

TOMASZ ADAMOWSKI, SYLWIA LEDZIŃSKA, ANDRZEJ KIEJNA

Spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych – nowa kategoria diagnostyczna?

The Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders – New Diagnostic Category?

Katedra i Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu

Streszczenie

Spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (*Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders* – OCSDs) wykształciło się jako oddzielna kategoria diagnostyczna powiązanych ze sobą zaburzeń, wykazujących cechy podobieństwa w objawach, cechach demograficznych, przebiegu klinicznym, wywiadzie rodzinnym i odpowiedzi na leczenie. Spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych wykazuje wiele wspólnych cech z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym (*Obsessive-Compulsive Disorder* – OCD); są to: profil objawów, neurobiologia i etiopatogeneza. Badania nad leczeniem spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych są rzadziej opisywane niż w przypadku OCD. Wskazuje się jednak, że preferowane sposoby leczenia są zbliżone do skutecznych w OCD: terapia farmakologiczna za pomocą selektywnych inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny oraz terapia behawioralna za pomocą ekspozycji na lękotwórcze sytuacje i następnie zapobieganiu odpowiedzi. W pracy autorzy przedstawili współczesne poglądy na temat patogenezy oraz kliniki OCSDs. Scharakteryzowano także kilka istotnych współcześnie zaburzeń, wchodzących w skład spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych: patologiczny hazard, niekontrolowane zakupy, trichotilomanię oraz zaburzenie schizoobsesyjne. Niezbędne są dalsze badania dotyczące podobieństw między zaburzeniem OCD a zaburzeniami OCSDs w wielu płaszczyznach (neurologia, neuroanatomia, genetyka) (*Adv Clin Exp Med* 2005, 14, 2, 369–373).

Słowa kluczowe: spektrum OCD, kompulsje, obsesje.

Abstract

The Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (OCSDs) has been developed as a separate diagnostic category of the interrelated disorders with similarity in symptoms, demographic characteristic, clinic, family history and treatment response. Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders overlap with many distinct psychiatric entities. OCSDs share many features with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD): symptom profile, neurobiology and aetiology. Authors presented modern view about pathogenesis and clinic of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders. Treatment studies for OCSDs are not as well characterized as those for OCD, but there is preferential response to the same pharmacological (selective serotonin reuptake inhibitors) and behavioural therapy (prolonged exposure to feared situations and response prevention). There are characteristics of some today's important disorders from obsessive-compulsive spectrum: pathological gambling, compulsive buying, trichotillomania and schizo-obsessive disorder. There is a need to develop effective treatment for these disorders. Further studies between OCD and its related disorders from different points of view (neurological, neuroanatomical and genetical) are needed too (*Adv Clin Exp Med* 2005, 14, 2, 369–373).

Key words: spectrum OCD, compulsions, obsessions.

Spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (OCSDs) wyłoniło się jako oddzielna kategoria diagnostyczna powiązanych ze sobą zaburzeń i obejmuje do 10% populacji w USA. W Polsce należy się spodziewać również szerokiego rozpowszechnienia.

Zaburzenia spektrum OCD mają cechy wspólne z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym (*obsessive-compulsive disorder* – OCD) w zakresie objawów (obsesyjne myśli, powtarzane czynności) oraz cech klinicznych (początek zachorowania,

przebieg kliniczny, współwystępowanie schorzeń), domniemanej etiologii oraz odpowiedzi na leczenie farmakologiczne i terapię behawioralną [1].

Wśród zaburzeń, które wchodzą w skład spektrum wyróżniamy między innymi: zaburzenie dysmorficzne (zaburzenie schematu ciała), jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*), hipochondrię (kompulsywna obawa przed posiadaną chorobą), tiki (zespół Tourette'a), trichotilomanię (kompulsywne wrywanie włosów), kompulsje seksualne, patologiczny hazard, a także wiele innych impulsywnych zachowań. Biorąc pod uwagę szerokie rozpowszechnienie zaburzeń w populacji, należy podkreślić rangę problemu i potrzebę edukacji szerokiej grupy lekarzy [1].

Koncepcja spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych przedstawia je jako kontinuum zaburzeń, od wiążących się z objawami kompulsywnymi (np. OCD) do zaburzeń z przewagą objawów impulsywnych (np. patologiczny hazard). W zaburzeniach kompulsywnych stwierdzono nadczynność okolicy czołowej i wzmożoną wrażliwość na serotoninę. Zaburzenia impulsywne charakteryzuje niedoczynność okolicy czołowej.

OCD najczęściej występuje wśród nastolatków i młodych dorosłych, rozpoczyna się zwykle około 20. roku życia. Opisuje się wysokie wskaźniki występowania rodzinnej postaci OCD, zaburzeń afektywnych i OCSOs. W większości przypadków zaburzenia są przewlekłe. U dorosłych nie zauważono częstszego występowania OCD u kobiet [1]. Wśród zaburzeń somatyzacyjnych zaburzenie dysmorficzne oraz hipochondryczne należą do spektrum OCD. Występują tutaj, podobnie jak w OCD, podobieństwa objawów oraz cech demograficznych, przebiegu klinicznego, odpowiedzi na leczenie i w wywiadzie rodzinnym. Zaburzenie dysmorficzne obserwuje się często zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn. Występują jednak pewne różnice w cechach klinicznych. Mężczyźni z OCSOs to najczęściej kawalerowie, noszący kapelusze w celu kamuflażu, zaniepokojeni budową swojego ciała, utratą włosów, budową genitaliów, często nadużywający i uzależnieni od alkoholu. Kobiety z OCSOs częściej wykorzystują makijaż w celu kamuflażu, przejmują się swoją wagą oraz częściej chorują na bulimie. Trichotilomania i hipochondria częściej występują wśród kobiet. Pod względem klinicznym trichotilomania występująca u mężczyzn i kobiet ma bardzo zbliżone cechy. Statystycznie mężczyźni są w starszym wieku w porównaniu z kobietami i wrywają włosy z takich miejsc, jak: twarz, klatka piersiowa, brzuch, okolice nosa. U mężczyzn występowało dwukrotnie wyższe życiowe ryzyko OCD (z obsesjami związanymi tematycznie z włosami), u kobiet natomiast dwukrotnie wyższe życiowe ryzyko dużej

depresji. Może to sugerować, że u kobiet wrywanie włosów pojawia się w odpowiedzi na obniżenie nastroju [2].

Leczenie OCSOs

Z powodu stwierdzonej nadczynności okolicy czołowej i wzmożonej wrażliwości na serotoninę do leczenia zaburzeń spektrum OCD są stosowane leki hamujące wychwyt zwrotny serotoniny oraz terapia behawioralna. U około 60% pacjentów stwierdzono znaczące zmniejszenie objawów podczas leczenia tymi lekami, szczególnie w takich zaburzeniach, jak: zaburzenie osobowości *border-line* (z pogranicza – cechy niestabilności emocjonalnej, uczucie pustki wewnętrznej, samoszkodzenia itd.), hipochondria, depersonalizacja, jadłowstręt psychiczny, patologiczny hazard, kompulsje seksualne i parafilie (dewiacje seksualne). Wielu pacjentów z OCD oraz OCSOs pozytywnie reaguje na behawioralne techniki ekspozycyjne (prowokujące lęk) i powstrzymywanie reakcji (opieranie się pragnieniu do wykonywania kompulsji – czynności przymusowych po ekspozycji – narażeniu na sytuację prowokującą lęk) [1].

Etiologia

OCSOs są heterogenną grupą zaburzeń i wieloczynnikową pod względem patofizjologicznym. Wykazano istnienie nieprawidłowości w czynności układu serotonergicznego. W zaburzeniu obsesyjno-kompulsyjnym obserwowano zmniejszenie objawów po zastosowaniu terapii lekami o dominującym działaniu blokującym wychwyt zwrotny serotoniny. Z powodu stwierdzonej nadczynności okolicy czołowej i wzmożonej wrażliwości na serotoninę do leczenia zaburzeń spektrum OCD są stosowane leki hamujące wychwyt zwrotny serotoniny. Wśród czynników wywołujących wymieniana się czynniki środowiskowe (toksyny i infekcje) oraz genetyczne; wśród czynników precipitujących powstanie objawów OCD – śpiączkowe zapalenie mózgu (*encephalitis letargica*), urazy głowy, moczówkę prostą, zapalenie mózgu *von Economo*, opryszczkowe zapalenie mózgu oraz stwardnienie rozsiane. Zaburzenia neurologiczne – płasawica Sydenhama, parkinsonizm pozapalny, choroba Huntingtona, zespół Tourette'a – związane z chorobami jąder podstawy, prowadzą do pojawienia się objawów OCD [3]. Istnieje związek między objawami OCD a zakażeniem bakteryjnym streptokokiem β hemolitycznym typu A u dzieci. Infekcje streptokokiem β hemolitycznym z grupy A mogą prowadzić do wy-

stapienia gorączki reumatycznej, a u około 10–30% pacjentów rozwija się następnie płasawica Sydenhama, w której występują objawy obsesji i kompulsji. PANDAS (*pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with streptococcal infections*) jest powiązany właśnie z powyższym mechanizmem patofizjologicznym. Występują tutaj zaburzenia o typie zespołu natręctw lub/i tików w następstwie zakażenia paciorkowcowego w wieku dziecięcym. Podwyższone stężenie antygeny D8/17 może być istotnym markerem predyspozycji do wystąpienia pewnych postaci dziecięcego OCD [3–5].

OCDs ma wspólne cechy z wieloma jednostkami psychiatrycznymi. Jednym ze sposobów podziału tych zaburzeń jest wyróżnienie następujących grup zaburzeń: somatyzacyjne (zaburzenie dysmorficzne, hipochondryczne), neurologiczne (płaszcawica Sydenhama, parkinsonizm, padaczka, zespół Tourette'a, autyzm i całościowe zaburzenia rozwojowe), kontroli impulsów (trichotilomania, patologiczny hazard, kompulsje seksualne), odżywiania się (jadłowstręt psychiczny, bulimia, żarłoczność) oraz urojeniowe (schizoobsesyjne) [1]. Poniżej przedstawiono charakterystykę wybranych zaburzeń, istotnych z punktu widzenia dzisiejszych czasów.

Patologiczny hazard

Jednym z ciekawych zaburzeń należących do spektrum OCD jest patologiczny hazard. Od czasu, kiedy zalegalizowano hazard w USA rosły roczne zyski wynoszące w 1998 r. 50 miliardów dolarów. W związku z tym wzrasta zapotrzebowanie na efektywne leczenie ubocznych skutków związanych z intensywnym rozwojem tego przemysłu rozrywkowego. Tradycyjne formy hazardu to zakłady w kasynach, na loteriach lub wyścigach konnych. Nowsze formy hazardu, takie jak wideo poker czy hazard internetowy częściej wywołują nałogi ze względu na szybszą akcję oraz możliwość gry w samotności.

Metaanalizy, przeprowadzone w Ameryce Północnej, wskazują na rozpowszechnienie w ciągu życia patologicznego hazardu od 1,14–1,60%. Kryteria patologicznego hazardu są zbliżone do uzależnienia od narkotyków z tolerancją, utratą kontroli oraz rezygnacją z ważnych aktywności życiowych. Istnieją dwie teorie neurobiologiczne, wyjaśniające zjawisko patologicznego hazardu, w kategorii zaburzenia kontroli impulsów oraz uzależnienia. Wykazano niskie mózgowe poziomy metabolitu serotoniny, tj. kwasu 5-hydroksyindoloacetylowego, co jest typowe w przypadku zaburzenia kontroli impulsów. Wyniki te implikują

podejście terapeutyczne, które oprócz grup terapeutycznych (Anonimowi Hazardziści) dopuszcza stosowanie selektywnych inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny. Opisano skuteczność fluwoksaminy w dawce do 200 mg/dobę oraz paroksetyny w dawce 50 mg/dobę, które były dobrze tolerowane oraz skuteczniejsze niż placebo w zmniejszaniu objawów i poprawie całościowego stanu klinicznego, mierzonego za pomocą wystandaryzowanych narzędzi. Biorąc pod uwagę teorię uzależnieniową, stosowano także naltrekson z dobrymi rezultatami w krótszym okresie [6, 7].

Niekontrolowane zakupy

Niekontrolowane zakupy pierwszy raz zostały opisane przez Emila Kraepelina oraz Eugena Bleulera, którzy zakwalifikowali zaburzenie do idei Esquirola odruchowego impulsu lub monomanii. Monomanią było określane nadmierne koncentrowanie uwagi na jednym obiekcie lub sprawie. Od pewnego czasu zaburzenia kontroli impulsów zostały włączone do klasyfikacji DSM IV i charakteryzują się następującymi cechami: 1) nieumiejętność oporu przed impulsem w celu wykonania pewnej czynności, która jest szkodliwa dla danej osoby lub innych, 2) narastające napięcie przed zaangażowaniem się w daną czynność oraz 3) odczucie przyjemności, wynagrodzenia lub ulgi podczas dokonywania czynności lub bezpośrednio po niej. Większość impulsów związanych z zakupami jest normalna. Nieprawidłowe są tylko te, które powodują dokonywanie zakupów wcześniej niezaplanowanych. Jedna trzecia osób z ogólnej populacji doświadcza impulsów związanych z kupowaniem. Wynalazki marketingowe, takie jak karty kredytowe, bankomaty, natychmiastowe kredyty, sieci zakupów domowych oraz reklamy ułatwiają i pobudzają impulsywność związaną z zakupami. Fantazje są pobudzane przez media, które zalewają każdego mirażami, jakie wspaniałe może być jego życie. Konsument musi się zmierzyć z impulsem, aby to wszystko mieć. W jednym z badań potwierdzono duże rozpowszechnienie impulsów do kupowania u ludzi bez przeszłości psychiatrycznej [8]. Valence wyróżnił kilka typów patologicznych konsumentów: 1) konsument reaktywny emocjonalnie, który zwraca szczególną uwagę na symbolizm produktu i często prezentuje motywy emocjonalne i kompensacyjne, 2) konsument impulsywny, który odczuwa spontaniczną żądzę, aby kupić i żyje w stanie psychologicznej ambiwalencji w postaci walki między *id* (sfera popędliwości) a *superego* (sfera restrykcyjnych norm i nakazów), 3) konsument fanatyczny, który jest zainteresowany tylko jednym produktem (książką, ubraniem) i jest owła-

dnięty tą „monomanią”, 4) konsument niekontrolujący się, który próbuje zredukować napięcie psychiczne i dokonuje aktu zakupu jako sposobu na redukcję napięcia i lęku. Najczęściej nie jest to związane z potrzebą posiadania danego artykułu, tylko z natychmiastowym zmniejszeniem stanu napięcia. Valence przypisuje dokonywanie niekontrolowanych zakupów osobom, które są emocjonalnie reaktywne, impulsywne i kompulsywne [9]. Uważa się, że różnica między normalnymi zakupami a zaburzeniem kontroli impulsów nie leży w naturze zachowania, lecz w jego konsekwencjach. Osoba, która kolejny raz dokonuje impulsywnych zakupów bez konsekwencji społecznych i jest w stanie dopasować to zachowanie do swojego statusu materialnego, nie spełnia kryteriów zaburzenia. Zachowanie jest uznawane jako zaburzenie tylko wtedy, gdy powoduje osobistą rozpacz, długi finansowe czy rozpad rodziny. Tak jak i w innych typach zaburzeń kontroli impulsów, pacjenci informują o nawracającym, nieodpartym i obezwładniającym pragnieniu, które może być złagodzone tylko przez zakup. Napięcie pierwotnie zaspokojone przez zakup szybko zostaje zastąpione poczuciem winy. Zaburzenie powoduje duże długi (58,3%), niemożność ich spłaty (41,7%), prawne konsekwencje finansowe (8,3%), problemy kryminalne (8,3%) oraz poczucie winy (45,8%). Pacjenci często mają wiele kart kredytowych, a dostęp do pieniędzy, telewizyjnych zakupów wyzwala lub nasila niekontrolowane zakupy. Niekontrolowane kupowanie ma cechy impulsu: długość czasu między pragnieniem a zakupem jest krótsza niż w przypadku normalnych zakupów. Rozpowszechnienie zaburzenia w ogólnej populacji ocenia się w zależności od przyjętych kryteriów od 1,1–5,9%. Średni wiek osób dotkniętych zaburzeniem to 39 lat, początek około 30. roku życia. Zaburzenie najczęściej diagnozowane jest wśród kobiet (80–92%).

Wśród zaburzeń współwystępujących wyróżniamy zaburzenia lękowe (50%) – zaburzenie paniczne, fobia, OCD, nadużywanie lub uzależnienie (45,8%), zaburzenia odżywiania się (20,8%) – bulimia. Obserwowano związki między niekontrolowanym kupowaniem a alkoholizmem w rodzinie, uzależnieniami, bulimią (żarłoczność psychiczna), depresją oraz częste współwystępowanie osobowości narcystycznej (zaburzenie osobowości z zawyżoną samooceną i przesadnym wyczuleniem na punkcie znaczenia własnej osoby) i histrionicznej (zaburzenie osobowości cechujące się teatralnością i przesadnym wyrazem emocjonalnym). Według McElroya występują związki między niekontrolowanymi zakupami a OCD. 85% jego pacjentów opisywało nawracające, niepożądane i nieodparte pragnienia lub impulsy przypominające obsesje [10]. Impulsy te mogą całkowicie zdominować

umysł. Niekontrolowane kupowanie charakteryzuje się występowaniem obsesyjnego obiektu pożądania i kompulsji do konsumpcji. Dwie trzecie osób dotkniętych zaburzeniem opisywało te pragnienia oraz myśli jako niechciane. Kupowanie przypomina kompulsję jako powtarzane zachowanie, które jest realizowane w odpowiedzi na pragnienie, w celu próby redukcji lub neutralizacji nieprzyjemnych myśli. Kupowaniu może towarzyszyć odczuwanie przymusu, w którym pojawia się funkcja obronna. 91,7% chorych informowała o swoich próbach oporu (chowanie kart kredytowych, omijanie wystaw sklepowych), jednak w większości przypadków próby te okazały się nieskuteczne i odsuwały dokonanie zakupu tylko o 1–5 godzin. Kryteria diagnostyczne OCD wymagają obecności obsesji, kompulsji lub obu równocześnie. Podobnie część pacjentów demonstruje tylko impulsy do kupowania (obsesje), tylko nadmierne zakupy lub oba te objawy razem. Jest to więc monosymptomatyczna postać OCD. Leczenie tego zaburzenia to stosowanie terapii kognitywno-behawioralnej oraz farmakoterapia za pomocą leków przeciwdepresyjnych w monoterapii lub lekami stabilizującymi nastrój (objawy maskują depresję lub dystymię). Stosowana jest także psychoterapia wspierająca przy pomocy grup terapeutycznych oraz psychoedukacja [8].

Trichotilomania

Trichotilomania charakteryzuje się powtarzanym i kompulsywnym wrywaniem włosów, które jest oceniane przez pacjenta jako niepożądane i bezużyteczne oraz powoduje widoczny ubytek owłosienia. Najczęściej włosy są wrywane ze skalpu, jednak występuje także wrywanie włosów z brwi, brody oraz okolicy łonowej. Rozpowszechnienie życiowe trichotilomanii wynosi 0,6%, przeciętny wiek początku schorzenia natomiast to 10,6 lat [11]. Kobiety chorują częściej, w ok. 98%. W jednym z badań stwierdzono życiowe współwystępowanie chorób z trichotilomanią: 65% dla zaburzeń afektywnych, 57% dla zaburzeń lękowych, 22% dla uzależnień oraz 15% dla OCD. Efektywne techniki behawioralne stosowane w zaburzeniu to: monitorowanie siebie, powstrzymywanie zachowań i myśli. Stwierdzano także skuteczność fluoksetyny [12].

Zaburzenie schizoobsesyjne

W klasyfikacji DSM IV wyróżniono zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne ze słabym wglądem, gdy pacjent przez większość czasu nie zauważa, że

objawy są pozbawione sensu [13]. Jednak po dłuższej argumentacji pacjent może zostać przekonany do rzeczowych argumentów. Przekonania urojeniowe nie podlegają jakiegokolwiek perswazji. Mianem zaburzenia schizoobsesyjnego nazywa się współistnienie dwóch jednostek chorobowych – OCD i schizofrenii [4]. W schizofrenii mogą wystąpić obsesje i kompulsje, jednak rozpoznaje się zaburzenia dominujące [14]. Współwystępowanie OCD ze schizofrenią w badaniu ECA wyniosło 12,2%. Pacjenci z psychotyczną postacią OCD (zaburzenie schizoobsesyjne) mają bardziej nasiloną postać choroby oraz gorszą odpowiedź na leczenie od pacjentów z neurotyczną postacią OCD. Dodatkowo stwierdzano gorszy poziom funkcjonowania i gorsze rokowanie długookresowe w obsesyjno-kompulsywnej formie schizofrenii w porównaniu ze schizofrenią bez natręctw.

Leczenie w tej postaci OCD wymaga włączenia neuroleptyków do leczenia przeciwobsesyjnego. Terapia behawioralna, która jest skuteczna w OCD, nie jest skuteczna w zaburzeniu schizoobsesyjnym. W sytuacji współwystępowania OCD i schizofrenii połączenie klomipraminy i neuroleptyków opisywano jako leczenie z wyboru [15]. Stwierdzano także zmniejszenie nasilenia objawów obsesyjno-kompulsyjnych oraz poprawę poziomu funkcjonowania w przewlekłej i odpornej na leczenie formie schizofrenii po podaniu fluoksetyny w stosunku do dotychczasowego leczenia przeciwpsychotycznego. Wyniki tych badań wymagają dalszego potwierdzenia, jednak sugerują potencjalną skuteczność leków serotonergicznymi, dodanych do neuroleptyków w podgrupie pacjentów z zaburzeniem schizoobsesyjnym [1].

Piśmiennictwo

- [1] **Hollander E, Benzaquen SD:** The obsessive-compulsive spectrum disorder. In: Focus on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders. Eds.: den Boer JA, Westenberg HGM, Syn-thesis Publishers, Amsterdam 1997, 33–44.
- [2] **Lochner C, Stein DJ:** Gender in obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive spectrum disorders. Arch Womens Ment Health 2001, 4, 19–26.
- [3] **Rabe-Jabłońska J, Kotlicka-Antczak M:** Etiopatogeneza zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. Uwarunkowania biologiczne. Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne. Kompendium wiedzy o schorzeniu 2002, 2, 15–29.
- [4] **Pilaczyńska E, Rybakowski J:** Zespół natręctw. W: Psychiatria kliniczna. Red.: Bilikiewicz A, Urban & Partner, Wrocław 2002, 454–465.
- [5] **Swedo SE, Leonard HL, Garvey M, Mittleman B, Allen AJ, Perlmutter S, Dow S, Zamkoff J, Dubbert BK, Lougee L:** Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections: Clinical Description of the First 50 Cases. Am J Psychiatry 1998, 155, 264–271.
- [6] **Potenza MN, Kosten TR, Rounsaville BJ:** Pathological gambling. JAMA 2001, 286, 141–144.
- [7] **Hollander E, DeCaria CM, Finkell JN, Begaz T, Wong CM, Cartwright C:** A randomized double-blind fluvoxamine/placebo crossover trial in pathological gambling. Biol Psychiatry 2000, 47, 813–817.
- [8] **Lejoyeux M, Ades J, Tassain V, Solomon J:** Phenomenology and Psychopathology of Uncontrolled Buying. Am J Psychiatry 1996, 153, 1524–1529.
- [9] **Valence G, d'Astous A, Fortier L:** Compulsive buying: concept and measurement. J Consumer Policy 1988, 11, 419–433.
- [10] **McElroy SL, Keck PE, Smith JMR, Strakowski SM:** Compulsive buying: a report of 20 cases. J Clin Psychiatry 1994, 55, 242–248.
- [11] **Stein DJ, Simeon D, Cohen LJ, Hollander E:** Trichotillomania and obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry 1995, 56, 28–34.
- [12] **Winchel RM, Jones JS, Stanley B, Molcho A, Stanley M:** Clinical characteristics of trichotillomania and its response to fluoxetine. J Clin Psychiatry 1992, 53, 304–308.
- [13] **Jenike MA:** Obsessive-compulsive disorder. In: Comprehensive Textbook of Psychiatry. Eds.: Kaplan HI, Sadock BJ, Williams & Wilkins, Baltimore 1995, 6th ed., 1218–1227.
- [14] **Adamowski T, Kiejna A, Rymaszewska J:** Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne. Adv Clin Exp Med 2003, 12, 5, Supl. 1, 29–36.
- [15] **Poyurovsky M, Weizman A:** Intravenous Clomipramine for a Schizophrenic Patient With Obsessive-Compulsive Symptoms. Am J Psychiatry 1998, 155, 993.

Adres do korespondencji:

Tomasz Adamowski
Katedra i Klinika Psychiatrii AM
Wybrzeże L. Pasteura 10
50-367 Wrocław

Praca wpłynęła do Redakcji: 30.07.2004 r.
Po recenzji: 27.09.2004 r.
Zaakceptowano do druku: 18.10.2004 r.

Received: 30.07.2004
Revised: 27.09.2004
Accepted: 18.10.2004