś M, Rybakowski J. Przypadek pacjenta z zespołem natręctw (obsesyjno-kompulsyjnym) opornym na leczenie zachowawcze operowanego metodą stereotaktycznej obustronnej cingulotomii. *Neurol Neurochir Pol* 2004; 38: 519-523.
7. Nuttin B, Gybels J, Cosyns P, et al. Deep brain stimulation for psychiatric disorders. *Neurosurg Clin N Am* 2003; 14: 15-16.
8. Rybakowski J, Pilaczyńska E. Zespół natręctw (obsesyjno-kompulsyjny). W: *Psychiatria*. Tom II. Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J (red.). Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011; 416-427.
9. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al. The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. The Cross National Collaborative Study. *J Clin Psychiatry* 1994; 55 (Suppl): 5-10.