

Dr. Németh Attila, Dr. Prezenszki Zsuzsanna

A kényszerbetegség modern szemlélete

Összefoglalás

A szerzők áttekintik a kényszerbetegség tünettannát, etiológiáját és terápiás lehetőségeit. A betegség a lakosság 2%-át érinti, de csak kevesen fordulnak orvoshoz, mert sokáig titkolják tüneteiket. Napjainkban már korszerű gyógyszeres és pszichoterápiás módszerek állnak rendelkezésre, a betegség kezelésére. A betegek 60-80%-ánál jelentős javulást vagy gyógyulást lehet elérni.

A kényszerbetegséget Freud még a neurózisokhoz sorolta. A 70-es évek óta a modern pszichiátria nozológiai rendszere már nem használja a neurózis kategóriát, a kényszerbetegséget a szorongásos zavarok között tárgyalja. Diagnózisként a korábban használt „neurosis anancastica” helyett a kényszerbetegség (obszesszív-kompulzív zavar = OCD) elnevezést alkalmazzuk. A 80-as évek végén a korszerű képalkotó eljárásokkal bizonyították kényszerbetegségben (is) az agyi biokémiai működészavart, és ezzel értelmetlenné vált a pszichiátriai kórképeknek az „endogén versus reaktív” illetve az „organikus versus funkcionális” elkülönítés. Minden pszichiátriai megbetegedés hátterében kimutatható genetikai vulnérabilitás, neurokémiai zavar, valamint pszichológiai tényezők.

„Zárt ajtók mögött csendben szenvednek”

A kényszerbetegség lényege a visszatérő, szorongáskeltő, irreális kényszer gondolatok, valamint a szorongás csökkentésére végzett ismétlődő rituálék, kényszer cselekvések (1. táblázat). A beteg tisztában van tüneteinek kórosságával, de nem tud szabadulni tőlük. Igyekszik titkolni a környezetétől, ami egyre nehezebb, mert az emiatt keletkező szorongás tovább fokozza a kényszereket, így ezekre még több időt fordít, és ezáltal egyre

nyilvánvalóbbá válik betegsége a környezetétől.

1. táblázat:

A kényszeres tünetek jellemzői

Kényszer gondolat (obszesszió):

- Akarattól függetlenül jelentkezik
- Visszatérő
- Szorongást kelt
- Énidegen
- A beteg tisztában van irracionálisával

Kényszer cselekvés (kompulzió):

- Az obszesszióra adott válasz
- Célja: a szorongás csökkentése
- Repetitív
- Túlzott mértékű vagy értelmetlen cselekvéssorozat

A kényszeres tünetek nagyon változatosak lehetnek. Fő csoportjaikat a 2. táblázatban foglaltuk össze.

A tisztálkodási kényszerben szenvedők félnek a piszoktól, a fertőzéstől. Igyekeznek kivédeni minden fertőzési lehetőséget. Ezért kerülnek a kézmosást, a kezükre nyáron is kesztyűt húznak, kezüket gyakran és hosszadalmasan mossák. A kézmosás sajátos számmisztikával társulhat; „három a magyar igazság, ... egy a ráadás”. Általában addig mosnak kezet, amíg „belülről” nem érzik, hogy tiszta. Ilyen esetekben az összes tisztálkodással kapcsolatos cselekvés kényszeresen ritualizált lehet; pl. fogmosás, mosakodás, szappanozás, törülközés stb. A kényszeresek gondolkodását jól megérthetjük azáltal, hogy miért részesítik előnyben a zuhanyozást a fürdésnél. Ugyanis a fürdés során a testünkről lemosott piszok a fürdőkádban marad, ami visszakerülhet a testre, így nem szabadulunk meg a piszoktól. Ugyanez a gondolkodás miatt a törülközésnél sem mindegy, hogy hány törülközővel törülközünk, és milyen sorrendben törüljük meg egyes testrészeinket.

Ezekből a példából jól látható a kényszeresekre jellemző „minden vagy semmi” gondolkodásmód. Mindenképpen arra törekszenek, hogy 100%-osan kizárják a „baj” bekövet-

kezésének lehetőségét. A probléma lényege abból áll, hogy 100%-osan semmit nem lehet kizárni. Ez egy olyan cél, ami elérhetetlen, és ezzel a tudattal kell együtt élnünk. A kényszeresek mégis megpróbálják a „lehetetlen”-t. Ezért ellenőrzik 3-szor, 5-ször, 10-szer a lakás- vagy kocsizárat, hogy biztosan bezárták-e az ajtót. Mikor lehet azt mondani, hogy biztos?

A kényszerbetegekre jellemző a „mi lenne, ha...?” vagy a „csak baj ne legyen...” gondolkodás. Mindent túlbiztosítanak (ez a kényszer cselekvés alapja), számukra csak a „tökéletes” megoldás fogadható el. Általában perfekcionista, emellett gyakran döntésképtelenek, mivel ritkán fordul elő „tiszta fekete-fehér” szituáció.

A betegek élettere egyre jobban beszűkül. Egyre gyakrabban jelentkeznek a kényszer gondolatok, egyre hosszabb időt vesznek igénybe a kényszeres rituálék. Eljuthatnak odáig, hogy egy felöltözés eltarthat órákig, mivel minden egyes ruhadarabot megfelelő rituálé szerint kell „tökéletesen” felvenni.

Gyakoribb, mint a skizofrénia vagy az epilepszia

Régebben ritka kórképnek gondolták. Az első, nagy létszámú, közel 20.000 ember struktúrált interjúja alapján készült epidemiológiai felmérés mutatta ki, hogy a lakosság 2,3%-a szenved (vagy szenvedett) kényszerbetegségben (ECA vizsgálat – USA, 1984). Azóta ezt az eredményt számos – más országban – végzett vizsgálat is megerősítette. Hazai adataink szerint a kényszerbetegség élettartam prevalenciája 2,8%, azaz gyakoribb, mint a skizofrénia vagy az epilepszia. (Szádóczy, 2000).

Fiatalkorban kezdődik, és krónikus lefolyást mutat

A betegség pubertáskorban kezdődik leggyakrabban. A nőknél még az első szülést követő időszakban gyakori a betegség kezdete. Ezek az adatok a neurohumorális tényezők szerepére utalnak.

Dr. Németh Attila, Dr. Prezenszki Zsuzsanna
Nyíró Gyula Kórház
II. Pszichiátriai Osztály
1135 Budapest, Lehel u. 59.

Depresszióval gyakran társul

A kényszerbetegség egyharmadánál depresszió is társul a tüneti képhez. Kényszeres betegeknek a véletlenül sokkal gyakrabban tapasztalunk egyéb szorongásos kórképeket (pánikbetegség, fóbiák) és táplálkozási zavarokat (anorexia, bulimia) is. A komorbiditás a közös neurobiológiai alapokra utal. A kísérő betegségek rontják a prognózist.

Etiológia

A kényszerbetegség kialakulásában neurobiológiai és pszichológiai tényezők egyaránt szerepet játszanak.

A genetikai kutatások családi halmozódást mutattak ki. Az elsőfokú rokonok között 20%-ban találunk kényszerbetegségben vagy kényszeres tünetektől szenvedő egyéneket. Az ikervizsgálatok is megerősítik a genetikai tényezők szerepét; a monoizigóta ikerpároknál ugyanis 63%-os a koncordancia, míg a dizigótáknál 22%.

A neuro-anatómiai kutatások szerint az orbitofrontális kéreg, a striatum, a pallidum és a talamusz között futó idegpályák működése képezi a kényszerbetegség neuro-anatómiai alapját. A neurotranszmitterek közül elsősorban a szerotonin rendszer érintett. Ezt igazolja közvetetten a szelektív szerotonin visszavételt gátló antidepresszívumok hatékonysága is. A szerotonin rendszeren kívül más neurotranszmitterek, neuropeptidok is involváltak az OCD pato-

mechanizmusában (dopamin, glutaminsav, CRH stb.).

A tanulásemélet szerint a kényszeres tünetek a szorongásra adott aktív elkerülő viselkedés. A kényszeres rituálék egy plusz cselekvést jelentenek, ellentétben a fóbiás szorongással, amely passzív elkerülő viselkedéssel jár; és az aktivitást illetően ez egy mínusz variánsnak tekinthető. A szorongásra adott kóros válasz kondicionálódik, rögzül, sőt egyre terebélyesebb formát ölthet. Ezen alapul a viselkedésterápia, amely a kényszerbetegségben a leghatékonyabb pszichoterápiás módszer.

A pszichoanalitikus teória a kora gyerekkori pszichotraumáknak tulajdonít jelentőséget, amelyek a szobatisztaság kialakulásának időszakában érték az egyént.

Terápia

Célzott, hatékony terápiáról csak 30 év óta beszélhetünk. Ekkor mutatták ki az erős szerotonin hatással rendelkező antidepresszívumnak – a clomipraminnak – a hatékonyságát kényszerbetegségben, és ekkor publikálták az első viselkedésterápiás eredményeket. A korábban terápia-rezisztensnek tekintett kényszerbeteggek kétharmada mutatott szignifikáns javulást a megfelelő kezelésekre.

Az elmúlt évtizedekben számos új, szelektív szerotonerg antidepresszívum került forgalomba, melyek egyformán hatékonyak kényszerbetegségben (citalopram, fluvoxamin, fluoxetin, paroxetin, sertraline) (3. táblázat).

Ezek az antidepresszívumok azonban általában csak magasabb dózisban és hosszabb idő után kezdenek hatni OCD-ben, mint depresszióban. A hatás csak 3-4 hét múlva kezdődik, és a tünetek lassan, fokozatosan csökkennek. A beteg kezdetben csak azt érzi, hogy könnyebb ellenállni a kényszereinek. Sokszor évekig, néha életük végéig kell gyógyszer szedni a betegeknek, mivel a gyógyszer elhagyását követően újra visszatérhetnek a kényszeres tünetek (Németh, 2000).

A viselkedésterápia során – a tanuláseméletből kiindulva – a tünetre koncentrálnunk. Az „ingerexpozió + válasz megelőzés” alapelv szerint a beteget kitesszük a szorongást keltő helyzetnek; például tisztasági kényszeres betegnek csupasz kézzel meg kell fogdosnia a kilincsetek vagy a szemetes kukát, utána pedig nem moshat kezét egy hosszabb időn keresztül. Ez átmeneti feszültség-növekedéssel jár, amely spontán rendeződik, és a gyakorlat ismétlése során már egyre kisebb feszültséget indukál, végül már nem is jelentkezik. A terápiaiban a „kutyaharapást szőrével” vagy „átesni a ló túlsó oldalára” elv érvényesül, de hangsúlyozni kell, hogy a terápiás gyakorlatot előzetesen mindig meg kell beszélni a beteggel. A „túlceremonizálással” a kényszeres rituálét tovább bonyolítjuk, és ezáltal szakítjuk meg a berögzült kóros sztereotípiát. A válasz forszírozása azt jelenti, hogy az ismétlések számát megtöbbszörözzük (pl. az ajtózárat nem 5-ször, hanem 50-szer kell ellen-

2. táblázat

A leggyakoribb kényszer gondolatok (obszessziók) és kényszer cselekvések (kompulziók) (Treuer és mtsai 2001).

Kényszer gondolatok (Obszessziók)	Százalék	Kompulziók (kényszer cselekvések)	Százalék
Kontaminációs jellegű kényszer gondolatok (félelem a fertőzéstől, a piszoktól)	72%	Tisztálkodási kényszer cselekvések	75%
Agresszív kényszer gondolatok	63%	Ellenőrzési kényszer cselekvések	72%
Szexuális kényszer gondolatok	27%	Ismétléses rituálék (például újraolvasás, lépegetés)	66%
Vallásos kényszer gondolatok	43%	Imádkozási rituálék	15%
Szimmetriával, pontossággal kapcsolatos kényszer gondolatok.	47%	Megszámolási kényszer cselekvések	35%

örizni), és így a beteg számára is értelmetlenné válik a kényszercselekvés elvégzése. Optimális esetben a betegek elsajátítják a terápiás elveket, előbb-utóbb ők találják ki maguknak a gyakorlatokat, és így szabadulnak meg fokozatosan kényszereiktől (3. táblázat) (Németh, 2000).

A két módszert külön-külön alkalmazva a betegek 60%-ánál sikerül szignifikáns javulást elérni. Ha a módszereket kombináljuk, akkor 80%-uknál érünk el eredményt.

Sajnos, a betegek 20%-a a jelenlegi terápiás eszközökre is rezisztens. Kö-

zöttük vannak olyan súlyos esetek, akiknek az egész napját a kényszerek töltik ki, munkaképtelenek, sőt akár önálló életvitelre sem képesek. Nemcsak ezek a betegek szenvednek nagyon, hanem a velük együtt élő hozzátartozók is. Az ilyen terápia-rezisztens betegeknel szóba jön az idegsebészeti beavatkozás, melynek során a túlaktívált fronto-striato-pallidotalamikus hurok egyes pontjait lézerrel roncsoljuk, és ezzel elősegítjük a biokémiai egyensúly helyreállítását. Az ilyen súlyos állapotú és reménytelen helyzetű betegek felénél tartós és je-

lentős javulást lehet még elérni. A korszerű műtétekkel már minimálisra csökkenthetők a szövődmények kockázata. Ilyen műtétet már több mint 20 éve végeznek igen nagy számban, az USA-ban és Svédországban. Ebben az évben hazánkban is elvégeztünk 5 súlyos betegen ilyen beavatkozást. A féléves utánkövetés egyelőre igen pozitív tapasztalatokat hozott.

Nem lehet eléggé hangsúlyozni a korai felismerés és kezelésbe vétel jelentőségét. A kezdeti szakaszban sokkal könnyebb a terápia, mint egy krónikus, súlyos esetben. Hazai és amerikai vizsgálatok szerint a betegség kezdetét követően átlagosan 7 év telik el, mire az egyén orvoshoz fordul a panaszaival. Ezért fontos a lakosság pszichológiai-pszichiátriai ismereteinek bővítése, hogy a betegek felismerve a kórképet, minél hamarabb forduljanak szakemberhez.

Irodalomjegyzék:

- Németh A. (szerk): *A kényszerbetegség és határterületei*. Filum, Budapest, 2000.
 Németh A., Treuer T.: *Kényszerbetegség (Obszesszív-Kompulzív zavar)*. In: *A pszichiátria magyar kézikönyve*. (szerk.: Füredi J., Németh A., Tariska P.), Medicina, Budapest, 2001.
 Szádóczy E.: *Kedélybetegségek és szorongásos zavarok prevalenciája Magyarországon*. Print-Tech Kiadó, Budapest, 2000.
 Treuer T., Németh A., Rózsa S., Füredi J.: *A kényszerbetegség tüneti altípusainak elkülönítése faktoranalízis segítségével*. *Psychiatr. Hung.* 16(3):271-280., 2001.

3. táblázat

A kényszerbetegség kezelése

I. Gyógyszeres kezelés

1. Potens szerotonin-visszavételt gátló antidepresszívumok (PSRI)

- 1.1. clomipramin: 200–300 mg/nap
- 1.2. fluvoxamin: 200–300 mg/nap
- 1.3. fluoxetin: 40–80 mg/nap
- 1.4. paroxetin: 40–80 mg/nap
- 1.5. sertralin: 50–200 mg/nap
- 1.6. citalopram: 40-80 mg/nap

II. Viselkedésterápia

- Ingerexpozíció
- Kényszerválasz befolyásolása
 - ◀ a válasz megelőzése
 - ◀ a válasz túlcerebronizálása
 - ◀ a válasz forszírozása
 - ◀ a válasz blokkolása (pl. gondolatstop)

III. Pszichiátriai sebészet

- cingulotomia
- capsulotomia

Az „Esetismertetések” rovátban feltett kérdésekre adott helyes válaszok:

1. eset

1. Mamilla adenoma (benignus) 2. Intraductalis mamma carcinoma, Paget-féle carcinoma, Irritativ dermatitis, Kontakt ekcéma 3. Szövetteni vizsgálat (próba kimetszés), majd a diagnózis ismeretében döntés a további tennivalókról.

Ebben az esetben a csomó in toto eltávolítása, annak szövettani feldolgozása, betegkövetés.

2. eset

1. Verruca seborrhoica (basal-sejtes acanthoma) 2. Paget-féle carcinoma, Verruca vulgaris (vírus acanthoma), Elszarusodó laphámrák 3. A beteg panaszaira való tekintettel a növedék in toto eltávolítása (plasztikai megoldás) és szövettani feldolgozása.

„Nagyszerű dolog” – mondják az orvosok

NÉGYKEZES SZÁMÍTÓGÉP

Az Önéből is kialakítható, hogy munkatársával együtt, vagy felváltva kezelhessék!
 Csak egy telefon, és elküldjük Önnek a DAXON billentyűzet-egér-, és monitor duplikálót.
 A rendszer összeállítását, valamint a második billentyűzet, egér és monitor beszerzését nyugodtan bízta helyi szakemberére!

DAXON Elektronikai Kft. 1114 Budapest, Eszék u. 12.

Tel.: 361-3366, 06-30-921-7820, Fax: 466-5095

E-mail: info@daxon.hu

Honlap: www.daxon.hu