

Epidemiologia zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych

Epidemiology of obsessive-compulsive disorder

Andrzej Kiejna, Joanna Rymaszewska,
Monika Kantorska-Janiec, Wojciech Tokarski

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii AM we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. A. Kiejna

Summary: In the article the problems of prevalence of obsessive-compulsive disorder (OCD), comorbidity with other mental disorders and the most commonly used diagnostic instruments were presented. Epidemiological data indicate OCD as the fourth most common mental disorder, which appears as frequent as asthma or diabetes. In an international study from 1994 the year's prevalence of OCD was from 1,1% to 1,8%. In each country obsessions and compulsions appear with different intensity, what can testify for certain cultural conditionings of disorder. Men suffer from OCD equally often as women, however both first symptoms and full symptom disorder appear several years earlier in men than in women. The prevalence of OCD among children is from 2% to 4%. At least half of the patients suffer from OCD also in maturity. OCD should be differentiated from generalized anxiety disorder, panic disorder, phobias, anancastic personality and hypochondria.

Słowa klucze: epidemiologia, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne
Key words: epidemiology, obsessive-compulsive disorder

Wstęp

Objawy obsesyjno-kompulsywne zostały opisane w 1838 roku przez Jeana Etienne'a Dominique'a Esquirola jako jedna z postaci melancholii. Blisko 100 lat później, w latach 1908–1937, nerwica natręctw, jak określano zaburzenie obsesyjno-kompulsywne, zajmowała sporo miejsca w dziełach Zygmunta Freuda. Słynny opis objawów „człowieka wilka” (Siergiej Pankratow, pacjent, u którego rozpoznano nerwicę natręctw oraz psychozę maniakalno-depresyjną) wraz z historią jego leczenia z zastosowaniem psychoanalizy pochodzi z 1918 roku [1].

Wyczerpujący opis „choroby obsesyjnej” (obsessive illness) pozostawił sir Aubrey Lewis (1935). Podkreślał, iż obsesyjne myśli pojawiają się wbrew woli pacjenta; wskazywał na czynione przez pacjentów kolejne próby przeciwstawienia się takim

myślom. Kurt Schneider (1959) opisał sposób postrzegania obsesji przez pacjentów: ich niechęć do uporczywych myśli, a także poczucie ich bezsensu [2].

Zgodnie z aktualnymi systemami klasyfikacyjnymi, w zaburzeniu obsesyjno-kompulsywnym natrętne myśli (obsesje) i/lub natrętne czynności (kompulsje) występują przez większość czasu (wg DSM-IV co najmniej 1 godzinę dziennie) przez większość dni, przez co najmniej 2 tygodnie. Pacjent uznaje, że wypływają one z jego własnego umysłu, nie są narzucone z zewnątrz. Myśli takie powtarzają się, pacjent zaś postrzega je jako nieprzyjemne, a nawet bezsensowne (DSM-V wyróżnia postać zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego z zaburzonym wglądem, w której pacjent nie postrzega obsesji czy kompulsji jako niedorzecznych czy zbyt rozbudowanych). Próbuje przeciwstawiać się tym odczuciom, jednak jego wysiłki są bezowocne. Przeżywanie natrętnych myśli bądź wykonywanie natrętnych czynności nie jest przyjemne, z obsesjami jednak jest zwykle związane napięcie i duży lęk. Wykonanie czynności przymusowej, poddanie się określonego rytuałowi redukuje lęk – jest to rodzaj nagrody, który powoduje utrwalenie się związku pomiędzy obsesją a kompulsją. Tak w uproszczeniu może przedstawiać się mechanizm behawioralny zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego [3, 4].

Obsesjom nie muszą towarzyszyć kompulsje – mówimy wówczas o obsesyjnych ruminacjach, uporczywie nawracających myślach, którym nie towarzyszą żadne przymusowe czynności. Pacjenci z zaburzeniem obsesyjno-kompulsywnym często doświadczają nawracających myśli, obsesyjnych wątpliwości, które bywają przyczyną tworzenia przez nich skomplikowanych, coraz bardziej skomplikowanych rytuałów, których celem ma być usunięcie wszelkich wątpliwości. Obsesjami mogą być również wyobrażenia czy impulsy do działania.

Kompulsje, przymusowe czynności, mogą przybierać formę rozmaitych, czasami znacznie rozbudowanych rytuałów, którym nie zawsze towarzyszą natrętne myśli. Przykładem może być „kompulsywna powolność” [2]: pacjenci wykonują rytuały, pochłaniające niezwykle dużo czasu, nie towarzyszą im jednak obsesyjne myśli.

Rozpowszechnienie OCD

Zaburzenie obsesyjno-kompulsywne, do czasu wprowadzenia klasyfikacji DSM-III, a następnie ICD-10, nazywane nerwicą natręctw, przez wiele lat traktowane było jako zaburzenie niezwykle rzadkie. Do lat osiemdziesiątych dysponowano jedynie przybliżonymi danymi dotyczącymi rozpowszechnienia zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego i oceniano je na około 0,05% [5]. Przełomem było badanie Epidemiologic Catchment Area (ECA), w którym ustalono, że rozpowszechnienie zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego jest 50–100-krotnie większe i wynosi od 0,7% w Los Angeles do 2,1% w Piedmont, co oznacza, że zaburzenie to występuje dwukrotnie częściej niż schizofrenia czy napady paniki. Wskazano na następujące przyczyny tak dużych rozbieżności:

- pacjenci niechętnie ujawniają objawy;
- rutynowy wywiad dotyczący stanu psychicznego nie zawiera pytań na temat OCD;
- lekarze nie uzyskują wyczerpującego wywiadu i pełnego obrazu szerokiego spektrum objawów natręctw;
- nie zostają postawione właściwe rozpoznania, obsesje i kompulsje nie są łączone

w zespół.

Narzędziem badawczym był Diagnostic Interview Schedule (DIS), kwestionariusz oparty na kryteriach klasyfikacyjnych DSM-III. System ten był przełomem w klasyfikacji dotyczącej zaburzeń psychicznych – jako pierwszy wprowadził, powszechnie przyjętą w następnych latach, choć budzącą wiele kontrowersji, zasadę operacjonalizacji rozpoznań [6].

W badaniu epidemiologicznym w Edmonton, w którym także zastosowano DIS, obejmującym 3258 osób, ustalono podobne wskaźniki rozpowszechnienia zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego: 2,9% i 1,6% w ciągu ostatnich 6 miesięcy. Największe ryzyko ujawnienia się zaburzenia przypadało na wiek 10–19 lat (dotyczyło to w tym samym stopniu obojga płci). U badanych częściej ujawniały się obsesje [7]. W badaniu tym analizowano związek remisji zaburzeń psychicznych, w tym zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego, z wiekiem pacjentów. Ustalono, że z wiekiem zmniejsza się szansa wystąpienia remisji tego zaburzenia, przy ogólnie niskich wskaźnikach remisji w każdym wieku, co wskazuje na wyraźnie przewlekły przebieg schorzenia. Pełne remisje zdarzają się rzadko i są wynikiem intensywnego leczenia [8]. Mimo iż podłużna analiza przebiegu zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego wskazuje na pewną zmienność, jeśli chodzi o liczbę rozpoznań, to objawy tego zaburzenia pozostają na dość stałym, charakterystycznym dla danej osoby, poziomie, bez wyraźniejszych epizodów remisji, ale także bez istotnych zaostrzeń [9].

Opierając się na zasadach przyjętych w Edmonton oraz w ECA, przeprowadzono szeroko zakrojone badanie dotyczące zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego, obejmujące Stany Zjednoczone, Kanadę, Puerto Rico, Niemcy, Tajwan, Koreę i Nową Zelandię [10]. Uzyskano zbliżone wyniki, z rocznym rozpowszechnieniem rzędu 1,1% (Korea i Nowa Zelandia) do 1,8% (Puerto Rico). Ustalono także, że w poszczególnych krajach obsesje i kompulsje pojawiają się z różnym nasileniem, co może świadczyć o pewnych kulturowych uwarunkowaniach obrazu zaburzenia. Ogólnie niższe wskaźniki rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych, w tym zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego rzędu 0,4%, odnotowano na Tajwanie. Tę znaczną różnicę próbowano później tłumaczyć niewłaściwą adaptacją kwestionariusza badawczego i mało starannym dostosowaniem do lokalnych warunków kulturowych, nie uzasadnia to jednak tak dużych rozbieżności, których zasadnicze przyczyny nadal pozostają niewyjaśnione.

Mężczyźni chorują równie często jak kobiety, pierwsze objawy pojawiają się u kobiet w wieku 20,8 lat, a u mężczyzn w wieku 16,3, pełnoobjawowe zaburzenie ujawnia się u kobiet w wieku 26,4 lat, a u mężczyzn w wieku 20,3 lat. Nezirogulu i wsp. [11] przedstawili następującą charakterystykę osób z zaburzeniem obsesyjno-kompulsywnym: są to samotni mężczyźni, rzadko wdowy, pracownicy umysłowi, którzy nie mają skłonności do nadużywania narkotyków ani leków, nie mają problemów z alkoholem i rzadziej niż przedstawiciele populacji ogólnej palą papierosy.

W danych dotyczących zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego ciągle istnieją pewne rozbieżności. W niemieckim badaniu z 2000 r. [12], obejmującym grupę 4075 osób dorosłych, wylosowanych w populacji północnych Niemiec, w którym zastosowano CIDI, ustalono wskaźnik rozpowszechnienia zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego ogółem na 0,5% i 2% w postaci podprogowej. Odpowiednie wskaźniki dotyczące

miesięcznego rozpowszechnienia wynosiły 0,39% i 1,6%. Stosunek kobiet do mężczyzn wynosił w przypadku zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego 5,7:1, a w postaci podprogowej 1,2:1.

W przeprowadzonym w Kanadzie badaniu, opartym na telefonicznym wywiadzie, prowadzonym przez przeszkolonych ankieterów z zastosowaniem jednej z części CIDI, w którym uczestniczyło 2261 osób dorosłych, uzyskano miesięczny wskaźnik rozpowszechnienia rzędu 3,1%. Spośród respondentów, u których rozpoznano kliniczną bądź subkliniczną postać zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego, utworzono kolejną grupę, którą przebadali lekarze i psychologowie, stosując strukturalizowany wywiad oparty na DSM-IV oraz skalę Y-BOCS. Po klinicznej weryfikacji wcześniejszych rozpoznań uzyskano miesięczny wskaźnik rozpowszechnienia zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego oraz jego postaci subklinicznej po 0,6%. Uznano, że ankieterzy są skłonni do błędnego interpretowania objawów prezentowanych przez badanych – dotyczy to zwłaszcza skłonności do zamartwiania się oraz pewnych przekonań, które mogą być interpretowane jako obsesje. Przeceniany bywa także wpływ obsesji i kompulsji na życie i funkcjonowanie badanego. Rozbieżność powyższych wyników, w stosunku do wcześniejszych, sprawia, że wskazuje się na konieczność kolejnych, wyczerpujących badań dotyczących zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego, z zachowaniem poprawności metodologicznej, a także ze szczegółowym uwzględnieniem takich aspektów, jak wpływ zaburzenia na jakość życia osoby badanej oraz stopień upośledzenia jej funkcjonowania [13].

W brytyjskim badaniu National Survey of Psychiatric Morbidity zastosowano kwestionariusz Clinical Interview Schedule (CIS), uzyskując wyniki miesięcznego rozpowszechnienia zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego 1% wśród mężczyzn oraz 1,8% wśród kobiet [14].

Rozpowszechnienie OCD wśród dzieci i młodzieży

Szczególne miejsce zajmują zaburzenia obsesyjne u dzieci – rytuały zdarzają się u wielu dzieci w wieku szkolnym, mogą być postrzegane jako zwyczajne zjawisko. Czasami jednak rytuały pochłaniają dużo czasu, wpływają na pozostałe rodzaje aktywności, bywają irytujące dla otoczenia. Treścią dziecięcych obsesji, podobnie jak osób dorosłych, bywają obawy przed brudem i zanieczyszczeniem, czasami dotyczą one straszliwych wydarzeń, które mogłyby zajść, lub krzywdy, jakiej mógłby doznać ktoś bliski. Najczęstsze kompulsje dziecięce dotyczą mycia, sprawdzania; bywają także bardziej złożone, tworzące rytuały. Rozpowszechnienie zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych wśród dzieci szacuje się na 2% do 4%. Co najmniej połowa pacjentów cierpi na zaburzenie obsesyjno-kompulsywne także w wieku dojrzałym. Dzieci ze schorzeniem są izolowane społecznie, trudniej nawiązują kontakty ze zdrowymi rówieśnikami, niechętnie usamodzielniają się i stosunkowo późno opuszczają dom rodzinny. Do schorzeń towarzyszących zaburzeniu obsesyjno-kompulsywnemu zaliczyć można depresję, zaburzenia lękowe, tiki, zaburzenia aktywności i uwagi oraz zaburzenia odżywiania się [15].

Wśród młodzieży dorastającej ogólny wskaźnik rozpowszechnienia zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego wynosi 2–3%. Podobnie jak w przypadku dorosłych,

zaburzenie to wcześniej pojawia się u chłopców, z pierwszym szczytem w okresie dojrzewania i następnym w okresie dorosłości. Przebieg schorzenia jest dość stabilny, a wskaźnik całkowitych remisji ocenia się na 10–15%. Trudności diagnostyczne mogą pojawić się w przypadku często współwystępujących zaburzeń depresyjnych i lękowych [16].

Rodzinne występowanie zaburzeń

W badaniu Nestadta i wsp. [17] rozpowszechnienie OCD u krewnych I stopnia wynosiło 11,7%; w grupie kontrolnej – 2,7%. Yang i Liu [18] przeprowadzili w 1998 r. badanie dotyczące rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych u krewnych pierwszego stopnia osób cierpiących na OCD, w porównaniu z grupą kontrolną. Wskaźnik rozpowszechnienia OCD i podprogowego OCD, zaburzenia lękowego uogólnionego oraz innych zaburzeń neurotycznych u krewnych I stopnia pacjentów z OCD wynosił odpowiednio 47,6%, 35,7% oraz 23,8%; w grupie kontrolnej – odpowiednio 10,8%, 3,6% i 0%. Natomiast wskaźniki rozpowszechnienia schizofrenii, zaburzeń afektywnych i tików u krewnych I stopnia pacjentów z OCD i tikami wynosiły odpowiednio 52%, 26% i 90,9%; w grupie kontrolnej odpowiednio 0%, 3,6% oraz 7,2%.

OCD a jakość życia

Zaburzenie obsesyjno-kompulsywne w znacznym stopniu wpływa na życie i funkcjonowanie pacjenta. Podejmowano badania dotyczące jakości życia osób cierpiących na nie. Wynika z nich, że im cięższa postać zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego (nasilenie oceniane za pomocą Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale), tym niższa punktacja w skalach dotyczących funkcjonowania społecznego, nawet jeśli uwzględniono wpływ ewentualnych objawów depresji. Stwierdzono także problemy w pełnieniu funkcji społecznych, jednak nie wiązały się one w tak wyraźny i proporcjonalny sposób z nasileniem zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego [19].

Zaburzenie obsesyjno-kompulsywne bywa przyczyną pogorszenia się funkcjonowania społecznego, w tym problemów seksualnych. W badaniu obejmującym 23 kobiety z tym rozpoznaniem ustalono, że charakteryzują się one mniejszą wrażliwością seksualną, przejawiają zachowania unikające; często odnotowuje się anorgazmię. Można zatem uznać, że zaburzenie obsesyjno-kompulsywne stanowi czynnik ryzyka w zaburzeniach seksualnych u kobiet [20].

Różnicowanie i współwystępowanie

Rozpoznanie różnicowe zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego obejmuje zaburzenie lękowe uogólnione, lęk paniczny, fobie, osobowość anankastyczną oraz hipochondrię. We wszystkich tych zaburzeniach występują uporczywe, niepożądane myśli, mogą pojawić się szczególne rytuały [21]. Uporczywie nawracające myśli, dotyczące traumatycznego wydarzenia, są też jedną z charakterystycznych cech zaburzenia stresowego pourazowego; ich obecność mogłaby wskazywać na pewne powinowactwo

tego zaburzenia z zaburzeniem obsesyjno-kompulsywnym. Tymczasem w badaniu, obejmującym 183 ofiary różnych wypadków, ustalono, iż OCD ujawnia się u mniej niż 2% tych osób, co oznacza, że jego rozpowszechnienie jest zbliżone do odnotowywanego w populacji ogólnej [22].

Na możliwość współwystępowania objawów psychotycznych i obsesyjno-kompulsywnych, i wiążące się z tym faktem problemy diagnostyczne, wskazywano już od kilkudziesięciu lat. W badaniach dotyczących pacjentów ze schizofrenią stwierdzano, że od 14% do 25% prezentuje objawy upoważniające do rozpoznania zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego. Wstępne wyniki wskazują, że u pacjentów ze współwystępującymi zaburzeniami występuje mniej objawów negatywnych, częściej natomiast odnotowuje się objawy pozapiramidowe [23].

Jednym z problemów, które wykraczają poza ramy zainteresowań psychiatrii, jest niekontrolowane dokonywanie zakupów. Zaburzenie to umieszcza się wśród zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, związanych z zaburzeniem kontroli impulsów, ewentualnie uzależnień, a czasami depresji. Dotyczy ono coraz większej grupy osób, zwłaszcza w krajach wysoko rozwiniętych, w których istnieje łatwy dostęp do kart kredytowych. Kompulsywne dokonywanie zakupów bywa przyczyną poważnych trudności finansowych, czasem także prawnych, osób na nie cierpiących i ich rodzin. Zaburzenie to wymaga dalszych szczegółowych badań i sformułowań precyzyjnych kryteriów diagnostycznych [24].

Metodologia badań nad OCD

Analizując dane epidemiologiczne należy też zwrócić uwagę na następujące czynniki, które mogą mieć wpływ na wysokość wskaźnika rozpowszechnienia OCD, tj.: jaka populacja była badana (ogólna czy kliniczna), jakie narzędzia stosowano, jakie były ich parametry psychometryczne, jaką stosowano technikę badania (ankieter czy klinicysta, bądź korzystanie jedynie z dokumentacji) czy jakie były kryteria diagnostyczne.

Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne są rozpoznawane obecnie według kryteriów diagnostycznych klasyfikacji DSM-IV i ICD-10, które są ze sobą kompatybilne. Kryteria te uwzględniono, tworząc narzędzia diagnostyczne zarówno do badań populacyjnych, jak i klinicznych. W badaniach epidemiologicznych dotyczących zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych wykorzystuje się m.in. Composite International Diagnostic Interview (CIDI) oraz Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). ADIS jest kwestionariuszem przeznaczonym wyłącznie dla zaburzeń lękowych i jest mniej znany od pozostałych dwóch narzędzi.

Composite International Diagnostic Interview (CIDI) przygotowano z myślą o badaniu populacji ogólnej w różnych warunkach kulturowych. Może być stosowany przez przeszkolonego ankietera, osobę bez wykształcenia medycznego, która będzie mogła uzyskać informacje porównywalne do zbieranych przez psychiatrę w czasie badania klinicznego. Szkolenie ankieterów trwa około tygodnia. CIDI to narzędzie składające się z kilkunastu niezależnych części zawierających pytania dotyczące podstawowych kategorii diagnostycznych, ujętych w ICD-10 i DSM-IV. Ma budowę modułową, co oznacza, że każda część może zostać wykorzystana niezależnie od pozostałych,

stosownie do zainteresowań badacza. Część K dotyczy zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych. Narzędzie tworzą specjalnie skonstruowane pytania, które ankieter głośno odczytuje badanej osobie, niczego nie zmieniając i niczego nie dodając. Pytania wraz z kodami zawiera broszura dla ankietera. Jeśli korzysta się z wersji komputerowej kwestionariusza, ukazują się one na ekranie. Uzupełnieniem jest broszura dla respondenta zawierająca listę objawów, spośród których badany wybiera dotyczące go dolegliwości. CIDI przetłumaczono na różne języki i określono jego parametry psychometryczne pozwalające na jego prawidłowe użycie. W Polsce ośrodkiem uprawnionym do szkoleń w zastosowaniu CIDI jest Katedra i Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu [25].

Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) jest częściowo strukturalizowanym narzędziem przygotowanym przez ekspertów WHO do badania, przebiegu lekarzy i psychologów, objawów i przebiegu zaburzeń psychicznych w populacjach klinicznych. Jego stosowanie wymaga odpowiedniego szkolenia w uprawnionych do tego centrach. SCAN jest grupą instrumentów przygotowanych do badania, mierzenia i klasyfikowania objawów psychopatologicznych i zachowań związanych z większością zaburzeń psychicznych występujących u osób dorosłych. Składa się z 4 elementów: Present State Examination (X rewizja), Item Group Checklist, Clinical History Schedule, Glossary of Differential Definitions. SCAN przetłumaczono na kilkanaście języków. Pozytywnie oceniono trafność i rzetelność tego instrumentu. Badanie za pomocą SCAN trwa około 90 minut. Jest on również wykorzystywany w badaniu niewielkich grup klinicznych, szczególnie wtedy, gdy konieczna jest homogenna grupa osób badanych, np. w badaniach genetycznych w psychiatrii. Polska wersja językowa SCAN wraz z programem komputerowym została zaimplementowana przez Katedrę i Klinikę Psychiatrii AM we Wrocławiu [26].

W badaniach dotyczących zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego korzysta się także z kwestionariuszy przeznaczonych wyłącznie do oceny tego zaburzenia – część z nich służy do samooceny, inne wypełnia osoba badająca. Pozwalają one na diagnostykę oraz pomiar nasilenia zaburzenia. Do najczęściej obecnie stosowanych należą:

– The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), która jest jedną z popularnych skal używanych do oceny zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego. Stosować ją może osoba badająca, może też być ona skalą samooceny. Charakteryzuje się doskonałą spójnością wewnętrzną, rzetelnością określaną metodą test-retest, zwłaszcza w formie wypełnianej przez badanego. Narzędzie to jest bardzo przydatne w ocenie dynamiki leczenia zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego – przyjmuje się, że redukcja liczby punktów o 35% w odniesieniu do poziomu wyjściowego oznacza klinicznie istotną poprawę stanu psychicznego [27]. Tłumaczenia narzędzia oraz oceny jego trafności i rzetelności dokonano w Katedrze i Klinice Psychiatrii AM we Wrocławiu [28, 29].

– Maudsley Obsessional Compulsive Inventory, 30-punktowy inwentarz służący m.in. do oceny perfekcjonizmu, uporczywego sprawdzania, skłonności do porządkowania, obawy przed zabrudzeniem oraz spowolnienia i wątpliwości. Ułatwia różnicowanie objawów obsesyjno-kompulsywnych i zaburzeń lękowych, nie pomaga jednak w odróżnieniu ich od symptomów depresji. Jest jednak użytecznym i szeroko stosowanym narzędziem do oceny zmian stanu psychicznego pacjenta w wyniku leczenia [30].

Podsumowanie

Dane epidemiologiczne wskazują, że zaburzenie obsesyjno-kompulsywne jest czwartym z kolei najczęściej spotykanym zaburzeniem psychicznym, które występuje również często, jak astma czy cukrzyca [31]. Prowadząc wywiad dotyczący zaburzeń psychicznych, należy pamiętać o nim, zwłaszcza że można obecnie zaproponować pacjentom skuteczne leczenie farmakologiczne, w przypadkach zaś opornych na leczenie w niektórych ośrodkach wykonuje się zabiegi psychochirurgiczne. Zaburzenie obsesyjno-kompulsywne zaczyna także istnieć w świadomości społecznej jako problem wymagający opieki psychiatry, m.in. dzięki popularnym publikacjom prasowym na temat niekontrolowanych zakupów, czy filmom takim, jak „Lepiej być nie może” z brawurową rolą Jacka Nicholsona, nagrodzonego Oscarem, kreującego postać pisarza cierpiącego na to zaburzenie.

Celem przyszłych badań epidemiologicznych w psychiatrii jest uzyskanie porównywalnych danych z różnych obszarów w kulturowych. Mogą one pomóc w ustaleniu etiologii zaburzeń psychicznych, poznaniu ich przebiegu oraz określeniu roli czynników psychospołecznych mających wpływ na ich obraz.

Ý d'äälécëiäc' iánlñncéi-ëjéd'öëüncáiúó írdórlícé

Niälécíci

Á dráml iánoáilú d'ääléú drnd'dinndrílic' iánlñncéi-ëjéd'öëüncáiúó írdórlícé, áid'dínú nínoúlnñáíáric' cö n' cíúéc d'ncöc'+lñécëc' írdórlícé' ec', í n'rcél íréáiéll' +rññ' d'dcëli' léul' äcraíññc'+lñécl' élnñäü.

Ý d'äälécëiäc'+lñécl' áriiúú óeřcúártñ íř óeřñ, +ñi iánlñncéi-ëjéd'öëüncáiúó írdórlícl' 'äe' lññ' +lñä, dñüé d'i' i'-ldlác' írcáiéll' +rññ' áññdl'+rléüé d'ncöc'+lñécëc' írdórlíclé, ëiñdíl' inél'+rlññ' n'rcél' ndlác' cíúú árel'cílé, n'rcëö' eře' rññeř' cëc' n'órdíúé äcraíñ. Á élcáoířd'iáñé cññéläáíáric' 1994 áíář áíäc'+íl' drnd'dinndrílic' iánlñncéi-ëjéd'öëüncáiúó írdórlícé drái' éinú n' 1,1% äi' 1,8%. Á inäléüúúó nñdrířó iánlñncé' c' ëjéd'öëüncé' d'i' äe' 'ññ' n' d'řcëc'+íúé óñcëli'clé, +ñi éicéln' nácaíñléüññáíářñú í id'dläléíúúó eöëüñódiúúó iáonéiäéliíññ' ó eřdñcúú írdórlícl'.

Eóc'+cúú áiel'ñ n'rcél' +rññ' eře' c' éliúciú. láirei, eře' d'ldául' n'cëd'ñíeü, n'ře' c' d'řéiúú' eëcíc'+lñécl' d'di' äélic' d'i' äe' 'ññ' íř' ilñéiëüei' éln' d'říürl', il'cléç' ó' éliúci. Drnd'dinndrílic' iánlñncéi-ëjéd'öëüncáiúúó írdórlícé ó' álnlé id'dlälé' lññ' íř' 2-4% . Íl' éliíl', +lé' d'řéiäc'íř' d'řócl'miä nñd'rářñ iánlñncéi-ëjéd'öëüncáiúéç' írdórlíclé' ec' n'rcél' äi' äçd'ñéřé' äiçd'ññl'. Äcööldliřöç'ëüiř' äcraíññcëř' iánlñncéi-ëjéd'öëüncáiúúó írdórlícé' iöärñúářñ' iáúcl' óiäcë, d'řic'+lñécëc' nñd'řó, inäléüúú' óiäcë, ríříeřññc'+lñéçót' ec'+íññü' c' äc'd'ióíiäçt.

Epidemiologie der obsessiv-kompulsiven Störungen

Zusammenfassung

In der Arbeit wurden die Problematik der Verbreitung der obsessiv-kompulsiven Störungen, das Auftreten mit anderen psychischen Störungen und die am häufigsten angewandten diagnostischen Mittel besprochen. Die epidemiologischen Angaben zeigen darauf, dass die obsessiv-kompulsive Störung die vierte psychische Störung im Hinblick auf die Häufigkeit ist, die so oft wie Asthma oder Diabetes auftritt. In der internationalen Untersuchung von 1994 betrug die Jahresverbreitung der obsessiv-kompulsiven Störung von 1,1% bis 1,8%. In den einzelnen Ländern erscheinen die Obsessionen und Kompulsionen mit unterschiedlicher Intensität, was ein kulturbedingtes Bild der Störung bestätigt. Die Männer erkranken so oft wie Frauen, aber die ersten Symptome und volle Störung erscheinen ein paar Jahre früher bei Männern als bei Frauen. Die Ausbreitung der obsessiv-kompulsiven Störung unter den Kindern schätzt man auf 2%–4%. Mindestens die Hälfte der Patienten leidet an obsessiv-kompulsiven Störungen auch als Erwachsene. Die Erkennung der obsessiv-kompulsiven Störung umfasst die allgemeine

Angststörung, Panik, Fobie, anankastische Persönlichkeit und Hypochondrie.

L'épidémiologie des troubles obsessifs-compulsifs

Résumé

Les auteurs présentent l'épidémiologie des troubles obsessifs-compulsifs, leurs connexions avec d'autres troubles psychiques et les méthodes les plus répandues du diagnostic. Les données épidémiologiques indiquent que les troubles obsessifs-compulsifs sont très fréquents, si fréquents que l'asthme ou le diabète. L'étude internationale de 1994 constate leur prédominance de 1,1 % -1,8 %. Dans de différents pays ces troubles diffèrent de l'intensité qui suggère les conditionnements sociaux et culturels de l'image de ces troubles. Les hommes souffrent de cette maladie si souvent que les femmes mais les premiers symptômes et les symptômes complets se manifestent quelques ans plus tôt chez les hommes que chez les femmes. Chez les enfants la prédominance de ce trouble est de 2%-4%. La moitié de patients souffre de ces troubles encore pendant la maturité. Ces troubles embrassent des troubles suivants : troubles anxieux généralisés, panique, phobies, personnalité anankastique, hypochondrie.

Piśmiennictwo

1. Freeman H, red. *A century of psychiatry*. Londyn: Mosby-Wolfe; 1999; s. 43–45.
2. Stein G, Wilkinson G. *General adult psychiatry*. Londyn: Gaskell, 1998; s. 650–672.
3. *American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, IV ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
4. *World Health Organization. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Versalius; 1998.
5. Rudin E. *Ein Beitrag zur Frage der Zwangskrenheit insbesondere ihrer hereditären Beziehungen*. Arch. Psychiatr. Nervenkr. 1953; 191: 14–54.
6. Rasmussen SA, Eisen JL. *Epidemiology of obsessive compulsive disorder*. J. Clin. Psych. 1990; 51 (supl.): 10–13.
7. Kolada JL, Bland RC, Newman SC. *Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Obsessive-compulsive disorder*. Acta. Psychiatr. Scand. 1994; 376: 24–35.
8. Bland RC, Newman SC, Orn H. *Age and remission of psychiatric diagnosis*. Can J. Psychiatr. 1997; 42 (7): 722–729.
9. Degonda M, Wyss M, Angst J, *The Zurich Study. Obsessive-compulsive disorders and syndromes in the general population*. Eur. Arch. Psy. Clin. N. 1993; 243 (1): 16–22.
10. Weismann MM, Bland RC, Canino GJ i in. *The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The cross national collaborative study*. J. Clin. Psychiatr. 1994; 55 (supl.): 5–10.
11. Neziroglu FA, Yaryuara Tobias JA, Lemili JM. *Demographic study of obsessive-compulsive disorder*. Acta Psych. Psicol. Am. Lat. 1994; 40(3): 217–223.
12. Grabe HJ, Meyer C, Hapke U, Rumpf HJ, Freyberger HJ, Dilling H, John U. *Prevalence, quality of life and psychological function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in Northern Germany*. Eur. Arch. Psych. Clin. N. 2000; 250(5): 262–268.
13. Stein MB, Forde DR, Anderson G, Walker JR. *Obsessive-compulsive disorder in the community: an epidemiologic survey with clinical reappraisal*. Am. J. Psychiatr. 1997; 154(8): 1120–1126.
14. Bebbington PE. *Epidemiology of obsessive-compulsive disorder*. Brit. J. Psychiatr. 1998; 35 (supl.): 2–6.
15. Thomsen PH. *Obsessions: the impact and treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents*. J. Psychofarmacol. 2000; 14 (2 supl. 1): 31–37.
16. Zohar AH. *The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents*.

- Child. Adolesc. Psych. Clin. N. Am. 1999; 8 (3): 445–460.
17. Nestadt G, Samuels J, Riddle M, Bienvenu OJ, Liang KY, LaBuda M, Walkup J, Grados M, Hoehn-Saric R. *A family study of obsessive-compulsive disorder*. Arch. Gen. Psychiat. 2000; 4: 358–363.
 18. Yang Y, Liu X. *A family study of obsessive-compulsive disorder*. Zhonghua Yi Xue Yi Chuan Xue Za Zhi 1998; 15 (5): 303–306.
 19. Koran LM, Thienemann ML, Davenport R. *Quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder*. Am. J. Psychiatry. 1996; 153 (6): 783–788
 20. Aksaray G, Yelken B, Kaptanogulu C, Ofulu S, Ozaltin M. *Sexuality in women with obsessive compulsive disorder*. J. Sex. Martial Ther. 2001; 27(3): 273–277.
 21. Rasmussen SA, Eisen JL. *The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder*. J. Clin. Psychiatry. 1992; 53 (supl.): 4–10.
 22. Maes M, Mylle J, Delmeire L, Altamura C. *Psychiatric morbidity and comorbidity following accidental man-made traumatic events: incidence and risk factors*. Eur. Arch. Clin. Neurosc. 2000; 250(3):156–162.
 23. Tibbo P, Kroetsch M, Chue P, Warneke L. *Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia*. J. Psychiatr. Res. 2000; 34(2): 139–146.
 24. Schlosser S, Black DW, Repertinger S, Freet D. *Compulsive buying. Demography, phenomenology and comorbidity in 46 subjects*. Gen. Hosp. Psychiatry. 1994; 16 (3): 205–212.
 25. *World Health Organization. Composite International Diagnostic Interview*. Geneva: WHO; 1990.
 26. *World Health Organization. Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*. Geneva: WHO; 1992.
 27. Steketee G, Frost R, Bogart K. *The Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale: interview versus self report*. Behav. Res. Ther. 1996; 34(8): 675–684.
 28. Kiejna A, Grzesiak M, Małyszczak K. *Skala Yale-Brown – narzędzie do oceny nasilenia zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych*. Psychiatr. Pol 1998; 1: 69–76.
 29. Kiejna A, Grzesiak M. *Skala pomiaru nasilenia obsesji i kompulsji Yale-Brown*. Post. Psychiatr. Neurol. 1997; 6: 309–324.
 30. Sternberg LG, Burns GL. *Maudsley Obsessional Compulsive Inventory: obsession and compulsions in a nonclinical sample*. Beh. Res. Ther. 1990; 28(4): 337–340.
 31. Nymberg JH, Van Noppen B. *Obsessive-compulsive disorder: a concealed diagnosis*. Am. Fam. Physician 1994; 49(5): 1129–1137, 1142–1144.

Otrzymano: 19.11.2001

Zrecenzowano: 25.01.2002

Przyjęto do druku: 11.02.2002

Adres: Andrzej Kiejna
Katedra i Klinika Psychiatrii AM
50-229 Wrocław, ul. Kraszewskiego 25
Tel/fax: 71-329 44 19 E-mail: psych@psych.am.wroc